LOS EQUIVALENTES DEPRESIVOS

O TIMOPATICOS

por

D. Juan José LOPEZ-IBOR Aliño

Madrid 1969

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Tesis para aspirar al grado de Doctor

LOS EQUIVALENTES DEPRESIVOS O TIMOPATICOS

por

D. Juan José López-Ibor Aliño

Madrid 1.969

Ayuntamiento de Madrid

INDICE

Capítulo I. Introducción. El círculo timopático. Concepto de endógeno y características generales de las alteraciones endotímicas. Concepto de equivalente. Los equivalentes en el psicoanálisis. Los síntomas somáticos de las depresiones. Depresiones vegetativas, larvadas, etc. y equivalentes depresivos. . . . . .pag. 4

Capítulo II. Material y método. . . . . .pag. 35

Capítulo III. Algias y parestesias (1ª parte). Psicofisiología del dolor. Psicología del dolor. Cefaleas timopáticas o endotímicas. Patogenia de las cefaleas. Cefaleas frontales. Cefaleas difusas. Nucalgias. Algias faciales atípicas depresivas. Resumen. . . . . .pag. 38

Capítulo IV. Algias y parestesias (2ª parte). Dolor lumbo-ciático. Coxigodinia o coccygodinia. Braquialgia y escapulalgia. Aquinesia álgera. Braquialgia estático-parestésica. Meralgia parestésica, etc. Algias difusas. Las parestesias depresivas o timopáticas. Las acroparestesias. El prurito. Algias y parestesias bucofaringeas, glosodinia. Resumen. . . . . pag. 117

Capítulo V. Los vértigos timopáticos. La acatisia o inquietud de las piernas. La disopsia álgera. Resumen. . . . . pag. 184

Capítulo VI. Las formas de evolución. Suplencias y alternancias de síndromes. Suplencia de síndromes en medicina psicosomática. Terminología. Suplencia de síndromes en psiquiatría. La supresión (pseudo-alternancia)

Ayuntamiento de Madrid

de síndromes. El desplazamiento de los síndromes. Suplencia exógena de síndromes. La sucesión de síndromes. Panorámica general de las formas de evolución. . . . . pag. 209

Capítulo VII. Depresiones y enfermedades psicosomáticas. La reacción de conversión en medicina psicosomática. Nauseas y vómitos. Molestias abdominales difusas. Aerofagia y meteorismo. Hipo. Estreñimiento. Gastrosucorrea. Gastritis y pseudo-gastritis. Ulcera péptica. Episodios diarreicos. Colitis mucosa y colitis ulcerosa. Pseudo-rinitis vasomotora. Asma bronquial. Trastornos genitourinarios. Pseudo-tensión premenstrual. Vejiga nerviosa. Impotencia. Neurosis cardiacas, astenia neurocirculatoria, fobia cardiaca ("Herzphobie"). Afecciones dermatológicas. Resumen y consideraciones generales (formación del síntoma, catagénesis, el desbordamiento del trastorno endotímico, etc.). . . . . pag. 263

Capítulo VIII. Las pseudoneurosis ictales. Bases neurofisiológicas de la epilepsía. Las auras epilépticas, los equivalentes y la epilepsía psíquica, las auras afectivas. Las diferencias con los trastornos endotímicos. Las epilepsías temporales. Los hallazgos electroencefalográficos en el círculo timopático. Correlaciones electroclínicas. . . . . pag. 323

Capítulo IX. Factores genéticos. Estudios familiares. La genética en las alteraciones endotímicas. La herencia en los equivalentes depresivos. . . . . pag. 368

Ayuntamiento de Madrid

Capítulo X. Tratamiento . . . . . pag. 383

Capítulo XI. Correlaciones estadísticas.

Comparación con otras series (MATUSSEK y co.). Casos y fases. Estado civil. Nivel cultural y social. Antecedentes familiares. Evolución. Antecedentes personales. Nivel intelectual. Personalidad. Hallazgos somáticos. Síntomas y síndrome depresivo. Otros síntomas psíquicos. Equivalentes depresivos. Ritmo. Correlaciones electro-clínicas. Correlación con el sexo, correlación con la edad. Tablas y figuras. . . . . pag. 387

Ayuntamiento de Madrid

I INTRODUCCION

En la psiquiatría actual el concepto de depresión, de psicosis maniaco-depresiva, y de sus diferentes tipos tiene una gran variabilidad de unos autores a otros, y por eso es necesario definir como introducción a esta tesis nuestros criterios en este terreno. Digamos de entrada que estos son los de LOPEZ IBOR y por lo tanto, los mismos que se encuentran más difundidos en la psiquiatría de lengua alemana (WEITBRECHT, KRANZ, PETRILOWITSCH, v. DITFURTH, KIELHOLZ, y otros muchos) y similares a los de la psiquiatría inglesa más académica (MAYER-GROSS y sus discípulos, etc.). Nuestros puntos de vista son, sin embargo, muy diferentes de las concepciones psicodinámicas en este terreno y por lo tanto de la psiquiatría más difundida en los Estados Unidos.

La nosología moderna se inicia con KRAEPELIN sentando las basés para un diagnóstico clínico que fuera similar al corriente en el resto de la medicina. Tomando las nociones de alguno de sus predecesores, FOREL, BAILLAGER, MOREL, etc., y sobre todo la intuición que aun hoy nos parece genial de KAHLBAUM de tomar en cuenta la evolución de las enfermedades como criterio fundamental en su definición. Así surgieron sus conceptos de demencia precoz y de locura maniaco-depresiva, diametralmente opuestos en cuanto a su curso. Una de las puertas que quedaban abiertas a la investigación era la de la ordenación de unos cuadros clínicos no bien definibles, clínicamente a caballo entre ambos tipos de locuras, el otro era el de lograr uma mayor precisión en el diagnóstico a través del análisis fenomenológico, cada vez más fino, de los síntomas. En cuanto a los cuadros intermedios surgieron entidades como las psicosis degenerativas de SCHRODER. Las psicosis degenerativas autóctonas de KLEIST o psicosis marginales, etc. La escuela de KLEIST y LEONHARDT se ha esforzado en este terreno de la diferenciación de los diversos cuadros nosológicos. Entre nosotros CABALEIRO GOAS sigue esta misma línea. No hay que perder de vista que en algunos terrenos KRAEPELIN intentó llegar demasiado lejos en su interés diagnóstico, llevando al límite su búsqueda de trastornos específicos concretamente en el de las psicosis exógenas. No fue posible encontrar cuadros sintomatológicos diferentes para cada agresión al sistema nervioso central, sino que existe "un tipo predilecto de reacción común"para todas ellas, como dejó sentado BONHOEFFER.

Ayuntamiento de Madrid

Sin embargo, ha sido K. SCHNEIDER el que ha contribuido a aclarar los puntos a que nos referimos más arriba. No hay razón para distinguir psicosis mixtas porque la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva son dos tipos de enfermar que se encuentran en los extremos de un continuo. El límite entre ambas es cuestión de criterio y, por lo tanto, cuando se emplea la palabra diagnóstico se quiere en realidad significar "esto es lo que yo habitualmente denomino.....". Cada uno de ellos tiene una características sintomatológicas que son los únicos criterios clínicos disponibles. En los esquizofrénicos están los síntomas primarios y los secundarios y en las depresiones una alteración de los sentimientos vitales. K. SCHNEIDER al igual que KRAEPELIN, emplea criterios de la medicina científico-natural. Este se basó en la evolución, aquel buscó más allá en los conceptos o ideas de enfermedad que se manejan en medicina. De todos ellos el que puede aplicarse en psiquiatría es el de lesión orgánica (por razones obvias hay que descartar algunos de ellos como el de amenaza para la vida o el de malestar o sensación de enfermedad que faltan en muchos enfermos psíquicos). Para la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia se postula una enfermedad orgánica que sea la vertiente somática de lo que es el plano psicológico en el cuadro clínico que denominamos de este modo. Al faltar la auténtica enfermedad, la lesión postulada, el cuadro clínico queda un poco en el aire y al hablar de "diagnóstico" o de "sintomatología" se hace una extrapolación ya que solamente se puede diagnosticar una alteración orgánica, y los síntomas son los signos que se refieren a dicha alteración.

EL CIRCULO TIMOPATICO

<u>El trastorno fundamental de la psicosis maníaco-depresiva es el de los sentimientos vitales.</u> K. SCHNEIDER sigue aquí una clasificación de los sentimientos igual a la de SCHELER.

Los sentimientos, que son estados del yo, se estratifican en cuatro niveles. Los sensoriales, los vitales, los anímicos y los espirituales. Los primeros, el dolor por ejemplo, se caracterizan por ser localizados tanto en el cuerpo como en el tiempo y por tener un valor de signo, nos indican que algo está pasando, y dónde y cuando. Los sentimientos vitales son los

Ayuntamiento de Madrid

que con otro nombre se llaman cenestesia, es decir, es el sentimiento del modo de estar global de nuestro organismo. Son por ejemplo, la depresión vital o la frescura vital. Los sentimientos psíquicos corresponden a los sentimientos dirigidos de LERSCH, es decir, a diferencia de los anteriores surgen como reacción ante el mundo exterior, son sentimientos reactivos. En ellos comienza pues una participación activa del yo, por eso SCHELER los llama también sentimiento del yo.

Lo que caracteriza a la depresión melancólica es la aparición de la tristeza vital, según K. SCHNEIDER. Para LOPEZ IBOR esta misma alteración de los sentimientos vitales puede percibirse en las fases maníacas, sobre todo en sus comienzos cuando sienten brotar una euforia de su interior, luego ya el yo se siente liberado de la carga de su corporalidad y más imposibilitado para la introspección.

No se pueden citar síntomas primarios de las depresiones como sucede en la esquizofrenia. En las depresiones se halla alterado todo el plano de los sentimientos vitales y es esta alteración la que hay que buscar cuando se quiere llegar a un diagnóstico. Para K. SCHNEIDER los síntomas clínicos de la melancolía, la tristeza, la inhibición motora y el pensamiento inhibido, son derivados de la tristeza vital. No todos los autores están de acuerdo con esta opinión, y hay razones clínicas de cierto peso para ello. Cuando intentamos tener en cuenta los síntomas somáticos que acompañan a la melancolía, o los equivalente depresivos, el problema es aun mayor. LOPEZ IBOR habló hace años de síntomas coordinados, es decir, son alteraciones del plano de los sentimientos vitales en un sentido amplio, incluyendo además de la tristeza otros como son el hambre, la sed, la sensación de bienestar y malestar, etc.

La experiencia clínica enriquece los conocimientos en este terreno por varias razones. En primer lugar ahora acuden al psiquiatra enfermos que antes, por la relativa levedad de sus molestias, convivían con ellas. En nuestra sociedad exigente en los rendimientos de todos los individuos, éstos necesitan un estado de salud tal que les hace consultar más precozmente con el especialista. A esto se une por supuesto el auge que ha tenido la proyección social de nuestra disciplina. De esta manera es posi-

Ayuntamiento de Madrid

ble seguir como poco a poco van surgiendo los síntomas de una fase melancólica. El hecho inverso es también muy importante. Con las terapeúticas actuales podemos asistir como espectadores a la disolución paulatina de una fase y observar como de la misma manera que en ~~un~~ su nacimiento existe una sucesión en la aparición de los síntomas, en su desaparición existe una sucesión parecida. También los síntomas oscilan a lo largo del tratamiento y desaparecen unos antes que otros.

Así de esta manera el círculo timopático, es decir, el grupo de enfermos en los que existe una alteración del fondo endotímico de la personalidad se ha ido dilatando. En contra de la autonomía clínica de la ciclotimia en el sentido que lo hace K. SCHNEIDER, se han manifestado muchos autores. Es bien sabido que KRETSCHMER distingue una transición entre la personalidad normal (temperamento ciclotímico), la personalidad psicopática (cicloide) y la psicosis maníaco-depresiva, las tres en relación con el tipo corporal pícnico. BUMKE, que aceptaba también esa transción hablaba del círculo pícnico-timopático. Hoy día ya no se acepta esa relación tan estrecha con el hábito corporal (hay trabajos de autores suizos en los que las proporciones de los tres biotipos fundamentales, y los tres círculos patológicos, esquizofrenias, psicosis maníaco-depresiva y epilepsía es muy distinta a la que obtuvo KRETSCHMER en Tubinga, demostrando así que la influencia del biotipo de la población media sobre la que trabaja KRETSCHMER es un factor de error importante en sus hallazgos).

Recientemente TELLENBACH se ha vuelto a plantear este problema con la intención de dilucidar la génesis de la ciclotimia. Ha descrito un tipo predepresivo sobre el cual pueden actuar factores provocadores de la enfermedad; como desde el punto de vista metodológico era muy dificil tener datos concretos sobre el individuo antes de una fase depresiva sus estudios se refieren a los hallazgos obtenidos una vez que ésta ha cedido. Llega así a la idea de "ordenalidad" como unos de los rasgos de lo que él llama tipo melancólico. LOPEZ IBOR ha hecho una crítica de estas nociones ya que la ordenalidad tal y como la describe TELLENBACH está constituida, en el fondo, por rasgos ansiosos y anancásticos que se deben ya a la propia enfermedad,

Ayuntamiento de Madrid

es decir, a la angustia endotímica ya existente antes de que la fase se manifiesta en su exuberación clínica.

El círculo timopático ha sido ampliado por LOPEZ IBOR, aportando una nueva perspectiva. Primero pensó que la ansiedad de algunas formas de neurosis era una anxiedad vital, es decir, de origen endotímico como la tristeza vital. Luego ha ido viendo como en todas las neurosis existe ese fondo de angustia endógena por lo tanto hay que incluirlos en el círculo timopático. De esta manera las neurosis son un tipo clínico afín a las depresiones. También lo son las llamadas "neurosis de órganos" y por lo tanto la patología psicosomática se halla en relación con este círculo endógeno o endotímico.

De esta manera al plantearse el diagnóstico de un caso concreto no es posible partir de dicotomías como las de variación-enfermedad, reacción vivencial-alteración endógena, psicopatía-neurosis, etc. sino hay que tener encuenta los trastornos existentes en cada nivel de la personalidad, un poco en el sentido de un diagnóstico estructural (BIRNBAUM) buscando factores somáticos, psicológicos, familiares y sociales. Sin embargo, lo importante y fundamental es tener en cuenta que la alteración básica y primordial, el sine qua non, origen y por lo tanto primera meta terapeútica, es la alteración endotímica del ánimo.

Hay que tener en cuenta, y LOPEZ IBOR llamó la atención sobre ello ya que en K. SCHNEIDER este punto está poco claro, que en el individuo normal los sentimientos vitales, al igual que los otros tres niveles, forman parte de su vida psíquica. Es decir, todos sentimos una tristeza vital, al lado de una tristeza reactiva. Lo que sucede en el melancólico es que aquella domina su vida psíquica más o menos según la intensidad de la depresión. Si ésta es grande el enfermo será incapaz de sentir una tristeza reactiva. A esto se refiere SCHULTE cuando dice que uno de los rasgos básicos de deprimido es la incapacidad de sentirse triste, de reaccionar de este modo ante acontecimientos de su vida. No hay que olvidarse que la angustia y tristeza vitales son cualitativamente muy diferentes de la angustia y tristeza reactivos. Se emplea la misma palabra pero el estado de ánimo es diferente, y tan opuesto a veces como indica la frase recién citada de SCHULTE.

Ayuntamiento de Madrid

Así pues el sujeto normal tiene oscilaciones de su fondo endotímico; éstas corresponden a las depresiones de subfondo (Untergrund-depressionen) de K. SCHNEIDER, y aunque éste intentó diferenciarlas fenomenológicamente de las endógenas la experiencia clínica no corrobora esta impresión.

* * * * * *

Si del plano fenomenológico intentamos pasar en la búsqueda de una etiopatogenia de este grupo de enfermedades los problemas surgen a cada esquina.

Se acepta y se dice que son alteraciones endógenas, dando a esta palabra un sentido negativo. En las enfermedades mentales en sentido estricto, es decir, en las psicosis, desde el plano fenomenológico se demuestra que su comienzo inicia una quiebra en la evolución de la vida psíquica del sujeto lo que sucede a partir de este "novum" que aparece no se puede entender, es decir, no es comprensible en el sentido que JASPERS da a esa palabra, a partir de la totalidad de la vida psíquica pasada. El impacto que produce esta quiebra no puede ser más que somatógeno. Una enfermedad, es decir, una lesión orgánica del cerebro del tipo que sea, una intoxicación por ejemplo, se manifiesta en el plano psíquico como lo que llamamos una psicosis exógena y orgánica. Otras veces surge un cuadro psicótico pero es imposible encontrar una causa que antúe sobre el sistema nervioso central y, postulando ésta, se les da el nombre de endógenas. Las psicosis maníaco-depresivas y la esquizofrenia son las dos psicosis endógenas de la psiquiatría clásica. Lo endógeno se define por la ausencia de hallazgos somáticos.

JASPERS hace una crítica de la distinción de exógeno-endógeno dejando bien claro que se refiere no a la totalidad del organismo sino al sistema nervioso central. Una cema diabético es un trastorno exógeno aunque la diabetes sea una enfermedad endógena, es decir no tiene una causa externa.

Fue MOBIUS el que en 1892 introdujo estos dos términos en

Ayuntamiento de Madrid

psiquiatría. Ambos se hallaban ya difundidos en otras ramas de las ciencias. La difusión que tuvo esta noción fue extraordinaria, hecho del que él mismo se sorprendía en 1898. "Hasta donde yo se antes nadie distinguía entre enfermedades endógenas y exógenas; hoy día todo el mundo emplea corrientemente estas expresiones como si se trataran de una vieja noción"(1). No cabe duda que si la difusión fue tan rápida se debía a que las ideas de MOBIUS cayeron sobre un terreno fecundo, es decir, vinieron a formular unos conceptos que debían de estar en la mente de los psiquiatras de su tiempo.

Para MOBIUS lo endógeno se concibe a través de las nociones de degeneración de MOREL. "La degeneración es la condición sine qua non"(1).

El concepto de degeneración en MOREL está considerado desde unas concepciones evolucionistas (bien que su"Traité des Dégénéréscenses" se publica en 1857, es decir, dos años de la obra de DARWIN), son "Desviations maladives du type primitif." Estas desviaciones del tipo primitivo van pasando de padres a hijos. El individuo transmite la carga hereditaria recibida a la que se suman los trastornos producidos por toxinas, lesiones cerebrales, desviaciones morales, depauperación social y economicas. En cada nueva generación los estados patológicos se presentan más precozmente, también la muerte es más precoz y el suicidio y la estiriliidad aumentan.

Como es lógico, las ideas de MOREL ya han desaparecido de la psiquiatría. Por una parte surgieron críticas (el mismo MOBIUS pensaba en la posibilidad de una regeneración); por otra desde que en 1900 se descubren los trabajos de MENDEL y nace la genética, el estudio de la herencia toma otros rumbos de bases científicas más sólidas. También hay que tener en cuenta que en una sociedad tan individualista, en cierto sentido, como la que se ha ido desenvolviendo en este siglo rechace de plano nociones como esta. Si el psicoanálisis ha tenido tanta difusión es precisamente por enfocar la génesis de los trastornos psíquicos a partir de traumatismos o desviaciones en la maduración de una personalidad y por

---

(1) Cita tomada de MECHLER

Ayuntamiento de Madrid

lo tanto lleva implícita la noción de que en la actualidad, o por lo menos en el futuro, es posible corregir esos trastornos e incluso intentar una profilaxis a través de una educación de la sociedad. Dentro de esta mentalidad no cabe suponer que un individuo herede una limitación, que nazca con un minusvalía respecto a los demás, cuando la realidad es que todos nacemos con limitaciones, el ser humano lo es, y que solo "acabando todos son iguales."

Pues bien, las psicosis endógenas son herederas de estas nociones de MOREL, son la consideración de lo constitucional-hereditario en psiquiatría; de lo que no cabe duda hoy día es de la influencia de la herencia como disposición en la aparición de los cuadros clínicos (vease el capítulo de la herencia). SLATER, de gran experiencia en este sentido, piensa en una herencia dominante de escasa penetración. DA FONSECA defiende una tendencia multifactorial, lo que se heredaría según él no es un rasgo patológico sino una "constitución timopática" que es aun normal y sobre ella puede aparecer la enfermedad. Esto está relacionado con CONRAD que piensa que la alteración del ánimo de la ciclotimia es una reacción fisiológica como otras tantas y que solo en determinadas circunstancias se hace patológica (a nosotros nos parece más claro lo que hemos citado más arriba sobre la participación de los sentimientos vitales en la vida psíquica normal que dice LOPEZ IBOR).

TELLENBACH realza en sus trabajos la importancia de <u>la endogeneidad como tercer factor causal</u> a tener en cuenta junto al soma y a la psiquis, e intenta definirlo no solo por sus aspectos negativos (lo criptógeno) sino también por los positivos. <u>El Endón</u> es la instancia espontánea original la cual se manifiesta en ciertas formas fundamentales del ser Hombre. La endogeneidad se manifiesta tanto en la salud como en la enfermedad y a ella estan ligados los procesos de maduración. La maduración en el plano somático y en el psíquico se debe a la influencia de ese factor metabiológico y meta psicológico que es el Endón. Las cualidades singulares del hombre que persisten a lo largo del tiempo (sexo, raza, predisposiciones transmisibles por la herencia, dotes, tipos corporales, actitudes, temple afectivo fundamental, etc.)

Ayuntamiento de Madrid

El Endón está antes de lo biológico y de lo personal, pero también después ya que puede ser configurado por ellos.

El Endón es la forma fundamental del suceder de la vida ("Endógeno es todo aquello en el hombre que en el suceder de la vida se produce siempre de nuevo como unidad de la forma fundamental") y por lo tanto a él pertenecen los ritmos vitales, tanto en la salud como en la psicosis. Las manifestaciones endógenas tienen un aspecto somático y un aspecto psíquico, pero lo importante para TELLENBACH es que además tienen un carácter global, que es muy claro en las psicosis endógenas. En ellas se demuestra como no existen manifestaciones monosintomáticas, e incluso el término "síntomas" es incorrecto y debiera sustituirse por el de "fenómenos". Cualquier fenómeno aislado es siempre representante de la melancolía como una modificación global del hombre. Nosotros llegamos a la misma conclusión en el estudio de los equivalentes depresivos en esta tesis.

A TELLENBACH se le critica con cierta razón (WEITBRECHT) que estos conceptos son filosóficos y están demasiado alejados de la clínica. TELLENBACH lo hace en la búsqueda de una concepción del hombre situada más allá del dualismo soma-psique que presenta grandes problemas a la hora de considerar las psicosis llamadas endógenas. A partir de ahí intenta una nueva y más fructífera perspectiva clínica.(1) El soma se rige por sus leyes, las de la causalidad, la psique por las suyas, motivos. Si yo he captado bien lo que TELLENBACH quiere decir hay que buscar otro punto de vista para considerar lo endógeno. Los ritmos, la maduración, las disposiciones, etc. y las psicosis no son comprensibles ni explicables. Quizá en castellano se podía aplicar a este método de conocimiento del Endon la expresión entender.

Sin embargo, a pesar del atractivo de estos puntos de vista de TELLENBACH, la experiencia clínica ha de tener prioridad en nuestras consideraciones y a partir de ella nos vemos obligados a aproximar lo endógeno a lo somatógeno. No quiere esto decir que desde un punto de vista teórico-filosófico no pueda considerarse la nueva instancia del Endón en el ser humano, pero lo esencial es conocer el punto de partida, el primum movens, del desencadena-

---

(1) El "Typus Melancholicus", la situación predepresiva, etc.

Ayuntamiento de Madrid

miento de esas enfermedades que son las psicosis llamadas endógenas. El que luego su manifestación sea preponderante en un plano u otro de la vida psíquica es ya un hecho secundario. Del mismo modo que psicopatológicamente las psicosis exógenas se traducen por alteraciones de la vida psíquica (conciencia, etc.), sucede lo mismo con la depresión y la esquizofrenia.

El problema es muy complicado y no es nuestra intención profundizar más en él, sino solamente aclarar algunos puntos. Nuestro interés en esta tesis es demostrar como algunos síndromes clínicos mal filiados están emparentados con las psicosis llamadas endógenas. K. SCHNEIDER que fundamenta toda su psicopatología en una dicotomia entre el plano somático y el psíquico (lo hace así no por razones filosóficas sino porque es el punto de vista que le parece más fecundo para la clínica), llega a decir que en la génesis de los trastornos mentales junto a lo psicógeno (motivos de las reacciones vivenciales anormales por ejemplo) y lo somatógeno (causa de las psicosis exógenas) se podía postular una metagénesis para las psicosis endógenas, K. SCHNEIDER no lo explica más. La dictimia somático-psíquico es insuficiente. El plano de los sentimientos vitales en el que LOPEZ IBOR se ha esforzado en dar realce a este aspecto del ser humano: el del ánimo de los clásicos españoles o de la "physis" griega que era más de naturaleza animada, que la física inerte actual.

Sin embargo, hoy día lo endógeno se aproxima a lo somatógeno. Hay muchas razones para ello. La sintomatología de ciertas alteraciones del sistema nervioso central puede parecerse, por lo menos durante ciertas etapas de su curso a las psicosis endógenas. Las epilepsias, tumores, infecciones, son causa de ella (tanto que cuando existen basta por si solas para decidir el diagnóstico). Este principio de K. SCHNEIDER si bien es importante y aun necesario como etapa en la investigación fenomenológica no puede mantenerse como absoluto. Pueden coexistir en un enfermo unas psicosis endógenas y una enfermedad cerebral (vease el trabajo de LOPEZ IBOR sobre las depresiones orgánicas). Es seguro que no existe una anatomía patológica de estas enfermedades, pero si que deben de existir alteraciones bioquímicas o de otra naturaleza.

Ayuntamiento de Madrid

Las investigaciones sobre las alteraciones del equilibrio hidrosalio, sobre el metabolismo de las biogaminas etc., están dando su fruto sobre todo en el campo de las depresiones. Los autores citados al principio y otros muchos acercan lo endógeno a lo somatógeno. También K. SCHNEIDER a pesar del postulado, ciertamente enigmático, de lo metágeno.

No cabe duda del éxito de las terapeúticas somáticas en ambos tipos de enfermos, pero especialmente en las psicosis maníaco-depresivas. Nuestra actuación terapeútica con los psicofármacos y antes con las terapeúticas de choque es estrictamente somática, y no cabe duda de su acción sobre el núcleo de la enfermedad y no meramente sintomática.

También se ha intentado ver en qué consiste la diferencia entre las psicosis exógenas y las endógenas. En las primeras se distinguen los cuadros agudos que cursan con trastornos de conciencia y los crónicos de evolución lenta que cursan con síntomas demenciales. Hay, sin embargo, formas solapadas, como los trastornos post-traumáticos que se pueden incluir en el <u>síndrome reversible</u> (Durchgangsyndrom) de WIECK que toman apariencia de psicosis endógenas. Hay quien piensa que cuando la noxa actua de un modo mínimo y prologando es capaz de producir síndromes depresivos, por ejemplo, pero la experiencia clínica no lo confirma. Muy significativas son las ideas de v. DITHFURTH para el cual cuando la noxa que desencadena la psicosis es extra-fisiológica se produce una psicosis endógena, cuando ésta lo que hace es alterar una base fisiológica pre-existente se produce una psicosis endógena. Así se explicarán las psicosis que acompañan a ciertas enfermedades orgánicas (tumores abdominales, por ejemplo). Este planteamiento de v. DITHFURTH es en cierto modo una falacia ya que cualquier agresión produce los síntomas y la enfermedad porque desencadenan una reacción preexistente del organismo. La teoría del s'indrome de reacción exógena de BONHOEFFER se basa en este hecho. Sin embargo, esta idea de v. DITHFURTH aproxima las psicosis endógenas con ciertas enfermedades orgánicas como puede ser la diabetes en la que la alteración metabólica que existe no es cualitativamente diferente del metabolismo hidrocarbonado normal

Ayuntamiento de Madrid

y a otras por el estilo para las cuales el calificativo de endógenas estaría justificado (en medicina general se habla en estos casos de enfermedades idiopáticas). La hipótesis de v. BITHFURTH no es pues una solución a la cuestión sino un modo distinto de plantearla.

Ya iremos viendo en esta tesis como esta alteración fundamental endógena de los sentimientos vitales tienen en los enfermos distintos modos de expresión. De la misma manera que en el sujeto sano coexisten los diversos niveles de la vida sentimental (es natural, ya que la estratificación está hecha con fines descriptivos), en el enfermo pueden aparecer síntomas que se deben a alteraciones de los sentimientos corporales y de los dirigidos. Los primeros constituyen el núcleo esencial de los equivalentes depresivos, los segundos entran en el terreno de las reacciones vivenciales anormales.

¿Cuales son los rasgos que clínicamente podemos atribuir a los sentimientos vitales y sus alteraciones patológicas? El primero es negativo, el de no ser dirigidos. Esta es una cuestión difícil para el diagnóstico ya que habitualmente el enfermo, sus allegados y determinadas concepciones del hombre, tienden a considerar toda la vida sentimental como reactiva. El médico a veces la considera como tal después de reflexionar sobre sí mismo ("cualquiera en tal circunstancia se sentiría así"), sin embargo, estas depresiones pseudorreactivas son diagnosticadas por el mismo enfermo si se les escucha con cuidado. Todo el mundo tiene acontecimientos desagradables en la vida, y a veces el enfermo se da cuenta que antes de que sucediera el suceso ya no se encontraba bien, y sobre todo, si se tratan correctamente y el enfermo se cura, la perspectiva cambia radicalmente. Tal circunstancia no era el origen de la depresión, y el enfermo ya curado es capaz de resolverla con la decisión y energía que le faltaba durante la fase.

El siguiente rasgo fundamental es el curso. Las alteraciones endógenas tienen un curso fásico; en esta tesis dedicamos un interés especial a este aspecto en el capítulo de la suplencia de síndromes.

Ayuntamiento de Madrid

Para LOPEZ IBOR y otros muchos (BURGER-PRINZ por ejemplo) este curso fásico no es un factor autónomo sino que es dependiente de la propia enfermedad ya que el carácter ondulante y variable constituye algo inherente al modo de ser de los sentimientos vitales. Este curso ondulante está en relación con otros ritmos, quizá estos más primarios como son los circadianos y estacionales. Los deprimidos suelen estar peor por la mañana y mejoran con el frescor de la tarde.

Otro carácter esencial constituye la <u>variación polimorfa de los sentimientos vitales</u>. Esto es algo que existe en el sujeto sano, pero es más claro durante la enfermedad. La ansiedad se manifiesta unas veces como sobrecogimiento y otras como sobresalto (LOPEZ IBOR). Tanto cuando es reactiva, pero sobre todo cuando es endotímica. En el enfermo las diversas fases son a menudo de sintomatología diferente.

Durante algún tiempo la teoría de las depresiones ha estado presidida por una <u>idea de polaridad</u>. Manía-depresión, tristeza-euforia, inhibición psicomotora-exaltación, inhibición del pensamiento-fuga de ideas, etc. Sin embargo, las cosas no suceden así. La manía no es "lo contratio" de la depresión, ambas son un estado patológico y por lo tanto de déficit, aunque en el maniaco puede no aprecer esto claro. Aunque solamente sea por aportar una prueba hay tratamientos que son efectivos en ambos estados (electrochoques, neurolépticos y timolépticos, sales de litio, etc.). Los síntomas cardinales se mezclan unos con otros, así hay depresiones agitadas y manías inhibidas, y se pueden citar más ejemplos.

Otro rasgo importante, y que a nosotros nos ha parecido muy claro y esperamos que muy demostrativo en esta tesis consiste en que, a veces, <u>la alteración endógena desborda</u>, por así decirlo, <u>el fondo endotímico de la personalidad</u> y se manifiesta en el plano somático (equivalentes) y en el plano psíquico(1). Lo interesante es que existe una correlación en este salirse de cauce y

---

(1) BURGER-PRINZ habla de "proyecciones, pero este término no es muy feliz ya que tiene otros significados en psicología y psicopatología.

Ayuntamiento de Madrid

embargo, enseguida caemos en la cuenta que no es posible generalizar una expresión así. Una metástasis no es un equivalente tumoral, ni una endocarditis un equivalente reumático, ni una glomerulonefritis un equivalente de una amigdalitis. Tampoco cuando dos enfermedades aparecen juntas con determinada frecuencia, como por ejemplo el psoriasis y la artritis reumatoide, se puede decir que sean equivalentes. En estos casos se habla de complicación de una enfermedad, de formas clínicas, o se encuentra una explicación fisiopatológica, etc.

¿Por qué si en la epilepsia y no en los otros casos? La idea proviene del siglo XIX, cuando en Francia se prestaba gran atención al estudio de la clínica de las enfermedades mentales, igual que se hacía con el resto de la medicina.

La medicina antigua está llena de equivalencias que se establecen a través de una patogenia común. Las transformaciones, difusión, retención y evacuación y diversos humores daban lugar a las distintas enfermedades. A la hora de prescribir una terapeútica muchas enfermedades eran equivalentes ya que su origen era el mismo.

Desde SYDENHAM el estudio de las <u>especies morbosas</u> es uno de las pilares de la medicina científica y así los cuadros clínicos se van puliendo en el sentido que al mismo tiempo que se enriquece su caudal de síntomas y signos se ven las relaciones que tienen con otras enfermedades y también se van disgregando. Hasta el siglo XIX, la epilepsia era exclusivamente un mal convulsivo, pero entonces se vio como en enfermos epilépticos podían aparecer otros síntomas, especialmente psíquicos. Al principio se consideraba con "complicaciones" (BROUSSAIS menciona a la epilepsia como una de las complicaciones de la manía) de "transformaciones" (FRANK). Fue BILLOD (1850) el primero que se refirió a equivalentes diciendo: "¿Cuales son las relaciones que existen entre los ataques de epilepsia y los accesos de furor? Estos accesos de furor en lugar de ser consecutivos al acceso de epilepsia no serían más que una de las formas múltiples que puede revertir el mal epiléptico. En otras palabras, los accesos epilépticos y de furor no serían más que dos formas del mismo mal, dos efectos de la misma causa en vez de estar unidos entre ellos por una relación de causa a efecto." De aquí parte el estudio de las

Ayuntamiento de Madrid

formas psíquicas de la epilepsia y de los equivalentes epilépticos cuando éstas no se acompañan de convulsiones. Posteriormente FALRET (1860) y luego el mismo BILLOD (1872) emplearon para estos síntomas psíquicos en enfermos que tenían convulsiones el término de epilepsia larvada.

Estas líneas de BILLOD son muy claras. El mal epiléptico sobre el cual hace 100 años no se conocía más que el cuadro clínico, se manifiesta corrientemente como convulsiones y trastornos de conciencia, pero a veces toma otro ropaje, que habitualmente se reconoce como perteneciente a otra enfermedad y se manifiesta a través de él. Así este nuevo síntoma no es consecuencia de las convulsiones sino de la epilepsia.

El mismo hecho puede producirse en la psicosis maníaco-depresiva. En ésta las alteraciones del humor juegan el mismo papel que las convulsiones y la pérdida de conciencia en la epilepsia, y así de la misma manera pueden aparecer equivalentes maníaco-depresivos que no son más que síntomas que habitualmente corresponden o pueden corresponder a enfermedades muy dispares, y que se presentan en enfermos en los que no es aparente su trastorno del estado de ánimo.

¿Cabía emplear el término de forma clínica y discutirse de este modo en el seno de la psicosis maníaco-depresiva, una forma depresiva, una forma álgica, una forma angustiosa, una forma gastrointestinal, etc.? Rotundamente no. La investigación psicopatológica demuestra que en el seno de las psicosis endógenas no es posible ir más allá de una tipología clínica. Siguiendo a K. SCHNEIDER, la psicosis endógena se caracteriza por sus alteraciones de la vida psíquica que difieren cualitativamente de las variaciones normales de ésta y que por lo tanto, son consecuencia de una enfermedad (somática). La enfermedad que les sirve de base es hoy por hoy desconocida, por eso al referirse a la esquizofrenia o a la ciclotimia como enfermedades estamos haciendo una extrapolación. También al referirnos al síntoma. Del mismo modo que la melena nos indica que existe un punto hemorrágico en el tracto intestinal, un trastorno amnésico nos lleva a buscar la lesión cerebral que lo produce. En cambio la inhibición psicomotora en sentido estricto no es síntoma de nada ya que a nin-

Ayuntamiento de Madrid

guna alteración somática es referible. Si se utiliza la expresión síntoma es porque el cuadro clínico de la depresión se concibe a través de la experiencia de enfermos semejantes y por que el conjunto de "síntomas" que presenta se suponen referibles a una enfermedad somática aun desconocida.

Así pues en medicina puede hablarse de síntomas equivalentes de otros cuando sean manifestaciones de la misma enfermedad aun desconocida y se pueden colocar en el cuadro clínico al lado de la manifestación más habitual y "típica" de la enfermedad. De esta manera un estado crepuscular es un equivalente convulsivo y una ciática puede ser un equivalente depresivo.

Solo un punto más para aclarar la terminología. En sentido estricto habría que distinguir entre depresión como enfermedad somática aun desconocida y depresión como manifestación clínica (síntoma o cuadro clínico). La ciática que mencionaba más arriba sería equivalente de esta segunda acepción de la palabra y síntoma de la primera. Melancolía es la enfermedad, depresión el síndrome. En castellano la confusión no es grande, ya que la expresión "estar deprimido" es más técnica que coloquial; en inglés sucede lo contrario, "to feel depressed" significa sentirse triste o abatido. Por eso a veces hay confusión y cuando un enfermo deprimido no se encuentra abatido ("depressed") les cuesta trabajo considerarlo como un melancólico (a veces se habla de "depresión sine depresione", o de depresiones larvadas como veremos más adelante).

* * * * * *

EQUIVALENTES EN EL PSICOANALISIS

Como es lógico, el psicoanálisis desde sus comienzos se interesó por el estudio de las diversas caras con que

Ayuntamiento de Madrid

puede presentarse en la clínica la angustia. FREUD (1903) cita a HECKER que antes de él había llamado la atención sobre los equivalentes de la angustia, pero sin asignar a ésta ninguna motivación patológica y así, según FREUD, todos los síntomas neuróticos pueden ser considerados como expresión de la angustia. En 1907, en una de las reuniones de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, STEKEL presentó una comunicación sobre "los equivalentes somáticos de la angustia y su diagnóstico diferencial." Los síntomas que cita son cardiacos, (palpitaciones, etc.), respiratorios (trastornos respiratorios nerviosos, por ejemplo el asma sexual), gástricos (hipo, vómitos, dolores, diarrea nerviosa, tenesmos, espasmos faringeos) vesicales (enuresis), cutáneos (en pocos casos) musculares (espasmos) y nerviosos periféricos (parestesias y neuralgias). Los síntomas surgen porque bajo ciertas condiciones se adueñan de una zona erógena, de la misma manera que al ataque de ansiedad en total puede ser un equivalente del coito (FLIESS). Los síntomas según STEKEL, unos surgen por conversión, otros como consecuencia de la libido suprimida ("surpressed") y desviada de su meta.

En la discusión que se entabló después de la comunicación se citaron algunos datos curiosos. GRAF menciona como la hermana de GOETHE padecía unas erupciones cutáneas que se le presentaban cuando no quería ir a un baile. ADLER dice que la angustia se manifiesta como equivalente en los órganos en situación de inferioridad. Esta reunión fue el embrión a partir del cual se desarrolló la medicina psicosomática de orientación analítica, ya que aparecen en ella unos puntos básicos (la angustia, la psicogénesis de ésta, su transformación en síntoma somático - reacción de conversión - la elección del órgano y la derivación de la energía libidosa hacia el cuerpo).

FREUD plantea en el comentario final a esta reunión que la cuestión real es porque algunas personas en lugar de una crisis de ansiedad tienen síntomas somáticos que ellos

Ayuntamiento de Madrid

mismo no reconocen como angustia y que del mismo modo confunden también al médico. ("The real question is only why some people instead of an anxiety attack have somatic symptoms which they themselves do not recognise as anxiety and which deceive the physician as well.") Desde entonces hasta ahora se ha recorrido mucho camino, pero esta pregunta mantiene su actualidad ya que solo puede ser respondida parcialmente.

Años más tarde FREUD encuentra que la psicodinamia del dolor es igual a la de la depresión (vease el capítulo de las algias timopáticas) y posteriormente con la inflacción de las interpretaciones analíticas extendidas al campo de la medicina psicosomática las equivalencias son múltiples. ALEXANDER habla de "affect equivalents" al referirse al asma (a la crisis de asma es un sustituto de llanto del niño). FENICHEL cita a la fatiga y la anorexia como "affect equivalents". También se interpretan dinámicamente los síntomas somáticos de la depresión (BHASKARAN) aun cuando ésta no sea clínicamente muy aparente. DENISON y YASKIN hablan de una depresión enmascarada y CHAMBERLAIN de "cryptic depressive states", la colitis ulcerosa también tiene una similitud dinámica con las depresiones (SPERLING).

La tesis psicoanalítica es elemental en su raíz. Al ser común la dinámica de estos estados se presentan unos síntomas u otros según el sentido en el que se haga la descarga de la tensión angustiosa (HARRIS). Unas veces se hace hacia el plano psíquico, otras hacia el somático. En el capítulo de la suplencia de síndromes nos volveremos a referir aun más detenidamente a estos puntos.

* * * * * *

LOS SINTOMAS SOMATICOS DE LAS DEPRESIONES

Ya antes de KRAEPELIN, WERNICKE y PILCZ conocían algún síntoma somático de las depresiones, (vértigos, cefaleas,

Ayuntamiento de Madrid

desarreglos menstruales y trastornos de la potencia). En las doctrinas de KRAEPELIN, de LANGE y de K. SCHNEIDER el aspecto orgánico de las depresiones es bien conocido. BONHOEFFER (1912) se refiere a la importancia de los síntomas gastro-intestinales de las depresiones. Pero en un terreno más concreto es CISMBAL (1923) el primero que se refiere a "equivalentes vegetativos" para referirse a los síntomas somáticos que surgen del mismo fondo de la psicosis maníaco-depresiva. PASKIND (1929) señala como la sintomatología de las formas leves, de la P.M.D. difiere de la forma habitualmente descrita. BLEULER (1936) dice que a veces el comienzo de una depresión se asemeja a una neurastenia, y de la misma manera se asemeja a ella durante toda su evolución las formas leves de las psicosis maníaco-depresivas. En el mismo sentido se puede citar a STRANSKY y a KIRN (este último cita síntomas neuralgiformes o parestésicos peculiares en el comienzo de los "paroxismos depresivos").

ZIEGLER (1939) recogió 111 casos de enfermos referidos a él por medicos generales que no encontraban explicación para los síntomas somáticos que padecían y que eran enfermos primariamente deprimidos.

La descripción de la psicosis maníaco-depresiva se hizo a partir de enfermos asilados y durante mucho tiempo se consideraron los cuadros clínicos que allí se veían y describían como típicos, pero las cosas han evolucionado tanto en estos años que para nosotros aquella psiquiatría es la "clásica". Los trabajos citados un par de párrafos más arriba demuestran que también existían otros puntos de vista, pero marginales en el gran campo de la psiquiatría académica. La asistencia psiquiátrica ha evolucionado mucho. En parte por los propios avances científicos y prácticos de la psiquiatría pero también en parte por los cambios en la situación social. El espíritu del tiempo ha cambiado y el psiquiatra no es ya un "medico de locos" sino un mediador de conflictos, papel que le pone en el riesgo de perder un punto de apoyo firme en la medicina y por lo tanto de aniquilarse. La psi-

Ayuntamiento de Madrid

quiatría no tiene otra razón de esistir que este equilibrio en una cuerda floja que no es otra que la tendida entre las ciencias de la naturaleza y las ciencias del espíritu. Pues bien, debido al auge social que ha tomado nuestra disciplina, el campo de acción de psiquiatría ya no es solo manicomial sino que es fundamentalmente el consultorio. Allí se ven formas más leves y más incipientes, "formas ambulatorias" siguiendo una expresión muy médica, de las enfermedades mentales, y la tarea del psiquiatra científico es no despreciar las enseñanzas que estos enfermos nos puedan aportar. A esto se suma que en parte movidos por una oscura sabiduría natural, instintivamente, hoy acuden a nosotros enfermos que antes acudían al médico general o al internista, y también porque éstos poco a poco van percatándose de la realidad psiquiátrica de muchos cuadros y así poco a poco se van reduciendo el area de la psiquiatría irredenta como la llamó LOPEZ IBOR.

Así de esta manera ya en 1942 KIRCHOF puede descubrir unos trastornos depresivos ambulatorios los cuales destacaban no solo por su levedad respecto a las formas institucionalizadas sino también por una sintomatología peculiar. El resumen figura en la tabla siguiente que es muy demostrativa:

Quejas más "psicológicas (en un total de 203 enfermos):

Mal humor.....	146 enf.
Inhibición, posponer ciertas actividades, falta de impulsos.....	112 "
Irritabilidad, excitarse por pequeños motivos, inquietud interna.....	84 "
Pérdida general de interés, falta de alegría..	71 "
Retraerse de las relaciones con los otros desde el comienzo de la enfermedad.....	67 "
Ansiedad.....	58 "
Llorar sin motivo o por motivos pequeños.....	54 "
Inseguridad, imposibilidad de decidirse.....	46 "
Preocupación sobre la capacidad de trabajo, familia, futuro, salud.....	40 "

Ayuntamiento de Madrid

Hipersensibilidad al ruido.....	26	enf.
Facilidad para asustarse.....	25	"
Ideas o impulsos de suicidio.....	24	"
Cavilaciones o ideas confusas.....	23	"
Vivencias sensitivas.....	6	"
Fobias.....	3	"
Sentimientos de "ya visto".....	1	"
Insomnio.....	156	"

Quejas más somáticas (en un total de 203 enfermos):

Cefaleas.....	134	enf.
Cansancio general.....	65	"
Vértigos.....	45	"
Opresión.....	41	"
Pérdida de peso.....	38	"
Molestias abdominales.....	36	"
Trastornos de la sensibilidad en los miembros.....	34	"
Sudores.....	34	"
Molestias de la columna vertebral y región lumbar.....	34	"
Inquietud corporal.....	33	"
Trastornos de la potencia.....	22	"
Tiritar, sentir frío.....	20	"
Trastornos de apetito.....	20	"
Trastornos de la vista.....	16	"
Trastornos del gusto	5	"
Hiperexcitabilidad sexual.....	2	"
Ruidos en los oidos y en la cabeza.....	2	"

HERTRICH en 1962 repitió el trabajo de KIRCHOFF siguiendo unas líneas parecidas. Los síntomas somáticos que cita son los siguientes:

1. Trastornos del sueño.

Ayuntamiento de Madrid

2. Molestias con trastornos funcionales: cansancio durante el día, pérdida de peso, pérdida de apetito, trastornos del apetito sexual, vértigos, intranquilidad corporal difusa, temblores, ataques tetanoides, hiperhidrosis, sensación de frío, nauseas, vómitos, trastornos de la micción, estreñimiento, disnea, trastornos de la potencia y de la líbido, hiperexcitabilidad sexual.

3. Molestias sensitivas y sensoriales: cefaleas, trastornos de la visión, trastornos del olfato, trastornos del gusto, ruidos en los oídos, quemazón en la lengua, sensación de opresión o globus, quemazón en el pecho, síndrome hombro-brazo, dolores en la columna vertebral, molestias abdominales, molestias genitales, molestias de las extremidades, contracciones musculares difusas, quemazón difusa en el cuerpo, malestar corporal difuso, dificil de definir.

CAMPBELL hizo un estudio de 1950 sobre 200 enfermos, que es sorprendente por su precisión, y más sorprendente aun es la escasa difusión que han tenido estas ideas. Sostiene que las formas leves de la psicosis maníaco-depresiva, tipo depresivo se confunde con una serie de trastornos somáticos y psiconeuróticos. Uno a veces se sorprende como algunas ideas y hechos pasan desapercibidos. Que las ideas de la "Angustia Vital" de LOPEZ IBOR tarden algunos años en "descubrirse" (por ejemplo como lo ha hecho SPIEGELBERG) puede comprenderse ya que el castellano no es una lengua que tenga una difusión suficiente en algunos medios. Pero que un trabajo claro, publicado en Nueva York en el "Journal of Nervous and Mental Diseases," no induzca a pensar a los psiquiatras no indica más que algunas ideas dinámicas están muy arraigadas en ellos, no es ello porque el psicoanálisis en si tenga gran influencia, sino porque ha caído en un terreno muy abonado para él que es el espíritu anglosajón, fundamentalmente norteamericano.

Pues bien, Campbell cita los siguientes síntomas:

Los trasternos autonómicos (físicos)

1. Sofocos y/o quemazón en la piel.

Ayuntamiento de Madrid

2. Taquicardia, disnea y debilidad (astenia neurocirculatoria).
3. Dolores occipitocervicales y/o tirantez en la nuca.
4. Frialdad o/y hormiguillo en las manos y pies.
5. Cefaleas frontales y/o sensación de peso en el cráneo.
6. Vértigos y/o sensaciones vertiginosas en la cabeza.
7. Molestias epigástricas o piloroespasmo.
8. Fatiga intensa o inhibición psicomotora.
9. Opresión y/o dolor en el pecho.
10. Distensión gaseosa o indigestión.
11. Anorexia.
12. Sudoración excesiva.
13. Amenorrea u otras alteraciones menstruales.
14. Hipertensión transiteria.
15. Prurito.
16. Rudeza de la expresión.
17. Diarrea.
18. Estreñimiento.
19. Nauseas.
20. Ruidos y/o dolores en los oídos.
21. Temblores o sensaciones de sobresaltos en los músculos.
22. Dolores articulares (a menudo llamados "artríticos).
23. Orinar con frecuencia.
24. Neurodermatitis.
25. Urticaria.
26. Conjuntivitis periódica espontánea.
27. Impotencia o líbido alterada.
28. Elevación moderada de la temperatura cutánea (37º8-38º3).
29. Vómitos.

De todas maneras CAMPBELL se queda a mitad de camino ya que sigue sosteniendo la realidad de una psiconeurosis totalmente diferenciada de esta depresión (psicosis maníaco-depresiva) leve.

HALL (1949) en un estudio similar y en otro posterior (JONES y HALL) llama la atención sobre los síntomas somáticos de las depresiones. En 200 enfermos encuentran los siguientes:

Ayuntamiento de Madrid

Función nutritiva y abdominal

Pérdida de apetito	41	enf.
Pérdida de peso	27	"
"Disconfort" digestivo	22	"
"Disconfort" referido a la boca y la garganta	9	"
"Disconfort"abdominal, trastorno de la función intestinal	5	"

Cabeza

Dolores de cabeza y estado de tensión	17	"
Cefalalgias (generalizadas)	17	"
Sensación referente a los órganos de los sentidos	8	"
Parestesias y vértigos	7	"
Sensación de vacío	5	"

Locomotor y generales

Debilidad	7	"
Sensación de quemazón, movimiento y parestesias	7	"
Dolor lumbar	7	"

Circulatorios y torácicos

Dolores en el pecho	6	"
Palpitaciones	5	"
Otros	5	"

Superficie corporal y piel

Sudores	3	"
Sensación de frío	3	"
Prurito	1	"

Sexuales

Impotencia	6	"

En todos estos trastornos del sistema vegetativo juega un papel importante. Ya hemos citado esto a CIMBAL que hablaba de equivalentes vegetativos. Luego HEMPEL

Ayuntamiento de Madrid

(1937) describió una "depresión vegetativo-distónica" y siguiendo las ideas de KRETSCHMER la interpretaba en el sentido de que era una depresión que recaía sobre un sujeto estigmatizado vegetativamente(leptosomáticos, vegetativos, distónicos). LEMKE habla de una depresión vegetativa que no sería más que una depresión angustiosa en la que en lugar de ésta aparecen sus correlatos somáticos. También puede presentarse como un síndrome triste-apático, la inhibición del pensamiento, sensación de vacío interno, hiporsensibilidad al dolor y tendencia al descentrol en las expresiones de los afectos.

BAUMER (1953) encuentra también que en el comienzo de las fases depresivas pueden aparecer distonía vegetativas y se pregunta si éstas no serán más depresiones ciclotímicas leves larvadas. Los síntomas que encuentra son los siguientes: insomnio, hipervaloración de los síntomas vegetativos y tendencia a la hipocondria, sensaciones anormales, hipersensibilidad a los estímulos (ruidos, luz solar, corrientes de aire, olores) "nerviosidad", hipervaloración de situaciones conflictuales agudas y vuelta a recordar conflictos antiguos y molestias que resisten a las terapeúticas habituales que le hacen vagar de médico en médico. BAUMER añade que esta sintomatología se repite de un modo cíclico a lo largo de la vida.

El papel del sistema nervioso vegetativo es importante para KIELHOLZ en lo que él llama "Erschöpfungs Depressionen" y su escuela de Basilea, especialmente POLDINGER está en la actualidad haciendo una serie de investigaciones en ese sentido siguiendo la linea de HEMPEL, LEMKE ya citado y lo más reciente de DICKGANS.

En todos estos trabajos citados se alude a toda esta variedad de trastornos somáticos que acompañan a las depresiones clinicamente manifiestas. La cuestión que se plantea es si independientemente de una sintomatología depresiva típica pueden presentar, se es decir como equivalentes timopáticos puros. En nuestra casuistica se verá como esto si

Ayuntamiento de Madrid

es posible, y lo a menudo que sucede. El interés radica por una parte por la importancia diagnóstica que tiene este hecho. Un lumbago timopático incorrectamente diagnosticado lleva no solamente a una serie de investigaciones penosas y pesadas para el enfermo y también costosas para él o para quien se haga cargo de ellas, sino también a medidas terapeúticas incorrectas y a veces contraproducentes, los psiquiatras que tienen experiencia en este terreno pueden citar ejemplos asombrosos. Estos hechos no deben escandalizarnos ya que son fenómenos normales en toda ciencia que progresa. En toda la medicina pueden citarse síntomas parecidos, y lo que hay que hacer es ir incorporando los descubrimientos científicos con una mentalidad abierta.

En este sentido cada vez se presta más atención a las depresiones que adaptan formas de neurosis (histeria, depresiones hipocpndriacas de SATTES, y un sin fin más de otros trabajos). LOPEZ IBOR fue un pionero en esta linea, primero pensando que existiría una "timopatía anxiosa" como entidad clínica autónoma y luego viendo como en todo cuadro neurótico y psicosomático existe una alteración endotímica igual a la que existe en la base de las depresiones ciclotímicas. Todo este campo de las depresiones lo dejamos en esta tesis de lado, dando interés a otro, es el de la vertiente somática, aunque de pasada habremos de referirnos a estos puntos ya que no son divisiones tajantes.

En estos equivalentes timopáticos más puros siempre es posible reconocer alguno de los rasgos de la endogeneidad. Unas veces en la evolución cíclica de los mismos trastornos mitigados o su ritmo diurno como dice PAKESCH. PAKESHH da gran valor al estudio psicológico del enfermo (a través del test de Rorshach y del T.A.T.) en estas depresiones larvadas, nosotros damos más valor a la observación clínica detenida y repetida.

PRIORI habla de "Depressione sine depresione", con esto alude a lo que más arriba nos hemos referido de la sintomatología. Existen depresiones (como enfermedad) sin depresión (como alteración del estado de ánimo), igual que en la depresión del enfermo a veces no puede entristecerse (SCHULTE). La tristeza tiene dos acepciones distintas. Una

Ayuntamiento de Madrid

es la tristeza reactiva, normal, del sano, y otra es la tristeza vital, endotímica, del deprimido. Se emplea la misma palabra por una insuficiencia del lenguaje, cuando en realidad a veces son no solo distintas sino contrapuestas.

Para PRIORI, siguiendo las ideas de K. SCHNEIDER no es raro que las depresiones se manifiesten en el plano de los sentimientos somáticos. En esto sigue a LOPEZ IBOR. Distingue varias formas clínicas: puramente vital(corresponde a la astenia vital de LOPEZ IBOR), una forma psicoestésica (debilidad irritable de GRIESSINGER), forma hipocondriaca, forma álgica (melancolía neurálgica, SCHROEDER 1908) y una forma neurovegetativa o física. Para PRIORI aunque los síntomas depresivos no son aparentes, la "depressione sine depressione" recae siempre en personalidades asténicas, con una gran finura para la introspección y sentimiento de insuficiencia vital.

PETRILOWITSCH también habla de una "melancolía álgica" y dice que es curioso como en las depresiones típicas hay una insensibilidad para el dolor, mientras que en estas formas hay una especial hipersensibilidad frente a él.

LEDERER ha descrito una depresión por desarraigo "sine depressione" en los que sufrieron persecución nazi y para GUTHEIL el alcoholismo y algunas toxicomanías constituyen equivalentes de las depresiones.

El problema que se plantea es de si estos cuadros son entidades clínicas aisladas o no.

Para CIMBAL, KEMPEL, LEMKE, DIKGANS y otros si que constituiría entidades diferenciadas. Para GLATZEL no, ya que no es posible constituir categorías clínicas dentro de las psicosis endógenas (K. SCHNEIDER). Como venemos, nuestra casuistica habla a favor de las tesis de GLATZEL y de otros muchos (BURGER PRINZ, etc.).

* * * * * *

Ayuntamiento de Madrid

Esta tesis es un trabajo de investigación fundamentalmente clínico en la cual los datos estadísticos son un apoyo más, pero ciertamente muy secundario por dos razones; la primera es porque el planteamiento de la selección de los enfermos no lo permite, la segunda porque nos hemos querido centrar en tres puntos:

A. Los equivalentes depresivos son suceptibles de un análisis microfenomenológico en el que se descubre en el propio síntoma los rasgos fundamentales de las alteraciones endógenas, de la misma manera que los equivalentes epilépticos participan de algunas de las características de la epilepsia (aunque solo sea el ser recortada en el tiempo y seguir un ciclo propio igual en si mismo, que se cumple una vez disparado porque se basa sobre una dinámica cerebral concreta). Un rasgo importante es que, de acuerdo con lo que hemos dicho más arriba, los equivalentes coinciden en un enfermo, y aun en más, hay puestes entre ellos de tal manera que a veces es difícil decir de qué síntoma se trata. La transición de las cefaleas a los vértigos es fluida. También la de las alteraciones de la cenestesia a las parestesias o a la despersonalización, o la de la tristeza al dolor epigástrico, o la inhibición a la braquialgia, o del vértigo a la angustia, por ejemplo.

B. En segundo lugar, en los enfermos casi siempre existe un cuadro depresivo mitigado, la mayoría de las veces del tipo de los que LOPEZ IBOR cita en "La Angustia Vital" (astenia, fatiga, irritabilidad, ansiedad, etc.). También es necesario aquí un análisis microfenomenológico. El enfermo puede negar nuestras preguntas en este sentido. A veces los familiares proporcionan más datos, pero casi siempre existe, y lo que es cierto es que cuando el enfermo ha mejorado gracias al tratamiento, enfoca los problemas mejor y entonces es cuando nos dice que, efectivamente, cuando acudió por primera vez se encontraba triste, cansado, etc. La inhibición psicomotora, la falta de ilusión en las tareas de la vida o en los intereses, la astenia, son a

Ayuntamiento de Madrid

veces difíciles de diagnosticar en un principio cuando están así esbozados. La transición de estos cuadros con los depresivos endógenos típicos es, naturalmente, fluida. En un momento determinado del trabajo en esta tesis, hace dos años, pensamos abandonarlo ya que no veíamos equivalentes depresivos sino depresiones mal diagnosticadas (lo mismo se llegó a decir el siglo pasado sobre los equivalentes epilépticos), pero seguimos porque en realidad no se trata de depresiones sino de "micro-depresiones" y se hallan por lo tanto fuera de las perspectivas de la clínica cotidiana actual (por eso puede hablarse de depresiones enmascaradas en el sentido de DELZE y SUEFIELD, y otros).

Algunos autores como SPIEGELBERG hablan de equivalentes cuando no se acompañan de un cuadro depresivo. Siguiendo lo dicho más arriva, los equivalentes puros son muy raros. El cuadro "micro-depresivo" a que nos referimos es tan tenue que por si solo no hubiera justificado el que el enfermo acudiera al médico, pero su investigación cuidadosa en cada caso es un apoyo esencial para el diagnóstico.

C. <u>El tercer pilar de esta tesis lo constituye el estudio de las formas de curso</u> y de ahí la consideración sobre las <u>suplencias de síndromes</u>. Los equivalentes depresivos coinciden, alternan o se suplen a lo largo de una vida. También hay otras evoluciones posibles y muy interesantes como son los desarrollos psicosomáticos (LOPEZ IBOR), y por lo que hemos dicho más arriba, podría hablarse de brotes psicosomáticos (estableciendo un paralelismo con lo que sucede con la esquizofrenia)(1).

---

(1) El Prof. GAY PRIETO en sus lecciones y en su texto dice que el psoriasis es un proceso, dando a esta palabra el sentido que se da en psiquiatría. En el fondo la psiquiatría y la medicina tienen planteados los mismos problemas de patología general. Uno de ellos es este de las formas de curso. La comparación de GAY PRIETO me llamó mucho la atención siendo estudiante y encuadra perfectamente en lo dicho en estas páginas.

Ayuntamiento de Madrid

D. La terapeútica puede ser considerada como una prueba más. Soy consciente que en un tipo de enfermedades como son las psicosis endógenas el éxito de un tratamiento es una demostración "ex jubantivus" menos significativa que en otros campos de la medicina. Hay fármacos que tienen acciones diversas y no por eso hemos de unificar las enfermedades alrededor de una farmacodinamia. En el capítulo de las pseudo-neurosis ictales veremos como el que la difenilhidantoina tenga una acción ansiolítica se atribuye a un origen comicial de las neurosis. El error es grande y la prueba sin valor. Sin embargo, si en el caso de los equivalentes depresivos consideramos en conjunto la evolución catamnéstica de los enfermos sometidos a tratamiento si que es posible percibir con claridad como la acción de la terapeútica del tipo que sea es similar en el caso de los síndromes psicopatológicos (depresiones) como en sus equivalentes somáticos.

* * * * * *

¿Porqué equivalentes depresivos y no maníaco-depresivos o maníacos? Las razones son dos. Una, entre nuestros 320 enfermos solo en uno aparece un equivalente (cefalea) durante una fase maníaca. Segundo, en las depresiones la propia alteración del estado endotímico hace que la corporalidad del enfermo le pese más y este esté más prisionero de ella, mientras que el hipertímico, debido a su exaltado amplio vital no siente su cuerpo, ni tampoco puede detenerse en él. Las expresiones equivalentes depresivos y equivalentes timopáticos significan lo mismo. Esta nos parece más correcta, la otra está más difundida.

Ayuntamiento de Madrid

II MATERIAL Y METODO

Para esta tesis hemos seleccionado ~~320~~ 317 enfermos vistos la mayoría en el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas (Profesor LOPEZ IBOR) y algunos en la Clínica del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Madrid. No conocemos ninguna publicación sobre este tema con una casuistica tan dilatada, la mayoría se refieren a casos aislados o a unas pocas docenas.

Los enfermos han sido vistos todos durante el periodo que hemos trabajado en esta tesis, es decir desde el verano de 1965 a la primavera de 1969, cuatro años en total. Algunos fueron vistos por primera vez durante este tiempo; otros, los menos, venían siendo tratados desde hacía años y algunos fueron llamados para hacer una revisión o acudieron a la consulta por otros motivos (acompañar a un familiar, etc.). Los enfermos más antiguos datan del año 1942, así que hay catamnesis de casi 27 años en algunos casos.

Los ~~320~~ 317 enfermos han sido seleccionados por presentar algún equivalente depresivo en una u otra forma. Estos ~~320~~ 317 enfermos no son todos los que han pasado en ese periodo de tiempo por la Clínica y consulta de los centros mencionados, sino aquellos que hemos considerado más interesantes y demostrativos. Se han quedado fuera muchos por diversos motivos: cefaleas porque el número que tenemos es ya suficiente dilatado y no aportaban nada nuevo al contenido de este trabajo, otros sencillamente por falta de tiempo material de revisarlos, sobre todo en la consulta, otros como la anorexia nerviosa, por constituir un grupo recortado que merecería una consideración aislada, etc.

Nuestra tesis se apoya en varios puntos esenciales que son:

1º Los equivalentes depresivos cursan de un modo fásico a veces coincidiendo con alteraciones depresivas

Ayuntamiento de Madrid

mínimas (tanto que ello no justificaría que el enfermo acudiera a una consulta y que tampoco serían suficientes para ser diagnosticados como tales de acuerdo con los criterios que se hallan hoy día más difundidos).

2º Los equivalentes depresivos tienen fenomenológicamente los rasgos de los síntomas depresivos. Esta afirmación no puede generalizarse pero es de esperar que la investigación progrese en este sentido. Los equivalentes comparten con los síntomas reconocidos de los cuadros depresivos su ritmicidad, alternancia, fasicidad, etc.

3º Los estudios longitudinales anamnésticos y catamnésticos permiten reconocer la evolución fásica de estos equivalentes y su coincidencia, alternancia o suplencia con otros, con fases maníaco-depresivas o depresiones monopolares, con trastornos psicosomáticos y con otros problemas psiquiátricos (conducta psicopática, neurosis, etc.) demostrando un fondo común para todos ellos.

4º Los estudios familiares en los casos que es posible demuestran como se hereda un elemento fásico, pero como el equivalente rara vez se hereda como tal. Esto plantea, junto al tercer punto, problemas centrales de la patología psicosomática como son el de la formación del síntoma y el significado, o mejor, el no significado de este.

5º La terapeútica de los equivalentes depresivos ha de seguir las reglas al uso del tratamiento de las depresiones, siendo a la vez una prueba más de su realidad clínica.

Los casos reunidos van en su mayoría intercalados en el texto entre paréntesis figura el número del archivo de la historia clínica. Los que no se han intercalado en el texto figuran al final en el apéndice II.

En el ~~apéndice I~~ capítulo XI figuran los datos estadísticos. Debido a la metodología seguida, que nos ha parecido la

Ayuntamiento de Madrid

más adecuada, y debido al carácter tan seleccionado del material los datos estadísticos y por carecer de un grupo homogeneo de control, no pueden ser una prueba no contestable. Sin embargo, es interesante conocer diversos aspectos como son la comparación de las características generales de esta población de enfermos con otros estudios sobre las depresiones endógenas, la frequencia de los diversos equivalentes, la edad de aparición, etc. También por algunas correlaciones como las que se pueden establecer con alteraciones electroencefalográficas (vease el capítulo de las neurosis ictales) etc. Las conclusiones de estos datos estadísticos si son una prueba más, que si bien aislada podía no tener valor si es muy significativa en el contexto de las otras que iremos exponiendo.

Ayuntamiento de Madrid

XII ALGIAS Y PARESTESIAS 1ª Parte

Psicofisiología del dolor

Una lesión en la piel produce dolor y hasta que punto la lesión y el dolor están unidos lo demuestra como con una sola palabra, daño, es posible referirse a ambos conceptos. Por lo tanto el dolor puede tener un punto de partida periférico. Este estudio de los "receptores del dolor", de sus vías ascendentes y de su proyección cortical como los enseña la fisiología tienen su realidad en la clínica, pero es solo un aspecto parcial como iremos viendo. Esquemáticamente el dolor se equipara a las sensaciones específicas y se integran en un sistema de reflejos más o menos homeostáticos. De la misma manera que la información procedente de los husos neuromusculares se elabora cibernéticamente en el sistema nervioso central para enviar a las fibras musculares estudiados los impulsos que regulan la postura y el tono, la información procedente de un "nociceptor" desencadena una serie de reflejos que conducen a apartarse de la noxa o a mitigar sus efectos. Esta serie de reflejos se encuentran en el S.N.C. en distintos niveles de complejidad creciente cuyo sustrato anatómico va siendo cada vez más rostral. A este esquema básico se añaden otros mecanismos más complicados que se han ido descubriendo paulatinamente, pero a pesar de ello es insuficiente en la clínica ya que como veremos hay una serie de fenómenos que no se pueden encajar dentro de él, concretamente los dolores de origen central, o en los que los mecanismos centrales tienen una gran preponderancia (algias Talámicas, neuralgia del trigemino, causalgia, etc.). Las algias depresivas corresponden a este tipo.

Los receptores y las vías del dolor:

Las terminaciones sensibles adoptan una gran variedad de formaš. Se ha estudiado particularmente a la piel donde son muy abundantes y donde su función parece más específica. Pero aun hoy por hoy no es posible señalar a un tipo de ellas como el receptor del dolor (MILLER).

Ayuntamiento de Madrid

En la piel hay fibras terminales libres, que suelen ser fibras mielínicas de pequeño diámetro. En los tejidos más profundos, especialmente en el tejido conectivo de las fascias, tendones, aponeurosis, cápsulas, ligamentos, periostio y endostio también hay fibras terminales que son en su mayoría amielínicas.

Con el microscopio electrónico se ha podido ver (MUNGER) como estas terminaciones están rodeadas por expansiones de células epiteliales de la misma manera que las células de SCHWANN envuelven a las fibras amielínicas. En el punto de contacto entre la célula epitelial y las fibras nerviosas hay unos gránulos especiales. Siempre se ha considerado a estas terminaciones libres (fibras C) como los receptores del dolor, pero el estudio de fibras aisladas ha descubierto que pueden responder a otro tipo de estímulos, por ejemplo térmicos y mecánicos (LIM), aunque otras si que parezcan responder a un solo estímulo. Por esta razón hoy día se va abandonando la idea de que el dolor dependa de estímulos nocivos en este tipo de fibras. Otros receptores tienen la forma de botones terminales (terminaciones complejas no encapsuladas,) su función tiene que ver con los cambios de posición de los tejidos. Son los llamados discos de MERKEL, corpúsculos de RUFFINI y receptores de tensión. Existen en la piel y en los tejidos profundos.

Las terminaciones encapsuladas (corpúsculos de MEISSNER, botones terminales de KRAUSE y corpúsculos de VATER-PACCINI) tienen una función tactil. Existen en la piel y en tejidos profundos hay otros similares. El folículo piloso en conjunto funciona como una gigantesca terminación encapsulada.

En algunos tejidos vasculares se ha descubierto una red sensitiva formada en parte de fibras mielínicas. También se ha observado en la pleura visceral.

Hoy día tiende a pensarse que ninguna de estas terminaciones tiene que ver especificamente en el dolor. Desde el punto de vista anatómico se piensa que en la especifidad de las sensaciones depende de una manera muy importante de impulsos globales que parten de la periferia y del análisis central de dichos estímulos (MILLER).

Ayuntamiento de Madrid

¿Que tipo de estímulos producen dolor? Una idea muy extendida es que el dolor es sencillamente "demasiado", demasiados impulsos en un receptor. A veces el impulsos es tan intenso que estimula además las axones de las neuronas sensitivas. En este caso la sensación es la específica que corresponde al receptor independientemente del tipo de estímulo, (un golpe en un ojo "hace ver las estrellas"). El estímulo específico de dolor es la lesión. Una lesión produce dolor, por estímulo tanto de los receptores libres como de los axones de las neuronas.

Recientemente se da mucha importancia a los aspectos químicos y farmacológicos de la sensación dolorosa. Ya desde antiguos se conocen sustancias con poder analgésico y cada día se conocen mejor las propiedades farmacológicas de los diversos alcaloides, de sus derivados y de los productos de síntesis. También se conoce algo de sus propiedades bioquímicas. Paralelamente a esto en los últimos años se han desarrollado mucho los conocimientos que se tienen sobre la inflamación, sobre todo los fenómenos bioquímicos locales que se producen en ella.

Se puede provocar el dolor por la aplicación local o por la inyección intrarterial de diversas sustancias (ácidos, alcalis, soluciones salinas concentradas, histamica, 5HT, acetilcolina, arginyl-bradiquinina, lisil-bradiquinina, metionil-lisil-bradiquinina, sustancia P, angiotensina, arginina-vasopresina, lisil-vasopresina), o por isquemia (que libera y acumula H+, K+ y quizá braquidinina).

Las bradiquininas, descubiertas por Rocha e Silva, son activas a una dosis que no provocan ninguna lesión, esta dosis es tan baja (2-4 michogamas) que su acción no puede ser más que estimular a algún receptor quimiosensible. Cualquier lesión puede producir dolor por estímulo directo de las axones, pero también por la formación de bradiquinina (producida por la acción de la enzima kalicreina sobre una globulina α-2). La bradiquinina y otros peptidos similares son responsables de los cambios morfológicos de la inflamación

Ayuntamiento de Madrid

(vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar, edema, dolor, etc.). Como una Kininasa inactiva rápidamente estos polipeptidos es de suponer que no actuan a mucha distancia y por lo tanto lo más probable es que los quimioreceptores para el dolor se encuentren en la red nerviosa paravascular que procede del sistema nervioso de la vida de relación (en contra de lo que sucede con la red perivascular, insensible a los estímulos, que pertenece al sistema nervioso vegetativo).

El carácter poco específico de las sustancias que estimulan a los quimioreceptores hace suponer que la excitación se debe a atracciones electrónicas. Probablemente todas las sustancias que producen dolor tienen moléculas, o parte en unas moléculas que son pobres en electrones.

Hay dos aspectos fundamentales para comprender bien la fisiología del dolor. El primero es que nunca hay una sensación dolorosa pura, sino que siempre va acompañada de otro tipo de estímulo (tensión, mecanicos, etc.) y que por lo tanto el estímulo doloroso se integra en un conjunto de sensaciones somatoestenicas. Por eso el dolor se describe de diversas maneras (pinchazo, dolor agudo, quemante, calambre, etc.) las diferencias cualitativas del dolor son grandes. Hace unos años se daba más amplitud a la distinción entre dolor protopático, dolor puro, y dolor epicrítico o discriminación dolorosa más fina. SHERRINGTON tenía en su lengua madre las palabras que aluden aunque de modo vago a esta diferencia (ache y pain). Esta distinción va cayendo en desuso ya que no son dos tipos diferentes de sensación sino dos modalidades de una misma sensación. Tampoco en la lengua cotidiana "ache" y "pain" están muy tajantemente diferenciados.

Otros estímulos periféricos modifican la sensación dolorosa. Cuando un niño se chupa o frota o mueve vigorosamente el miembro en el que se ha hecho daño, este bombardeo de estímulos mecánicos ahoga hasta cierto punto el dolor.

Ayuntamiento de Madrid

El segundo aspecto importante es el del control central de la excitación nerviesa que procede del receptor. Ya CAJAL observó este fenómeno al que la neurofisiología actual da gran importancia. La excitabilidad de los receptores puede ser modificada por impulsos centrales (esto es muy importante y ya bien conocido en los husos neuromusculares, también lo es en la retina por ejemplo), pero otras veces es el impulso de los receptores, el que puede ser inhibido a su llegada al sistema nervioso central. CASEY y MELZACK hablan de un control de entrada (gate control system) que modula la magnitud de impulsos que se transmiten de las neuronas bipolares de los ganglios de la raiz dorsal a las neuronas de asta posterior.

El control central de esta puerta de entrada (que se podría comparar con el control que se ejerce sobre la vía terminal común) debe de ser muy importante. La conciencia, el estado de ánimo, otros estímulos sensoriales (vista, oido, etc.), los contenidos psíquicos, etc. modifican la sensación dolorosa. Una inyección es menosdolorosa si el enfermo no ve penetrar la aguja, cualquier maniobra expleratonia dolorosa es más facil de realizar cuanto más confianza tenga el enfermo en el médico y cuanto más comprenda lo que se va a realizar, y ejemplos así se pueden citar miles.

Los estímulos dolorosos a partir del asta posterior siguen un doble camino ascendente. Una vía más directa, los tractoespinotalamico que llega a los núcleos ventrobasales del tálamo y de ahí a la corteza y otro, polisináptico, formado por colaterales del anterior y vías espinales ascendentes van a parar al sistema reticular. A través de él las conexiones son múltiples (núcleos de la linea media del tálamo, hipotálamo y sistema límbico fundamentalmente). De la misma manera que la distinción entre sistema piramidal y extrapiramidal es un artificio de la clínica y de la fisiología ya que ambos actuan intimamente coordinados, la distinción entre estas vías sensoriales no es tan esquemática como parece.

Otro tercer mecanismo fisiológico importante es el

Ayuntamiento de Madrid

dolor es el de los circuitos reverberantes formulado por LIVINGSTON para explicar algún fenómeno como el de la causalgia y los miembros fantasmas dolorosos.

La idea es bien sencilla. Si no hay un estímulo periférico que produce el dolor debe de existir algo que mantenga en el sistema nervioso central una excitación constante. Este mecanismo no puede ser otro que el de unos circuitos cerrados en los quo el estímulo gira incesantemente.

En resumen puede decirse que los conceptos sobre la fisiología del dolor han ido evolucionando hacia conceder cada vez la importancia quo tiene el sistema nervioso central en su percepción.

Psicología del dolor:

El dolor no es pura sensación sino que tiene mucho de sentimiento. Basta con ver a un enfermo que acuda con un dolor (y la mayería lo hacen) para darse cuenta de ello. En la estratificación de los sentimientos de M. SCHELER, el dolor se incluye entre los sentimientos sensoriales, es decir, entre los que están más ligados a la corporalidad. El estrato adyacente es el de los sentimientos vitales o cenestesia, el que tiene un relieve esencial en la psicopatología del círculo timopático.

La palabra dolor está cargada de los más variados significados psicológicos, pudiendo tener un sinfin de matices que desbordan un significado demasiado concreto de dolor como sentimiento sensorial.

Si comparamos las palabras en diversas lenguas esto aparece muy claro, y más buscando su etimología. El dolor es daño ("mal" dicen los franceses), es pena ("pain" dicen los ingleses), os sufrimiento y enfermedad ("doencia" en portugués, dolencia). Pena es una plabra de origen griego (poiné) que significaba castigo o multa; en latin "poena" de donde derivan tanto "penalis" como "paenitentia". Así el dolor es culpa o

Ayuntamiento de Madrid

castigo. El dolor, como la enfermedad en el antiguo testamento es penitencia por una culpa pasada, personal o de sus antecesores.

La mayoría de los enfermos acuden al médico por un dolor y la pregunta que éste se plantea es ¿de qué es síntoma este dolor? La respuesta suele hallarse en una lesión, punto de origen de la sensación dolorosa. Sanada, corregida o eliminada la causa, desaparece el dolor. Otras veces la exploración clínica encuentra alguna alteración pero una vez eliminada el dolor persiste. Son estos los casos de los hallazgos exploratorios que carecen de significación clínica ya que son asintomáticos, pero por ser "lo único" encontrado a ello se atribuye el síntoma. Estos hallazgos banales son cada vez más frecuentes al trabajar las técnicas exploratorias con dimensiones más pequeñas donde las variaciones dentro de la norma son mayores.

En el caso de los dolores crónicos (dolor-enfermedad como decía LERICHE) los problemas son mayores. Aquí ya no basta considerar al dolor como sensación, sino que el dolor es un sentimiento en el que se reflejan las profundidades existenciales del enfermo.

Para el psicoanálisis gran parte de los dolores son psicógenos, lo cual está aparentemente en contradicción con el principio del placer y el dolor. Para RANGEL, y otros muchos, esto no es así ya que hay situaciones en las que la producción o prolongación de una sensación dolorosa es una necesidad para mantener un equilibrio dinámico, y así aunque sea de un modo distorsionado dice RANGEL, proporcionar casi placer al organismo. Por lo tanto, el dolor para el psicoanálisis tiene una psicodinamia semejante a la de otros síntomas.

El dolor es el resultado de una situación difícil, aguda o crónica. En el primer caso surgiría del mismo modo que pueden producirse síntomas histéricos (soldados en el frente, por ejemplo) en el segundo caso se trata casi de una simulación. Un estado de tensión crónica o conflicto neurótico, en la etapa anterior a la formación de síntomas, está-

Ayuntamiento de Madrid

mulos mínimos puede parecer un dolor. El enfermo no cuenta su estado de angustia ni su conflicto interno. Este es un estado semejante al de las "neurosis propiamente dichas" ("actuales") de la literatura psicoanalítica primitiva, en las cuales pueden aparecer las expresiones físicas de los afectos inconscientes referidos, o sea, equivalentes afectivos, o a través de otros mecanismos como son el dolor producido por la tensión muscular que es el correlato de la tensión psíquica.

Siguiendo a RANGEL, también hay dolores que son síntomas histéricos, es decir, que tienen una expresión simbólica, relacionada con el complejo de Edipo y la fijación o regresión a la fase fálica. Aquí el dolor surgiría en un lugar debilitado. Los estados obsesivos y compulsivos pueden manifestarse como dolor a través de sentimientos de culpabilidad (censura del super yo). El dolor aparece como tentación y castigo en los fóbicos y como anuncio de liberación de antiguos impulsos sádicos en las obsesiones.

En los estados psicosomáticos o neurosis de órganos el dolor se produce a través de la alteración somática que acompaña al estado de tensión. Aquí el dolor no tiene ya un sentido simbólico como los anteriores.

Ahora bien, también en el psicoanálisis se da importancia al dolor como expresión de una depresión. FREUD (1948) hizo un análisis realmente muy fino sobre el camino que se puede recorrer entre el duelo (mourning) y el dolor físico.

En el psicoanálisis el dolor tiene también otros equivalentes. Para ARING la situación terapeútica en el caso de un dolor crónico y de un delirio paranoico es semejante; también para SZASZ sucede lo mismo.

El psicoanálisis al reducir la vida psíquica a un equilibrio dinámico de diversas fuerzas hace un esquema conceptual demasiado simplista en el fondo y en el cual las

Ayuntamiento de Madrid

equivalencias son múltiples ya que los mecanismos psicodinámicos son los mismos.

Volviendo a la estratificación de los sentimientos vitales de MAX SCHELLER ya vemos que según K. SCHNEIDER, en la depresión existe una alteración de los sentimientos vitales, aunque ésta no es única. Para él mismo puede existir una afectación secundaria de los sentimientos anímicos produciendose lo que se conoce como histero-melancolia o melancolia neurasténica. Ya hemos visto como LOPEZ IBOR aun en los casos más puros de alteración de los sentimientos del yo (neurosis) es posible encontrar una alteración de los sentimientos vitales que es básica en el cuadro clínico.

También en las depresiones existen alteraciones de los sentimientos sensoriales fundamentalmente del dolor. Es como si la tristeza vital perdiese su carácter de cenestesia para concretarse en un dolor. En efecto, los sentimientos sensoriales tienen como características fundamentales el que son localizados en el cuerpo, y además que suceden en un momento determinado. Es decir, no se prolonga en el tiempo más que como recuerdo, tienen un carácter actual. Junto con esto aquí y ahora los sentimientos sensoriales tienen un valor de signo. Así a veces las depresiones cursan sin alteración de los sentimientos vitales, se habla entonces de depresio sino depresione (K. SCHNEIDER, PRIORI, WEITBRECHT), estados depresivos crypticos (CHAMBERLAIN), depresiones larvadas (PAKESCH, DELZE y SULFIELD), enmascaradas (DENSON y YASKIND), encubiertas (RUFFIN), solapadas (KAHN), inaperceptes, etc. La expresión que me parece más adecuada en esta última ya que son depresiones que aparecen escamoteadas a la vista del enfermo y del médico.

Se plantea la cuestión si es lícito incluir todas estas manifestaciones dispares bajo un mismo cuadro clínico ¿no podría pensarse que no existe una depresión sino muchas, igual que existen muchas etiólogías para las fiebres? Hoy por hoy no se puede decir más que las depresiones clinicamente son un síndrome, quizá tenga varias causas, o mejor dicho, diversas

Ayuntamiento de Madrid

alteraciones del sistema nervioso central pueden producir este síndrome común, pero lo que no cabe duda es del carácter unitario que tienen como síndrome. Según iremos viendo en el análisis de los casos que forman esta tesis en todos los enfermos es posible descubrir, con paciencia y habilidad, si se les deja hablar y se les interroga correctamente un cuadro depresivo mitigado, realmente subclínico, pero aun hay más, la mayoría de los síntomas presentan en su propia estructura los rasgos que se podían llamar básicos de los síntomas depresivos. Igual que puede investigarse una alteración básica en los síntomas primarios de la esquizofrenia puede hacerse con la depresión aunque aquí falte por completo esta categoría. Muchas veces esto no aparece claro, y aun hay que esperar que la investigación psicopatológica de frutos en este sentido, pero en muchos de los ejemplos que citaremos se verá esto claro.

El dolor aparece frecuentemente citado como síntema de las depresiones. No hay peor dolor que la depresión misma (ARING). Entre los enfermos con dolor crónico ENGEL describe unos como "pain prone patients" en los cuales el dolor aparece como placer. Otras veces el dolor aparece como castigo, es decir, envolviendo a sentimientos de culpabilidad. El dolor crónico es un grito de ayuda (SZASZ), y la situación terapeútica ante estos enfermos es similar a la que enfrenta al médico con los delirios paranoides. En el psicoanálisis aparece a veces el dolor como alucinación (ENGEL, FERRER).

Ya hemos citado más arriba algunos trabajos en los que el dolor aparece como un síntoma de una depresión. Ahora veremos unos cuantos más en los que la depresión se presenta preponderadamente en la máscara del dolor. PISETSKY añade que en enfermos angustiados con síntomas depresivos, el electrocheque hace desaparecer la depresión y el miembro fantasma doloroso. F. KENNEDY, que es un pionero en este terreno, habla de equivalentes maníaco-depresivos para referencias a dolores con un curso más o menos periódico en los cuales los trastornos de humor son mínimos y que responden bien al

Ayuntamiento de Madrid

electrochoque. El dolor es un síntoma frecuente y confuso en las depresiones y otros trastornos psiquiátricos (WALTER). Los dolores agudos localizados son los de diagnóstigo más defícil (CRITCHLEY, BRADLEY). Muchos dolores fáciles atípicos se deben a depresiones atípicas (LASCELLES, WELB y LASCELLES), o síntomas de conversión (ENGEL). El dolor está asociado con las depresiones pero sobre todo con los estados de ansiedad.

* * * * * *

Cefaleas timopáticas o endotímicas

El dolor de cabeza es uno de los síntomas más frecuentes en clínica y por lo tanto merece la pena el considerar sus posibles causas con vistas a poder hacer correctamente el diagnóstico diferencial.

El 19-12% de los enfermos adultos que acuden a las clínicas lo hacen especificamente por cefaleas y el 70% de la población padece de cefaleas en un momento u otro de su vida (TUNIS y WOLFF). Entre los 3.000 trabajadores de ambos nexos que fueron vistos en una industria berlinesa se encontró que el 30% padecían cefaleas crónicas. Algunos autores norte-americanos han pensado que el 6-8% de la población padece cefaleas (vease HEYCK). Aunque ninguno de estos trabajos pueden generalizarse bastan para que nos hagamos unas ideas de la importancia que tiene esta sintomatología. Habitualmente se hace la distribución entre los dolores que afectan al cráneo y los dolores de cara. En los primeros se atribuyen a un origen extra-craneal (arteritis de la arteria temporal y trastornos afines, lesiones musculares, miofibrositis, ligamentosas, vertebrales etc. y sinusales) y las intra-craneales (por alteraciones de la presión del líquido cefalorraquideo, por meningitis, hemorragias sub-aracnoideas y otras lesiones vasculares, etc.). La jaqueca forma un grupo especial tanto por su patogenia discutida como por su relevancia en la clínica. Habitualmente también se atribuye a la hiper-

Ayuntamiento de Madrid

tensión, a la fiebre, a las anemias, los trastornos de refracción ocular un papel en la producción de las cefaleas.

Patogenia de las cefaleas:

Las cefaleas que se originan por alteraciones vasculares como la arteritis temporal se atribuyen a la distensión de las estructuras periarteriales. Las inflamaciones musculares y tendinosas no es raro que produzcan dolor, máxime cuando aparecen nodulos sensibles cerca de la inserción de los músculos. Pero a veces se golpea este nódulo sin que sea doloroso (PICKERING) y por lo tanto, su importancia en la patogenia se ha puesto recientemente en duda.

De las cefaleas de origen intracraneal tienen interés patogénico la cefalea histamínica. La inyección de histamina produce cefaleas una vez que los fenómenos vasodilatadores (enrojecimiento de la cara, descenso de la presión sistólica y aumento de la presión del líquido cefalorraquideo. Durante el periodo en que aparecen las cefaleas, una nueva inyección de histamina las suprime, así como otros vasodilatadores. El aumento de la presión intracraneal (por compresión de las venas yugulares o por inyección de solución salina en el espacio subaracnoideo) disminuye el dolor lo cual hace pensar que es estrictamente de las estructuras perivasculares las que causan el dolor de la cefalea histamínica. En la clínica este tipo de cefalea es muy raro y más aun si tenemos en cuenta que la inyección de histamina como prueba diagnóstica no es infalible ya que produce cefaleas en casos cuya causa es una lesión conocida (tumores intracraneales). La punción lumbar también produce cefaleas probablemente por un mecanismo similar ya que la disminución del líquido cefalorraquideo hace que las arterias se dilaten. La compresión de los vasos yugulares aumentan mucho este tipo de dolor. Este mecanismo de presión diferencial entre el interior y el exterior de la pared arterial existe probablemente en las crisis hipertensivas de los inhibidores de la mono-aminoxidasa. En ellas las cefaleas guardan una relación directa con

Ayuntamiento de Madrid

la magnitud de la hipertensión según nuestra experiencia y así cuando hay mecanismos ortostáticos manifiestos, el cambio de postura disminuye o incrementa el dolor paralelamente a las variaciones de la tensión arterial. En la meningitis, en las hemorragias sub-aracnoideas, este factor influye pero no de un modo tan claro que probablemente deben de intervenir también otros (irritación, tensiones de las inserciones de la duramadre parietal, etc.).

En la hipertensión arterial se cita habitualmente que uno de los síntomas iniciales es la cefalea. Nosotros pensamos (siguiendo a LOPEZ IBOR) que muchas veces no existe ninguna relación entre ambos. Suele tratarse de enfermos que padecen unas cefaleas depresivas en los que la hipertensión es sólo un hallazgo de la exploración, o bien una manifestación más de su timopatía. La evolución clínica independiente de las cefaleas y de la hipertensión demuestra nuestra postura. Las cefaleas post-traumáticas forman parte de un síndrome complejo (fatigabilidad, dificultad en la atención y concentración, etc.) consecuencia del deficit de la función cerebral. Lo mismo puede decirse de las que aparecen en estado de "fatiga aguda" (no en los cuadros crónicos de fatiga que muchas veces no son tales sino depresiones larvadas).

Del mismo modo que en la cefalea la hipertensión puede ser un hallazgo, también pueden serlo las lesiones artrosicas de la columna vertebral (como en el llamado síndrome de atlas de ALAJOUANINE y NICK, el síndrome de BARRE-LIEU - vease BALLIVET o la migraña cervical de BARTSCHI-ROCHAIX, ect.). Lo mismo puede decirse de las cefaleas por defecto en la refracción ocular o en muchas atribuidas a focos dentarios o amigdalinos o sinusopatías a poco definidas clinicamente. En esto la medicina sigue sus modas.

Dentro de las cefaleas hay un grupo importante que se debe a alteraciones funcionales del sistema nervioso vegetativo. En ellas se incluye la jaqueca, la cefalea vasomotora crónica y la eritromelalgia (HEYCK).

Ayuntamiento de Madrid

La jaqueca es un cuadro clínico bien definido en lo que se puede llamar una forma típica. Tanto por el tipo de dolor, como por su evolución y presentación como por la localización y los fenómenos que le acompañan (escotomas, hemianopsias, paresias, vómitos, nauseas, alteración del color de la piel durante el ataque, etc.) el diagnóstico es sencillo. Ahora bien, hay formas llamadas atípicas que se trata para nosotros de "cefaleas depresivas".

Las relaciones entre la hemicranea y las cefaleas depresivas es la misma que se establece entre los equivalentes depresivos y las enfermedades psicosomáticas. Para LOPEZ IBOR a veces una y otra utilizan una misma forma de expresión, aunque su origen sea distinto. Lo que se observa en la clínica es que hay una transición desde las cefaleas timopáticas a la hemicranea con una serie de casos intermedios en los que coinciden ambos en el enfermo. Por esto el diagnóstico diferencial es difícil y en las publicaciones sobre la hemicranea hay referencia a síntomas psíquicos que en realidad son depresivos. GANS dice que la hemicranea y la neurastenia solamente se diferencian por un síntoma que tiene aquella y ésta no, la cefalea.

Los trastornos vasomotores son fundamentales en la patogenia de las hemicránsas. Durante el ataque suele existir palidez y turgor de piel de la cara en el lado del dolor y pérdida de brillo de la cornea. En unos pocos casos sucede lo contrario, es decir, que hay una hiperemia (migraña roja) aunque en realidad muchas veces se trata de prosopalgia. Las arterias extracraneales pueden encontrarse distendidas y pulsátiles durante el ataque.

El dolor se produce por la dilatación de los vasos y especialmente de las arterias. Estos trastornos son regionales debidos a alteraciones locales del tono arterial (GRAHAM y WOLFF). Las experiencias con la histamina hicieron pensar que esta era una de las causas pero hoy se sabe que los vasos intracraneales son insensibles al dolor (FOERSTER, NORTH-

Ayuntamiento de Madrid

FIELD) y por tanto el dolor de la jaqueca se debe a alteraciones circulatorias de los vasos extracraneales. El tartrato de ergotamina suprime el dolor al mismo tiempo que disminuye estas alteraciones (WOLFF y PICHLER). Así pues el dolor se debe a una fase de vasodilatación. Otro fenómeno se explica por una fase de vasoconstricción previa (escotomas centelleantes por vasoespasmos de la arteria calcarina, palidez de la cara y conjuntiva, etc.). Ahora bien, estas fases no son tan recortadas; si bien algún fenómeno precede al dolor (escotomas centelleantes), otros le suceden durante el acmé de este (hemiparesia, por ejemplo), también hay que tener en cuenta que a veces coincide la palidez (vasoconstricción) con una dilatación de los vasos regionales. Según HEYCK durante las crisis de jaqueca se abren cortocircuitos arteriovenosos que al igual que los aneurismas disminuyen el riego cerebral y aumentan el retorno venoso produciéndose así isquemias regionales por esta alteración de la hemodinamia. Así junto a la distensión de los procesos arteriales hay otros mecanismos que producen dolor como en otras isquemias. La acidosis y liberación de diversas sustancias y la formación de un edema perivascular.

Así se explica hoy en día también los fenómenos cerebrales (afasias, hemiplejias, parestesias, alteraciones electroencefalográficas localizadas coincidiendo con los escotomas, etc.) por isquemias corticales localizadas aunque esto sea aun algo por comprobar.

La etiología de la jaqueca permanece aun hoy en día a oscuras aunque se piensa en un trastorno de la regulación del sistema nervioso central. El hecho de presentarse en forma de ataques hizo suponer un paralelo con la epilepsia (esta es una idea que viene rodando en medicina desde hace mucho tiempo). En el electroencefalograma de los jaquecosos aparecen alteraciones muy marcadas en un elevado porcentaje (14±5% según HEYCK y HESS). Hoy que se conoce mejor la semiología electroencefalográfica en este terreno (vease el capítulo de las neurosis ictales en esta tesis) no se da a

Ayuntamiento de Madrid

este hallazgo más valor que el que tiene como expresión de una alteración de las regulaciones del sistema nervioso central.

A <u>la cefalea vasomotora crónica</u> tal y como la describen HEYCK le faltan rasgos típicos de la jaqueca (el tipo del dolor, la presentación de la crisis, etc.). Por estensión de lo que sucede en esta última se supone también un mecanismo vasomotor. Para nosotros estas cefaleas son en su mayoría puramente timopáticas. Más adelante veremos que relaciones se establecen entre unas y otras. También en estas las alteraciones electroencefalográficas son frecuentes lo que no se puede emplear como argumento en favor de un mecanismo vasomotor semejante en la jaqueca (vease de nuevo el capítulo de las "neurosis ictales").

<u>La eritroposopalgia</u> o cefalea de BING es muy rara. Durante algún tiempo se le dio gran importanica y se pensó que la histamina era un desencadenante (HORTON) pero hoy se ha visto que no es así. La histamina provoca también otros tipos de cefaleas. El dolor se extiende a la cara por lo cual a veces puede confundirse con las neuralgias del trigémino. El dolor que se presenta como crisis se acompaña de otros fenómenos vegetativos (lagrimeo de un ojo, enrojecimiento de la conjuntiva y de la hemicara afectada, rinorrea unilateral generalmente, taponamiento nasal e hiperhidrosis en la cara y en el cuerpo). Este tipo de dolor es el que también se conoce como simpatalgia. Durante algún tiempo se pensó en una neuralgia de diversa localización (del ganglio ciliar o del esfenopalatino, del nervio nasociliar, etc.). Hoy se piensa que unas disregulaciones vegetativas a nivel del territorio del la carotida externa.

Ahora bien, en muchos casos las cefaleas no se pueden atribuir a ninguna causa orgánica. COHEN en 1939 encontró que solamente 96 casos entre 500 tenían una base orgánica, siendo el resto, es decir, el 80% cefaleas "de origen psicológico." E. WEISS publicó un trabajo en 1933 donde hacía un paralelismo entre dolores somáticos (especialmente de ca-

Ayuntamiento de Madrid

beza) y dolores del alma. Aquí como en toda la bibliografía posterior los dolores aparecieron siempre como síntomas de conversión (vease más adelante). Otras veces las cefaleas se han interpretado como una alucinación (FORRER).

Desde el punto de vista de la psicogénesis, se intenta explicar la localización del dolor por diversos motivos. La cabeza tien un papel importante en el esquema corporal (MAYER-GROSS, H. WILSON). El yo se localiza en la cabeza, según CLAPAREDE algunos enfermos lo localizan en el centro geométrico del cráneo, es decir, en la glándula pineal como DESCARTES. CURRAN expresa una opinión similar apoyándose en una expresión del lenguaje cotidiano; me refiero al "perder la cabeza" que alude a la importancia que ésta tiene como significando nuestra personalidad. La cara equivale simbolicamente al yo y a la personalidad (D.C. WILSON). GITTLESON siguiendo estudios como los de TAIT y ASCHER con el "test del interior del cuerpo" (inside of the body-test) según el cual los enfermos psicosomáticos al dibujar la figura humana y nombrar sus órganos, destaca el órgano afecto. Según GITTLESON para los que padecen cefaleas la cabeza es una parte vital y allí se contine su yo.

Como veremos en nuestros casos, no siempre ocurre así. Se puede atribuir un significado a los síntomas pero esto no es todo en su génesis. Los trasternos psicosomáticos afectan a funciones vitales (respiración, circulación, etc.) pero otras veces no. Una braquialgia parestética no es en si un síntoma orgánico como puede ser una crisis asmática y sin embargo, tiene muchas veces este mismo caracter angustioso. Cuando en un enfermo aparecen diversos síndromes sucesivamente o simultaneamente no es lógico pensar que la localización subjetiva de su yo emigre de esa manera, sino que hay que considerar más bien la vivencia de la propia corporalidad del sujeto.

En alguno de los trabajos citados en el primer capítulo de esta tesis aparecen las cefaleas como síntomas prominentes de las depresiones. Hay además algún trabajo esporádico que asocian algunos dolores de cabeza (cefaleas y pro-

Ayuntamiento de Madrid

sopalgias a las depresiones, (F. KENNEDY, JANJIGIAN, WEBB y LASCELLES, LASCELLES, etc.). En ellas el éxito de la terapeútica (electrochoques en los más antiguos, antidepresivos en los más recientes) confirma la hipótesis.

Según LOPEZ IBOR las cefaleas timopáticas el dolor se nota como una opresión que aparece muchas veces durante el sueño y que se van despejando a lo largo del día. En las descripciones de los enfermos hay siempre la sensación "gravitativa" que pesa sobre su cerebro produciendo una cierta inhibición y reduciendo su capacidad de concentración y bajando su tono vital. Estas cefaleas a veces se extienden a la nuca o a veces aparecen nucalgias aisladas.

Como veremos en la descripción de los enfermos, el dolor tiene siempre un componente angustioso y se establecen transiciones suaves hacia otros síntomas timopáticos (vértigos, por ejemplo) o hacia síntomas psíquicos mitigados (tristeza, inhibición del pensamiento). El análisis de la sintomatología permite además poner de manifiesto la presencia de otros síntomas timopáticos y de una disminución del tono vital. Muchas veces se atribuyen estos últimos a la presencia de síntomas ("estoy cansado porque me duele la cabeza") cuando en realidad es lo contrario, o mejor aun, ambos síntomas depende de un trasterno endotímico común.

* * * * * *

Cefaleas frontales

Las cefaleas frontales son las que habitualmente se asocian a los estados depresivos, pero también forman parte de otros síntomas como son la neurastenia, la debilidad irritable, la astenia neurocirculatoria, etc. (vease el capítulo de la sintomatología de "Neurosis, como enfermedades del ánimo" de LOPEZ IBOR). La unidad de todos estos fenómenos es evidente. Las cefaleas frontales aparecen casi siempre unidas a un estado de ánimo depresivo, a una irritabilidad o a una fatigabilidad o sensibilidad especial frente a los estímulos.

Ayuntamiento de Madrid

En las siete historias que siguen la tristeza y depresión están bastante claras.

Ha. nº15.955- Enfermo de 61 años que desde hace año y medio tiene mareos, angustia, empalidecimiento, sin perdida de conciencia. Esto le ocurre tres veces al día. Además tiene un dolor como una barra en la frente. Está desanimado y deprimido. Dificultad en dormir. Obsesionado con la idea de que su negocio va a la ruina. Mal caracter, irritable desconfiado. Hace unos días se negó a comer porque decía que la comida estaba envenenada. Decaído, no habla con nadie y se pasa horas y horas en la misma postura. Inquietud nocturna que le impide dormir. Llora a menudo. Perdida de memoria subjetiva, que no aparece en la exploración. No hay tampoco ningún signo de proceso demencial. A los pocos días de empezar el tratamiento se encuentra muy bien. Ha seguido después completamente bien en dos años y medio que le hemos seguido después.

Ha.nº15.093- Enferma de 37 años, casada. Hace doce años estando embarazada de unos meses tuvo una noche un ataque de nervios, al rato de haberse acostado. Se despertó y empezó a decir cosas raras, que se fueran y se llevaran al marido. El médico fue a verla y le puso luminal. Al día siguiente se quejaba de dolor de cabeza y decía que veía vírgenes, estaba sin fuerzas y se caía sobre la cama. La llevaron a la ciudad y fue tratada con electrochoques y al tercero recapacitó y se puso normal, dice, pero los dolores de cabeza no le desaparecieron, sobre todo con los cambios de tiempo. Hace cuatro meses además de los dolores está más apagada. Ella dice no recordar el ataque de nervios que hemos referido. Dice que los dolores los tiene a temporadas, peor durante el verano. Desganada, siempre floja y cansada. El dolor es fuerte y frontal. Cuando tiene dolor nota a veces en el fondo del ojo derecho como un relámpago, una debilidad y otras veces atontamiento que es casi peor que el dolor. En ocasiones cuando se asoma al balcón se siente insegura como si fuera a perder el equilibrio. Cualquier cosa le contraría, es muy "sentida" y todo le afecta mucho y pierde el apetito y empeora. Cree que si se alimentara bien y ganara peso se sentiría mejor. Una tía materna tuvo trastornos nerviosos, como aburrimiento y otra tía se trastornó.

Esta enferma seguida durante cuatro años ha estado bastante bien pero ha tenido algunas oscilaciones con molestias más o menos acentuadas.

Lo que sucede en esta enferma lo he observado otras veces, es decir, este tipo de molestia perdura después de una fase depresiva más o menos intensa (la de esta enferma debió serlo cuando se decidieron a tratarla con electrochoques). La depresión a veces no es facil de apreciar por los sínto-

Ayuntamiento de Madrid

mas, la expresión de la enferma como en el caso siguiente puede ser para nosotros el único dato.

Ha.nº11.824- Enferma, 26 años, soltera. Aunque toda la vida ha padecido dolores de cabeza desde hace cinco meses está mucho peor. Antes cedían con analgésicos, ahora ya no. Dolor en la frente como si le traspasara hasta el occipital y también en las sienes. Hipersensibilidad en todo el cráneo y en ocasiones no puede soportar el contacto de la almohada. Calor en la cabeza y se pone encarnada al terminar las comidas. Cuando empeoró de los dolores tuvo una fuerte impresión con ocasión de temer un accidente de su padre. Vista por muchos médicos.

Hace cinco años tuvo un dolor en la pierna diagnosticado de ciática que cedió casi sin tratamiento. Hace dos meses notó un día que le fallaba la pierna. Los padres ligeras cefaleas. Le han hecho muchas exploraciones y en el EEG muestra pequeñas alteraciones. Liqueido cefalorraquideo normal. Orina etc. normal. Arteriografías normales. Hiperostosis frontal interna. Tiene cara deprimida.

Al año siguiente vuelve a pasar otra fase con cefaleas. Cuatro años más tarde vuelve a la consulta. Ha estado bien todo este tiempo. Ahora se ha casado y le han vuelto las cefaleas, muy fuertes. También dolores abdominales que mejoran con antiespasmódicos.

Ha.nº8.418- Enferma de 38 años, casada, que viene a la consulta por dolores de cabeza que ya los tenía de pequeña pero no eran tan generalizados y además cedían con analgésicos. Pero hace unos tres años son muy fuertes, no ceden con nada. Dolor-tirantez "como si me estuvieran atenazando, apretando, oprimiendo." Lo localiza indistintamente en la región parietofrontal izquierda o derecha. Comienza lentamente y le dura dos o tres días sin disminuir en intensidad e impidiéndole conciliar el sueño. Lo tiene cada mes o mes y medio coincidiando o no con el periodo. No encuentra causa a que atribuirlo. Dolor que se irradia a veces al ojo y región temporal. Cansancio general, mal humos, nerviosismo, sofocación en la cara y venas de la sien como hinchadas. Nauseas. Le molestan los olores sobre todo el perfume y cree que pueden influir en su dolor.

Difteria a los 8 años. Menarquia a los 15, normal. Dos hijos normales. Temperamento fuerte, activa, nerviosa y no sabe estar quieta. Padre murió de ictus y madre de embolia cerebral. Cinco hermanos sanos. Ahora está deprimida desde hace dos meses por la muerte de su madre, dice. Ningún hallazgo en la exploración, tipo más bien atlético. EEG con alguna anomalía.

Ha.nº15.930- Enferma de 46 años, casada que tiene desde hace un año intensos dolores de cabeza localizados sobre todo en la parte superior. También a veces en la nuca.

Ayuntamiento de Madrid

Siente el dolor acompañado de presión en la frente que le da a primeras horas de la mañana. Cuando sale y se distrae, va al campo, mejora. Cuando habla con las amigas también le duele y no puede seguir con ellas. Dice que esto le ocurre desde que el año pasado yendo su marido en el tractor con un muchacho, éste se cayó y se mató y como iba en un lugar prohibido tuvo que pagar 90 mil pesetas. Todo eso le preocupó mucho por si le metían en la carcel, etc. No dormía bien y le gustaba estar sola. Tiene también desde hace dos años un dolor que se le mete en el corazón cuando sufre una impresión. También porque su marido quiere dejar el campo y venirse a Madrid. Dice tener una lesión en la columna, pero en realidad es un lumbago. Hace dos años molestias en la vista, neblillas cuando leía y fue vista por un oculista que le mandó gafas.

Casada hace 21 años; cuatro hijos. Siempre ha sido nerviosa y una hermana también. Padre murió a los 90 años y la madre de pena por la muerte de su hija en guerra.

Ha.nº16.380- Enferma de 24 años, soltera, que desde hace cinco años tiene dolores de cabeza que han ido aumentando de intensidad y frecuencia. Hace unos meses la vio un oculista, luego un ginecólogo que la trató con proluton. No mejoró. Tristeza como si tuviera una bola en los ojos y peso en la nuca. Parto con forceps y enuresis hasta los 9 años. Los dolores le han aumentado ultimamente y se localizan en sienes y ojos que le escuecen. Tirones en la parte superior de la cabeza ya al levantarse. Una hermana tratada en esta clínica.

La insuficiencia en el sentido de una astenia vital frente a los esfuerzos que en estados normales se puede realizar es frecuente en estas formas de cefaleas depresivas. A veces se pueden plantear la duda si el síntoma, es decir, las cefaleas, no será empleado en el sentido de una "ganancia" por inhibirse del esfuerzo. A veces solamente la evolución nos da la clave y también el resultado de un tratamiento timoléptico.

Ha.nº16.113- Enferma de 26 años, casada. Su enfermedad empezó hace unos siete meses al mes siguiente del segundo parto. Comenzó a quejarse del exceso de trabajo que tenía. Cansada, agotada, no tenía fuerzas para hacer nada y estaba muy nerviosa. Fuertes dolores de cabeza en la región frontal, casi continuos. Insomnio e inapetencia. Miedo por las noches y tenía visiones. "Me parecía ver a Dios, cosas hermosas y brillantes." Veía también bichos horribles. Discutía con la madre y le reprochaba el haber traído del pueblo a los dos primos. Muy triste y abatida, irritable y malhumorada pero apagada e indi-

Ayuntamiento de Madrid

ferente. No atendía a los hijos. Vista por un médico; no quiso tomar medicamentos porque decía que la querían envenenar y volverla loca. Estado de dejadez, abatimiento y tristeza ha ido aumentando. Disgustos con la madre también. No tiene fuerzas ni para levantarse. Se levanta a las 2 de la tarde. Peor por la mañana. Pérdida de peso. Intento de suicidio hace seis meses y fue ingresada en una clínica. A los veinte días le dieron el alta, mejor pero no curada. Hace un mes nueva crisis, pegó a la madre y fue ingresada de nuevo. Ahora ha mejorado pero no se siente bien. Duerme mejor y se ocupa más de la casa. Muy fría con el marido. Tiene ahora ideas de culpa. Hija única. Padre muerto en guerra, no lo conoció. Siempre ha vivido con la madre con la que se llevaba muy bien hasta que enfermó. Su marido sano y trabajador. Viven con la madre. Siempre había sido alegre. Sarampión y tifus de niña y una serie de trastornos psicosomáticos hacia los 7 años. Abuela materna se tiró a un pozo y murió trasternada.

Siete meses más tarde mejor con el tratamiento, mas alegre pero ahora siguen conflictos con la madre y a veces el marido. Cierta debilidad mental.

Ha.nº 16.018- Enfermo de 27 años que desde hace cinco tiene dolores de cabeza cada vez más acentuados, localizados en la región frontal y periorbital. Se le hinchan los ojos y apenas puede abrirlos. A veces siente aguijones fuertes y continuos en la región frontal. Duerme bien pero sobresaltado. Nauseas y vómitos matinales. "El exceso de trabajo es lo que más me atonta la cabeza" dice y lleva cuatro meses sin trabajar. A pesar de ello no ha mejorado. Está muy preocupado por si tiene un tumor cerebral. Sigue el dolor a pesar de los numerosos tratamientos que ha seguido. Nervioso e inquieto. Le sudan las manos. Tiembla y siente vibrar cualquier sitio que toque. Dolorcillo en vientre y testículos y dolores erráticos por todo el cuerpo. Sin ánimo, flojo, triste, no tiene ganas de nada, ni de salir, ni de hablar. Ganas de llorar y pocas esperanzas de curarse.

Ha.Nº 9.523- Enfermo de 28 años, soltero. Alguna temporada ha tenido mucho dolor de cabeza y también una tía suya. Seis hermanos todos bien. Le han dicho que su abuelo murió de dolor de cabeza. Hace un año dolorcillo en el pecho, como una opresión. Le mandaron inyecciones de benerva y se le fue. Hace seis meses empezó con insomnios durante el año escolar pero en vacaciones en su casa se puso bien. Luego volvió a la residencia y en el tercer trimestre al empezar a estudiar fuerte le empezó un dolor en la nuca y por toda la cabeza. No aprobó ninguna asignatura. El dolor le aparecía cuando estaba cansado. Ahora el dolor le da con menos frecuencia y se localiza en la frente ligado a algún esfuerzo. No puede estudiar. Vuelve un año más tarde a la consulta y sigue con insuficiencia al esfuerzo y trata de adaptarse a algún trabajo en casa. Seis meses más tarde sigue con molestias pero menos importantes. Tenía fama en el colegio de poco inteligente, empezó a estudiar ingeniero y tuvo que

Ayuntamiento de Madrid

dejarlo por no ingresar y se pasó a ciencias. Ha mejorado con ecuanil y el insoamitil antidepresivo debil.

Este es uno de los casos de diagnóstico difícil. El enfermo no es muy inteligente, tuvo que dejar una carrera y empezar otra y como es lógico anda retrasado en sus estudios. A pesar de ello se observa una evolución fásica y aunque la remisión no es total, solo una catamnesis más larga puede ser la prueba definitiva.

Ha.nº 7.615- Enfermo de 31 años, casado que tiene dolor de cabeza hace diez años. Al principio solo esporadicamente y se calmaba con inyecciones de calcio. Localización frontal o parietal a veces en la nuca. Siempre después de esfuerzos intelectuales. Hace tres meses las cefaleas son mucho más fuertes y casi constantes. "Dolor muy fuerte como si me pincharan por dentro." Siente en la frente y en los ojos una quemazón y le molesta la luz. Hace tres años notó que los pies y manos le cambiaban mucho de temperatura sobre todo por las noches al acostarse. Palpitaciones que le asustaban mucho. Metabolismo de entonces 436 pero no mejoró con el tratamiento anti-tiroideo. El año pasado tuvo un disgusto y empeoró y le aparecieron más molestias con insomnio, sensación de ahogo y miedo. Pesadez en las piernas, dolor "lento" en la nuca. Dolores en diversas partes del cuerpo, columna vertebral baja, etc.,etc. Reacciones bruscas a la temperatura y pasa del tono sonrosado a una gran palidez. Suda con facilidad. Un día temblor de piernas que le duró 20 minutos. Dolor en las encías "como si doliesen las raices de los dientes." No trabaja casi. Le cuesta mucho retener las cosas. Miedo a que le pueda ocurrir una desgracia, por ejemplo, se asoma a una ventana y piensa si se caerá el balcón, si viaja en tren teme al descarrilamiento, etc.

A los 14 años fiebres gástricas y a los 19 pleuresía. A partir de entonces molestias digestivas que dijeron eran de origen nervioso. Catarros frecuentes. Padre muy nervioso, murió de cancer. Madre vive sana. Ocho hermanos bien menos la mayor que está algo "mal de la cabeza." Exploración completamente negativa. Vuelve al año quejándose de termalgias, sensación de quemazón en todo el cuerpo. No puede trabajar. Nota que la sangre "le bulle" en las manos, punzadas en las sienes y pies helados. Al entrar en casa los pies se le calientan desmedidamente.

Ha.nº 15.455- Enfermo de 34 años, religioso, que a los 21 años estando en el seminario empezó a tener dolores de cabeza en la nuca, que se acentuaba cuando estudiaba. Le cambiaron de seminario y el superior, pensando seguramente que no estudiaba por capricho más que por enfermedad. A los cinco meses regresó y acabó sus estudios

Ayuntamiento de Madrid

a pesar de que los dolores continuaron y no le habían hecho efecto los tratamientos. Peor con el cambio de tiempo. Dedicado a la enseñanza, continuan los dolores de cabeza sobre todo en frente y nuca. Tiene dos tipos de dolor que distingue perfectament, uno es cefalea frontal de tipo jaquecosa, otro nucalgia de tipo más tien timopático. El primero es periódico y desencadenado a veces por causas atmosféricas. El segundo es mas por los estudios. Las cefaleas frontales el pazan con Okal, la otra con cualquier estimulante. Antes deempezar el dolor nota como las letras le bailasen ante los ojos, como cierto mareo. Procura no hablar de sus dolores por que no se consideren como "manías". El último años ha empeorado y cree perder la memoria. Mas palpitaciones. Le han tratado como sinusitis, como estrabismo y defecto de acomodación. En general se siente tristón y pesimista con los nervios desechos. Hijo de labradores, el quinto de seis hermanos. La madre tenía jaquecas; una hermana cefaleas. Un tío paterno murió senil.

Mejoró mucho hasta un año más tarde en que tuvo que hacerse cargo de un puesto de administrador donde el trabajo era muy intenso y desde entonces está peor. Dolores de cabeza frontales casi diarios, muy pesimista, susceptible y con menos capacidad de trabajo. Otro año más tarde los dolores han oscilado en intensidad y frecuencia. Ultimamente además de las cefaleas tiene dolores en el vientre en la boca del estómago o más abajo. Piensa que estos dolores son en el intestino y son más intenses desde hace diez días en que vino de Francia.

En muchos casos la cefalea se acompaña de molestias en los ojos con visión borrosa y dificultades para leer, concentrar la atención o pensar. La transición hacia la inhibición pura del pensamiento por un lado y hacia la disopsia álgera por otro, es gradual.

Ha.nº 16.324- Enfermo de 21 años que desde hace unos meses se marea en todos los sitios sobre todo si hay movimientos como el metro. También dolores de cabeza localizados en parte superior y frente. No puede estudiar y el siempre ha sido muy buen estudiante. Ahora le bailan las letras y se le hacen borrosas y le entra malestar y agotamiento. Ha visto a un oculista y es normal su visión. Si insiste en estudiar se le cargan los ojos y le viene dolor de cabeza. No asimila nada y olvida lo estudiado. Insomnio. Preocupación por todo esto. Se levanta cansado si no duerme muchas horas. Es el mayor de tres hermanos. Nació "algo privado" dicen. No enfermedades graves. Hace dos años turieron que sacarle del Tajo porque se estaba ahogando, había perdido el conocimiento y tuvieron que hacerle la respiración artificial. Luego tuvo un golpe en la cabeza y perdió la conciencia unos minutos. Después ha tenido una afección pulmonar. La madre tiene dolores de cabeza y es muy quejosa. Padre de carácter

Ayuntamiento de Madrid

callado y pocos amigos. Trae radiografías de craneo normales y EEG sin hallazgos. Vuelve a los seis meses y ha mejorado algo con el tratamiento pero ahora empieza una nueva fase de agotamiento sobre todo después del esfuerzo que ha hecho por los estudios. Decaído, tristón, sin ganas de levantarse de la cama. Insomnio y falta de capacidad en los estudios. Mejoró rapidamente con el tratamiento y al año tuvo una nueva fase que le duró unos meses. Ahora está bien.

La irritabilidad acompaña frecuentemente a estas cefaleas. Esto es un síntoma timopático más y no una consecuencia del dolor como a veces sugieren los comentarios de los enfermos. Los enfermos se sienten de mal humor.

Ha.nº 16.464- Enfermo de 45 años que empezó a estar enfermo a los 19 a raíz de la muerte de su padre. Eran mareos como los que siente al fumar el primer cigarrillo sin tener costumbfe. Sensación de malestar continuo, trastorno en la cabeza. Molestia alrededor de los ojos que le impide fijar la atención o concentrarse en algo. No puede leer y al mismo tiempo se siente incomodo, molesto y de mal humor. Por las mañanas más despejado y empeora al avanzar el día. "Todo me repercute en la cabeza." Toma optalidon. Palpitaciones, dolor difuso y leve en el vientre y sensaciones pulsátiles en la región lumbar. Preocupado por si tiene un tumor de cabeza o algo grave. Miedo a volverse loco. Las molestias son insignificantes, dice, "pero me hacen la vida imposible." El verano le pasa bien, los otoños mucho peor. Una hermana se suicidó después de haber visto el cadaver de su hermano asesinado durante la guerra.

Ha.nº 13.850- Enferma de 32 años, casada. Se queja de dolor "tonto y lento" en la cabeza y escalofríos como una cinta que le aprieta en la frente. Realmente es una expresión angustiosa. Molestias en los ojos, ruídos de oído sobre todo en el derecho, mareos y malestar. Dice que los dedos se le quedan blancos y que nota hormiguillos. Inquieta y muy nerviosa, angustiada, triste, desanimada, duerme mal y sobresaltada. Todo la inquieta y preocupa. Cualquier contratiempo la afecta mucho. Se excita, grita y por fin se desploma en el asiento. Al abrir la boca nota que le suena el hueso maxilar. Molesta cuando gente, irritable, se enfada facilmente. Este síntoma lo tiene desde hace 4 años, pero sobre todo es en invierno.

Menarquia a los 14 años. Antes del periodo siempre doler de cabeza. Es la mayor de dos hermanos. Nerviosa de siempre. Dos hijos bien. Mejoró con el tratamiento. Volvió cuatro años más tarde con algunas molestias, dolor de cabeza, pero tranquila sin la agitación interior que tenía en la fase anterior. Molestias ligeras en el vientre y necesidad de orinar a menudo.

Ha.nº 16.351- Enfermo de 42 años casado, que empezó hace

Ayuntamiento de Madrid

siete años con dolor de cabeza en la frente que se le corre hacia los lados y hacia atrás. Le hicieron EEG y radiografías y diagnosticaron de epilepsia debido a disfunción centro-encefálica. Tratado con labopal, belladenal, etc. y desapareció totalmente el dolor. Hace un año y tres meses vuelven los dolores; el dolor de cabeza le pasa a las sienes y luego a las encías como si fuera dolor rabioso de muelas. Duerme bien pero al levantarse le empieza el dolor. Cree que es porque hace seis años se quedó bloqueado por la nieve en la carretera una semana. Dolor más fuerte por las mañanas y cuando tiene que hacer algún trabajo intelectual como leer o llevar las riendas del negocio. Bien de ánimo, el dolor no le impide trabajar. Cuando el dolor es más fuerte le cambia el humor y se siente más deprimido e irritable. Ha tenido criestesias en la cara interna de los muslos. Carácter fuerte y nervioso, muy activo. Hace dos años murió un hijo suyo y a partir de entonces le ha cambiado el carácter y es más reservado, pero no le han vuelto los dolores, cosa que le ha extrañado. Durante esa época dice su mujer que "sufrió mucho de los nervios." El padre padeció dolores de cabeza y murió de cancer. La madre de vejez, siempre sana. Un hermano de hemorragia cerebral. Antecedentes personales sin interés. Estudió hasta los 14 años. Genio fuerte que aumenta cuando tiene dolor de cabeza.

Un año más tarde vuelve a la consulta. Había mejorado al iniciar el tratamiento con pertrofana y optalidón. La mejoría duró unos meses. Luego las cefaleas le han vuelto a pesar del tratamiento. El dolor dura todo el día y ha llegado a la conclusión de que no es el trabajo lo que se le produce porque los domingos es el día que está peor. No ha vuelto a tener criestesias. La mujer nota que cada día se aparta más de la gente. No habla tanto de su susceptibilidad.

Nueve meses más tarde vuelve mucho mejor. A los doce días del tratamiento con Nizamid le habían desaparecido totalmente los síntomas. Dice que a veces siente un "redolor" como si fuera un eco de lo de antes.

Algunos de estos enfermos son muy susceptibles a los cambios de temperatura, como el que vamos a ver a continuación.

Ha.nº 10.607- Enfermo de 66 años, casado. Padre murió a los 76 años y la madre a los 80 tenía demencia senil. Siempre ha sido de carácter sencillo, tranquilo. Ahora se nota más irritable y de peor humor. Tiene dos hijos sanos. A los 58 años tuvo una fuerte riña con un hermano y entonces le apareción algún tiempo urea en sangre. Consulta por dolores de cabeza localizados en la frente, irradiándose a las sienes y párpados superiores con peso en los ojos. Esto le produce cansancio en la vista cuando tiene que hacer un esfuerzo. Frío en la nuca. Dice ser muy susceptible a las bajas temperaturas. Cuando la cefaleas es muy fuerte le produce mareos. "No me he caído nunca pero al ir por la calle he de apoyarme." Dice que no puede levantar peso. Desde hace dos años las

Ayuntamiento de Madrid

cefaleas son continuas y está tomando analgésicos todo el día. Nota facilidad grande para el sueño; los párpados superiores descienden y se duerme. Se queja de gran pérdida de memoria. Malhumor que lo atribuye al dolor. Análisis normales. EEG con algunas ondas theta. Tensión 180/100.

Hay otros enfermos que no pueden soportar la luz y la presión, como el que sigue.

Ha.nº 16.146- Enfermo de 26 años, casado. Hace seis años tuvo una irritación en los ojos durante el servicio militar y desde entonces le quedaron ligeros dolores de cabeza que desde hace dos años son más frecuentes. Comienza cargandosele la vista y más tarde la frente y le llega hasta la nuca, sobre todo cuando está con un tono vital bajo. Después tiene un dolor difuso con pulsaciones como un martillazo y cuando apoya la cabeza le aumenta, sobre todo en el punto de apoyo. No puede soportar, cuando el dolor es fuerte, la luz y los ruidos. La frecuencia es irregular, en los dos últimos meses le ha tenido dos veces. Antes era más frecuentes, ahora los corta tomando cafergot, si tarda en tomarlo no le da resultado. Al principio tomaba optalidón.

Es el segundo de tres hermano. El parto fue algo largo. Escolaridad hasta los 18 años, luego servicio militar y empezó a trabajar en el negocio familiar. Tiene dos hijos bien. Sufrió mucho de pequeño con las peleas de los padres y cuando intervenía tenía dolor de cabeza. Siempre ha estado en medio de sus padres y se disgustaba con su padre sobre todo. Un director espiritual le aconsejó que se casara para abandonar este clima. Actualmente tiene preocupaciones por el negocio en el que está muy metido y no piensa más que mejorarlo. Dice que su padre entorpece su labor. La madre tratada en esta clínica. Un hermano es retrasado mental y también un tío del padre. Padre algo bebedor. Infancia y juventud muy dura. Trae radiografías de senos sin hallazgos.

Otras veces el dolor se presenta sin ningún estímulo exterior, como veremos a continuación.

Ha.nº 10.121- Enfermo de 55 años, soltero que consulta por dolores de cabeza desde hace más de treinta años. Cualquier circunstancia le produce el dolor; una pena, una alegría, dormir mucho, dormir poco, una digestión, etc. "Todo se me refleja en la cabeza." Dolor gravitativo que comienza en la región frontal y si le dura mucho se le extiende hacia la nuca y entonces se hace violentísimo. "Casi me vuelvo loco." Dolor a diario no. Acompañado de otras sensaciones como incapacidad de concentración, falta de memoria, de fijación, tristeza inmotivada, falta de ilusión, cansancio por pequeños estímulos. Aparte del dolor nota "un estiramiento pesado"

Ayuntamiento de Madrid

en la nuca. Cuando el dolor es fuerte palpitación en la zona dolorida y sensaciones nauseosas. No tiene fenómenos vasomotores. Algunas veces escotomas centelleantes. Cuando tiene dolor no puede oír ruidos ni que haya luz, ni que le hablen. Estado de ánimo con grandes oscilaciones, siempre condicionado al dolor de cabeza. Se ha estudiado mucho y ha ido a muchos médicos pero no ha resuelto el problema. A los 13 años tuvo fifus grave y a eso atribuye el dolor aunque recuerda que a los 10 ya le sacaron del colegio por lo mismo. A los 29 chancro sifilítico tratado correctamente. Hombre muy trabajador "self made", muy minucioso en su trabajo. "No me gusta acostarme sin haber resuelto mis ocupaciones y problemas." Su madre murió de coma diabético y tenía a temporadas dolor de cabeza. Exploración negativa. EEG normal y también radiografía de cráneo.

El siguiente enfermo no resiste el sol y tiene vagas sensaciones claustrofóbicas, igual que el número 15.572.

Ha.nº 14.761- Enfermo de 51 años, casado, padre del nº 14.755. Desde hace mucho tiempo tiene dolores de cabeza, pero desde hace diez años se le han hecho muy intensos y los tiene casi a diario. Dolor en la frente, en los dos lados, a veces es como si tuviera calor y se alivia con hielo en la frente. Cuando es más fuerte, nauseas y vómitos. No resiste el sol en la cabeza, ni los cines, ni la gente. Va a la iglesia porque solo es un rato. Si el dolor es fuerte nada le alivia. Dice ser bastante nervioso y que tiene que hacer todo rapidamente. Insomnio, no duerme sin tabletas. No ha mejorado con ningún tratamiento. Tampoco con unas gafas que le mandaron y que dice que le mareaban y aumentaban los dolores. Hace 30 años operado del oído por una otitis. También por entonces apendicitis.

Tiene cuatro hijos, una murió de pequeña de colitis. Es el cuarto de cinco hermanos, todos con dolor de cabeza pero no como los suyos. La hija mayor alguna vez tiene cefaleas. Un hijo de 16 años viene a la consulta. La madre tuvo cefaleas hasta los 50 años, ahora tiene 80 y está bien. También el abuelo materno tenía dolores.

Cinco meses más tarde vuelve a la consulta y está muy libre de sus cefaleas, a penas le queda algún ligero síntoma y trabaja muy activamente.

En las historias que vamos a relatar a continuación lo más evidente es el carácter distímico de las cefaleas.

Ha.nº 14.582- Enferma de 34 años, casada que se queja de dolor de cabeza desde el desarrollo a los 12 años. También entonces hacía malas digestiones, nauseas y vómitos y se sentía muy nerviosa. Ha pasado a veces años sin molestias, pero de siempre ha sido "débil" nerviosa y sensible y con

Ayuntamiento de Madrid

una inquietud permanente. Los síntomas se le acentuan cuando le duele la cabeza y entonces se desespera y no se encuentra bien en ningún sitio. Ha pensado a veces incluso tirarse por el balcón. El dolor en la parte alta de cabeza es muy fuerte y le molesta la luz y está mejor acostada. Este dolor lo siente de tarde en tarde y a veces otro tipo de dolor más frecuente y constante casi, pero más flojo y en toda la cabeza. En las temporadas peores está muy desanimada, de mal humor e impaciente. "Todo para mí es un monte." Peor desde hace unos meses en que se quedó embarazada. Pero también en los cambios de tiempo y cuando tiene discusiones. Se daba golpes porque estaba muy desesperada. Había tenido antes un embarazo extra-uterino y un parto por cesaria. Se casó a los 32 años. Discute mucho cuando está peor.

Antecedentes familiares: abuelo materno enfermo de los nervios durante toda la vida, de genio excitado, mal humor, no podía dormir. Se suicidó.

Catamnesis de dos años. Sigue con oscilaciones del tipo aunque pasa temporadas mejor y otras muy molesta.

Ha.nº 17.323- Enfermo de 54 años, casado. Desde los 34 años tiene dolores de cabeza. A los 36 le operaron de apendicitis y le aumentaron mucho los dolores y se atribuyó a la raquianestesia. Después disminuyeron en intensidad y aumentaron en duración. Molestia que se localiza en la mitad derecha de la cabeza en la frente y en los ojos. Otras veces en la región occipital y el cuello, le dura dos horas y disminuye con optalidón. Le impide el trabajo y le irrita mucho. Duerme mal, se despierta a la madrugada con dolor intenso. Se mejora si se pone de pie pero luego está cansadísimo todo el día. Después tiene los ojos congestionados. Más frecuentes en otoño. Los atribuye a una artrosis de la columna cervical y lumbar y al exceso de trabaje. Ha tomado algún sedante, no barbitúrico, para dormir pero no ha mejorado y lo ha dejado. Hace cuatro años le diagnosticaron de arteriosclerosis por un índice de colesterina entre 210 y 260 y la tensión ha sido algo elevada con disociación entre la máxima y la mínima. En la última exploración notaron una cierta alteración en fondo de ojo. Siempre ha sido pesimista y ahora dice que está en fase de descenso intelectual y físico a lo que se resigna. Toma vacaciones en el campo. Viene a la consulta y dice haber dormido mal y además se impresionó per un accidente de auto que tuvo por imprudencia de otro conductor. Siempre ha sido serio y concienzudo. Litiasis renal a los 40 años. El padre también tenía dolores de cabeza que cedían con sedantes. Un hermano jaquecas con vómitos. Dos hijos sanos. No antecedentes psiquiátricos.

La cabeza le duele más estando echado que de pie, como ocurre con las braquialgias y en general con ciertas algias timopáticas. Está levemente deprimido. Tipo pícnico prematuramente envejecido.

Ha.nº 7.117- Enfermo de 51 años que consulta por cefaleas intensas desde hace 35 años. Cuando tenía 12 años golpe

Ayuntamiento de Madrid

fuerte en la región occipital sin pérdida de conocimiento y una herida superficial. Desde entonces cefalalgias nocturnas. Dice que es como el canto del grillo que empieza a las 11 de la noche. No puede dormir. No ha perdido visión ni tiene mareo. Se duerme pero luego se levanta mal, irritable, medio mareado, con malestar. Cualquier cosa le cansa y preocupa. No come. Piensa que si comiese estaría más fuerte y no le dolería nada. Igual en todas las épocas del año. Ha sido diagnosticado de epilepsia.

Catamnesis: se puso muy bien, volvió cuatro años más tarde por unas parestesias en el lado izquierdo y derecho de la cabeza acompañadas de un síndrome depresivo.

Cuando coinciden las alteraciones electroencefalográficas no es raro que veamos diagnósticos hechos previamente de "distimias epilépticas."

Ha.nº 17.241- Enfermo de 14 años que nació de parto de nalgas y tuvo un desarrollo psicomotor normal. Hace 4 meses empezó a dolerle la cabeza y estaba triste y serio, sin jugar con los otros niños. Se quejaba de dolor en la vista y se orinaba espontaneamente durante el día. Hace seis meses le hicieron un EEG y apareció una alteración subcortical con afectación en las regiones occipitales. Tratado con mysoline, sinergina y luminal. No mejoró y se volvió más irritable y lloroso. Hace tres meses hizo un intento de fuga porque decía que sus padres no le querían por ocasionarles gastos con el estudio a pesar de que lo hace con beca. Quería irse a una feria de un pueblo vecino.

Antecedentes familiares: abuelo escrupuloso en las comidas y en la limpieza. Tío paterno fase depresiva anancástica y otras hipertímicas. Padre con tendencia entristecerse. Se le hacen unas pruebas a este enfermo y da nivel mental excelete C.I.108. A los seis meses vuelve a la consulta. Ha mejorado mucho, pero al dejar la medicación de IMAO se deprime. Las obsesiones anteriores han desaparecido.

Ha.nº 17.004- Enfermo de 40 años, casado, chofer. Desde hace dos años en que se casó se le pone "cara rara" y se enfada por la menor cosa. Le dura dos o tres días y acaba pegándole a su mujer. Hace cuatro meses tuvo una especie de ataque de nervios en que se revolvía en la cama, se mordía y también las sábanas. Le duró media hora. El médico de cabecera le dio unas gotas y se le pasó. Es el tercero de seis hermanos que están bien. No fue a la escuela. Dice padecer de nervios hace tiempo pero no sabe explicar de qué. Se pone nervioso en todo el cuerpo y luego se le fija la cabeza. Cefaleas hace tiempo que le pasan con optalidón. Ataques distímicos que han diagnosticado de epilepsia. Luego se arrepiente y da a la mujer muchas explicaciones. Con mucha probabilidad

Ayuntamiento de Madrid

hay en su matrimonio un problema de celos que él no se atreve a explicar. Debil mental.

A veces la irritabilidad y agresividad es tan grande que da lugar a una conducta marcadamente psicopática como en la enferma siguiente. Si no fuera porque los trastornos comenzaron solo a los 50 años y hasta entonces había sido normal, se hubiera podido pensar que se trataba de una personalidad psicopática.

Ha.nº 10.510- Enferma de 55 años, casada. Consulta por unos trastornos de conducta que empezaron hace cinco años. Reacción especial ante pequeños problemas domésticos y familiares. Unas veces cefaleas que provocaban gritos y postración en cama y gestos de enorme teatralidad. Otras veces no come y se queja mimosamente de que nada le apetece. Tres hijas casadas y un hijo soltero que vive con ella. A temporadas está de gran amor con una hija y luego la odia. Los amores y los odios oscilan entre sus hijos sin razón. La agresividad se proyecta sobre todo hacia su marido e hijo. Antes era muy cuidadosa de su casa y ahora todo está abandonado. No es posible tener criadas pues las acusa de ladronas o pendones. Muy caústica en sus juicios de los demás, de poner motes a todos. Ha abandonado su cuidado personal. Muy habladora; dice frases impropias de su nivel social. Inteligencia y memoria buenas. A los 14 años tifoideas. Hace unos años extirpación de útero por fibroma y poco antes menopausia. Padre nervioso con algunas rarezas y también una tía paterna. Familiares alcoholicos. Trae varios análisis negativos y un EEG de hace un año que denota una disritmia difusa con predominio frontoparietal. Descargas sincrónicas parietales y frontales que tienen aspecto de sufrimiento basal. Dificil de valorar la asimetría frontal. Ultimamente se queja de haber tenido dolores de cabeza como una jaqueca del lado derecho. Lo que llama la atención es la disminución del síndrome pático en ella y de los dolores cuando aumenta la agresividad que es lo que más preocupa a la familia. Se hace un Rorschach y las respuestas son vagas con tendencia a la simetría y evasión de respuestas. Con el tratamiento mejora pero aparece un dolor en el brazo derecho que le inutiliza hasta para vestirse.

La irritabilidad se debe a una especial sensibilidad frente a los estímulos del medio ambiente. Es una sensibilidad como la que aparece en otros trastornos del círculo timopático como en las fobias y en las obsesiones. Cualquier cosa que altera el mundo del enfermo les produce angustia y de ahí salta a la irritabilidad. Por eso aparecen junto a

Ayuntamiento de Madrid

estos trastornos. En el caso siguiente se combinan las cefaleas con un vértigo timopático. La inseguridad del enfermo es manifiesta tanto en el plano físico de su apoyo en el suelo como en el de las relaciones interhumanas.

Ha.nº 17.114- Enfermo de 33 años, casado que nació de embarazo y parto normal y se desarrolló normalmente. Muchos disgustos de niño porque su madre murió cuando él tenía 4 años, de cáncer uterino. El padre volvió a casar con una hermana de la mujer. Las relaciones familiares fueron siempre difíciles y ultimamente inexistentes. Estudió bachillerato los primeros años y luego perdió interés por el estudio. Siempre fue sensible, sentimental, tímido y triste. La incomprensión de su madrasta y discusiones familiares han perjudicado su desarrollo personal. A los 18 años emigró a Venezuela y al principio tuvo dificultades de adaptación y añoranza de su tierra y novia. A los dos años regresó para casarse y vencer su soledad. Cuatro años más tarde sintió un día mareos que atribuyeron a estreñimiento y se los trataron como afección hepática. No sólo no mejoró sino que el mareo fue cada vez más intenso y además empezaron violentísimos dolores de cabeza localizados en la frente que le impedían dormir y su caracter se agrió. Irritable, sin fuerzas para trabajar y muy procupado por el insomnio y la anorexia. Fue a Boston para hacerse un "chequeo" y nada más llegar allí se sintió mejor. Todas las exploraciones fueron negativas y le dieron un tratamiento para una afección cólica producida por uno de los medicamentos que tomaba para su hígado. Le dijeron que viera a un psiquiatra, cosa que hijo en su país y fue tratado con insulina y fármacos, pero empeoró. Le indicaron que regresara a España y entonces vino a nuestra consulta. Su ansiedad ha ido haciendo presa más y más en él. Empezó a trabajar con grandes dificultades. Sentía que el suelo estaba blando como un colchón y que podía caerse. No tenía seguridad para nada. No puede asomarse a la ventana. En cambio puede subir en un tiovivo sin marearse, y si los vé se marea. "Es como si mi yo inconsciente, dice, me avisará que no me va bien y si miro otra vez o monte, no mareo." Durante un año no se atrevía a salir solo a la calle por miedo al mareo y perder el conocimiento. Ha seguido un tratamiento en forma ambulatoria mejorando pero no recuperando totalmente. Irritable y ansioso y cansado. A veces aparenta estar mejor de lo que está, pero se cansa y tiene malestar general. Ve "raro" su cuarto y ha de dormir fuera de casa. Claustrofobia. Insomnio por miedo a los sueños angustiosos. Se levanta cansado y poco a poco mejora algo y puede trabajar pero con esfuerzo. Empeora otra vez por la tarde. Mejor los veranos. No puede permanecer en pie porque no tiene equilibrio físico ni moral, siente como si se fuera a romper. A veces, cuando se inclina para sacar una cosa y mostrarla, nota como un sudor por la columna vertebral que le llega al cerebro y cuando piensa que no puede más y está en el climax de una situación

Ayuntamiento de Madrid

tiene un ruido en el vientre y necesidad imperiosa de ir al cuarto de baño. Después se siente muy cansado pero más tranquilo. Otras veces siente que se le acelera el pulso y siente malestar y falta de aire y un gran nerviosismo, vacío en el estómago como cuando se hacían tratamiento con insulina. Hambre espantosa, come algo y se mejora. Mucho miedo a padecer del corazón. Le han hecho varios electrocardiogramas sin que sus padres lo sepan. Piensa si al tomar tantas pastillas durante años le han producido un serio perjuicio. Problema de eyaculación precoz desde que se casó y le preocupa mucho. Ello quiere decir que es distinto a los demás: "Algo tengo en el cuerpo que funciona mal."

Es el menor de ocho hermanos. Un tio era raro y una tía falleció en un manicomio. En un viaje que hizo a Suiza por negocios se sintió mal un día y le llevaron al Hospital. Le hicieron una serie de exploraciones, análisis de líquido cefalorraquideo pero el enfermo se negó a que le hicieran una arteriografía como le habían propuesto. Las exploraciones fueron negativas.

Su trabajo le va muy bien y aunque le gustaría estar con su familia ahora se ha adaptado bien a la vida en España. Visto seis meses más tarde nos comunica que se encuentra muy bien "como nunca." Lo único malo es que tiene un trabajo excesivo, está muy activo y tiene muchas preocupaciones del negocio que a veces le impiden dormir. El tratamiento fue a base de IMAO.

En el capítulo de los vértigos timopáticos volveremos a insistir en estos puntos. La psicopatología de esta irritabilidad de los vértigos y de las fobias (especialmente de la agorafobia y de la claustrofobia) es muy semejante.

Las cefaleas se asocian también con las <u>obsesiones</u> como vamos a ver a continuación.

Ha.nº 6.095- Enfermo de 15 años, estudiante que dice que cuando se pone nervioso tartamudea aunque eso le va disminuyendo. A los 13 años le empezaron los primeros escrúpulos de tipo religioso y creía que todo era pecado. Aquello duró un año y ahora le ha vuelto mucho más fuerte con doler de cabeza, cosa que antes no tenía. Tiene dudas de si ha hecho algún pecado mortal referente a la castidad. No podía comulgar. Hace dos meses que vio una figura de una artista de cine y luego siempre ve la misma figura sin podérsela quitar de encima. Escrúpulos por el orden, mueve mucho los pies, en constante actividad. Pasa un año con dudas, oscilaciones, obsesiones, cefaleas muy fuertes, preocupaciones si los grifos y las puertas están bien cerrados. Remordimiento por hechos anteriores. Un hermano visto en la consulta con un cuadro parecido. Resto de familiares bien. Visto un año más tarde; ha mejorado pero no está todavía bien.

Ha.nº 17.183- Enfermo de 40 años muy anancástico, trabajador, pesimista, siempre preocupado por todo. Metódico

Ayuntamiento de Madrid

ordenado y escrupuloso. Preocupado por su persona y por todo lo que le rodea. Tiene gran fuerza de voluntad. Perfeccionista. Muy preocupado por su salud y buena marcha fisiológica de su organismo. Duerme mal y se despierta muy excitado. Pesadillas. Desde los 16 a los 22 años dos fuertes crisis de jaqueca. Se trataba de cefaleas intensísimas que le duraron toda una noche y acabaron por ceder y debieron ser muy fuertes pues todavía hoy las recuerda. Ultimamente viene padeciendo casi a diario cefaleas generalizadas de localización e intensidad variable. No tiene ritmo ni respuesta a los analgésicos habituales que lo más que hacen es aminorar el dolor, que otras veces cede espontáneamente. Hace dos años fue diagnosticado de gastroduodenitis por unas molestias abdominales que tuvo y otros médicos dijeron que era nervioso. Hace un año erupción en las piernas e ingle diagnosticada de neurodematitis que cedió con pomada de alquitran. Muy procupado por la evacuación intestinal para lo que utiliza toda serie de medidas. Generalmente pasa del estreñimiento a la diarrea sin motivo. No ha consultado hasta ahora con ningún psiquiatra y los médicos generales que le han visto le han sometido a exploraciones detenidas y constantes. Todo resultado es negativo y coincide en "nerviosismo" como factor patógeno. Tratado con nisidana, atarax, etc. que le proporcionan alivio momentaneo pero la verdad es que no ha cedido ni el insomnio ni el nerviosismo ni la cefalea. No parece deprimido ni angustiado, ni ilusionado por curar. Su mujer cree que por su fuerte sentimiento religioso se esfuerza en dominar sus molestias que las arrastra desde siempre. Recuerda que no pudo examinarse del bachillerato a causa de ellas aunque estaba bien preparado y que tampoco pudo seguir la carrera de Banca y Bolsa como su padre por lo mismo. Estudió hostelería y le va bien en sus negocios. Perfeccionista. Casado sin hijos; no hay problema de relaciones conyugales. Sus padres murieron de accidente de auto hace unos años. Ella era pacífica. El tenía insomnio y era nervioso, metódico y puntual. Tiene dos hermanos y una hermana con insomnio pero sin los rasgos anancásticos del enfermo. Tiene algo dentro de la cabeza que le produce malestar y entonces necesidad de precisión y aumenta su fatigabilidad y su insomnio. Cree que las cefaleas están ligadas al estreñimiento y no quiere tomas en cambio ninguna medicación laxante sino de vez en cuando. Resistencia a cualquier medicación. Al cumplir los 40 años se hizo un chequeo y metabolismo basal que fue normal. Tiene conjuntivitis desde la infancia. Muy religioso, de comunión diaria, educado por sus padres en la idea de la perfección hasta la santidad. Delgado y asténico con una constitución difícil de definir y encuadrar, pero con rasgos leptosomáticos. Trae radiografías, análisis y electrocardiograma, todo es completamente normal.

Ha.nº 16.406- Enferma de 36 años con obsesiones desde que quedó embarazada. Se lavaba las manos más de cincuenta veces al día y también a su hijo cuando éste nació. De tal

Ayuntamiento de Madrid

forma lo lavaba que tuvieron que quitarselo y llevarlo a vivr con los abuelos. La mayor manía es lavar los trapos. Luego tuvo una niña. Ahora les cuida bien y les da bien de comer pero no puede resistirles cuando enredan. Tampoco el ver animales muertos. En su casa no tiene nada de paz, mejor en casa de sus padres. No tiene comida en casa ni siquiera matanza; la tiene en casa de su madre y la trae a la hora de comer. Han consultado muchas veces pero ya hace años que no lo hacen porque cree que el último la empeoró. La manía principal fue siempre la ropa cuando la tenían que enviar a lavar fuera de casa y despues que la recogían se ponía muy nerviosa. No podía ver su ropa mezclada con la de los demás. Siempre está lavándolo todo y tiene las manos llenas de llagas. No puede sentarse en ningún sitio pues teme ensuciarse. Cree que lo que más mancha es la grasa del jamón. Tiene fuertes dolores de cabeza aunque cortos de duración "pues si nó, no lo resistiría," dice. Las obsesiones han tenido oscilaciones de humor pero no se trata de un carácter tipicamente fásico. Tipo pícnico.

Ha.nº 6.822- Enfermo de 21 años, estudiante. El abuelo paterno murió de úlcera de estómago. La abuela padecía colitis. El abuelo paterno tenía dolores de cabeza de localización occipital y el padre fue tratado en esta consulta por timopatía. La madre vive y está bien. Es el cuarto de cinco hermanos. Antécedentes personales sin interés. Anginas frecuentes y resfriados. A los 11 años escrúpulos de contenido religioso que desaparecieron y volvieron a los 14 en forma de miedo a condenarse, faltas a la castidad y dudas sobre la fé. Los escrúpulos tienen ahora el mismo contenido y son cada vez más fuertes. Miedo a la impureza. La imagen de la sexualidad lo ve como algo monstruoso. Los directores de conciencia le dan la norma respecto al pecado pero él siempre busca una objeción. La norma valdrá para tales circumstancias pero no para otras. La obsesión escapa a la norma. Preparó judicatura pero no puede hacer las oposiciones por los escrúpulos acompañados de dolor de cabeza y tiene que abandonarlas. Miedo a locura y al cáncer. En el análisis de las cosas necesidad de volver atrás, de dejarlo todo bien sentado. El dolor empieza con una sensación de darse cuenta de lo que tiene en la cabeza, aumenta esa sensación y se convierte en presión en las sienes y se da cuenta de la disminución de sus sentimientos. A medida que hace más esfuerzo para combatir el dolor tiene más. Tipo displásico. Los síntomas tuvieron oscilaciones pero las cefaleas y las obsesiones siguieron una evolución paralela. Catamnesis durante seis años y cada día mejor de ambos síntomas. Una hermana es vista también por una neurosis obsesiva.

Las cefaleas timopáticas se presentan a veces en forma de <u>crisis dolorosas</u> que pueden acompañarse de otros trastornos (nauseas, vómitos, etc.) pero son siempre de carácter ansioso

Ayuntamiento de Madrid

que está en primer plano y a veces están montadas sobre claras fases hipotímicas. El dolor no es nunca como el de la jaqueca aunque a veces el diagnóstico sea difícil. De las relaciones de la jaqueca con las cefaleas timopáticas nos hemos ocupado más arriba.

Ha.nº 13.789- Enferma de 30 años, soltera que siempre ha tenido frecuentes dolores de cabeza pero desde hace seis años son mucho más fuertes. Localizados en la frente y sienes, la enferma los atribuye a exceso de trabajo y estudio. Dice que se le hinchan los párpados. Una o dos veces al mes. Empezó a tratarse hace cuatro años y desde hace dos aunque se hayan espaciado aparece también "mareo" atontamiento y nerviosismo. Dolor de toda la cabeza; a veces escozor en la nuca o como agua fría dentro. Por la mañana se levanta atontada, incapaz de concentrarse, mareo y zumbido de oídos. "Estoy como insulsa, sonámbula, no puedo pensar." Ha dejado el trabajo hace 2 meses. Piensa en la muerte y teme una congestión o algo así. No le preocupa el porvenir mientras pueda trabajar. Tuvo un novio durante siete años pero hace un año que ha roto con él. Entonces le afectó pero no demasiado. El padre explicó a los padres que no quería hacerla desgraciada como si no le gustasen las mujeres, pero dice que ella no noto nada anormal en él. No llegaron a tener relaciones íntimas porque ella se opuso. Duerme mal, pesadillas.

Entre los 12 y los 14 años tuvo algo de nervios, dolor de cabeza y cansancio, irritable y contrariada. Es la tercera de siete hermanos. La madre tiene parkinson y las dos abuelas han padecido jaquecas. Una hermana mayor que la enferma era como ella pero al casarse mejoró. Un hermano con el que vive y no se lleva muy bien se casó hace cinco años. Ahora ella vive retirada, triste y cansada. Lo que más le molesta es la imposibilidad de tomar decisiones aun las más intrascendentes.

Ha.nº 17.666- Enferma de 34 años, casada, que siempre ha tenido dolores de cabeza por lo menos desde los 12 años. Eran muy frecuentes y empezaban de un solo lado indistintamente y el dolor se intensifica y no es generalizado. De localizarse es en la región occipital y en la frente. A veces nauseas y peor humor y más nerviosa. Es la última de tres hermanos con 10 años de diferencia respecto al anterior. Su padre anancástico, inquieto y muy variable de humor. Ella es nerviosa, despierta, muy inteligente, muy procupada y ordenadísima, meticulosa, "demasiado buena persona para esta vida" dice. Meticulosa con la comida, con la ropa y busca la perfección en todo.

A veces duerme mal, a veces está decaida. Casada hace 14 años, su marido es de buena posición económica pero "afanoso" e independiente. Ella le ha ayudado mucho y han viajado mucho hasta conseguir una buena posición social. Al principio renunciaron a tener hijos. Ahora tiene tres

Ayuntamiento de Madrid

de los cuales una delicada prematura y ese de mucha preocupación a la enferma. Hace dos meses que está decaída, cansada, triste, peor al levantarse, inapetente y duerme mal. Fue tratada como anémica. Para las cefaleas ha tomado toda clase de antiálgicos y antijaquecosos pero le siguen con la misma frecuencia aunque con menor intensidad. Desde que toma caferget no son tan intensas, pero un día tomó cuatro comprimidos y tuvo muchos vómitos. Las cefaleas parecen depresivas a pesar de que algún matiz tienen de jaquecas. Se extiende por media cabeza hasta la nuca. Fondo de ojo normal, ningún hallazgo en la exploración. ECO y EEG sin hallazgos.

La madre dominaba a la familia; era fuerte y enérgica, dura, a veces injusta y le gustaba que todo girara alrededor de ella. Un hermano visto en esta consulta por ciclotímico.

Dos meses más tarde y seis meses más tarde vuelve a la consulta y está realmente mejor. Alguna nerviosidad interior, otras veces pulsaciones. La cefalea persiste raramente y mucho menos acentuada. Muy contenta con el resultado de la medicación con I.M.A.O. Se le hace un nuevo EEG que es un poco hipersincronizado.

Ha.nº 16.848- Enferma de 43 años, casada, que atribuye sus dolores de cabeza a una raquianestesia que le hicieron en el primer parto, dolores que son soportables y cedían con analgésicos. Pero hace un año que han aumentado en intensidad y frecuencia. Continuamente, noche y día siente la cabeza como un ruido, vacío, como una máquina y que hace dos meses eso se ha transformado en unos dolores intensísimos, insoportables que le duran 10 a 15 minutos. El dolor empieza en la nuca y se le irradia a toda la cabeza, frente y entrecejo. "Me deja sin fuerzas, ni para tenerme en pie." Nota fuertes pinchazos, pierde el equilibrio, todo le da vueltas y parece que se cae si no la sujetan. Nauseas y vómitos hasta el punto de tenerle que inyectar suero pues estaba muy deshidratada. La enferma teme que en uno de esos accesos se caiga y le pase algo y por eso hace dos meses que no sale a la calle. Los dolores de cabeza le irritan mucho y está de muy malhumor. Desanimada, llora mucho, no tiene ganas de nada. Hay días en que no quiere levantarse de la cama. No puede hacer las faenas de la casa. Pesadillas, inapetencia. Ha consultado con muchos médicos y lo que mejor le ha ido es el tofranil. Hace veinte años le trepanaron por supuración de oídos y tenía una perforación que según el cirujano no explicaba los dolores de cabeza. Sus tres partos han sido con forceps. Lleva veinte años casada sin ningún conflicto. La madre murió de embolia cerebral. Resto de antecedentes sin interés.

La crisis comienza con algo que siente en el estómago de carácter nauseoso y que a veces le obriga a devolver y que luego le sube hacia arriba y le da una gran nucalgia y al rato se le pasa a la cabeza."El dolor es más bien angustia, algo muy malo que me falta la respiración y pierdo la cabeza, como si me clavaran alfilers," dice.

Ayuntamiento de Madrid

Aunque parece que la cefalea comienza después de la raquianestesia lo cierto es que la enferma se operó hace un año cuando una hermana del marido se suicidó. En la angustia de esta enferma se mezclan el miedo a la enfermedad, a tener un tumor o algo parecido en la cabeza.

Catamnesis: al cabo de un año siguen las cefaleas y la angustia, pero en tono menor. Además dolores en los brazos como si fuera braquialgia acroparestésica. Los tiene de noche al meterse en la cama y además un hormigueo que a ella le parece que le nace dentro del hueso. Equimosis por todo el cuerpo como en las depresiones. Seis meses más tarde dice que sigue igual pero la familia la encuentra mucho mejor. Un año más tarde está muy bien, casi sin dolores. Tratada con IMAO.

Ha.nº 10.245- Enferma de 35 años, casada. La madre y la abuela tuvieron intensos dolores de cabeza. Ella ha venido a la consulta por lo mismo. Siempre ha sido alegre, sin tendencia a deprimirse. A los 19 años se casa y tiene una hija sana. No hay problemas especiales en su vida. Siempre dolor de cabeza pre-menstrual. A los 28 años se agravaron y toman forma de crisis más o menos como ahora. El dolor empieza por las noches y al despertar es tremendo. Se localiza en la nuca y avanza como una tenaza hacia la frente. El dolor es tan fuerte que le produce nauseas y mareos. Al caer la tarde mejor. Le dan con irregularidad, algunas veces le dura cuatro días y otras veces está siete días bien o es tan ligero que le pasa con un analgésico. Le han tratado como enferma del hígado, otros de ovarios, pero nada le ha mejorado. Hace 7 años tuvo una "situación difícil conyugal" pero ya pasó. Cuando tiene cefaleas le vienen malos recuerdos. Nada en la exploración. Procede de una familia de maníaco-depresivos. Sueña con serpientes y ella, que es andaluza, les tiene mucho miedo. EEG normal. Tratada con I.M.A.O., mejoró pero solo tenemos un control de medicación a los 6 meses de la consulta.

Ha.nº 16.479- Enferma de 38 años, casada, que viene a la consulta porque desde hace cuatro años tiene dolores de cabeza, localizados en la región frontal de los dos lados. Dolor fuertísimo acompañado a veces con nauseas y vómitos y más frecuentemente al acostarse. Son crisis que le duran cuatro o cinco días y durante esetiempo duerme mal, pèerde el apetito, se pone pálida, demacrada y con expresión triste, cansada e irritable. Todo le molesta pero especialmente los ruidos y la luz. En las crisis ha notado que influyen los cambios de temperatura, de presión, la ovulación, el período e incluso el coito o cualquier esfuerzo físico. La frecuencia viene a ser de dos al mes y entre ellas está alegre y normal. Sin embargo, ha observado que tiene temporadas más apagada y nerviosa, irritable y tristeza sin saber por qué, con ganas de llorar. "Me levanto por las mañanas con peso en la cabeza y aturdimiento. Estreñimiento habitual. Diagnosticada de hemicranea, mejoró con Ecuanil. Tiene la

Ayuntamiento de Madrid

matriz "doblada" y por eso ha tenido tres abortos. Padre murió hace quince años y estaba mal de los nervios, "disparataba." La enferma es la mayor de ocho hermanos, uno es tartamudo. Casada hace 16 años, se lleva muy bien con su marido y tiene tres hijos sanos. Familiares, disgustos por motivos económicos con su madre y su suegra y cree que eso le acentua las molestias. Muy identificada con su marido que ha levantado el negocio y el padre no le da ninguna libertad. EEG normal.

El carácter angustioso de las cefaleas depresivas aparece más o menos velado en las expresiones de los enfermos, como temor a la locura o a la muerte. También con temor al vacío pero de esto nos ocuparemos más adelante. (Vid. los vértigos timopáticos).

Unos enfermos dicen que <u>temen volverse locos</u> (8.304, 16.479, 16.111, 11.375, 12.564 y 15.413) o <u>padecer una enfermedad mental</u>, (8.838) o que los tomen por locos (8.010) o que lleguen a perder la razón (10.352) o que casi se vuelvan locos (10.121). Otros enfermos temen que les sorprenda <u>un ataque</u> (10.352), "temo que me vaya a dar algo o que me vuelva loco" (14.299) o "una congestión o algo así" (13.789). Los mecanismos angustiosos aparecen a veces como <u>inseguridad</u> (8.304) o <u>"pérdida de control"</u> (6.822), "como si fuera un descontrol más que dolor" (17.704) o a veces como <u>fobia de agredirse o de agredir a los demás</u> (15.640). También la angustia puede aparecer más clara a la conciencia del enfermo "angustia y malestar" (15.131) "Como si estuviera asustado" (15.348) "como si me fuera a morir" (14.299) "es un dolor que me desespera y angustia" (13.536) o esa misma sensación se expresa como algo "raro" o "nervioso" (12.644).

Muchas veces lo que el enfermo nos dice es que teme tener un tumor cerebral (8.304, 16.018, 16.848) apareciendo aquí la angustia ante la muerte y ante la locura como entrelazadas.

El miedo a la locura es el miedo a la desintegración de la propia personalidad y por eso una expresión muy frecuente es la de que la cabeza <u>les va a estallar</u> (17.071, 15.893) o a abrirse (16.166) o "como si se me abriera el cerebro" (16.010). Todas estas expresiones son equivalentes como

Ayuntamiento de Madrid

ocurre en el siguiente enfermo:

> Ha.nº 12.022- Enfermo de 25 años, soltero, que hace 10 días le apareció una molestia en la cabeza "como si fuera a estallar, como si me dieran un martillazo." Desde entonces insomnio pertinaz y pasa la noche pensando en tonterías, cosas de su trabajo. Le dura 10 a 15 días y luego está tres meses bien. Otras veces nota como si le fuera a dar un ataque en el cerebro, perdiera fuerza y se fuera a morir, con sensación de pérdida de conocimiento y crisis de angustia que cristaliza en palpitaciones, sensación de paro cardiaco, tensión en la nuca, etc. Hará ocho años según la madre, tuvo una crisis de tipo histeriforme, se caía sin golpearse, apoyando las manos y se daba cuenta de lo que sucedía a su alrededor. Muchos antecedentes familiares. Un abuelo tratado en esta consulta y también un hermano. Trata de disimular un poco su enfermedad, no sabe si por no impresionar al padre.

De lo difícil que resulta a veces para el enfermo expresar sus vivencias que son tan nuevas para él porque no tienen correspondencia con las del mundo de la razón, sirva de ejemplo la historia siguiente. Llama la atención el pintoresquismo con que cuenta las sensaciones que nosotros no podemos clarificar bien. Son vivencias fronterizas entre el dolor, la despersonalización, las parestesias, los vértigos y los acúfenos. Es decir, la angustia que es la vivencia más primaria que tiene el enfermo aparece ante su conciencia a veces como un síntoma concreto, pero siendo posible casi siempre percibir aun un matiz angustioso. Otras veces surge de un modo muy proteiforme, cambiando a cada instante sin que sea posible poder definir en un momento determinado sus características como:

> Ha.nº 17.674- Enfermo de 35 años, soltero, que viene con la intención de ingresar en la clínica porque está muy angustiado por su enfermedad. Hace diez meses que nota en la cabeza en el momento de dormirse un ruido estridente como si arrastraran algo en un taller. No nota dolor, pero a veces parece que su cabeza fuera a explotar. Se extiende mucho en la descripción gráfica del ruido, onomatopeyicamente "como el claxón del SEAT." El ruido lo notó en una ocasión aislada hará unos cuatro años, pero desde que le repitió hace diez meses que lo tiene con mucha frecuencia casi todas las noches. Ya al mes de empezar este síntoma se notó flojo. "No podía tirar de mi cuerpo. Siempre cansado; comía y dormía mal. E taba aplomado." Fue visto por el especialista de garganta porque tenía sinusitis y faringitis, pero no le encontraron nada. Sigue más o menos igual con desgana y desinterés. No

Ayuntamiento de Madrid

había faltado nunca en su vida al trabajo pero ahora no puede ir. "Se me caían hasta las manos." Una semana en cama. Mejoró con un tratamiento con sedantes y volvió al trabajo pero no estaba bien. Ideas de suicidio.

Desde niño ha sido siempre alegre. Entró de botones en una oficina y fue ascendiendo a empleado. A los 18 años se enamoró de una viuda mayor que él y anduvieron saliendo a escondidas, pero sus padres no le dejaron casarse. No tuvieron relaciones íntimas, pero eran felices juntos. Ella le tenía "muy encaprichado". Luego ha salido mucho pero nunca con intención de casarse. Tiene una hermana sana. Los padres también. El enfermo tiene también sensaciones raras por todo el cuerpo, gastritis con ardores, gases, meteorismo, etc. Catarros frecuentes, poluciones nocturnas.

Catamnesis: se le trata 48 meses intensivamente con clorimipramina. Dos meses más tarde comenta, "Del sueño, de los trastornos esos de cabeza que eran como ruidos estridentes sigo mejor, la verdad no me han vuelto a dar. Dormir, mejor, solo que esta noche he descansado menos, pero sigo mucho mejor." Dos meses más tarde sigue muchísimo mejor, con algo de flojera; también ha mejorado de su problema nasal. Al año siguiente vuelve. Había estado muy bien en el verano, pero en otoño le empiezan esas curiosas sensaciones nocturnas que son como un murmullo cuando todo está en silencio. Ha vuelto a perder el apetito, ánimo decaído, delgado. Acidez de estómago y dolor en escapula derecha. Con un mes de tratamiento volvió a encajarse y en el momento de redactar estas notas sigue bien.

A veces la cefalea deja translucir una sintomatología afin a <u>la tristeza o a la inhibición.</u> Unos enfermos hablan de "atontamiento" §13.822, 14.299, 15.184, 16.018 y 13.789) otros de "tontuna" (16.460), otros de tener la cabeza tapada (16.475) o de un agotamiento (6.312) de un dolor que agota y produce cansancio (15.572). Estos dolores "que cansan" aparecen más claros en la historia siguiente:

> Ha.nº 16.045- Enferma de 39 años, casada, que desde hace tres años padece un dolor de cabeza localizado en el hemisferio izquierdo y la zona facial del mismo lado, como si le penetrase hacia dentro. No tiene caracter pulsatil. Se le suele inflamar la cara y tiene escozor en los ojos sobre todo en el izquierdo. Hipersensibilidad en esta zona. El dolor es continuo; no se altera por los ritmos diurnos, pero ahora son más frecuentes y fuertes que antes. Crisis de despersonalización, gran cansancio y flojera de piernas. Casada hace 19 años, tiene tres hijos, dos abortos hace algunos años y también tuvo un hijo muerto. Dolor de cabeza durante los embarazos que desaparecían después del parto; de todas formas no eran como los de ahora. Hace un año extirpación de ovarios por quistes y mejoró de los dolores. Otitis de repetición

Ayuntamiento de Madrid

con supuración, tratada con terramicina mejoró de los dolores. De nuevo supuración y tratada con terramicina, mejora pero no de los dolores. El Farmapen le produce "hormiguillo" en la zona dolorosa. Al año de casada tuvo tifoideas. Una tía padeció también de dolores de cabeza. El padre bien. La madre murió de una infección. Desde que tiene estos dolores la enferma sale poco de casa, pero su marido no ha notado cambio de carácter en ella. Ella describe su dolor de forma muy típica: "me entra del lado izquierdo y me produce cansancio y tristeza por todo el cuerpo, que no lo puedo soportar." Además cuenta pequeños episodios en los que se siente "ausente" y todo le parece extraño, como si fueran crisis de despersonalización. Un médico le dijo que tenía cefaleas vasculares. Fondo de ojo normal. Numerosas radiografías que trae, todas normales. EEG normal. Las cefaleas evidentemente son equivalentes depresivos.

Vuelve al cabo de dos años. Se le hizo un tratamiento de unos meses con tofranil y mejoró tanto que dejó la medicación. Ahora vuelve a tener, después de seis meses sin tratamiento, pequeñas molestias que no son como las anteriores. Sensación en el angulo izquierdo rara que se extiende hacia una zona parestésica mal definida por el pómulo. Dolor penetrante por el hemisferio cerebral izquierdo. Exploración neurológica negativa. Sensación parestésica de que le duele el lado izquierdo y se le hincha. Cuando le entra el dolor le duele todo. Pícnica, gruesa, sin problemas conyugales ni de otra clase.

Vuelve seis meses más tarde. Otra vez ha vuelto a recaer al dejar el tratamiento. Se queja de un dolor vivo en la cabeza con sensación parestésica en la mitad izquierda y oído del mismo lado, como se una aguja se le clavara. Dolor en la pierna que se piensa sea secuela de la operación de ovarios que hemos referido pues luego tuvo una pequeña trombosis en esa pierna. Realmente se trata de una hemiparesia izquierda y el algia no es de manera alguna debida a la trombosis. Se le hace una oscilometria que da resultados normales y también el resto de la exploración.

A veces el dolor es gravativo (1.021) acompañado de una sensación de peso u opresión (8.304, 8.975, 10737, 11.828, 13.171, 15.413, 16.383, 16.460 y 17.321) o de presión dolorosa (13.822) o como un lazo que apretara (7.732). Esta sensación de presión a veces se acompaña del "clavo" descrito hace años en la neurastenia (17.336, 10.046, 11.824). Un buen ejemplo es la historia que vamos a narrar a continuación.

Ha.nº 11.625- Enferma de 26 años, soltera, que tiene desde hace siete años a partir de una gripe, intensos dolores de cabeza, diariamente, sobre todo al caer el

Ayuntamiento de Madrid

el día y los nota "como si le clavaran algo en la región occipital." A veces, cuando es muy intenso, también nota dolor en el sacro. Se le acentua si se disgusta por algo. Está destinada en un pueblo que no le gusta desde hace tres años. Es maestra. Los dolores son más intensos los días que preceden al período. Desde hace siete años se encuentra nerviosa, excitada, pretende hacerlo todo rapidamente y le molesta el ruido. A veces es tan fuerte el dolor que le impide conciliar el sueño. Se siente mal en los sitios cerrados y donde hay mucha gente. EEG normal Antecedentes personales sin interés. La madre y una hermana tienen el mismo tipo de dolor y también un hermano padece cefaleas.

Catammesis de dos años y medio. Mejoró estando bien durante años y medio y luego comenzó una fase depresiva típica intensa con ideas de suicidio que fue precedida por una leve fase hipertímica.

En las cefaleas timopáticas las alteraciones depresivas del humor aparecen muchas veces. La mayoría de las veces se ocultan de tal forma que se puede hablar de "depresión enmascarada." Otras veces las cosas son más claras. Interrogando cuidadosamente al enfermo o con paciencia dejándole hablar pueden aparecer síntomas muy mitigados de su alteración del ánimo. Unos enfermos hablan de "disminución de los sentimientos" (6.822) otros de "pesadez en la cabeza que me dificulta y me enlentece el pensamiento" (10.800) o de menor rendimiento en sus actividades (s/n, 6.097 y 9.523); otros enfermos se encuentran con poco humor, amargados y aprensivos (7.506) o decaídos, cansados y preocupados (17.560) o se quejan de pérdida de la memoria como los depresivos (7.901).

Las fases depresivas aparecen claras en los enfermos siguientes:

Ha.nº 8.978- Enfermo de 41 años, casado, que viene a la consulta por una depresión. Pícnico. Hace años que alterna fases depresivas con hipomaniacas. La primera depresión la tuvo a los 16 años y le duró cinco meses. La segunda fue a los 25 años y le duró cuatro meses. La tercera a los 35 años y le duró también cuatro meses. La cuarta a los 39 años y le duró seis meses. La actual ha empezado hace veinte días. Se presenta sumamente triste y cuenta todo esto que acabamos de referir llorando. Ha salido del pueblo sin decir a su mujer que venía a la consulta. Conoce su estado por experiencia y tiene mucho miedo. Su depresión se caracteriza por una crisis súbita de ansiedad en medio de su tristeza. De pronto siente agobio, como si no pudiera estar en casa y sale al campo.

Ayuntamiento de Madrid

"Allí me siento solo y con la idea de que me viene la locura y empiezo a correr y no puedo parar como si una fuerza tirara de mí." Eso le dura unos diez minutos y le da dos o tres veces en el mismo día separados por ratos en los que dice "Si yo me pusiera bueno!..(llora) y perderé la razón. Me doy cuenta de mi enfermedad y de que mis hijos terminarán mal. Si no fuera por ellos me suicidaba." En esta nueva fase depresiva aun no ha tenido este tipo de crisis de ansiedad, sin embargo siente por dentro la fuerza que le ha movido otras veces. "Estoy como sonámbulo. Hago las cosas y parece que no las hago. No soy el mismo. Mis facultades están perdidas. En la cara me entra un dolor muy grande, calor fuerte y otras veces pálido y demacrado. La misma tristeza parece que me tira así de la cara. Veo la alegría de todos y voy por la calle como si no fuera a ningún sitio." Muchos eructos por las mañanas en ayunas. Palpitaciones. Le saltan los músculos, los ojos. "No soy dueño de mí, me manda la enfermedad. A veces estoy en la silla sin moverme y otras salgo corriendo." No antecedentes familiares ni personales. Se le ponen unos lectrochoques y mejoró cambiando el cuadro en tres semanas, quedando solo un poco amnéstico.

Vuelve a la consulta 15 años después y quejándose de mareos. Ha estado muy bien todo este tiempo. Atontamiento y dolor de cabeza, como si fuera un peso que le oprimiera. Le han hecho toda clase de análisis y no le han encontrado nada. Triste, llorando mucho, pensando que se va a morir, incluso dice que no puede resistirlo y quiere matarse. Unos días después tiene como "una ráfaga de mareo" pero no pierde conocimiento y desde entonces siente la cabeza acorchada con parestesias. Estuvo en tratamiento con varios médicos de su pueblo, sin resultado. De vez en cuando se iba al campo a llorar. Tal es su desesperación que ha tenido atada una soga al cuello y en el último momento le faltó el valor. Triste, nada le entretiene, el cuerpo solo le pide estar en cama. Ha perdido peso. Al cabo de dos semanas ha mejorado tanto que deja el tratamiento.

Ha.nº 8.480- Enferma de 33 años, soltera, que viene porque hace seis meses comenzó a pensar que estaba loca por una idea fija de tipo sexual que tuvo. Muy deprimida, desconfiada y angustiada; sentimiento de culpabilidad muy marcado. Comenzó a confesarse un día con la idea fija de que no se podía salvar, por eso piensa que fue inválida. Ninguna persona normal iría con esa idea. Con el tratamiento mejora mucho, casi hipertímica. Luego a los tres meses fue disminuyendo y tenía cierto apagamiento de sus sentimientos. Al cabo de cinco meses su mejoría es total.

Vuelve a nuestra consulta 12 años más tarde. Ha estado bien todo el tiempo. Se casó hace dos años y empezaron los dolores de cabeza en el lado izquierdo, con aire jaquecoso acompañados de fatiga y que no ceden a ningún analgésico. Ella cree que el dolor lo determina una fatiga tanto física como psíquica. Falta de sueño. Ha adelgazado. Problemas en su matrimonio. Ha tenido dos hijos.

Ayuntamiento de Madrid

EEG normal. Mejora con tratamiento antidepresivo. Cree que lo que más le afecta es la preocupación por sus hijos. Dolor de cabeza predominante en las sienes, lado izquierdo, muy fuerte hasta que llora el ojo. También le afecta el trabajo de su casa. Diez días antes del periodo peor. Cualquier preocupación le aumenta el dolor. Agotada porque ha tenido partos muy seguidos. Reconoce que está obsesionada con los hijos y que se levanta cuatro veces durante la noche para ver como están.

Vuelve a la consulta seis meses más tarde. Ha tardado en mejorar pero lo consiguió y desde hace dos meses está distinta aunque le queda un fondo de tristeza y gran abulia. Los días del periodo dolor en la sien izquierda y en el ojo que parece una crisis jaquecosa leve. Sueño irregular. Se despierta siempre a las 4 de la mañana. Luego se duerme hasta las 7 pero se despierta cansada. De sus antiguas culpabilidades ni residuo. Le queda una sensación de ansiedad interior que se manifiesta en la tiranía del tiempo, de hacer las cosas a plazo fijo. Le gustaría tener marcada la sucesión de las cosas sino poderlas dejar correr a su propio ritmo. En conjunto mucho mejor.

A veces la enfermedad no aparece de tan claro matiz depresivo a los ojos del enfermo y sus allegados porque se encuentran en unas circunstancias difíciles o han tenido una serie de disgustos y a ellos atribuyen el cambio de humor del enfermo.

Ha.nº 11.503- Enferma de 50 años cuyo hijo tiene a esta consulta (16.146). Padece casi continuamente dolores de cabeza a veces muy fuertes más por la mañana que por las noches. Siempre recuerda haber padecido ese dolor pero ultimamente está peor. Dice que es por los disgustos que le da su hijo. El ruido y el calor también se le acentuan y cuando se excita es cuando son más fuertes. Su estado de ánimo ha cambiado desde que el niño está enfermo y se encuentra triste y sin ánimo de salir. Dice que estando en su casa evita las molestias y los trastornos que suponen ir con su pequeño que todo lo quiere. Muy nerviosa e inquieta responde bruscamente sobre todo a su marido e hijos. Dice que se quisiera contener pero no puede porque se le carga la cabeza. Cuando está muy inquieta duerme mal. Los "nervios" dice que le empezaron en la guerra. Su hijo pequeño es subnormal. El padre vive y tuvo un ataque de locura que no sabe lo que fue a los 18 años y ahora es muy nervioso. Tiene dos hermanos, uno muy nervioso también.

Ha.nº 13.536- Enferma de 26 años, casada, que se queja desde hace un año de dolor de cabeza pero se le ha hecho más persistente desde hace seis meses. Lo siente en la nuca y en la bóveda como un peso o latidos. No cede con los calmantes habituales. El dolor la desespera y pone muy nerviosa, angustiada con nauseas, desinteresada por todo, tristona y apagada. Ve dificultad en las cosas y porvenir dudoso. Duerme mal con sueños angustiosos y

Ayuntamiento de Madrid

se despierta sobresaltada. Trae una nota de su marido que es médico y de otro médico que la vio hace tres meses. Hace un año por un disgusto conyugal se tomó unas pastillas con ánimo de matarse, hecho que ha repetido hace dos semanas. En realidad esta última vez sabía que la dosis era muy pequeña para morirse. Está tomando Librium sin resultado.

Enfermedades de la infancia, menarquia a los 12 años con tensión premenstrual y dismenorrea. Se casó a los 16 años y tiene cinco hijos. La enferma ha tenido y sigue teniendo una serie de conflictos en su vida. Su marido es 29 años mayor que ella y ha estado en la carcel por motivos políticos. Era viudo con cuatro hijos. La vida en el pueblo no era grata para ella porque la gente le daba de lado por haber sido bailarina, sobre todo su suegra la ha despreciado por eso. Sus padres se separaron cuando ella se casó. Discusiones con el marido al que reprocha su poco empuje para salir del pueblo. Su suegra ha muerto y ello ha aliviado algo la tensión familiar. El padre es muy nervioso y un sobrino visto en esta consulta.

Vuelve a la consulta cinco meses más tarde y todo va mejor. Ya no tiene el caracter circunscrito a las cefaleas y sus molestias de fondo depresivo han disminuido. Ha recuperado peso. Tratada con imipramina.

Ha.nº 16.971- Enferma de 38 años, casada, que se encuentra desde hace cuatro años nerviosa y triste, cada vez más y ya no puede parar quieta en ningún sitio. Tristeza, desgana, ni puede hacer las cosas de la casa. Intenso dolor de cabeza en ambas regiones parietales. El dolor le quita la memoria. Desde siempre le dolía la cabeza antes del periodo y también esos días tristeza y nerviosismo. Hace dos años un día se fue a la cama con dolor de cabeza y cuando se quiso levantar tenía las piernas frías y no podía moverlas. Así estuvo todo el verano. Luego se le fue quitando. No duerme bien, pero tiene apetito. Pérdida agudeza visual. No nauseas. De vez en cuando le entra una gran congoja que se alivia cuando rompe a llorar. Una bisabuela se trastornó a los 80 años. El resto normal. Dos hijos normales.

Hace cinco años murió de parto una prima a la que quería como a una hermana. Hace dos años murió su cuñado de abdomen agudo y hace siete meses su suegra. La enferma atribuye cierta importancia a estos hechos más como agravante que como causa de la enfermedad. El dolor es muy fuerte y a veces siente una presión tan grande en la cabeza que no sabe lo que hace ni dice y cuando cede el dolor le queda nerviosismo. Muy deprimida y angustiada con ganas de llorar. Pesadillas y vagas ideas de suicidio.

En el caso siguiente <u>el dolor va acompañado de tristeza</u> (11.575) "es una sensación como de un dolor que se cambia en tristeza y que desde el cuello se difunde a todo el cuerpo (11.654) o "un dolor fino que me come la moral" (12.644) y en el siguiente caso el dolor es la tristeza misma, una <u>tristeza encarnada</u> (LOPEZ IBOR).

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 17.318- Enfermo desde niño retraído y que ahora tiene 28 años. Caída a los 11 años sin pérdida de conocimiento pero se dio un golpe en la cabeza. Desde entonces se encuentra mal y no se concentra en los libros. Ultimamente siente gran aturdimiento, tristeza y desesperación que le hacen la vida muy angustiosa. Hace cuatro años accidente de mot y desde entonces tiene la impresión como de dolor de cabeza y "emborrachamiento". Es curioso como se engendra en él la sensación de aburrimiento. No se sabe bien por lo menos a través de sus palabras si él se encierra en casa por la propia tristeza o si ésta le impide salir. El dolor lo define así: "Es como una tristeza en la cabeza." Al no poder salir se siente inutil para el trabajo y tiene tentaciones de tomar alcohol porque le va bien. Mejoró mucho con tratamiento

<u>En los niños las depresiones se encuentran muchas veces más somatizadas que en los adultos.</u> Por una parte los síntomas vegetativos son más acusados ya que el sistema nervioso vegetativo tiene una mayor labilidad y brusquedad en sus reacciones, pero por otra parte la alteración del ánimo la percibe el niño más confusamente que el adulto.

Ha.nº 16.111- Niño de 6 años que desde hace dos tiene dolores de cabeza que le aparecen de repente cada dos o tres meses y le duran cuatro horas. Son muy fuertes, el niño grita y llora y dice que se va a volver loco. Siempre van acompañados de fiebre alta y a veces de vómitos biliosos. Cuando pasa el dolor está pálido y extenuado pero con ganas de salir a jugar a la calle. Ahora desde hace cinco meses no tiene dolores. Febrícula casi a diario; siempre que le ponen el termómetro tiene décimas. Los padres lo notan demasiado tranquilo y apagado, se cansa con facilidad y no puede jugar con los niños. Se entretiene solo. Cara de amargado, caracter de enfermo, dice la madre. Inapetencia, duerme mal, inquieto, sobresaltos y pesadillas.

Nació de embarazo y parto normal, pesaba 4 kg. y tenía un hematoma en el lado derecho. Lactancia materna hasta los 3 meses porque no quería mamar y perdía peso. Dentición a los seis meses. Ahora abundantes caries. Primeras palabras a los 11 meses y a los 18 cantaba y hablaba correctamente. Primeros pasos a los 9 meses. Va al colegio desde hace 3 meses pero a causa de su enfermedad falta mucho. Es muy aplicado y cuando no puede ir tiene un disgusto. El mayor de dos hermanos, enprichoso y mimado, dificil en la comida. Cada 3 o 4 meses se orina una vez en cama de noche. Bronquitis capilar grave a los 5 meses, luego frecuentes bronquitis y faringitis. Hace 18 meses al mirarle a rayos X le encontraron una lesión pulmonar. Padres viven y están bien. Una abuela epiléptica. El niño tratado como epi-

Ayuntamiento de Madrid

léptico. Exploración negativa. Cierto infantilismo, apagado y con aire deprimido aunque él no es consciente de su depresión.

Catamnesis: vuelve un año más tarde. Ha sido tratado con Nialamida. Las cefaleas le han desaparecido y se encuntra mucho mejor. En cambio tiene tics en la cara, contracciones del orbicular y a veces muecas por el orbicular de la boca.

También cuando concurre una debilidad mental la depresión pierde tipicidad. El caso siguiente es muy interesante. Se podría haber pensado que los dolores surjían en el niño como mimetismo de la enfermedad de los padres a pesar que no existía ningún motivo que justificase esta actitud por parte del hijo. El resultado del tratamiento, al mejorar el estado de ánimo, demuestra que la depresión era lo importante en el cuadro clínico.

Ha.nº 14.755- Enfermo de 16 años que desde hace cinco se$ queja de fuertes dolores de cabeza. Apenas puede salir y se pasa el tiempo con un pañuelo mojado en vinagre sobre la frente. El padre está preocupado y triste por ver surir al hijo. Ha sido visto por vaios médicos. El pasado otoño le operaron y "me quitaron tres quistes" señalando la ceja derecha. Fue un otorrino. Los dolores le han continuado después y los describe como de la misma intensidad que los de su padre, que consultó también por cefaleas timopáticas. Son sordos y le dejan como atontado, no tiene nauseas. A veces sensación de punto luminoso en la vista. Cuando tiene dolor se siente triste. El chico parece un tanto "parado". Antecedentes personales: a los 6 años flebitis. A los 8 fue al colegio y al principio bien pero luego aflojó en los estudios. El bisabuelo, la abuela, tíos por parte del padre y hermano mayor, todos cefaleas y jaquecas. Tipo leptosomático. Exploración y EEG negativo.

Vuelve ocho meses más tarde y ha mejorado, solo le queda un ligero dolorcillo como si fuera humo en la cabeza, dice.

Veinte meses más tarde sigue mejor, según su madre practicamente bien. Las cefaleas han desaparecido. El dice que no puede leer cuando hay mucho sol y eso le molesta. La exploración es negativa pero da la impresión de tener una ligera debilidad mental que se confirma en los test. C.I. 80.

Otras veces la depresión es verdaderamente inapercepta para el enfermo y el médico que no se guíe por las expresiones del enfermo puede resultar confundido ante las numerosas negativas al preguntarle si está triste, decaído, etc. A veces el

Ayuntamiento de Madrid

testimonio de los que con el enfermo conviven aporta datos en el sentido de que han observado en él un cambio, una disminución de su actividad o de su rendimiento, etc. Cuando todo esto es negativo, la observación del enfermo durante la entrevista suele ser suficiente. Luego, a medida que sigue el tratamiento el enfermo va reconociendo que ha mejorado de su estado de ánimo.

Ha.nº 15.868- Enferma de 34 años, soltera, que tiene dolores de cabeza desde los 14 años y que ultimamente los cree más constantes. "Como si tuviera una cinta apretada en toda la cabeza." Algunas veces le duele solo la nuca y otras solo la frente.Es más intenso cuando está acostada y ciertas noches la despierta el dolor. Hace seis años le dijeron que tenía los vasos de la cabeza demasiado estrechos. A veces también le duele la espalda que le baja de la nuca a las paletillas, con sensación de calor. Dice que no puede escribir a máquina. Algunas temporadas está cansada. No cambia el dolor con las distintas situaciones ni se atenua por temporadas, es igual en vacaciones que en el trabajo, en el cine que en el parque, etc. Parto y embarazo normal. La mayor de 9 hermanos. Operada cuatro veces por oto-esclerosis y la audición es buena. Menarquia a los 12 años, normal. Desde hace cuatro meses ha perdido 3 kgs. y siempre está de mal humor. Soporta mal las cosas, todo le molesta, no le divierte nada. Una tía paterna tiene insomnio y es nerviosa.

No tiene problemas en su trabajo si bien hubiera querido ser farmacéutica. No problemas familiares ni sentimentales. Las cefaleas le empiezan en la frente y se le corren arriba y hacia la nuca y allí permanecen como en una nucalgia típica. Constitución algo infantil, asténica y muy apagada. Tanto como el dolor de cabeza le molesta el de la espalda.

Catamnesis: mejoró con el tratamiento durante ocho meses pero luego volvió a empeorar y estuve con altibajos un año hasta que vino a ingresar en la Clínica. Mejoró mucho y ya solo tenía nucalgia ligera, también el ánimo mejoró y ella lo reconocía. Seis meses más tarde escribe: "Estoy bien, ya me va desapareciendo de todo esa tirantez de la cabeza y no tengo cansancio. Ahora siento como un peso en la nuca y algo de calor. Ha habido días en que he tenido un poco de dolor en la frente pero es suave y no como antes. <u>De ánimo voy muy bien.</u>"

<u>El ritmo</u> de las cefaleas es importante a la hora de hacer el diagnóstico. Cuando el síndrome dura mucho tiempo es posible observar variaciones estacionales (7.404, 7.524) o una evolución cíclica como la de las psicosis maníaco-

Ayuntamiento de Madrid

depresivas. El ritmo estacional con un empeoramiento en primavera y en otoño es más manifiesto en estas formas de depresiones timopáticas que en las formas cíclicas de las psicosis maníaco-depresivas.

El ritmo nictameral es importante. Habitualmente los enfermos están peor al despertar (8.480, 11.503, 7.432, 16.045, 16.351). A algunos el dolor les despierta de madrugada (17.323) o comienza por la noche y se hace patente al despertar (10.245). Algunos tienen un ritmo curioso (al enfermo 3.252 el dolor le despertaba y luego a media tarde le volvía; Al nº 8.966 el dolor le daba a las 12 de mediodía hasta las 4 de la tarde y de 12 de la noche a las 4 de la madrugada). Cuando el dolor es muy angustioso puede suceder lo contratio, es decir, que sea al caer la tarde, cuando se acercan las sombras de la noche, es el momento de dolor más intenso (7.524). Por eso, como veremos más adelante, las parestesias, que son más bien "equivalentes angustiosos" suelen ser más acusadas en las horas del crepúsculo y al ir a acostarse.

Veamos un ejemplo claro de varios casos en los que la ritmicidad de las cefaleas está en primer plano.

Ha.nº 6.281- Enferma de 38 años, casada, con los siguientes antecedentes familiares. El abuelo paterno murió a los 83 años y la materna a los 81. El abuelo materno murió joven "de algo histérico" y la abuela de diabetes. El padre murió a los 56 años y padecía bronquitis. La madre a los 67 de derrame cerebral. Han sido once hermanos y viven ocho. La enferma es la séptima de todos. Los otros están bien. Una tía materna murió de algo nervioso, llegó a perder la cabeza y también sus hijos están "medio trastornados." Casada, ha tenido tres hijos que están bien. A los 8 años tuvo una colitis grave. A los 21, cólicos hepáticos y ha sido operada de vesícula hace 4 años. Menarquia a los 13 años y menopausia hace un años. Dice que siempre ha padecido dolores de cabeza fuertes que no cedían con tabletas y que eran atribuidos "al hígado," pero después de operada no solamente siguen sino que está peror y le duran más. Se acuesta bien y al levantarse "tiene un dolor de cabeza loco." Unas veces es un lado, otras en la nuca, otras encima de la cabeza y cuando le aprieta mucho le da ganas de devolver. Toma cafiaspirina y se mete en la cama pero no puede dormir. Por lo general el dolor le dura todo el día y al caer la tarde mejora. Cuando le duele mucho la cabeza de la vista está "pesada", pero aparte de ellos cose y vé muy bien. Apetito normal, digestiones bien, aunque ligero estreñimiento. Cuando está bien es dormilona, pero cree

Ayuntamiento de Madrid

que si duerme mucho se encuentra peor. Espleración negativa.

Ha.nº 15.689- Enfermo de 32 años que desde los 14 tiene dolor de cabeza mensulmente diez días. En los últimos 5 años son más frecuentes. Es un dolor intenso, como un latigazo, sobre todo en la parte izquierda de la cabeza sinllocalización fija. Se alivia al apretarse con la mano. No le hacen efecto los analgésicos. Suelen ser durante la noche unas dos horas. A veces por la tarde, pero más bien es siempre la misma hora entre las 13 y las 13,30. "Estoy durmiendo y el dolor me despierta." Luego se vuelve a dormir pero al día siguiente se encuentra deprimido y él lo atribuye a falta de sueño. Los periodos intervalares son distintos según las épocas y si le aparecen crisis por la tarde está más cansado, dominan totalmente su vida y le impiden trabajar. Al día siguiente lo que está realmente no es deprimido sino lábil efectivamente y cualquier cosa le impresiona. Se ha tratado con antiepilépticos, antidepresivos, cafergot, tegretos y dihydergot. Lo que mejor le sienta es el optalidón. Antecedentes sin importancia. Mejoró con el tratamieto y la mejoría se ha mantenido dos años, hasta la fecha.

Ha.nº 15.710- Enfermo de 57 años casado, que desde hace ocho tiene dolores de cabeza localizados fijamente en la frente, que le empiezan algún tiempo después de levantarse por la mañana y van aumentando durante el día y luego al caer la tarde le mejoran. Aproximadamente hace dos años que toma cuatro inyecciones diarias de ginergeno, 12 optalidón, 5 cafiaspirinas. Estas medicación la ha ido aumentando progresivamente. Los médicos que le han visto dicen que no hay nada orgánico. Presenta también malestar en las piernas que se calman con el frío y no puede soportar las ropas de la cama. No sale de casa hace dos años y ha dejado toda actividad. Antes trabajaba mucho. Cualquier actividad le aumenta el dolor, las molestias en el cuerpo y en las piernas. Ha padecido desde joven del estómago, pero lo cierto es que nunca le han encontrado nada objetivamente. Algunas veces dice haber tenido mal sabor de boca, malestar con palpitaciones y ha perdido algo de audición en el oído izquierdo desde que toma la medicación.

El padre murió después de la guerra de anorexia y decaimiento y había pasado toda la guerra como este enfermo escondidos en un sótano. Ha sido hombre activo y de caracter fuerte. Fiebre de Malta y tifoideas. Casado hace 19 años, tiene cinco hijos bien. Una temporada después de la guerra tuvo problemas económicos.

Ha.nº 15.851- Enferma de 18 años que desde hace dos tiene dolores de cabeza localizados en la frente y nuca y sienes que no acompañan de dolor en la vista. Los tiene por las mañanas al levantarse con más frecuencia y también tiene como una especie de mareo pero no muy fuerte. A veces los tiene por las tardes. Se encuentra peor de caracter, irritable, riñe mucho con la familia. También a veces dolor de estómago acompañado de nauseas. Antece-

Ayuntamiento de Madrid

dentes personales sin interés. Los padres son primos carnales y hay una tía materna epiléptica y una prima de su madre también. Una abuela tuvo convulsiones en los últimos años de su vida. Trae unos informes médicos en los que sus cefaleas se interpretan como disfunción centroencefálica por los hallazgos electroencefalográficos. Análisis normales. Su padre es muy bueno pero muy angustiado siempre por las cosas de la vida. La enferma quisiera trabajar pero se encuentra sin fuerzas. De todas formas quisiera hacer algo. Se le hace un EEG que es completamente normal.

En la historia siguiente ambos ritmos, el estacional y el nictameral aparecen claros como vamos a ver.

Hª.nº 17.160- Enfermo de 45 años, casado, que hace ocho años empezó a padecer de cefaleas a la hora y media después de levantarse y se le acentuan a lo largo del día para decrecer por la noche. Al comienzo le cedían a las cinco de la tarde, pero ahora es más bien al anochecer. En octubre son más intensas y luego en invierno se le alivian y le vuelven a empeorar en febrero para ceder durante el verano. El se las trata con optalidón, cuatro veces al día y dice que no solo le mejora el dolor sino que se reanima. Al comienzo de la enfermedad le bastaba con tomar dos tabletas por las mañanas, pero ahora ha de doblar la dosis. El dolor le comienza en la región occipital y luego le sube a la parietal y temporal y cuando se intensifica es en la frontal entre ceja y ceja de un modo intensísimo. Además se siente decaído, triste y pesimista, callado y retraído, le ha sido siempre pero ahora es más y además está deprimido e irritable. Sueño y apetito normal. A veces los dolores le dan en forma de crisis "con depresión excitada" dice y mucha inquietud. Siente que algo le sube por el pecho a la cabeza y garganta, algo mucho peor que la cefalea. Ha tenido zumbidos de oídos. Ha sido tratado sin resultado.

Es una persona extraordinariamente machacona, escrupulosa y ordenada, limpísima, exigente en el orden, perfeccionista, pesimista, trabajador. No antecedentes personales. La madre algo nerviosa, tenía cefaleas de poca intensidad y era hipertensa. El padre murió joven de neumonía. Dos hermanas religiosas, sanas. La mujer es nerviosa y padeció unas parestesias después del primer parto y luego tuvo parálisis de extremidades inferieres después del segundo, a los tres meses. Exploración negativa. Tensión arterial 150/100. En el EEG ritmos beta generalizados.

Entre los sentimientos somatizados las parestesias son las más cercanas a la ansiedad, es como si solo se encarnara parcialmente. Ya hemos visto que en este proceso de

Ayuntamiento de Madrid

transformación los sentimiento vitales(1) pierden su caracter totalitario (cenestesia) para hacerse más localizadas. Las parestesias son pues formas "limitadas" en el espacio de la angustia en el modo de percibirla. Los enfermos hablan a veces de "malestar en la cabeza" (11.375). El malestar en sentido estricto es un sentimiento vital, pero en este enfermo queda circunscrito a su área, la cabeza. Los enfermos perciben esta alteración de un modo distinto, pero la expresan en forma de un síntoma concreto (cefalcas, ansiedad, vértigo, acúfenos, etc.). El siguiente enfermo nos demuestra como los límites entre ellos son fluidos ya que todos se refieren a un fenómeno primario, la alteración del estrato endotímico.

> Ha.nº 17.178- Enfermo de 26 años que desde que comenzó sus estudios de facultativo en minas a los 18 años comenzaron las molestias que ahora tiene "como un malestar en la cabeza", como un mareo, no de forma continua, sino por temporadas. Cuando es más fuerte no sale a la calle por miedo al mareo. Le molesta hablar, las conversaciones y ruidos. Cuando estudiaba le daba con más frecuencia en exámenes cuando tenía más preocupación. Desde hace seis meses las parestesias se han acentuado como si tuviera una opresión en la cabeza. El mareo cuando más lo nota es en la calle, "es como un vértigo continuo," dice. Lo que más le molesta son los dolores de cabeza y subjetivamente es muy curioso: vivencia tránsito entre la cefalea y el vértigo. Nota un malestar en todo el cerebro pero no puede decir si es este sitio o el otro. "Ahí, en el centro de todo el cerebro" dice. "Voy por la calle y parece que se me va la cabeza." Y se aproxima a los edificios por miedo a caerse. "Tengo el cuerpo como caído, con tristeza." "Estoy charlando con una persona y si entonces me entra la crisis, mi preocupación es salir hacia mi trabajo." No tiene día libre de molestias.

Esta historia es la quintaesencia de los síntomas timopáticos. Su diversidad, su ir y venir entre el cuerpo y la psique, sus oscilaciones y la dificultad por expresarlo en un lenguaje cotidiano (por eso abundan los "como si", "parece"

---

(1) Este es un modo metafórico de hablar, lo mismo que la estratificación de la vida psíquica no es más que delimitar artificiosamente lo que se nos presenta como totalidad.

Ayuntamiento de Madrid

etc.) están patentes en pocas líneas. El malestar es como un mareo, opresión o dolor. Es dolor y es vértigo al mismo tiempo. Es en el centro de la cabeza pero no puede decirse si es en este sitio o en el otro. El vértigo es agorafébico pero también le molestan los ruidos, las conversaciones y la propia actividad (el hablar). Finalmente en todo su cuerpo anida la tristeza. Todo su cuerpo está triste, angustiado

Pero no todos los enfermos se expresan así. Unos tienen "una tristeza que me tira así de la cara" (8.978) o un calor (11.824, 14.761, 17.157) "un calor anormal en la frente con mal humor, no es un dolor sino algo peor" (10. 352) o "un calor como si me apretase" (s/n.).

Las criestesias, sensaciones de frío, son siempre sensaciones angustiosas. Los enfermos siente "frío en la nuca" (10.607) o un "escozor en la nuca como agua fría dentro de la cabeza" (13.789).

Ha.nº 10.000- Enferma de 46 años, casada, que tiene cefaleas desde hace veinticinco años en que un día estando con el periodo se llevó un gran disgusto al morir su padre repentinamente. Se le retiró el periodo y tuvo un fuerte dolor abdominal y cefalea frontal. Consultó varias veces y le recetaron cosas que no recuerda. Las cefaleas se localizan preferentemente en la región frontal y desde entonces no le han desaparecido. Si son fuertes tiene nauseas y vómitos. No escotomas ni moscas volantes y los ruidos le exacerban. Los días del periodo peor. Sensación parestésica en el cuero cabelludo como una cosa fría y helada que le preocupa mucho actualmente porque teme que se le está formando "algo malo" en el cerebro. Desarrollo normal, menarquia a los 15 y menopausia a los 43. Tiene cuatro hijos normales. La madre propensa a las cefaleas.

Ha.nº 8.304- Enferma de 31 años casada, que viene a consultar por molestias en la cabeza y crisis de ansiedad que tiene desde hace un año. Tuvo una gripe y a los 4 días cuando iba a levantarse le empezó el dolor de cabeza. Entonces era cada dos o tres días, unas veces más intenso y otras menos pero desde entonces se le vienen repitiendo. Comienza la crisis por dolor de cabeza y falta de seguridad "que se me va y lo veo todo borroso, como si tuviera los ojos hundidos. Con tanto dolor me da miedo de morir y miro a los hijos y me entra mucha tristeza." También opresión en el corazón, un saltadero, como si todo el dolor se metiese ahí. Tiene decaimiento como si ya no tuviera vida, muy debil, sin fuerza para

Ayuntamiento de Madrid

nada. Cansancio. Dice que tiene trastornos circulatorios "como si me estuvieran apretando las pantorrillas y parece que la sangre no me circula y se me van a quedar rígidas." Tiene muchos hormigueos en la nuca, adormecimiento, "como si me estuviera andando algún bicho." En la cabeza unas veces tiene dolor agudo, otras opresión, otras frío que da tormento. Otras veces es un dolor muy prolongado que no es el dolor de cabeza a que estamos acostumbrados, dice. Le da en diversas zonas y no se le calma con nada. Se extiende de sienes a pómulos, a la raiz de la nariz. "Es un dolor en los huesos." Desde hace diez meses se estuvo inyectando durante quince días Impletol con lo que mejoró.

Menarquia a los 14 años normal. Tres hijos normales. Desde hace diecisiete años padece de reuma y hace dos años ciática en el lado derecho que le duró un año. Padre murió de angina de pecho. Madre muy nerviosa, crisis de angustia y depresión. Nueve hermanos viven y están bien. La abuela materna con reacciones vivenciales anormales. La enferma muy angustiada y asustada. El marido habla de la posibilidad de que tenga un tumor cerebral que se le presenta como una depresión que le acobarda, le desgarra con muchas variaciones de unos días a otros. La expresión es la de una enferma deprimida aunque refiera toda la sintomatología a la cabeza. Angustia.

Otros enfermos sienten "pinchazos" (17.699) o "pinchazos y calambres en la nuca" (14.739), "hormiguillos" (15.640).

Ha.nº 10.982- Enferma de 19 años, soltera. Un tío carnal visto en la consulta. Entre los 6 y los 9 años en primavera y otoño tuvo la enferma una serie de vómitos que luego desaparecieron. Desde hace seis meses dolores de cabeza localizados en diversas zonas, unas veces la nuca, otras la frente, otras la región temporal y otras toda la cabeza. Las crisis dolorosas duran diez minutos y desaparecen. Al cabo de un rato vuelven y así, con intermitencias pasa todo el día. Dolor bastante intenso, unas veces como pinchazos y otras como hormiguillos que solo desaparecen cuando se acuesta. Los analgésicos corrientes no le hacen efecto. Sensación de calor en la cara. No vómitos ni nauseas. Duerme y come bien. En realidad más que dolor lo que siente es una sensación de escozor y de inquietud "algo raro en la cabeza". En el fondo es una sensación de angustia y está un poco decaida.

Ha.nº 16.010- Enferma de 33 años, casada que tiene desde hace quince años cefaleas que atribuye a unas paratíficas que entonces tuvo, pero que han aumentado ultimamente de intensidad. Menos dolor durante los embarazos. Le molestan mucho los ruidos. Se localizan preferentemente en la frente y en la nuca y en las sienes y lo único que se los calma es la aspirina y el café. Su marido dice que desde hace dos o tres años ha cambiado de caracter y que

Ayuntamiento de Madrid

se ha vuelto nerviosa, pesimista, irritable y susceptible. Siempre cansada y agotada y ha perdido en poco tiempo más de diez kilos. Duerme mal. Décimas. El dolor es "como un hormiguillo en la cabeza, como si me abrieran el cerebro." El verano pasado dolor en fosa ilíaca izquierda difuso "como si me entraran agujas en el vientre y por la espalda." Exploraciones diversas negativas. En marzo de hace seis años le hicieron un electroencefalograma con resultado de disritmia centroencefálica y dos años más tarde otro con el mismo resultado. Catamnesis: mejoró mucho, luego recayó y llegó a pesar 42 kgs. Vuelve a la consulta y ahora los dolores son fundamentalmente de cabeza, vientre y región lumbar, siempre vagos e indefinidos. La lumbalgia es al estar de pie y cuando está sentada. Los dolores de cabeza sobre todo en la nuca y cuando gira la cabeza en la cama. Toda la sintomatología se apoya en un estado de depresión, tristeza, sobre la que ella insiste mucho. Duerme mal y está casi siempre mareada. Nauseas. Su marido dice que es muy susceptible y que por nada se deprime más. Radiografía de columna vertebral normal. Actitud quejumbrosa con sobrecarga histérica aumentada por los médicos y por el marido. Dolores ahora con estructura fóbica con miedo al cancer o enfermedad incurable. Otras veces habla de dolor en el vientre. Su constitución hace pensar en una anorexia pero la descripción parece más bien una crisis de ansiedad que de dolor. Vuelve al año siguiente y ha mejorado de estado general pero sigue con algias timopáticas diversas. Viven ahora separados de sus suegros y al tener mayor independencia y responsabilidad en su casa se siente ella mejor. Sigue quejándose y está algo deprimida. Lumbago. Radiografía que trae de columna es normal. Dice que cuando se mete en cama "nota como si le metieran por dentro un hierro caliente." Se levanta y desaparece el dolor. Acroparestesias en el dedo pulgar de la mano izquierda. Cuando los dolores son más fuertes siente en las extremidades superiores como una braquialgia parestésica. Más en el lado izquierdo del cuerpo. Actitud hipocondriaca pero reconoce mejoría. Alguna vez dice que tiene calambres en las piernas al levantarse por las mañanas.

Ha.nº 13.822- Enfermo de 21 años, soltero, estudiante que se queja de dolor de cabeza desde hace cuatro años pero peor desde hace dos. Es como una presión dolorosa en los ojos, frente y nuca, a veces nota "pinchazos" que le hacen llevarse instintivamente la mano. Hay días en que son muy fuertes y le despiertan por las noches. El calor, las gentes y los ruidos le aumentan el dolor. Sensación de inquietud sobre todo cuando no consigue dormirse. Nota como si todo pasara muy a prisa, la respiración, las campanadas del reloj, etc. No ha notado cambios en su estado de ánimo que es lleno de tristeza y pesimismo. En general duerme bien. Tiene novia hace unos meses. Nunca relaciones sexuales y dice que este problema no le preocupa demasiado. Escasas masturbaciones y mucho menos desde hace dos años. Hace unos 7

Ayuntamiento de Madrid

años poluciones que cesaron con luminal. No problemas en su casa. Amigdalitis frecuentes de niño y él piensa que ahora tiene sinusitis y ha consultado con algún médico en busca de algún foco. La madre tuvo dolores de cabeza y una especie de ataques que por la descripción del enfermo parecen histéricos y vomitaba durante las crisis. Diagnosticada de jaquecas. El hermano menor se mares con frecuencia, pero explorado detenidamente no hay hallazgos. Rorschach con numerosos rasgos anancásticos. Catamnesis: vuelve al año y dice que a las tres semanas de empezar el tratamiento "estaba como nuevo" y sin cefaleas hasta seis meses después en que debido a los exámenes tuvo alguna pero con menos intensidad. Ahora dice que su salud es perfecta. Tomó Niamid.

La sensación es a veces muy amortiguada, "solo un dolorcito" (13.580) o "molestias" (15.815) o solo "darse cuenta de la existencia de la cabeza" (6.822) pero otras veces la sensación es brutal como un latigazo (12.644, 15.689).

Ha.nº 15.893- Enfermo de 44 años, casado, que hace 11 años naufragó en su barco y a consecuencia de ello estuvo unos días muy nervioso, sobresaltado y angustiado. Luego empezó a estar triste y decaído con ganas de llorar y dolor de cabeza. Así estuvo dos años. Le pusieron electrochoques que le trastornaron más y perdió la memoria. Luego estuvo en otro sanatorio en Madrid y le trataron y por dos años solo tuvo ligeras molestias. Hace seis años le empezaron unos dolores de cabeza continuos en la frente, sienes y nuca, "punzadas y latigazos" y se pone colorado. A veces le parece que le estalla la cabeza y se vuelve loco. Lo tiene durante el día sobre todo por la tarde. Duerme mal, intranquilo y con sueños disparatados. Triste y raro sin ganas de hablar ni hacer nada. Pasa temporadas mejores pero con dolor de cabeza aunque esté mejor de ánimo. Nunca ha dejado de trabajar. Se ha extraido unas muelas y dice que está más aliviado en los últimos días.

Desde muy joven dolor de estómago y hace dos años le diagnosticaron úlcera y propusieron operarle. Se quitó del tabaco y ya no tiene molestias gástricas. La madre con muchas alteraciones de humor, un hermano padece de nervios y ha intentado suicidarse y una hermana ataques de nervios. Tiene dos hijos bien. Relaciones conyugales muy buenas y económicas igual.

Otras veces el dolor es como una descarga eléctrica.

Ha.nº 13.181- Enfermo de 39 años, casado, que unos quince años antes de venir a la consulta tuvo en plena calle una sensación de mareo muy fuerte y bruscamente sintió como si una corriente eléctrica le recorriera el cerebro. Notaba como si le tirase hacia atrás y se asustó mucho.

Ayuntamiento de Madrid

Volvió a casa y se acostó. Muy angustiado, vomitó durante la noche. Al día siguiente mejor. Entonces estudiaba la carrera y el único problema era el económico pues sus padres eran pobres, pero no le agobiaba mucho. No volvió a sentir molestias hasta diez años más tarde en que ya ocupaba un puesto importante en el gobierno de su país, con intenso trabajo que llevaba hacía cuatro años. Un año antes había tenido una aventura amorosa con la secretaria lo que le ocasionó muchos disgustos en casa -ya era casado- y tenía que disimular todo el día. La mujer se lo reprochaba y también su jefe y él se sentía culpable. Empezaron de nuevo los mareos con sensación de descarga eléctrica, aunque no llegó nunca a perder el conocimiento. Cada vez más asustado, temía que le diera "algo." Nausea y angustia. Después del mareo le quedaba dolor vago en la cabeza, con opresión y sensación de manos dormidas. Cuatro años más tarde cambia el gobierno y el enfermo tiene problemas políticos y fue procesado. Vértigos frecuentes, hipocondriaco, miedo permanente a la muerte, a una enfermedad grave, infarto de miocardio o algo incurable de cerebro. Su vida se convirtió en un continuo sobresalto. A pesar de haber sido absuelto públicamente, hace dos meses sus molestias han ido en aumento. Cree que le va a dar "algo", nota hormiguillo en las manos y piernas que le asusta mucho, palpitaciones, dolor de cabeza y despierta sobresaltado por las noches con la sensación de acorchamiento en las piernas que le piensa es la antesala de la muerte. Marcada aerofagia. Electrocardiogramas numerosos, todos normales. Pesimista y triste, cree que todo le va a salir mal, que se va a morir joven, que le falta apoyo de sus padres. Enfermedades de la infancia, tifoideas, asma de los 4 a los 8 años. No fuma ni bebe. Cefaleas frecuentes y trastornos digestivos desde niño. Tiene tres hijos sanos. Un hermano diagnosticado de esquizofrenia y un tío materno es epiléptico, una prima hermana esquizofrenia y un sobrino debil mental. El enfermo pone en relación sus síntomas con episodios de su vida que considera traumatizantes. La sensación que él siente es "como un golpe en el cerebro" y al mismo tiempo como si le fuera a fallar el suelo, como si fueran vértigos timopáticos. Ningún hallazgo en la exploración. Vuelve a la consulta al año siguiente, mucho mejor.

En esta misma sensación brusca se puede establecer una transición hacia otro síntoma, los acúfenos o ruidos de oídos como en la historia ya citada (17.674) o chasquidos (17.425) o un ruido como un motor y un "cosquilleo."

Ha.nº 14.166- Enferma de 40 años, casada, que siempre ha tenido frecuentes dolores de cabeza pero hace tres meses son más intensos y localizados en la nuca, a veces acompañados de nauseas pero no llega a vomitar. Se le calmaban con supositorios de butazolidina y una bolsa de agua

Ayuntamiento de Madrid

caliente en la nuca. También empezó a tener mareos que se acentuan cuando tiene dolor de cabeza. Al cabo de pocos días de tratamiento los dolores han empezado a ceder pero los mareos siguen y tiene unos ruidos en la cabeza "como una moto o un río" dice. Ha sido vista por varios médicos incluso alguno le ha dicho que tenía un tumor cerebral y desde entonces nota como un "cosquilleo" o como si le abriera la cabeza. También se queja de que la lengua se le enrojece como en carne viva. Menarquia a los 13, siempre normal. Se casó a los 26 años y tiene dos hijos. Desde hace tres años periodo poco abundante. Le han dicho que tiene cálculos biliares y debe operarse. Es la menor de cuatro hermanos. El padre era alcohólico y estuvo tres años en un sanatorio y varias primas hermanas han estado internadas por trastornos nerviosos. Analizando bien la sensación resulta que más que dolor lo que esta enfemma tiene son ruidos dentro de la cabeza y a veces mareos y falta de estabilidad. Ha habido alteraciones en el periodo que se han regularizado ahora. Su peso con oscilaciones es alrededor de 95 kg. Muy preocupada por lo que le han dicho del tumor cerebral. No poliuria. Cálculos hepáticos. Nucalgia. Las radiografías de cráneo son normales, el electroencefalograma y el ECG son normales y los análisis de sangre también. Catamnesis: seis meses más tarde está mejor, sin dolor de cabeza ni mareos. Ahora nota por las noches cuando hay silencio, ruido en la cabeza. El dolor le reaparece al toser. Fondo de ojo sigue siendo normal. Toda su sintomatología es depresiva. Vuelve a la consulta a los seis meses y sigue la mejoría. Campimetría normal, fondo de ojo idem, se queja de dolor precordial y en la raiz del pelo.

Las parestesias son también afines a las <u>vivencias de despersonalización</u> y a las alteraciones del esquema corporal sobre todo cuando éstas son localizadas. "A veces me duele la mitad derecha de la cabeza, como si fuera más grande, otras veces es un peso o como pinchazos" (17.353). Lo mismo cuando dice que lo que siente es una "inflamación" (16.045).

Ha.nº 15.815- Enferma de 37 años, casada, que desde hace nueve años en que nació su primer hijo padece dolores de cabeza que le han aumentado ultimamente en intensidad y frecuencia. Los tenía sobre todo acostada localizados en la parte superior derecha. A este dolor que es "como un mareo grande" se acompaña dolor en la espalda en el lado izquierdo que le sube por la parte lateral hasta el cuello. También tiene dolor en la parte lateral derecha del cuello y pinchazos en la sien derecha. Suele notar como si las cuerdas laterales del cuello estuvieran inflamadas. Cuando se apoya en la cama sobre el lado derecho se encuentra mejor. Después le entran dolores en las piernas que le duran unos días y empiezan por la noche y dice que entonces le duele menos la cabeza. Cuando le

Ayuntamiento de Madrid

duele mucho la cabeza siente angustia y ganas de devolver pero no lo hace. En verano siempre mejor. Duerme mal desde hace tres años y dice que ha perdido memoria.

Anginas de repetición, operada hace cinco años. Menarquia a los 13, siempre irregular desde el primer parto. Dice que su primer parto fue muy largo pero no doloroso, "fueron calambres." Dice el marido que hay días en que ella está de mal humor, desesperada y llora sin motivo. No tienen problemas familiares. Es la tercera de tres hermanos, los padres viven. No hay antecedentes neuropsiquiátricos. Su madre una temporada hipertensa y una hermana tensión baja y suele tener dolor en las piernas. Cuando empezaron las cefaleas la enferma empezó a engordar hasta 20 kgs. y aunque se queja de ello, la verdad es que no hace nada por remediarlo. A veces las cefaleas se corren hacia atrás y se convierten en nucalgias prevalentes en el lado izquierdo. Por las noches piernas cansadas o intranquilas y al meterse en cama calor en las mismas. No está segura de que solo pongan coloradas. También en la cabeza nota como un picor especial cuando le da el dolor.

Catamnesis: dos semanas más tarde no ha mejorado de las cefaleas aunque el marido dice que está mejor. Muy preocupada por la gordura ahora que ha perdido casi 8 kigs. El dolor de cabeza aun persiste en sus características. Distónica. Inquietud de piernas mejor pero no puede dormir. Lo que le ha desaparecido era la necesidad imperiosa de levantarse de noche. Curiosa coincidencia entre cefalea y obesidad. Pesa ahora 75 kgs. y su peso normal era 64. EEG normal. Tratada con Nardelzine.

En la historia siguiente aparece claro este radical común entre parestesia y despersonalización. También aparece el tema de la gordura.

Ha.nº 14.753- Enferma de 41 años, soltera. Mucho dolor de cabeza "en la nuca y en los hombros, en las piernas. Siempre me ha dolido desde hace muchos años, pero más desde hace diez años. Me levanto con insomnio, sueño cosas de padecer con sobresaltos. Se me duermen las manos y el brazo izquierdo, se me duermen trozos del cuerpo. Pero lo que es más es la nuca y la cabeza, como si tuviera un hormiguillo en toda ella, como si fuera una cosa pertisa mi cabeza y mayormente la nuca. Me canso si voy por la mañana de compras." Mareos al levantar la vista. Sin ganas de nada. Aburrida, disgustada. "No se explicarme, me canso de todo. He engordado 7 kgs. en los últimos meses." Poco periodo desde siempre. Desde que le duele la cabeza tiene más periodo y molestias que antes. Una hermana vista en esta consulta. Toda la familia es de deprimidos. EEG sin hallazgos. Muy preocupada por el dolor de cabeza, teme tener "algo malo dentro." Catamnesis: A los seis meses sigue engordando y se queja de tener la cabeza caliente y los pies helados. Sofocos y llamaradas de calor. El periodo regular pero escaso. Molestias en el brazo derecho que llegan a la garganta. Dolores en ovarios y lum-

Ayuntamiento de Madrid

bago. También en abdomen derecho y ella creía que era del hígado pero el médico de cabecera le ha dicho que no es nada de eso y que adelgace. Trae unas radiografías que le han hecho del aparato digestivo y son todas normales. Los trastornos que presenta son puramente depresivos y lo importante del cuadro clínico es su hipocondria en relación con las alteraciones psicosomáticas.

* * * * * *

Nucalgias

Las nucalgias tienen a menudo un caracter angustioso muy destacado. No es raro que si se trata de enfermos de una cierta edad se atribuya a las lesiones artrosicas de la columna vertebral, hecho que volveremos a ver repetido en el capítulo de las lumbalgias. El dolor a veces se provoca por los movimientos (historia 16.346) lo que se emplea como argumento a favor de su origen muscular esquelético, pero como ya veremos es típico de algunos cuadros timopáticos el que sea el movimiento el que los desencadena o como dice LOPEZ IBOR es el movimiento mismo el que es doloroso.

En los últimos años ha aparecdo la idea que muchas nucalgias se deben a estados crónicos de ansiedad producidos por situaciones conflictivas duraderas que se traducen por estados de tensión, tanto psicológica como muscular. Nuestra experiencia no está de acuerdo con esto. La exploración clínica no suele revelar una contractura muscular más allá de lo normal y también vemos como la nucalgia aparece siempre como un síntoma más de un abigarrado cuadro depresivo. Muchas veces se quiere plantear el diagnóstico diferencial entre estas cefaleas nucales musculares y las vasculares (jaquecosas o no) y de la dificultad de hallarla ha surgido un nuevo tipo el de las cefaleas combinadas (por un mecanismo muscular y vascular). (Vease J.A.M.A. 179 (1962) 717).

En las historias que vamos a relatar a continuación aparece claramente definida la nucalgia.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 10.503- Enfermo de 40 años, casado, que consulta por dolores de cabeza. Hace un año estando bien con anterioridad comenzó con unos dolores de cabeza muy fuertes y localizados en la nuca que se extienden en forma de ala a partir del centro a ambas regiones temporales. El dolor es fuerte, pulsátil pero no sincrónico con el latido cardiaco. El dolor no se calma con analgésicos corrientes y normalmente le dura unas dos o tres horas. Primero el dolor le dio seis días, le pasó y ha estado bien hasta hace un mes en que se le volvieron a presentar las crisis. Además del dolor se encuentra abatido y con insomnio. Por las noches se levanta angustiado. Disminuido psiquicamente, falta de concentración, atención y memoria y faijación. El problema que le preocupa ahora es que no tiene casa y vive con una familia de pensión con todas las tensiones de la convivencia aparte de su enfermedad. Siempre ha tenido dolor de nuca después de la actividad sexual. Tiene ahora miedo a que se le esté haciendo "algo" en la cabeza. No recuerda enfermedades de la infancia ni ninguna especial. Un primo hermano tiene trastornos mentales y estuvo recluido.

El caracter de cefalea vascular se atribuye a veces a que se sienten las pulsaciones, pero este enfermo ha notado la asincronía entre las pulsaciones del dolor y los latidos del corazón. El estado subdepresivo latente en este enfermo es claro.

Ha.nº 14.668- Enfermo de 34 años, religioso que consulta porque desde hace ocho años tiene en primavera dolor en la nuca y a veces en la cabeza. A veces se siente mareado y en ocasiones cree haber perdido el conocimiento durante horas. "Un día casi me caigo. Estaba diciendo misa." Desde hace más de un año no ceden sus molestias como sucedía antes al pasar la primavera. Se siente tristón, desanimado, los ruidos le molestan mucho. Se queja de no poder concentrarse, no puede leer la letra pequeña, ni aprender nada de memoria. Cuando ha de hacer un esfuerzo intelectual el dolor se le extiende a toda la cabeza. Duerme muy mal, ha perdido el apetito, se levanta ya con dolor de cabeza. Cree que le falta capacidad de rendimiento y que nota falta de comprensión por parte de sus compañeros. Tiene reumatismo desde los 16 años y endocarditis que le comenzó a los 21 años. Fue operado de amigdalas dos veces. Tiene una firme vocación religiosa y no hay conflictos en su vida, salvo que su rendimiento es bajo y eso le preocupa. La madre era una mujer nerviosa y preocupada. Tipo enequético con cierto primitivismo. La expresión muy depresiva. Exploración negativa. Electroencefalograma también sin hallazgos.

El diagnóstico a veces puede ser dificil como en el caso siguiente pero de la descripción que el propio enfermo

Ayuntamiento de Madrid

hace y que es muy típica, puede deducirse de lo que se trata. Además no hay que dejar de lado la depresión que venía padeciendo el enfermo hacía unos meses.

Ha.nº 17.425- Enfermo de 40 años, casado, que consulta lo siguiente: hace seis meses se dio un golpe en la cabeza haciendo pesca submarina. Se hizo una herida superficial pero dice haber oido como una especie de chasquido en la nuca. Luego perdió el conocimiento, pero en realidad solo estuvo atontado unos minutos. A los quince días empezó a tener dolores de cabeza que le empiezan por la mañana al levantarse. Es una especie de atontamiento general y un dolor muy intenso en la nuca, como reumático, que si es más intenso puede irradiarse a la sien. Al mismo tiempo tiene chasquidos en el cuello que le preocupan mucho y también la sensación de agarrotamiento. Con tratamiento antireumático no mejoró. Hizo gimnasia, baños de vapor, régimen alimenticio estricto pensando en una hipertensión y al cabo de unos meses, con unos masajes desaparecieron los dolores, la sensación de atontamiento pero no los "chasquidos." El dolor desaparecía si prestaba mucha atención al trabajo o si salía al campo. Aumentaba con las preocupaciones y disgustos. Hace un mes se tomó todas las aspirinas que había en su casa, no consintió que llamaran al médico, tuvo un cólico y a los diez días estaba bien. No esplicó sino vagamente el que hizo aquello porque no valía para nada. Ha vuelto a tomar un día casi una botella de whisky por celos hace unos días aunque la esposa, que está muy angustiada, no le ha dado motivos.

Durante esta temporada se encontraba cansado, sin ganas de nada, le costaba mucho levantarse y dice que tiene una "depresión moral." Reacción a contar su sintomatología y sólo habala de los dolores de cabeza. Empezó cuando hace un año se dio cuenta de que por el trabajo descuidaba a la familia. Cree que ellos no están de acuerdo con su proceder y a su mujer la nota poco amable y por eso piensa que tal vez le engañe por culpa suya de no haberle prestado más atención. Esto le desespera y le hace sentirse mal, indigno, sin ánimos y fracasado. Dice que tomó el whisky por un catarro. Insomnio. Cansado, flojo con chasquidos en todas partes, pesimista y preocupado. El padre también padece cefaleas. Como antecedente personal solo infecciones intestinales y algo de riñón, pero sin impertancia. El dolor a veces lo nota como un chasquido. Lo nota en la cabeza pero sobre todo en la nuca y ahora se extiende a los brazos. Le duele todo. Lumbago y una especie de dolor parestésico en los muslos más hacia la cadera externa. A veces también como tortícolis. Está deprimido pero cree que es por todo esto que le pasa. También acepta su preocupación celosa porque cree haber demostrado poco cariño a su familia. Se le pone un tratamiento con Triptizol y Anafranil. Vuelve seis meses más tarde y practicamente las algias han desaparecido y se ha esfumado el delirio de celos. Está con buen ánimo. El dolor de cabeza ya no lo tiene casi nunca y tampoco la nucalgia. Trabaja muy intensamente.

Ayuntamiento de Madrid

Más adelante (capítulo de medicina psicosomática) volveremos a hacer algunos comentarios sobre este enfermo que es muy interesante.

Las algias depresivas siempre son difusas en el sentido que no son sensaciones puras sino modos de vivenciar un estado de ánimo. Las nucalgias aparecen a veces confundidas con acúfenos o sensaciones de una cierta "sonoridad" como en la historia siguiente.

> Ha.nº 12.399- Enferma de 67 años viuda. Viene a la consulta porque desde tres años antes padece de dolor de cabeza, casi continuo exacerbándose si lee o fija en algo la atención. Al principio no era tan intenso y lo tenía localizado en la nuca, en el lado derecho de la cabeza. Se han ido acentuando progresivamente desde hace un año. Cree que corresponde a algo anormal. Tiene un zumbido dentro de la cabeza como si se le rompiera el hueso que no sabe explicar bien lo que es. No puede leer ni siquiera una carta, ni oír la radio, sin que el dolor le aumente mucho. Lo nota en toda la cabeza. También le molestan los ruidos y aumentan el dolor. En ocasiones ha notado como un relámpago en la cabeza. Dice que entonces tenía la tensión alta. Gran fondo de ansiedad y tristeza. Siempre ha padecido de nervios y ha pasado temporadas en algún sanatorio. Tenía palpitaciones y se sentía inquieta y nerviosa como esperando algo desagradable y ahogos por las noches. Esto último le ha desaparecido y se hacen más marcados otros síntomas. Temblor en las manos y oscilaciones de la cabeza, sobre todo si se pone nerviosa. Triste, aburrida, indiferente, no intenta salir ni ocuparse en nada. Colecistitis hace tiempo y ciática desde hace ance años. Inquietud dolorosa muy marcada en las piernas por las noches que le hace levantarse muchas veces de cama y dar un paseo por el cuarto. A veces tiene las piernas flojas, dolor en las rodillas. El calor le agota mucho. Menarquia a los 13 años. A temporadas lloraba los días del periodo. Se casó a los 19 años, no ha tenido hijos. Menopausia a los 47 años. Antecedentes familiares sin interés.
>
> Esta enferma se puso muy bien con un tratamiento antidepresivo. Ha sido seguida seis años y medio durante los cuales ha tenido varias oscilaciones. Durante una tuvo una epistasis lo que unido a la hipertensión (210/80) hizo pensar a otro médico que eran cefaleas hipertensivas. La tensión oscila mucho, si está bien tiene 140/80.

La ansiedad y la tristeza inundan las palabras de los enfermos que vamos a relatar a continuación.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 14.299- Enferma de 29 años, casada, que tiene desde hace siete años por temporadas dolores de cabeza, nerviosismo y agobio intensè. Ahogos, "algo así como si me fuera a morir." Dolor de cabeza de localización variable, en la bóveda, pero sobre todo en la nuca donde nota como un tendón inflamado. Los oidos "como soplados" dice con "atormentación y atontamiento." Otras veces latigazos. Desde entonces teme volverse loca. Decaimiento momentaneo. Desde hace quince días que está peor con más angustia, dolor de cabeza y miedo a la muerte. Ruidos "muy malos" en la cabeza. A veces punzadas en el corazón y en el pecho. Irritabilidad. Obesidad hipofisaria. Vista por varios psiquiatras.

Menarquia a los 14 años, ciclos largos de 35 a 38 días. Casada a los 21 tiene cuatro hijos. Trabaja en una tienda suya. Una tía y un tío han necesitado cuidados psiquiátricos y a él hubo que ponerle electrocheques.

La enferma ha sido seguida durante cinco años y tuvo dos fases iguales, pero muy mitigadas, cuando interrumpia los tratamientos.

Ha.nº 17.353- Enferma de 47 años soltera, modista. De siempre dolores de cabeza pero desde hace dos meses se han hecho más intensos y son constantes. Son distintos tanto en su localización como su tipo. Uno es en la nuca, intensísimo que se le mejora o empeora en determinadas posiciones. Otro dolor de ojos como punzadas o dolor en las sienes. A veces le duele la derecha, nunca la izquierda, y desde allí se le irradia a la nuca. Otras veces nota como peso o pinchazos. El dolor le suele comenzar de madrugada. A veces es como si tuvieran cigalas o animalitos dentro. El peor momento es al despertar, luego se alivia algo, pero aunque no se ve libre del dolor, por las tardes está algo mejor. Sensación de mareo o nauseas no muy frecuente. Desde que está así se encuentra cansada, apagada y sin ilusión. A ella le parece que ha perdido su brillo y no tiene el mismo empuje. No tiene ganas de salir ni de ver a la gente. Sigue trabajando pero con desgana, no le gusta recibir clientes. Llora con mucha frecuencia porque se ve enferma y piensa que no se va a curar. Duerme mal, no suele soñar, pero pasa noches enteras sin poder conciliar el sueño. Inapetente. Atribuye todo su malestar al dolor de cabeza. Está tomando muchos anticomiciales por los hallazgos electroencefalográficos. Con esa medicación mejoró algo la primera semana pero luego empeoró.

Nacida de embarazo y parto normal, educada por unos tíos. A los 3 años sarambión y poliomielitis pero se recuperó bien del brazo y no de la pierna. Escolaridad escasa pero buen rendimiento. Caracter apagado y triste aunque se muestre dicharachera. Muy activa. Resignada para todo, muy responsable. A los 17 años le hicieron una operación correctora de las secuelas poliomielíticas con raquianestesia y piensa ella si de ahí vienen sus dolores de cabeza. Antes eran dos a tres días cada tres semanas y se le pasaban con optalidón o cafergot, unos tres al día. El dolor a veces se extiende hacia abajo

Ayuntamiento de Madrid

produciéndole como lumbago. El médico pensaba que eso le ocurría por descompensación de la columna vertebral, pero no hay tal descompensación. Apendicectomía a los 32 años.

La madre también tiene dolores de cabeza. Un hermano de 44 y otro de 46 sanos. El padre murió de pleuresía cuando la enferma tenía 4 años. No hay antecedentes psiquiátricos en la familia.

Cinco meses más tarde escribe que el dolor de cabeza ha mejorado mucho y también su estado general. Tratamiento con IMAO.

En esta última los dolores mal filiados, una vez como de origen comicial, otra vez producidos por alteraciones de la armenía de la columna vertebral, conducen a fracasos terapeuticos mientras qae con el tratamiento antidepresivo sucedió lo contratio como hemos visto.

* * * * * *

Algias faciales atípicas depresivas

Ya hemos citado más arriba una serie de trabajos en los que se describe una relación do estos dolores con las depresiones y como remiten estos al hacer un tratamiento con electrochoques, por ejemplo, de un síndrome depresivo que se suponía coexistente. Esta mejoría hizo pensar a los autores citados que estas algias faciales atípicas eran un síntoma más del cuadro depresivo, o un "equivalente" como en F. KENNEDY porque hacia el dolor se desviaban los rasgos de la depresión.

El dolor más conocido y estudiado de los que afectan a la cara es la neuralgia del trigémino, enfermedad de sintomatología bien recortada. La neuralgia del trigémino tiene un origen central, probablemente talámico. Las características del dolor, así lo demuestran (para LEWEY la neuralgia del trigémino es un síndrome talámico apenas esbozado), es también la experiencia de los resultados terapeúticos neuroquirúrgicos.

Al lado de estos dolores hay casos llamados "atípicos"

Ayuntamiento de Madrid

(FRAZIER, GLASER, LESSE, RANEY, etc.). La atipicidad radica tanto en un cuadro clínico como por los fracasos terapeúticos (neuroquirúrgicos). Para estos dolores se supuso una alteración del sistema vegetativo autónomo, transmitida por las vías simpáticas, es decir, se trataría de una simpatalgia. Esta opinión se encuentra reforzada porque en algunos casos se acompaña de lagrimeo, enrojecimiento de las conjuntivas, secreción nasal, etc.

SLUDER les atribuyó un origen en el ganglio esfenopalaico, opinión discutida poco después por CUSHING. FRAZIER fracasó en sus intentos de aliviar el dolor por simpatectomía cervical o por denervación pericarotidea, y a pesar de otros intentos posteriores la experiencia de este tipo de intervenciones ha sido negativa.

Una opinión demasiado difundida es la del origen cervical de estos dolores. RANEY y co. dicen que esta idea viene rodando por lo menos desde el siglo XVIII. Hoy día es frecuente atribuir estas algias a lesiones artrósicas de la columna cervical basándose en hallazgos radiológicos. En otros lugares de esta tesis vemos como es un error frecuente el atribuir síntomas a signos exploratorios que son casuales. Las degeneraciones de la columna vertebral son frecuentes a partir de una cierta edad y no tienen nada que ver la mayoría de las veces con el dolor, máximo cuando su evolución es distinta. La artrosis progresa lentamente, el dolor aparece y desaparece. Es lo mismo que sucede en las nucalgias y en muchas lumbociáticas. En estos tres casos la exploración neurológica objetiva es decisiva.

Estas algias faciales atípicas son para nosotros equivalentes depresivos. Del mismo modo que el tic doloroso y otras neuralgias (la del nervio petros superficial mayor, etc.), estas algias tienen un origen central, que no es más que el postulado trastorno diencefálico que sirve de base a las alteraciones endógenas. La experiencia clínica y los casos que citamos sirven de prueba.

Clinicamente tiene de entrada dos características esen-

Ayuntamiento de Madrid

ciales. La primera es negativa, su ausencia de signos objetivos en la exploración. La segunda es la coexistencia. La mayoría de las veces con un síndrome depresivo mitigado como nos venimos refiriendo reiterativamente en esta tesis, o porque en la anamnesis del enfermo se recogen otros equivalentes o depresiones anteriores (suplencia de síndromes). También los antecedentes familiares son un dato a tener en cuenta. Muchos autores hablan de la presencia de alteraciones emocionales. La lectura de las historias clínicas que publican demuestra cuantos enfermos deprimidos hay en ellas (casos 1, 2,3,6,7 de LESSE, KEHOE, etc.). LESSE dice que si hubiera que hacer en ellos un diagnóstico psiquiátrico, la mayoría de las veces sería el de depresión agitada o melancolía involutiva, es decir, depresión angustiosa. ENGEL teme que puesto que los factores emocionales son tan llamativos y se trataría por lo tanto de una neurosis, la supresión del síntoma es peligrosa porque puede provocar la aparición de cuadros más graves, incluso de un brote psicótico. En el capítulo de la suplencia de síndromes nos volvemos a referir a este punto de vista tan erroneo del psicoanálisis que por otra parte lleva a un nihilismo terapeútico en estos casos. KEHOE ha demostrado que la supresión hipnótica de estos síntomas no tiene por que provocar la aparición de otros.

El dolor facial depresivo tiene unas características que son importantes para el diagnóstico además de los citados más arriba. La distribución no sigue la de las ramas del facial, la localización es más difusa e imprecisa, son más frecuentes en el lado izquierdo (lado pático). A menudo se acompañan de parestesias, o de una sensación vaga de malestar en la cara sobre la que a veces se presentan crisis bruscas, diferentes de un enfermo a otro y a veces en un mismo enfermo. El dolor puede ser supraorbitario y acompañado de cefaleas, o de nucalgias. También afecta a los dientes (edentalgias) o a la parte interna de la nariz. Este carácter vago, ondulante, variable, rara vez igual a si mismo es lo que domina todas las alteraciones de los sentimientos vitales. El dolor tiene también un ritmo por el que hay que preguntar. Generalmente son más intensos por la mañana, acompañándose de una ligera astenia, y se alivian al caer la tarde.

Ayuntamiento de Madrid

Alguno de los enfermos citados en otra parte de esta tesis tienen molestias en la cara, calor en las mejillas (10.982) o en un ojo (15.838, 7.909) o un relámpago en el fondo del ojo (15.903), "hormiguillos en la mejilla"(12.371) "dolorimiento en la mandíbula inferior" (8.416) "dolor en el ojo y en la frente" (3.252) o "dolor en el mentón y neuralgia en la cara" (17.768). El dolor es a veces muy intenso y no puede confundirse con una artritis máxilo-temporal(16.440) o se acompaña de alteraciones vegetativas, "dolor profundo en el lado izquierdo de la cara, acompañado de sensación de escozor e inflamación del ojo del mismo lado e hipersensibilidad en esa zona" (16.045).

El dolor se acompaña también de parestesias, de sensación de estar inflamada la cara, sin que exteriormente note más un tic nervioso al lado de los ojos (10.737). Las cefaleas muchas veces se difuminan hacia la cara como en alguno de los casos referidos en que les dolía la nariz, o que de la cabeza el dolor se les pasaba a la sien y a las encías, como si fuera un dolor rabioso de muelas (16.351).

Una historia muy típica es la del enfermo siguiente.

Ha.nº 11.654- Enferma de 65 años que desde hace quince viene padeciendo un dolor en la mitad izquierda de la cara y del cuello. Este dolor es constante. Los veranos los pasa peor que los inviernos. No tiene las características de una neuralgia del trigémino ni en su distribución ni en su desencadenamiento que no le influye por los mecanismos masticatorios ni por el frío, ni por el calor. Dice que es más bien una sensación de tirantez, como si le tirasen de un lado y de otro de la cara, siempre en el lado izquierdo a nivel del músculo esterno-cleidomastoideo. Se acompaña este dolor de un estado de ánimo triste, llora constantemente y dice que su tristeza es más intensa en el crepúsculo vespertino aunque también al levantarse se encuentra mal. Le cede el dolor con analgésicos pero luego le vuelve con más intensidad al pasarle los efectos. Es una sensación de dolor que se cambia en tristeza y que desde el cuello se le difunde a todo el cuerpo.

No duerme mal aunque suele tener unas horas de insomnio en la madrugada pero luego vuelve a dormirse. Se queja de molestias digestivas y de que le sientan mal las grasas, leche y agua fría. Dice que su vida ha sido triste y con muchas contrariedades. No antecedentes personales ni familiares de interés. Es soltera y vive con su hermana.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 7.404- Enferma de 41 años soltera que consulta por dolores de cabeza que ha tenido desde pequeña y se los han atribuido a un bocio del cual ha sido operada. Los dolores de cabeza los tiene por temporadas aumentando en las estaciones intermedias sobre todo en primavera. El frío los exacerba más. Los tiene unas tres veces al mes, son muy fuertes y duran todo el día comenzando al despertar. Primero siente una gran intranquilidad interior. "No acabo de saber lo que quiero, pienso en todo, es un estado de malestar. Me noto aquí en el centro algo raro" y señala el epigastrio. Aplanamiento y no tiene ganas de nada. "Me quedaría en la cama pero entonces siento intranquilidad y estoy molesta entre dos fuerzas." En este estado le empieza el dolor como neurálgico y le afecta a toda la mitad derecha de la cara, en torno a la boca, como si fuera una tirantez en esa región. El dolor le aumenta por el día y disminuye hacia las 7 de la tarde. No puede comer porque todo le produce nauseas. "Noto el estómago como si me parase y algo se cerrara y no pudiera comer más. A veces me ha puesto mala solo por un caramelo." Algunos días es tal el cansancio y el abatimiento que se ha de quedar en cama. Si el dolor le da en la oficina tiene temblor, sofoco en cara y cuello y pies helados. Suele tener 37 grados de temperatura, a veces 2 décimas más. Se deprime muy facilmente y es muy susceptible. "Mi tristeza es cosa de dentro" dice. Mucho miedo a las enfermedades sobre todo porque su madre es muy mayor. Cuando tiene dolor de cabeza hipersensibilidad por todo y todo le molesta. Tiene que comer cosas sencillas. Le molestan los ruidos. "Después me quedo como si me hubieran dado una paliza." Le falla la memoria, está aturdida y no puede pensar. Dice que cuando tiene dolor, orina mucho a pesar de no ingerir líquidos. Orina incolora y clara de análisis normal. Los dolores se calman algo con optalidón. Nació y se crió bien. A los 31 años, operada de bocio quístico del lado derecho del tamaño de una naranja. El bocio es familiar. Su metabolismo llegó a +37 con 110 pulsaciones. A los dos años de la operación subió el metabolismo pero ahora es normal aunque se medica muy poco. El padre murió del corazón y la madre sana. Ciudo hermanos sanos y uno tratado en esta consulta. No hay más antecedentes. Volvió a la consulta a los dos meses y estaba mejor de sus cefaleas y de sus irregularidades en el periodo que presentaba antes.

Cuando la depresión está tan enmascurada como en el enfermo siguiente, el diagnóstico puede resultar difícil. Este enfermo fue tratado desde el comienzo como si se tratara de algias depresivas y solamente cuando comenzó a mejorar nos contó los síntomas depresivos que venía arrastrando y que había ocultado en la consulta por la ansiedad que le producían, ansiedad en relación, con toda probabilidad, con el miedo a la locura.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 14.136- Enferma de 43 años, casada que tienedesde los 27 dolores de cabeza pero solo de vez en cuando. Desde hace tres años está peor y en el último mes el dolor es casi constante. Empieza en la frente en uno u otro lado y luego se le pasa al ojo y al centro de la nariz, le aumenta en intensidad hasta llegar a ser muy fuerte y le llora el ojo del lado que le duele y se le pone rojo. Dice que cuando tienen el dolor respira mal, le duelen las piernas y las rodillas. Menarquia a los 14 siempre irregular. El padre tenía cefaleas y crisis jaquecosas siempre. Durante el último embarazo estuvo mejor de sus cefaleas. Un año más tarde vuelve algo mejor pero sus cefaleas siguen. Le empiezan con una sensación de vacío en la nariz en uno de los dos lados, después le pasa a la boca, nota frío en la cabeza y una argolla en la garganta, fuerte ruido de oidos y malestar general. A veces tiene la sensación como si se le inflamara el paladar y por eso le han aconsejado una amigdalectomía. Trae algunos análisis en los cuales lo único que destaca es una velocidad de sedimentación ocasionalmente alta. La exploración es negativa. Todo lo nota en el lado derecho preferentemente.

Cuatro años más tarde sigue con sus cefaleas que siguen una evolución cíclica, le duran tres días. Los dolores se extienden por todo el cuerpo incluso en las piernas nota argollas sobre las rodillas. "Cuando tengo la crisis no estoy para nada" dice. Menarquia a los 14 años y menopausia a los 48. Por primera vez cuenta que además de las cefaleas está angustiada, tensa, triste. Con el último tratamiento ha notado mejoría en algunos síntomas sobre todo en la opresión precordial. Ha tenido en los últimos tiempos dos ciclos en un mes y el día antes notó un dolor en el pie y en todo el cuerpo, tenía los músculos muy relajados y un algia que se localizó en la espalda y especialmente en el omoplato. Tiene la sensación de oir menos. Se encuentra fatal desde hace dos días.

El dolor puede extenderse a la cara a veces siguiendo una distribución parecida pero no exacta a la distribución periférica del trigémino.

Ha.nº 5.093- Enferma de 48 años, casada. Muchos miembros de su familia han muerto de neumonía. Sus abuelos paternos de avanzada edad y los maternos más jóvenes pero todos de neumonía. El padre murió a los 68 años de asma cardiaco. La madre tiene 82 años y está bien. Un primo carnal por vía paterna tuvo una serie de trastornos nerviosos por herencia luética del padre. Una prima carnal por vía paterna dolencia psíquica, ingresada en una clínica. La enferma tiene tres hijos bien. A los 18 años tuvo septicemia, apendicectomía a los 24. Gripe a menudo. A los 33 años después del segundo parto prolapso de matriz. A los 35 años comenzaron los dolores fuertes de oído y lado

Ayuntamiento de Madrid

izquierdo de la cara a diario que fueron tratados con vitaminas. Solían coincidir con preocupaciones y noticias tanto agradables como desagradables, pero como después de la guerra tuvo muchas preocupaciones, se ha agravado desde entonces. Hace cinco años tuvo un "agotamiento general" muy grave. Dos años antes había tenido mareos y palpitaciones "como si uno se fuera a morir" generalmente de noche y en el climaterio. Mucha pérdida de memoria sobre todo para el nombre de las cosas. También tropezar las palabras al hablar y tergiversar alguna sílaba. Ahora de todo eso ya va mejor. Hará unos cuatro años tenía unos ataques en que se ponía rígida de brazos y piernas y decía que tenía un dolor como si le metieran hierros en brazos y a veces notaba como mosquitos delante de los ojos. Tiene dolores en todo el cuerpo "en forma de relámpago", dice y como si le retorcieran los tendones y los nervios. Hace un año ha notado un dolor en el corazón sobre todo después de una impresión. Los dolores le han ido en aumento y no le dejan respirar y suben por detrás del hombro y por debajo de la axila. Dolores de cabeza con nauseas y dolor en la nuca. A veces siente un fuego en la paletilla izquierda y en la columna vertebral que se irradia hacia los brazos, por los costados y a veces por la cintura. En ocasiones lo ha tenido en el hueso de la cadera izquierda y desde ahí le baja a la pierna, dice. También "fuego" por los tobillos y dolor en el talón como si tuviera un clavo que se acentuaba al ponerse en pie. Dolor en la cabeza con "hormiguillos" en la frente y por los labios y las manos un poco hinchadas. Alguna vez le vuelve el dolor de oído.

Se queja además de pérdida de memoria, desasosiego y excitación y muchas congojas que le empiezan a las dos de la mañana y un sabor amargo o salado en la boca. Duerme regular, poco apetito. Ha engordado 6 kgs. Le recomendaron cama dura por tener algo de columna. Muy pálida. Nada en la exploración neurológica, reflejo rotulianos y aquileos normales. No hay ningún signo tabético ni alteración de los reflejos pupilares. Un año más tarde, mucho mejor, menos dolor en la columna y los dolores precordiales le han desaparecido. Eran como los que se irradian al brazo izquierdo sobre todo al lado cubital del mismo. Ahora es más sensible a las impresiones. Un año más tarde sigue bien.

Ha.nº 8.838- Enferma de 66 años, soltera, que consulta por dolor facial en la mitad derecha de la cara que empezó hace un mes. No se encontraba muy bien y cree que el estómago lo tenía mal por algún alimento en malas condiciones. El dolor le comenzó en forma de "pinchazos" internos en la región nasogeniana malar y temporal, siguiendo una linea en la misma forma hasta hoy, siendo unos días más intenso que otros. El dolor sigue la segunda rama del trigémino, con el calor disminuye y el frío lo aumenta. No ha tomddo nunca calmantes , solo para dormir. Por el mismo tiempo apareció también una especie de ahogo y palpitaciones que sin ser muy intensas

Ayuntamiento de Madrid

son molestan y llegan a cualquier hora del día. Tiene un tic muy curioso en el cuello y brazo derecho siempre. Hace un año que se siente cansada y por eso ha estado una temporada en Irlanda y al regresar a España sus familiares la han notado muy aprensiva en las comidas. Siempre ha sido nerviosa. Tipo leptosomático con miedo a las medicinas. Solo quiere las inglesas. Un año más tarde el cuadro se revela como tipicamente angustioso hasta tal punto que cuando le da el dolor solo se le cura con un ansiolítico. Miedo a la locura y a los medicamentos. Cuatro meses más tarde mucho más tranquila y ya no habla de sus algias sino de su ansiedad y depresión. Algunas veces sensaciones vertiginosas. Al cabo de unos meses vuelve y ha estado unos meses en Inglaterra donde le han puesto electrochoques. Nueva fase a los cuatro años que se corta rapidamente y pasa un año bien. Luego tiene una pequeña fase que cesa a los dos meses y en la actualidad está bien.

Ha.nº 8.966- Enfermo de 42 años, casado, que hace dos empezó a sufrir dolores muy fuertes y agudos en la región orbitaria derecha que se irradian a casi toda la mitad de la cara. Al principio eran de poca intensidad comparando como son en el momento en que consulta, dice. Además le dan a diario y dentro del día tiene como ciclos en los que todavía está peor. Siempre de las 12 del mediodía a las 4 de la tarde y de las 12 de la noche a las 4 de la madrugada. Comienzan con bastante agudeza, primero en la raiz de la nariz, luego a la región orbitaria, frente sien y máxilar superior hacia la región temporal. Primero siente como pequeños pinchazos y luego fuertes sacudidas que le obligan a cerrar el ojo. La luz y los ruidos le molestan mucho y también los cambios de itiempo y de ánimo. Los calmantes no le hacen nada ni las inyecciones de Nicorgoma tampoco. Miedo a perder la vista. Cuando le da el dolor se le ponen los ojos colorados y parece que el ojo se le va a salir. Se localiza en el ojo derecho y tiene cierto tono angustioso. Se preocupa mucho porque ve menos de ese ojo. Ambos ojos tienen corte mongoloide. Tifoidea a los 25 años. Se cansa y le duelen las piernas. Padres viven sanos, una hermana del padre dolores parecidos. Vuelve cuatro meses más tarde y ha mejorado mucho. Le han desaparecido las algias. Tratado con acetilcolina por vía intravenosa.

A veces las algias se extienden hacia el cuello como veremos en la siguiente historia.

Ha.nº 4.147- Enferma de 32 años, casada, cuya madre ha sido tratada en esta consulta y diagnosticada de timopatía ansiosa (3.432). Una tía por vía paterna ha estado "enferma de la cabeza" toda su vida. Cuando tenía 15 años le dolían los ojos y no veía bien, le dieron unas corrientes durante un mes y se curó. Por entonces cuando comía se desmayaba, le entraba un dolor muy fuerte en la

Ayuntamiento de Madrid

cabeza pero le pasaba con aspirina. Eso le repetía de tarde en tarde.

Cada vez le ha ido doliendo más la cabeza, toda, pero desde hace dos semanas le empezó un dolor muy fuerte en el esternocleidomasteideo del lado izquierdo y el dolor no se le quita con aspirina y es tan fuerte que no puede torcer la cabeza y parece que le están dando con un martillo. Es continuo, día y noche, pero no le deja dormir más que a ratos. Ha probado toda clase de analgésicos. El músculo le duele al tacto. Catammesis: al cabo de un mes estaba practicamente bien. Tres años más tarde tuvo una temporada de dolor de cabeza y volvió a la consulta. Ha engordado mucho. Tensión normal. Nueve años más tarde vuelve con sus hijas, otra vez con dolor, pero es muy mitigado y no tiene comparación con lo que fue, nos dice.

Ya hemos visto antes como las cefaleas frontales a veces se extienden hacia el ojo, tomando la forma que puede confundirnos con las jaquecas.

Ha.nº 7.432- Enfermo de 42 años que viene a la consulta por un fuerte dolor de localización en la región orbital que algunas veces se extiende a la nuca y le empezó hace tres años, sin motivo alguno. Primero era leve pero luego ha ido aumentando en intensidad y cuando es muy agudo no cede con ningún analgésico. Epocas mejores y otras peores. Peor por las mañanas al despertar. Nota una punzada y ya las sigue notando durante horas. Otras veces es un dolor constante pero más mitigado que le corre hacia la nuca produciendo cierta tirantez. Dice espontaneamente que el dolor le influye en su trabajo, ya que los días que le da es cuando está algo abatido. Se agudiza mucho con la tos. Calambres en distintas partes del cuerpo al hacer un movimiento y le dan varias veces al día y otras temporadas no tiene ninguno; a veces se agarrota una mano y no puede estirarla, otras es el estómago y otras tiene molestias horribles en el pecho y palpitaciones por la noche. Bronquitis crónica. "Parece como si en la cama me observara más. Temo que me pase algo y pongo la almohada más alta." Hay días en que está cansado y agotado, desganado con incapacidad para pensar. Sensaciones de acorchamiento sobre todo al levantarse en el pie derecho, como si estuviera dormido. También en las manos. Hay días en que está más triste y todo le afecta más. Este verano tuvo un gran susto. Fue a visitar unos depósitos de agua en una finca y uno se rompió y arrastró a uno de los niños que estaban jugando junto a los suyos matándolo. Afortunadamente luego vio que no era su hijo pero le quedó una enorme preocupación y cuando piensa en ello se aturde. Nació y se desarrolló bien. Hace 9 años prinicipio de úlcera pilórica que cedió con medicación alcalina. Hace un año fuerte dolor de cabeza y gran depresión, sudores fríos que le duraron unos días. Este verano ha tenido un episodio semejante. Lo mejor que le va para el dolor es el optalidón. Padre muerto de hemorragia cerebral. Madre bien. Han sido 11 hermanos y dos murieron de meningitis, los demás bien. Una

Ayuntamiento de Madrid

de las hermanas parece muy hipocondriaca. El dolor de cabeza le preocupa porque teme un tumor o algo peor. Exploración completamente negativa. Un año más tarde vuelve a la consulta, mucho mejor. Tres meses más tarde ha llegado a estar completamente bien nos dice mientras seguía el tratamiento. Lo dejó y ha vuelto a empeorar. Vuelve a descansar al campo y seguir el tratamiento.

El dolor afecta a veces a la nariz y puede acompañarse de alteraciones vasomotoras y secreción. Aquí se establece una transición con las obstrucciones nasales pseudo-rinitis vasomotora que se refieren otros enfermos, como estos.

Ha.nº 15.697- Enferma de 61 años, viuda, que desde hace seis meses tiene dolores de cabeza sobre todo en la mitad izquierda. Le suele empezar en la nariz y el ojo y se irradia hacia la nuca, cuello y hombro. Cuando el dolor es muy intenso tiene la impresión de que le arañan y se hincha esta zona y siente nauseas. La hija dice que hace grandes gestos pero no llega avomitar. La enferma dice que se le inflama el brazo del dolor. Al principio le dijeron que era sinusitis y la trataron con antibióticos y cauterizaron los cornetes y así mejoró de sus dolores. En aquella época tenía frecuentes mareos y mejoró. Ahora hace seis meses que está francamente peor de los dolores y de los mareos, mal estado general, triste, nerviosa, preocupada, agobiada por las molestias y sin dormir. Cualquier cosa le excita y sobresalta. Inapetente. Se queja de sofocos y pérdida de vista. Le dijeron que tenía tensión alta, 19. Análisis de orina con indicios de albumina. Pensaron que el riñón estaba mal y se preocupá mucho. Repitieron análisis y no había nada. Siempre fue achacosa con dolores de cabeza, inflamación de hígado y diversas molestias. Es la tercera de 7 hermanos. Se casó a los 18 años y ha tenido tres hijos, una murió de pequeña. La hermana que acompaña a la enferma dice que ella también tiene dolor de cabeza pero no tan fuerte. El dolor es como una angustia que tiene la sesación de que los tejidos se están inflamando y sensación de mareo y de inflamación hacia el brazo.

Ha.nº 14.651- Enfermo de 44 años, casado, que dice tener dolor de cabeza desde los 7 años, pero en forma de crisis muy fuerte solo le ha tenido tres veces. Empieza a notar la nariz obstruida y luego le duele intensamente como si le retorcieran y tiene a veces hipersecreción nasal. Le han puesto Demerol y morfina para aplacar el dolor sin conseguirlo. Una vez le pusieron un antiespasmódico y calor local y con esto cedió un poco. Fue tratado en su país por varios médicos y un quiropráctico que le dijo que sus dolores se exacerbaban por exceso de azúcar y el enfermo limitó este producto en su alimentación y se sintió mejor. Vino a Madrid hace dos años y empezó a tener dificultades en sus asuntos y se agudizaron unas molestias digestivas que tiene desde hace doce años. Un médico le diagnosticó de hepatitis y le mandó mucha azucar.

Ayuntamiento de Madrid

Al poco tiempo le dio un dolor muy fuerte de cabeza, el tercero de su vida que le hizo sufrir mucho. Otro médico le dijo que tenía neuralgia del trigémino y otro colón irritable. Viene a consultarnos por el dolor de cabeza. Dice ser "nervioso por dentro" irritable, perfeccionista y responsable, serio en su trabajo. Sueño inquieto y se desvela con frecuencia. Ultimamente duerme mejor pero con pesadillas cuando tiene malas digestiones. Operado de un quiste de testículo a los 17 años y dejaven le daba con frecuencia dolor en una pierna no aclarándose la etiología. Hace doce años también se operó de apendicitis. Dolor en la espalda en los últimos 7 años. Ha cambiado varias veces de trabajo. Es el quinto de siete hermanos. Un tio paterno tenía la manía de que se iba a morir a los 65 años como su padre y su abuelo, tenía la manía de tener muchas enfermedades y de estar arruinado.

Las crisis de dolor deben ser muy intensas. Preocupado por tener mala memoria y dificultad de concentración. Se despierta a las 4 de la madrugada con flatulencia, digestión no hecha. Preocupado por saber si todo eso está en relación con la dolencia hepática que le han diagnosticado. Varias pruebas hepáticas son normales. Una radioscopia gastroduodenal normal: el contraste llega rapidisimamente al sigma. Existe una regularidad marcada en las austras en zona ascendente y hipertonia.

También la enferma siguiente se presentaron unos trastornos vasomotores, como veremos a continuación.

Ha.nº 14.298- Enferma de 68 años, casada, que desde hace doce años siente dolores muy fuertes en la frente, sobre todo en la ceja derecha. Empezó notando "hormiguillo" en el entrecejo y después le apareció el dolor intenso. A veces es un punto fijo que va corriéndose hacia arriba, y a la nariz. Otras veces, al tocarse la nariz o al masticar se desencadena el dolor. Es como un cuchillo, dice otras veces como una quemadura. Pasa temporadas libre de los dolores que en general le vienen en primavera y otoño. En ocasiones se le ha enrojecido la zona de la mejilla cuando tiene dolor fuerte.

No recuerda enfermedades anteriores. Se casó a los 39 años y tiene tres hijos sanos. Es la segunda de tres hermanos. No datos de antecedentes familiares. Aparte del dolor con las características descritas hay un evidente sub-fondo depresivo, psíquica. El tono depresivo acompaña a los dolores.

Finalmente relatamos la siguiente historia que nos parece muy interesante.

Ha.nº 6.185- Enfermo de 43 años, casado. Antecedentes familiares: madre vive y padece de los nervios y dia-

Ayuntamiento de Madrid

betes. Una abuela por parte de padre muy nerviosa. Ocho hermanos, uno epiléptico. Por vía materna hay familiares con temblores y "cosas nerviosas" sin llegar a ser graves. Casado con nueve hijos de los cuales viven seis, normales. Antecedentes personales sin interés salvo que a los 27 años tuvo un ataque de apendicitis y ataques de "reuma en los riñones" dice, con fuertes dolores, que le duraban cerca de una semana y se repetían dos o tres veces en invierno y tenía que guardar cama. La enfermedad actual comienza hace cuatro meses. Empieza con dolor en el ojo derecho que baja por el lado de la nariz y la mitad derecha del labio superior y sube por la mejilla hasta la articulación fronto-parieto-temporal. El dolor le daba al principio por la noche al acostarse y se aliviaba con aspirina, pero después ya no hacía efecto. Así estuvo dos meses y empezó a dolerle también de día y al lado izquierdo que es ahora lo que más le duele. Del ojo izquierdo no baja sino que más bien le sube a la cabeza. Lleva un mes con esos dolores que no ceden con nada y a ratos es insoportable para él. Otras veces le pasa al oido, por la cabeza y hacia la nuca. No le deja dormir y si consigue dormirse al poco tiempo el dolor le despierta. A veces nota niebla en el ojo derecho y en ocasiones doble visión. Digestiones pesadas y estreñimiento. Han temido que inyectarle algunos sedantes. La exploración neurológica es absolutamente negativa. El está realmente deprimido por lo cual comienza un tratamiento con electrochoques. Mejoró mucho, espectacularmente, después del primero, pero luego aparecieron de nuevo los dolores. Al cabo de una semana está francamente mejor y la mejoría persistió unos seis meses. Posteriormente el algia ha vuelto a aparecer si bien en tono menor. Vuelve a la consulta y se le da un tratamiento para seguir en casa con lo cual los dolores cesaron por completo.

* * * * * *

Como resumen vamos a enumerar las características más destacadas de las cefaleas timopáticas o depresivas.

A. En casi todos los enfermos se encuentra un síndrome depresivo más o menos larvado, manifestado por depresión, angustia o inhibición (como en el enfermo 13.789) o ideas delirantes. Algunos enfermos tenían ideas de suicidio que no correspondían a la intensidad subjetiva de la depresión(14.582). Otros síntomas presentes eran insomnio, anorexia, pérdida de peso, dificultad para concentrarse.

Ayuntamiento de Madrid

En algunos aparecen obsesiones y fobias y a veces se observan rasgos típicos de una "ordenalidad" en el sentido de TELLENBACH en la personalidad previa (vease la introducción).

B. En segundo lugar las cefaleas se asocian a otros equivalentes durante una misma fase, pero lo que aun es más importante la transición de uno a otro es fluida, en las expresiones de los enfermos.

Al dolor se puede sumar mareos y vértigos, nauseas y vómitos, molestias en la visión, más bien en la mirada y diopsia álgera, parestesias y despersonalización, acúfenos, molestias en la nariz y pseudo-rinitis vasomotora, etc.

C. En el curso se observan junto con los rasgos predepresivos citados en la personalidad, la presencia de dolores similares pero más mitigados que evolucionan a lo largo de muchos años a veces con exacerbaciones estacionales, o influidos por los ciclos femeninos ("pseudo-tensión premenstrual"), los cambios del tiempo, etc. En la evolución a lo largo de los años puede alternar con otros equivalentes, o tener una de las formas de curso de la psicosis maníaco-depresiva (vease el capítulo de la suplencia de síndromes).

D. En muchos enfermos existen antecedentes familiares depresivos.

E. El dolor en sí tiene algunas características propias que son importantes a la hora de hacer el diagnóstico. Además de las señaladas en el punto B. las cefaleas tienen el ritmo habitual de las depresiones con sus empeoramientos matutinos. El dolor a veces se describe como atontamiento o tirantez, o como tensión, opresión, o peso. El dolor a veces es parestésico, la transición del malestar a las parestesias y al dolor es fluido. Ya hemos visto como los caracteres de tensión y de ser pulsátiles hacen que se consideren a veces como originados por contracciones musculares sostenidas o por anomalías de la pared vascular.

Ayuntamiento de Madrid

A veces duele el movimiento (4.147, 16.346 y 9.116) es otra de las fuentes de error para considerarlos como de origen muscular. Otras veces al revés, duele el reposo o el apoyo (16.146 y 17.323). La angustia y tristeza envuelven al dolor y los enfermos así se expresan. Para unos el dolor "corresponde a algo anormal" o "son ruidos muy males" (12.399), o es un dolor angustioso (16.848), o como hemos visto más arriba el dolor es presagio de la locura o de un tumor cerebral. El dolor era tristeza en algunos (16.045, y 11.654). Los síntomas angustiosos revelan, según ha señalado LOPEZ IBOR, una fisura que es la amenaza de perderse en la nada. Por eso a algunos enfermos todo les repercute en la cabeza (10.121 y 16.464), y el enfermo se siente aliviado si apoya su mano sobre la zona dolorosa (16.475, 17.533, 13.822, etc.).

F. Es importante tener en cuenta el hecho que junto a estas algias depresivas bien señaladas hay enfermos con poca capacidad para captar lo que sucede en el campo de sus sentimientos y expresar sus vivencias y así más fácilmente la depresión se expresa por un síntoma concreto. Por eso en las expresiones de algunos abundan los "como si," o "como si fuera un cansancio," o "redolor," o se le atribuye al dolor un carácter de "lento" o "tonto", etc. Esto es más frecuente en los niños y cuando concurre una debilidad mental, pero no siempre. A veces nos sorprende la fisura de introspección de algún enfermo muy poco cultivado.

Ayuntamiento de Madrid

IV ALGIAS Y PARESTESIAS 2ª Parte

En este capítulo agrupamos una serie de síndromes que son relativamente frecuentes pero que algunos por su poca trascendencia no han merecido una consideración muy profunda. Se trata de una serie de dolores que afectan a diversas zonas del organismo, los miembros fundamentalmente, que son relativamente localizados y de una distribución las más veces imprecisa. El dolor se acompaña a menudo de parestesias o tiene un caracter parestésico, razón por la cual unimos a ambos fenómenos en este capítulo.

WARTENBERG ha estudiado durante muchos años estos dolores y llegó a la conclusión de que se trataban de neuritis, concretamente de mononeuritis, de etiología las más veces desconocida aunque según él de probable origen viral y de evolución benigna. Aisló un gran número de ellos y los estudió con una gran precisión. Nosotros estamos convencidos de que muchos de estos casos son en realidad equivalentes depresivos y que es ésta una etiología que hay que tener en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico diferencial. Escogeremos algunos ejemplos para demostrarlo.

* * * * * *

Dolor lumbociático

El dolor lumbar es uno de los síntomas más frecuentes con los que se enfrenta el médico general y sin duda el más frecuente entre los que acuden a los ortopédicos (FRENCH). Según CAILLIET el 80% de las personas padecen alguna vez en su vida dolores lumbares. El 65% de la población sueca tiene dolor lumbar dice HIRSCH. En paises donde hay estadísticas completas sobre el absentismo en el trabajo por enfermedad, el dolor lumbar ocupa uno de los primeros puestos. Por ejemplo, en Holanda está en tercer lugar con el 8% (la gripe ocupa el primero con un 23'2% y las enfermedades gastrointes-

Ayuntamiento de Madrid

tinales el segundo con un 10'7%), (citado por HANRAETS pag. 253). También las cefaleas son frecuentes pero no producen ese mismo grado de invalidez.

El síndrome fue aislado por CONTUNGO en 1775 diferenciándolo de las afecciones dolorosas de la cadera. CONTUNGO se refería fundamentalmente a la ciática pero posteriormente a ésta se han asociado otros síndromes dolorosos estrechamente relacionados con ella como es el dolor lumbar

El desarrollo de la radiología en este siglo y sobre todo con la introducción de los medios de contraste (SICARD y FORESTIER, 1922) hacen que habitualmente se asocien estos síndromes dolorosos con la patología de la columna especialmente la del disco intervertebral. El trabajo de MIXTER y BARR (1934) sobre las roturas del disco intervertebral aunque publicado hace más de treinta años sigue teniendo actualidad para muchos médicos, y sin embargo, se trata de una visión muy parcial del problema como lo demuestra la experiencia clínica.

<u>Anatomía funcional de la columna lumbar</u>. La columna vertebral del hombre difiere de la del resto de los animales vertebrados en que sus requerimientos funcionales son distintos. Normalmente se dice que el proceso de evolución hacia la postura erecta ha llevado a producir una columna no suficientemente adaptada a las nuevas necesidades (ARMSTRONG, CLARKE, LEWIN) o dicho de otra manera que esta evolución hacia la adaptación a una nueva forma de vida está aun en una etapa intermedia (CAILLET). Estas consideraciones antropológicas de la postura humana son algo esquemáticas y simplistas. Dejando de lado las consideraciones que se pueden hacer sobre las ideas darwinianas, hay otros órganos que esta "evolución" están sometidos a un incremento de sus requerimientos sin que eso sea un punto débil en la anatomía funcional de la especie (los ojos y las manos, por ejemplo). Por otra parte, la columna vertebral en otros animales está sometida también a esfuerzos extraordinarios como por ejemplo la de los animales domésticos que se emplean como cabalgaduras o la de los mamíferos corredores como el guepardo, sin

Ayuntamiento de Madrid

que eso sea causa de una patología peculiar.

Sin embargo, no cabe duda que el eje espinal del hombre tiene dos puntos débiles a nivel de los lugares donde la movilidad es mayor: la columna cervical baja y la columna cervical baja y la columna lumbar.

Desde el punto de vista funcional la columna vertebral está formada por unidades segmentarias yuxtapuestas cuya misión es tanto de soporte antigravitatorio como de eje flexible. La porción lumbar se puede considerar como un sistema hidraúlico múltiple, cuya parte anterior (cuerpos vertebrales y disco) sirve de soporte para la absorción dechoques y fuerzas mecánicas. La posterior, el arco vertebral con sus apófisis y sus articulaciones es una guía direccional que limita la amplitud de los movimientos y sobre la cual actúan directamente fuerzas musculares importantes.

El disco intervertebral es la dovela clave de todo este sistema. Su parte superior e inferior son las láminas de unión con los cuerpos vertebrados, a ellos se adhiere el anillo fibroso. En el interior de él el núcleo pulposo, masa gelatinosa muy rica en agua (80%), actúa dinamicamente transmitiendo las fuerzas que sobre él se ejercen, según el principio de PASCAL. La elasticidad del disco se va perdiendo con la edad, así como la fluidez del núcleo. Por otra parte la vascularización de esta estructura se va reduciendo paulatinamente, tanto que a partir de los 30 años toda su nutrición se hace por difusión entre las zonas adyacentes. Estos tres factores explican cómo el disco intervertebral, a medida que pasan los años, es menos apto para realizar su función.

Los ligamentos intervertebrales son importantes para comprender la patología de esta región. El anterior envuelve al disco y a los cuerpos vertebrales no sólo por su cara anterior, sino que se extiende hacia los laterales hasta la inserción del pedículo. El posterior que cubre esta cara del cuerpo, a medida que desciende por la columna lumbar se va estrechando, de tal manera, que en el espacio L5-S1 su anchu-

Ayuntamiento de Madrid

ra es la mitad que en L_1, dejando así a ambos lados dos puntos débiles en la cara posterior del disco intervertebral.

El arco de las vértebras lumbares por la disposición de las carillas de sus superficies articulares solamente permite los movimientos de flexión y extensión.

La columna vertebral, en conjunto, actúa como un todo armónico y tiene sus curvaduras equilibradas. La flexión del tronco se realiza, casi exclusivamente, a nivel de la columna lumbar. En ella el 70-75% de la flexión se realiza a nivel del disco L5-S1, lo cual nos permite comprender cómo este disco está sometido a mayores esfuerzos que sus adyacentes. En estos movimientos de flexión y extensión del tronco intervienen también el balanceo de la pelvis alrededor del eje imaginario que une los acetabulos. Así pues junto al factor estático que supone una lordosis lumbar y un ángulo lumbosacro adecuado es necesaria una armonía entre los movimientos de las vértebras y el balanceo pelviano. Es lo que se conoce con el nombre de "ritmo lumbo-pelviano". A las anomalías de este ritmo se atribuye a menudo la causa de los dolores lumbares agudos, por ejemplo, al levantar un peso.

Estructuras sensibles al dolor. El disco intervetebral es insensible al dolor. El núcleo pulposo carece de terminaciones nerviosas, pero en el anillo fibroso si que se han podido encontrar algunas, si bien su función es aun desconocida. Veamos pues los tenidos adyacentes que son sensibles al dolor.

Se ha dado un papel muy importante al ligamento longitudinal posterior, rico en terminaciones nerviosas y sensible a la presión que puede ejercer un disco intervertebral lesionado (el disco intacto tiene la suficiente firmeza como para no ejercer nunca demasiada presión sobre el ligamento). La inervación de esta zona procede de los ramos meningeos (que más que nervios suelen ser ramos perivasculares) que desde el ramo comunicante gris sigue un curso retrogrado dividido en tres ramas. La principal corre hacia atrás hacia el

Ayuntamiento de Madrid

ligamento longitudinal posterior. La segunda pasa a la duramadre en el canal espinal y la tercera pasa a los tejidos epidurales. La cara vertebral de la duramadre tiene una rica inervación, no así la cara dorsal.

El ligamento amarillo y los ligamentos interespinosos son insensibles al dolor.

Las experiencias de SMYTH y WRIGHT en intervenciones sobre hernias discàles dejando suturas en estas estructuras sobre las que se podía ejercer una tracción una vez cerrada la herida operatoria y pasados los efectos de la anestesia, confirman estas pruebas.

Las articulaciones del arco vertebral, sobre todo su cápsula sinovial, tienen una rica inervación sensitiva.

Otro factor que se suele citar es el de la contractura muscular que puede producir dolor, ya veremos más adelante la importancia que tiene esto en la práctica.

Las raices lumbares son realmente los puntos de origen del dolor, pero esta relación no es tan directa como suele decirse a veces. Se piensa habitualmente que la presión del núcleo herniado produce dolor sin caer en la cuenta de la presión sobre los troncos nerviosos no tiene que ser dolorosa inexorablemente (cuando un vendaje de escayola produce una comprensión sobre un tronco nervioso pasa desapercibido, precisamente porque no es doloroso y la sorpresa es enorme al levantar el vendaje y comprobar, por ejemplo, un déficit motor). La presión más que dolor produce parestesias que se pueden extender por el territorio de distribución periférica del nervio. Por estas razones INMAN y SAUNDERS piensan que es más importante la alteración de la mecánica espinal y así han producido dolor por estímulos mecánicos o químicos en diversas estructuras de esta región en voluntarios.

De todas maneras cuando las intervenciones se hacen con anestesia local demuestran que el mero hecho de tocar la raiz afecta produce un dolor igual al que venía padeciendo el enfermo, (vease SEMMES).

Ayuntamiento de Madrid

De todo esto puede deducirse que la presión no es causa de dolor de la lumbo-ciática mas que si se ejerce sobre una raiz anormal (WETZEL). Antes de conocerse la patología del núcleo pulposo la ciática era considerada como una neuritis. LINDAHL y REXED y otros autores después encontraron alteraciones inflamatorias en las raices afectas. La inyección brusca de solución salina en el espacio epidural provoca dolor en las raices afectas, pero no en sus adyacentes aunque la inyección sea más próxima a éstas. Es decir, la raiz afecta es hipersensible al dolor, hipersensibilidad que para WETZEL se podría explicar de acuerdo con los trabajos de GRANIT por una pérdida del "aislamiento" entre las fibras motoras y sensitivas a nivel de la compresión que produciría un cortocircuito- es decir, un círculo vicioso entre la médula espinal y el punto de la lesión.

La experiencia clínica demuestra que esta patogenia resulta insuficiente para explicar los dolores lumbociáticos. Habitualmente se distinguen varios tipos (vease, por ejemplo ADAMS y col. y STEVENS):

a) Dolor local, producido por cualquier proceso patológico que irrita las terminaciones nerviosas de las partes sensibles al dolor. El dolor es constante y localizado con cierta prevalencia a nivel de la lesión.

A este dolor local se puede sumar el dolor producido por el espasmo muscular secundario que puede palparse en la exploración clínica.

b) Dolor referido. Aquí se incluye tanto el dolor referido desde órganos distintos (fundamentamente pelvianos) es decir, un dolor referido visceral, como el originado a nivel de la columna y que se refiere a los dermatomas superficiales. Algunas lesiones intraespinales pueden ser muy dolorosas. Los abceses son particularmente dolorosos.

c) Dolor radicular es el dolor producido por la irritación de la raiz nerviosa. Como hemos visto más arriba es el que entra en consideración habitualmente al explicar la pato-

Ayuntamiento de Madrid

genia de la ciática. El típico dolor radicular se aumenta al estirar el nervio (maniobra de LASEGUE y similares) o al aumentar la presión intrarraquídea (tos, estornudos, etc., aumento de la presión por maniobras de la exploración clínica, etc.).

d) Hay otros tipos de dolores que no entran dentro de los grupos anteriores: dolor isquémico (por claudicación intermitente) etc.

Las causas del dolor lumbar son muy variadas. El trabajo de GHORMLEY en 2.000 casos de la Clínica Mayo es ya un clásico en este sentido. En la misma línea entra la clasificación de STEVENS que figura a continuación.

Tipos de dolores lumbares

I - Mecánicos: a) deformidad: congénita: anomalía lumbosacra (0'2%)
espina bífida, escoliosis (0'6%)
Adquirida: escoliosis (0'6%)
lordosis
espondilosis y espondilolistesis (2'8%)

b) trauma: de los tejidos blandos
de los huesos (4'2%)
intervenciones quirúrgicas previas (0'4%)

II - Degenerativas: discos (22'3%)
articulaciones sinoviales (25'6%)
Trombosis arterioesclerotica

III - Inflamatorias: bacterianas - piógenas agudas (0'2%)
crónicas granulomatosas (1'9%)
otras
inespecíficas (6'5%): espondilitis anquilosante
artritis reumatoide

IV - Enfermedad ósea sistémica: osteoporosis (1'8%)
alteraciones endocrinas
enfermedad de Paget (0'1%)

Ayuntamiento de Madrid

V - Neoplásicas: esqueléticas (0'6%)
médula espinal (0'3%)

VI - Referidas: estructuras retroperitoneales
órganos pelvianos

A éstas hay que agregar un grupo de etiología indeterminada (enfermedad socro-iliaca no reumática, esfuerzo postural y fibrositis) en un total de 19'2% y las alteraciones de las estáticas 8%.

En la práctica resulta que hay varios hechos que no tienen explicación. HANRAETS tiene un estudio crítico muy completo y que merece la pena que lo tengamos en cuenta aquí. HANRAETS es neurocirujano con una experiencia muy amplia en este sentido. A medida que se iban haciendo más intervenciones por presuntas "hernias del núcleo pulposo" se fue observando como las recaidas eran frecuentes y como los hallazgos operatorios a veces eran negativos en los casos más típicos. El estudio de la recaida después de las intervenciones junto a estos hallazgos hizo pensar en que existiesen otras alteraciones orgánicas capaces de producir estos mismos síndromes.

El resultado de las laminectomías hechas en los enfermos diagnosticados de "hernia de disco" (diagnóstico confirmado por la mielografía) pero sin hallazgos operatorios pone en duda la validez de la mielografía en todos estos casos, pero también señala un hecho fundamental. Muchos enfermos se curaban después de la laminectomía (40%) o por lo menos mejoraban (22'7%). La mejoría se debía según HANRAETS a la descompresión de la raiz. Más adelante veremos como hay otras explicaciones. Del resultado de las rizotomías deduce este autor que el origen del dolor tiene que estar en los dos tercios externos de la raiz y en el ganglio.

Para HANRAETS existen causas que al no detectarse en la operación solo puede ser, bien funcionales (en el sentido de una dinámica alterada) o psíquicas. Por ejemplo, desequilibrios en la inervación muscular por enfermedades del sis-

Ayuntamiento de Madrid

tema nervioso central pueden producir dolor lumbar. LOPEZ IBOR llamó la atención del lumbago como primer síntoma de la enfermedad de Parkinson. También menciona este hecho y al lado de él cita otras alteraciones neuromulculares (esclerosis múltiple, etc.). También las deformidades de la columna (como se ve perfectamente en las radiografías). Para este autor existen una serie de trastornos degenerativos constitucionales ("endógenos" dice él) que producen un dorso debilitado ("weak back") que predisponen a los dolores en esta región.

Junto con esto existen factores psicológicos importantes. En los fracasos operatorios el 32% padecían alteraciones psíquicas. Pero lo curioso es que de este número solo la quinta parte tenían trastornos psíquicos antes de la operación. De aquí se deduce que la intervención quirúrgica pone de manifiesto alteraciones psicopatológicas latentes (vease el capítulo de la suplencia de síndromes).

Otro problema que se plantea es el de si las alteraciones de la personalidad son capaces de producir lesiones a nivel de la columna lumbar que luego sean causas de dolor. Aquí se pueden incluir factores culturales y educacionales. Cierto tipo de vida haría a los sujetos más predispuestos a ellos. Por ejemplo, el ama de casa estaría más predispuesta a la tensión crónica ("chronic back strain")(1) mientras que el operario manual al lumbago agudo ("acute back strain"). La fatiga y el lumbago crónico cierran un círculo vicioso al producir aquellas anomalías posturales dolorosas pero al mismo tiempo fatigantes. De la misma manera según HANRAETS una fase depresiva durante la cual el enfermo "se deja caer" pone de manifiesto alteraciones pre-existentes (pag.246). Este dorso débil o degenerativo ("degenerative back") de este autor estaría en relación con otro tipo de "degeneraciones" constitucionales principalmente con el "nerviosismo constitucional," la astenia tal y como fue descrita por los clásicos (VIRCHOV, BENNICKE, TUFFIER, etc.) es decir, como un desarro-

---

(1) Esto está en relación con los dolores por tensión muscular, noción que hemos criticado en el apartado de las cefaleas.

Ayuntamiento de Madrid

llo imperfecto del tejido conjuntivo en todo el organismo (fibrogenia imperfecta generalizada) acompañada de rasgos caracterológicos peculiares.

Como resumen de lo expuesto hasta ahora sobre la complejidad de este problema no me resisto a citar unos párrafos de una historia clínica de WETZEL:

> "En un enfermo con síntomas y signos muy marcados la operación fue suspendida por dificultades en la anestesia inmediatamente después de haber sido hecha la incisión cutánea. Cuando el enfermo despertó el dolor había desaparecido. El cirujano insistió en operarlo otra vez para extirpar el núcleo herniado. Así lo hizo encontrándose una hernia grande que extirpó. Desgraciadamente el dolor reapareció después de esta segunda operación."

En nuestros enfermos aparecen dolores y parestesias en la región lumbar con cierta frecuencia y bambién ciáticas. Hay que tener en cuenta que no es un síntoma que refieren los enfermos espontaneamente porque no parece que tiene relación con el motivo de la consulta. La anamnesis es difícil por la propia depresión a pesar de inquirir directamente sobre los síntomas. Junto con estos casos aparecen otros muy en relación con fases depresivas. Se han descrito fases depresivas en enfermos de lumbago que acuden a los balnearios, (vease capítulo de la suplencia de síndromes).

La lumbociática depresiva tiene su sintomatología definida y ésta sola debería de bastar para poder hacer el diagnóstico, a persar de algunos hallazgos en la exploración, me refiero fundamentalmente a hallazgos radiológicos. Lesiones "degenerativas" de los discos o de las pequeñas articulaciones intervertebrales son una fuente de error frecuente. También "hernias del nucleo pulposo" dignosticadas mediante mielografía. No hay que orvidar el trabajo de McRAE que encontró post-morten (mediante disección, radiografía y mielografía) como en los sujetos de más de 30 años existe en un 60% de ellos trastornos discales múltiples anteriores y laterales y en el 40% de los casos también trastornos posteriores, muy frecuentemente múltiples. El resultado global de sus investigaciones es que casi todos los sugetos de más de 40

Ayuntamiento de Madrid

años tienen por lo menos una luxación cervical posterior y otra lumbar.

La exploración neurológica en todos estos casos es negativa en los músculos de los canales vertebrales en el nivel lumbar existe, a veces una contractura y a veces también es posible provocar la contracción de éstos estimulando la piel localmente como se hace en la exploración de los reflejos abdominales. La maniobra de LASEGUE y otras similares son negativas, aunque la exploración pueda ser dudosa.

El dolor no depende de la contracción muscular aunque exista, ya que su localización no corresponde totalmente a ésta. Su distribución es distinta.

Ha.nº 7,718- Enferma de 27 años, casada. Viene a la consulta por un dolor en el trayecto del ciático. Hace seis meses comenzó con un dolor en la pierna derecha, dolor ligero que comprendía todo el trayecto del ciático. En el transcurso de dos meses el dolor se fue intensificando hasta no poder tenerse en pie y se metió en la cama. Fue vista por varios médicos y diagnosticada de hernia discal. Se le hizo un tratamiento a base de vitaminas pero no mejoró. Al poco tiempo otro con antibióticos y a los dos meses de seguirlo había empeorado de tal forma que no podía levantarse de la cama. Durante unos días se le hizo tratamiento con radioterapia y pudo andar normalmente, casi sin dolor. Esta mejoría solo duró cinco días. Volvió a recaier y en el momento de la consulta lleva veinte días con un dolor muy intenso que a veces se irradia a la columna vertebral y riñones. Duerme muy mal. Debido a la cantidad de calmantes que toma, especialmente optalidón y bromohioscin, se siente muy mal, como atontada, con molestias en la cabeza y en todo el aparato digestivo.

Nació de embarazo y parto normal, se crió sana, salvo una colitis que le duró de los 4 a los 9 años. A los 10 años escarlatina. Muy propensa a las bronquitis. Menarquia a los 11 años. Unos días antes de aparecerle el periodo la pierna derecha se le hinchó mucho. El médico no le dio importancia. Cuando era pequeña en esta pierna le daban calambres por la noche. Cuando se desarrolló le desaparecieron. Tuvo una otitis y le supuró el oído derecho durante un año. Hipoacusia de este oído. En los últimos años fiebre de heno en primavera. Este año ha sido tratada con anti-histamínicos. Desde hace dos años frecuentes depresiones antes del periodo. Hace cuatro días que dice tener "cosquillas" en las amigdalas. El padre vive sano, pero padeció de lumbago y ciática, la madre sana. Uno de los hermanos fue tuberculoso.

En la exploración se observa lo siguiente: no puede tenerse de pie y aun sentada lo hace de una manera especial. En la cama tiene que echarse sobre el lado dere-

Ayuntamiento de Madrid

cho, precisamente el que le duele. No puede estar del otro lado, ni boca arriba, ni boca abajo. Echada sobre el lado derecho incluso se puede practicar la maniobra Lasègue con cuidado y la tolera. El dolor le tiene en la región coxigea y se difunde por la parte posterior de la misma hasta llegar a la corva. El reflejo rotuliano y el aquileo de este lado están incluso más exaltados que en el otro. Los análisis anteriores son negatives. Radiografía de columna normal. Wasserman y complementarios negativos. Se hace una nueva exploración veinte días después del tratamiento (electrochoques) y está muy bien, casi sin dolores. No queda más que un ligero dolor y acorchamiento del glúteo derecho.

Catamnesis: nueva exploración un mes más tarde. Muchísimo mejor. Ya puede andar. Le queda un cierto dolor en la región glútea derecha, dolor sordo que se le extiende hacia arriba en la espalda como el lumbago. Su estado general ha mejorado considerablemente.

Cinco meses más tarde sigue muchísimo mejor. Embarazo de tres meses. Le han disminuido enormemente los dolores. Ahora lo único que nota es "falta de vida" y también algunos días cefalea. Ha tenido unos días una especie de "confusión mental," parpadeo y unos tics. Cuando viene a Madrid mejora y en su pueblo está más deprimida y confusa.

Dos años más tarde sigue bien de la ciática. Ha tenido otro niño además del que esperaba entonces. Ahora se queja del dedo gordo del pie izquierdo y dice que lo tiene como acorchado. Dolor unos tres días del periodo y también acroparestesias con sensación de hinchazón en las manos. Latigazos en el riñon. Es curioso que todos estos síntomas los nota mucho menos al andar. Sensación general de atontamiento.

Ha.nº 3.675- Enferma de 48 años, casada, extranjera. En la primera consulta cuenta como antecedentes familiares que a sus abuelos paternos no los conoció pero sabe que mirieron de edad avanzada y los maternos también. El padre murió a los 50 años de repente, nunca había estado enfermo. La madre murió en un parto. Han sido tres hermanos, la enferma es la pequeña. Los otros viven y están bien. No hay antecedentes de enfermedades nerviosas en la familia. Casada sin hijos, dice que tuvo uno que murió de accidente. Ha tenido un aborto.

Nació de parto normal y se desarrolló normalmente. Menarquia a los 13 años y menopausia hace un año. Desde hace unos quince años tiene molestias de vesícula biliar diagnosticadas de infección y colecistitis que están siendo tratadas y sus molestias dependen del regimen que sigue. Dolores de cabeza que atribuye a la bilis y que se le pasan cuando devuelve o come alguna cosa. La enfermedad actual comienza un año antes de la consulta. Dice haber estado cinco años en América y al volver empezó a subir y bajar escaleras de su casa a lo que no estaba acostumbrada. Un día notó una molestia en la pantorrilla y en la corva del lado izquierdo un dolor que fue aumentando hasta que le subió a la región lumbar izquierda. Le hicieron masajes, fomentos calientes, onda corta, sin encontrar alivio, sino que más bien los

Ayuntamiento de Madrid

dolores eran cada vez más fuertes y le parecía que se extendían hacia la ingle. Ha tomado muchos calmantes por vía bucal. Fue operada de amigdalas hace tres años y de hemorroides hace cinco. Siempre que camina recuerda que tiene la pierna izquierda, no tiene sensación de firmeza en ella. Dice que ha bailado y no puede mandar a esta pierna como antes. A veces tiene la sensación de tenerla como adormecida pero esto solo le dura unos momentos. El dolor es en la cara externa de la pierna y le sube por la región posterior del muslo. A veces la nota más gorda que la otra. Siempre tiene las rodillas y los pies un poco fríos. A veces nota un dolor que le llega al talón, pero nunca a los dedos de los pies. El dolor lo tiene cuando está sentada y le da más al acostarse. Está de pie y llega un momento en que tiene que sentarse para poderse vestir, por ejemplo. Duerme poco, apetito bueno. El dolor le pone irascible. Muchos días no tiene ni ganas de vestirse, ni de hacer nada, ni recibir a la gente. El dolor no muestra la distribución característica de la ciática; es un dolor sordo. La presión de la masa muscular no duele pero sí el manguito de un oscilómetro. Sensación de palpitaciones, ligera tristeza. Resto de exploración negativa.

Catamnesis: dos semanas más tarde sigue con el mismo estado de depresión, dolor en la nuca, palpitaciones. Comienza tratamiento con acetilcolina por vía intravenosa. A los cinco meses, se mueve con muy ligeras molestias de su algia. Dos meses más tarde, está mucho mejor, a penas si tiene molestias. Tres meses más tarde vuelve a tener pequeñas molestias que ella misma califica de poca importancia. Pasó bien tres años y luego tuvo algún ligero insomnio y "piernas intranquilas" que consultó por escrito. Vuelve a la consulta cinco años más tarde. Está bien, no queda residuo de su dolor en las piernas, pero si un estado de desinterés por la vida, como si presentara una depresión mitigada.

La distribución del dolor como en los casos que acabo de relatar pueden no presentar exactamente el trayecto del ciático. Junto con el dolor hay parestesias y alteraciones del esquema corporal, como suceden en otras algias timopáticas. El dolor les irrita, están deprimidas. La catamnesis de ambas enfermas confirma el diagnóstico.

Hay muchas referencias en la bibliografía sobre los síntomas psíquicos en los reumatismos y en los dolores lumbares. En la obra ya citada de LEWIN hay un capítulo sobre este tema. También en la de HANRAETS, VERAGUTH se refiere a la importancia de la espalda en el esquema corporal. No cabe duda que con la postura erecta el dorso del hombre adquiere un significado muy distinto del de los animales. Junto con

Ayuntamiento de Madrid

esto hay otros factores relacionados. La visión binocular, estereoscópica trae como consecuencia un campo visual más limitado que el de muchos mamíferos y así hace falta una mayor movilidad de la columna (cervical y lumbar) para ver lo que está por detrás, pero siempre el hombre tiene algo por detrás mientras que muchos cuadripedos pueden ver un campo visual mayor sin necesidad de mover el tronco, aunque si el cuello. El hombre tiene un dorso muy indefenso o proporcionalmente más indefenso que la faz que es donde llega la vista y los miembros superiores. Incluso desde el punto de vista sexual tiene el dorso de los animales una importancia mayor. El hombre puede sentirse traicionado por la espalda, o dar la espalda a lo que no le interesa, o demostrar así su desprecio. El futuro está al frente, el pasado lo dejamos a nuestra espalda, pero también cargamos sobre nuestros hombros el peso de nuestra carga en el caminode la vida, carga en el sentido no solo físico, sino de responsabilidades y de esfuerzos.

Como vemos, el lenguaje cotidiano atribuye al dorso un significado antropológico singular. Por eso no es de extrañar que para muchos enfermos sea la espalda un nudo vital de la importancia que tiene la cabeza o el corazón (LOEWENBERG).

El que a un síntoma se le pueda atribuir un significado antropológico no quiere decir que lo tenga y mucho menos que lo tenga en todos los casos. Menos aun que eso sea un dato clínico a tener en cuenta, pero de todas maneras la medicina psicosomática está envuelta en este halo de la significación que trasciende al propio síntoma. Es un terreno difícil. El error está en querer llevar la significación demasiado lejos. Los síntomas histéricos suelen tener un simbolismo más claro (aunque en él no se agote todo el síntoma. (Véase la doctrina de LOPEZ IBOR sobre las neurosis y también las de KRETSCHMER). El lumbago tiene a veces relación con la camptocormia, que es un síntoma histérico muy típico aunque raro en nuestros días. En ambos el dorso es insuficiente para su función antropológica de mantenor la postura erecta. No hay que olvidar que el "homo erectus" necesita descansar acostado, su dorso necesita volver a la

Ayuntamiento de Madrid

tierra y que muchas de sus actividades las realiza sentado. El "homo erectus" solo lo es parcialmente. Es decir, para alguna de las laboros más elevadas que realiza el hombre la postura no necesita ser erecta.

Pues bien, en la camptocormia como en el lumbago falla la postura erecta. Vemos pues como la experiencia clíni9 ca nos aleja de considerar al dolor lumbar como un fenómeno aislado y local. El lumbago es expresión de un modo de estar en el mundo anómalo, es decir, es un estado de ánimo patológico. Por eso le llamamos también un "equivalente depresivo."

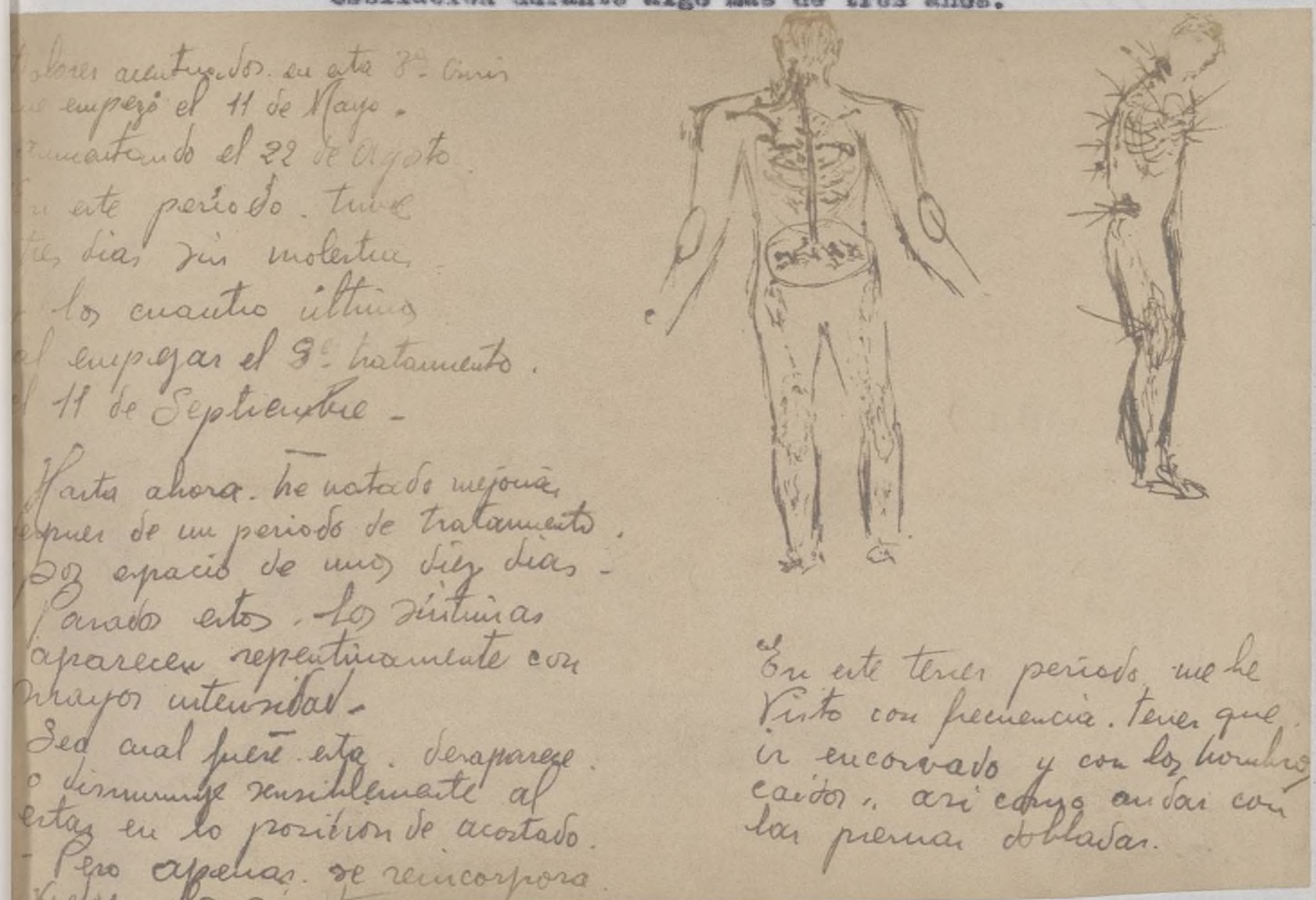
La historia siguiente corrobora estos puntos de vista.

Ha.nº 11.359- Enfermo de 46 años, soltero, industrial. Como antecedentes familiares figuran los de una hermana también tratada en nuestra consulta. Enfermedades de la infancia y fiebres de Malta. Cuatro años de venir a la consulta empieza a notar unas molestias que consistían en una sensación dolorosa no muy intensa en la región dorso-lumbar, no facilmente localizable y que más bien se extendía por los diversos músculos de la región. "Es como si tuviera agujetas" dice. Es decir, como si notara que los músculos dorsales se le cansansen al mínimo esfuerzo. Estas molestias siempre le aparecían en primavera para desaparecer al comienzo del invierno siguiente. La vitamina B le sienta bien, pero el año pasado ya no le hizo efecto, sino que los dolores le han continuado todo el invierno y los tiene en la actualidad cuando consulta. Son además más intensos que otros años. La sensación de cansancio no es solo de la espalda sino que se generaliza a todo el cuerpo. Estado de ánimo muy bajo que el enfermo atribuye a sus molestias físicas. Le han encontrado escoliosis dorso-lumbar, osteofitos y alteraciones artósicas, otros hablan de un síndrome de Theis o de enfermedad de las inserciones musculares.

Catamnesis: a los dieciocho días de haber empezado con un tratamiento antidepresivo estaba mucho mejor. Tres meses más tarde interrumpe el tratamiento y vuelve con sus dolores. Trae nuevas radiografías en las que dicen que hay discartrosis en D-4 y D-5. Los dolores son más bien a nivel de D-6 y D-7 sobre la tetilla izquierda y la zona lumbar. Cuando está de pie y quiere incomporarse y estirarse es cuando le duele más. Dos meses más tarde está muchísimo mejor. Se queja menos de sus dolores. Al año de la primera consulta sigue en tratamiento y recae con mucha frecuendia si le interrumpe. Ahora tiene la impresión de que cuando recae sus sensaciones son más fuertes que antes. Describe muy bien éstas. Hay una dificultad inmensa en enderezar el cuerpo sobre

Ayuntamiento de Madrid

todo el cuello. Cinco meses más tarde, en general mejor que la vez anterior. Trae su gráfico y en el puede verse que los periodos de mejoría son más largos y los empeoramientos no tan intensos. Tiene espíritu viajero. Lo que más le gustaría es ir de un lado para el otro. Sin embargo, se le impide su carptocormia ahora más aparente. Los dolores son siempre a lo largo de la columna vertebral, pero hay sitios, uno en la mitad de la columna y otro junto a la escapula izquierda que son los que más le alteran. Es curioso lo bien que trae esquematizados todos los efectos del tratamiento, medicación, crvas y ciclos de la misma. Ultimamente ha tenido unos mareos probablemente por hipotensión. Siguió un tratamiento y ahora ya está muy bien, con alguna ligera oscilación durante algo más de tres años.



Dolores acentuados en esta 8ª Crisis
se empezó el 11 de Mayo.
Terminando el 22 de Agosto
En este periodo tuve
tres días sin molestias
los cuatro últimos
al empezar el 3º tratamiento.
el 11 de Septiembre -

Hasta ahora he notado mejoría
después de un periodo de tratamiento,
un espacio de unos diez días -
Pasado estos. Las dolores
aparecen repentinamente con
mayor intensidad -
Sed anal fuerte esta. desaparece
o disminuye sensiblemente al
estar en la posición de acostado.
- Pero apenas se incorpora
vuelven los dolores

En este tercer periodo me he
visto con frecuencia tener que
ir encorvado y con los hombros
caídos, así como andar con
las piernas dobladas.

No cabe duda que este enfermo tiene rasgos anancásticos en su personalidad. También en la historia siguiente los dolores tenían esta significación, como veremos a continuación.

Ha.nº 17.071- Enfermo de 44 años, casado, comerciante, extranjero. Hijo de unos grandes empresarios metalúrgicos. Hizo estudios de ingeniería y también se licencia en económicas. Alegre, jovial, activo, deportista. Un día su padre transformó la empresa en una sociedad

Ayuntamiento de Madrid

anónima y le hizo vender sus acciones y que luego fuese a su casa, insultase a su mujer y se separase de ella. Llevaban casados varios años y tenían tres hijos, pero como él viajaba mucho, ignoraba la doble vida que llevaba su mujer. Por lo visto ella organizaba extrañas orgías en las que circulaba la cocaina y otras drogas. Tras el forcejeo del divorcio, el padre repartió sus bienes a los asilos de beneficiencia y recomendó al enfermo que hiciera un viaje para olvidar lo ocurrido. El enfermo no ha regresado nunca a su país por los motivos sociales ya que el escándalo había trascendido mucho. Cuando viene a la consulta han pasado 15 años. Desde entonces el enfermo ha viajado por diversos paises. Ha rehecho su vida teniendo éxito en las empresas que ha organizado. En Francia, donde ha pasado los últimos nueve años, conoció a una chica con la que vivía, pero su unión era tan solo una comunicación física. Desde hace cuatro años que le cansa ese país. No hay sol, la monotonía del trabajo, la monotonía de su relación exclusivamente corperal con la mujer con quien vivía, etc.,etc. le hacían vivir desganado, decaido, dormir peor, poco apetito y falta de voluntad. Este estado depresivo le hizo tomar la decisión de venir a España. Tenía un contrato con una empresa y además hizo nuevos negocios que le fueron muy bien. Luego ha tenido una nueva fase de apatía, molestias por todo, descontento, irritabilidad, desánimo, tristón, cualquier cosa le hace llorar. No tiene ningún interés por sus negocios. Se siente solo y sin ganas de hacer nuevas amistades. El hecho de ser católico le impide casarse de nuevo y formar un nuevo hogar. Relaciones íntimas con una divorciada, actualmente algo distantes. De noche se despierta empapado de sudor y con miedo a que le ocurra algo, a que la cabeza le estalle o a que le dé algo en el estómago. Estas crisis le duran unos minutos y luego queda dormido, pero necesita tomar unos diez whiskys. Muchas mañanas nervioso o inquieto. Cuando conduce solo por carretera siente malestar en la nuca y mareo, sobre todo si va otro coche detrás de él. Tiene miedo a todo. Si un guardia se fija en él cree que es para hacerle algo.

Antecedentes familiares sin interés. Cuando viene a la consulta hace ocho meses que se encuentra peor. Comenzó de repente. El estaba activo en sus negocios, quizas hipertímico. Un día amaneció mal, disgustado con algo mismo. Cada vez más deprimido. Se fue creando un mundo de enfermedades imaginarias del hígado, del intestino, etc. y consultó muchos médicos. Estuvo tres días ingresado en una clínica donde le hicieron un "chequeo" y le dijeron que no tenía nada y ya se siente mejor. Realmente lleva enfermo muchos años y siempre empeora con los cambios de estación. El año pasado a fin del verano tuvo una época de depresión, insomnio que se le quitó después de un viaje a Italia. Ha tenido un lumbago muy intenso. Varias recaidas en el mismo. El primer ataque fue hace diez años. El dolor era fuertísimo y se le corría por la pierna izquierda hasta el punto de arrastrarla. El dolor le duraba solo un día, empezándole un día que frenó bruscamente el coche. El lumbago le viene más en invierno. La primera vez hibieron de escayolarle

Ayuntamiento de Madrid

hasta las axilas porque le dijeron que tenía una fisura vertebral. Luego siguió con un corsé de ballenas de acero. A los cinco años le repitió el ataque de lumbago y como era muy fuerte volvieron a enyesarle pero esta vez el enfermo no lo aguantó y al cabo de un mes se lo quitaron. Otro médico unos años más tarde le dijo que sus vértebras ahora estaban bien. Casi todas las noches tiene un dolor en las piernas, dolor suave como unas cosquillas y poco a poco se le van encorvando las piernas. "No me asusto," dice, "pero estas noches tengo que dormir con almohadas y las luces encendidas." Ahora la verdad es que se asusta por nada, que todo se le amontona. Su ánimo está peor por las tardes. La exploración es negativa. Con el tratamiento mejoró su estado de ánimo rapidamente, pero volvió a aparecer otra vez el dolor lumbar.

* * * * * *

La coxigodinia o coccydinia

Dentro de los dolores de esta región tiene un particular interés la coxigodinia. Es un síntoma difícil de filiar y difícil de resolver terapeuticamente. El coxis tiene una gran variabilidad de un individuo a otro y radiograficamente es posible comprobar muchas de sus anomalías. Los dolores en esta región son considerados frecuentemente como traumáticos pero cada vez se tiende más a considerarlos como de origen psicógeno (HANRAETS) sobre todo debido a los fracasos de la terapeútica quirurgica (extirpación). En las siguientes historias se ve el carácter depresivo que tiene para nosotros este síndrome.

Ha.nº 11.558- Enferma de 35 años que pasó hace nueve años durante un embarazo por una fase depresiva leve. Cuando viene a la consulta hace seis meses que no se encuentra bien. Ha venido arrastrando un dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho, sordo y bastante continuo, sin complicaciones digestivas. El dolor lo había atribuido al hígado pero han fracasado todas las terapeúticas empleadas. Alguna vez le da un ligero mareo. De vez en cuando dolor coxígeo que se le irradia hacia las piernas, los días que se enfada le duele más. Ha sido atribuido a un ovario. También dolor de cabeza y nucalgia. La exploración es negativa. También una exploración digestiva radiológica que se había hecho antes. A los dos meses de tratamiento con I.M.A.O. los dolores le han desaparecido

Ayuntamiento de Madrid

totalmente.

Las algias en esta región coxígea pueden conducir a errores diagnósticos importantes. Los que padecen coxigodinia suelen ser personalidades especiales (LOPEZ IBOR), hombres páticos (FEVERS) por eso son un tipo de dolor que aboca frecuentemente a la toxicomanía.

Ha.nº 7.994- Enfermo de 56 años. Viene a la consulta por lo siguiente: desde hace seis años que nota un gran cansancio, desgana, sin deseos de hacer nada, especialmente al levantarse. Si anda una hora o más le pasa. Dolor en la región sacra, lento, casi sin destacar y lejano. Localizado en un punto que duele a presión. Visto por varios médicos diagnosticaron de "sacralización" indicando la necesidad de un injerto, fibrositis, espondiloartrosis, etc. Influyo el clima las preocupaciones y el trabajo. Desde hace un año que el dolor es más intenso y toma muchos analgésicos. El dolor se ha hecho más agudo después de un tratamiento con ultrasonidos. Luego ha llevado corsé que no le mejora nada. Doce sesiones de radioterapia que aumentan el dolor. Hace seis meses que tuvo que quedarse un mes en cama con gran anorexia y durmiendo sobre una tabla, perdió peso y estaba preocupado y muy triste. Un farmacéutico le recomendó Spptnom y espesó con medio c.c. diario. Diagnosticado de reumatismo, tomó frasco y medio de cortisona. Tiene gran inquietud, mucho insomnio y gran impresionabilidad. Poco a poco ha ido aumentando las dosis de Septnom y de Metasedin. Hace 3 meses le operaron y mejoró de aspecto sobre todo se le ha quitado la preocupación de que su dolor fuera por un tumor. El dolor no le ha desaparecido pero ha cambiado. Antes era más concreto, ahora es difuso pero más débil. Ahora le han dicho que su dolor es funcional. Cada tres o cuatro horas le aparece y ha de inyectarse un calmante siéndole muy difícil prescindir de ellos. Los alterna con tabletas por vía oral. Pasa las noches muy tristes y llora con frecuencia, especialmente si ve a sus amigos. Irritable. Taquicardia. Desde siempre se despierta de noche con ahogos y palpitaciones y se sienta en la cama y piensa que se va a morir. Siempre se acostaba con miedo a que esto sucediera. El año pasado tuvo mareos, "notaba que me faltaba la base de sustención y me agarraba, como sime fuera cera al suelo. Miedo a que me pasara algo." Dice que siempre ha sido miedoso y cualquier cosa que se refiere a su enfermedad le asusta. Hace unos años tenía hormigueo en las manos. "Sentía algo molesto y tenía que frotarlas." Digestiones pesadas. Se le ve a rayos y la papilla tarda en pasar por espasmos. Desde hace 20 años pasa por épocas de astenia, cansancio que alternan con otras de euforia y actividad. "Mi trabajo no es de rendimiento normal. Trabajo a retazos." Todos estos síndromes anteriores le han desaparecido y ahora no tiene más que el dolor en el sacro.

Ayuntamiento de Madrid

El padre murió de un tumor y la madre vive y padece de vesícula. Ingresa en la clínica por la toxicomanía. Dice de si mismo que es "hombre blando" que no puede soportar el sufrimiento. Cura de deshabituación. Colitis del tipo colón ifritable, deposición postprandiales con tenesmo. A veces dolor en barra, ruidos, cólicos, etc. Poco a poco va ganando peso, pero continua deprimido. Luego tiene ese dolor que nace en la zona sacra y se le irradia a los testiculos. También molestias al orinar. Su estado general no mejora demasiado y sigue con apetencia hacia el tóxico. Su doler, que tiene un componente angustioso manifiesto, le descompone. Cuando le dá es como si tuviera una acatisia. Necesita estar sentado, no moverse. Es muy sensible a la insulina y con dosis muy pequeñas tiene crisis convulsivas.

Catamnesis: tres meses después ha mejorado. Desaparece el síndrome angustioso y un mes después confiesa que está absolutamente sin dolores, alegre y optimista.

Al igual que otras algias depresivas no son nunca síntomas aislados. No sólo coexisten con otros sino que se difunden a otras regiones adyacentes. No hay que olvidarse que en las historias clínicas aquí recogidas se ha buscado una cierta "tipicidad" o "pureza" en los diversos síntomas y que muchas veces no aprecen tan resaltados como éstos sino envueltos en un conglomerado con otros muchos (véase el apartado sobre las algias difusas). Así la coxigodinia se convierte en algia perineal, enlazando con algias uterinas, anales (sobre todo parestesias) etc.

Ha.nº 15.062- Enferma de 39 años, casada, que consulta por dolor en el sacro. No recuerda enfermedades anteriores. Sólo que meses antes de empezar estos dolores tuvo una temporada picores en el año que no le debaban parar. Menarquia a los 15, ultimamente dismenorrea intensa y entonces empeora de sus molestias. Se casó a los 18 años y tiene tres hijos. El marido es sastre y ella le ayuda en el negocio. Han sido dieciseis hermanos y la enferma es la penúltima, la mayoría murieron de pequeños. La enfermedad que motiva la consulta empezó hace cinco meses, con molestias en la región sacrra, en los gluteos y año que a veces se corría hacia adelante. Dice que el dolor era a veces muy fuerte. Un médico le puso unas inyecciones en la zona que más le dolía, pero no notó alivio. Pocos días después empezó a notar mucha desesperación. Andaba por la habitación sin poder descansar y así perdió el sueño. Las molestias fueron acentuándose y actualmente no tiene día bueno. Intranquila, ansiosa, desanimada, cansada, aplanada, abatida, "No puedo trabajar ni hacer nada." No siente ganas ni ilusión por nada. Lo poco que come se le queda en la garganta. También ha tenido dolor de estómago y se

Ayuntamiento de Madrid

queja de malos olores y de tos rebelde. La molestia en los glúteos es continua y además se le ha subido a la nuca y a los hombros. Anda con dificultad. Ha tomado toda clase de analgésicos y sedantes. Por este motivo ha de ingresar en la clínica. Ha adelgazado muchísimo.

Comienza un tratamiento con Tofranil pero sigue decayendo los primeros días. Ha desaparecddo la ansiedad y el insomnio, pero siente menos fuerza y cree que tiene una grave enfermedad. Ahora se siente muy desanimada sin energía ni deseos de vivir y poca esperanza de curarse. Sigue con anomalías menstruales y las algias sacras son permanentes. Nota también en los hombros una sensación displacentera que no es dolorosa, más bien cansancio y "hormiguillo." Hace dos años tuvo una caída sobre el sacro y achaca a ello las molestias en esa región. Con respecto a los malos olores niega traumatismo craneal ni proceso meningeo, ni rinitis. A medida que crecían sus molestias sacras se acentuaban los malos olores. Las toses irritativas no aparecen durante las entrevistas. No hay síntomas paranoides ni conflictos conyugales. En un electroencefalograma hay unos potenciales theta difusos.

Un mes y medio más tarde está completamente remitida e incluso un poco eufórica. Alguna vez si está mucho rato en cama dice que nota un "bulle-bulle" en la pierna izquierda. Dada de alta sigue en tratamiento un tiempo más con Tofranil. Nuestras noticias es que la remisión continua.

La siguiente historia es extraordinariamente interesante a mi modo de ver.

Ha.nº 16.140- Enferma de 49 años, casada. Hace cuatro o cinco años empezó a tener trastornos durante los que se encuentra muy cansada con gran desasosiego y mucha intranquilidad, quejándose de fuertes dolores en la espalda y en la cabeza. El marido los atribuye a disgustos que ha sufrido; dos hijos nacieron con deformidades anatómicas muy pequeñas. Ha tenido diez hijos, los otros son normales. Las crisis han sido después de operaciones para corregir las deformidades de los hijos. Ha sido vista por muchos médicos y un psiquiatra le hizo una cura de sueño y la tuvo dos meses en una clínica después de lo cual estaba muy recuperada, dice. De nuevo la ha trastornado la perspectiva de una nueva operación de sus hijos. Comienzan de nuevo las quejas de dolor en la espalda. El marido la llevó a Nueva York donde no le encontraron nada orgánico y le recomendaron fuera a un psiquiatra, ingresando en nuestra clínica.

La enferma cuenta que ha tenido una vida muy agitada por las preocupaciones de sus hijos y por sus celos exagerados del marido, hasta el extremo de reprocharle a veces si alguno de sus hijos no serían de él. Cuenta que sus trastornos empezaron hace dos años por un dolor en la matriz que le impedía andar. Se sentía intranquila y nerviosa. También la emoción que le produjo la boda de su hija mayor. Los dolores variaba según su es-

Ayuntamiento de Madrid

tado de ánimo. Hace ocho meses empezó a sentir dolor en la cabeza y en la espalda. Hace un mes tiene un dolor muy fuerte en la columna que le llega a paralizar, dice. La sensación es de un dolor brusco y repentino en el coxis y después en la región lumbar. Entonces se queda como rígida, encogida, sin poderse mover. Ha tomado toda clase de analgésicos. Ha pasado temporadas de insomnio. Menarquia a los 14 años y menopausia hace cuatro.

Cuenta que de pequeña tuvo alergia atribuida al polvo de cemento. Desde el punto de vista ginecológico los dolores que tuvo en la matriz no reveló nada anormal. Los dolores de cabeza y de la región lumbar se acompañan de una gran depresión y se encuentra como "ennublada." Una vez le diagnosticaron de insuficiencia suprarrenal y le dieron cortisona pero no llegó a tomarla.

Cuando le empieza el dolor se siente mareada y se deprime. El dolor le tiene ahora por meses. Todo el tiempo que ha estado sometida a medicación nos dice al cabo de un año que vuelve a la consulta, no han aparecido las algias. Desde ese punto de vista la mejoría es extraordinaria. Alguna vez si tiene algún disgusto se encuentra levemente deprimido pero lo pasa tomando Librium. Ahora mismo tiene una gran preocupación familiar porque un hijo se casa con una mujer dos veces divorciada y mucho mayor que él.

En esta enferma el dolor aparece como "síntoma" de una depresión, de la misma manera que decimos que la tristeza vital o la inhibición psicomotora son también síntomas. Pero la gran cuestión es el saber si estas algias se producen solamente debidas a un factor central o hay un componente periférico. El calificarlas de depresivas es señalar la preponderancia de los factores diencefálicos en su genesis. Pero a veces sucede como en otras alteraciones psicosomáticas que en un momento determinado pueden existir mecanismos locales alterados. Una actuación sobre ellos no suprime el cuadro clínico ya que sigue en marcha el trastorno central, pero si que es capaz muchas veces de modificarlo (véase el capítulo de la supiencia de síndromes). Lo mismo pensamos que sucede en algunos lumbagos. De ahí, por ejemplo, la contractura muscular y las lesiones inflamatorias y también el éxito de las intervenciones quirúrgicas aun en los casos en los que no existe lesión o en los casos que luego de la intervención recidivan. No cabe duda de que una intervención quirúrgica por el stress, la anestesia, etc. puede tener efectos inespecíficos semejantes a algunas terapeúticas de las que nosotros empleamos en psiquiatría (choques, curas de sueño, piretoterapia, etc.) pero también las intervenciones quirúrgicas lesionan y excitan de un

Ayuntamiento de Madrid

modo realmente grande el sistema nervioso periférico de la región lumbar. La historia siguiente nos aclarará estos puntos.

Ha.nº 8.115- Enfermo de 44 años, casado, comerciante, que viene a la consulta por un gran desasosiego y malestar que le empezó hace muchos años, casi 30. Siempre fue muy activo pero siempre tenía un cansancio grande por todo el cuerpo sobre todo al llegar el verano, con dejadez de brazos y piernas que a veces los sentía "doloridos." Molestias digestivas toda su vida, hambre dolorosa, como de vacío en el estómago difícil de explicar, dice. Ha tenido dolor en el hígado y hace cinco años dijeron que se extirpara la vesícula. Hace veinte días ha tenido un dolor muy fuerte en el costado derecho hasta el hombro. Desde la operación de vesícula dice el enfermo que está peor. Dolores en la región de las nalgas y coxis que le aparecía sobre todo al hacer un esfuerzo del tipo de levantarse de la silla. No sabe describirlo bien, es como una tirantez. Le duró unos ocho meses. Le propusieron extirparle el coxis y lo hicieron desapareciendo unas molestias pero aparecieron otras que antes eran débiles, tales como un dolorimiento en la región lumbar que se extendía por las caderas y hacia adelante. Las siente sobre todo al inclinarse para lavarse, "es como si tuviera todo eso podrido" dice. Al poco tiempo empezó a sentirse más nervioso, con desasosiego, se movía mucho, parecía que todo le inquietaba y estaba de mal humor. Todo lo veía negro. Ahora dice que "más vale tirarse por el balcón" y todo le sugiere esa idea. "Todo me hace pensar, no es que esté loco, pero si que esto es le camino para la locura." Hay días en que siente en el ojo derecho cosas brillantes y zumbidos de oídos. "Oigo las cosas y no me entero." Palpitaciones y sobresaltos en el vientre y escozor en el ano que le apareció después de la operación de vesícula. A veces muchas ganas de orinar y nota como si la orina fuera muy caliente.

Nació de parto normal y de pequeño tuvo una infección en el vientre. Era muy nervioso y a veces gritaba y le temblaba todo el cuerpo. El padre murió de hemiplegia, la madre de un tumor en el vientre, era nerviosa y padecía jaquecas. Un hermano colecistitis.

Se le hace un tratamiento ambulatorio y mejoró. Acetilcolina intravenosa.

Vuelve a los cuatro meses a la consulta. Mucho mejor. "Hace años que no he estado tan bien como este verano." Ahora tiene dos sensaciones, una es la de la región lumbar que es un dolor que le exige cambio de postura, puede inclinarse hacia delante o hacia atrás, como si tuvieran una banda a nivel L-2 y L-3. Durante el tratamiento nota una vez que le descendía como a la región sacra y glútea desapareciendo por arriba. Independientemente tiene una sensación de adormecimiento en la región coxigea sobre todo al sentarse, sensación que le vino después de la extirpación del coxis. A veces se transforma en escozor en el recto y con ello se complican sus trastornos digestivos sobre todo el ardor de estómago.

Ayuntamiento de Madrid

Hace unos años tuvo también jaquecas, asténico constitucional, probable úlcera duodenal, insuficiencia hepática y dolores reumatoides en la región lumbar.

Un mes más tarde ha mejorado de las molestias digestivas lo que le molesta ahora es una sensación de hueco en las piernas. Le duele sobre todo recien levantado y por las tardes. El coxis le duele más cuando más blando es el asiento. Temblor interior por todo el cuerpo, astenia y falta de voluntad, decisión. Inseguridad.

Dos meses más tarde dice que ha seguido más o menos igual pero es curioso que las molestias se han localizado y lo que más le molesta es la coxigodinia. A partir de ahora empieza a mejorar.

Tres años más tarde vuelve a la consulta y aunque está mejor tiene un cierto sentimiento de ansiedad difuso. Sigue cansado, cansancio que localiza en la región lumbar, al ponerse en pie.

Tres años más tarde tiene un episodio de meralgia parestésica y "tonteras en la cabeza." Talalgias. Es de lo que más se queja.

Cinco años más tarde está mucho mejor de sus algias, ahora lo único que nota es confusión en la cabeza, inestabilidad y dolor en la espalda.

Un año más tarde presenta fuertes espasmos tanto en estómago vacío como lleno, desde la región umbilical hacia arriba. A veces hambre dolorosa. No se queja de algias, pero sí de algo que parece un tortícolis inicial. Dolores vagos en la clavícula y hombros. Muy gruueso. Bien de ánimo.

Un años más tarde presenta una transformación en la sintomatología. Las molestias que tenía antes de comer pasaron, ahora sobre todo dolores de cabeza y nuca, dolor de piernas como si fueran de plomo. Más agotado, pero no deprimido ni con angustia. Escozor en el recto al evacuar. Solo se le pasa echándose un rato. Dolor en brazos y piernas.

La extirpación del coxis modifica los síntomas. La evolución posterior del enfermo demuestra la naturaleza endotímica del cuadro.

La coxigodinia tiene un caracter causálgico (LOPEZ IBOR) e incluso como en el enfermo siguiente pueden aparecer dolores como los de los miembros fantasmas dolorosos.

Ha.nº 2.616- Enfermo, casado, que de pequeño era muy impresionable y a pesar de ir bien preparado sufría mucho en los exámenes y le preocupaba mucho el resultado. Muy preocupado por todo. Entre los 30 y 40 años tiene una gran depresión y luego a los 56 grandes oscilaciones ciclotímicas muy marcadas y periódicas (20 a 40 días cada dos o tres meses). Durante una de las fases depresivas fue ingresado y durante su mejoría le apareció un estreñimiento pertinaz. Las investigaciones realizadas pusie-

Ayuntamiento de Madrid

ron de manifiesto un carcinoma de sigmoides que fue extirpado con todo el recto dejando un ano contranatura en el vacío derecho. Siguió la evolución cicletísica, poco a poco fue mitigando sobre todo en los últimos tiempos que sigue un tratamiento con carbonato de litio. Dieciseis meses después de la intervención comenzó a notar un dolor en la región coxigea en la zona de la cicatriz. Cuando le comenzó la depresión se le quitó el dolor no solo porque al estar deprimido dice que no le duele nada, sino que su mujer insiste que aunque ella le pregunta mucho dice no tenerlo. Al mejorar de la depresión vuelve el dolor a aparecer y se ha incrementado mucho. Desde hace dos semanas que ha dejado de tomar los antidepresivos y empezó a tomar carbonato de litio. La exploración que le han hecho en la clínica donde le intervinieron es negativa. No hay metastasis ni retracciones de cicatriz, solo una ligera desviación del coxis que le han querido extirpar. El dolor no se le alivia. Más que nada es como si tuviera dolores más intensos al ponerse de pie o de rodillas. Es un dolor angustioso y seguido que aumenta a lo largo del día. Desde que lo tiene le ha aumentado la frecuencia de orinar. No tiene ningún otro trastorno.

Dos meses más tarde llama por teléfono muy hipertímico, con un nuevo trabajo que le satisface mucho. La coxigodinia le ha disminuido aunque le atormenta sobre todo cuando se despierta de madrugada o a primeras horas de la mañana. Por la tarde no la tiene.

Seis meses más tarde está muy bien. El pasado verano tuvo un amago de depresión que no llegó a cuajar. El dolor del coxis unas veces lo siente más en el lado derecho y otras en el izquierdo y se trata de localizarlo a presión con el dedo y entonces parece que se concentra ahí en un punto que el señala en la región coxigea, próximo a la linea media. Cuando se pone en pie o sentado en ciertas condiciones nota ahí un peso y la necesidad de levantarse y andar. Después puede permanecer sentado largo rato. Si está conduciendo permanece horas y horas al volante sin que el dolor le moleste. No es profundo. Va acompañado de una gran inquietud. Por las noches al acostarse en la cama le obliga a levantarse varias veces y en ocasiones es tan intenso que exige una inyección de un calmante no morfinico. Su próstata es normal pero tiene el síndrome "vejiga nerviosa" sobre todo cuando le entra el dolor. Es curioso también que el dolor se le quite cuando tiene erecciones. Según observaciones meticulosas de su mujer, el litio ha ejercido una influencia verdaderamente favorable en la evolución del cuadro.

* * * * * *

Ayuntamiento de Madrid

Braquialgia y escapulalgia

El dolor en un brazo plantea problemas clínicos similares a los de la ciática. Cuando se acompaña de dolor en la escápula los problemas son todavía mayores. Muchas veces tales dolores son mal filiados y dan lugar a diagnósticos incorrectos basados en hallazgos dudosos o no significativos. Muchas veces este dolor no es más que un síntoma depresivo como veremos a continuación.

El dolor es predominantemente en el brazo izquierdo como los suelen ser las algias tiropáticas y por lo tanto pueden atribuirse a insuficiencias coronarias. Cualquier enfermo medianamente cultivado ante un dolor en el brazo izquirdo acompañado de angustia acude al cardiólogo. MASTER ha visto que entre 1.000 que acuden corrientemente a su consulta cardiológica, el 40% no tienen enfermedad orgánica cardiaca. Los hallazgos electrocardiográficos son a veces difíciles de valorar principalmente por lo que a las arritmias (extrasistoles) y los "bloqueos" de la rama derecha (es bien sabido que los bloqueos de rama izquierda suelen deberse con más frecuencia a lesiones orgánicas, coronarias principalmente, pero no es así en los de la rama derecha en los que las variaciones de la posición eléctrica del corazón o la propia constitución pueden influir). También hay variaciones menores de la onda T que no tienen significado patológico (HARRISON).

Cuando el dolor se distribuye con preferencia por el hombro los problemas de diagnóstico diferencial son enormes. La columna vertebral cervical está predispuesta a muchas anomalías. El canal espinal es muy estrecho a este nivel a pesar de su gran movilidad y por lo tanto las lesiones medulares se manifiestan precozmente a este nivel por síntomas radiculares y de vías largas. Las articulaciones uncovertebrales (LUSCHKA) están sujetas a alteraciones degenerativas precoces y el orificio intervertebral en esta región es casi un conducto extendido entre ambas apófisis transversas. En el disco intervertebral al igual que los lumbares facilmente se producen hernias del núcleo pulposo y la columna cervical está sujeta a un tipo especial de traumatismos por hiper-

Ayuntamiento de Madrid

flexión o hiperextensión brusca ("latiganos") con subluxaciones que dejan roturas ligamentosas difíciles de poner de manifiesto.

El plexo braquial discurre por una región de una rica patología. Malformaciones anatómicas como la costilla cervical, las anomalías de desarrollo o inserción de los escalenos, etc. junto con otras adquiridas (tumores, aneurismas, etc.) son los casos más frecuentes de estos síndromes del opérculo torácico (síndrome del escaleno antígue, síndrome de hiperabducción, síndrome de la costilla cervical y síndrome costoclavicular). Habitualmente el síndrome doloroso va acompañado de alteraciones circulatorias (si éstas no existen pueden ponerse de manifiesto mediante la maniobra de Adson, aunque al realizarla hay que cuidar de no flexionar el brazo hacia la espalda porque en ese caso en muchos sujetos normales bombién disminuyen la amplitud del pulso). También se pueden producir alteraciones simpáticas (el signo de Horner acompaña con frecuencia a los tumores de Pancoast). La gran movilidad de las articulaciones del hombro y la abundancia de estructura periarticulares para favorecer el movimiento (bolsas serosas) explican que estén predispuestas a lesiones. Sin embargo no todos los dolores del hombre se deben ni mucho menos a bursitis o fibrositis. Finalmente enfermedades esofágicas (espasmos), hernias del hiato, enfermedades biliares, úlcera péptica, síndromes de la flexura esplénica, pericarditis, enfermedades pleuropulmonares (tuberculosis, embolias, etc.) pueden presentarse con dolores en esta región.

En el enfermo siguiente una escapulalgia se interpreta como de origen tuberculoso pulmonar a pesar de los hallazgos, es decir a pesar de la falta de signos radiológicos. La evolución posterior tanto por las fases maniacodepresivas como por la presencia de otros equivalentes permite hacer el diagnóstico correcto.

Ha.nº 17.157- Enfermo de 45 años, casado, labrador. Desde hace tres años viene padeciendo marcadas oscilaciones de estado de ánimo. Siempre ha sido una persona un poco "dejada", tranquila, se pasaba mucho tiempo en cama sin hacer nada. A partir de los 17 años temporadas en las que no dormía. Paludismo a los 15 años, de nuevo tratado

Ayuntamiento de Madrid

en el ejército. A los 28 años neumonía que le dejó fibrosis apical, diagnóstico al que se añadía el de una "neurosis vegetativa."

Hace tres años empezó a estar inquieto y excitado con gran actividad, hacía proyectos, viajes, gastaba mucho. Todo le parecía fácil. Aquello duró dos meses, luego estuvo un poco decaido. Al año siguiente comenzó de nuevo con sus grandes proyectos, venta de tierras, gasto de dinero, muy excitado e irritable. Dormía muy poco y comía mucho. Facilidad en las relaciones sociales casi sin inhibiciones, frecuentes relaciones sexuales. Esta segunda fase le duró cinco meses y luego estuvo decaido y sin hacer nada, encerrado en su cuarto con un libro en las manos, sin pasar la página horas y horas. dolores en las piernas, insomnio, irapetencia. Lento en las palabras y en los movimientos. No tiene ganas de hablar, rehuye trato social, parece que pierde afecto a las personas queridas. Pesimismo. Mejoró con un tratamiento con inhibidores y entró en una fase hipertímica con iguales características que las anteriores, que le duró dos meses. Luego nueva depresión y anorexia más acentuada.

La abuela materna era nerviosa y desmemoriada. La madre murió cuando él tenía siete años, de eclampsia. A temporadas no dormía y perdía peso. Un hermano de la madre era "muy atolondrado" y holgazán y estuvo ingresado en un sanatorio psiquiátrico pero poco tiempo. Los hermanos son "nerviosos". Una hermana duerme solo si toma luminaletas. El padre murió de cancer de laringe.

La primera vez que el enfermo viene a nuestra consulta hablaba de una serie de molestias vagas y dolores de cabeza, "eran especiales, con mucho calor" dice. Calor en diversas zonas del cuerpo, sobre todo en la espalda. Escapulalgia que es lo que les hizo pensar a los médicos en una enfermedad de pulmón. Ahora está deprimido y como la medicación no le producía mejoría la suprimió. La impresión es de tristeza típico y gran depresión e inhibición. Tendencia a quedarse en cama. Piernas intranquilas en forma de calor al acostarse, calor que va siempre acompañado aunque sea en otras partes del cuerpo con intranquilidad. Unas veces le sudan las piernas y se le quedan frías. Exploración negativa. Este fenómeno de piernas intranquilas sólo lo tiene cuando está en fase depresiva. A pesar de extenderse largo tiempo es más frecuente al derrairse. Su mujer dice que las fases eufóricas son acentuadas.

La braquialgia tinopática, como hemos dicho más arriba, es más frecuente en el lado izquierdo (esto mismo sucede con los casos de "síndromes de las raices cervicales" según HORACK, lo cual nos hace pensar que en su material, que procede de una consulta donde abundan los enfermos cardiológicos, debe de haber también mucho depresivo, máxime cuando este autor señala que este síndrome va acompañado de estados de ansiedad o de tensión). El dolor es "sordo", "pesado", es decir que es más

Ayuntamiento de Madrid

bien un algia pretopática. A veces lo que duele es el movimiento como en la "aquinesia álgera" (LOPEZ IBOR) como ocurre en la braquialgia estática parestésica de WARTENBERG. El dolor es a veces muy angustioso, duele más por la noche que por la mañana y se alivia sujetándose el brazo. Duele más en la cama.

La braquialgia se acompaña a menudo de parestesias en los dedos o en la mano (acroparestesias). WARTENBERG la llamaba "braquialgia estática parestésica." La distribución de éstas es como el resto de las acroparestesias depresivas (véase más adelante). Cuando se piensa en las lesiones de las raíces cervicales se interpreta estos síntomas como fenómenos de compresión. CORBIN dice que los dolores de este tipo nunca se extienden más abajo de la articulación de la muñeca, a partir de ahí lo que los enfermos sienten son parestesias. Para nosotros este hecho no encuentra explicación en la neurología. También pensamos que alguno de los llamados síndromes "hombro-mano" pueden ser de origen depresivo. Por supuesto que las braquialgias parestésicas se acompañan de síntomas depresivos o angustiosos más o menos mitigados, y la exploración clínica no revela lesiones neurológicas ni alteraciones circulatorias.

Ha.nº 7.216- Enferma de 34 años, casada. Padre era asmático y tenía "mareos" y la madre murió de la gripe en el 18. Han sido 5 hermanos y la enferma es la pequeña. La tercera padece algo nervioso. Una prima del padre también tiene trastornos de tipo nerviosos. Casada, tiene cuatro hijos. Una niña tuvo encefalitis y ahora ataques. Antecedentes personales sin interés. A los 4 años tuvo dolores en brazos y piernas. Siempre con pequeñas enfermedades. Después se encontró bien. Menarquia a los 14 años. Hace seis meses estando una tarde hablando con sus familiares éstos comentaron que sus hijos querían más a su marido que a ella. De momento no le importó, pero al llegar a casa se lo dijo a su marido y empezó a notar una molestia precordial y una "sensación rara." Le duró un momento y le pasó. (La enferma llora al contar esto). Al día siguiente estuvo cansada y preocupada. Luego tres meses bien. Un día estando arreglándose -ya tenía puesto el traje- notó que le dolía el brazo izquierdo y le dio "un vacío que casi no quedé sin vida." Le pasó enseguida pero se quedó muy nerviosa. Le repitió dos veces y se asustó mucho, tanto que llamó al médico porque no estaba su marido. Le dijeron que era "cosa nerviosa" porque no se le pasó con cardiazol. Por la tarde del mismo día se fue a ver a un cardiólogo que le dijo que no tenía nada. Empezó a dormir mal y a tomar pastillas. Un día estando en el campo le dijo su hija que había soñado con ladrones que entraban en la casa. La madre la tranquilizó.

Ayuntamiento de Madrid

Al poco rato empezó a tener las mismas molestias ya descritas. Volvieron a llamar al médico que le dio bellergal. Al mes siguiente consultó con otro médico que le mandó acetilcolina intravenosa, pero no lo llegó a hacer porque estaba embarazada. Aquello no le ha vuelto a repetir pero ahora dice que le dan "martos." Es como "una nube que le sube poco a poco y le nubla la vista y ve menos," sobre todo es cuando toma bellergal. En el brazo izquierdo se mantiene la sensación parestésica, le nota como si estuviera hueco, como muy ligero. Dice que también le pasa lo mismo con el resto del cuerpo y que a veces nota la mitad distal de los dedos de ambas manos como fría y tiene que usar guantes en pleno verano. De vez en cuando "pinchazos" en la región precordial. Una noche notó un dolor en el pecho izquierdo un poco hacia la axila. Cree que estos dolores tienen que ver con el cambio de tiempo. Lo del brazo izquierdo la tiene muy preocupada. Apetito normal. Estreñimiento. Antes le gustaba el cine y el teatro. Ahora no le gusta nada, ni siquiera cosas cómicas pues teme que al reirse se agudicen sus molestias. Mucho miedo a morirse pero dice que eso siempre lo ha tenido, desde niña. El electroencefalograma es normal. Obesa, con cierta obesidad del tipo diencefálico.

Ha.nº 7.?14- Enferma de 49 años, soltera. Viene a la consulta por unos dolores que tiene en el brazo derecho. Enormemente deprimida. Al entrar se pone a llorar y cuenta que está así desde hace siete meses en que murió su madre. Tiene los ojos muy irritados y dice que llora a cada momento. "Yo nunca he tenido ninguna enfermedad y he sido seria y trabajadora siempre." A los tres meses de morir su madre empezó a tener vómitos y eso le duró un mes. Comía con desgana y llegó a perder completamente el apetito. Al disminuir los vómitos hace dos meses le apareció un dolor en el brazo que es el que motiva la consulta y se extiende desde el codo al hombro y la espalda. El dolor es como "pinchazos" o latidos, no puede peinarse ni vestirse. Ahora ya lo mueve mejor, pero no puede llevar el brazo hacia la espalda. Siente alivio si se echa sobre él en la cama. Le duele más estando en cama. Le dieron unos sellos que le calmaban el dolor. Molestias en la cabeza. "Son poquitas como una miaja de dolor lento que no es muy grande pero no me deja descansar. Un poco de atontamiento." Estos días pasados el dolor se le subía por la nuca. Se quedaban a veces adormecidos el dedo meñique y el anular de la mano derecha, pero era muy fuerte y tenía que moverlos para sentirlos. Palpitaciones. Alguna vez palpitación rápida y corta que "me da un corto tiempo y luego se corrige." Está muy cansada, pocas ganas de trabajar, desgana para todo. Duerme mal por el brazo. Ha ido a varios médicos, le han hecho análisis y radiografías que son normales. Nació de parto normal y no conoce antecedentes personales. Familiares: padre úlcera de estómago. Los cuatro hermanos que viven están sanos, uno operado de estómago. Ningún hallazgo en la exploración salvo que tiene la glucemia un poco alta.

La escapulalgia es un dolor muy angustioso la mayoría

Ayuntamiento de Madrid

de las veces. Es una de las formas que aparecen raramente solas, ya que cuando el cuadro evoluciona muchas veces aparecen otros síntomas y el dolor se difunde hacia el cuello (nucalgia), a veces junto con el dolor hay sensaciones parestésicas (sensación de calor a menudo).

Ha.nº 11.090- Enferma de 32 años, casada. Antecedentes personales y familiares sin interés. Se casó a los 22 años. Siempre ha tenido un caracter jovial y activa. Hace 10 años tuvo una anemia y desde entonces tiene un algia escapular derecha resistente a todo tratamiento, que ha sido interpretada de diversas maneras, tratada como reumática y que solo ha mejorado con onda corta para después recidivar. La describe como una especie de "escozor", algo rara y extraño. Hace seis meses tuvo una gripe y en la convalescencia empezó a quejarse de que el dolor escapular se le extendía hasta la nuca y a toda la cabeza. Tenía una sensación entre escozor y calor. Empezó a cambiar de manera de ser. Se hizo muy impresionable. Cualquier cosa le afectaba profundamente y creia tener todas las enfermedades de que oía hablar, sobre todo le horrorizaba la posibilidad de que terminara loca. Este cuadro ha ido en aumento llegando incluso a tener ideas de suicidio. Nada en la exploración. Pícnica. No conflictos. La única preocupación que tiene es la falta de hijos.

Catamnesis. Vuelve al año siguiente. Mucho mejor. Está de buen ánimo y se le ha quitado la angustia. Le queda todavía un poco los dolores. Seis meses más tarde sigue mejorando. Las molestias siguen un poco pero ha cambiado el tono vital, no presenta angustia que era antes muy generalizada. Le quedan sensaciones que conservan la misma estructura pero las tolera sin angustia. Ejemplo: zumbidos de oído, braquialgia parestésica nocturna. Cuatro meses más tarde vuelve porque tiene la sensación de la espalda, como un vacío, como un pinchazo, como algo fijo. Zumbidos de oído. Cuatro meses mas tarde vuelve. Ha engordado ocho kilos y en general está mejor aunque le queda una vaga molestia en el oído. Siete meses más tarde vuelve a la consulta: sensación de mareo y nauseas. Presenta casi un delirio hipocondriaco. "Me quedé seca por dentro. Los pulmones, los intestinos, los ovarios." De esa sensación mejoró en seguida. A partir de entonces viene periodicamente a la consulta, cada medio año y está muy mejorada. Lo único que persiste es el zumbido del oído derecho.

* * * * * *

Meralgia parestésica

Hay una serie de trastornos dolorosos en los miembros

Ayuntamiento de Madrid

acompañados de parestesias que generalmente se interpretan como mononeuritis aisladas. WARTENBERG da la siguiente lista de los nervios más afectados:

nervios femorocutáneos (meralgia parestésica)
Nervio auriculo temporal
nervio cutáneo -lateral del antebrazo
ramas cutáneas de los nervios espinales
nervio peroneal profundo y nervio peroneal superficial
nervio safeno
ramas calcáneas del nervio tibial
nervios digitales dorsales de los pies

Lo más importante según WARTENBERG son los que afectan a la porción sensitiva del nervio trigémino y el que afecta a la rama superficial del nervio radial. Esta última produce la cheiralgia parestésica. Estas últimas a veces es traumática (correa del reloj) pero otras la etiología permanece desconocida. La digitalia parestésica se produce por lesiones de las ramas dorsales digitales del nervio cubital. La genialgia parestésica por lesiones de la rama infrapatelar del safeno. Para WARTENBERG estos cuadros de neuritis eran probablemente debidas a un virus. Siempre se recogen en las anamnesis otras "neuritis" (episodios similares). Junto con esto hay que pensar en un "locus minoris resistentiae" que justifique la localización. GAUPP es de la misma opinión.

Ahora bien en los enfermos deprimidos aparecen a veces síntomas dolorosos parestésicos semejantes a estos que no se deben a lesiones del sistema nervioso periférico y que evolucionan paralelamente al estado psíquico.

La meralgia parestésica fue descrita simultaneamente en 1905 por ROTH en Moscú y por BERNHARDT en Berlín y para ellos era una mononeuritis. Posteriormente a esta tesis se unieron otros muchos científicos entre ellos GAUPP. FREUD publicó un trabajo sobre ella y él mismo la padeció. En este caso probablemente se trataba de un síntoma endotímico entre los muchos que él padeció a lo largo de su vida.

Ayuntamiento de Madrid

En estas algias parestésicas en los deprimidos nunca se descubren alteraciones en la exploración neurológica. Las maniobras de estiramiento de los nervios (WARTENBERG) no son tan especificamente dolorosas como cuando existe una lesión en él. Además la distribución no corresponde exactamente a los territorios de inervación periférica, ni tampoco tienen el caracter circunscrito de éstas. Además se acompañan de una serie de síntomas timopáticos que completan y colorean el cuadro.

Ha.nº 11.712- Enfermo de 50 años, soltero. Cuenta en la consulta que su primera enfermedad de este tipo fue hace veinte años. Comenzó a ver los problemas de la vida más difíciles, desanimado, desinteresado por las diversiones y amistades. Estos síntomas fueron acentuándose progresivamente. Insomnio. Ingresado en una clínica, fue tratado con coma insulínicas. Aunque el enfermo no lo recuerda bien dice que ya en aquella época debía tener ideas delirantes. Tres meses después de salir de la clínica empezó a desconfiar de las comidas y cambiaba los vasos cuando le servían. Hizo un intento de suicidio. Decía que una serie de personas habían muerto y que él era capaz de envenenar y por eso se sentía culpable de aquellas muertes. Se recuperó pero recayó de modo parecido un año más tarde. Le volvieron a ingresar por tres meses más y le pusieron electrochoques. Luego estuvo bien durante diez años. Ahora hace unos años que le han vuelto las ideas de culpabilidad y alguna vez de suicidio y de ruina. Despersonalización. Ultimamente ha estado nueve meses en una clínica y le han tratado con Tofranil con buen resultado. Es extranjero y hace seis meses que está en España. Desde hace cuatro años nuevo episodio de tristeza y abatimiento. Actualmente se encuentra muy abatido, sin ánimos. Se siente culpable de los trastornos que causa a la familia. Gran pérdida de memoria. Nunca ha sido alegre, sino melancólico. Es el menor de seis hermanos y otro está ingresado en una clínica psiquiátrica parece ser que por una depresión que están tratando con insulina.

En el curso del tratamiento de este enfermo apareció una neuralgia parestésica extraordinariamente intensa en la pierna derecha. Es típica y muy dolorosa. En otros episodios de su vida ha tenido acroparestesias y uno de ellos fue atribuido a la cura de insulina. Vuelve a la consulta dos meses más tarde y está mejor de ánimo aunque le sigue molestando el algia de la pierna. Vuelve un mes más tarde de un viaje y está francamente bien. Le queda un ligero insomnio y se queja de la neuralgia parestésica y de la amnesia del tratamiento.

En esta historia vemos un fenómeno sobre el que hemos llamado la atención en otro lugar. En el curso del tratamiento mejora antes el estado de ánimo que los síntomas

Ayuntamiento de Madrid

equivalentes.

También la gonialgia puede ser un síntoma depresivo (ver historia num. 15838). Lo curioso de estas gonialgias es que sus manifestaciones son distintas en cada lado (KARTENBERG). En el lado derecho el dolor se acompaña de disestenia e hipoestesia, en el lado izquierdo solo de hipoestesia está presente. La anatomía del sistema nervioso periférico en esta región no explica tales diferencias. Muchas veces aparecen estos trastornos que son muy localizados y rudimentarios en deprimidos también hipoestesias limitadas que son transitorias y que en realidad podrían ser interpretadas como anestesias histéricas rudimentarias.

* * * * * *

Algias depresivas difusas

Ha.nº 7.697- Enferma de 35 años que viene a la consulta por dolores en la mitad izquierda del cuerpo. No precisa bien al comienzo de la enfermedad. Fue hace aproximadamente seis o siete años que a veces le aparecía un dolor pasable en la cara externa y mitad superior del brazo izquierdo, a nivel del borde anterior del deltoides, un poco más abajo. "Era una cosa tan rápida que cuando me daba cuenta ya no había pasado el dolor." Estas crisis le aparecían muy de tarde en tarde y la enferma ni siquiera le prestaba atención. Son como punzadas y recuerdan al dolor de la neuralgia del trigémino. Los dolores cada vez le aparecían con más frecuencia y eran más intensos y extensos. Comenzó a prestarles atención hace unos dos años. Una mañana le apareció un dolor muy intenso en el brazo y se irradiaba hacia los dedos y en la región glútea que se le irradiaba hacia la rodilla. Todo era en el lado izquierdo y también por la cara interna del muslo. En el lado izquierdo del cuello sentía como una molestia que no le impedía los movimientos de la cabeza. Pasó todo el día con ese dolor y fue aumentando en intensidad. El dolor era insoportable, incluso pasaba pequeñas temporadas de ocho a diez días en que se encontraba bien. Hace un año nuevamente empeoró. Bruscamente el dolor se exacerbó con iguales características. Lo tiene en crisis de dos minutos de duración. Cuando éstas pasan unas veces queda completamente bien y otras con un ligero dolorimiento que le dura hasta la crisis siguiente. Las crisis las tiene una temporada con poca frecuencia y llega incluso a pasar meses sin ellas. En cambio cuando está el dolor cree que se palpa un ligero bulto en el brazo.

Ayuntamiento de Madrid

No le molestan los roces de la ropa ni cosas parecidas. A veces tiene sensación de cansancio muy intenso que le aparece sin haber hecho ningún esfuerzo físico. Esto no guarda relación con la hora del día.

La madre murió a los 36 años repentinamente ni sabe de que. El padre a los 71. Han sido cinco hermanos sanos. Ella no tiene hijos ni ha tenido abortos. Ninguna otra alteración. Mejoró a los dos meses de tratamiento con Acetilcolina por vía intravenosa.

Hay enfermos en los que la depresión se manifiesta a través de dolores diversos, siempre difusos y en los que el tono angustioso es predominante. Los enfermos los cuentan de un modo abigarrado y con un tono tan quejumbroso que bien se les puede calificar de hipocondriacos. Son enfermos de una facilidad enorme para tener síntomas histéricos.

Ha.nº 7.929- Enfermo de 59 años casado, que viene a la consulta por dolores generalizados por todo el cuerpo. comenzó a sentirse mal hace unos siete años y desde entonces ha ido a peor no sólo por la intensidad sino por nuevas localizaciones. Son dolores en los huesos y en los músculos localizados en los miembros inferiores. En el tacón en la parte interior de la tibia en los muslos. También en los miembros superiores, en la clavícula en la región lumbar, en el coxis, en la nuca y en general en todos los huesos de la cabeza. El dolor se manifiesta de diversas maneras. Unas veces como punzadas rápidas que desaparecen en seguida, otras veces al apretar con la mano, otras veces es al levantarse después de estar sentado mucho rato. A veces al tocarse tiene la sensación como si tuviera una llaga, como fuego. En la actualidad la parte más dolorida es el hombro. Le da la sensación que tiene el músculo lesionado. Tiene trastornos en el ritmo de la orina y se tiene que levantar por la noche una o dos veces. Después expulsa gases siempre. Con frecuencia estreñimiento.

En la manera de contar sus dolencias da la impresión de ser hombre muy preocupado por su salud. De joven parece que tenía crisis de ansiedad. Se despertaba a media noche con sobresalto, parecía que se le marchaba la vida dice. Daba la luz, se paseaba y se le pasaba. Ultimamente le ha vuelto esto alguna vez. Dolores en la región abdominal y torácica y se preocupa mucho. Teme tener una angina de pecho. Ha notado algunas veces como un fallo al andar, pero también muy mitigado y más bien se lo atribuye al empedrado callejero. Frecuentemente "hormiguillos" en las extremidades. A los 34 años sífilis correctamente tratada. Los padres y los cinco hermanos son algo nerviosos y tienen tendencia a padecer alteraciones circulatorias. Tipo atlético.

Ha.nº 12.336- Enferma de 36 años, viuda. Hace tres meses le apareció una sensación de palpitaciones, como un temblor interior en la cara y en los brazos. Esto síntoma

Ayuntamiento de Madrid

le desapareció quedándole tan solo desde hace un mes una sensación en la cabeza de presión profunda, como si existiera un clavo que le produjera daño. En sus piernas un cansancio acompañado de un dolor profundo y de sensación como si el hueso se le abriera. Se queja de dolor localizado en la región lumbar. Desde hace tres meses sólo duerme con barbitúricos. Está triste y piensa que no se va a curar. Tiene también nucalgia. Hace año y medio fue internada en el Hospital por un dolor en la espalda que se irradiaba hacia la zona genital y por la cara interna al muslo. Compara el dolor con un calambre eléctrico. Le hicieron unas infiltraciones y en una de las punciones perdió el conocimiento. Al recobrarlo veía todo negro y no podía hablar. Fue un episodio histérico. Quince días después aparecen palpitaciones y dolor en los brazos y como golpes en la cabeza. Los médicos que la han visto no saben si es una enfermedad nerviosa. Por entonces le aparecen también unas cefaleas similares a las que actualmente tiene, crisis de llanto y de agitación. De nuevo hipocondríaca, se queja de dolores vagos y difusos. No se encuentra bien, gran inquietud de fondo. Antecedentes familiares sin datos. Catamnesis: al principio mejoró con el tratamiento pero seis meses después volvió a sentirse presa de sus dolores y angustia que tiene enraizada, por así decirlo, en la región lumbar. Es un lumbago angustioso, de ahí nace todo, dice ella. Estuvo bien otro año pero le volvieron las algias. Tienen caracter de lumbalgia y luego se le corre como una ciática derecha. Volvió a mejorar.

La sintomatología en estos casos es muy abigarrada pero siempre con una carga angustiosa muy grande que sale a flote en todas las expresiones verbales de los enfermos.

Ha.nº 7.732- Enferma de 19 años, soltera, bordadora, que viene a la consulta por dolores de cabeza que le comenzaron hace cuatro años sin haberle encontrado causa al desencadenamiento. Han sido siempre iguales y no han aumentado. Más frecuentes en verano por lo que ella los atribuye al calor. "Siento como un casco que me estuviera apretando,como una carcoma que me estuviera royendo. Un dolorcillo molesto pero no fuerte. Pero nunca es en toda la cabeza sino que va de una parte a otra. Va de la región frontal hasta la parte interior de los ojos; otras veces es en la nuca; otzas es en los oídos; siempre con mayor tendencia a ser en el lado derecho. En medio de todo esto que a veces es como un rumor, como si me atolondrase los oídos, me aparece alguno que otro pánchazo más agudo pero más rápido." A veces al tener este dolor le parece que es como una llamarada de calor. Junto al dolor a veces tiene temblor en todo el cuerpo. "Primero me entra un descuartizamiento con hormiguillos en la punta de los pies y manos como si se me durmieran los dedos; en seguida es el temblor en todo el cuerpo." "Primero me entra un descuartizamiento" repite. Lo que más le tiemblan son las piernas y le dura a veces horas, casi como el dolor

Ayuntamiento de Madrid

de cabeza. Impaciente y se sofoca a menudo. También le entra una molestia en el vientre, independientemente de la comida y que se le junta con el dolor de cabeza o bien aparece esporadicamente, sola. "Me entra un peso en el vientre que parece que no puedo estar de los molesta que estoy, como si lo tuviese lleno de comida y con mal cuerpo y que a veces hasta no como por miedo. Es con angustia, con ganas de devolver, pero sin llegar a hacerlo y con la boca muy agria." Esto le dura de média hora a tres o más horas. "A veces me aparece un dolor con una opresión precordial, como si no pudiera respirar bien." Le dura un poco. Dice que cuando se le quita le reaparece en su lugar el dolor de cabeza. Es decir, que alterna ese dolor con el de cabeza. Siente una molestia muy especial de mareo. "Estoy cosiendo y parece que me voy a caer. Me entra un trastorno como un peso fuerte en la cabeza, es como si me tiraran de un lado a otro" y se balancea un poco. Duerme muy mal, según las épocas, a veces se acuesta con un fuerte dolor y consigue un sueño profundo. Otras veces no lo consigue y se está toda la noche en vela, moviéndose mucho. Hace cuatro días le ha aparecido un dolor en la región de la columna vertebral en la región cervical baja y dorsal. Este dolor se extiende hacia los brazos y las manos y acaba en la región pectoral izquierda. "Empezaba una carcoma y luego se me hacía más fuerte y me venía a los brazos y era como si perdiera la fuerza y no pudiera apretar los dedos y estaba muy cansada y como con un poco de asfixia. Cuando se me venía el de la espalda se me quitaba el de la cabeza y al revés." Le duraba poco a lo sumo un cuarto de hora y se repetía varias veces. Con el dolor ese se quedaba muy abatida, como aplomada en todo el cuerpo. Ha sido por varios médicos vista. Los tratamientos no la mejoran. Nació de parto normal. A los 9 años tuvo un mareo muy fuerte con trastorno grande de cabeza. Creyeron que era por las amigdalas y se las extirparon. Hace tres meses ha estado un mes sin periodo, por lo demás no ha tenido ningún trastorno. Los padres viven sanos. Un hermano también. El abuelo paterno padecía "mareos" y también un tío paterno dolores de cabeza que le desaparecieron al casarse. Ningún hallazgo en la exploración. Constitución hipofisaria tipo Fröhlich.

Ha.nº 17.560- Enfermo de 69 años, casado, maestro, que desde hace dos años tiene dolor de cabeza y estreñamiento. El dolor de cabeza es cada tres o cuatro días. Los trae apuntados en un calendario. Es un dolor que le aparece al despertar o a las seis o siete de la mañana. Sensación de tirantez en el cuello como si tuviera tortícolis que le obliga a girar la cabeza hacia la izquierda. La cabeza le duele con dolor fuerte y sordo, localizado en la región frontal y occipital sin ninguna irradiación. Mejora al estar de pie. Se le calma con aspirina pero ultimamente le dura más. Por la tarde está siempre bien. A veces cuando se da un paseo largo o se sofoca y cansa tiene temos que le de una congestión cerebral. Siente como palpitaciones, sensación de opresión precordial. Un cuñado murió de congestión cerebral y el teme

Ayuntamiento de Madrid

que le suceda lo mismo y además el médico le dice que todas sus molestias son debidas a principios de arteriosclerosis. También piensa en la posibilidad de un tumor cerebral y que se puede morir. Decaído, más cansado y preocupado. Nauseas con frecuencia al tomar alimentos fuertes. Muy preocupado por el estreñimiento que no logra regular pues los laxantes le producen diarreas. Lumbago desde hace doce años, a temporadas, preferentemente en primavera. Irritación frecuente de laringe y ulceración con pequeñas hemorragias que también le preocupan, aunque menos que la posibilidad de padecer de corazón o tener un tumor. Personalidad anancástica, muy meticuloso y ordenado. Hace todo a la misma hora. Si hay algo fortuito que se lo impide se pone nervioso todo el día. Susceptible. Cualquier pequeña recriminación le pone triste y desasosegado porque el trata de hacerlo todo a la perfección. Muy puntual y muy responsable. Preocupado por esas pequeñas molestias que siente y a las que le da gran importancia. Nunca ha estado enfermo. De vez en cuando siente calor en la cara y otras molestias análogas y entonces se hace más dominante la idea de tener un tumor cerebral. También piensa en la posibilidad de tener algo cardiaco, si siente alguna palpitación o molestias de alguna clase. Está grueso; trata de nutrirse bien para evitar esos peligros, dice.

Ha.nº 17.877- Enfermo de 75 años, casado, que desde hace aproximadamente diez cuando se jubiló se queja de dolores difusos localizados sobre todo en el vientre. Pensaron que se trataba de un problema de colón o de vesícula. Le hicieron muchas radiografías y en ninguna aparecía la vesícula. El especialista le dijo que cuando esto ocurría tenía 99% de posibilidades de tener un cálculo. El no se atrevía a operarse por la edad. Tenía entonces 65 años. Siguió régimen alimenticio que continua en la actualidad pero los dolores no cedieron. Empezaron inyectándole Dolantina y luego Metasedin porque se acostumbró a ella. Luego se habituó a este segundo fármaco hasta un total de cinco ampollas diarias. Para deshabituarlo lo ingresaron en una clínica tres veces, la primera hace cinco años, la segunda hace unos cuatro y la tercera hace tres años. Le pusieron un tratamiento y en los ocho meses siguientes no se puso ningún tóxico. Ahora se queja de esos dolores difusos en el vientre y de un fuerte dolor de las rodillas que se le pasa en cuanto le ponen unas inyecciones de Serenógeno. Sin embargo, cada ocho o diez días le da un ataque de nervios y han de ponerle Metasedin. Son unos dolores tan fuertes que le repercuten en todo el cuerpo y que no puede soportar. "Deben ser de los nervios pues se me pasan con una ampolla de Serenógeno." Los dolores los tiene al adoptar la posición horizontal en la cama. Está muy deprimido. "Tengo motivos de índole moral." Es un matrimonio sin hijos pero han vivido con ellos unos sobrinos y el enfermo les ha mimado mucho y no les dejaba salir ni siquiera con sus amigos. Entonces los sobrinos se fueron de casa y la chica se ha casado con un "pobreton" en Alemania y cuando viene solo es para contarle calamidades. De todas formas al enfermo cualquier

Ayuntamiento de Madrid

problema, aunque sea una mala noticia en el periódico le afecta mucho y cavila sobre ella. Duerme mucho. Se despierta a las 9 de la mañana y no muy despejado, desayuna y se vuelve a acostar hasta las dos. Entonces el despertar es horrible como si no hubiera dormido nada. Siempre ha tenido genio fuerte y cuando se enfada tira lo que tiene en la mano. Ahora ha disminuido su irritabilidad y no discute tanto, solo se enfada cuando quiere que le pongan la inyección. Tuvo úlcera de estómago a los 35 años que le cicatrizó bien. A los 75 años que tiene está relativamente bien conservado. Tensión normal y lleva una vida activa ocupándose de sus asuntos. Precisamente ahora una de sus preocupaciones consiste en el impuesto sobre la renta.

El cuadro clínico de este enfermo resulta extraordinariamente curioso. Partiendo de la base que tenía una infección en la vesícula porque ésta no aparecía en las radiografías. Por otra parte también había sido diagnosticado de reumatismo aunque todas las exploraciones habían sido negativas, pero rehaciendo bien la sintomatología subjetiva que este enfermo presenta, resulta lo siguiente: cuando se echa por las noches a dormir, incluso, ahora, bien sea por la noche o por la tarde o por cualquier otra circunstancia, inmediatamente se le desencadenan sus trastornos. Empieza a sentir a nivel del epigastrio como si tuviera un nudo y después sigue el dolor vago y difuso por todo el vientre que hemos explicado en su historia. El enfermo no nota un dolor especial en la vesícula o en el colon pero habla de que allí está su enfermedad localizada. Lo curioso y notable del dolor es que va acompañado de una tremenda inquietud y por eso no puede estar echado y tiene que levantarse inmediatamente y mover las piernas, como si presentara también el fenómeno de "piernas intranquilas" o acatisia del que hablamos en otro capítulo de esta tesis. Si el enfermo no toma ninguna medicación para calmar sus molestias llega a tener un verdadero ataque con movimientos desordenados, convulsiones, etc. que en realidad no es más que un ataque de ansiedad, contracciones motoras muy expresivas y muy intensas. Por esa razón el enfermo anterior hubo de recurrir a los tóxicos y otros medicamentos calmantes. El síndrome empezó muy suavemente hace unos diez años y ha ido aumentando progresivamente con tal intensidad que ha necesitado a causa de los tóxicos reclusión sanatorial.

Ayuntamiento de Madrid

A veces estas molestias se extienden a lo largo de los años, variando mucho de un momento a otro y siendo sensibles a influencias circunstanciales y especialmente yatrógenas.

Ha.nº 6.929.- Enferma de 54 años, casada, con una hija vista en esta consulta. La madre era hipertensa. Una hermana también tratada en nuestra consulta y otra hermana por el estilo aunque no ha sido vista. Un hermano está bien. Un tío por vía materna también con trastornos nerviosos. Casada, ha tenido tres hijos. Desde la menarquia ha tenido diversos trastornos. Estuvo enferma de ovarios y al casarse le dijeron los médicos que no podría tener hijos pero sí que los tuvo. Por lo visto tenía quistes de ovario. Después del segundo parto tuvo una flebitis. De vez en cuando tiene úlceras en las piernas. Se queja de molestias en el hipocondrio, más acentuadas en el izquierdo. Desde hace muchos años tiene inflamación del hígado. Hay temporadas en que orina normalmente, otras en cambio orina gota a gota y otras muchísimo y claro. Ella lo atribuye a los nervios. Se nota intranquila y molesta con molestias en diversas partes del cuerpo. Menarquia a los 12 años y menopausia a los 51.

Se queja de que ha perdido la memoria desde hace 5 años, sobre todo desde hace unos meses. Se queja también que desde hace ocho años de repente le daba como un gran pinchazo en la región occipital que se le corría por la derecha hacia el ojo y parecía que este se le debilitaba y se le saltaba. A veces la molestia le llegaba a la boca. En ocasiones se le ha roto algún diente sin tener ninguna carie. Hace tres años que se le infectó un diente y el maxilar superior, se le hinchó el labio y fue tratada con penicilina. Se lo extrajeron y rasparon un poco el maxilar. No recuerda si con anterioridad o a partir de ese episodio tuvo un dolor continuo en la región occipital derecha que se le exacerbaba cuando estaba en la cama. Hace unos dos años fue vista por un médico y con unas inyecciones en el sitio del dolor no mejoró nada. Fue diagnosticada de neuritis. Entonces le hicieron varias radiografías y quisieron operarla. Con inyecciones se le calma algo el dolor, pero el dolor de la parte baja del occipital derecho es constante. Lo que mejor le va es el Optalidón. Ahora dice que el pinchazo es más fuerte y duradero. A veces le da de improviso y le salta el ojo derecho. El dolor es algunas veces más suave, otras más fuerte. Ha perdido vista en los dos ojos. Dolor de lumbago y otras veces en el brazo y en una pierna. De siempre ha tenido jaquecas en la región frontal izquierda y alrededor del ojo izquierdo. A veces nota como hormigueos en las manos, como si se le durmieran. También tiene como una congoja, suspiros y si llora se le pasa. Ha adelgazado algunos kilos. En estos últimos meses ha engordado algo porque ha estado en reposo debido a una úlcera.

Ayuntamiento de Madrid

Cuando la catamnesis de un enfermo es suficientemente larga vemos como se realiza la substitución de los síntomas uno por otro. A este propósito vease el capítulo de la "suplencia de síndromes."

Ha.nº 12.644- Enferma de 51 años que desde hace dos tiene dolores exacerbados en todo el cuerpo, como si tuviera un crio en el vientre, dice, que estuviera en continuo movimiento. También tiene dolor en la nuca que se irradia hacia la derecha y hacia la cara. Siente alguna molestia en los oídos, "cosa pulsatil" y como si tuviera una careta, dice. La nariz obstruida, la boca áspera y la lengua acorchada. En la cabeza latigazos. Dolor en la espalda, picotazos y ardor. De allí le irradia al estómago "como si un perro me mordiera" y hacia el pecho. Otro de los dolores es en la región glútea y éste se le irradia hacia el vientre. "Son dolores nerviosos". Antes se le calmaban con analgésicos y ahora ya no. Tiene mucha tristeza y crisis de llanto porque cree tener un cáncer. Le han hecho muchas exploraciones. Antecedentes personales sin interés. Menopausia hace tres años. El padre fue jaquecoso y una tía diabética con fases depresivas que hizo dos intentos de suicidio. En el electroencefalograma que se le hizo hace seis meses aparecieron ritmos temporales de 6 c/seg. Pero cuando se lo repitió seis meses más tarde estaba mucho mejor. Ahora tiene un espasmo rectal que le aumenta mucho las molestias. Vuelve a la consulta al año siguiente. Ha padado una temporada bastante buena. Ahora tiene de nuevo sensación de incapacidad y sequedad nasal. Ha sido vista por varios otorrinolaringólogos, sin ningún hallazgo. Seis meses después cuenta que se cayó cierto día y tubo mucho dolor en el brazo. Las algias son ahora especialmente en el cuello y en el brazo. Braquialgias nocturnas, pero no parestesias. De vez en cuando ramalazos de dolor en territorios del trigémino. A los tres años vuelve a la consulta y dice que había estado practicamente bien pero desde hace dos meses le han vuelto los dolores. Tiene ahora dolor en todo el cuerpo, pero más en el lado derecho. Se trata de un dolor "fino", "de un dolor que me come la moral", nos dice. Duerme mal. Vuelve tres años más tarde y está muy mejorada. Ha seguido un tratamiento con I.M.A.O.

Ha.nº 10.367- Enferma de 53 años de carácter alegre y trabajadora que tiene un dolor muy desagradable por todo el cuerpo, cabeza, riñones, etc. y cuando le da con facilidad se pone triste. Molesta porque no puede trabajar en casa. Desanimada. De vez en cuando tiene crisis de opresión en el pecho y siente como una cosa que le corre por las piernas y al mismo tiempo la sensación de que va a volverse loca. Esto le empezó hace unos cinco años y desde entonces está igual. Irritable, distímica y malhumorada. Muy hipocondriaca. La sintomatología tiene la característica de desintegración de la hipocondria. No tiene el periodo desde hace dieciocho meses. Vuelve a la consulta seis meses después y está algo

Ayuntamiento de Madrid

mejor. 18/10 de tensión. Otros seis meses más tarde se la vuelve a reconocer y está francamente mejor. Tendencia a la colitis. Cinco años después de la primera consulta vuelve a las molestias timopáticas diversas, mareos, nucalgia y angustia. Dos años más tarde vuelve de nuevo. Ha estado muy bien pero no ha seguido el tratamiento con regularidad. Siempre mejora mucho al principio y luego no tiene constancia en la medicación. Ahora presenta cefaleas, falta de ganas de comer, malestar en la región lumbar. Se le hace un electroencefalograma en dos ocasiones diferentes y sigue igual con las mismas características. Tres años más tarde viene a la consulta enormemente angustiada, angustia que aumenta al describir sus sensaciones hipocondriacas. Antes, su marido y su hija le prestaban más atención que ahora y ella se encuentra por eso más desamparada. Un año más tarde vuelve a consultar. Ha adelgazado mucho. Tiene dolor en la nuca y el cuadro que presenta ahora es de pura angustia. Tiene molestias en las piernas y en la cabeza "nota algo raro." En su angustia hay mucho miedo a la muerte. Peso en el estómago y en el corazón. Se le hace de nuevo un electroencefalograma.

También esta es una historia clínica muy rica en síntomas timopáticos y en la larga catamnesis -ha durado diez años- se puede seguir con meridiana claridad toda la evolución física de sus trastornos.

Ha.nº 4.903- Enferma de 33 años casada, cuya madre tuvo algunas alteraciones nerviosas y una prima por parte de padre pasó alguna temporada con alteraciones también nerviosas de las cuales se curó y cuyo padre estuvo loco. Esta enferma se casó hace dos años y medio y pasó a pesar de 70 kilos a 88. A los cuatro meses de casada, sin causa aparente tuvo que guardar cama por tener 39 grados de fiebre. Estuvo siete días en cama y fue tratada como si tuviera paratíficas. Desapareció la fiebre y empezó a hacer vida normal. A los pocos días cogió un catarro muy fuerte con tos pertinaz. Entonces empezó a notar al terminar los accesos de tos como unos escalofríos y como si le corriera la sangre por el interior. También curó de estas molestias. A partir de esto se le puso una molestia en la parte del reborde del costal derecho. Pensaron que era algo digestivo pero no le encontraron nada. La molestia consistía como en un rozamiento y como si tuviera una irritación en ese sentido. Se acompañaba de continuo estreñimiento. Se le puso un tratamiento y siguió igual. En un análisis de sangre dió 9.000 leucocitos. Se le hizo el análisis porque había tenido un dolor agudo estando en el cine. Fue operada por esta causa de apendicitis. A pesar de ello no desaparecieron las molestias anteriores, sino que a los cuatro meses le volvieron a aparecer. Cada vez se le aumentaba más el dolor en la nuca, el dolor en la cabeza y en el hombro y brazo izquierdo. También en la pantorrilla izquierda. Se encuentra con las piernas con una pesadez como si fueran de plomo. Los pies, sobre todo el izquierdo, se le quedan

Ayuntamiento de Madrid

fríos. También le ocurre lo mismo con las manos, sobre todo la izquierda. Todo esto le dura una hora, se le pasa y le vuelve a repetir y así sucesivamente. Las emociones, por pequeñas que sean, le producen efectos desagradables y cree que le va a dar una angina de pecho. Está obsesionada con su enfermedad y está observándose desde que se levanta hasta que se acuesta. Le duelen los tres últimos dedos de la mano izquierda y el del medio se le queda a veces como rígido. Los otros dos con calambres y con sensación de acorchamiento en las palmas de las manos. Los cambios de tiempo le producen grandes trastornos. Le dan sofocos y tene que le vaya a dar también una congestión. La sensación del intestino por debajo del estómago es como de tabla, dice. Es un dolor profundo dentro de la pelvis hacia el lado derecho y al hacer una aspiración profunda nota como si le tiraran de ahí unas cuerdas. Palpitaciones. A veces en el momento que se va a dormir tiene la sensación de que se va a morir y quiere llamar al médico pero no puede. Entonces nota que el corazón sigue latiendo y esto hace renacer su tranquilidad. Ha disminuido de peso. Catamnesis: tres meses más tarde vuelve y está mejor. Ha terminado el tratamiento y todavía se queja de parestesias y criestesias en la región cubital de la mano izquierda. Tres meses más tarde, mejor pero aun tiene alguna molestia. Las parestésias son del tipo de Schultz en el brazo derecho y del tipo de Nagel en el izquierdo. Tres meses más tarde vuelve a la consulta y está bien del todo. Había tenido un pequeño tumorcillo en la uña y el médico de pueblo le dijo que no era nada. Se tranquilizó. Luego, un mes más tarde fue a ver a otro médico que le dijo que era una sarcoma y había que amputarle el dedo en seguida. Como es lógico, todo esto la trasternó muchísimo. En realidad resultó que no era sino un neurofibroma sin importancia. Pero se le desencadenó una nueva fase angustiosa y ahora está buscándose tumorcillos por toda la piel y pensando continuamente en el sarcoma. Tiene en la cabeza molestias como de división de casco. Neralgia parestésica bilateral. En la exploración es muy facil provocarle por su mismo estado de sugestionabilidad una anestesia. No hay hipoestesia izquierda. Otros trastornos parestésicos. En el fondo lo que ocurre es que está muy angustiada.

Ha.nº 8.244- Enferma de 57 años, casada, que viene a la consulta por diversos dolores que ella atribuye a los nervios. Mujer de constitución pícnica. Habala de un modo rápido y vivaz. Siempre ha sido una mujer muy activa que exige de los que están junto a ella un trabajo rápido y bien hecho. Es muy exigente en todo. Su marido dice que siempre ha sido así y que no la recuerda nunca deprimida a no ser por motivo justificado. Hace tres meses que está enferma y los síntomas que sobresalen son dolores en varias partes del cuerpo. Explica que el dolor le sube desde el abdomen por el torax y hasta el cuello. Señala la espalda y el vientre "del ombligo hacia arriba pero es más bien una sensación de dolor angustioso" dice. "No se si será de dentro, parece más bien que es una cosa molesta de aire." Siente alivio si en uno de esos momentos puede eructar. Se acompaña de cierta sensación de

Ayuntamiento de Madrid

ahogo. "Me siento con angustia, si supiera, así con malestar." Este estado le dura varias horas y en ocasiones todo el día. Siempre coincide con algún disgusto, casi todas las semanas. Ella no dice ser inquieta, lo niega, sin embargo está bien claro que lo es. No para un momento no solo en su actividad física, sino en pensar y discurrir cosas. No está nunca tranquila. Si está en la cama piensa si la puerta de casa estará mal cerrada y se levanta para comprobarlo. Ha dormido siempre poco pero ahora peor. Dice que si no fuera por el dolor no estaría mal pues cuando lo tiene se siente con la misma vitalidad de siempre. Cuando estos dolores se le presentan se acompañan de algún que otro cotejo de síntomas. Tiene sofocos, de repente se pone muy colorada y suda mucho, luego se le pasa. Muy sensible a los cambios de temperatura sobre todo al descenso. La espalda es el lugar más afectado y tiene que abrigarse más. Los pies y las manos notan mucho los cambios y tiene hormiguillos en ellos. Tiene mareos cuando se tumba en la cama, como si todo le diera vueltas. En la vista se le pone a veces una niebla "me da una cosa blanca" y tiene que cerrar los ojos y esperar un poco y si está andando ha de arrimarse a una pared. "Soy como los borrachos." Tiene sensación de asco y unas veces no tiene apetito y otras se pasa el día comiendo. "Tengo en la boca del estómago unas agujillas y un sabor amargo." Tiene úlcera de estómago. A veces se siente sola y triste y pasa por momentos de malhumor. Sus hijas están alejadas de todo lo suyo. "Con lo que yo he hecho por ellas y luego no valen para nada." Menarquia a los 12 años siempre normal. A los 18 años por un susto se le retiró el periodo y empezó a decir tonterías. Creía que el día era la noche y la noche el día. Estaba contenta y hablaba por la calle. Fue tratada entonces y a los dos o tres meses estaba bien y ha sido considerada normal y ella misma se ha encontrado bien hasta hace tres años en que se enfermó por varios disgustos. Se le murió un hijo en un sanatorio y también una hija. Tenía dolores idénticos a los de ahora, aunque la sintomatología no era quizá tan aguda. Le dijeron que eran trastornos de la menopausia varios médicos con los que consultó. Tardó casi dos años en curarse. El pasado año coincidiendo con el ingreso de su hijo en un Sanatorio, le empezaron de nuevo los dolores y fue diagnosticada de úlcera de duodeno y le prescribieron un régimen dietético y de reposo y a los dos meses logró una considerable mejoría. La lesión desapareció de la radiografía. El padre tenía una enorme vitalidad, se parecía a la enferma. Murió a los 72 años de un tumor canceroso de estómago. Un hermano ha padecido "mareos" con pérdida de conocimiento. Dos primas han estado "trastornadas." La familia paterna con tendencia a cambios cíclicos de humor. Dos hijos tratados en este Sanatorio. Es curiosa la sucesión de fases que se producen en ella y la presencia de fases de hipertimia en las que la depresión está sustituida por síndromes dolorosos intensos variados y diversos. Dos meses más tarde ingresa en la Clínica con un síndrome depresivo más intenso. A los dos meses es dada de alta por la mejoría y solo se queja de un dolor en el brazo que es una braquialgia parestésica que sustituye a la depresión.

▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲

Ayuntamiento de Madrid

Las parestesias depresivas

Las parestesias plantean problemas clínicos parecidos que el dolor. De la misma manera que el trastorno endotímico del humor que caracteriza a las depresiones puede permanecer oculto tras la máscara del dolor, las parestesias pueden aparecer como "equivalentes depresivos." Si intentamos establecer una relación con los síntomas que se podrían llamar cardinales (angustia, tristeza e inhibición) vemos que las parestesias son los que tienen un matiz angustioso más acusado. El dolor se halla más cerca de la tristeza y también de la inhibición (ya hemos visto al referirnos a algún tipo de cefaleas, el dolor es una vivencia afín a la lentitud del pensar.) Las parestesias son el síntoma donde mejor se ve el fenómeno de la "localización" de la ansiedad. Por eso las parestesias se acompañan frecuentemente de vértigos timopáticos y de alteraciones del esquema corporal y de despersonalización.

Al intentar definir lo que son las parestesias nos encontramos con los mismos problemas que surjen con el dolor. No es posible definirlas pero sí que es facil comprender lo que son. Las parestesias son una modalidad de la sensación tactil que al igual que el dolor, es desagradable, pero por lo general no tanto. Podría decirse que la diferencia es cuantitativa.

Al lado de la expresión de que el dolor es sencillamente "demasiado" (LEAIF) podemos decir que las parestesias son demasiado, pero no tanto. En realidad esto no es suficiente. El dolor y las parestesias son afines pero diferentes. Igual que con un cierto artificio hemos hecho la comparación dolor-tristeza y parestesia-ansiedad, pueden hacerse otras distinciones polares como la de dolor-sobrecogimiento y parestesia-sobresalto. Una de las formas más típicas de parestesia la acatisia, es a la vez un ejemplo muy puro de la reacción de sobresalto somatizada.

En el lenguaje cotidiano se utiliza la expresión "dormido" para referirse a la sensación parestésica ("se me ha

Ayuntamiento de Madrid

dormido la mano o el pie"). El miembro dormido se encuentra aislado de la corriente de la conciencia y del dominio de la misma y se acompaña de distintas alteraciones del esquema corporal o de despersonalización. La vivencia de la desintegración de la propia personalidad que es la angustia se vive como aniquilamiento de un segmento corporal. Lo mismo cuando sucede en el cráneo (los enfermos utilizan expresiones del tipo de "sensación que me va a estallar la cabeza") como cuando ocurre en partes del cuerpo menos significativas. En lo que nos dicen los enfermos aparece a menudo la palabra "raro" y no solo por lo que tienen de poco frecuentes, sino por lo que tienen de extrañeza, de enajenación.

WARTENBERG distingue entre parestesias y disestesias. En las primeras lo que sucede es que un estímulo táctil cualquier llega al sistema nervioso central no como tacto sino como sensación anómala, como malestar. En cambio en la disestesia esta sensación displacentera se produce sin que los receptores cutaneos sean estimulados. En la realidad parestesia y disestesia van casi siempre unidas. WARTENBERG lo miraba como neurólogo. Lesiones del sistema nervioso periférico modifican la sensación táctil (parestesia) o son fuente de estímulos anormales (disestesias). En el caso de las depresiones, estas modalidades del tacto son de origen central, mezcla de disestesia y parestesia. En este terreno lo que es muy importante es que al igual que las algias, <u>las parestesias depresivas tienen una distribución especial, pero que no se superpone a la distribución del sistema nervioso periférico</u> (hecho sobre el que llamó la atención CURSCHMANN y tambien LOPEZ IBOR). Tampoco siguen la distribución de las arterias. Lesiones de los nervios (traumatismo, etc.) o isquemias en los miembros producen parestesias. La distribución es distinta en las tres posibilidades.

Las parestesias son habitualmente tan angustiosas que los enfermos sienten la muerte cercana (a veces dicen que un miembro no se les queda "dormido" sino "muerto") por eso son más intensas o menos llevaderas al llegar el crepúsculo y caer las sombras de la noche.

De las parestesias en el cráneo y cara nos hemos ocu-

Ayuntamiento de Madrid

pado en el apartado de las cefaleas. De otro tipo de parestesias (precordiales, abdominales, etc.) nos ocuparemos más adelante. También en las lumbociáticas el dolor se acompaña de malestar (10.088). Aquí nos ocuparemos a continuación de otro tipo de parestesias.

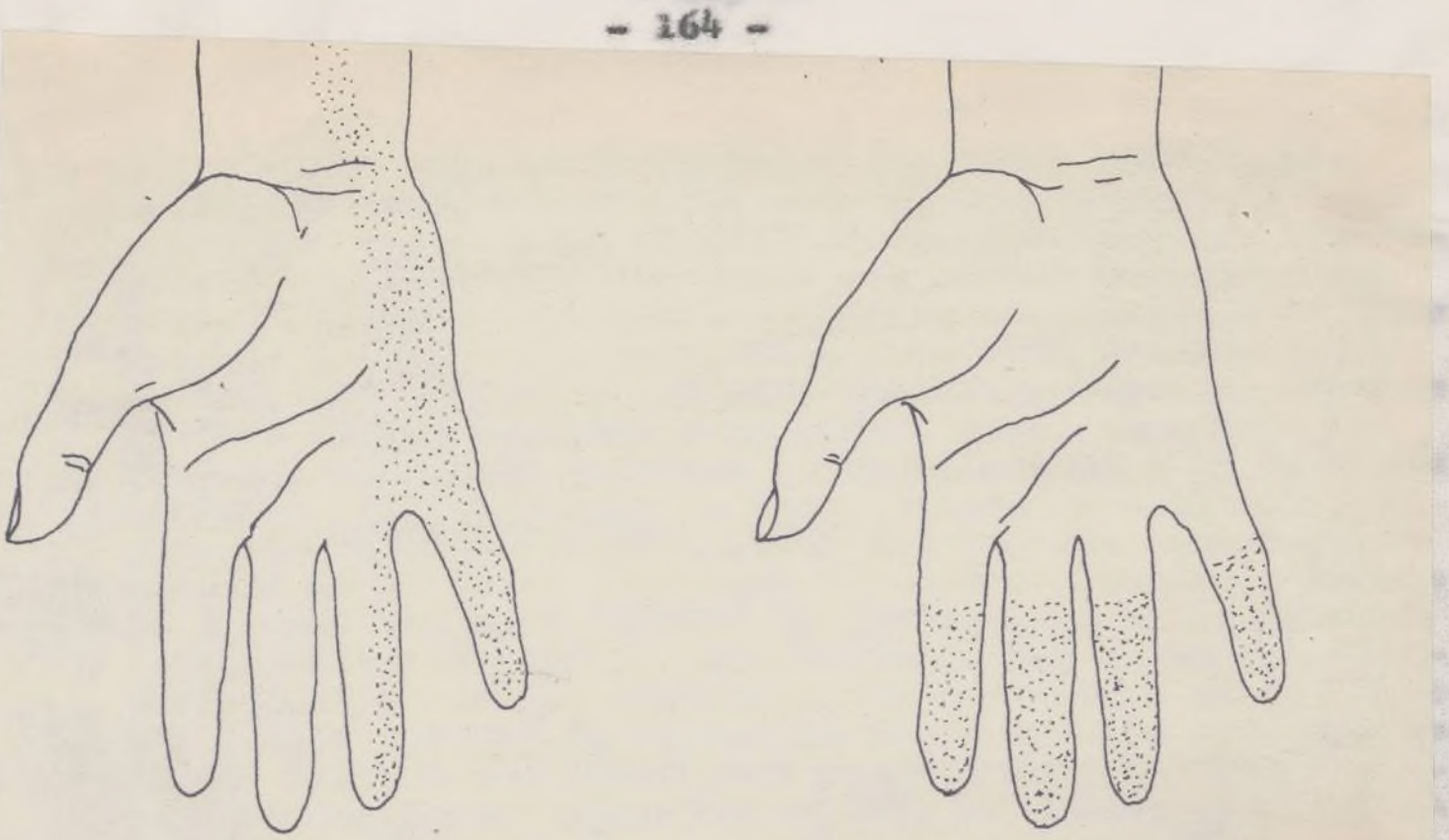
* * * * * *

Las acroparestesias

Son parestesias localizadas en las partes distales de las extremidades y fueron descritas por SCHULTZ. Las sensaciones de "hormigueo" o de acorchamiento no se acompañan de hallazgos objetivos en la exploración. NOTHNAGEL describió más tarde otro tipo en el que existían alteraciones vasomotoras locales, palidez o diferencia de temperatura como si fuera un síndrome o enfermedad de Raynaud muy discreto o como una "eritromelalgia minor". Para LOPEZ IBOR estos dos tipos de parestesias son distintos. Las de SCHULTZ son puramente timopáticas, es decir, tienen un origen central, mientras que en las de NOTHNAGEL aunque los factores centrales jueguen un papel destacado también existen alteraciones periféricas. Sin embargo, no son síndromes opuestos, sino que se encuentran en un espacio sintomatológico en uno de cuyos extremos se encuentran las parestesias de tipo de las de SCHULTZ y en el otro el síndrome de RAYNAUD y la eritromelalgia. En el centro están las parestesias tipo NOTHNAGEL. LOPEZ IBOR ha publicado algunos casos en los que coexisten estos diversos síndromes.

Las acroparestesias depresivas tienen dos modos de distribución. Unas veces aparecen como manguito superpuesto en los extremos distales de los dedos. Otras veces afectan al lado cubital de la mano. En este caso se prolongan a veces siguiendo una línea ascendiente por la cara anterior del miembro superior.

Ayuntamiento de Madrid



ACROPARESTESIAS TIMOPATICAS (Lopez Ibor 1950)

El fondo ansioso aparece a veces como temor a que el síntoma sea presagio de una enfermedad grave.

Ha.nº 11.960- Enferma de 60 años, viuda, que desde hace tres años empezó a notar que su mano izquierda se le dormía. Se duerme con una ligera sensación de hormiguillo semejante a la falta de circulación. Esto le duró solo unos segundos y cerrando y abriendo la mano se recuperó del todo. Siempre le sucede este fenómeno de noche al acostarse o al despertarse. Ha sido vista muchas veces por médicos y minuciosamente explorada desde el punto de vista circulatorio, no han encontrado nada. Había ocasiones en las cuales dormía mal pero nunca insomnio marcado. Es nerviosa y excesivamente preocupada por todo. Fondo angustioso. Las acroparestesias le preocupan mucho porque teme que sean "algo malo." Miedo a una parálisis. No antecedentes de interés. Exploración neurológica negativa, tensión y electroencefalograma normal. Casada a los 25 años enviudó a los 40.

Las acroparestesias acompañan a menudo a la braquialgia (véase ese apartado) como en la llamada "braquialgia parestésica" de WARTENBERG.

Ha.nº 16.634- Enferma de 44 años, casada, que enfermó hace cinco años a raiz de la muerte de un sobrino, comenzó a no salir de casa, miedo de noche a que le diera una crisis de llanto en la calle. Salía siempre con una persona, por miedo a caerse y a no valerse por si misma. Triste y preocupada, tenía ideas raras. Durante un año siguió varios tratamientos que no le mejoraron. Dormía mal con inquietud y una especie de sacudidas. Tiene ideas malas como la de tirarse por la ventana o matar a sus

Ayuntamiento de Madrid

hijos, pero todo en la imaginación. Desde hace un mes está peor sobre todo de los mareos, temblor frío y "pies helados." Casada hace 18 años, tiene cuatro hijos muy seguidos y a ello atribuye estar mal de los ovarios y matriz. Le dijeron que tenía la matriz desplazada y ha sido operada hace un año. Desde hace ocho años tensión baja, mareos, con dejadez y con unas inyecciones que no sabe lo que era se le fue. Padece de reuma, dice, como toda la familia. Sensación dolorosa desde el hombro a la mano con angustia y se le duerme la mano. Menarquia a los 13 y se encuentra peor una semana antes del periodo. Una hermana después de un parto tuvo "una tristeza." Realmente aunque la enferma atribuye también el comienzo de su enfermedad a la muerte del sobrino, lo cierto es que antes del velatorio ella ya estaba deprimida, lo que ocurre es que aquella escena provocó la aparición del cuadro en toda su plenitud. Ahora tiene sobre todo miedo a morirse. Está triste y hay un fondo depresivo en todo su cuadro clínico. La manera de presentarse los fenómenos es la siguiente: siente mareo, dolor violento en la zona epigástrica que más que dolor es angustia, parece que va a tener despeño diarreico pero no lo tiene. Electroencefalograma con anomalías.

Catamnesis: un año más tarde está mejor. No habla del trauma del sobrino ni de las anteriores angustias. Sólo habla de una angustia difusa por todo el cuerpo que le entra sin saber por qué. Sudor en las manos. Tensión baja. Pequeñas úlceras en la boca. Muy gruesa. Molestia como una barra en la cabeza, dice. Seis meses más tarde está mejor pero se queja de su peso que le produce fatiga y dolor de pies. Pesa 87 kilos. Tratada con I.M.A.O.

En esta enferma la braquialgia parestésica es le preludio de un síndrome depresivo que fue desencadenado por un suceso traumatizante. El dolor lo venía arrastrando hacía años, luego acmenzó una depresión ligera y tras la muerte de su sobrino empeoró su estado de ánimo y se le presentaron las crisis vegetativas de mareos y angustia localizada en el epigástrio.

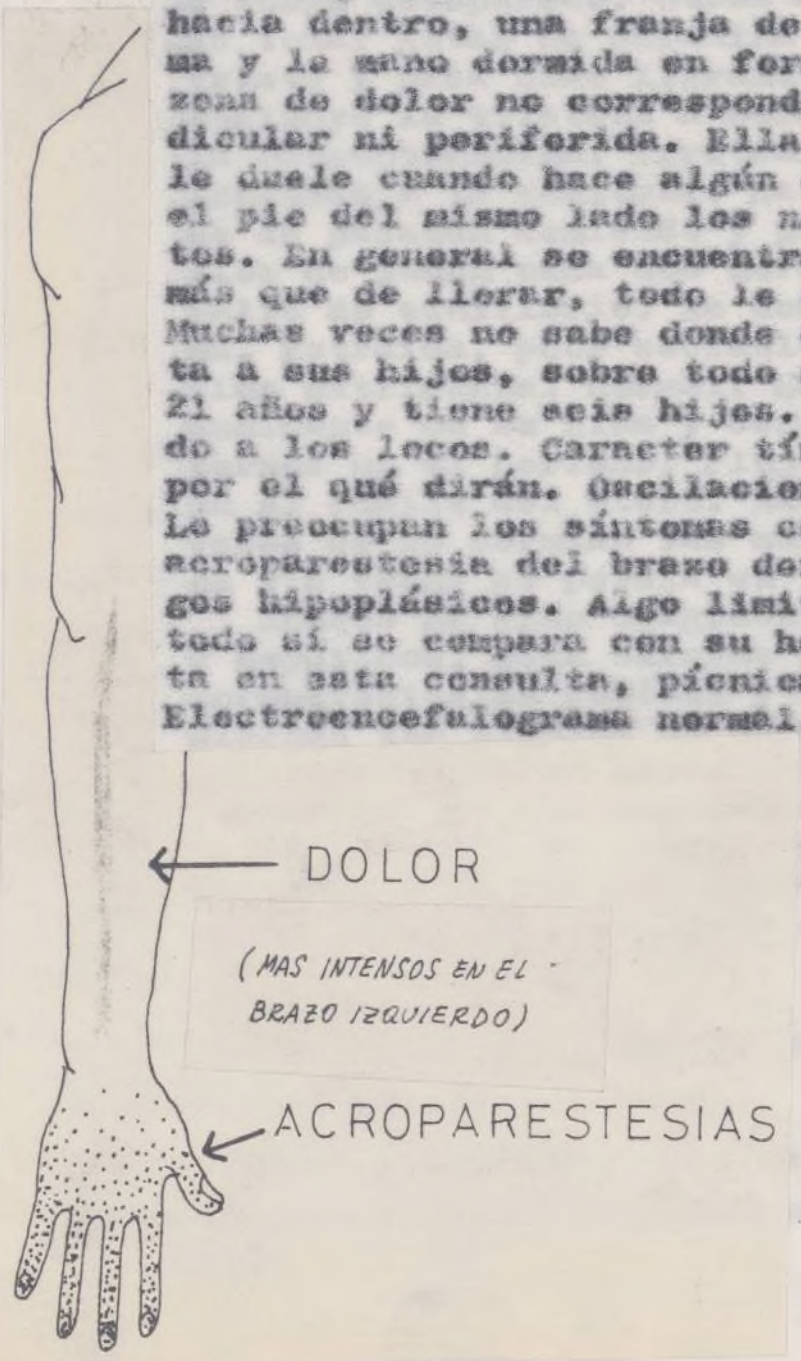
En los pies las parestesias se acompañan de sensación de frío (criestesias), como hemos visto en esta enferma.

Las parestesias depresivas a veces se acompañan de alteraciones del esquema corporal, como hemos visto en el capítulo de las cefaleas. La siguiente historia es un buen ejemplo en la que el dolor acompaña a una sensación de hinchazón, sobre todo al hacer esfuerzos.

Ha.nº 16.461- Enferma de 36 años, casada que hace cuatro

Ayuntamiento de Madrid

años después de pasar una noche cuidando a una tía suya que murió en la madrugada, comenzó a decir que se encontraba cansada, que tenía las manos feas, que no se cuidaba como las otras mujeres, etc. Triste y llorando todo el día. Desde entonces nunca ha sido la misma. Le han tratado varios médicos desde el comienzo de su enfermedad. Ha tenido temporadas muy malas pero otras está mejor. Cuando está mal, muy caprichosa, no tiene ganas de hacer nada, abandona las cosas de la casa, no se ocupa de los hijos y da la impresión de ser una persona acabada, triste y pesimista. Lo que tiene no es falta de hambre, si falta de ganas de ponerse a comer. Cuando se le saca de casa se distrae y parece otra. Duerme de forma intranquila con sacudidas. Empeora cuando se le contradice o se le hace hacer cosas que no le gustan. A veces se mete en cama vestida. Cuando está mal parece desorientada, no sabe hacer las cosas ni ir por lugares que conoce toda la vida. Atontada y sin memoria. Durante los dos embarazos que ha tenido después de esta enfermedad se ha encontrado completamente bien. Del último parto hace año y medio y no ha tenido día bueno. Dice la enferma: "ahora no es como al principio en que estaba como mareada sin saber donde estaba. Tenía una cosa que no sabía como explicar; por las noches unos ahogos que no se como explicar, ganas de suspirar." Tiene que ponerse alta la cabeza. Algunas veces mareos, sensación de caerse. Dolores en el brazo derecho y más en el antebrazo, dolor como siguiendo el borde radial pero un poco espaciado hacia dentro, una franja de arriba abajo, según el esquema y la mano dormida en forma de guante (figura 2). Esta zona de dolor no corresponde a ninguna distribución radicular ni periferida. Ella lo nota hinchado, sobre todo le duele cuando hace algún esfuerzo. La mano derecha y el pie del mismo lado los nota como dormidos, como muertos. En general se encuentra triste, sin ganas de nada más que de llorar, todo le cae mal y está desmemoriada. Muchas veces no sabe donde está ni por donde va, no aguanta a sus hijos, sobre todo si hacen ruido. Se casó a los 21 años y tiene seis hijos. Siempre muy miedosa sobre todo a los locos. Carácter tímido y retraído, preocupada por el qué dirán. Oscilaciones de una semana en su humor. Le preocupan los síntomas corporales y especialmente la acroparestesia del brazo derecho. Constitución con rasgos hipoplásicos. Algo limitada de inteligencia sobre todo si se compara con su hermana (16.460) también vista en esta consulta, pícnica y mucho más inteligente. Electroencefalograma normal.



LOPEZ IBOR dice que estos casos pueden plantear a veces diagnósticos difíciles con los edemas angioneuróticos de QUINCKE ya que ambos presentan crisis y fuera de ellas no es fácil de reconstruir

Ayuntamiento de Madrid

si durante éstas los dedos se hinchan objetiva o subjetivamente.

Las acroparestesias a veces se acompañan de sensación de calor, e incluso es posible observar discretas alteraciones de la temperatura y del color de la piel, como formas rudimentarias de eritromelalgia o de eritrotermalgia. En estos casos junto a la alteración central hay que admitir en la producción de la eritromelalgia la presencia de factores periféricos, aunque estos sean también consecuencia de disfunciones diencefálicas.

Ha.nº 12.564- Enferma de 38 años, casada, que desde hace tres años tiene la siguiente sintomatología: sensación de caminar en el vacío, mareos durante las horas de las comidas, no puede estar quieta en ningún sitio y se le duermen los brazos -señala como cubital. Tiene picores y calor de piernas. Cuando se encuentra excitada le sudan las manos, tiene sensaciones de pérdida de vida, su cabeza se siente acorchada y tiene miedo a perder la razón. A veces tiene dolor en región precordial dos días y luego desaparece. Otras que la comida no le pasa y ha de tomar gotas de coramina y cortiron que la reaniman. Triste y pasa días llorando y sin levantarse de la cama. Atribuye la tristeza a sordera desde niña provocada por la estreptomicina. Irritable, le molestan ruidos. Le han achacado a la vesícula. Hace un año notó que las crisis se le pasaban comiendo y pasó el verano comiendo bocadillos de jamón cada dos horas y si no lo hacía notaba falta de equilibrio. No come, devora. Hija única. Tímida, retraida, poco sociable. Menarquia a los 14 años. Vida matrimonial normal. Hace dos años se asustó por un accidente de su niña y desde entonces dice tener trastornos en el periodo. Flujo y le han encontrado úlcera en el cuello del utero. Madre muy nerviosa de joven y a veces se le dormían las manos, tenía taquicardia, jaqueca y a veces se perdía en la calle.

Aunque ha sido diagnosticada de trastornos digestivos y hepáticos, esta enferma es una deprimida, con síndrome acroparestésico subital y eritromelalgia minor en las piernas con picores en las piernas. Lo curioso es que la eritromelalgia es hereditaria pues la han tenido padres y abuelas. Lo que más molesta ahora es la sensación de vacío, especie de agorafobia, opresión precordial y la litiasis a la que han referido todos los trastornos. La exploración es totalmente negativa.

Igual que las algias, las parestesias pueden afectar a distintas partes del cuerpo. En la enferma siguiente coinciden varias y aparecen como un tipo especial al que nos referiremos más adelante, la acatisia.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 17.699- Enferma de 44 años, casada, que se encuentra mal desde hace tres años y ha hecho muchos tratamientos. Desde hace dos semanas está mejor. Empezo a estar mal tras de un aborto de un mes, dice. Tenía un dolor intenso en el vertice de la cabeza y estuba como atontada, como si le pincharan. Después la molestia se le fue al ojo izquierdo y al torax con sensación de opresión y falta de aire y estado de ánimo triste. Dormía bien. Luego comenzó a notar como si tuviera electricidad dentro del cuerpo que le nace en las plantas de los pies y le sube a la cabeza. Lloraba mucho, estaba cansada, sin ilusión y le molestaba la gente. Solo quería estar sola. Dormía muy mal. Pensaba que su marido la iba a dejar. Este tuvo unos disgustos con la Magistratura de Trabajo que ya resolvió. Solo hablaba de sus parientes fallecidos. No comía. Mejoró con un tratamiento y desde entonces tiene recaidas periódicas en primavera. Desde hace un año que tiene al anochecer contracciones, temblores, sobresaltos. Dolor de cabeza "como si algo se moviera dentro," atontada. Dolores como electricidad por los brazos y sensación de opresión torácica. Triste y cansada. En los tobillos le entra un dolor por las noches que le dan "desesperación", se mete en la cama, y va acompañado del fenómeno de "piernas intranquilas". Los dolores tienen caracter de braquialgia parestésica. Tiene fondo depresivo. Duerme bien aunque con pesadillas. Buen apetito. Trastornos en la menstruación, amenorrea, dismenorrea y metrorragia. De caracter serio, reservada, trabajadora, ordenada y limpia. Una prima de su abuela se tiró al pozo pero luego se puso completamente bien.

* * * * * *

El prurito es una sensación análoga a las parestesias y frecuentemente se combina con ellas. Si queremos señalar los rasgos diferenciales del uno y otro, veremos lo difícil que es. Desde el punto de vista fisiopatológico podemos postular para las parestesias un origen central pure mientras que en el prurito existiría además alguna alteración local periférica. Desde el punto de vista fenomenológico también es difícil definir uno y otro. El prurito lleva aneja la tendencia a veces imperiosa a una actividad motora que es el rascado. Si observamos lo que sucede en el plano psicopatológico veremos que las parestesias se acompañan de ansiedad, pero que en el caso del prurito la ansiedad está cristalizada frecuentemente en fobias. En el capítulo de medicina psicosomática nos nos referimos a este punto otra vez. Ahora basta con decir que es como si en un momento determinado la alteración endógena

Ayuntamiento de Madrid

fásica, que no es más que una disregulación diencefálica, se viera desbordada y no aparece tan pura. Por un lado se ha producido una alteración local -prurito- y por otro la propia personalidad transforma los síntomas psíquicos al poner en marcha mecanismos defensivos, en cierto modo también periféricos a la propia vivencia primaria contra la ansiedad.

Hasta qué punto nos hallamos ante un hecho unitario lo demuestra el caso siguiente. El prurito anal se acompaña de la fobia al cáncer de recto, luego en otra fase, las molestias en la garganta se acompañan de fobia al cáncer de laringe.

Hs.nº 13.093- Enfermo de 32 años, casado, que se encuentra hiper-excitable hace ya años y hace seis meses empieza una gastrálgia diagnosticada de gastritis hipersecretaria con gran acidez que se trató con Roter. El medicamento u otra cosa le produce sensaciones prurigínosas en el recto y piensa que tiene cáncer. Ha perdido siete kg. en este tiempo. Triste por sus molestias y la exterioriza dramáticamente; ante sus hijos llora, se despide de su mujer, etc. Anorexia sexual. Vibración nerviosa interior, ruidos abdominales, estreñimiento. Ha olvidado la alegría de vivir. Cansancio matinal. Crisis agudas de aprension. Crisis de ansiedad con fenómeno de espasmo laríngeo. Dificultad en la inspiración. Desarrollo normal. Huérfano de madre desde los cinco años. A los diez pleuritis. Trabajador y ambicioso. Perfeccionista, nada debe quedar sin hacer, exacto, minucioso. Las molestias anales las describe de un modo especial: hay un picor que corresponde al eczema pero de vez en cuando hay "picotazos" que le llevan por una serie de eslabones oscuros a la idea del cáncer. "Tengo la impresión de que mi subconsciente está constantemente operando con esta idea" y entonces los "picotazos" despiertan la obsesión y le complica pensando en el tumor cerebral. Catamnesis: seis meses más tarde ha mejorado mucho sobre todo ya no tiene la idea del cáncer. Tratado con acetilcolina intravenosa. Se puso completamente bien, pero 13 meses más tarde tuvo unas molestias en la garganta puramente subjetivas, se trataba probablemente de parestesias depresivas y en seguida empezó a pensar en que tendría cáncer de laringe. Con el nuevo tratamiento desapareció la molestia y la fobia. Se ha mantenido bien durante cuatro años durante los cuales viene, por precaución dice él, de vez en cuando a la consulta.

El prurito anal y rectal es unos de los mayores tormentos que puede padecer un enfermo. Se acompaña de tal inquietud que ninguna postura les es adecuada a estos enfermos. En la historia siguiente aparece claro como muchas veces es de origen depresivo.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 14.571- Enfermo de 37 años, casado. Cuenta que hace veintitantos años tuvo un "mareo" jugando con un hermano que le zarandeaba la cabeza. "Las cosas me andaban alrededor." Se quedó quieto y encogido en cama y respiraba fuertemente. Cree que la boca se le torció, pero no perdió conocimiento aunque dice que no podía hablar ni moverse. Oyó que alguien decía "Dios mío que se muere" y cree recordar que se le durmió un brazo. Atribuyeron aquel episodio a unas lombrices por haber comido pan de maiz que es muy indigesto, pero el enfermo se preocupó mucho y no volvió a bañarse en aguas profundas por miedo a que se repitiera. Sin embargo, conduce el automovil sin temor. Desde hace ocho años vomita con mucha facilidad, independientemente de la pesadez de la comida. Hace un año, extrasístoles que los médicos dijeron no era nada importante. Hace tres semanas después de haber tomado unas copas, tomó una de vino gallego que le suele sentar mal. Despertó a media noche y tuvo la impresión de que el techo se movía y le recordó al mareo de cuando era niño. Al día sigueinte fue a varios médicos para un "chequeo" completísimo y un electroencefalograma dió "intensa labilidad electrogenética de origen subcortical." Le hablaron de una posible epilepsía. El enfermo viene a la consulta para asegurarse de lo que tiene antes de someterse toda la vida a un tratamiento semejante y está muy asustado por ser epiléptico. No recuerda otras enfermedades. Se casó a los 29 años y tiene cinco hijos. Siempre ha sido preocupado por todo, muy trabajador, suerte en los negocios. Brusco e irritable, nervioso, hipocondríaco. Cualquier detalle sospechoso de enfermedad le hace cavilar todo el día. El padre murió de ataque cerebral. Le preocupa mucho que sus molestias vengan de una epilepsía y se tranquiliza cuando le decimos que es ansiedad. Primero fue un componente vertiginoso con apariencias de equivalente convulsivo. En el EEG aparece una disritmia temporal en la hiperventilación, disritmia temporal izquierda con ondas afiladas y difusas y descargas delta monomorfas generalizadas y simétricas de gran amplitud. También en reposo aparecen interferencias theta a veces en forma de brotes.

Catamnesis: dos meses más tarde dice que ha mejorado 80% y que lo que le queda es tan poco que ni lo especifica. Quiere que se le haga un nuevo EEG porque los otros los hizo bajo tratamiento anti-epiléptico. Está muy contento y trabaja como antes. Se le vuelve a ver dos años más tarde y sigue muy bien, incluso algo hipertímico. Es curioso lo siguiente: se operó de hemorroides aunque no tenía apenas molestias sino una especie de escozor después de la evacuación. Pero la operación determinó molestias muy fuertes y tuvo que ser re-operado aunque el cirujano indicó que aquellas molestias eran psicosomáticas y se le pasaría con anti-espasmódicos. Ahora se encuentra bien y reconoce que todo esto fue debido a haberse forjado la idea -que no comunicó a su mujer ni al médico- de que podía tener un cáncer.

La historia que sigue es muy demostrativa.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 17.192- Enfermo de 19 años que viene a la consulta por haber disminuido en el rendimiento de sus estudios. Antes tenía muy vuenos resultados pero el último curso no aprobó ni una asignatura porque estaba preocupado por una fisura anal que tenía. De siempre ordenado y tranquilo. A los 13 años temporada de escrúpulos que él considera normales. También le picaban los patalones de tela gruesa. Temporada de eritrofobia. Muy estudioso y los suspensos le dieron complejo ya que antes tenía más bien sentimientos de superioridad ante los demás. Muy inhibido y cuando alguien le gastaba una broma no sabía lo que contestar y le entraba flojera en las piernas. Sus padres insistían que estudiase mucho y todo ello debió influir en su enfermedad. "Me entró la idea de que estando en clase me iba entrar el deseo irresistible de evacuar y para evitarlo iba tres o cuatro veces al día al baño." Siempre tenía la impresión de que los intestinos no se quedaban vacios del todo. Así empezó a desarrollarse escozor en la región añal y después palpitaciones con una excitación general. Por otro lado no salía con amigos. Le diagnosticaron de fisura y operaron. Le hicieron una dilatación. Siguió con molestias a pesar del tratamiento (antibióticos orales y pomadas) que le restaban facultades. No pudo estudiar en todo el año pues no podía concentrarse y debido al dolor se distraía. Parece ser que el sentir el dolor se enrojecía su cara. Siempre peor después de las comidas. Dormía bien pero se despertaba cansado. Inhibido y tenía dificultades con los amigos. Catamnesis: dos meses más tarde mejora con el tratamiento, más animado y sereno. La parestesia ha disminuido. Revidado por el cirujano, no encuentra nada anormal al tacto rectal y en la rectoscopia se encuentra una mucosa sin alteraciones.

La siguiente historia es muy interesante desde el punto de vista psicosomático. Comienza por unas parestesias en las piernas que se transforman en prurito al cabo del tiempo. Luego sigue éste como un verdadero <u>desarrollo</u> en el sentido que se da a esta palabra en psiquiatría (LOPEZ IBOR habla de "desarrollos psicosomáticos"). En el plano de la personalidad sucede algo paralelo. Tiene rasgos anancásticos muy acusados que van prosperando con la edad. Junto con esto en la evolución se observa la presencia de fases en las que la sintomatología en conjunto mejora o empeora y la presencia de otros equivalentes depresivos (lumbalgia). El efecto del tratamiento en este caso es notable ya que no solamente mejoró su estado de ánimo, sino también su conducta cambio al no sentirse tan presa de los escrúpulos. Ahora llega a hacer una vida más libre y más activa. Al mismo tiempo disminuye el prurito hasta casi desaparecer. Al fin del tratamiento contó otros sínto-

Ayuntamiento de Madrid

mas que no aparecen referidos en la historia y que no había contado por la enorme carga angustiosa que tenían. Se trataba de un prurito vulvar que se acompañaba de pensamientos obscenos (como en los casos de prurito vulvar descritos por LOPEZ IBOR).

Ha.nº 16.490- Enferma de 48 años, viuda. Desde niña recuerda que tiene picores. Primero en las piernas y luego por todo el cuerpo. Cuando se rasca es peor. Le duraba dos o tres horas y era para ella una desesperación. El picor es peor en verano y aumenta cuando se lava con agua fría y con jabón. Cree que le influyen los cambios de tiempo. Estando este verano en un pinar le aparecieron unas manchitas en manos y brazos que ella atribuía a los pinos, pero no le picaban. Temporadas que tiene dolor al orinar. Otras veces escozor en la lengua y encías. Desde hace diez años mucha depresión, con pena y ganas de llorar, sin ganas de vivir, ni comer, ni ganas de hacer nada. Un internista le dijo hace unos años que si seguía un tratamiento con vacunas mejoraría hasta de manera de ser. Es la quinta de diez hermanos. Anginas de repetición hasta los 7 años en que le operaron. "Siempre ha sido muy sentida" dice, "los disgustos me afectan mucho." Muy estreñida. Menarquia a los 14 años. Muy escrupulosa en la limpieza y cosas de dinero pensaba que éste podía haber sido tocado por un tuberculoso. Se casó a los 27 años con un marido enfermo del cual ha sido más bien la enfermera. Era abogado y no ejercía. Era bueno y ella lo quería. Murió hace siete años y desde entonces ella está muy decaida y al principio con ganas de morirse. Cansancio, agotamiento, se levanta muy tarde. Buena posición económica, ayuda a los demás de su familia que necesitan de ella. Pasa su vida entre la iglesia y el cementerio. No ha pensado casarse otra vez. Doleres en la columna desde que un día regando el jardín tuvo un dolor muy fuerte y no puede dar vueltas en la cama. Padre hipertenso. Una hermana y su hijo tienen prurito. El picor la excita mucho y no sabe si es peor el dolor o el picor. Durante la guerra el dolor lo tuvo en las manos. Desde que su marido murió duerme peor. El dolor de columna ella lo atribuía a los riñones, pero por la descripción que hace son del tipo lumbálgico. Ha tenido tres o cuatro episodios de ellos en su vida. Suda mucho de cintura para abajo. A veses suda con fríe. Dolor en la pierna izquierda en la parte de detrás del tendón como agujetas, también en le brazo izquierdo. Es curioso que todo empezó por una especial inquietud de piernas calificada de prurito. Gran sensación de ansiedad y malestar interno. Dolores de cabeza pero desde hace diez años menos, más que nada era un atontamiento. Muy aprensiva y escrupulosa en materia religiosa. No va a reuniones de amigas por temos a las habladurías que dijeran en su presencia. La madre vive y tiene 79 años y padece de reuma. Una hermana tenía ataques y murió quemada en uno de ellos. El mayor de los hermanos asma infantil. Otra hermana también y después de la menarquia desapareció y apareció

Ayuntamiento de Madrid

un eczema, a los 50 años murió de embolia. Casi todos son escrupulosos menos la tercera. Otro tiene también eczema y otros dos "dolores en los riñones". Otra crisis histéricas y el último de los hermanos tiene una úlcera gástrica y trabaja día y noche. La enferma tiene cada dos o tres meses un dolor muy agudo en la región añal. Tensión arterial 160/110. Catamnesis: esta enferma fue seguida durante tres años. Unas veces en régimen de internamiento otras en su casa. La evolución del prurito ha sido siempre paralela con la de su estado de ánimo. Cuando estaba bien el prurito desaparecía totalmente. Ultimamente lleva 8 meses muy bien. Las molestias están muy atenuadas y hace una vida más activa y más libre. Continua en tratamiento.

* * * * * *

Algias y parestesias bucofaringeas

La lengua, la boca, la faringe y la laringe son lugares donde a veces aparecen dolores y parestesias de origen depresivo. WARTENBERG habla de glosodinia y parestesias orolinguales. En la lengua suelen tener un carácter ardiente (ZUNGENBRENNEN, burning tongue).

OPPENHEIM llamaba a este fenómeno "neurosis de la lengua" y señaló por primera vez que se acompañaba de cancerofobia. Desde entonces tiende a considerarse como un trastorno psicógeno. No hay que olvidarse que OPPENHEIM era un gran neurólogo de orientación somatológica. En el otro extremo están WARTENBERG y otros (PUUSEPP, etc.) que piensan que se trata de una neuritis o neuralgia. Nosotros sin negar como es natural que otros síntomas pueden ser debidos a alteraciones del sistema nervioso central o periféfico queremos señalar una posibilidad más, a la hora de hacer un diagnóstico diferencial, la de su origen endotímico.

En 1956 DALMAR y KUTSCHER, dos estomatólogos, escribieron a la revista Psychosomatic Medicine inquiriendo sobre este problema. Se referían particularmente a la glosodinia idiopática (burning tongue). Ellos tenían la impresión de que se trataba de un síntoma psicosomático y deseaban conocer las respuestas de los psiquiatras en ese sentido. KUBIE se refiere también al mismo síntoma a propósito de un caso en el cual el analisis reveló un rico contenido simbólico, pero

Ayuntamiento de Madrid

KUBIE llama la atención que el enfermo realmente tenía un dolor en la lengua que jugaba un papel importante en la elección de ésta para representar todos esos contenidos. Es decir, para KUBIE en este caso de glosodinia es un síntoma neurótico montado sobre una alteración pre-existente no neurótica.

LOPEZ IBOR se ha referido a las algias faringeas como equivalentes depresivos. La historia clínica siguiente procede de su casuistica y si aquí se refiere es por el interés de la catamnesis.

Hu.nº 10.969- Enfermo que cuando viene a la consulta hace ya seis años que viene padeciendo una faringitis que le produce molestias de modo periódico. Hace un año que son constantes. Le recomendaron un balneario en Francia y no le fue bien. Luego estuvo ingresado en una clínica alemana donde le hicieron una revisión completa y le dijeron que no tenía más que una faringitis sin importancia, y un granuloma junto a un diente que convenía extirpar. Lo hizo, pero sin resultado. Continuó el tratamiento con inhalaciones, onda corta, vitaminas, etc. y como no mejoraba el otorrinolaringólogo le envió a un psiquiatra que le hizo un tratamiento con acetilcolina intravenosa que le mejoró pero no le quitó del todo las molestias. Pensaron ponerle electrochoques pero antes le extirparon una muela de juicio y desde entonces está peor.

En el momento de la consulta presenta dolor de garganta en la zona que él dibuja en un papel que trae, (figura 3) especie de escozor constante que le hace fijar su atención en la laringe. Rhido de oídos. Tensión constante, boca seca, insomnio y una especie de mareo que comina a todos los demás síntomas. En realidad no es vértigo, sino que no se siente seguro, como si hubiera bebido. Otra molestia es disregulación térmica y suda mucho en forma de crisis nocturnas. Cuida mucho la temperatura por si puede influir en la faringitis.

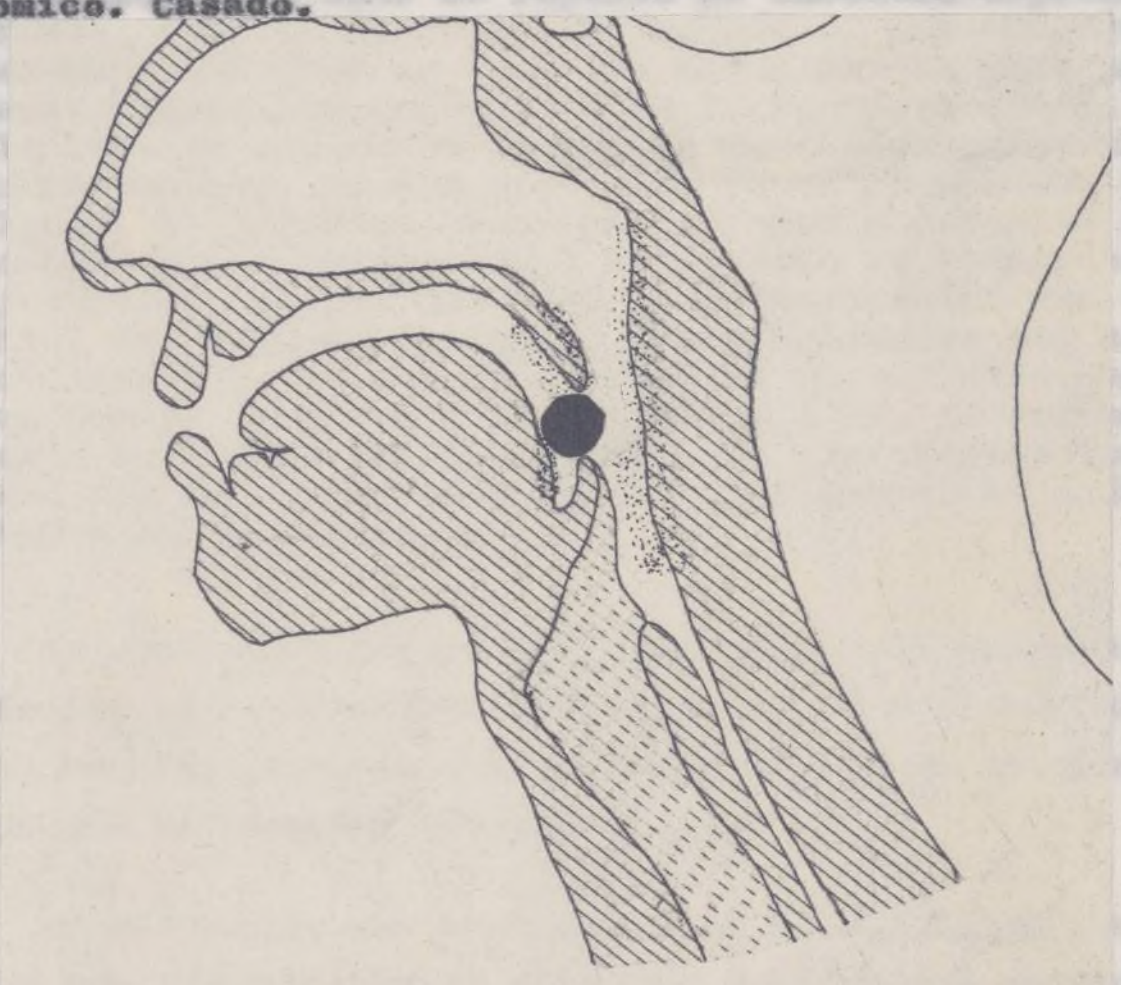
Antecedentes familiares y personales sin interés. Su estado de ánimo ha empeorado recientemente por haber leido que la faringitis es enfermedad crónica e incurable y dice que así no puede vivir, que prefiere hacerse "un agujero en la cabeza", dice. Trae un informe de la Clínica de Tubinga donde le han hecho una exploración completísima. Hablan de una "irritabilidad vegetativa." Exploración completamente normal. Al preguntarle sobre la molestia que siente dice que es como una aguja que se moviera en la garganta. Es un hombre muy activo, trabajador de alto nivel intelectual. Viene acompañado de su médico que confirma lo terriblemente hipocondriaco que es. Ha abandonado su trabajo por pensar que la industria le irritaba la garganta. Siempre pendiente de la temperatura y grado de humedad del aire.

Hace muchos años que notaba de vez en cuando una sensación en la garganta como la actual pero le duraba poco

Ayuntamiento de Madrid

tiempo, pero desde hace tres años lo que le ocurre es que es casi continua. Un médico le habló de "faringitis crónica" y esto cuajó la enfermedad. La palabra crónica la pone en relación con el no terminar nunca, el infinito y eso le produce angustia.

Su padre fue muy duro y enérgico con él y por eso se liberó muy joven de él. Trabaja en forma intensa y mucho más de lo que necesita desde el punto de vista económico. Casado.



PARESTESIA FARINGEA Y BOLO "HISTERICO"

Catamnesis: vuelve al cabo de un año. Ha sido tratado repetidas veces con electrochoques que le mejoran pero vuelve a recaer. El atribuye la recaida a su vuelta al trabajo y por eso siente insuficiencia. Sensación de dolor en la garganta. Nuevas radiografías. Dicen que tiene algo de columna entre la sexta y séptima vertebras parte anterior del disco. En el fondo no tiene relación alguna con sus algias. Obsesionado con la temperatura que cree influye en sus algias. Conflictos por ese motivo con su mujer. Preocupación por los hijos especialmente uno que ha tenido meningitis por insolación. Está deprimido, aunque mejor en conjunto. Cuando se ponía electrochoques llegaba a encontrarse normal de ánimo, sin sensaciones raras en la garganta. Se relaciona depresión y faringitis. Más que depresión es como un estado de nerviosidad que él vive como depresión y como si hubiera algo dentro de su organismo a punto de estallar. Cuando tiene la sensación en la faringe más sensible a los acontecimientos exteriores y en el clima y peor en su trabajo.

Pasa seis años muy bien, con ligerísimas oscilaciones.

Ayuntamiento de Madrid

A los siete años vuelve extraordinariamente deprimido. Problemas en su trabajo que vive con gran responsabilidad. No problemas familiares, sus hijos ya casados. Ocho meses más tarde mejor aunque ha recaído en su algia de la garganta. Tratando de definirla dice "es como un nudo en la garganta." Problemas familiares con un hermano por razones económicas y a eso atribuye la recaída que en realidad apareció dos semanas antes del roce. Vuelve seis meses más tarde. Ha estado muy bien pero hace diez días de repente se encontró deprimido y triste. Esto le ha ocurrido después de una temporada de descanso. Siempre se le había dicho que su enfermedad tenía componente endógeno y él lo reconoce ahora, pero alentaba la esperanza de que al descansar se curaría completamente. Un año más tarde ya ni se acuerda de las algias. El problema ahora es un dolor y angustia precordial y una sensibilidad hacia todo lo cotidiano, por ejemplo, un asunto que decidir. Disminución del tono vital de caracter depresivo. Preocupaciones por asuntos familiares y decisiones económicas importantes que tiene que tomar. Un año más tarde vuelve y han ocurrido una serie de desgracias familiares. Al año escribe que sigue bien con el tratamiento de Tofranil que se le dió, una légera dosis de sostén.

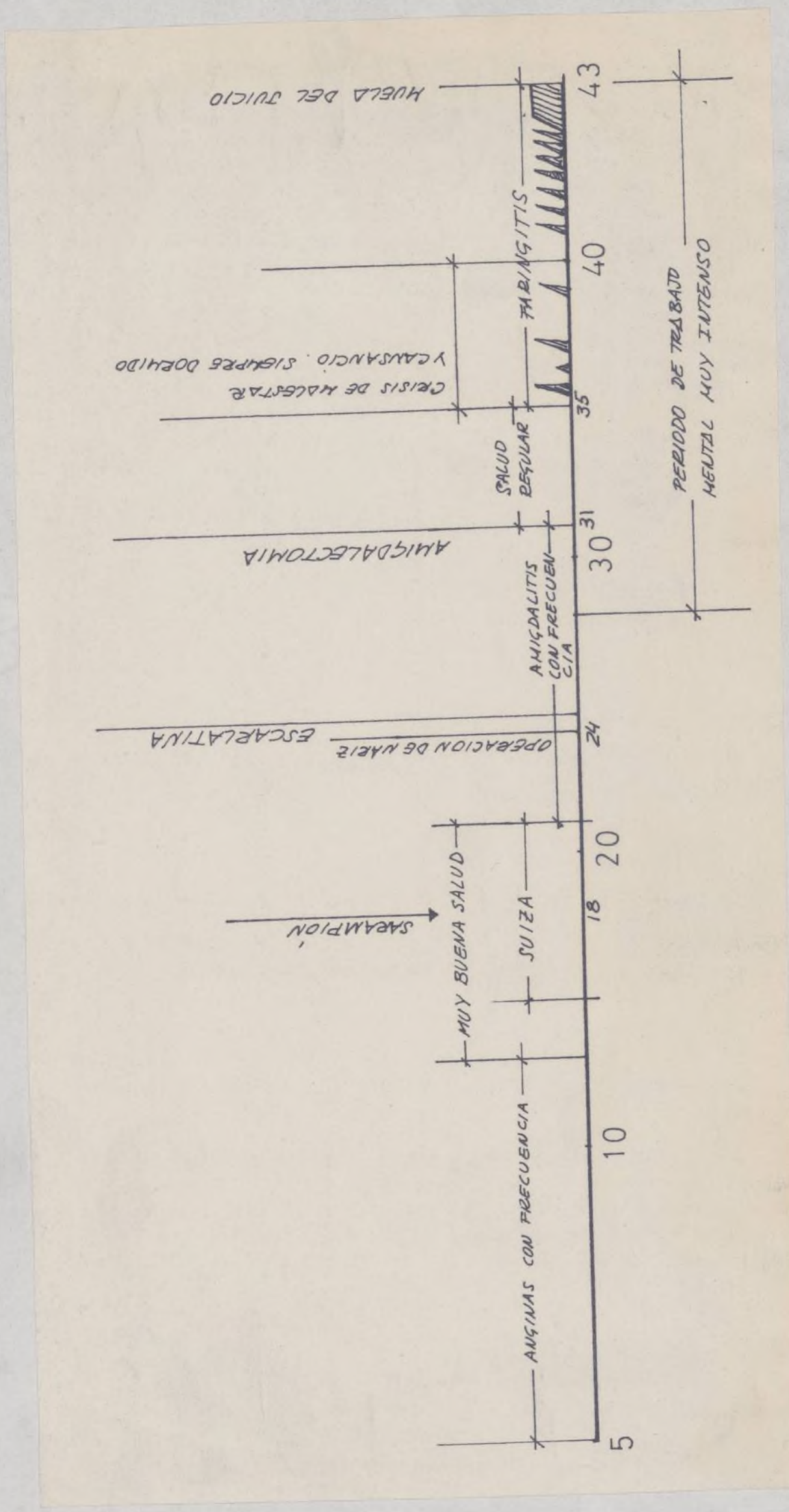
La evolución fásica del trastorno y la respuesta a los tratamientos antidepresivos (electrochoques y timolépticos) destacan en las gráficas que el enfermo hace de la evolución de la propia enfermedad (figura 4).

En el dibujo que hace sobre la localización de los síntomas aparece claramente dibujado un síntoma, el <u>bolo histérico</u> de la psiquiatría clásica que no era mas un trastorno de este tipo.

La siguiente historia es también muy demostrativa.

Ha.nº 18.387- Enfermo recién visto en la consulta, casado. Siempre muy nervioso e inquieto, perfeccionista en el trabajo y en su casa. Hasta que comenzó la enfermedad se adaptaba a todo. Casó a los 27 años y han adoptado dos hijos. No problemas familiares ni en su trabajo. Hace dos años tuvo una infección en el riñon que le duró hasta que expulsó mucho tiempo después un cálculo. Luego empezó a tener una sensación de "bola en la garganta" como un nudo que le oprime sin dolor, lo mismo si traga que si no. Se le corre hacia la región precordial y entonces es como un dolor de bronquios que no le deja respirar, le produce ansiedad, malestar y miedo a tener una enfermedad grave. Ha tenido alguna época sin síntomas, pero al comienzo de la primavera le repiten. Dice que es como si fueran anginas, pero la bola en la garganta es como un nudo que le ahogbia y produce dolor, "no me deja respirar" y le da

Ayuntamiento de Madrid



Ayuntamiento de Madrid

vueltas de cabeza. Dice que no está deprimido pero precisando más confiesa que por la mañana está cansado, irritado, lo han notado los compañeros de trabajo. Dos meses más tarde está muy bien. Tratado con antidepresivos.

Como siempre el síntoma no solo forma parte de una constelación sino que se "difunde" con otros. Es decir, lo que notan los enfermos es un malestar poco definido, nosotros al darle un nombre al síntoma deformamos la realidad que es dificil de concretar. El dolor parestésico se difunde por el cuello hacia el torax y tiene tanto de angustia como constricción de la garganta, como de ansiedad precordial.

Siendo este un síntoma poco conocido no es raro que los enfermos sean interpretados de diversas maneras.

Ha.nº 17.863- Enferma de 60 años, casada. Hace seis meses regresaron a España y un día se levantó muy nerviosa y con opresión en la garganta. El otorrinolaringólogo recetó aerosoles y antibióticos. Mejoró algo. Otro especialista le recetó además Librium y la diagnosticó de parestesia faríngea del nervio glosofaringeo. Otro de "sinusitis maxilar derecha, problema espástico funcional con buen indice de Tiffeneau marcando en todo el arbol respiratoirio, epiglotis en omega, equivalente asmático laringeo"; le puso un tratamiento y unos ejercicios en el cuello porque se pensó también en una neuritis cervical. No mejoró. Nerviosa y preocupada, sin salir de casa y sus molestias en la garganta varían de intensidad según los días. Tres meses más tarde amaneció un día afónica con opresión en la garganta. La víspera había ido a los toros y al volver a casa notó una sensación rara en la garganta como de hormigueo y dificultad de respirar. Se puso muy nerviosa y angustiada. Visitó muchos médicos que la mejoraban en principio pero a los pocos días volvía a recaer. Ahora, en el momento de la consulta está mucho peor porque dice que el Valium la deja muy floja. La opresión en la garganta no es fija en ningún punto, sino que unas veces está en la base de la lengua, otras en la parte inferior del cuello, otras en la región precordial. "Es como una flema pegajosa que sube y baja." La respiración es a veces muy superficial tanto que algunos médicos la han diagnosticado de asma. La sensación de cuerpo extraño disminuye cuando ingiere alimentos, como si la comida arrastrase la flema. La sensación unas veces es en la garganta y otra hacia el epigastrio. Indiferente ante las faenas de la casa. Ha sido siempre muy activa. Cansada y decaída. Duerme mal. Siempre ha tenido la manía de no dormir hasta que todos sus hijos estuvieran en casa por miedo a que les pasase algo malo. Le molestan los ascensores cerrados y la oscuridad. Esto le pasa desde los 20 años en que no puede dormir a oscuras. No enfermedades. Tiene tres hijos. Los padres murieron

Ayuntamiento de Madrid

viejos. Lo que más le llama a ella la atención es que antes siempre tenía la boca húmeda, incluso hipersecreción salival y ahora la tiene muy seca. Nota por todo el cuerpo sensación de inquietud. Muy delgada, poco apetito desde siempre. La exploración no da ningún dato, ni en respiratorio, ni faringe ni laringe. La boca aparece muy seca y la lengua con manchas de saburra.

En los equivalentes depresivos se plantea un problema científico importante en cuanto al modo como hay que interpretar la génesis de la sintomatología. Hay tres factores que juegan un papel diverso. El primero y fundamental es precisamente el que no tiene ningún condicionamiento aparente, es decir, son "endógenos puros." En la mayoría de nuestros casos nos inclinamos por este punto de vista. Otras veces es posible que una alteración del sistema nervioso vegetativo a nivel de un órgano sea en parte determinante de la presencia de un síntoma. Lo que en otros lugares hemos llamado actuaciones terapeúticas periféricas justifican esta postura. En tercer lugar hay motivos accidentales que localizan la ansiedad por así decirlo. Este es un punto en relación con las ideas de LOPEZ IBOR sobre la catagénesis y la fijación de los síntomas. (De una cuarta posibilidad de condicionamiento, la herencia, nos ocuparemos más adelante.)

En el caso siguiente las parestesias faringeas, inmersas en un cuadro de rica sintomatología, aparecen por lo que cuenta el enfermo tras un episodio de atragantamiento con la consiguiente ansiedad que provoca la asfixia. Es muy demostrativa esta historia porque la fase depresiva llevaba ya un tiempo de evolución, y estando así un día la enferma se atragantó y a partir de entonces el síntoma que tiene preponderancia entre todos es el algia faringea.

Hª.nº 17.580- Enferma de 30 años, casada. De siempre ha sido muy miedosa incluso siendo mayor no iba nunca a un cuarto oscuro. Poco apetito y siempre había que forzarle a comer. Muy ordenada, meticulosa y limpia. Todo lo quiere hacer al instante y perfectamente. Le da vueltas a todo y todo lo piensa mucho. Mareos de soltera, sin perder la conciencia. Dolores de cabeza en sienes y nuca. Esos días estaba siempre decaida. Siempre oscilaciones de ánimo y a temporadas se levantaba decaida y apenada. Pesimista. Después de casada siguió miedosa y no podía estar sola en casa cuando salía su marido. Poco apetito. Insomnio y nerviosidad. Un día comiendo "chicharrones"

Ayuntamiento de Madrid

se atragantó y le quedó la sensación de que se le había quedado un trozo en el esófago y le producía mucho malestar. A partir de entonces no podía tomar alimentos sólidos, solo líquidos que hasta que le llegaban al estómago le producían malestar y ansiedad. Tenía la obsesión de que iba a atragantarse y asfixiarse. Así ha ido reduciendo las comidas y solo toma leche y huevo medio crudo y caldo. Ha perdido 20 kg. y cada día está más nerviosa y decaída. Además de la sensación opresiva en la garganta tiene frecuentes cefaleas, punzadas en la nuca y en las sienes, sensación de nubes y luces en la visión, sensación dolora en la espalda, hombro y costado o cadera, casi siempre al lado derecho. También en el vientre. El sueño, ansiedad o tristeza oscilan. Además de no poder tragar sólidos no tiene apetito, no puede trabajar y cree que las tareas de la casa le empeoran y por eso los hace de noche en que está más animada. Sequedad de garganta. Estreñimiento que combate con laxantes. Hemorroides. Prolapso después del parto de su hijo hace cuatro años y de vez en cuando sangra. Recientemente hipermenorrea. Su marido evita por motivos de salud nuevos hijos y utilizan preservativos en sus relaciones sexuales. Teme tener cáncer y cree que sus molestias son incurables. No considera absurdo lo que le pasa. Está firmemente convencida de que puede asfixiarse al comer. Este temor lo tiene también sin relación con la comida, por ejemplo a veces retiene aire y lo expulsa poco a poco a través de un pañuelo. Miedo a que la encierren y a volverse loca. La sensación de atragantamiento es como de nudo en la garganta. A los dos meses vuelve a la consulta y está algo mejor, más animosa y pesa 5 kg. más. Ha ampliado el area alimenticia a galletas, arroz, bizcochos, fruta, huevos fritos y hasta un día tomó chuletas de cordero. Pero todavía le queda la impresión de que aquello le puede volver aunque hay días que ni se acuerda. Muy contenta. Cefaleas típicas en forma de hemicránea unas veces del lado derecho y otras del izquierdo. Esto lo ha tenido siempre pero en la época pasada eran más frecuentes, también mejor de ellas. Se queja ahora de ardor de estómago pero tal y como lo describe parece más bien una sensación de ansiedad que arranca en la región precordial y la sube a la garganta.

La glosodinia acompañada de anestesias que bien se hubiera podido calificar de histórica y las parestesias quedan perfectamente definidas en la historia siguiente. Las parestesias linguales suelen tener un caracter térmico y urente, por eso en la literatura norteamericana se habla de "burning tongue."

Ha.nº 5.046- Enferma de 47 años, casada, sin antecedentes familiares de interés salvo que su madre era morfinómana. No tiene hijos. Hace doce años que viene padeciendo depresiones muy fuertes ultimamente acentuadas. En la primavera notaba flojedad, inapetencia, insomnio. Al principio las depresiones le duraban pocos días y cuando se le pre-

Ayuntamiento de Madrid

sentaban era en relación con algún disgusto. Ha sufrido toda su vida de vaginismo enorme y ha consultado con muchos médicos sin conseguir nada. Insensibilidad para todo, floja y con pocas ganas de vivir, ansiedad. Ha perdido dos kg. recientemente y nota como si tuviera una montaña encima. Sequedad y amargor de boca. La lengua, en los bordes, le produce inquietud. Gran sensación de angustia e insomnio. Menopausia. Vuelve a los seis meses y sigue con sintomatología típicamente angustiosa, sensación de quemazón en la boca y mal sabor. Delgadísima como una anoréxica. Insomnio. Ingresa en la clínica. Lo que más molesta y considera fundamental en su enfermedad es la sensación de hipoestesia que nota en la cavidad bucal. "No noto casi nada, ni frío ni calor, ni sabor de alimentos." Por eso come poco y ha perdido peso cree ella. A veces nota parestesia como acorchamiento de la mandíbula y la boca. Esta sensación nota ella que le sube dentro de la cabeza y le impide pensar bien. Muy triste, incapaz de fijar la atención y falta de memoria. No puede estar en ninguna reunión donde haya más de una persona porque se aturde. Mucha astenia y falta de vida. Duerme muy mal. Pasa muchos días en la cama. "No me he levantado porque estaba muy cansada. Las piernas sobre todo las tenía pesadas. He intentado levantarme y no he podido. Estoy desanimada." Habla en voz muy baja y el curso de su pensamiento es lento. Mejoró para volver a recaer tres meses más tarde. Al cabo de un año vuelve a la consulta y está mucho mejor. Lo de la boca no le ha vuelto a aparecer y su estado general es muy bueno.

Las parestesias se enmarcan en un conjunto de síntomas depresivos en los enfermos que relatamos a continuación.

Ha.nº 3.009- Enfermo de 48 años, casado, que está en tratamiento desde noviembre a abril por una serie de oscilaciones endotímicas en las cuales al principio tenía vértigos y después extrasistoles. Una temporada tuvo también molestias en la garganta y siempre con tendencia a tensión alta (15/10). Ultimamente la tensión se ha mejorado pero se queja de dolores en epigastrio que se difunden a todo el cuerpo. Acidez después de comer y dolores en la cintura.

Ha.nº 18.162- Enfermo de 38 años, casado, extranjero. Es un hombre tremendamente anancástico que cuenta los síntomas con una prolijidad extraordinaria. A los 5 años tuvo una infección intestinal con grandes dolores de vientre que se atribuyeron a megacolón congénito. A raiz de esta afección soñaba con pesadillas y veía animales que le perseguían o atropellos, etc. Esas pesadillas duraron 6 meses. A los 7 años tuvo bronquitis asmática grave que le duró hasta los 30 años en forma de asma y que ha sido siempre tratada. Era tímido en exceso, vida solitaria. A los 8 años ya tenía preocupaciones sobre el bien y el mal y escrúpulos. Perfeccionista. Admiraba a su padre aunque a penas tenía trato con él. Comenzaron por entonces

Ayuntamiento de Madrid

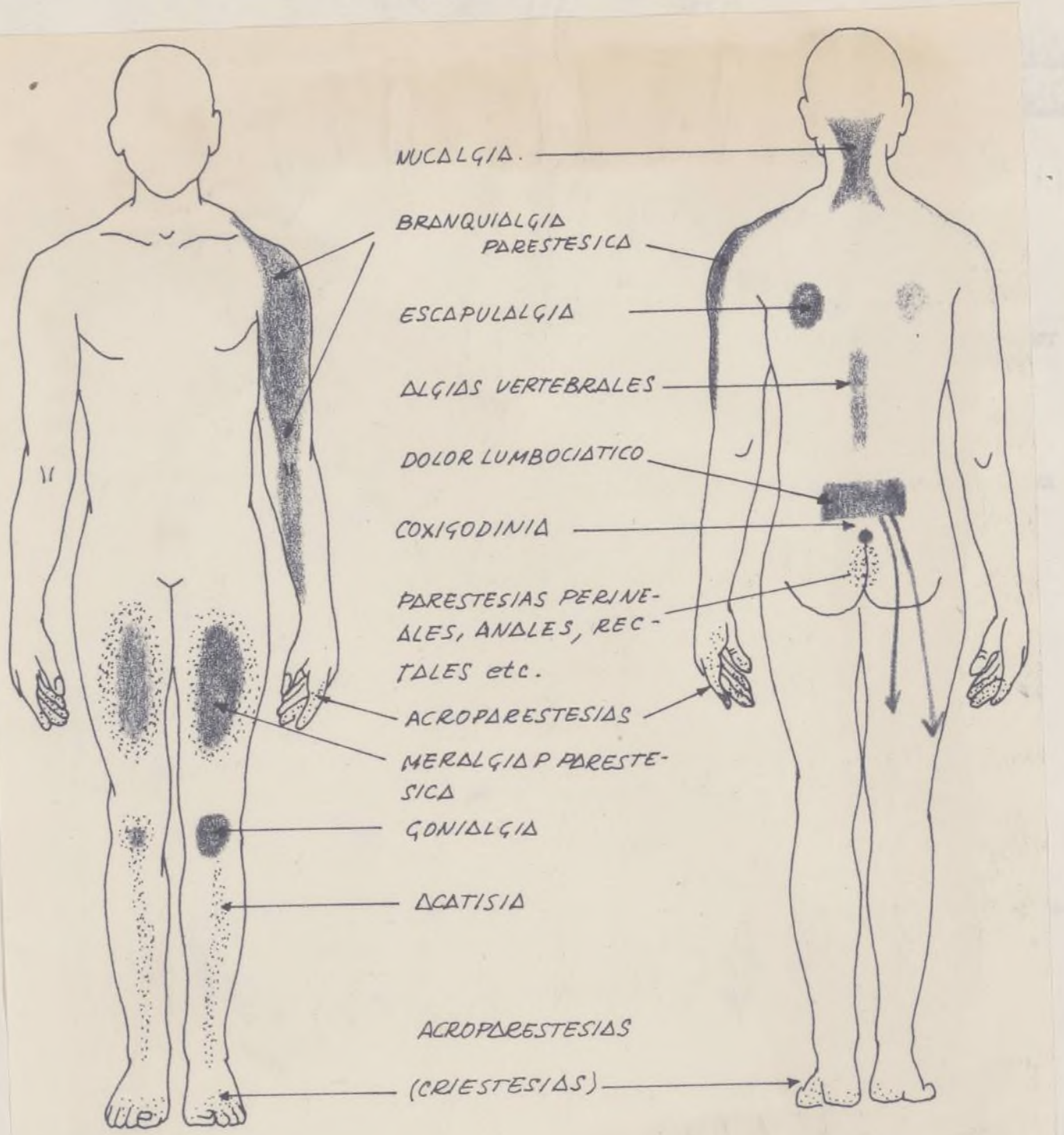
los problemas sexuales, masturbaciones con gran sensación de vacío y angustia. A los 12 años primera comunión. Su problema sexual se acentuó, culpabilidad, ansias de saber, etc. Escrúpulos religiosos en busca de la verdad. Se sentía desorientado y nadie le orientaba. Hasta los 17 años le duró esta crisis. Leía mucho y no encontraba contestación. Por entonces leyó un libro de San Alfonso María de Ligoria que le aclaró las cosas. Fue como una segunda conversión. Poco después crea él como una filosofía propia. Desde entonces al desarrollar su gran afición al ajedrez que nevía desde los 7 años en que jugaba solo, juega en forma intuitiva. Estudia muchos libros, le apasiona. Con el ajedrez y los estudios estaba agotado y sentía presión en el estómago y ansiedad. Tenía hiperacidez durante un año. Hace cinco años dejó de jugar y hace cuatro conoció a su mujer y se casó hace tres años. En el viaje de novios le empezó un asma bastante fuerte. No estaba en condiciones de tener relaciones sexuales normales, tenía eyaculaciones precoces que mejoraron con Nardelzine, pero a pesar de ello continua la impotencia. En su vida ha tenido vagos sentimientos de despersonalización, a veces como si tuviera los ojos hinchados. Desde hace un año tiene faringitis, dice él. Más que nada es una parestesia faringea que no ha remitido con ningún tratamiento ni antibiótico ni antialérgico, ni de otro tipo. Lo tuvo seis meses seguidos y ahora a temporadas. Hizo un tratamiento que mejoró su estado de ánimo y también su personalidad terriblemente anancástica está más liberada.

En esta última historia, la presencia de equivalentes depresivos en la evolución del cuadro permite ver la importancia que tienen en la marcha de los trastornos las fases depresivas. No se trata unicamente de una neurosis o de una personalidad anormal, sino de que estas anomalías son construcciones sobreañadidas a las fases melancólicas endógenas.

* * * * * *

Como resumen de estos dos últimos capítulos señalamos en los dos esquemas que siguen los equivalentes depresivos (algias y parestesias) y su localización más frecuente, los dolores predominan y son más intensos en el lado izquierdo (LOPEZ IBOR), por eso destacan más en los dibujos.

Ayuntamiento de Madrid

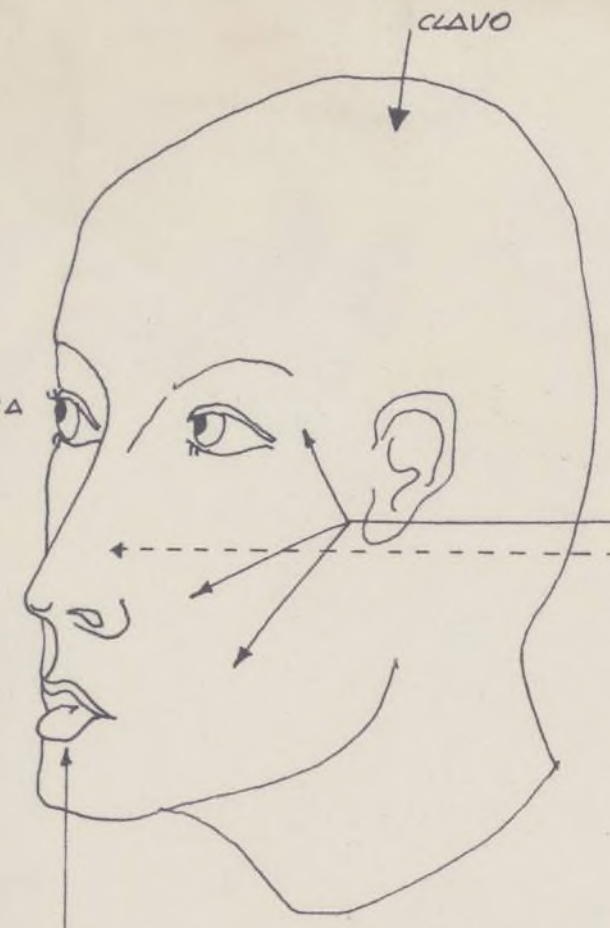


ALGIAS Y PARESTESIAS

Ayuntamiento de Madrid

ALGIAS Y PARESTESIAS

OTROS EQUIVALENTES Y TRAST. PSICOSOMATICOS



JAQUECAS
VERTIGOS, ACUFENOS

ERITROPROSOPALGIA etc...

"PSEUDORRINITIS"

ULCERACIONES OROLINGUALES

Ayuntamiento de Madrid

V LOS VERTIGOS

LOPEZ IBOR en "La angustia vital" (1950) se ha ocupado muy detenidamente de este problema. Allí el vértigo aparece como un síntoma importante de su timopatía ansiosa, delimitando perfectamente sus rasgos clínico y su diagnóstico diferencial y la relación con otros vértigos funcionales (vértigo de Ménibre, vértigo post-comocional). Luego, en sus trabajos se observa como a medida que la "timopatía ansiosa", como tipo clínico independiente dentro de las neurosis, evoluciona hasia el fondo endotímico de todas ellas, el vértigo se convierte en un síntoma cardinal de ellas. Se puede establecer un paralelismo con las depresiones. K. SCHNEIDER dice que los delirios depresivos son siempre los mismos: delirio de culpa, delirio hipocondríaco y delirio de ruina, ya que revelan las angustias primordiales del hombre, el temor en los tres niveles el de la responsabilidad, el de la salud corporal y el de la suficiencia económica. De la misma manera la angustia endotímica tiene tres modos preferentes de manifestarse que son el "miedo a la muerte", el "miedo a la locura" y el vértigo. Los dos primeros son el presentimiento de la amenaza de la desintegración del yo, bien sea total del cuerpo y espíritu (la muerte) o solo de éste (la alienación). El tercero es la vivencia de la inestabilidad física en este mundo. En otras palabras, en los dos primeros es el temor a su invalidez por las sombras de la Nada, en el vértigo de verse arrojado al infinito Vacío.

En las historias que hemos seleccionado hemos procurado buscar la presencia de rasgos clínicos demostrativos en el sentido de una sintomatología o evolución depresiva característica.

Durante la crisis vertiginosa el sujeto siente que se va a caer, que el suelo pierde contextura o falta estabilidad o es la fuerza de las piernas lo que falla, etc. etc. Todo esto va acompañado de una sensación angustiosa y a veces lo único presente es la ansiedad como miedo a que sobrevenga la crisis.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 16.865- Enferma de 33 años, soltera, que hace tres meses estando un día con gripe en cama sintió un fuerte mareo y zumbido de oídos. Sensación angustiosa y algo le subía desde el estómago como si se le fuera la vida. Palpitaciones, taquicardia, palidez, descomposición de vientre, llegando a perder el conocimiento durante unos segundos. A los dos o tres días tuvo otro "mareo" o un colapso, dice, pero sin perder el conocimiento. Después se recuperó y estuvo veinte días bien, al cabo de los cuales volvió a sentirse mal. Desde entonces siente el mareo todos los días, tensión como esperando una mala noticia, palpitaciones, molestias precordiales, malestar de estómago y miedo a morirse. Ha perdido el apetito. Malas digestiones, diarreas y plenitud gástrica. Peor por las mañanas. Se despierta asustada con palpitaciones. Flojera y apatía. Cansancio físico, pero no mental, dice ella. Irritable, mal humor, aprensiva, hipocondriaca. Teme tener algo del corazón que los médicos no han sabido descubrir. Exploración siempre negativa. Hace nueve años "estuvo mal de los nervios" se sentía mareada en la calle como si estuviera en una nube, no podía estar en sitios cerrados, le parecía como si no estuviera en el mundo y su personalidad estuviera desdoblada. Le pusieron insulina y mejoró.

La madre tuvo de recien casada "neurosis cardiaca", se mareaba en la calle y creía que se iba a morir. El padre muy nervioso tenía dificultades con su madre y cuando la enferma tenía 12 años dejó a la familia y se fue al extranjero. Ahora ha vuelto pero la enferma no le ha perdonado el abandono. Han sido cinco hermanos, ella es la mayor y ha sido como una madre para sus hermanos. Dice que en conjunto la vida no le satisface y quisiera poder alejarse de la familia y dejar el pueblo que le aburre, hacer algo importante aunque no sabe muy bien el qué. Nunca ha tenido cariño por el padre y cree que su madre tampoco. Le molesta mucho las palpitaciones y se encuentra peor donde hay mucha gente, por ejemplo en la iglesia. Pesadillas.

La ansiedad está en primer plano en los síntomas de la enferma. Miedo a la muerte, a enfermedades graves, a la desintegración de su personalidad -despersonalización- y tiene vértigos.

En los vértigos depresivos no hay alteraciones orgánicas. La descripción de los enfermos no permite diferenciar bien los síntomas de cada crisis. A veces se acompaña de sensaciones en el estómago, sensación de "vacío" localizado. Igual que otras sensaciones que tiene los deprimidos tienden a concretarse sobre todo vacío en el stómago. Los vértigos "a stomaco lesso" de TROUSSEAU pertenecían probablemente a enfermos de este tipo. Ya hemos visto como un enfermo con una braquialgia sentía ese "vacío" en el brazo.

Ayuntamiento de Madrid

La sensación vertiginosa descrita por los enfermos se asocia con otros equivalentes pero a veces se llega a confundir con ellos. Vértigos y cefaleas aparecen a menudo asociados y también otras algias.

Ha.nº 15.491- Enfermo de 57 años casado que desde los 12 tiene "mareos". Al ir por la calle le subía por el cuerpo un sudor y sentía inestabilidad. No perdía el conocimiento y sentándose un rato le pasaba. Mareo cada dos o tres meses y le desaparecieron sin consultar con el médico al cabo de dos años. Siempre había tenido caracter violento y discutía por el menor motivo. Se casó a los 25 años y tiene tres hijos. La mujer cuenta que tiene una especie de impotencia y que nunca la ha satisfecho. El no habla con ella de esto pero hay insatisfacción entre ambos. Ella vio un diagnóstico de varicocele cuando estaba haciendo el servicio militar. A los 4 años volvieron los "mareos" siempre al levantarse tiene inestabilidad y sensación de que la cama de vueltas. Cuando le daban los mareos después devolvía bilis y se le pasaba. Le ha dado uno cada dos años. La enfermedad actual comienza hace un año: un día sintió ruido en la cabeza que le produjo nerviosismo, irritabilidad, inquietud y gran ansiedad. Le entra como "una prisa interna" se le carga la nuca y en esa región tiene acaloramiento y chasquidos. Le molesta que le hablen y está triste y con ganas de llorar, como paralizado y con desgana total. Este último año le han dado cuatro"mareos". Anorexia desde hace unos días. Hace régimen alimenticio y ha perdido 10 kg. en un año. Duerme mal y si se despierta ya no concilia el sueño. El padre murió repentinamente. La madre era tranquila y una hermana también. No hay antecedentes. Siempre alegre e introvertido, lo fundamental en su historia son los "vértigos agorafóbicos."

Catamnesis: cinco meses más tarde está mejor. La depresión ha cedido. Ha tomado Nardelzine.

Un año más tarde mejor pero le queda alguna molestia de oído como un silbido de una máquina de vapor. Coxigodinia que alguna vez se extiende en forma de lumbago. Ya lo tenía antes de los vértigos y ahora que mejora de ellos vuelve a sentirlo de vez en cuando.

A los cinco meses se siente muy mejorado a pesar de estar muy agitado con sus negocios. Los ruidos de oído, como un pulso, siguen pero a él no le preocupan. Dolores en la región lumbar y coxis. Tendencia desde siempre a las algias timopáticas. Es curioso que mejora cuando se mueve y le duele estando quieto. No tiene ahora sensación de vértigo pero al moverse de posición hay de vez en cuando nistagmus posicional.

Cinco meses más tarde está bien. No habla de vértigos sólo del ruido de oídos del cual está también mucho mejor. Antes tenía miedo a no poderlo sobrellevar como si los acúfenos fueran equivalentes angustiosos. Ha engordado y su negocio le va muy bien. Un poco hipertímico.

Ha.nº 3.604- Enferma de 29 años, casada, cuya madre murió de fiebre de Malta y la madre de cáncer de garganta. Cinco

Ayuntamiento de Madrid

hermanos, uno murió de meningitis a los dos años. Una hermana de la madre tiene una enfermedad mental desde los 35 años y le duró unos meses, cree que ahora está bien. Desarrollo normal. Ha tenido paludismo. Tiene un hijo. No ha tenido abortos.

La enfermedad actual son los mareos y ataques. El primero fue a los 3 años. Le da como un desmayo y a los cinco minutos llor. Al principio pasaba dos y tres años sin darle pero le daban si tenía impresiones fuertes, notaba como una fatiga que no podía respirar y le daba. Ahora no nota nada pero tiene un dolor continuo en la nuca que se recrudece cuando le va a dar el ataque. Desde los 25 años tiene más ataques, incluso dos veces al día. Dos veces ha tenido convulsiones pero no mordedura de lengua, ni pérdida de orina. Más que convulsiones lo que hace es "bracear". Siempre está muy cansada, abatida y sin ganas de moverse. Ahora los tiene cuando se impresiona por algo. Estando en estado la primera vez tenía menos, ahora está en estado y tiene muchos. Al principio de casada le daban éter o algo parecido y le pasaba. Ahora ya no le hace efecto. Siente dolor en la fosa iliaca izquierda, más desde que tuvo el niño. Antes siempre lloraba después de los ataques, ahora no. Algunos días está decaida sin ganas de hacer nada y llorando. Dolor en la pierna izquierda como ciática, dice. Ha tomado antiepilépticos que no le han hecho nada. Duerme agitada y de repente empieza a dar gritos con gran excitación pero eso no es así siempre. Tiene poco sueño y no es seguido. Por las mañanas está cansada. Estreñimiento. Cansancio y ansiedad antes del mareo se cae al suelo. Ahora le dan en la cama antes de dormir. Vuelve a la consulta a los ocho meses y ha mejorado. El fondo depresivo aparece ahora retrospectivamente más claro que en la primera consulta.

De los vértigos cuando éstos se presentan por crisis se pasa, como en esta enferma a los ataques histéricos e timopáticos como los de los dos enfermos siguientes.

Ha.nº 16.091- Enfermo de 30 años, chófer, soltero que tiene hace dos años mareos repentinos y espontáneos, pero segundos antes siente algo que le viene desde la mitad de la cabeza a la pierna. Le dan andando y muchas veces se da la vuelta sin poder evitarlo, otras tiene que girar bruscamente la cabeza o mueve una mano o todo el cuerpo. Reacciones bruscas como escalofríos. Al principio estas contracciones eran más suaves y los movimientos eran más frecuentes, cada cinco o seis días. Ahora desde hace un año son seis u ocho al día. Ha dejado el trabajo hace seis meses aunque no había tenido accidente alguno. Atontado todo el día, vista nublada, fuertes dolores de cabeza, rodillas y brazos. Duerme mal y con sobresaltos. Ruidos en los oídos casi continuos, tendencia a nauseas, vómitos. Inquietud y mucho nerviosismo. Se cansa sobre todo al subir escaleras. Irritabilidad y malestar general, desánimo. Siempre ha sido tratado como epiléptico. Intranquilidad muscular dolorosa. Viene

Ayuntamiento de Madrid

nueva mente a la consulta y dice haberle desaparecido los dolores de cabeza, pero sigue con sobresaltos. No consigue explicar bien sus sensaciones aunque reconoce estar mejor. Tres meses después vuelve y se descarta toda idea sobre epilepsia. El enfermo sigue moviendo los brazos y piernas y todavía "se me hunde el estómago" dice. Sensación difícil de comprender y de relatar pues el enfermo la explica con gestos. Es una sensación que le hace toser. En esta consulta se hace más patente su angustia y tristeza. Ha perdido peso. Lo que hoy presenta claramente es un cuadro depresivo con angustia muy profundo. Vuelve seis meses después y sólo entonces es cuando ha mejorado de verdad.

Hª.nº 17.698- Enfermo de 65 años cuyos antecedentes son los siguientes. No tiene datos de su nacimiento y desarrollo. Su madre murió cuando él tenía 6 años, tuberculosa; era nerviosa pero no tienen datos. Padre bebía mucho. Hijo único. Siempre trabajador y preocupado por lo que va a hacer al día siguiente. Le gusta llevar las cosas muy bien, perfeccionista. La limpieza ante todo. Una cosa mal puesta le enfurece. Muy aprensivo. Hay días en que no tiene ganas de salir y habla y contesta en mala forma. Otros días todo le parece bien. Medio rural. La mujer dice que él siempre ha sido casero y trabajador, serio, ordenado, limpio, meticuloso. Oscilaciones de humor siempre y épocas de insomnio también. Se quejaba de la cabeza en la que notaba pesadez y malestar. Hace 30 años, durante la guerra, estuvieron a punto de fusilarle y estuvo en la carcel casi tres años. Todo ese tiempo y dos años más los pasó en cama inválido con un cuadro depresivo encronizado en el que predominaba la astenia pero que se prolongó con síntomas psicógenes. "Le faltaban las fuerzas" y dice que se puso bien cuando el médico le puso una inyección en la espina (punción lumbar). Luego siguió con discretas oscilaciones. Hace seis años cuenta la mujer que tuvo algo parecido y estaba aplanado sin ganas de nada, sin fuerzas y con poco apetito y le duró tres meses. Hace cinco años le empezaron los mareos. "Las cosas se mueven", dice. Se encuentra mal y tiene que cerrar los ojos y echarse hasta que le pase. No se cae bruscamente. Varios médicos le han tratado como epiléptico. Ha vuelto a tener episodios como aquel espaciados. Ha sido visto por un internista de diversos órganos y no hallaron nada importante. Desde hace tres meses que estos mareos le repiten dos al mes y la descripción es distinta según la dé el enfermo o su mujer. Ella dice que le encuentra ultimamente triste e irritable y duerme peor. El atribuye al insomnio la falta de tono durante el día y no percibe su depresión. Según el enfermo, unos días antes de los episodios tiene zumbidos de oído y así sabe cuando le van a dar. Un momento antes nota que la vista se le va y que las cosas se mueven. No parece que dan vueltas sino que se mueven en zig-zag rapidamente. El al notar esto cierra los ojos, no puede estar depie, busca donde echarse y si abre los ojos estando en cama ésta se mueve. Se siente mal. Teme morirse. No pierde el conocimiento porque oye lo que pasa a su alrededor y contesta si le hablan. Después devuelve y hace de vientre y se queda aliviado. Durante unos minutos, hasta 10, hace movimientos en las extremidades rápidos y repetidos de corta amplitud y

Ayuntamiento de Madrid

luego se queda dormido, como muerto. A veces desmemoriado y confuso después. Crisis cólicas. El enfermo solo sabe de los mareos que no pierde el conocimiento. Personalidad anancástica con mezcla de elementos asténicos.

La transición de la sensación de inestabilidad al temor de marearse y a la pérdida de conciencia histérica es gradual. Las descripciones de los enfermos son ricas en episodios semejantes pero no del todo equivalentes.

Ha.nº 7.254- Enfermo de 30 años, casado, que viene a la consulta por "sofocones" que le dan ante cualquier emoción. Desde hace diez días cada vez que recibe una mala noticia o se encuentra en una situación desagradable de discutir, o incluso algo alegre que oye, se nota el cuerpo como alterado. "Dolor de cabeza que se me agarra atrás en la nuca y creo que me voy a marear." Primero dolor fuerte localizado en la nuca que a veces le aprisiona la frente y las cejas y "le sube una cosa nerviosa." "El conocimiento no lo pierdo." Es muy difícil que explique lo que el siente subir pero él insiste muchas veces en esta "subida". La cabeza le duele aparte de la sofocación. Peor por las tardes. Amanece bien. Nota gran cansancio. "Creo que se me agotan las fuerzas. No se si esto es enfermedad nerviosa. El día que estoy así no retraigo, dejo de trabajar y en seguida voy de cabeza." Muy inquieto, habla de prisa y no atiende a las cosas que se le dicen y preguntan. Duerme mal, está impaciente y todo le preocupa. Peor en las estaciones intermedias y sobre todo en primavera. Lo mejor es el verano. Tercero de cinco hermanos. Parto y desarrollo normal. Desde los 20 años tiene una hipoacusia del oído izquierdo. Padre murió de congestión cerebral. Madre a los 84 años y padecía dolores de cabeza. Tres hermanos viven sanos y otro murió en guerra. A un tío carnal por vía paterna "se le fue la cabeza" durante un mes.

En los vértigos muchas veces el suelo parece perder consistencia, no gira como en los vértigos orgánicos, sino que oscila, tiene movimiento de vaivén o algo parecido o el enfermo nota al andar como si fuera pisando sobre algodones. Este embotamiento propioceptivo se extiende a otras modalidades de percepción como vamos a ver en el enfermo siguiente.

Ha.nº 16.166- Enferma de 60 años, soltera, que desde hace diez años se encuentra nerviosa y preocupada. Le obsesionaba que un compañero de trabajo solo y soltero como ella se fuera a morir pronto por cáncer de garganta. Se le metió en la cabeza que si a ella le ocurriese lo mismo se iría de este mundo sin haber hecho nada en la vida, como él, con las manos vacías. En aquel mismo año recibió un día la noticia de la muerte repentina de una amiga suya y se impresionó mucho sintiendo como una jaqueca encima de la cabeza y malestar de estómago. Quedó triste y muy impresionada. A los tres días de esto tuvo

Ayuntamiento de Madrid

un mareo al acostarse y se echó de la cama con nauseas y vómitos y gran nerviosismo. El médico dijo que tenía tensión baja, 8 de máxima y desde entonces se encuentra mal. Falta de estabilidad, malestar vago como cuando uno tiene el estómago vacío y le sienta mal la comida. Sensación rara en los oídos. Estaba floja, apagada y triste y excitada al mismo tiemp. No ha vuelto a ser persona. Adelgazó mucho y tenía dolores de cabeza. Se marchó a hacer un viaje y tuvo que volver a mitad de camino por dolores de oídos, ruidos día y noche y sensación de mareo, acentuandose la falta de estabilidad. No podía trabajar. Consultó con un neurólogo y el hicieron electroencefalograma normal. Un otorrinolaringólogo le hizo las pruebas laberínticas y notó una breve sensación vertiginosa pero la envió al psiquiatra y ella tuvo miedo y no fue. Cada vez ha ido a peor. Vivía sola y se fue con una hermana. En esa época tuvo en un mes dos o tres vértigos con un ruido intenso en la cabeza y sentía que las cosas giraban a su alrededor de derecha a izquierda y luego tenía nauseas y vómitos. Esto le duraba cuatro horas. Además el zumbido de oídos ha sido cada vez más intenso como un motor eléctrico en la cabeza. Al levantarse se encuentra peor, triste y llorosa, cansada y floja. No puede salir sola porque cree que se va a caer. Muy nerviosa e inquietísima. No puede permanecer tranquila en parte alguna. Frecuentes tiritonas y sudores y no quiere estar sola por miedo a hacer un disparate tal como quitarse la vida. Ahora, desde que está en Madrid hace tres semanas dice que está mejor. Le ha desaparecido el ruido de oídos, pero se queja de falta de energía y dolor en las piernas. Muy deprimida y cree que nunca se va a curar. Es la menor de cinco hermanos. Siempre vivió con su madre hasta que murió hace diez años, lo que le produjo una fuerte impresión y ha de tomar Plexonal para dormir. "Jaquecas fuertísimas" dice que le pasan con Optalidón. Menopausia hace seis años, sin trastornos, unicamente más dolor de cabeza. Su madre padeció de los nervios, en las piernas. Ella está muy deprimida con mal estado general. Los electroencefalogramas son normales. Angustias agorafóbicas, no puede ir a la iglesia. Las multitudes le agobian. Mejor de los vértigos pero al echarse en la cama todavíea siente sensación de mareo. Ocho meses más tarde está muy bien y su depresión ha desaparecido. La exploración neurológica sigue siendo negativa. De vez en cuando se queja de alguna molestia física. Cuatro meses más tarde pasa por un ligero bache y nota ruido en la cabeza y jaquecas que solo se alivian con Cafergot. Terror a la idea de quedarse en una clínica y que le pongan electrochoques. Llora desesperada. A los cinco meses está muchísimo mejor. Pasó unos meses completamente normal y si bien ahora tiene pequeñas cosas no hay comparación con la consulta anterior. Ya no se afecta por los estímulos angustiosos del mundo externo. Se ocupa en la oficina y le afectan las cuentas incluso las de la casa. Ya no es de todas formas la mujer activa de antes y tiene tendencia a repasar la vida anterior con tinte pesimista. Ha aumentado algo de peso y tiene buen aspecto. Le gusta la oscuridad el silencio y la tranquilidad. Miedo a ir a la oficina. Vuelve a los seis meses y su aspecto es excelente. Tuvo un pequeño bache hace dos meses. Ahora ya

Ayuntamiento de Madrid

Está bien y dice que ella ha estado deprimida desde los 11 años en que a raiz de una mudanza de casa le vino la depresión al ver la casa nueva que era mejor. Le duró un mes. Ahora puede analizar lo que aquello fue. Después unos meses más tarde tuvo otra depresión y se han repetido en el curso de su vida. Vista un año después sigue bien.

La sensación vertiginosa que tenía la enferma siguiente es muy llamativa. No giran las cosas en su torno, ni ella misma, es decir , no es un vértigo objetivo ni subjetivo, sino lo que ella nota es como si algo girase en el interior de la cabeza.

Ha.nº 16.847- Enferma de 45 años que se queja desde hace dos años de fuertes cefaleas occipitales, sensación de atontamiento en la cabeza, nauseas, sensación de que va a perder el equilibrio. No siente que las cosas le giren en torno sino que algo le gira en el interior de la cabeza. Al cerrar los ojos sensación de que va a caer. Estas molestias las viene padeciendo desde hace séis o siete años, pero desde hace dos o tres años se han intensificado. Aumentan cuando va de tiendas, cuando hace viajes, cuando está en la iglesia o tiene que concentrarse en una conversación o habla. También cuando está preocupada con algún acontecimiento. Por ejemplo, con la operación de su hija que la operaron hace tres semanas de apendicitis. A veces tiene la sensación de que le es dificil respirar y que debe hacer respiraciones profundas. Tiene dolores precordiales, parecen como pinchazos, taquicardia. También sensación de hormiguillo en la mano izquierda. Esta sintomatología puede aparecer aislada. La dificultad de respirar es la más frecuente y le suele durar unos minutos. Parece ser que todas las molestias le aumentan por la tarde. No duerme bien ultimamente, excepto cuando toma un preparado hipnótico. Está decaida, triste y se fatiga con facilidad, le cuesta hacer las cosas de la casa, a veces tiene ganas de llorar. En ocasiones se queja de temblor en las piernas o de sensación de calor en todo el cuerpo, sobre todo cuando por algún motivo se encuentra más preocupada. Hace dos años murió de repente un vecino de ella e íntimo amigo de la familia de un infarto de miocardio dejando dos hijos y una viuda. Puede ser que este acontecimiento influyera en cierto modo sobre el estado de su enfermedad encontrándose peor desde entonces. Las relaciones con su marido son buenas. El también tiene una serie de molestias timopáticas, ligeras sensaciones de mareo, cefaleas occipitales, aunque menos que ella. La enferma siempre ha sido muy emotiva y siempre se ha preocupado mucho por todo.

Es la hija del segundo matrimonio de su padre que murió a los 72 años de un cáncer intestinal. La madre tiene 87 años y vive sana. Ninguno de los familiares ha padecido enfermedades mentales ni son personas nerviosas.

El matrimonio de la enferma tiene cuatro hijos. Una chica de 19 años, otra de 15, otra de 13 y otra de 8.

Ayuntamiento de Madrid

Todos ellos estudiantes. Durante la entrevista está enormemente angustiada. Hay oscilaciones en la intensidad de la angustia, pero en el fondo no se le va nunca. Si los niños se caen cree que van a tener el tétanos.

Un año más tarde ha seguido el tratamiento con Niamid y ha mejorado mucho. Ultimamente ya no hacía la medicación. Solo nota un dolor en la cabeza que a veces le produce nauseas. Su nucalgia es evidente y marcada. También una braquialgia parestésica muy típica aunque poco marcada.

Tanto ella como el marido hicieron un tratamiento de radioterapia para la nuca, pero sin ningún resultado. Tiene una especie de atontamiento y una cierta inseguridad. El pulso siempre rápido de 80 a 90. Alguna vez ha tenido un dolor en el estómago pero esto ya ocupa un segundo lugar en la sintomatología. Tiene extrasístoles los días del periodo.

Los vértigos se acompañan de otros síntomas depresivos, particularmente algias y parestesias.

Ha.nº 15.838- Enferma de 52 años, casada. Desde hace tres o cuatro años padece dolores de cabeza y mareos. Al principio los dolores de cabeza eran como una sensación de frío, como si le echaran hielo en la cabeza. Después han sido dolores muy intensos en la parte derecha y sensación de calor en el ojo del mismo lado. Son dolores vivos, fuertísimos que le hacen gritar. Los tiene casi todo el día y le comienzan por la mañana temprano y poco a poco se le van calmando. Toma diversos comprimidos. Los mareos los tiene varias veces al día. "Me pasa una cosa en la cabeza", y tiene que agarrarse a algo para no caerse. Se queda dos o tres horas mareada, quieta como paralizada, tanto que hasta se le cae la baba. Con mucha frecuencia tiene también hipo que le dura varias horas, "y me deja como estrangulada." Siente como un nudo que la ahoga y no la deja respirar. Tiene además ahogos y sofocos. Por todo esto dice que se siente triste y con ganas de llorar. Se encuentra nerviosa, se irrita con frecuencia, se sobresalta por cualquier cosa. Nota cansancio y ha de esforzarse mucho para realizar las faenas caseras; flojera en las piernas. Pasa temporadas mejor, especialmente los veranos, pero nunca se encuentra bien del todo. Estos días se encuentra mejor, con menos molestias y mejor ánimo. Ha tenido frecuentes cólicos hepáticos. Disnea por probable lesión cardiaca. Hernia umbilical hace años. Se casó a los 21; ha tenido cuatro partos y un aborto. Solo viven dos de sus hijos. Está en la menopausia. Ha visto varios médicos y ha tomado muchos medicamentos que no recuerda, pero nunca ha notado mejoría apreciable. Es una mujer gruesa; su obesidad tiene cierto carácter diencefálico. Ninguna situación conflictual. Aparte de los dolores de cabeza se queja de un dolor en la rodilla derecha y una braquialgia en el hombro izquierdo. Esto se le pasa con un ungüento. EEG desincronizado. A los tres meses el hipo le había desaparecido por completo. Los mareos y los dolores le habían disminuido.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 16.832-bis. Enferma de 54 años. La enferma se queja de dolores de cabeza que comienzan en la nuca y se le generalizan en toda la cabeza, en especial alrededor de los ojos. Tiene la sensación como si se le quisiera voltear el ojo. También nota como un lucerito se le cae de un ojo y desaparece. Juntoa estas cefaleas tiene una sensación de que se va a marear pero sin perder el conocimiento. También tiene con frecuencia la sensación como si se le apretase el corazón o un cinturon que le apretase el estómago. Tumefacción en las manos; dolor en los antebrazos ha tenido hace tiempo; ahora ya no. No tiene apetito. Antes de ir a comer no siente habre, sino una sensación de angustia en el estómago. "Tengo tristeza y apatía por las cosas. Los ruidos me molestan muchísimo." Se encuentra decaida, no tiene fuerzas para hacer las cosas de la casa. Por la mañana le cuesta mucho trabajo levantarse; duerme mal y se despierta a menudo durante la noche. Está muy preocupada por su salud. Tiene temor a tener un cáncer. Tiene un pequeño bulto en el cuello y teme que sea un cáncer. No le importa morirse; hace 5 años murió su madre a la que atendía. Dice que desde entonces no hace nada; no tiene ilusión por nada. "Estoy procupada por lo del cáncer. Los dolores del cáncer deben de ser terribles. Mientras más viva voy a estar peor. No me importaría morirme; estaría así más contenta." De joven también tenía épocas en las que no tenía gusto por nada y tristeza. No le daba importancia y creía que era natural. Ahora es cuando se dá cuenta de que estuvo mala. De joven padecía con frecuencia de infecciones intestinales y también de amigdalitis. Hace 11 años venía quejándose de cansancio, malestar general, dolor en el vientre y hormigueos. Se cansaba enseguida, no podía estar en pie. Le hicieron un estudio detallado y pensaron que tenía una peritonitis tuberculosa. Fue intervenido quirurgicamente, no encontraron tal peritonitis. No sabe bien porqué, pero el caso es que le quitaron los ovarios y la matriz. Mejoró algo de las molestias, pero no del todo. Ultimamente la trataron con diversos medicamentos para el hígado y para los riñones por las molestias reseñadas y por unos dolores lumbares que tuvo que han desaparecido. Hace tres años tuvo una época de gran insomnio y dacaimiento; angustia y malestar y fue tratada con Tryptizol. Se encuentra mejor en verano y por las tardes si hace bien las digestiones. La enferma tiene un cierto temor a los medicamentos y gensralmente no los toma o toma dosis menores de las prescritas. Es soltera. Vive con dos hermanos que son tratados en la consulta, Robustiano y Adelaida. Otra hermana también viene a la consulta. El padre de la enferma padece de depresiones. No tiene más antecedentes que yo sepa en la familia. Ningún hallazgo en la exploración.

Un año más tarde vuelve por estar nuevamente un poco deprimida. Al disminuirle el dolor se convierte en una sensación de acorchamiento y a veces en una sensación de un clavo. Es como si fuera un dolor esparcido por toda la cabeza. Lo tiene más en el lado derecho, pero superpone al lado izquierdo. Un poco deprimida, sin ánimo.

La depresión subyacente es más o menos clara, como en el enfermo siguiente.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 14.114- Enferma de 38 años, casada. A los 33 años empezó a sentir unos vértigos cuando miraba hacia arriba, pero muy poco intensos y a temporadas. Tambien estas temporadas notaba un hormigueo debajo de la escápula izquierda. Consultó con un médico que le recomendó que viera a un otorrino y después a un psiquiatra pero la enferma no lo hizo. Hace 17 meses estando subida en una silla limpiando una lámpara, se cayó y se golpeo en la espalda. No sabe si la caída fue a causa de un vértigo o no. Le dijeron que tenía que reposar en cama dura. Cree que tuvo una fractura de dos vértebras aunque esto no es seguro. A los pocos días del golpe empezó a tener vértigos muy intensos. Notaba como si la cama le daba vueltas. Tenía nauseas y vómitos. Le hicieron radiografías de la columna vertebral y un EEG. Le recetaron unas pastillas que le ponían roja la cara. Los vértigos le cedieron. Siguió haciendo la gimnasia que le recomendaron para el golpe de la espalda. Estuvo bien hasta Febrero pasado. En esta época empezó a dormir mal. Se pasaba las noches en blanco. Consultó con un médico que le recetó Librium, con lo cual no notó alivio. Entonces empezó a notar un dolor en la espalda, más bien en el lado izquierdo donde tenía antes el hormiguillo. Consultó con un psiquiatra que le curó el vértigo. Ya había empezado a sentirse inquieta, angustiada ysin gana de ir a ningún lado. Temblaba mucho. Fue diagnosticada de distimia depresiva ansiosa. Con el tratamiento que le pusieron entonces mejoró, pero realmente muy poco. Se siente triste, llora con gran facilidad y con pena, sin ánimos para nada. sin apetito, ha perdido 4 kilos en los últimos tiempos, con dolor en el hipocondrio izquierdo. No tiene deseos de salir ni de ir a un espectáculo, sigue durmiendo mal. Tuvo la fiebre tifoidea a los 11 años, infección intestinal grave a los 14. Menarquia a los 15. Es la cuarta de seis hermanos, es gemela de una niña que murió al nacer. El abuelo materno se suicidó porque tenía unos dolores horribles que no podía soportar. Después de pasarle los vértigos, comenzó con el insomnio. Fue al ginecólogo por si este insomnio era de la matriz. Vuelve al psiquiatra de nuevo.

Como vemos en los enfermos citados los vértigos adoptan dos formas que a veces coinciden. Unas veces es una sensación duradera, vaga e indefinida de "mareo", otras veces unas crisis vertiginosas bruscas. Lo más frecuente es la coincidencia de ambos, sobre un mareo continua las crisis que se desencadenan en determinadas circunstancias, una de ellas los espacios abiertos, por eso el nombre de vértigos agorafóbicos, pero no es la única. También los espacios cerrados, las multitudes y las situaciones dificiles pueden tener el mismo papel. El vértigo en las depresiones es una alteración de la percepción espacial en un sentido peculiar. No se trata del espacio físico sino del espacio vital por

Ayuntamiento de Madrid

emplear una expresión muy difundida. El enfermo se siente inseguro en su mundo. ~~El vértigo depresivo es pues un estado de ánimo~~.

Las crisis vertiginosas son típicas en el enfermo siguiente.

Ha.nº 8.113- Enfermo de 58 años, casado. Viene a la consulta por mareos que comenzó a sentirlos aproximadamente hace un año y coincidiendo una época de muchas preocupaciones y depresión debido a la enfermedad de su hija. Desde entonces viene sosteniendo una tremenda lucha pues quería ocultar el motivo a su mujer, intentaba distraerse sin tener gana para ello, haciendo un verdadero esfuerzo, estos mareos que en un principio eran espaciados, fueron haciéndose cada vez más frecuentes, llegando a tenerlos últimamente casi a diario e incluso dos al día. El comienzo es inesperado, siente generalmente un pequeño dolor como opresión en las sienes que le obliga a frotarse con las manos, al momento siente un sudor en la nuca y enseguida se le nubla la vista y le dá una sensación muy grande de debilidad, si está en pie se agarra. si está sentado cierra los ojos porque sino vé como destellos de luz y manchas negras. La debilidad la siente como si perdiera la vista y sobre todo dificultad y como falta de fuerza para mover las piernas, no llega a perder el conocimiento, pero oye todo con lejanía. Este estado le dura un minuto aproximadamente, después se queda muy fatigado. Este es el motivo que con cierta frecuencia le preocupa y tenga temor de que le pase algo, sobre todo a perder el conocimiento. Cree que está más agotado que nunca y que no tiene la energía suficiente para reanudar el trabajo que antes llevaba; tiene también miedo a subir a sitios altos pues cree que le va a dar vértigo, cosa que antes no le pasaba, cree que también tiene la tensión más baja de lo normal. Con alguna frecuencia tiene hormigueos en el brazo y pierna izquierdas. Los pies se le quedan fríos con facilidad. Una de las veces que tenía el mareo observaba que se ponía muy colorado de cara pero no puede recordar si siempre le pasa lo mismo.

Nació de parto normal. Se crió sano. Enfermedades de la infancia. Blenorragia a los 20 años. Sífilis a los 40 pero tratado correctamente y los análisis han sido negativos posteriormente. A los 52 años tuvo una úlcera de estómago curada con medicamentos. Actualmente está bien. Hace unos 15 años tuvo un ataque que fue diagnosticado de reumatismo y que se repitió hasta seis meses. Fue tratado con onda corta. Era un dolor muy fuerte con cierta inmovilidad en el brazo derecho. Exploración negativa, tensión 12/8. EEG normal, electrocardiograma normal.

El diagnóstico diferencial puede ser difícil y también hay que tener en cuenta la posibilidad de que coinciden unos vértigos laberínticos con una fase depresiva. La evolución

Ayuntamiento de Madrid

del siguiente caso permite ver cuales son sus diferencias en los vértigos depresivos.

> Ha.nº 12.287- Enfermo de 26 años, soltero. Ha tenido unos mareos que le han dado dos o tres crisis y ultimamente tiene una sensación de mareo continuo aunque no muy intenso, sobre todo al hacer un movimiento brusco a la cabeza. Este mareo se acompaña con un zumbido continuo en el oído y probable pérdida de la agudez auditiva, aunque él lo niega. Anda con un poco de inseguridad, con la base de sustentación ampliada. Aunque dice que no ha perdido oído es dudoso que así sea. Además de eso está en una fase de depresión típica. La exploración es negativa; no hay nistagmus ni signos cerebelosos.
>
> Con un tratamiento me escribe al cabo de cinco meses diciendo que ha mejorado mucho de ánimo y también ha mejorado de los mareos, aunque éstos no se le han quitado del todo. Sigue con los ruidos en los oídos.

Es decir, no solamente hay signos orgánicos discretos en la exploración (base de sustentación amplia, pérdida de oído) sino que con el tratamiento ha mejorado el cuadro depresivo pero no las crisis vertiginosas.

* * * * * *

La acatisia y la inquietud de las piernas

(vease la Figura 6 en el capítulo precedente)

La acatisia consiste en la imposibilidad que tienen algunos enfermos de estarse quietos. Significa literalmente "no poder estar sentados", expresión que fue utilizada primero por HASKOVEC en un grupo de enfermos histéricos. Luego se ha visto que pueden tener otras causas.

En los casos típicos consiste en unas parestesias muy dificiles de definir por el propio enfermo que se presentan en la cara interna de las piernas o en la pantorrilla. Aparecen al caer la tarde y sobre todo al meterse en la cama. Las parestesias cesan con la actividad e incluso acompañan con una necesidad imperiosa de movimiento. Los enfermos se acuestan y tienen que agitar las piernas en la cama e incluso levantarse a caminar por la habitación. El momento de conciliar el sueño es el peor. El calor aumenta estas parestesias, por

Ayuntamiento de Madrid

eso a veces basta con sentarse en la cama y apoyar los pies en el suelo frío. Las parestesias se acompañan de una sensación de disminución de la fuerza muscular, sensación ésta que suele persistir, al contrario de la propia parestesia durante el día. La parestesia es muy angustiosa por eso WITTMARK (1851) la llamó "Anxyetas tibiarum." A la necesidad de actividad alude el nombre que le dio BRISSAUD "impaciencia muscular", el que está hoy en día más en boga es el de "piernas intranquilas" ("restless" de EKBOM, "leg jitters" de ALLISON). AIMES las llamó parestesias agitantes nocturnas.

El síndrome se cita a menudo pero su filiación/es oscura y desconocida para muchos (SOLOMON). Nosotros pensamos (con LOPEZ IBOR) que unas veces es una consecuencia de enfermedades del sistema nervioso central (infecciones, arterioesclerosis, degeneraciones) o de intoxicaciones (psicofármacos) pero otras veces es un síntoma depresivo aunque con un caracter especial dentro de los equivalentes como vamos a ver.

La acatisia aparece con carácter frecuente en enfermedades extra-piramidales. BING la encontró en enfermedades orgánicas, principalmente parkinsonismo post-encefalítico y WILSON lo considera un síntoma precoz de la paralisis agitante. LOPEZ IBOR también lo ha descrito en estos síndromes sobre todo en los no encefalíticos.

BORNSTEIN en un trabajo reciente cita 22 enfermos en los cuales la mayoría tenía probablemente una lesión del sistema nervioso central (traumatismos, infecciones, enfermedades familiares como el temblor esencial, etc.).

La acatisia aparece con relativa frecuencia en los tratamientos psicofarmacológicos. La mayoría de los neurolépticos pueden producirlo y también algunos timolépticos (el Tofranil y con mayor frecuencia el Anafranil). Los neurolépticos producen dos tipos distintos de efectos extrapiramidales, las crisis distónicas (o excito-moteras) agudas y reversibles que se suelen presentar en los primeros días del tratamiento y en sujetos jóvenes sobre todo con los fármacos llamados incisivos. Los otros efectos, más crónicos, apare-

Ayuntamiento de Madrid

cen en tratamientos más prolongados y además tienden a persistir una vez que se han interrumpido. La acatisia es uno de los más frecuentes. Los antiparkinsonianos reducen a veces estos efectos aunque no siempre es así e incluso MAUREL y col. piensan que no solamente no lo disminuye sino que tienden a provocar la cronificación de este síntoma. La edad juega un papel muy importante según nuestra experiencia. También en los casos de MAUREL ésta es avanzada (71 años de media). Estas disquinesias se prolongan muchos meses después de suprimido el tratamiento (once meses en un caso observado por nosotros, tres en la bibliografía y ha duraciones aun mayores).

Así pues <u>la acatisia tiene frecuentemente un origen orgánico</u> en relación con alteraciones de la función de los centros subcorticales. Las infecciones (parkinsonismo postencefalítico) y las alteraciones vasculares (parkinsonarterioesclerótico) juegan un papel importante, pero también la degeneración precoz de estos centros (parálisis agitante). Los neurolépticos actuan sobre estos sistemas subcorticales y el hecho que la disfunción perdure muchos meses después de suprimir el tratamiento en sujetos de edad avanzada, demuestra que aun en sujetos que los tenía indemnes el paso de los años se refleja en ellos por una menor recuperación de su función, igual que otras áreas del sistema nervioso central. La acatisia tiene para LOPEZ IBOR un origen talámico aunque éste no sea todavía bien conocido.

BORNSTEIN, en cambio, piensa en una alteración de los influjos del sistema reticular sobre el sistema de las fibras gamma y la regulación del tono muscular. Estas teorías sobre el origen central están más de acuerdo con la experiencia clínica que no otras que se inclinan, por ejemplo, por un origen vasomotor (EKBOM).

<u>La intranquilidad de las piernas es también un síntoma timopático</u>. La mayoría de los descritos antes de la era psicofarmacológica se trataba de mujeres jóvenes de 20 a 40 años y particularmente durante el embarazo (AIMES) como en el caso siguiente:

Ha.nº 5.227- Enferma de 40 años, casada. Abuelos paternos

Ayuntamiento de Madrid

murieron viejos y el materno padecía asma y la materna murió vieja. El padre murió a los 69 años y padecía de nervios, dicen que igual que la enferma. La madre murió a los 60 años de diabetes y era tuberculosa. Han sido dos hermanos, el otro sano. No hay otros antecedentes. Casada, tiene dos hijos y otros dos nacieron muertos. Desarrollo normal. Pleurosia a los 18 años. Menarquia a los 14, normal. A los 25 años se casó y durante el segundo embarazo notó que no podía dormir y no podía estar quieta de noche en cama. A pesar de tener mucho sueño, tenía que levantarse a pasear. Le duró hasta que dio a luz. Otro emparazo no le pasó nada. Después en el cuarto embarazo le pasó lo mismo que en el segundo y al dar a luz cesaron las molestias. Hace un mes tuvo una metrorragia y desde entonces se encuentra mal. No puede dormir ni de día ni de noche por esas "corrientes" que le dan en pies y piernas. También lo nota estando sentada, al caer la noche. Al escribir no es capaz de sujetar la pluma, sobre todo si hay alguien delante. Necesita mucha tranquilidad, el bullicio le aturde mucho. Le duele la cabeza sobre todo los días del periodo y cuando tiene un día agitado. Si duerme bien de noche por el día está mejor. Ha tomado una serie de calmantes y todos la empeoran. La intranquilidad de las piernas se le presenta cuando se mete en cama. A veces llega a ser tan grande que tiene necesidad de levantarse. Le alivia el frío y el calor de la cama la empeora. También la posición horizontal le va mal. Si apoya los pies en las baldosas frías mejora. El trastorno le empieza con la somnolencia. Subjetivamente hay esas molestias pero objetivamente la temperatura es la misma en ambas piernas. La exploración es absolutamente negativa. Temperatura 30-32 en la punta del pie y 34-35 en la cara del muslo. Moderada obesidad hipofisaria, piel fofa y blanda, abierta, comunicativa, muy preocupada por la enfermedad.

Catamnesis: seis meses más tarde dice estar mucho mejor. La intranquilidad le entra muy de vez en cuando y en menor grado que antes. Más animada y eufórica. No tiene cefaleas. Todavía le queda lo de no poder escribir delante de la gente. Tratada con acetilcolina intravenosa.

Dos años más tarde las molestias han desaparecido totalmente y ahora viene a la consulta con un temblor que le molesta mucho para su trabajo -es enfermera matrona- y está en la menopausia.

Cuatro años más tarde vuelve a la consulta. Es estado general es muy bueno. Sus algias en las piernas son de nuevo muy fuertes y también la intranquilidad de piernas. Se pasa la noche gritando y no puede conciliar el sueño.

Once años más tarde vuelve. Después de haber pasado una temporada muy bien de salud, han empezado nuevas oscilaciones y ahora desde hace unos meses tiene gran inquietud en las piernas y dolores que le impiden dormir.

La inquietud comenzó durante los embarazos y estaba acompañada de otros síntomas depresivos -insomnio, cefaleas, irritabilidad etc.- tiene una evolución fásica, pero también aparece claro en esta enferma la facilidad con que la acatisia

Ayuntamiento de Madrid

se convierte en un síntoma crónico y muy rebelde al tratamiento. Para nosotros se debe a que tiene un carácter de organicidad mayor que otros síntomas depresivos. En historias que figuran en otros lugares de esta tesis, el fenómeno aparece y desaparece con el resto de la sintomatología (17.157, 17.785). Sin embargo, cuando es el síntoma más destacado su encronización nos parece muy marcada.

La acatisia se asocia frecuentemente a insomnio -no me refiero al que pueda ser secundario a la molestia- y a veces con una tendencia a la toxicomanía. (Vease Ha.nº 7.934) En el caso siguiente la acatisia-insomnio-toxicomanía marcaron fatidicamente la vida del sujeto como en un verdadero desarrollo psicosomático.

Ha. nº 8.175- Enfermo muy asténico que a los 31 años empezó un tipo especial de insomnio tras de un cólico de almejas en Asturias. Entonces decidió en pleno mes de agosto regresar a Madrid y desde entonces -ahora tiene 51 años- no ha vuelto a dormir bien. Ha llegado a pesar 52 kilos con una altura de 1,80. Un día tuvo una pulmonía doble y estuvo muy grave. Un médico le puso una inyección de quinina que rozó el ciático derecho y desde entonces padece de ciática con tan intensos dolores que se le ha practicado una exeresis del nervio. La pierna se le ha quedado atrófica y retraida para lo cual empezó con fisioterapia. Cayó en el Eucodal. Luego simpatectomía del lado derecho, dorsal, y hubo que cortar además alguna costilla. Se infectó la herida con las consiguientes curas largas y nueva intervención en la herida que le mejoró. Cayó en la Dolantina. Luego cinco meses de reposo en el campo le repusieron. Poco después apendicitis aguda. Nueva operación con anestesia raquídea y se le exacerbaron los dolores. Mielografía, simpatectomía del lado izquierdo por via abdominal. Después se volvió a incorporar al trabaje. Tenía un gran bufete de abogado. Lo que más le martiriza en la actualidad es el insomnio. Se mete en cama y nota hormiguillo general, sensación de acatisia, sacudidas en las piernas, prurito añal. Hace poco le pusieron una inyección de Calcibronat y le produjo una fiebre de 40º y una reacción vegetativa brutal. No tolera los hipnóticos.

Catamnesis: enfermo seguido en nuestra Clínica durante 14 años con diversas estancias en la misma, unas veces por toxicomanía, que llegó en alguna ocasión a parecer un cuadro de "delirium tremens" otras veces por insomnio y otras por la acatisia. Ha pasado temporadas mejor, otras peor, llegando incluso a estar bastante ben y a reanudar en parte su actividad profesional. Los empeoramientos coincidían con fases depresivas típicas Tuvo varios episodios agudos mal filiados (dos crisis de abdomen agudo, tres episodios delirantes y confabu-

latorios).

Ayuntamiento de Madrid

latorios). En 1968 comenzó un nuevo empeoramiento con las mismas características que las fases anteriores. Se le acentuó el insomnio y la acatisia. Presentó ligeros trastornos de la conciencia durante el día, depresión, etc. Sin embargo, la exploración demostró una cifra de urea en sangre muy elevada, signo de insuficiencia renal crónica de la que falleció pocos meses después.

Tenemos en la actualidad un enfermo en tratamiento que tiene 59 años y comenzó hace tres con una fase depresiva que a pesar del tratamiento (electrochoques y timolépticos) no mejoraba. Un médico se decidió a tratarlo con Haldolectil lo que le ha producido una acatisia intensísima. Si está en cama se tiene que levantar, sentado no puede estar, de pie tiene que estar caminando constantemente, si se detiene sigue marcando el paso sin desplazarse. Este movimiento se acompañaba de hiperquinesias orales. Al suprimir el neuroléptico estas últimas desaparecieron en el curso de pocas semanas, pero no así la acatisia que sólo ha mejorado a medida que el enfermo mejora de su depresión aunque de manera muy paulatina. Los antiparkinsonianos carecen de efecto sobre ella, sin embargo, los diecepóxidos la atenuan hasta hacerla desaparecer.

Como vemos el problema de la acatisia es grande. Muchas veces es un síntoma depresivo, pero siempre cargado de una cierta organicidad. En un caso concreto el diagnóstico puede ser difícil.

La acatisia se acompaña de otros síntomas. LOPEZ IBOR señaló su íntima relación con los vértigos timopáticos, como en el caso siguiente.

Ha.nº 13.407- Enfermo de 34 años soltero, que hace dos años y medio estando un día paseando por la carretera sintió un mareo y le daba la impresión que iba a caerse. Pensó en una mala digestión "pero desde entonces noto desasosiego interior y nerviosismo." Acostado y sentado está bien pero de pié, quieto y cuando anda le empieza el nerviosismo. Teme que pueda caerse y cuando más se preocupa, más excitación tiene y así se cierra el circulo vicioso. Basta con que se apoye en algo como un paraguas para tranquilizarse. A veces malestar entre pecho y espalda y a veces palpitaciones en cama. Sueño irregular por temporadas. También su "mal es a temporadas" dice. "La vida me resulta amarga y no me duele nada pero es un malestar que pienso si será mejor morirse." Cuando más trata de dominarse es peor. Antes no era así. Nunca ha padecido enfermedades salvo el sarampión. Una hermana

Ayuntamiento de Madrid

cuenta un episodio de agitación anterior. Su sintomatología va tomando la forma de la acatisia. Ahora localiza la inquietud en el bajo vientre. Distímico, por cualquier tontería está mal. No habla. Lo único que hace a gusto es su trabajo. Catamnesis: seis meses más tarde ha mejorado de la acatisia. Tiene novia que está dudando. En el fondo todavía hay una enorme ansiedad. Miedo al contagio venereo. Sensación de inestabilidad. Un año más tarde francamente mejor. Un poco de acatisia pero en conjunto mucho mejor.

y también a las algias como el siguiente caso:

Ha.nº 16.346- Enferma de 38 años, casada, que después del nacimiento de su segunda hija, hará unos 8 años, empezó a tomar manía a las cosas de la casa y se preocupaba y su cabeza "comenzaba a trabajar." Los problemas le daban vueltas y no les encontraba solución. Insomnio con el consiguiente agotamiento. Incapaz de hacer nada. Fuego y ardor en el pecho. Inapetente y nerviosa. Peor por las mañanas. Este estado que no podía soportar y le producía desesperación y ganas de llorar le duró dos meses y fue tratado con Tofranil y Librium. Otro episodio igual cinco años más tarde y entonces la tuvieron que separar de una hija recién nacida a la que no podía ver. En las fobias y manías era también como el anterior. Tres años más tarde vuelve con las mismas molestias, esta vez a raiz de un suicidio de su hermana "por desengaño amoroso." Ella casi intenta quitarse también la vida de tanta desesperación como tiene y un enorme agotamiento e incapacidad de hacer cualquier cosa. No tiene problemas familiares ni domésticos. Es la tercera de seis hermanos y emigraron de niños a Venezuela. Casada hace doce años, tiene tres hijos. Hace tres años fue operada de los ovarios. Tiene un hermano retrasado mental. Mejoró con Marsilid. Luego tuvo una nueva fase estando fuera de España y fue tratada con electrochoques. Oscilaciones psicosomáticas y ha pasado también alguna fase de euforia. Tuvo un fuerte disgusto con su madrastra que tal vez le fue bien para descargarse. Problemas con su hermano debil mental que no saben como enfocar. Dos años más tarde vuelve a sentirse mal, pero esta vez es una nucalgia sobre todo si gira la cabeza. Insomnio y piernas intranquilas típicas al acostarse por las noches y ha de levantarse varias veces. La nucalgia es como si le quitara movilidad como si algo se le fijara allí y le impidiera el mecanismo de girar la cabeza. Opresión en ambas zonas parietales. Fondo de ansiedad aunque no es una fuerte depresión.

En el caso siguiente la acatisia desaparece al finalizar la fase depresiva y luego no vuelve a aparecer sino que en el cuadro destacan las cefaleas.

También en el enfermo siguiente sucede algo parecido,

Ayuntamiento de Madrid

aunque una vez más vemos como la acatisia es un síntoma difícil de hacer desaparecer.

Ha.nº 14.681- Enfarma de 60 años de Puerto Rico cuya marido da una serie de síntomas en distintas épocas narrados muy preiljamente. Ordenando resulta que: Hace dos años la operaron de vesícula biliar por litiasis. El cirujano encontró un nódulo en el tiroides y recomendó que se operara y en la operación hallaron otros nódulos que no se palpaban y se extirpó parte de la glándula. Poco después empezó con molestias nerviosas fundamentalmente inquietud y desasosiego. Tenía ya, cuando se sentía más crisis de angustia, desde hace tres años y también tristeza. Además "una molestia grande en las piernas," intranquilidad, hormiguillos y calambres. Cada vez está peor, más intranquila y con más molestias en las piernas. El marido muy preocupado por si ello se debe a la falta de tiroides. Ha notado que se le cae el pelo, que ha perdido peso y que su metabolismo es algo bajo. Objetivamente en los estudios con yodo hay un cierto deficit de función tiroidea.

La enferma está muy inquieta y se levanta varias veces en el curso de la consulta. Tiene miedo a todo. Se siente intranquila y desesperada. "No puedo ni llorar." Nota como arenilla en los ojos, intranquilidad interior y palpitaciones. Mareo intenso. Ha dejado de llevar tacones p por falta de equilibrio. Necesidad de fumar aunque sabe que le sienta mal. Molestias en las piernas que la obligan a moverse continuamente. Triste y agobiada. Desesperada de verse así. Siempre ha sido nerviosa y ha tomado pastillas para combatir los nervios. Hace diez años tuvo una molestia en los ojos "como arenillas" que los médicos norteamericanos que la vieron no pudieron aclarar. Hace seis y siete años le pusieron electrochoques. Ha tomado Librium y Tofranil. En los dos últimos meses ha estado tan mal que todo le molestaba.

Se casó a los 21 años y tiene dos hijos. Es la séptima de ocho hermanos, delos cuales uno es muy nervioso. Su angustia ahora es sobre todo en las piernas. La sensación es muy curiosa, como situviera argollas y al mismo tiempo un eje en las piernas con gran inquietud. Ha adelgazado mucho y ella cree que es por la propia inquietud. La angustia no la deja vivir. La acatisia se le pasa luego a todo el cuerpo, miedo a todo. Ya de pequeña le parecía que todo era "pesado". Miedo al otro sexo. De niña hacía sacrificios con tendencia masoquista para librarse de las posibilidades amenazadoras del futuro. Con frecuencia oscilaciones de ánimo de caracter depresivo. Su madre con hemorragias y un hermano con cáncer, ella tenía que cuidarlos y aumentaba su ansiedad. Egoista que no se preocupa sino de ella. Respiración entrecortada, dificultades en bajar escaleras porque las piernas se le ponen rígidas. No es facil distinguir entre la acatisia y el vértigo, en este caso. Todo en relación con la ansiedad en las piernas.

Catamnesis: seis meses después está algo mejor y más que las molestias físicas lo que tiene ahora es un tono de pesimismo. También la intranquilidad de las piernas ha disminuido pero lentamente. Continua el tratamiento

Ayuntamiento de Madrid

en su casa. Ahora siente grandes deseos por ponerse bien del todo.

En resumen podemos decir que la intranquilidad de las piernas es muchas veces un síntoma de enfermedad orgánica del sistema nervioso central (Parkinson de diversa etiología, psicofármacos, degeneración precoz del sistema nervioso central) pero que en muchas otras ocasiones la acatisia es un equivalente depresivo más, igual que los otros que figuran en esta tesis. Algunos autores reconocen que esta impaciencia muscular es un síntoma de las depresiones agitadas (LEHMAN). Incluso la acatisia de los neurolépticos la interpreta OSTOW psicodinamicamente como una respuesta automática a la deplección de la líbido que experimentan los enfermos (éste es según este autor el efecto de los neurolépticos) por intensificar el suministro de energía al Ego. Esto nos parece ir demasiado lejos en las interpretaciones pero lo citamos para demostrar como ya algunos autores han considerado no solamente como un síntoma neurológico a la acatisia, sino sus factores psicodinámicos.

En los enfermos que publica BORNSTEIN se observa que uno de ellos tenía ideas de suicidio y otra tuvo además de la acatisia, depresiones que fueron tratadas con electrochoques. En esta enferma lo curioso era la evolución alternante de la fase depresiva y la intranquilidad de las piernas, como sucede a menudo con los equivalentes timopáticos (vease el capítulo sobre la suplencia de síndromes).

El hecho que de entre los equivalentes depresivos sea éste uno de los que producen más impresión de "organicidad" no debe de extrañarnos. Las depresiones tienen su origen en una alteración de las regulaciones diencefálicas y muchos de sus síntomas son debidos a disfunciones de estas estructuras, unas más facilmente reversibles que otras. O mejor dicho, otras menos reversibles en determinadas circunstancias. La acatisia pertenece a éstas, mucho más cuando se trata de edades maduras o involutivas.

* * * * * *

Ayuntamiento de Madrid

La diseopsia algera
(vease la Figura 5 en el capítulo precedente)

LOPEZ IBOR se refiere a esto fenómeno como un síntoma timopático. La visión de las superficies blancas o claras como la nieve o el sol la fijación de los objetos produce dolor (OPPENHEIM y BONNE). Los enfermos llevan a veces gafas oscuras y no pueden leer (CURSCHMANN). De los casos descritos por LOPEZ IBOR en uno el síntoma tiene un caracter simbólico muy destacado ("la enferma huye de la luz como de la vida"), en el otro la diseopsia se acompaña de amaurosis y ambos se incluyen en unas crisis de cefaleas migranoides. Para LOPEZ IBOR la diseopsia corresponde a un defecto funcional de la corteza occipital.

En la enferma siguiente, la diseopsia aparece después de un cuadro vertiginoso con gran inseguridad al andar. Es lo mismo que dicen algunos enfermos que es como si caminaran sobre algodones, pero esta enferma lo refiere a la vista cuando dice que es como si la habitación estuviera llena de humo. Aquí la diseopsia comenzó al mirar a las personas. El trastorno se acentuó cuando tiene que esforzar la vista, sobre todo si tiene cierta responsabilidad (cocina). Por las descripciones de la enferma lo que se ve claro es la relación con los mareos timopáticos. La diseopsia es una especie de "vértigo de la vista."

Ha.nº 16.632- Enferma de 67 años, viudad. Hace cuatro años empezó a tener diarreas frecuentes y en algunas ocasiones fiebre una o dos veces. Estas molestias intestinales le duraron un año con ligeras mejorías y recaidas. En general aparecían con un ritmo de dos a tres semanas. Tratamiento con antisepticos intestinales. Recuerda que entonces se levantaba a veces por la noche muy asustada. Dormía a pesar de eso, bien. Estaba algo decaida, preocupada por la alimentación. La enferma notó luego que no tenía seguridad al andar, pensando al principio que era por los zapatos. Le da la sensación de perder el equilibrio y se va a caer, pero no se cae ni se desvía. No tiene esa sensación cuando está sentada o echada en cama. En su casa se siente mejor. Al levantarse por las mañanas sensación de atontamiento y como si hubiera dormido con la cabeza fuera de la cama, sensación que le ha desaparecido ultimamente. Poco después de notar inseguridad al andar ha empezado a sentir "nubosidad" en la vista, "como si la habitación tuviera

Ayuntamiento de Madrid

humo." "Veo su cara sin claridad" dice, "todo está borroso, como un ambiente donde hay humo". Esto lo empezó a notar cuando mira el rostro de las personas y luego lo notó al escribir porque dejaba espacios blancos. Ocurre sobre todo cuando ve de cerca, de lejos mejor. Con luz fuerte mejor y sobre todo cuando tiene que hacer algún esfuerzo, como ordenar la casa. En la cocina ha de fijarse mucho para ver bien. "Con lo que yo veo tendría que manejarme mejor." La molestia de la vista y la inseguridad al andar son lo que más le preocupa. Al bajar las escaleras siente más inseguridad, en cambio las sube mejor. Ha visitado numerosos médicos que le han hecho infinidad de análisis. Los oculistas con quienes ha consultado le han cambiado las gafas y no ha notado alivio de sus molestias. Un psiquiatra le recetó antidepresivos en pequeñas dosis y una época mejoró algo con este tratamiento. No recuerda bien qué medicina era. La enferma describe así sus molestias: unas veces tiene sensación de vértigo subjetivo y otras veces tiene la impresión de que hay oscilaciones en su mundo exterior. Realmente está persuadida de que no hay tal oscilación sino que es una especie de horror en un sentido que le produce nauseas. Está algo decaída. Durante la entrevista le caen lágrimas mientras habla y está muy angustiada. No tiene opresión en el pecho ni palpitaciones. No tiene temores. Dice que no se preocupa mucho por las cosas. Duerme bien, buen apetito. "Estoy derrotada, me acobarda estar así". No ha tenido desvanecimientos ni mareos.

Antecedentes familiares: padre con depresiones, ya murió. Madre normal. Siete hermanos, todos nerviosos y tratados en esta consulta, la mayoría depresivos y algún esquizofrénico. Antecedentes personales, sin interés. Lo único cuando la menopausia tuvo como contracciones al orinar. Se lo pasó con tratamiento psiquiátrico. La exploración es negativa.

Catamnesis: un año más tarde está en conjunto mejor pero le molestan algunos síntomas. Los desvanecimientos y mareos le han disminuido en intensidad, pero tiene un fenómeno en la vista que es que en ciertas ocasiones ve las figuras más largas, más afiladas o como si estuvieran rodeadas de nubes. La percepción visual propiamente dicha es normal. Fondo de ojo normal. La exploración sigue normal. Está en tratamiento con antidepresivos y con IMAO.

También en la siguiente enferma nos encontramos con el siguiente síntoma óptico: le duele al mirar a la gente e incluso al ser mirada. Aquí se vé claro que no es el ojo lo que le duele, sino la mirada, igual que en otro tipo de algias lo que se afecta no es el órgano(miembro) sino la función (movimiento).

Ha. nº 17.792- Enferma de 44 años, casada. Desde los 14 años empezó a notar que al salir del metro o al estar en sitios donde había mucho "barullo" le entraba un mareillo y como una angustia y con ganas de vomitar. Se le pasó

Ayuntamiento de Madrid

pronto. También le daba mucho asco de las comidas grasas. Hace ocho años estando embarazada y a raiz de un disgusto que tuvo por un juicio que tuvo el marido por una pelea, empezó a sentir mucha intranquilidad, a dormir mal, con poco apetito, palpitaciones, inquietud por dentro, molestias en los ojos y tuvo que ponerse gafas aunque dice que no las necesitaba. Sentía tristeza, muchas ganas de llorar y de pensar en los hijos como si se fuera a morir y dejar a los hijos con su marido. Desde entonces ha venido notando muchas molestias, como si se le hincharan los pechos y algo siente en la garganta que no le deja vivir como si fuera una bola en el pecho. Dolor por todo el vientre de forma continua y que le irradia a la espalda. Dolor en las muñecas como si perdiera el juego de las mismas. Hinchazón en las muñecas y en la cara al levantarse por las mañanas, eso le ocurre cada dos o tres semanas. Cólico con deposiciones blandas y mucho flujo quedándose dolorida, con ganas de hacer de vientre, con ganas muy imperiosas pero no hace nada. Nota el estómago como si le agarrotaran por dentro y se tiene que agachar. Una temporada tuvo dolor continuo en los pies, luego en la espalda y luego se le fijó en la cabeza. Esto fue hace cinco años unido a mareo continuo y dolor en los ojos que se intensifica cuando mira a una persona. No puede mirar a los colores vivos y pasar del sol a la sombra porque le da como un mareo. Solamente mejora de estas molestias por la noche. Lo que más le aumenta el dolor es el hecho de tener que mirar o también el hecho de ser mirada. Tiene fatiga como si no pudiera tragar saliva. Tiene que respirar hondo como si le hiciera daño por dentro. Cuando le ocurre esto se queda muy decaida y con mucho temblor interior. Otras veces tragando saliva en gran cantidad y muy rapidamente le ocurre algo como si fuera a caerse con temblor en las piernas. Ha sido diagnosticada antes de distonía neurovegetativa. Hace dos años se operó; le hicieron una histerectomía por un fibroma. Pensó que después de la operación se le irían las molestias pero no ha sido así.

* * * * * *

En resumen podemos decir que los vértigos depresivos tienen un carácter angustioso muy destacado, son una forma muy pura de manifestarse la angustia endotímica, tanto que a veces la descripción de los enfermos corresponde más que a la de un deficit o trastorno de la percepción (como en los vértigos orgánicos), a la de un estado de ánimo.

La acatisia es una forma especial de parestesias en la que ya desde antiguo se ha conocido un carácter angus-

Ayuntamiento de Madrid

tioso. Son una forma localizada de la <u>reacción de sobresalto.</u>

<u>La diacopsia álgora</u> tampoco es un trastorno de la percepción en sentido estricto, es un fenómeno psicopatológicamente distinto. En lenguaje corriente se puede decir que estando la vista intacta es la mirada la que resulta insuficiente, unas veces predomina el tinte ansioso ("vértigo de la mirada"), otras el depresivo. Este último recoge a menudo en los enfermos deprimidos aunque es una forma mitigada. Son los que se quejan de visión borrosa, cansancio en la vista, no poder fijar la mirada, etc. acompañados a menudo de cefaleas frontales o periorbitarias.

Ayuntamiento de Madrid

VI FORMAS DE EVOLUCION. LAS SUPLENCIAS Y ALTERNANCIAS DE SINDROMES

Introducción: Si nos detenemos a estudiar el curso de los diversos casos observamos un hecho curioso y fundamental. Los equivalentes se van sucediendo de un modo *fásico, pero no uniforme*, es decir, una vez aparecen como un cuadro típicamente vertiginoso y en el mismo enfermo, años más tarde, aparece una depresión endógena. En otros casos alterna una depresión con un trastorno psicosomático (colitis ulcerosa, por ejemplo), otras veces son dos enfermedades psicosomáticas, aparentemente dispares (asma bronquial, eczema) etc., etc. Este es un fenómeno que describió LOPEZ IBOR (1944) inicialmente con el nombre de *la variación de síndromes*.

El interés por el estudio de la evolución de los cuadros clínicos es uno de los mejores instrumentos con que cuenta la investigación psiquiátrica. La tipificación de las psicosis endógenas por su curso fue una pieza clave en la sistematización de la psiquiatría de KRAEPELIN. En un terreno totalmente diferente el psicoanálisis está montado sobre el estudio del desarrollo dinámico de los síntomas y en la personalidad. La psiquiatría, por lo que tiene de ciencia del espíritu, vive de lleno la historia personal del hombre y como consecuencia de ello la historia natural de la enfermedad. No cabe duda de qué esta perspectiva para ver los problemas es una de los aportaciones importantes que la psiquiatría puede hacer al resto de la medicina.

La historia de la medicina de los últimos 200 años está marcada por la investigación del sustrato -anatomopatológico primero, bioquímico después- de los síntomas y por la etiología y etiopatogenia de las enfermedades.

Sobre una mentalidad así es difícil que se logre un contacto entre la psiquiatría y el resto de la medicina. No cabe duda que las ideas de la medicina psicosomática norteamericana, especialmente a partir de ALEXANDER, han tenido gran difusión en la medicina en general, pero ha sido precisamente porque siguen esquemas conceptuales paralelos.

Ayuntamiento de Madrid

El psicoanálisis no deja de ser un juego entre diversas fuerzas con un modelo tomado de la física. La consecuencia de todo esto ha sido que en la enumeración de la etiología de los diversos trastornos aparecen casi siempre al final, detrás de los diversos apartados de infeccioso, tumoral, traumático, etc. el de "psicógeno." Así, por ejemplo, hay un "dolor lumbar psicógeno" en el que va implícita la idea que el dolor es consecuencia de un conflicto psíquico de la misma manera que es producido por la compresión de una raiz lumbar - conflicto somático- en otros casos.

El estudio de los <u>equivalentes timopáticos</u> y sobre todo el de la supleancia de estos en el curso de los años ayuda a enfocar estos problemas desde un punto de vista que nos parece el más fructífero. En el capítulo siguiente sobre medicina psicosomática volveremos a referirnos a estos puntos.

* * * * * *

<u>Supleancia de síndromes en medicina psicosomática:</u>

HALLIDAY enumeró los criterios siguientes para poder considerar a una enfermedad como psicosomática:

1. situación anterior capaz de producir alteraciones.
2. rasgos característicos de la personalidad.
3. desproporción en las incidencias respecto al sexo.
4. asociación con otras enfermedades psicosomáticas.
5. prevalencia en la familia del mismo trastorno o de otro similar.
6. curso físico.
7. prevalencia relacionada con los cambios sociales y de la comunidad.

El primer punto se refiere a la llamada <u>especificidad</u> en la relación entre situación conflictual y los síntomas que produce a favor de la cual aboga entre otros muchos ALEXANDER;F. DUNBAR en cambio daba más importancia al segundo punto, la especificidad de la personalidad en relación con el trastorno. Es muy curioso el que fuera precisamente DUNBAR

Ayuntamiento de Madrid

una de las primeras en estudiar la asociación de diversos síndromes ("overlaping syndroms") y a pesar de ello sostuviera esta especificidad a ultranza. Lo que probablemente sucedería en estos casos, según la autora citada, es que o bien se trataría de una personalidad con rasgos de los dos tipos o que al cabo del tiempo cambiaría la personalidad. Realmente el concepto que DUNBAR tenía de personalidad es más inconstante que el que es habitual en psicología. Del mismo modo GIOVACCHINI dice, haciendo hincapié en la importancia del conflicto, que cuando aparecen dos trastornos es porque coinciden dos conflictos específicos.

Dentro del psicoanálisis KUBIE hace una crítica muy profunda del concepto de especificidad. Para él los síntomas neuróticos son tan inespecíficos como lo es la fiebre en las enfermedades somáticas y solamente estarían determinados en un tramo final por razones, las más de las veces, accesorias. Es decir, habría un conflicto neurótico básico y unas manifestaciones que serían los síntomas los cuales más que en relación con la personalidad o con la situación conflictiva dependerían de determinantes más accidentales o individuales. En sus propias palabras: "el proceso neurótico es asombrosamente constante mientras que el síntoma neurótico es tan variable como los símbolos de los ensueños." Esto mismo puede aplicarse con otras palabras al problema de la supiencia de síndromes. De todas maneras KISSEN y BASTIAANS dan mucha importancia a la especificidad de la personalidad.

Para LOPEZ IBOR personalidad y conflicto constituyen una unidad ya que determinadas personalidades son sensibles a determinados conflictos y otras no. Es decir, el conflicto ha de actuar como un trauma existencial. No existen una especificidad de la personalidad sino más bien todos los enfermos neuróticos y los que tienen trastornos psicosomáticos tienen rasgos comunes que se manifiestan de diversas maneras, siendo la angustia su radical básico. También BASTIAANS reconoce en el fondo tal unidad al decir que en todos estos enfermos lo que predomina es la estructura rígidad del super-ego. También según KISSEN empleando el Maudsley Personality Inventory de EYSENK se observa como en los enfermos neuróticos y

Ayuntamiento de Madrid

psicosomáticos abundan los rasgos de "introversión" y "neuroticismo."

Así, pues, dada esta inespecificidad de los síntomas neuróticos y psicosomáticos es imposible predecir que tipo de trastorno aparecerá en tal personalidad y en una determinada situación. Si esto fuera posible la psiquiatría estaría a la cabeza de la medicina en lo que al desarrollo científico se refiere.

Veamos a continuación los siguientes criterios de HALLIDAY para ven si en ellos aparece la clave que nos permita descifrar el enigma de los síntomas psicosomáticos.

La incidencia respect al sexo es un rasgo secundario y al que cada vez se da menos valor. Ocurriendo los conflictos básicos en el plano sexual para el psicoanálisis no tiene de raro que HALLIDAY lo cite. Bien es verdad que algunas enfermedades psicosomáticas son más frecuente en uno u otro sexo, pero esto es un rasgo secundario. En cuanto a los estudios familiares más adelante me referiré a ello a propósito de unas historias clínicas. FONSECA encontró que los familiares de enfermos con depresiones endógenas padecían un tipo de trastornos que él llamó "equivalentes efectivos." Denis LEIGH encuentra en los asmáticos y en sus familiares una elevada proporción de enfermedades alérgicas y neuróticas lo cual puede parecer evidente y también úlceras gastrointestinales, de alteraciones psiquiátricas y en menor proporción de artritis reumatoide, herpes zooster, psoriaris y jaquecas. El 7º punto de HALLIDAY es importante en la medicina actual ya que trae a colación uno de los temas ante los cuales ha de pronunciarse la medicina para marcar un camino que sea posible en los próximos decenios. Es el de la influencia de sus cambios sociales sobre los modos de enfermar el hombre y por lo tanto el médico en tanto que sanador ha de buscar la manera de que tal medio social sea lo más inmune posible frente al desarrollo de posibles enfermedades.

Los puntos 4 y 6 son precisamente los que caen de lleno en este capítulo. Se refiere a la asociación con otras fecciones psicosomáticas y al curso fásico. El curso fásico

Ayuntamiento de Madrid

es precisamente característico de todos los trastornos endotímicos. La asociación de diversos trastornos que pretendemos demostrar en este capítulo es también otro de los radicales básicos de las alteraciones endógenas. Puede preguntarse por qué se ha tardado tanto en reconocer esta realidad. Quizá la respuesta correcta sea la de GIOVACCHINI: "con el interés demostrado por el estudio de la especificidad se ha desviado la atención de los psiquiatras del hecho de la coexistencia de diversas neurosis de órganos ('Organneurosen') hecho que no ha pasado desapercibido en algunas publicaciones de internistas." También hay otras razones quizás más profundas porque resulta paradójico que el psicoanálisis tanto por ser una técnica terapeútica que ha de prolongarse tanto tiempo -a veces de un modo interminable- como por su interés por reconstruir una evolución dinámica de la personalidad no haya caído en la cuenta de la importancia de estos aspectos señalados por HALLIDAY, la <u>asociación y la fase</u>. SPIEGELBERG (comunicación personal) piensa que buscando en los escritos psicoanalíticos, especialmente en los que periodos iniciales de su desarrollo aparecen muchos ejemplos, pero no es así. Tanto en la histotia de las ideas de FREUD y sus seguidores, como en el desarrollo de una psicoterapia, pronto se abandona el interés por la sintomatología que se desplaza en favor de realidades más "profundas" ya que se considera que los síntomas no son más que artificios defensivos frente a los conflictos de la personalidad que por lo tanto hay que destruirlos. Nada contribuirá más a un fortalecimiento ("fijación") como el que el psicoterapeuta concentre su atención sobre ellos. Así pues la anamnesis psicoanalítica peca de una gran parcialidad. Toda anamnesis es ya de por si parcial, ya que parte de un punto de vista y de un momento determinado (vease BURGER-PRINZ) pero eso no elimina el problema de encontrar el altozano que nos permita contemplar más ampliamente y con una perspectiva menos deformante el horizonte de la realidad.

* * * * * *

<u>Terminología</u>

Pueden considerarse sinónimos los siguientes nombres:

Ayuntamiento de Madrid

"syndrom shift" (GROEN, BASTIAANS y van der VALK), "Sindromwechsel", "variación del síndrome"(LOPEZ IBOR), "Syndromalternation" (SPIEGELBERG, SCHULTE), "Overlaping syndrom" (F. DUNBAR). También es un concepto similar el de asociación retardada de síndromes ("late syndrome association") KISSEN y el "despiazamiento de síndromes" (GROEN y col.).

De acuerdo con este último autor puede definirse la suplencia de síndromes como la aparición de un síntoma o síndrome nuevo consecutivo a la desaparición de otras manifestaciones de la enfermedad. Un tipo especial de ello lo constituiría el desplazamiento de síndromes que consiste en la aparición de síntomas nuevos al suprimir los canales a través de los cuales se manifiesta un síntoma (por ejemplo lo que sucede al practicar una vagectomía o gastrectomía en un ulceroso). Otro tipo afín lo constituye la supresión de un síndrome ("seudoalternancia" como lo llama SCHULTE ya que no es una verdadera suplencia) consistente en la desaparición de uno de los síntomas al presentarse una enfermedad intercurrente (febril por ejemplo) o por una gran tensión emocional. Algunas veces es posible ver la aparición de una suplencia de síndrome provocada por la actuación sobre el sistema nervioso central de una agresión exógena (accidente vascular, traumatismo, intoxicación, determinadas terapéuticas de las empleadas en psiquiatría, etc. etc.). Finalmente la mayoría de las veces no aparece en un primer momento ninguno de estos factores citados: son los casos puros de suplencia de síndromes. Así pues, con la intención de aclarar la exposición se puede hacer, de acuerdo con nuestra experiencia, la siguiente clasificación:

a) supresión (pseudo-alternancia) de síndromes

b) desplazamiento de síndromes

c) suplencia exógena de síndromes (cerebral-neurógena según SPIEGELBERG)

d) suplencia de síndromes en sentido estricto (sucesión endógena de síndromes)

Antes de entrar de lleno en cada uno des estos tipos veamos en que sentido se puede realizar el viraje de un tras-

Ayuntamiento de Madrid

torno a otro. Según SPIEGELBERG hay cuatro posibilidades teóricas que aparecen también en la realidad:

1. sustitución entre dos síndromes psíquicos

2. sustitución entre dos síndromes somáticos

3. paso de un síndrome somático a uno psíquico

4. al reves, paso de un síndrome psíquico a uno somático

* * * * * *

La suplencia de síndromes en psiquiatría

La variación de los síntomas de las enfermedades psiquiátricas a lo largo de su evolución es un hecho tan habitual que a veces incluso deja de sorprender. Una esquizofrenia a lo largo de los años puede pasar por etapas de distinta actividad y de diversa sintomatología. Así, unas veces predomina en el cuadro las alucinaciones, en otras las ideas delirantes, etc. También cuando de pronto en un cuadro esquizofrénico en una etapa poco florida en síntomas surge un episodio catatónico agudo nos hallamos ante un típico viraje de la sintomatología. Muchas veces en una psicosis se presenta un primer brote y luego en el curso de los años se suceden pequeñas fases depresivas y maniacas sin que vuelvan a presentarse nuevos síntomas primarios y sin que nada nos haga en el cuadro sospechar tal diagnóstico primero (LOPEZ IBOR). En la epilepsía sucede lo mismo. Tras un periodo en el que predominan los trastornos de la personalidad se puede pasar a uno en el que las crisis se suceden más seguidas (SPIEGELBERG). También la morfología de las crisis va paralelamente a los hallazgos electroencefalográficos, desde los primeros meses de la vida, dependiendo del grado de madurez del sistema nervioso central. También a veces sucede que al intentar lograr la desaparición de los signos que se observan en un trazado electroencefalográfico desaparecen las crisis al mismo

Ayuntamiento de Madrid

tiempo que aparecen síntomas psíquicos y caracterológicos graves. Es el fenómeno de la "normalización forzada" (LANDOLT) al que TELLENBACH ha prestado mucha atención como caso típico de alternancia de síndromes.

En las psicosis maníacodepresivas las alternancias de fases en uno u otro sentido es la regla común. Cuando se amplía el círculo timopático como lo hace LOPEZ IBOR, esta alternancia es aun mayor; así se pueden observar neurosis obsesivas en las que se intercálan fases depresivas o mujeres que desde la adolescencia padecieron una "anorexia nerviosa" y que luego tienen varias fases endotímicas típicas en años posteriores (LOPEZ IBOR, BURGER-PRINZ,etc.).

También en un mismo enfermo puede variar el cuadro clínico en varias fases depresivas. Así en uno puede aparecer una sintomatología predominantemente delirante mientras que en otra el tema por así decirlo de la depresión es la inhibición psicomotora. También se puede observar como personas que en sus años jóvenes padecieron trastornos de la personalidad, a medida que ésta madura aparecen dibujadas claramente fases maníacas y fases depresivas.

Un capítulo importante es el de las variaciones de los contenidos delirantes en las psicosis endógenas. POPPE ha descrito un caso muy curioso de una mujer que sucesivamente presentó un delirio erótico, un delirio de celos y un delirio sensitivo de referencia. Para este autor en este caso como en otros semejantes hay una explicación dinámica de tal variación. BURGER-PRINZ es muy tajante en este sentido -y a nosotros nos parece que lleva razón- al decir que no solamente no es comprensible una depresión profunda sino que tampoco es comprensible el por qué se desarrolló este delirio o aquel otro. Todo ello es solo <u>casi</u> comprensible. También en este sentido de que no hay que confundir lo comprensible con lo <u>casi</u> comprensible, es posible referirse a la histeria en la que la psicodinamia de los síntomas no agota el problema. KRETSCHMER ha llamado la atención sobre lo que tienen de reflejo biológico humano, idea que ha sido desarrollada por LOPEZ IBOR, quien además ha puesto de relieve la

Ayuntamiento de Madrid

alteración endógena que le sirve de base, condición "sine qua non" de su aparición en la mayoría de los casos.

Es bien sabido como K. SCHNEIDER distingue en las psicosis la propia existencia de la enfermedad (dasein) del modo como se presenta ésta, es decir, de la sintomatología (sosein). Es la distinción entre la forma y el contenido.

* * * * * *

La supresión (pseudoalternancia) de síndromes:

La supresión de un síndrome es un fenómeno descrito por VAN LOGHEN a partir de una auto-observación. Este autor era profesor de Higiene Social y estaba en Paris para dar una conferencia importante en el Instituto Pasteur. Dos días antes le comenzó un hipo que se repetía cada 4 o 5 segundos. Había por aquel entonces una epidemia de este trastorno en Paris y en Viena también y se pensaba que era debido a una encefalitis benigna (era en 1920). El hipo era rebelde a todas las terapéuticas, pero dos horas y media antes de la conferencia cesó espontaneamente, para no reaparecer hasta que VAN LOGHEN estaba de vuelta en su hotel. Dos días más tarde ocurrió la misma supresión con ocasión de una cena y le volvió a reaparecer una vez que terminó ésta. El hipo le desapareció definitivamente al día siguiente. A propósito de este curioso episodio VAN LOGHEN cita otro mucho más trivial y corriente: La desaparición de los síntomas de catarro común durante determinadas circunstancias (conferencias, exámenes, banquetes, etc.) para reaparecer después. Es decir, que la tensión emocional puede suprimir algunos síndromes al influenciar la reacción del huesped frente a determinados agentes patógenos, en este caso el virus del resfriado. GROEN, BASTIAANS y VAN DER VALK citan como en marzo de 1940 cuando la invasión de los Paises Bajos por los alemanes, disminuyó notablemente el número de pacientes quirúrgicos, unos porque no le daban bastante importancia a los síntomas, pero en otros porque los síntomas cesaron bruscamente ante

Ayuntamiento de Madrid

la situación de tensión.

Un fenómeno parecido se observa en las depresiones endógenas y es muy frecuente cuando se presta atención a él. A veces una fase correctamente tratada no termina de remitir sino que se arrastra algún tiempo como si no le faltara nada más que remontar un pequeño escalón para alcanzar la normalidad. Pues bien, en este estado basta con que aumente en un momento determinado las exigencias (sociales, de trabajo, emocionales, etc.) sobre el enfermo para que la fase termine por desaparecer radicalmente. WEITBRECHT se ha referido a este fenómeno y nosotros lo hemos observado muchas veces. Hay que tener encuenta que no es que el enfermo consiga realizar una tarea a pesar de los síntomas, sino que el hecho de surgir la tarea hace que los síntomas desaparezcan totalmente.

Este hecho de la supresión de síntomas está muy en relación con el fenómeno opuesto de la formación del síntoma, en la que nos referiremos en el capítulo de medicina psicosomática.

Hay otro tipo de supresión de síndromes de origen esta vez no psicógeno sino <u>neogeno</u> que se debe a una especie de antagonismo entre diversas entidades nosológicas probablemente porque las reacciones defensivas inespecíficas que una pone en marcha favorecen a la otra. Este hecho tiene su aplicación terapéutica (impaludización, piretoterapia, etc.).

* * * * * *

<u>El desplazamiento de los síndromes</u>

Ocurre cuando se suprimen los canales a través de los cuales se presenta un síndrome. El nombre lo tomaron GROEN y col. del fenómeno que se observa en ecología y que ha sido descrito por KORTLAND, PORTIELJE y TINBERGEN, que consiste en la aparición de actos aparentemente irrelevantes en la conducta de un animal cuando se ve frustrado en la manifestación de un impulso determinado. En este sentido

Ayuntamiento de Madrid

una acción sustituye a otra lo mismo que un síndrome a otro sustituye.

Este hecho sucede con la introducción de algunas terapéuticas bastante radicales (gastrectomías, colectomías, curas con disulfiram, etc.). Gastrectomías: Las gastrectomías ponen de manifiesto muy claramente lo que suced cuando un trastorno psicosomático se intenta corregir radicalmente por una actuación en un extremo eferente. Si una efermedad psicosomática no es una enfermedad local quiere decir que suprimiendo el síntoma más llamativo de ésta persistirá el problema y una de dos o aparecerán nuevos síntomas como si se restableciese un equilibrio dinámico o se pondrán en primer plano otros trastornos pre-existentes. Ambas posibilidades ocurren en clínica.

SZASZ investigó lo que ocurre con los vagotomizados y vio como al desaparecer los síntomas de la úlcera aparecían otros. Incluso a veces reaparece la misma sintomatología anterior sin que radiograficamente fuera posible manifestar de nuevo la úlcera. A este síndrome le dio el nombre "dolor ulceroso fantasma."

En los enfermos de REES se observa lo mismo, 12 vagotomizados entre 40, en los cuales la intervención hizo desaparecer los síntomas gástricos aparecen dificultades en la adapatación y cambios en sus reacciones afectivas. En 10 de ellos REES atribuye el cambio al efecto inmediato de la vagectomía, en los restantes a la influencia del medio. En los 40 enfermos del grupo de control (herniotomas y apendicectomías) solo en 3 presentó una potenciación de síntomas somáticos previos que era atribuida a los efectos psicológicos de la intervención o a las influencias del medio (actitud de los familiares, etc.) y no a la intervención en sí.

BROWNING y HOUSEWORTH comparan los resultados en un grupo de ulcerosos duodenales tratados mediante gastrectomía y otros tratados medicamente. En el grupo tratado quirugicamente disminuyen el número de enfermos con sintomatología ulcerosa, pero aumentan el número de enfermos psicosomáticos y psiconeuróticos después de la intervención. BROWNING y

Ayuntamiento de Madrid

HOUSEWORTH hacen además una valoración relativa de los síntomas y observan como los síntomas antes y después de cualquiera de los dos tipos de tratamiento es igual, queriendo decir que el tratamiento médico o la gastrectomía lo único que han hecho ha sido alterar un equilibrio entre los diversos síntomas de un síndrome. Así aunque la gastrectomía sea una medida necesaria (y muchas veces puede salvar una vida) es sustituida por otro síntoma ya que no es una solución de los conflictos psicopatológicos básicos, dicen los autores citados.

BADAL, DISCROL y MAULTSBY hicieron un estudio similar al de los citados autores pero prestando más atención a los síntomas psiconeuróticos (fobia, histeria, depresión y obsesión) y observaron como en tres de los pacientes tratados quirurgicamente aparecieron síntomas neuróticos (palpitaciones, impotencia, amaurosis histérica) y en cuatro que antes de la operación tenían síntomas neuróticos aparecieron algunos nuevos (acatisia, obesidad, etc.). Lo mismo sucedió en los tratados medicamente. Aparecieron ansiedad, insomnio, depresión, impotencia, crisis de ansiedad, en enfermos antes sin síntomas neuróticos y en los que ya tenían aparecían síntomas nuevos (hipertensión, cefaleas, vértigos, "neurotic invalidism"). En un caso mejoraron los síntomas neuróticos previos.

En cuanto a otros trastornos psicosomáticos, en un estudio de BADAL, DRISCOL y MAULTSBY también aparecieron después de la gastrectomía síndromes nuevos (hipertensión diastólica, hipertensión esencial, cefaleas y urticaria) y mejoraron otros (estreñimiento y asma). En el grupo de los tratados medicamente sucedió lo mismo: aparecieron hipertensión arterial, "reumatismo", irregularidad menstrual, hipertensión y dolor precordial, prurito, dolor muscular y articular. También observaron cambios en la conducta y en el humor.

GOTTSCHALK encontró unos hechos similares en enfermos quirurgicos en general: de los ingresos en un departamento quirúrgico a los seis meses se observó que el 35% de los operados cuya evolución se había podido seguir y el 40% de los no intervenidos había sufrido un "shift syndrom" en su modo de adaptación psiquiátrico. Es decir, la sintomatología

Ayuntamiento de Madrid

había cambiado hacia la aparición de síntomas neuróticos, somáticos o alteraciones de la conducta. No encontraron relación entre el cambio y el tipo o el riesgo de la operación. La conclusión es que la supresión del síntoma crónico junto con el significado que el enfermo da a la cirugía era la causa de esta transformación. KAPLAN en este mismo sentido encontró que en un grupo de 18 enfermos en que se practicó una comisurotomía mitral a los 16 meses doce de ellos o sea el 66% habían presentado otra serie de trastornos y molestias unas neuróticas, otras psicóticas y otras de conducta. También cita GOTTSCHALK el hecho de que en los niños una tonsilectomía provoca a veces fuertes emociones que pueden tener consecuencias de larga duración para la personalidad del enfermo. Para este autor esto demuestra que hay un común denominador en diferentes tipos de conducta patológica y que sugiere una teoría unidimensional de la enfermedad, especialmente de la enfermedad en las que entran en juego las relaciones interpersonales (punto de vista que no compartimos).

SHANAHAN en una catamnesis realizada en un grupo de 25 enfermos a los 5 años de una vagotomía encontró 8 casos o sea el 32% habían padecido después una serie de trastornos importantes: colitis mucosa (al mismo tiempo que continuaba con una toxicomanía que ya existía antes de la operación), asma e hipocondría, reaparición de la función vagal, "debilidad y trastorno cardiaco" glucosuría postprandial y sentimientos de insatisfacción en la vida, hipocondría, incapacidad para el trabajo y reaparición de las molestias abdominales en cuanto comenzó a trabajar. Seis de ellos padecían previamente de trastornos psicosomáticos que nose modificaron mediante la operación (neurodermatitis, molestias intestinales funcionales, asma, artritis y colitis). SHANAHAN encontró que la estructura psicológica de los dos grupos de enfermos, aquellos en los que la cirugía había sido un éxito (64%) y aquellos en los que había fracasado -el enfermo se encontraba peor después de la operación que antes- era bien diferente y que un estudio psicológico previo ayudaría a sentar bien las indicaciones para la operación;

Ayuntamiento de Madrid

Más adelante nos referiremos a estos puntos.

Estas consecuencias de las vagectomías y gastectomías no tienen que ver con las psicosis post-operatorias de KLEIST, ya que son psicosis endógenas. En los 29 casos de LANGE de psicosis post-operatorias y de psicosis que aparecen después de una intervención solamente dos podrían corresponder a una suplencia de síndrome en el sentido que le damos aquí, las demás son psicosis tóxicas, infecciosas o endocrinas o consecuencias de la intervención quirúrgica y de sus complicaciones (3 psicosis post-operatorias en sentido estricto).

Después de una gastectomía se pueden presentar cefaleas como el enfermo

> nº 15.184- Enfermo de 57 años, casado, que fue intervenido hace quince años por úlcera duodenal y desde entonces tiene fuertes dolores de cabeza que atribuyen a la anestesia. Le duraron tres meses y cedían con analgésicos. Deppués presenta dolor de cabeza una o dos veces por mes, de cierta intensidad y cedían con Benadon. Así ha continuado hasta hace cuatro años en que el dolor se le ha hecho casi continuo, violento y generalizado pero más fuerte en la región frontal. Otras veces empieza en el ojo y se irradia en el hemicráneo. Tratado de muy diversas maneras, pero peor desde hace dos años. Le dura por lo menos cuatro a cinco horas, a veces todo el día y ha de guardar cama porque no cede con nada. Después le queda como un atontamiento y como si su cabeza trabajara en exceso. Le han hecho un sinnúmero de exploraciones todas negativas. Hace 10 días que ha dejado de fumar y parece que le ha disminuido el dolor. Continua con "peso" en la cabeza, le molestan los ruidos y la gente. Se pasa varias horas metido en cama y después se despierta con nauseas.
>
> La abuela materna cefaleas y el padre murió de [illegible] infección gástrica, era hombre serio e introvertido. La madre murió de cardiopatía y tenía cefaleas. Han sido seis hermanos, uno murió en la guerra y otro de cáncer intestinal. Todos los que viven están operados de estómago. El enfermo ha sido siempre serio, introvertido y digno. Nacimiento e infancia normal. Casó a los 27 años y tiene dos hijos sanos. No problemas familiares. Trabaja llevando ganado al matadero que no es un trabajo fuerte pero hay que madrugar mucho, dice. Exploración negativa. EEG completamiente normal.

Las cefaleas fueron erroneamente atribuidas a la anestesia. Las cefaleas eran tipicamente depresivas. Lo

Ayuntamiento de Madrid

mismo sucedió en la enferma siguiente tras una vagectomía. En este caso el síndrome no era tipicamente ulceroso, el dolor epigástrico no tenía las características ni el ritmo propio del ulceroso, sin embargo desapareció tras la intervención siendo sustituido por las cefaleas. La supiencia ocurre un tiempo después de la intervención, por lo cual se puede dudar de la influencia de ésta en la génesis del síndrome.

Ha.nº 16.131- Enferma de 32 años, casada, Toledo. Su enfermedad actual comenzó en el año 1962. Por entonces se fue a vivir a casa de sus suegros donde estuvo tres o cuatro meses y le fue muy mal. "Teníamos incompatibilidad de caracteres. Mis suegros me alteraban los nervios." Ella ya no se sentía dueña de su hogar. Por eso dice que se encontraba nerviosa, irritable, descontenta y hasta reñía con su marido, cosa que anteriormente no había ocurrido. Un día, iba paseando por la calle distante de su casa con su hijo de dos años, y de pronto sintió un pequeño mareo, como si fuera a desvanecerse y se puso muy nerviosa al no encontrar un taxi ni a nadie conocido. Pronto se le pasó. Meses más tarde, estando veraneando en Santander, tuvo otro mareo. Sentía como si el suelo le fuera inestable y se moviera no al compás suyo. Un día, iba por un camino a comprar pollos a una granja y tuvo que volverse. Le entró miedo a un posible desvanecimiento en un sitio tan solitario donde nadie pudiera atenderla. A partir de entonces ya no podía evitar el miedo cuando tenía que ir sola a algún lugar apartado. En el mes de Agosto quedó embarazada y tuvo entonces unos mareos que achacaron a su estado, pero cada vez era peor el miedo a tener un mareo estando sola. Al volver a Madrid, los mareos se hicieron muy raros. Se sentía muy mal, nerviosa, angustiada con sudores fríos y palpitaciones. Sobrevino un desequilibrio nervioso total. Empezó a no poder aguantar el estar en un sitio cerrado, bullicioso, en el cine, en el teatro. "Sobre todo, al salir me descompenía." Dice la enferma que ha influido mucho en sus molestias la actitud de su marido al principio. "En mi fondo interno le echo la culpa de mi enfermedad a mi marido." Se sentía muy sola, no podía sentirse protegida de ninguna personal ni tenía a nadie en quien confiar. Si ella se sentía mal en un cine o en la calle, su marido no la comprendía, por el contrario, la reprendía y daba un espectáculo. Se quedaba, por lo tanto, casi todo el tiempo en casa, pero temía la llegada del sábado en que estaba obligada a ir al cine con su marido ante la actitud de él. La enferma reaccionaba con mayor angustia, crisis de llanto, palpitaciones, taquicardia, opresión en el pecho, angustia, etc. "Como él no se divertía conmigo comenzó a salir con otra chica." Esto no lo supo entonces, pero algo sospechaba porque su marido la atendía cada vez menos. En la época de ésta, un segundo embarazo que fue el peor para ella. Desde entonces ha

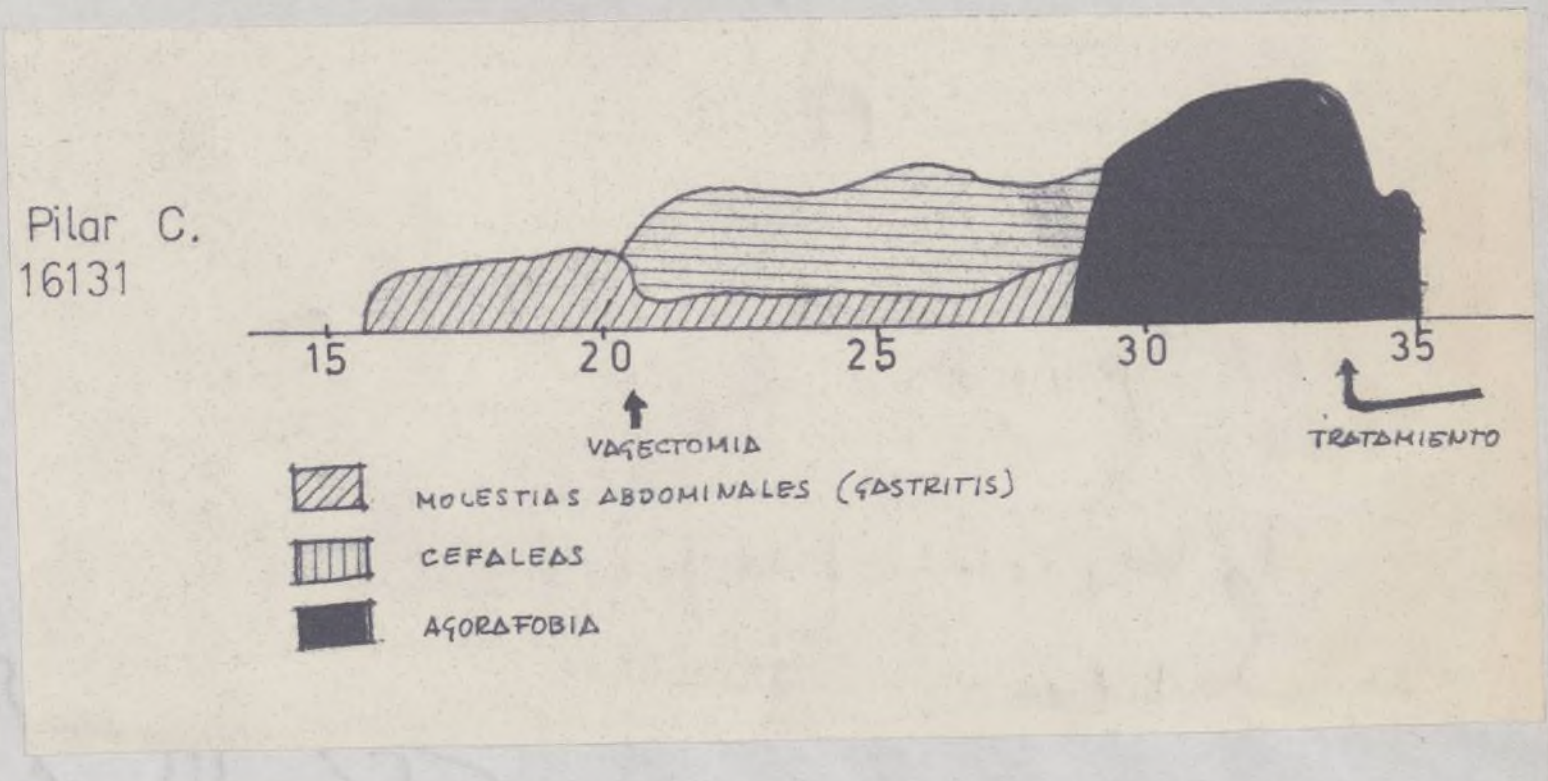
Ayuntamiento de Madrid

mejorado algo, sobre todo desde hace dos años en que su marido ha rectificado su actitud y se encuentra cariñoso, comprensivo y complaciente con ella. Ya es capaz de ir aun cine o a un teatro, pero tiene que estar cerca del pasillo y con el coche lo más próximo posible del local. Dice que cuando se siente sola, o sin cobijos se trastorna totalmente, le duele la cabeza, se le nubla la vista, le palpita el corazón y se le sube a la garganta y no tiene voluntad de vivir. Si siente la protección de su marido y más aun la de su tia carnal que vive frente a ella y en su casa. Si va en coche sola conduciendo se siente segura, pero si va por sitios y calles conocidas. No puede soportar los sitios desconocidos o entredesconocidos. Tampoco puede andar o pasear por la calle, se siente más segura en el coche, tampoco está bien si va con sus hijos. "Le puede ocurrir algo a ella, y qué pensarán ellos." Con lo que solo hace pequeños trayectos habituales en el coche, tales como llevarles al colegio. Puede soportar algo los viajes con el marido e incluso le gustan, pero tiene horror a quedarse sola en el hotel si el marido tiene que dedicarse a sus ocupaciones de negocios. Dice que ahora hace una vida social relativamente normal, pero a costa de mucho esfuerzo y grandes sacrificios. Muchas veces ella consigue superar sus crisis y sus mareos, pero después queda destrozada. Desde hace 4 años no sube porque no puede en el autobus. En sus crisis de angustia muchas veces ha sentido el miedo a volverse loca, y otras teme dejarse llevar por un impulso de tirarse por la ventana o hacer una barbaridad. Dice que su enfermedad influye en los disgustos y las pequeñas preocupaciones. Tiene días mejores, incluso buenos y otros peores, en que no duerme apenas de noche. Se levanta nerviosa, irritable, algo triste. "El estómago se me hincha y hago mal las digestiones." Las manos se le ponen frías y sudorosas y tiene fuertes dolores de cabeza. Los dolores de cabeza son muy frecuentes, localizados en la nuca, en donde nota gran tirantez, momentos de desesperación y de llanto. La enferma tiene mucho miedo a no curarse, pero tiene aun algo de confianza y haría todo lo que fuera necesario por lograrlo. "Quiero ser la de antes. Verme libre de mis limitaciones poderme subir aun autobús, salir a la calle, etc." Ha consultado con numerosos médicos, cardiólogos, ginecólogos, oculistas, internistas, etc. Le han dicho que se trata de una neurosis y le han mandado sedantes. A su marido no le gusta la idea de consultar un psiquiatra. Su padre murión en la guerra española cuando la enferma tenía tres años de edad. Apenas lo conoció, aunque siempre ha tenido un recuerdo idealizado de él. Era hija única. La madre se casó de nuevo en 1943. A ella que se había criado con una abuela paterna no le gustó esto. "Siempre he tenido rencor a mi padrastro". Aunque reconocía que era una tontería. Su madre siempre ha sido muy seca con ella y distante con otra mentalidad. El padrastro nunca se ha metido en su vida, así que desde pequeña aprendió a vivir sola y bastante independiente. En el colegio era la primera de la clase y esto le creaba enemistades, pero también tenía siempre un grupo de amigas. Siempre ha sido una chica inteligen-

Ayuntamiento de Madrid

te, activa, agradable y alegre. Después de terminar el bachiller siguió el estudio de farmacia, pero a partir del segundo curso fue de mal en peor y no llegó a terminar la carrera. A los 16 años se cayó distraidamente en una piscina sin saber nadar. Se arrojaron varias personas al agua para salvarla, una chica se ahogó. Aquello se impresionó desagradablemente. Además recibió un anónimo de alguien pidiéndole dinero en relación con aquel accidente. El marido le dá mucha importancia a esto, pero la enferma dice que aquello es algo totalmente superado. A los 16 años conoció a su actual marido y se casó a los 26. Su marido se dedica a los negocios y siempre ha tenido poco tiempo libre. Ahora se llevan bien y dicen que están muy compenetrados. Tienen dos hijos de 6 y 3 años. Ella no quiere tener más hijos si sigue enferma. Le horroriza un nuevo embarazo en su estado actual. Desde pequeña no recuerda cuando ha tenido dolores de cabeza. A veces de gran intensidad, pero distintos a los actuales, en la región frontal. Atribuye esto a molestias en la refranección ocular, según le ha dicho varias veces el oculista. A los 16 años comenzó a padecer de molestias en el estómago, dolores, ardores, pesadez, fuertes dolores de espalda. Estas molestias se fueron acentuando, sobre todo en época de exámenes de la Universidad en que se ponía nerviosísima y descompuesta. En una ocasión le hicieron una intervención quirúrgica tras ser diagnosticada de úlcera de estómago, pero no le encontraron nada. No obstante le hicieron una vagotomía y apendicectomía. Después de esta operación le desaparecieron los dolores de estómago y dos meses después aparecieron los dolores de cabeza.

Catamnesis: dos años. Se puso bien con el tratamiento, volvió a tener una nucalgia año y medio más tarde de la que se repuso rapidamente.



Ayuntamiento de Madrid

En el enfermo siguiente el cuadro depresivo es más típico, acompañado de una serie de síntomas equivalentes. Todo el cuadro remitió con el tratamiento antidepresivo (Imipramina).

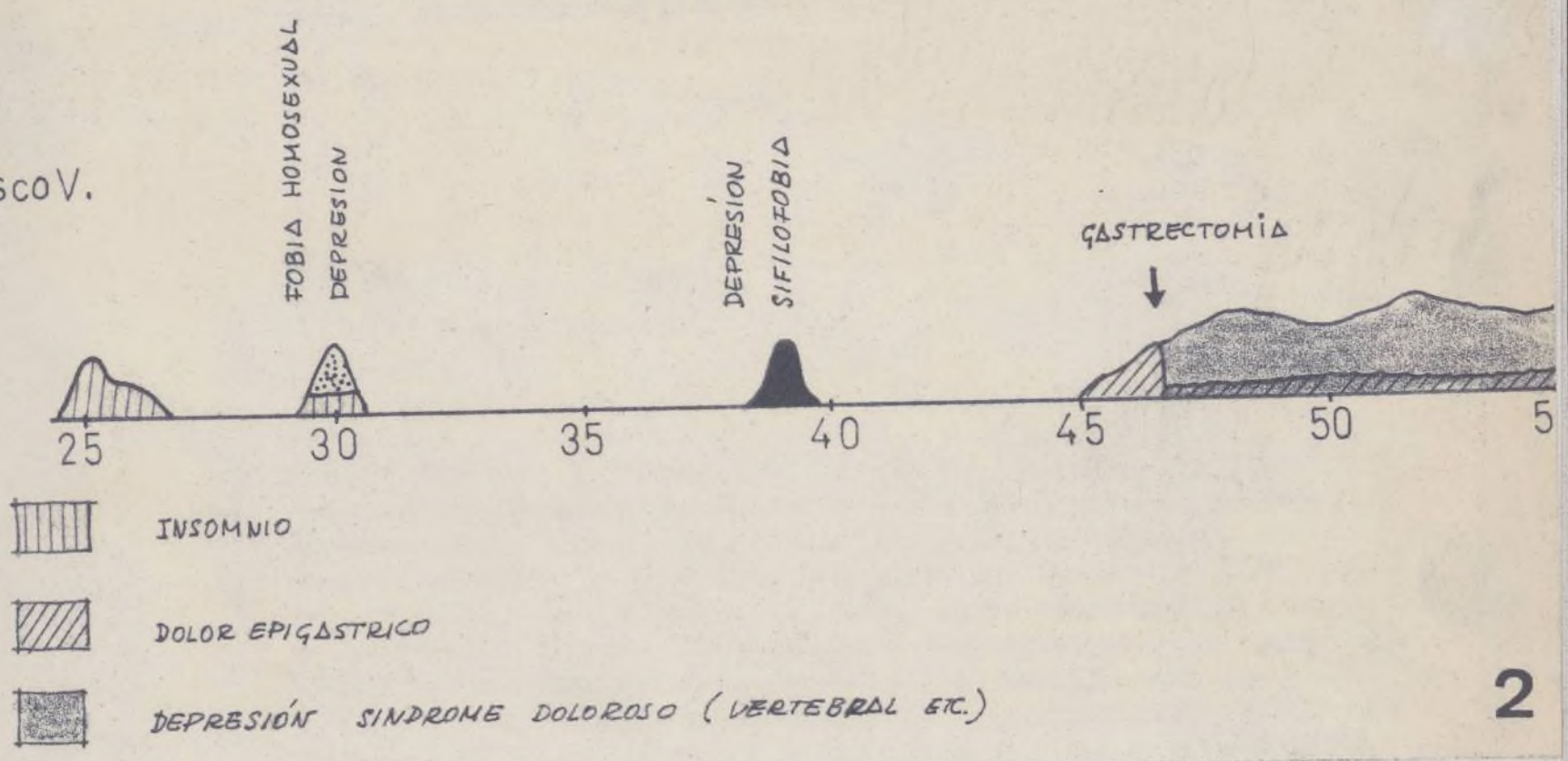
Ha.nº 16.132- Enfermo de 55 años, casado, inspector, Albacete. Desde hace treinta años viene padeciendo diversos trastornos nerviosos. En 1935 ingresó en el cuerpo de carabineros y hacía servicio por la noche, pero por el día no podía dormir tampoco. Este cambio de ritmo no logró habituarse por lo que pasó unos meses de nerviosismo y excitación, agotamiento e insomnio. Con la guerra desaparecieron estas molestias y su vida se normalizó. En el año 1941 tuvo una psiconeurosis según le diagnosticó un psiquiatra. Recuerda que temía que lo tomaran por homosexual y no podía ir al cine porque si se sentaba alguien a su lado se ponía muy nervioso y creía que lo iba a tocar. La gente le miraba, le observaba, sobre todo en los urinarios. Estaba irritable, decaido y con insomnio. Con un tratamiento curó en unos meses. En 1950 le entró el temor a tener una sífilis. Creía que esto era porque en el año 1935 tuvo una infección venerea en el pene después de estar con una prostituta. Pensaba que aun estaba infectado y le preocupaba poder contagiar a su familia. Bebía en un vaso y comía en un plato aparte. En este tiempo estaba completamente nervioso, sentía un fuerte cosquilleo en la planta de los pies, decaimiento, debilidad, tristeza e insomnio. En el año 1953 se sentía incapaz para realizar su trabajo, todo se le venía encima, todo le parecía difícil, de un grano de arena hace una montaña, pesimista, tristeza y nerviosismo. En unos meses superó todo por si mismo. En 1958 le diagnosticaron de úlcera de duodeno y le hicieron una gastrectomía, con reconstrucción tipo Polya. Después de la operación quedó muy debil, decaido, flojo, triste y con ganas de llorar, con ideas de suicidio. "Si no lo hice fue por la familia." Muy irritable, nervioso y angustiado. El resultado de la intervención se ha complicado porque la cicatrización no fue bien y se le produjo una hernia que progresivamente ha ido aumentando de tamaño. Esto le producía molestias de estómago, una vaga sensación de ardor, nauseas y vómitos. Empezó a sentir dolores de espalda, como si tuviera un clavo y en los hombros. Por este motivo consultó en el año 1962 con un internista que le recomendó una nueva operación, sospechando una úlcera del asa aferente, que no se pudo comprobar en las radiografías. Desde entonces ha venido con estas molestias, unos días mejor, otros peor, con opresión en el pecho, ansiedad e irritabilidad general. Ha engordado mucho desde el mes de Marzo pasado. Los dolores en la escápula se le han intensificado y se acompaña de dolor en los ojos y brazos y siente un picor que le obliga a rascarse en el pecho y en la espalda. Esto es lo que más le preocupa. También tiene la sensación de que va a perder el equilibrio. Le molesta el estómago, tiene mucha flatulencia y una opresión en el

Ayuntamiento de Madrid

pecho que le sube hacia arriba, dolores de cabeza, está triste abatido, con ganas de llorar, ideas de suicidio, gran inquietud, irritabilidad, malhumorado y cualquier cosa le disgusta y le molesta. Por esto discute mucho con su mujer y sus hijos. A veces está insoportable. Duerme mal, inapetencia, momentos de desesperación, pasa las noches muy intranquilo, se levanta muchas veces. Una noche se levantó hasta 17 veces con gana de orinar. Si va a un orinario público le es imposible orinar allí. Esto le ha preocupado hasta que consultó con un urólogo que le dijo que no tenía nada de importancia. Apatía, desgana de vivir, pesimismo, "todo lo veo negro." En el coito tenía siempre eyaculación precoz desde que se casó.

Su madre también era muy nerviosa. Le gustaba mucho tomar medicinas. Es casado hace 18 años y tiene dos hijos, uno de 17 y otro de 12 años.

Francisco V.
6132



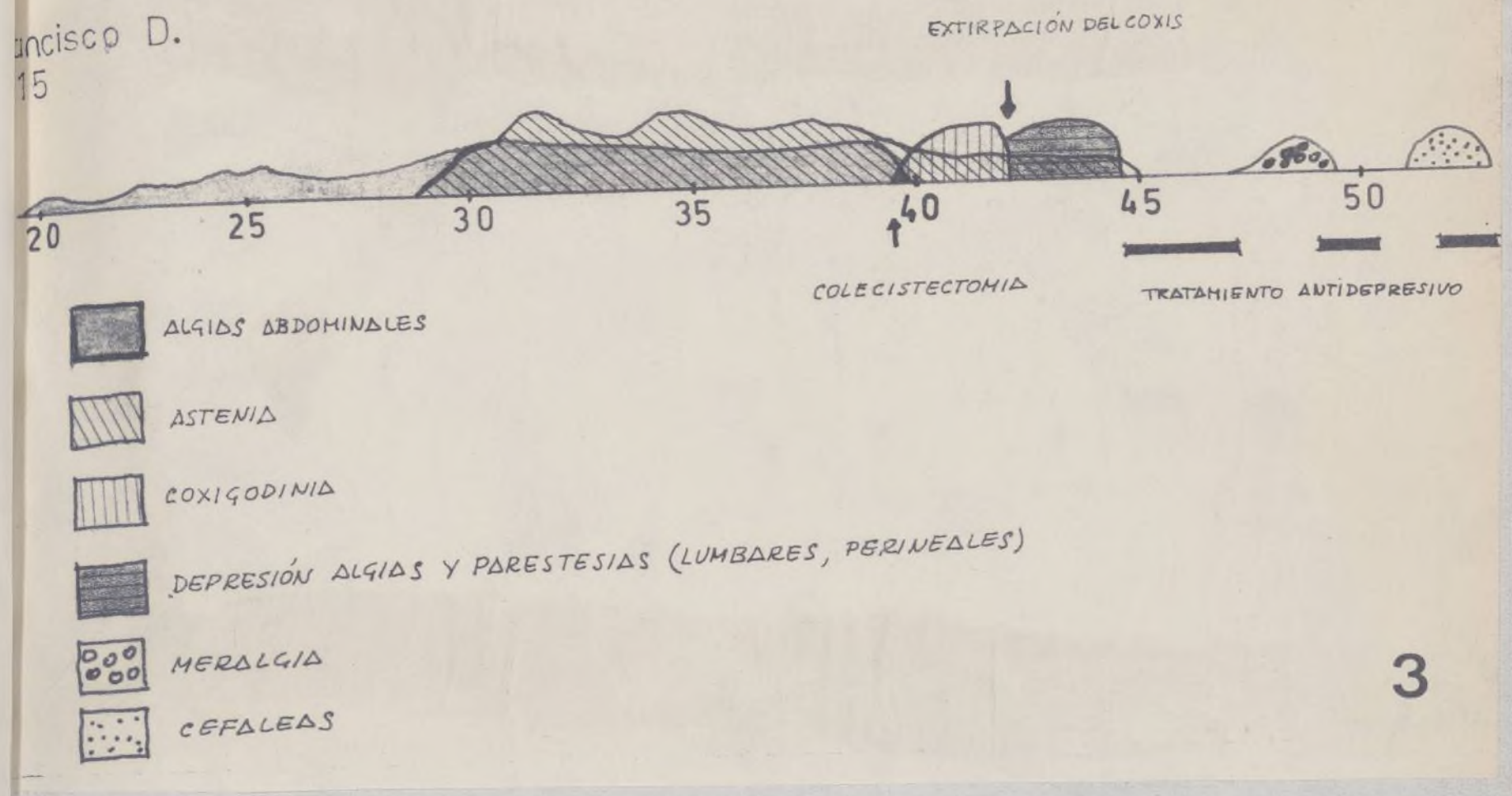
2

También en este tipo de intervenciones quirúrgicas puede suceder lo mismo cuando no se tiene en cuenta que el síntoma no depende de una alteración local sino que es uno más de una alteración endógena. La laminectomía en la enferma siguiente fue un fracaso. Igualmente la extirpación del coxis en el enfermo nº 8.115. No produjo es resultado esperado, el dolor perdió su caracter agudo y localizado pero

Ayuntamiento de Madrid

apareció en su lugar una sensación parestésica más difusa.

uncisco D.
15



3

Ha.nº 6.286- Enferma de 43 años, casada, Alemania. No hay antecedentes familiares. Ha tenido dos hijos que están bien. Reumatismo por articular agudo a los 18 años. Nefritis a los 25. En 1948 al huir de los rusos se cayó de una altura de 4 m. Tuvo conmoción cerebral y una bursitis en la rodilla derecha que fue operada tres días después del accidente. Medio año después empezó con dolores en la espalda. Si bien antes notaba molestias al llevar algo de peso y fue tratada como si fuera una pleuritis. A pesar de ello, los dolores han ido aumentando. Ella siguió trabajando como costurera y así fue pasando hasta el año 1950. En propio tiempo tuvo una colecistitis. En Noviembre de 1950 le operaron de una laminectomía de la cuarta y quinta vértebra dorsal. Después de la operación dolores han ido empeorando. Nunca tuvo impedimento en los movimientos. Los dolores se le irradian en forma de cinturón por todo el torax y desde hace un año se le extiende por el brazo derecho hasta el pulpejo de los dedos. Nota al hacer un movimiento como si la cicatriz se le abriera y va aumentando, le suele durar varias horas. Si reposa el dolor cede pero tarda dos horas en desaparecer. No puede estar echada boca arriba. En alguna ocasión nota como si perdiera fuerza en la mano derecha y si no se fija se le caen las cosas de las manos. La enferma es zurda. Ultimamente le

Ayuntamiento de Madrid

han dicho que esos dolores deben ser de tipo nervioso y han fracasado con todos los tratamientos anteriores. A pesar de estar aquí descansando hace seis semanas sin hacer nada, los dolores siguen igual. Suele tener crisis nerviosas con llore y unas veces le cio el dolor y otras veces sin dolor. La exploración neurológica es negativa. Presenta las huellas de la laminectomía. La exploración actual demuestra la inutilidad de tal intervención. Sus dolores son vagos como algias timopáticas. Está deprimida con crisis de ansiedad. En todo en ella hace la impresión de insuténtico, gran inclinación a la timofilia. Ha escrito una carta diciendo que hay secretos que no debe revelar. Ha pasado el verano muy bien. Hacía toda clase de ejercicio, se bañaba, nadaba y no se quejaba de dolor. Fue mejorando y se ha mantenido bien muchos años.

Algunos tratamientos medicamentosos son capaces de provocar también la aparición de un nuevo síndrome. El Disulfiram (Antabus) es uno de ellos. Hay un hecho curioso que es el siguiente: si en alcoholicos inveterados se comienza un tratamiento de supresión total del alcohol con Disulfiram a veces se presentan episodios psicóticos. Muchas veces se atribuye a una acción tóxica del medicamento, pero ya Macklin y col. en 1959 se dieron cuenta que no era intoxicación sino que la psicosis aparecía al desaparecer la "muleta" que era el alcohol. Las alteraciones presentadas en los 10 enfermos fueron las siguientes: cinco depresivos, dos de los cuales intento de suicidio, (uno consumado y otro fallido) una esquizofrenia paranoide, una esquizofrenia catatónica, una paranoia y una manía. El décimo caso se pasa por alto ya que se refiere a un síndrome de Korsakoff. Del análisis de las historias clínicas a que se refieren se puede deducir que el caso de esquizofrenia paranoide corresponde a lo que nosotros diagnosticaríamos como una grave crisis de ansiedad (pánico a la homosexualidad) y el de la paranoia es desde nuestro punto de vista una típica depresión endógena con ideas de referencia.

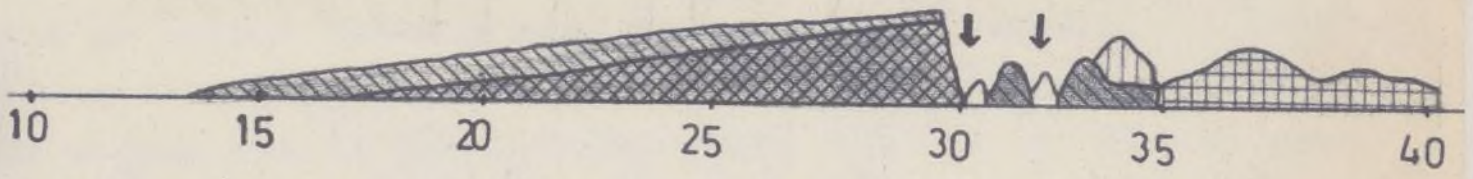
En la bibliografía referida por MACKLIN aparecen recogidos 47 casos donde las reacciones psicóticas son fundamentalmente episodios delirantes (psicosis esquizofreniformes) fases maniacas y suicidios. También en los enfermos que al dejar de beber bruscamente aparecen episodios parecidos. SHAW publica un caso en el cual una reacción paranoide remitida a pesar de continuar con la misma dosis de Disulfiram

Ayuntamiento de Madrid

y en otros casos solo el episodio psicótico continuó a pesar de seguir un tratamiento con el mismo preparado aunque es una dosis menos (LEGIEUX y USDIN).

No cabe duda que estos fenómenos entran dentro de una variación de síndromes. Las relaciones del alcoholismo con la patología de la vitalidad son estrechas y cada vez se reconocen más. Según nuestra experiencia en la mayoría de los alcoholicos es posible reconocer una evolución de fases depresivo-angustiosas típicas. También aparecen en muchas ocasiones fases maniacas hecho que ha sido reconocido por LEONHARDT. No hay que olvidar que después de las depresiones son los alcoholicos los enfermos psiquiátricos que en proporción más suicidios cometen. Así pues la supresión del alcohol que es una droga con marcados efectos ansiolíticos y timolépticos sale a la superficie un síntoma que se encontraba enmascarado por la toxicomanía, del mismo modo que al suprimir los mecanismos periféricos por los que se manifiesta un trastorno endógeno emerge en otro sentido. Un ejemplo puede ser el enfermo siguiente.

. Antonio. B.
5778



= DEPRESION, ASTENIA, ANANCASMOS

= ALCOHOLISMO

= COLITIS MUCOSA

= DEPRESIÓN

↓ FASES HIPERTIMICAS

4

Ayuntamiento de Madrid

Un tratamiento con ACTH o corticoides puede provocar la desaparición de un síndrome (efecto terapeútico deseado) y su sustitución por otro. Hace años cuando se introdujeron estos medios opoterápicos se prestó interés a sus efectos psíquicos y también se inició su empleo en psiquiatría aunque ahora haya decaído mucho, sin embargo tanto el ACTH como los corticoides tienen un efecto psicotropo discreto, generalmente en el sentido de una ligera euforia y sensación de bienestar que no puede atribuirse exclusivamente a la mejoría sintomática de la enfermedad orgánica que se está tratando (M. BLEULER).

HENCH fue el primero en describir este efecto y después de él otros muchos (ROME y BRACELAND, REES, etc.). Otras veces, en un número pequeño de casos, pueden aparecer cuadros psicóticos más graves, que desaparecen al suspender la administración hormonal (TAYLOR y MORRIS, CLARK, BAUER y COBL., etc.). No hay una relación entre estos cuadros y la dosis del tratamiento (CLARK y co.) ni tampoco con el estado mental antes del tratamiento (GOOLKER y SCHEIN). Entre estos cuadros psicóticos muchos son de tipo exógeno, en los que influyen probablemente alteraciones metabólicas o electrolíticas (depleccción de K, etc.) ya que eran más frecuentes hace años cuando se comenzó este tipo de tratamientos que ahora y tampoco aparecen en las series de enfermos que han sido tratados con buenos controles metabólicos, por ejemplo como en los de L. REES. Sin embargo, otros enfermos tienen cuadros típicamente endógenos, donde la sintomatología afectiva está en primer plano y casi siempre en un sentido de exaltación maniaca (70% de los enfermos de GOOLKER y SCHEIN). Lo que es curioso es que a veces estos cuadros cuando son poco alarmantes remiten al suspender la administración hormonal, pero otros una vez desencadenados siguen un curso típico de una fase depresiva o maniaca (GLASER) y a veces en la evolución posterior aparecen otras nuevas fases. También se puede observar que en enfermos que han tenido una psicosis de este tipo, dejando pasar el tiempo puede reanudarse el tratamiento sin que se presente de nuevo la depresión o la manía (GEPPART) es decir, da la impresión como si estos tratamientos tuvieran en efecto de provocación o desencadenamiento y no son la causa de estas psicosis. Del mismo modo

Ayuntamiento de Madrid

pensamos que actuan cuando provocan una suplencia de síndromes en el sentido que le damos nosotros (algunas de estas fases maniacas o depresivas descritas en la bibliografía citada son en realidad verdaderas suplencias de síndromes). POHL y HAITS han publicado un trabajo sobre estas "depresiones por corticoides" donde llegan a la conclusión de que son diferentes de los cuadros endógenos habituales. Este es el terreno difícil relacionado con las "depresiones en enfermedades orgánicas" en el que lo importante es distinguir los casos en los que coincide una fase endógena con una enfermedad orgánica de las otras (LOPEZ IBOR y LOPEZ-IBOR ALIÑO).

Sirve como ejemplo la historia siguiente:

Ha.nº 9.930- Enfermo de 36 años. Valencia. Su hermana ha sido tratada en esta consulta (17.666). Siempre ha padecido de urticarias alérgicas desde los 12 años aproximadamente, que aparecían caprichosamente, y que no desaparecían con anti-histamínicos ni con las pruebas de desensibilización. En este estado se encuentra cuando el médico le inyectó ACTH durante 6 u 8 meses que acababa de aparecer con lo que no ha vuelto a tener ninguna urticaria. Desde entonces que fue hace más de dos años, viene padeciendo unas cefalalgias en crisis muy fuertes localizadas principalmente en la región occipital que se desencadenan bruscamente con motivo, por ejemplo, de un estornudo, de un movimiento brusco de la cabeza o algo más lento, pero de todas formas, alcanzando la máxima intensidad de unos instantes. No tienen estas crisis regularidad en su presentación y pueden aparecer varias en un mismo día o, pasar hasta 15 días sin que aparezcan. Consigue que estas crisis le pasen si se acuesta sin almohada. Toma analgésicos a dosis fuertes, por ejemplo, ocho Optalidones de una vez con 5 Cafiaspirinas y 4 Cafergots. También se ha puesto Cibalgina pero nada de esto aparte del efecto analgésico inmediato ha conseguido aliviarle. Piensa que todo esto debe de estar agravado por una situación familiar y económica grave. Trabaja en un negocio privado con su padre no de gran envergadura en el cual la madre (que según cuenta tienen una conducta de siempre muy aniñada) interviene sacando dinero o mercancías que vendía para su beneficio personal. Debido a estas anormalidades en el trato familiar tuvo que separarse e irse a Africa, de donde es su mujer y donde comenzó a trabajar. Hubo de volver a los 8 o 9 meses porque su padre tuvo una crisis depresiva que fue tratada con electros y para poder encontrarle solución a los desmanes que en negocio cometía su madre, ya que su padre no era capaz de enfrentarse con ella. Decidieron que el padre vendiera el negocio a él, pasándole éste una pensión mensual. Se hizo todo el trámite legalmente y parecía marchar bien, pero poco después su madre debió ganar otra vez la voluntad del padre y desde entonces, dice

Ayuntamiento de Madrid

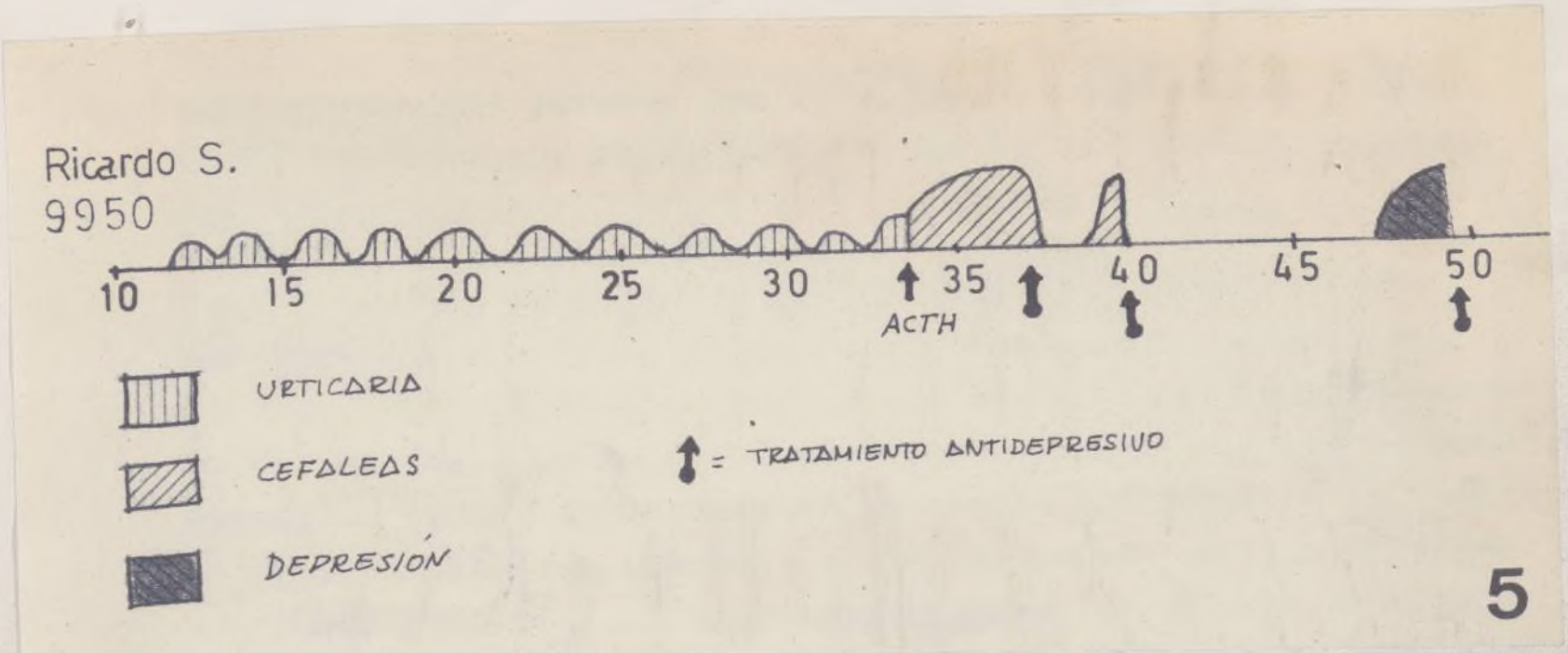
que le tratan de perjudicar constantemente con denuncias a la Hacienda y cosas por el estilo, haciéndole la vida tan imposible que ha llegado hasta a pensar en darle muerte a sus padres por liberarse de este martirio constante.

Desde el punto de vista orgánico, ha sido repetidamente explorado sin encontrar nada que justifique sus cefaleas. Habla con rapidez, se pone bien en contacto. El dolor de cabeza lo tiene más bien en la región cervical. Bien analizado no es un típico dolor de cabeza, es una sensación de tensión. Trae una radiografía de cráneo normal con una cervical normal, senos normal. Análisis clínico sin hallazgo. Es interesante anotar que si tiene el dolor y se echa entonces le pasa. La madre debió de ser una persona francamente anormal. Le castigaba extraordinariamente, por ejemplo, cuando quería que se callase, le aplicaba la plancha caliente hasta que le quemaba los labios, le ataba a la silla y le hacía todo género de crueldades comprobadas. El mismo padre, en las épocas en que ha pedido liberarse de la influencia de ella, ha contado todo esto. Es curioso también notar la desaparición de la urticaria. Esta era una urticaria facticia y gigante. Se le hinchaba la cara como un edema de Quinke. Al pasar la crisis de urticaria quedaban pliegues en la piel. Las crisis aparecieron 2 o 3 meses después.

Catamnesis: hizo un tratamiento con iproniacida, se puso muy bien y volvió 12 años más tarde (1-III-68). Murió su padre en el año 1966. El padre no quería ver a la madre por las tremendas anormalidades de ella. Por la presión de la familia, él permitía que la madre entrara por motivos sociales, pero consiguió que el padre muriera en paz sin verla. Ahora se encuentra mal, ha perdido la ilusión por vivir. Ni siquiera su deporte predilecto, el tiro de pichón, le interesa. Se muestra muy rascible en casa. El hace siempre favores a todo el mundo. En casa se muestra incómodo. Muchas veces piensa que lo mejor sería morirse o suicidarse. Tiene un socio del cual depende en su negocio que es también muy temperante y alguna vez ha pensado en amenazarle gravemente apoyándose además en su idea de suicidio. Está asustado de pensar ese disparate. Gran complejo de inferioridad, disminución de capacidad, preocupación por el futuro de los suyos en el negocio. Cuando sale de casa, siempre deja una serie de disposiciones testamentarias sobre lo que hay que hacer. Mal sexualmente.

EEG y ECO. Si toma algo para dormir al día siguiente se encuentra mucho más atontado. No tiene ahora los dolores de cabeza ni tampoco la urticaria.

Ayuntamiento de Madrid



SPRENGLING cita otros tipos de influencias medicamentosas en este sentido. Las psicosis provocadas por medicamentos antiasmáticos como los descritos por BUSSOW. Yo no estoy seguro de que este sea un buen ejemplo ya que los casos referidos son más bien psicosis exógenas. No sé si en otros casos será así. También TARNOW ha descrito unas psicosis post-simpatectomía (simpatectomías lumbares por trastornos circulatorios a nivel de los miembros inferiores). Tampoco en estos casos de supiencia de síndromes en el sentido que se emplea este termino en esta tesis son también cuadros de tipo exógeno, muy interesantes desde luego, pero probablemente debidos a alteraciones en el equilibrio del sistema nervioso vegetativo.

En el marco de unas concepciones dinámicas estos desplazamientos de síndromes se explican según un modelo muy simple: los síntomas son expresión de una situación anómala de la personalidad ya que no son más que el medio con que cuenta ésta para buscar una nueva adaptación a la realidad. Al suprimir el síntoma sin resolver el conflicto se deshace el equilibrio que existía y de esta manera se crean nuevos síntomas cuya función también es adaptativa (BADAL y col.). Los síntomas psicosomáticos tienen un significado (en el sentido de "lenguaje de los órganos de HALLIDAY) o son equivalentes afectivos (ALEXANDER y FRENCH). El asma es un

Ayuntamiento de Madrid

equivalente del llanto, por ejemplo y al desaparecer surgen otros con el mismo significado o con el mismo valor expresivo.

SEITZ dice que los síntomas pueden intercambiarse por otros de una "equivalencia psicodinámica" y demuestra como síntomas histéricos pueden ser sustituidos hipnoticamente por otros, pero no por uno cualquiera sino por unos determinados. Lo que es curioso en los casos que publica es que en esta sustitución aparezca en dos ocasiones síntomas depresivos o paranoides. ROSEN también encuentra que en este tipo de experiencia aparecen detrás de los síntomas de conversión reacciones depresivas, paranoides o esquizofrénicas.

Dentro de estas consideraciones dinámicas KEPECS tiene una teoría sobre los tipos de desplazamientos que existen. Viene a ser una teoría de canalización de fuerzas inconscientes. Según él hay suplencias simbólicas, otras más bien fisiológicas (como los síncopes vasomotores por escasa tensión emocional a través de un aumento del riego sanguíneo de los miembros). Otras veces el cambio se hace desde el centro a la periferia o viceversa (como el caso de una dermatitis en sustitución por una psicosis paranoide) y otros se hacen según los planos de orientación del cuerpo en los que la cabeza ocupa un lugar primordial.

Esta transformación de los síntomas en otro equivalente periodicamente le sugiere a GOTTSHALK que existe un denominador común en los diferentes tipos de conductas patológicas, como si se pudiera hacer una teoría unitaria de la enfermedad, como hemos citado más arriba.

Ahora bien, no hay que olvidarse que estos desplazamientos de síndromes suceden siempre en un sentido determinado. Las posibilidades no son muchas, pero hay un dato más importante. Muchas veces ocurre un cambio semejante en la sintomatología sin que haya una causa externa aparente. Es decir, una intervención quirúrgica o cualquier otra terapéutica no hacen nada más que provocar el cambio, crear la situación en la cual éste es ineludible y cuando se realiza lo hace del mismo modo que en las suplencias espontáneas.

Ayuntamiento de Madrid

En los casos de SHANAHAN citados más arriba aparece un hecho claro. De los 25 enfermos, los 16 que quedan satisfechos con la operación eran varones en una buena situación en la vida y satisfechos con su trabajo, matrimonio, etc.etc. Es decir, que eran estables tanto en su trabajo como en su matrimonio. Los 8 en que la vagotomía fue un fracaso eran o bien mujeres en una situación difícil (tienen que trabajar para ellas o para sus hijos) o varones dependientes y que se encuentra en una situación de insatisfacción radical que aun en los periodos de buena salud están amargados, irascibles y quejumbrosos. De la misma manera SZASZ dice que el buen pronóstico depende de la poca cantidad de energía psíquica que se encuentra comprometida en la enfermedad orgánica. KAPP y col. ya habían hecho una clasificación de los enfermos ulcerosos en dos tipos que coinciden con éstos.

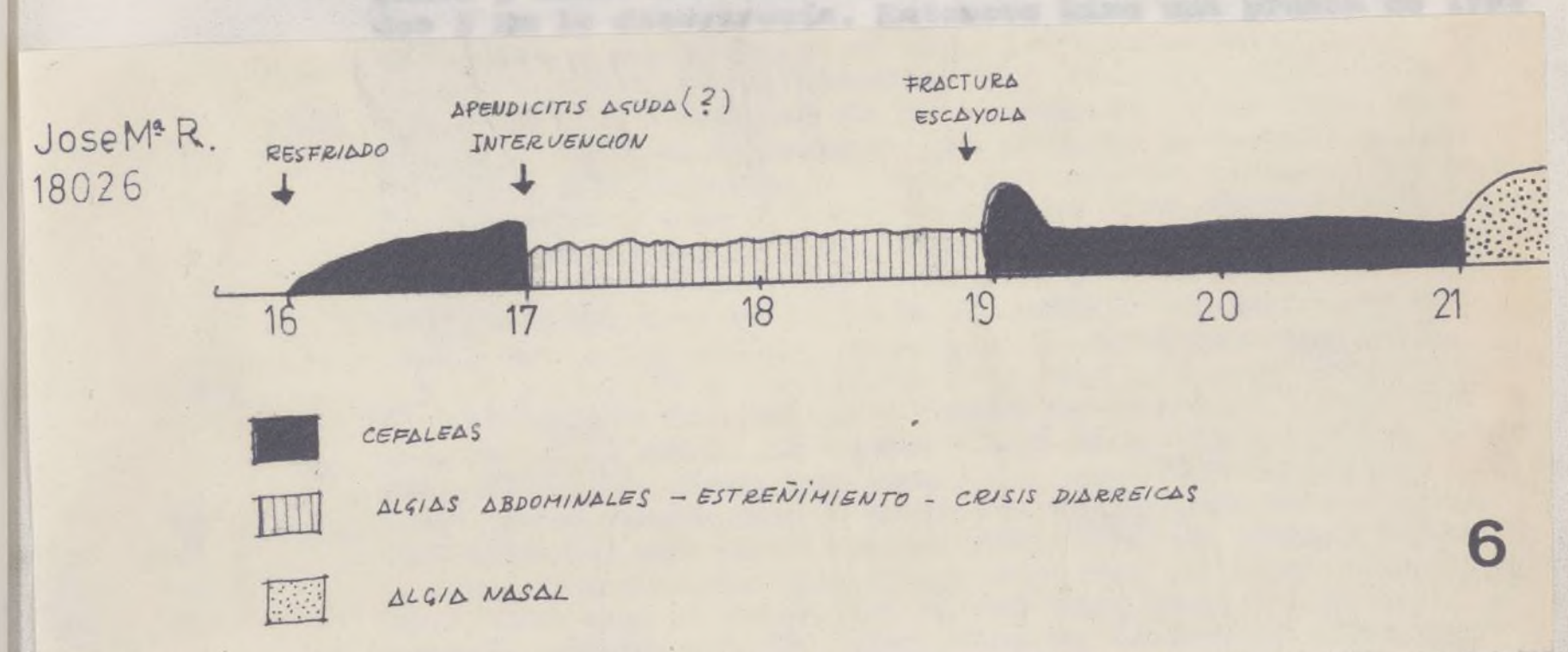
Aunque la interpretación es incorrecta los hechos son ciertos. En los enfermos en los que después de una gastrectomía aparecen otros síntomas psicosomáticos, ya antes de la intervención, o antes de que aparezcan éstos hay una serie de trastornos, a veces mínimos que aparecen claros en un análisis detallado. Estos síndrome son siempre <u>síndromes depresivos mitigados, bien en la esfera psíquica, bien equivalentes somáticos</u>. Por eso decimos que la operación no ha introducido nada nuevo en el cuadro, <u>lo único que hace es despertar algo que se encontraba en estado semi-latente</u>. WINZENRIED en un estudio sobre las psicosis postoperatorias ha observado que antes de la aparición subita hay unos prodromos unas veces largos otras cortos en los que aparecen trastornos de la vitalidad y también en la familia de estos enfermos y en ellos mismos se observa una tendencia a las enfermedades psicosomáticas, especialmente psicosis maniaco-depresivas.

Otro tipo de intervenciónes médicas pueden producir suplencia de síndromes, pero siempre de un modo hasta cierto punto <u>inespecífico</u>.

En el enfermo siguiente una apendicectomía (por un cuadro doloroso abdominal agudo difícil de fijar retrospectivamente) hizo desaparecer unas cefaleas presentándose en

Ayuntamiento de Madrid

sustitución unas molestias digestivas que se atenuaron dos años más tarde después de una fractura y escayola en un miembro al mismo tiempo que reaparecían las cefaleas con toda su intensidad.



Del mismo modo en la enferma siguiente un asma ligada a su vivienda (no habiéndose podido comprobar una etiología alergénica) desapareció con una mudanza presentándose a continuación una fase depresiva con equivalentes. En esta enferma aparece claro como a lo largo de su vida, coincidiendo también con el período del asma hay otra serie de equivalentes depresivos.

Ha.nº 7.004- Enferma de 38 años, casada, Soria. Antecedentes familiares: los abuelos; únicamente se acuerda que su abuela paterna murió de hemiplejia. El padre y la madre ambos eran de temperamento nervioso. El padre vive, tiene 75 años y ha tenido 4 ictus. La madre vive, tiene una enfermedad cardiaca y un "reuma de la columna vertebral." Han sido 16 hermanos, la enferma es la sexta. De ellos viven 11, los otros 10 que viven están bien, otros murieron de pequeños. No hay antecedentes de enfermedades nerviosas ni mentales en la familia próxima. Casada, ha tenido tres hijos que viven y están bien.

De pequeña a los 10 años tuvo un reuma y gripes casi todos los años. Hacia los 15 o 16 años tenía con frecuencia crisis de taquicardia. Menarquia a los 13. La enfermedad actual dice que el día de Viernes Santo se enfrió estando en el Sermon. Tenía malestar y unas décimas. Esto se le pasó pero desde entonces no se siente bien, pues no tiene gana de salir. El lunes de Pascua a las

Ayuntamiento de Madrid

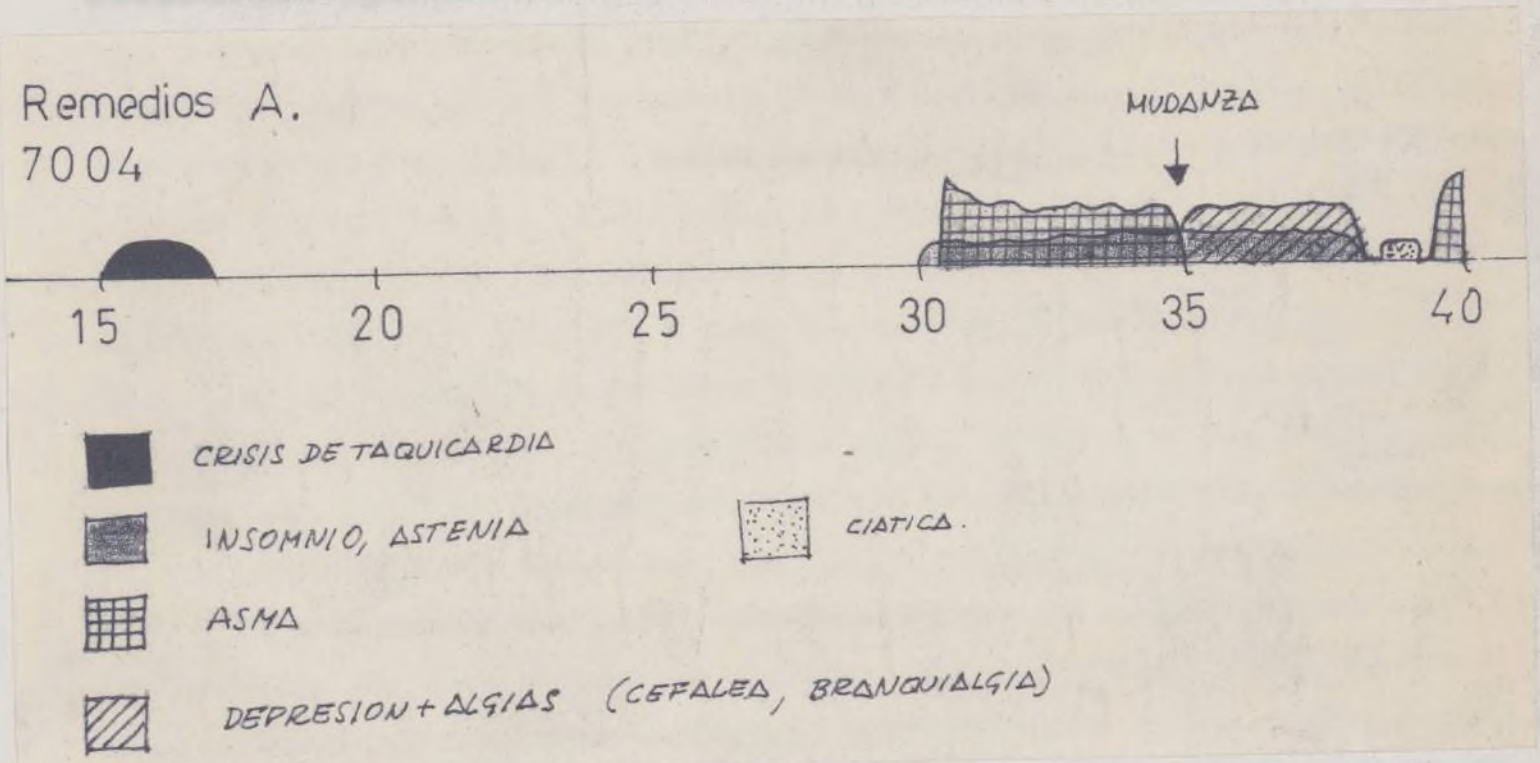
4,30 de la tarde empezó a notar una opresión en los costados como si se ahogara, un silbido al respirar. Aquella fue su primera crisis de asma. Fue tratada y mejoró. Pasó toda la noche sentada y con vómitos. Al día siguiente se le repitieron los ataques de asma, unos con fiebres otros sin fiebre. Los ataques le dieron así seguidos durante 5 años. Observaba que si salía de Victoria, pasados 5 Km le desaparecía. Entonces hizo una prueba de irse unos días a un hotel y se encontró mucho mejor pero sin llegar a estar bien. Después de 5 años se trasladaron a una casa a las afueras de la población y los tres años primeros tuvo al principio los ataques y después ya no le daban más dejando de tomar incluso la medicación. Desde que empezó con el asma no duerme bien aunque pasa 20 horas diarias en la cama. Desde que se le quitó el asma padece de neuralgias en la región orbitaria frontal del lado derecho que se le baja al cuello, al hombro y al brazo hasta los dedos, todo por el lado derecho. Dice que se presenta a cualquier hora del día y de la noche. Va acompañado de vómitos y bilis en cantidad y una molestia en la nuca. Le duran 5 o 6 días. Se le pasan con Dolantina. Se tiene que poner dos ampollas de golpe. Dice que a veces pasa 8 días sin dolor pero los restantes días del mes está con el dolor que es insoportable y otras tan fuertes que llega a perder el conocimiento, pues dice que es un dolor de volverse loca y que se pegaría golpes con la cabeza contra la pared. Dice la enferma que si consiguiera dormir y curarse de las neuralgias se daría por satisfecha. Para dormir toma fanodorno o luminal y dice que no logra dormirse, queda solo adormilada. En cambio ha observado ella que de ordinario es estreñida que estas cosas le sirven de laxante. Dice la enferma que no tiene fuerzas ni energías para nada y que es un trasto inútil. Dice que se pasa en este estado y si hay alguna fiesta, sale y entonces dice que lo que tiene son mimos. De ordinario, dice que sale poco, que le gusta poco salir. De vez en cuando se pone una tanda de vitaminas y se levanta un poco el ánimo, pero pasados unos días vuelve a su decaimiento. Hay días que tiene mal humor sin motivo alguno, con muchas ganas de llorar y mucha tristeza. En este estado había observado también que después que tenía los hijos le duraba unos días y después se le pasaba. Ella dice que tiene muy poca memoria para las cosas recientes. Dice que ha tenido temporadas en las que se le duerme medio cuerpo, siempre más el lado izquierdo que el derecho y siente unos hormiguillos muy molestos en los dedos de las manos y de los pies, también más en el lado izquierdo. Sensación de frío sobre todo en los pies y las piernas. Ha perdido 20 kilos de peso desde hace varios años, sobre todo estos dos últimos. Dice que cuando tiene las neuralgias ve a veces como si en la pared hubiera un gusano, otras veces ve manchas negras como arañitas, otras veces una especie de marco más claro en la pared. Por lo regular, aunque se pasa muchas horas en la cama, al levantarse va a una silla y se sienta y no hace nada.

Los dolores de cabeza le comienzan con una jaqueca hemileteral y después se transforman en una braquealgia,

Ayuntamiento de Madrid

del mismo lado. No aparece haber conflictos. Lo único que aparece es un delirio de celos que de vez en cuando se manifiesta. Hay alguna irritabilidad en su carácter, pero su marido en genral dice que se preocupa mucho por él. Enorme pasividad, se queda 18 horas en la cama. Estuvo intoxicada en Victoria. El asma le empezaba allí y cuando podía salir mejorabs enormemente o le desaparecía. Ahora desde que vive en las afuera está mejor. La vida en Victoria le asfixie.

Catamnesis: seguida tres años. Mejoró mucho. Tuvo una temporada una ciática, luego una crisis de asma. Continuó con el tratamiento bien.



Suplencia exógena (neurógena) de síndromes

A veces una lesión del sistema nervioso central hace cambiar un cuadro clínico. SPIEGELBERG le da mucha importancia a este hecho y habla de "condiciones cerebrales-neurógenas"; tumores, procesos cerebrales atróficos, etc.

En un determinado número de casos este es un hecho indudable y que arroja gran luz tanto sobre la naturaleza de los fenómenos a que nos estamos refiriendo como a las funciones cerebrales en general. Este tipo de suplencia de carácter exógeno puede ser producido por: traumatismos craneoencefálicos, accidentes vasculares cerebrales, por intoxicaciones y por determinados tratamientos que actuan sobre el sistema nervioso central (psicocirugía, terapéutica de choque

Ayuntamiento de Madrid

y psicofármacos, de éstos especialmente los antidepresivos, las reserpinas y los antiepilépticos). No hemos conocido ningún caso en que una atrofia cerebral, una infección u otra causa además de las citadas haya producido una transformación de un cuadro clínico, pero no negamos que ello sea posible.

A veces un ictus aborta una fase depresiva; otras veces es una traumatismo craneoencefálico el que tiene el mismo efecto. Cuando en una neurosis obsesiva inveterada se paractica una leucotomía al mismo tiempo que desaparecen las obsesiones aparece un cuadro maniaco (a veces de una duración muy larga) que perdura mucho más de lo que lo hace el cuadro exógeno propio de la intervención (anuresis, fiebre, trastornos amnésticos, etc.). Este es un hecho que me parece de una enorme importancia. Por ejemplo, la leucotomía tuvo su época como tantas otras terapéuticas y luego cayó en un cierto descrédito, que era debido a que la indicación estaba mal sentada. Hoy se sabe que es muy difícil modificar una esquizofrenia crónica mediante la psicocirugía, pero que en cambio los éxitos en ciertas formas de alteración timopáticos son dignos de ser tenidos en cuenta. Hay unas catamnesis de KISSO y col. sobre los efectos de las leucotomías en la esquizofrenia. De la lectura de los casos se deduce que los resultados favorables coinciden con los enfermos que después de la intervención presentaron una fase maníaca o de exaltación. Esto nos hace pensar que aquellos enfermos en realidad más que una esquizofrenia padecían una psicosis afectiva.

Suele decirse que los electrochoques pueden producir fases hipertímicas en el curso del tratamiento de una depresión. En realidad el electrochoque no produce nada, sino que provoca una suplencia de síndromes. También los timolépticos pueden tener el mismo efecto pero no hay que olvidad que nunca administrandoselos a sujetos sanos pueden producir una fase hipertímica, ya que no son fármacos euforizantes, sino más bien antidepresivos al mismo tiempo que son capaces de actuar sobre las regulaciones del sistema nervioso central. Lo mismo sucede con la capacidad que se dice que tiene la reserpina en producir depresiones. No son estas terapéuticas las que provocan la aparición de estos síndromes como "efecto secundario" del

Ayuntamiento de Madrid

medicamento sino que lo único que hacen es revelar una de las potencialidades del síndrome existente, el de manifestarse en otro sentido. Los fármacos y la cirugía no hacen más que provocar el cambio.

De la misma manera se puede producir la desaparición de un síndrome. Un acceso de asma también puede desaparecer por una trombosis basilar (GROEN), o una crisis de asma por un ictus (JORDAN) o un "status asthmaticus" puede ser tratado por electrochoque (LOPEZ IBOR).

En las epilepsias sucede lo mismo. El fenómeno de normalización forzada de LANDOLT es un típico ejemplo de suplencia de síndromes. La terapéutica modifica el cuadro clínico haciendo desaparecer un síntoma dejando así el camino libre a otro. En el caso de la epilepsia todo el mundo está de acuerdo ya que estamos acostumbrados a considerar dentro de ella no solo las crisis e accesos sino también los "equivalentes epilépticos" y por eso no pueda extrañarnos que surjan equivalentes cuando se suprimen las crisis.

Para GROEN y col. el desplazamiento de síndromes (concepto que para ellos es suma de supresión y de suplencia) es un fenómeno cerebral siendo la sustitución una de las funciones básicas de este órgano, al lado del aprendizaje, condicionamiento, etc. El cerebro se adapta a las situaciones como puede y a veces no puede más que hacer un trueque de la sintomatología.

* * * * * *

La sucesión de síndromes

Hemos visto ya tres posibilidades de suplencia de síndromes. La primera la desaparición de unos síntomas ante una estado de tensión emocional fenómeno similar al de la "formación de síntomas" y la desaparición por una enfermedad intercurrente, la segunda la aparición de un nuevo síndrome al suprimir radicalmente el anterior en un extremo eferente y así al permanecer la constelación patológica de

Ayuntamiento de Madrid

fondo vuelve a surgir otro síntoma. La tercera la capacidad y función del sistema nervioso central para producir un giro del síndrome.

Pero queda un cuarto tipo de suplencia más enigmática que las anteriores ya que no tiene un condicionamiento tan claro como ellas e incluso es más correcto decir que tienen un condicionamiento plural. Se trata de los casos en los que un síndrome sucede a otro sin orden. Aquí no cabe hablar de un momento determinante del cambio sino que es este sucede de un modo endógeno sin motivos ni causa aparente. Es decir, en el fondo la suplencia de síndromes sería un fenómeno que dependería de la propia naturaleza de la enfermedad, es decir el cambio es uno de los rasgos básicos de las enfermedades endotímicas.

Ahora bien, en ocasiones este cambio puede ser inducido por factores externos, psicogenéticos o somatobiogenéticos, pero en otros estos factores no aparecen tan claros. Debemos de insistir mucho que aunque existan y se puede pensar que aun escapan a la investigación psiquiátrica actual y que poco a poco se irán descubriendo no dejan de ser factores provocadores y no productores de la suplencia. Incluso en algunos casos no cabe más remedio que aceptar que esta suplencia ocurre de un modo espontáneo. Es lo mismo que ocurre en la ciclotimia. Muchas veces la evolución de la enfermedad sigue un ritmo interno, pero otras veces en el desencadenamiento de una fase aparece una constelación de factores que no es posible negar, pero que tampoco hay que sobrevalorar.

En la mayoría de los casos que hay en la literatura en la larga evolución de los suplencias siempre aparecen claro junto con la sintomatología somática alteraciones en el plano psíquico. Estas alternancias son casi siempre de tipo afectivo (SPIEGELBERG).

En nuestros casos sucede lo mismo. En la vertiente somática según SPIEGELBERG los síntomas que aparecen son los que corresponden a las enfermedades psicosomáticas. Para nosotros las mayores correspondencias ocurren en los

Ayuntamiento de Madrid

equivalentes depresivos. También en la serie de GROEN aparecen claros estos trastornos del estado de ánimo.

La suplencia de síndromes es un hecho frecuente en psiquiatría. SPIEGELBERG hizo un estudio comparativo de esta frecuencia entre enfermos psíquicos y enfermos neurológicos. Los datos se obtuvieron en la mitad aproximada de los casos de las historias clínicas y en la otra mitad por interrogatorio directo. El resultado figura en la tabla siguiente.

FRECUENCIA DE SUPLENCIA DE SINDROMES EN ENFERMOS NEUROLOGICOS Y PSIQUIATRICOS SEGUN SPIEGELBERG

AÑO 1968

	Método	n	n se	1se%	
Enfermos neurológicos	Historia	263	2	0'76	
	directo	246	9	3'65	
	suma	509	11	2'16	
Enfermos psiquiátricos	historia	246	24	9'76	df = 1
	directo	246	36	14'63	p< 0.0005
	suma	492	60	12'20	
Totales		1.001	71	7'09	

Para este autor existe una correlación en los casos de su clínica entre las suplencias de síndromes y alteración del estado de ánimo en general y en particular de las manías, depresiones endógenas y depresiones involutivas. Hay en su estadística un dato curioso que es la correlación negativa que existe con el suicidio. Analogamente ROCHNIK encontró esta misma oposición entre hipocondria y suicidio.

En esta sucesión de síndromes se observa lo mismo que en la ciclotimia. Las fases se suceden unas a otras con periodos intervalares por lo general muy variables y también sin un orden en la repetición del tipo de las fases. Es decir, que en un momento determinado es imposible predecir la evolución futura. No sabemos si aparecerá o no una nueva fase ni tampoco cuando ni qué sentido tomará.

Ayuntamiento de Madrid

¿Por qué sucede esto así? Yo pienso lo siguiente: cuando se crea un nuevo concepto, en este caso el de un tipo de enfermedad siempre se destacan unos puntos parciales por ser los más característicos. En las enfermedades del círculo timopático se destaca primero una alternancia (folie a double forme) o unos ciclos (ciclofrenia) o la aparición de fases maniacas y depresivas (locura maníacodepresiva). Luego, poco a poco, se fueron incluyendo en el mismo grupo formas menores, para las cuales ya el término de "locura" o de "psicosis" podía resultar exagerado y por eso se comenzó a hablar de "ciclotimia" término que se sigue usando en la actualidad. El concepto de "ciclotimia" está montado sobre un esquema conceptual que es el de la polaridad (como en SCHULTE) y así se piensa la manía es "lo contrario" de la depresión, la agitación es lo opuesto a la inhibición, la euforia del hipertímico es un antipoda respecto a la tristeza del melancólico.

La clínica cotidiana demuestra y los casos citados en esta tesis son un buen ejemplo de ellos, como la realidad es más compleja. No hay una polaridad entre los diversos tipos clínicos, ya que sus síntomas no son contrapuestos. Y así resulta que existen manías inhibidas o depresiones agitadas, manías que se viven como coartación de las propias posibilidades (hecho que no había pasado desapercibido a los psiquiatras del siglo XIX, pero que luego ha sido encubierto por la idea de euforia y expansión), etc. Unas veces un trastorno psicosomático coincide con una fase hipertímica, otras veces en una depresión intensa. Fases depresivas alternan con uno o diversos síntomas neuróticos apareciendo unas veces simultaneamente, otras uno precede al otro y finalmente en otros la evolución es de una inarmonía pasmosa. Este es uno de los carácteres fundamentales de los tipos endógenos. BURGER-PRINZ llama la atención sobre estos mismos puntos y dice que en las psicosis fásicas lo que más llama la atención son las permanentes superposiciones, relevos, los cambios bruscos, las alternancias y las distintas acentuaciones de los síntomas.

En la melodía timopática los temas se suceden, se contraponen, se superponen, se alargan o contraen en una superproducción de ritmos que hacen imposible marcar una cadencia.

Ayuntamiento de Madrid

Veamos unas cuantas historias como ejemplo.

Ha.nº 14.705- Enfermo de 48 años, casado, Lisboa.

Cuenta una larga historia que comienza en su juventud. Empezó a preocuparse entonces de un modo obsesivo por la caida del pelo. En 1936 tuvo una uretritis blenorrágica. Al cabo de algún tiempo curó, pero poco después empezó a sentir dolores en la región perineal. Le preocupó mucho, se sintió muy molesto. En 1939 fue a Berlin y fue visto por un famoso urólogo que atribuyó sus molestias a un pólipo en la parte posterior de la uretra. Le hizo unas curas y unas dilataciones y acabó produciéndole una falsa vía en la próstata. Pero a pesar de estos trastornos, acabó curando y sin dolores. En 1941 tuvo otra uretritis, esta vez inespecífica. Tuvo entonces una epidimis ezquierda y luego una prostatitis. Acudió a la Clínica Mayo donde no le dieron importancia a su resto de infección y le dijeron que podía casarse. Volvió a Lisboa y se casó en el año 1942. Marchó a Africa donde estaban los grandes negocios del padre. Poco después empezó a sentir grandes dolores en la región sacro-coxigea. Estuvo muy mal hasta 1949. Se sentía muy abatido, muy agobiado con su problema. El pensaba en una infección en las vesículas seminales. Tenía mal estado general. Tuvo una forunculosis generalizada. Por fin, le vió en América un psiquiatra y de acuerdo con su hermano, médico, decidieron que tenía equivalentes depresivos y fue tratado con 9 electrochoques que le mejoraron mucho. Le quedó una pérdida de memoria y una alteración de la personalidad. Por fin desaparecieron todas sus molestias. En 1953-54 tuvo una sinusitis y fuertes dolores en el vertex y en la nuca. Encontraron estafilicoco dorado en las secreciones nasales y hablaron de una sinusitis alérgica bacteriana. Marchó a Rio de Janeiro en donde le operaron de los senos. Volvió a Lisbon con los dolores más fuertes. Mejoró un poco y luego estuvo una serie de años con depresión y sinusitis alérgica. Por fin unas vacunas le resolvieron este problema y mejoró espectacularmente, pero quedó inquieto, inseguro, obsesivo con molestias precordiales a veces y angustiado. En Noviembre pasado tuvo otras molestias, tras un contagio extramatrimonial aunque con un antibiótico pronto remitieron pero al cortarlo se reanudó. Entonces empezó su preocupación obsesiva, su continuo pensamiento en torno a su problema. Le pusieron 10 electrochoques previa anestesia y curarización. No le produjeron molestia. Pérdida de memoria y dolor de cabeza, pero apenas mejoró.

Sigue muy preocupado, inseguro, inestable, obsesivo, aunque reconoce lo excesivo de su preocupación, no puede dejar de pensar continuamente en su problema. Le han dicho que su infección es banal, sin consecuencias, que puede hacer una vida normal, sus relaciones sexuales sin ningún impedimento, etc., pero él se observa continuamente y no puede evitar el pensar que su uretritis le disminuye, incluso le puede llevar a la impotencia psíquica. Es obcecado, ansioso, inestable.

Antecedentes familiares: es genelo univitelino. Su

Ayuntamiento de Madrid

hermano ha tenido dos depresiones intensas, una con intento de suicidio. El es el más fuerte y el más gordo. El padre hizo un imperio comercial en Africa y era muy obsesivo en su trabajo. Por la descripción que hace de su personalidad, el médico parece un hombre más activo, como si fueran gemelos de la mitad derecha del cuerpo, en esta forma, la mitad izquierda del cuerpo el gemelo pático podemos decir.

La situación actual es la siguiente: después de la relación extramatrimonial, unos cuantos días después sintió unas molestias en la uretra. No tenía ninguna secreción sino simplemente unas punzadas. Inmediatamente pensó en la reproducción de su antigua uretritis. Fue a varios uróiogos y le confirmaron la existencia de una uretritis anterior, diagnosticada por análisis de orina. La orina del primer vaso es un poco turbia, la de después son claros. En el análisis hay una cierta piuria, pero no gérmenes de ninguna clase, es completamente aséptica. Desde entonces sigue teniendo esta ligera molestia. Su atención está fija en la uretritis. Dado a su experiencia anterior y realmente encontrándose deprimido, fue tratado con 10 electrochoques. El se considera como un ansioso hereditario. Ya ha tenido otros pequeños estados sub-depresivos. Creo que los últimos electrochoques no están puestos con tanto cuidado y no han sido tan excelente en sus resultados como los anteriores.

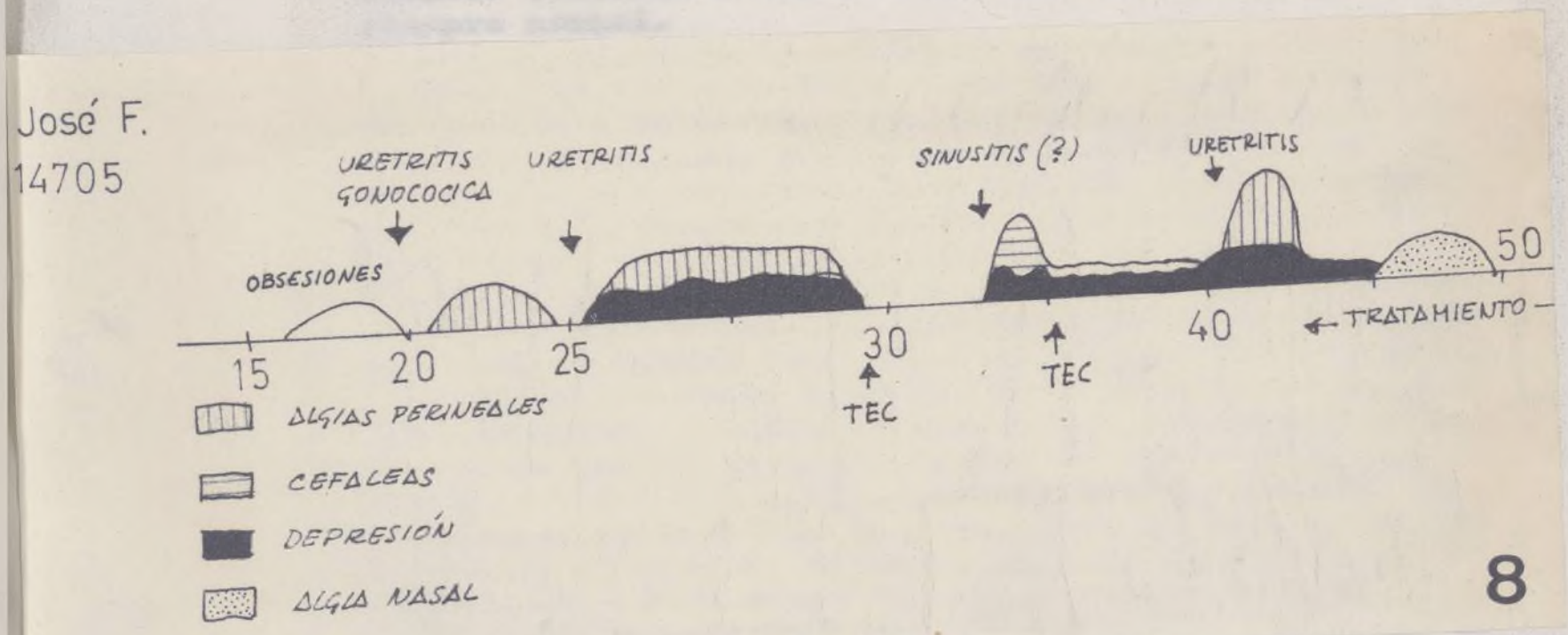
Catamnesis: está en tratamiento desde hace casi 5 años. Los dos primeros años muy bien.

Le comenzaron a dar las molestias por unas sensaciones especiales de dolores en los pómulos. El lo atribuye a inflamación en los cornetes, pero su otorrino y su hermano (médico otorrino), muy firmemente le niegan este hecho. Cuando tuvo una gran depresión le pusieron electrochoques hasta 30 y no le llegaron a quitar los dolores. Después se puso unas vacunas y desaparecieron. Al lado de este hecho él ahora se considera deprimido, pero a parte de los dolores nasales que ahora tienen muchas menos importancia, aparece un dolor pulsatil en la nuca, fulgurante. Esto sí ya sabe él que es un equivalente depresivo, así como los dolores en las piernas, como grilletes en los muslos y en las pantorrillas que también son del mismo tipo. Días atrás estaba tan angustiado y desesperado que quería ponerse electrochoques. Hoy se encuentra un poco mejor. Le preocupa la medicación antidepresiva porque le produce impotencia. Aun aceptando que esto sea unicamente de depresivos, sin embargo, el cree que hay una espina irritativa en la nariz. Penetrando el problema, lo que ocurre es que cuando él habla de una depresión al mismo tiempo le dan a entender que él se desespera porque piensa que no lucha contra la depresión,etc. Por esto es por lo que él se niega a aceptar que el todo es una depresión.

Mejoró otra vez y se encuentra con ligeras oscilaciones y la presencia de diversos equivalentes mitigados (algias, vértigos, etc.). Durante el último año ha estado libre de toda molestia, continua bajo control con un tratamiento antidepresivo.

Ayuntamiento de Madrid

LOPEZ IBOR se ha referido a este caso en alguna de sus publicaciones por el interés del caso y porque como incluso a F. KENNEDY le pasó desapercibido al diagnóstico en un primer momento. Es muy interesante porque vemos como en el comienzo de una fase puede una circunstancia fortuita determinar la sintomatología, en este caso una uretritis. Sin embargo, este es un hecho muy secundario. En primer lugar las uretritis últimas no son de una etiología clara y, aunque no hay posibilidad de demostrarlo, podrían interpretarse como equivalentes depresivos. La sinusitis tampoco está clara y podríamos pensar retrospectivamente que aquel episodio fueran unas cefaleas depresivas. Sin embargo, no es necesario extralimitarse en las suposiciones. En este enfermo tuvo otros trastornos, otros fueron de sintomatología variable sin ninguna causa para ello. Incluso en el periodo que estuvo sometido a tratamiento se presentaban muchos síntomas si bien muy mitigados y con poca relevancia, es decir, estaban todos ahí aunque fueran de un modo latente (en este caso mitigados por el tratamiento).



El interés de este enfermo radica además en otro punto. Su hermano gemelo univitelino, padeció dos fases depresivas muy típicas mientras que las de Joao fueron

Ayuntamiento de Madrid

siempre con un caracter de equivalentes. Se dice que los gemelos univitelinos son como las dos mitades del cuerpo y ya sabemos el significado distinto que tienen una y la otra(LOPEZ IBOR). El lado derecho es el lado activo, el izquierdo el lado pasivo, pático. Por eso las algias depresivas predominan en este último. Jano era el gemelo pático y su hermano el activo. La hipótesis no puede ser más sugestiva, aunque necesitaría de ser comprobada.

La asociación de colitis y cefaleas está referida a menudo en la bibliografía. Hay en la tradición de la medicina la idea de relacionar molestias craneales, astenia, etc., con disreguiaciones en la evacuación intestinal aunque no se haya demostrado una relación causal entre ellas, muchos casos según nuestra experiencia, ambos están unidos por su equivalencia con los depresivos. En la enferma siguiente la terapéutica confirma nuestras hipótesis.

Hª.nº 6.312- Enferma de 40 años, Asturias.

Antecedentes familiares sin interés. Son tres hermanos, el tercero es un chico parado, corto de vista muy tímido y algo anormal. Es casada, tienen dos hijos que viven y están bien. Parto normal, desarrollo normal. Tifoidea a los 8 años. Menarquia a los 17 siempre normal.

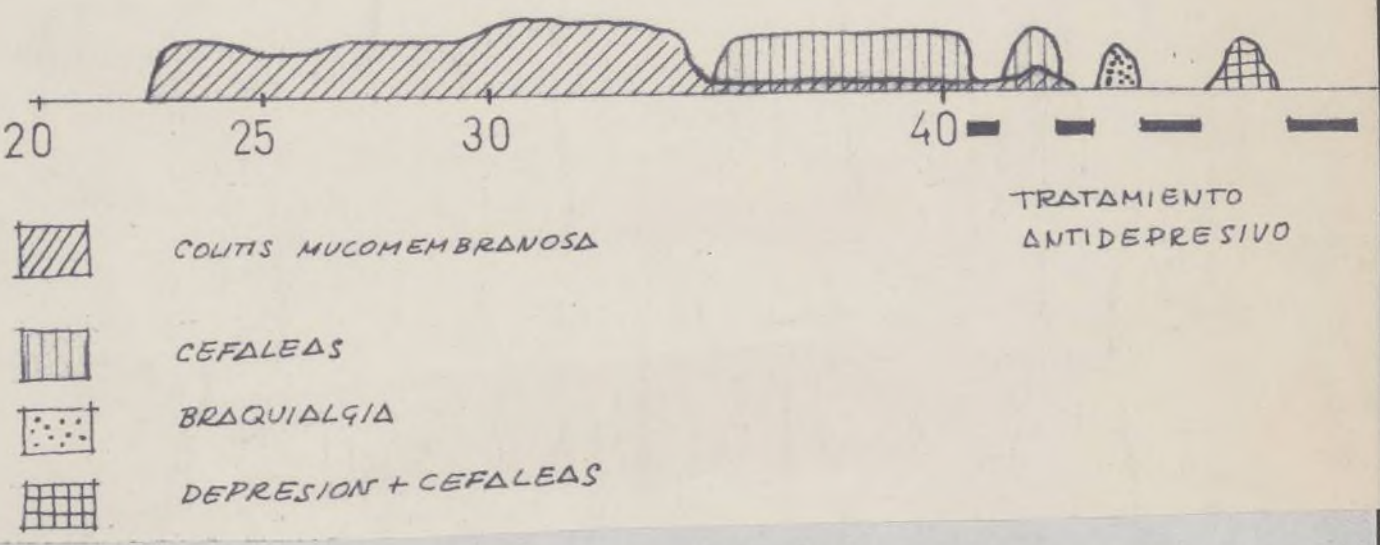
Desde hace unos 17 años padece calitis y está sometida a un régimen. Hace cinco años empezó a tener dolores de cabeza. Dice que son en la mitad de la cabeza hacia adelante y le coge también la zona de los oídos. Le da a cualquier hora del día o de la noche. Son fuertes, aunque muy fuertes solo le dieron unas tres veces, no calmándose entonces con pastillas de aspirina, ni con baños fríos ni con otros analgésicos. A veces llegaban hasta 8 días los que tenía que guardar cama e incluso tenía unas décimas, y de temperatura llegaba a veces hasta 38. Se acompañaba de un estado nauseoso, pérdida de noción del equilibrio y sensación de que si se ponía de pie se iba a caer. Desde entonces tiene una cabeza permanentemente normal. No tiene esos dolores tan fuertes, pero se nota un agotamiento en la cabeza, se cansa si fija la vista en cualquier cosa, se le cansa la cabeza y lo tiene que dejar en seguida. Todo el día se lo pasa igual, con ganas de estar acostada. Si toma una Cafiaspirina se revive un poco, pero después vuelve a encontrarse igual con las molestias. Estas molestias se le exacerban unos días antes del periodo. Está con un gran aplanamiento, con pocas ganas de hacer nada a pesar de ser una mujer de temperamento activo que disfruta trajinando por la casa, y cuando está así mala, no puede. Fue hace un mes y medio a ver al oculista y le dijo que tenía un

Ayuntamiento de Madrid

ligero astigmatismo y le recetó unas gafas, pero ella sigue con sus mismas cefaleas. Tiene mucha tendencia a la somnolencia pero en general suele dormir bien. Apetito regular debido a que lleva muchos años tomando lo mismo por su colitis. Su temperamento es un poco excitable, de carácter alegre y divertida cuando se encuentra bien. Ha sido explorada detenidamente y no se ha encontrado ningún hallazgo. Es una mujer perfeccionista, muy sensible al frío y a las preocupaciones, también escrupulosa. Ha tenido crisis apendiculares.

Catamnesis: seguida hasta la actualidad (6 años), cuando interrumpía el tratamiento antidepresivo aparecían algunas molestias (braquialgia, colitis otra vez, cefaleas, depresión). Los dos últimos años ha estado bien, sin interrumpir la medicación.

Margarita F.
6312



Una de las suplencias más características y frecuentes es la de eczema -asma bronquial en los niños-. En este caso no cabe duda de la influencia de los factores de maduración biológica del niño.

Ha.nº 14.604- Enfermo de 10 años, Jaen.

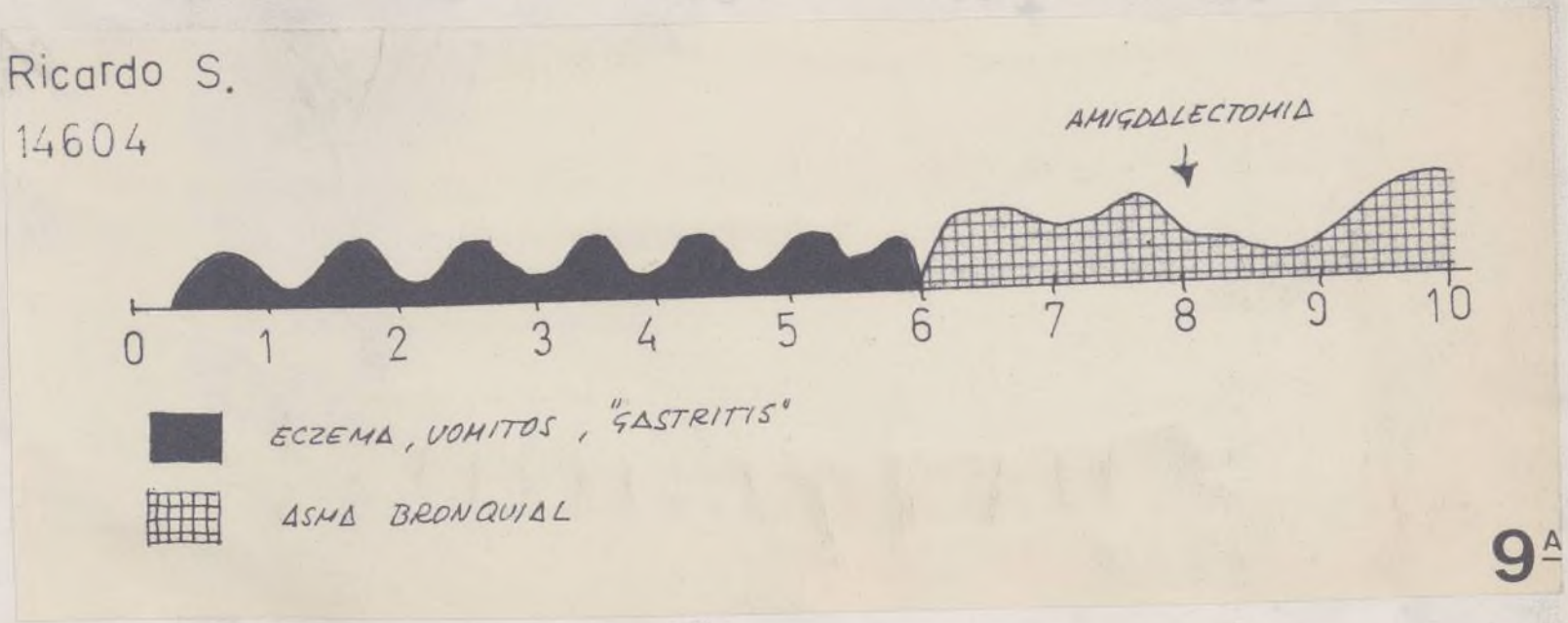
A partir del cuarto mes de embarazo la madre tuvo muchas molestias y dolor en los riñones. El parto fue con forceps pero no le dañaron la cabeza. Hasta los 3 o 4 meses estuvo bien, con desarrollo normal. Empezó entonces a tener un eczema alérgico que le aparecía y le desaparecía. Empezó a vomitar mucho, sobre todo al terminar las comidas. Muy inapetente, con sueño ligero, durmiéndose tarde. Se alimentaba casi exclusivamente con leche. Tuvo gastritis y una ligera hepatitis.

Ayuntamiento de Madrid

Tenía alergia a muchos alimentos: plátano, pescado, clara de huevo. Hasta los 4 o 5 años durmió mal. En Junio de 1960 empezó a tener alergia respiratoria con crisis intensas de ahogo. Como tenía amigdalitis frecuentes le quitaron las amígdalas. Mejoró durante un año pero el otoño pasado ha tenido un retroceso. Mucho peor de su asma. Ha de tomar corticoides con frecuencia. Los internistas que le tratan han aconsejado que le vea un psiquiatra.

El chico es muy nervioso, muy excitable, todo le sobresalta o le emociona. Cualquier pequeño dolor le hace saltar. Las películas de acción le excitan extraordinariamente. Se mueve mucho. Si está en los juegos al moverse mucho suda y luego tiene crisis de ahogo. Hay que ponerle supositorios anti-asmáticos con mucha frecuencia, accesos frecuentes por la noche. Solo estudia en casa con profesores. Temen que no soporte las comidas en los internados porque hay que tener muchos cuidados con él por las reacciones que le producen. También temen que los juegos en el colegio le perjudiquen. Los padres del abuelo paterno son nerviosos.

El niño está asustado, tiene que le hagan daño. La última visita al otorrino le dejó muy receloso. Le llevaron engañado y le operaron. Después de tranquilizarle el chico cuenta que se aburre en su casa. "El compañero que tengo es mi radio. Mis amigos están en el colegio." Está asustado. Pregunta si le van a hacer algo. Estudia en casa con libros que le dio el padre y que son de cuando él estudiaba. Lo que más le gusta es jugar a la guerra. En cuanto a las relaciones con sus padres dice, "Desde luego yo quiero más a mi padre, pero también quiero a mi madre." El padre le compra tebeos. La madre le pega a veces. El chico tiene impresiones un tanto rebuscadas. Explica bien sus trastornos, nerviosismos, nauseas, arcadas, vómitos. Con frecuencia tiene mucho temblor. Se muerde las uñas y nota piceres raros en la nariz por lo que ha de rascarse. Miedo a la oscuridad que le hace temblar. "Entonces me entra una ansiedad por marcharme." La casa es muy grande y no se queda él solo por miedo. Como remedio a su nerviosismo dice que tenía que estar sentado y sin excitarse por nada, con los nervios calmados. A veces nota una tiritona nerviosa y los pelos de punta. Le gustaría ir al colegio, estar con otros niños y distraerse.

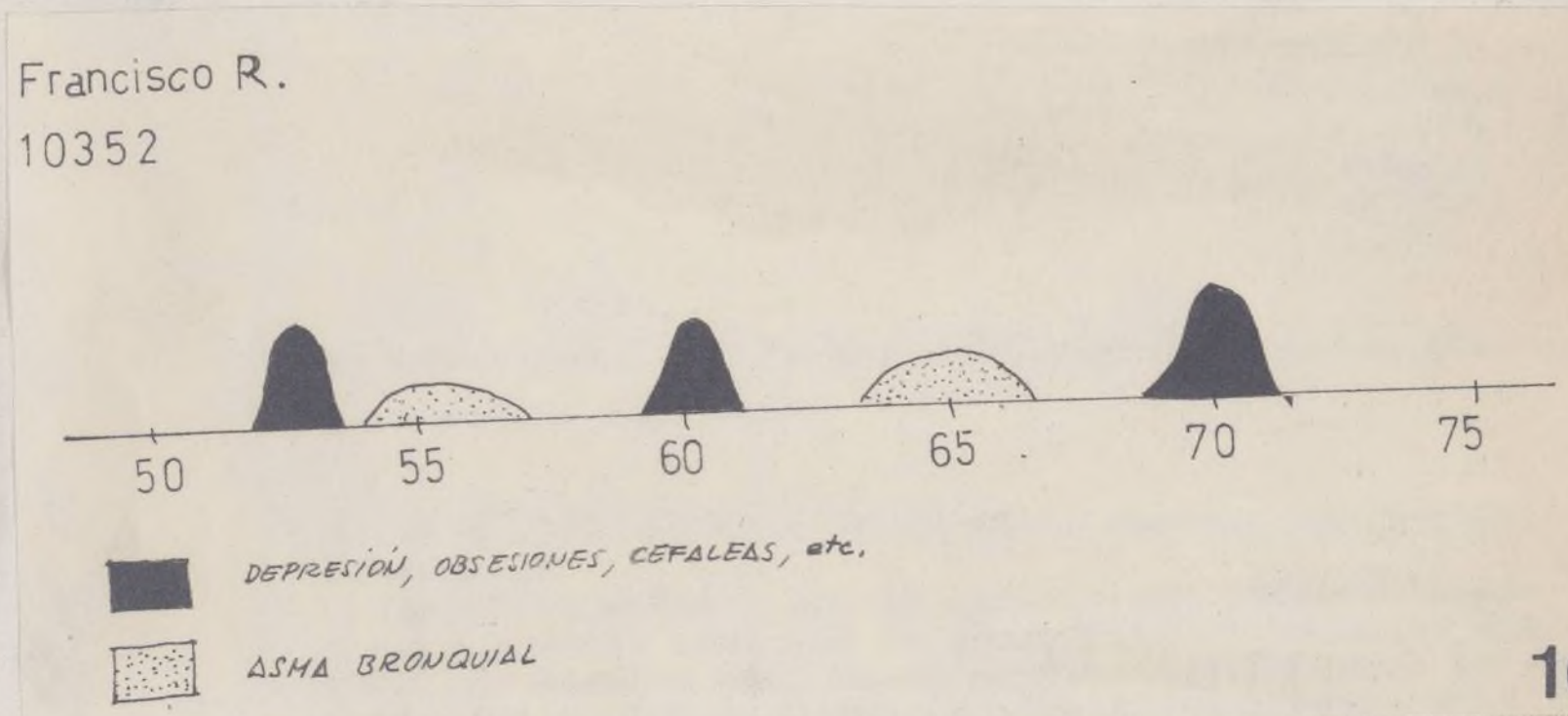


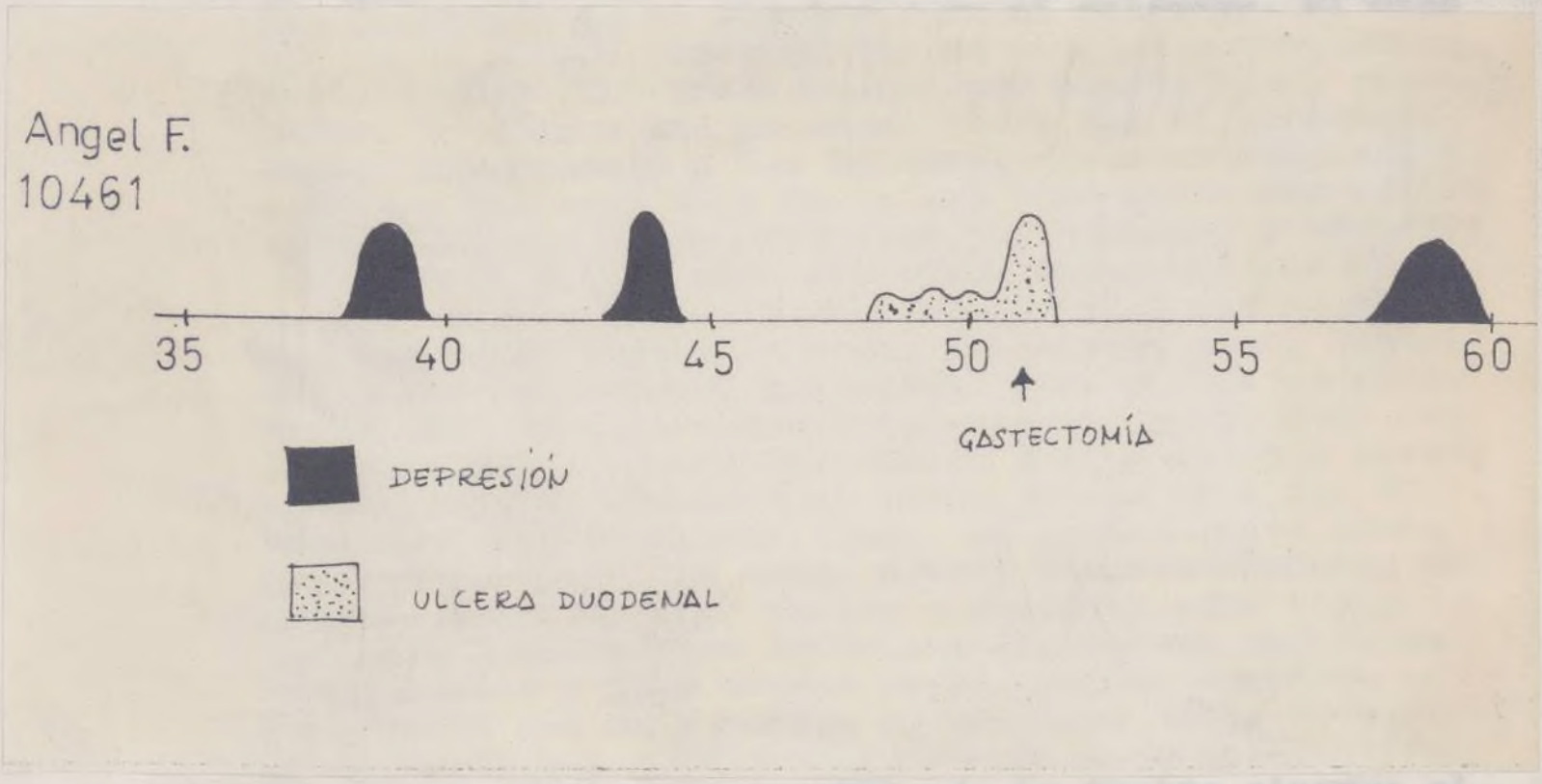
Ayuntamiento de Madrid

Como hemos visto hay varios tipos de evolución que coinciden con los de la psicosis maníaco-depresiva:

a) formas de evolución monopolar (depresiones monopolares.

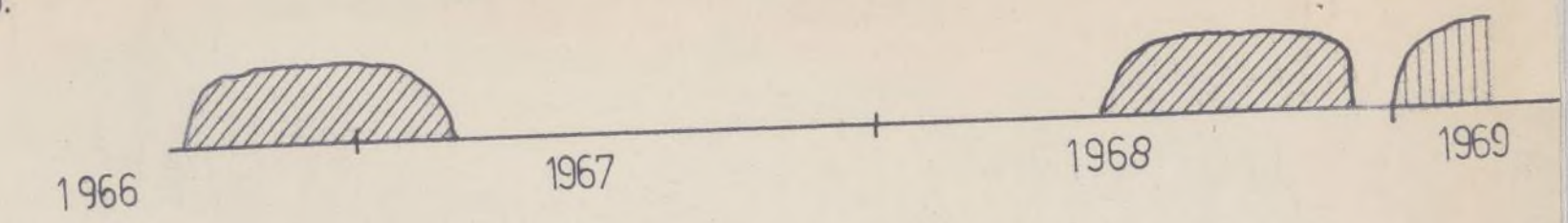
b) formas de evolución bipolar; manía-depresión, o como en los ejemplos siguientes depresión-asma o depresión-úlcera, cefaleas-obsesiones, etc.





Ayuntamiento de Madrid

Luis G.
8457



CEFALEAS, MAREOS

OBSESIONES

12

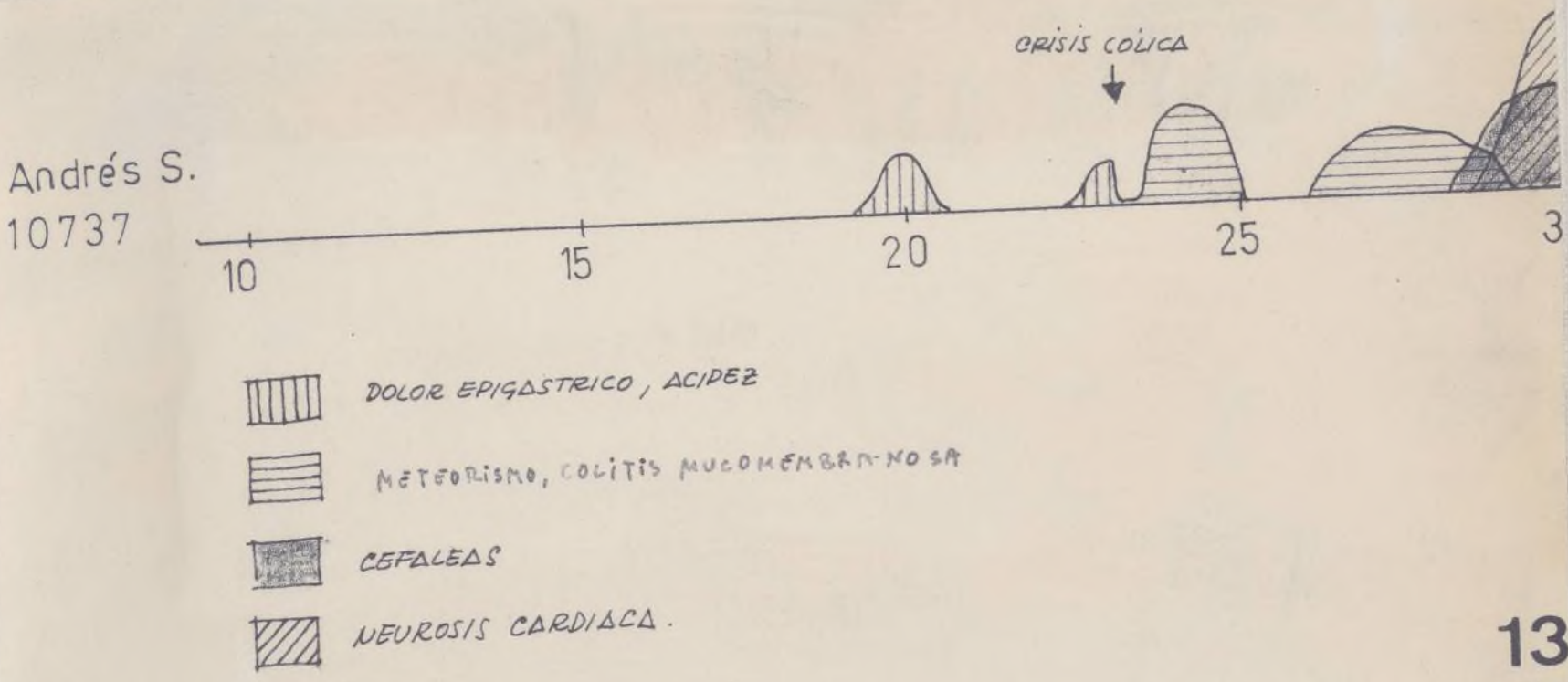
c) Otras veces son formas multipolares, también físicas como la historia siguiente:

Ha.nº 10.737- Enfermo de 30 años, casado, industrial, Salamanca.

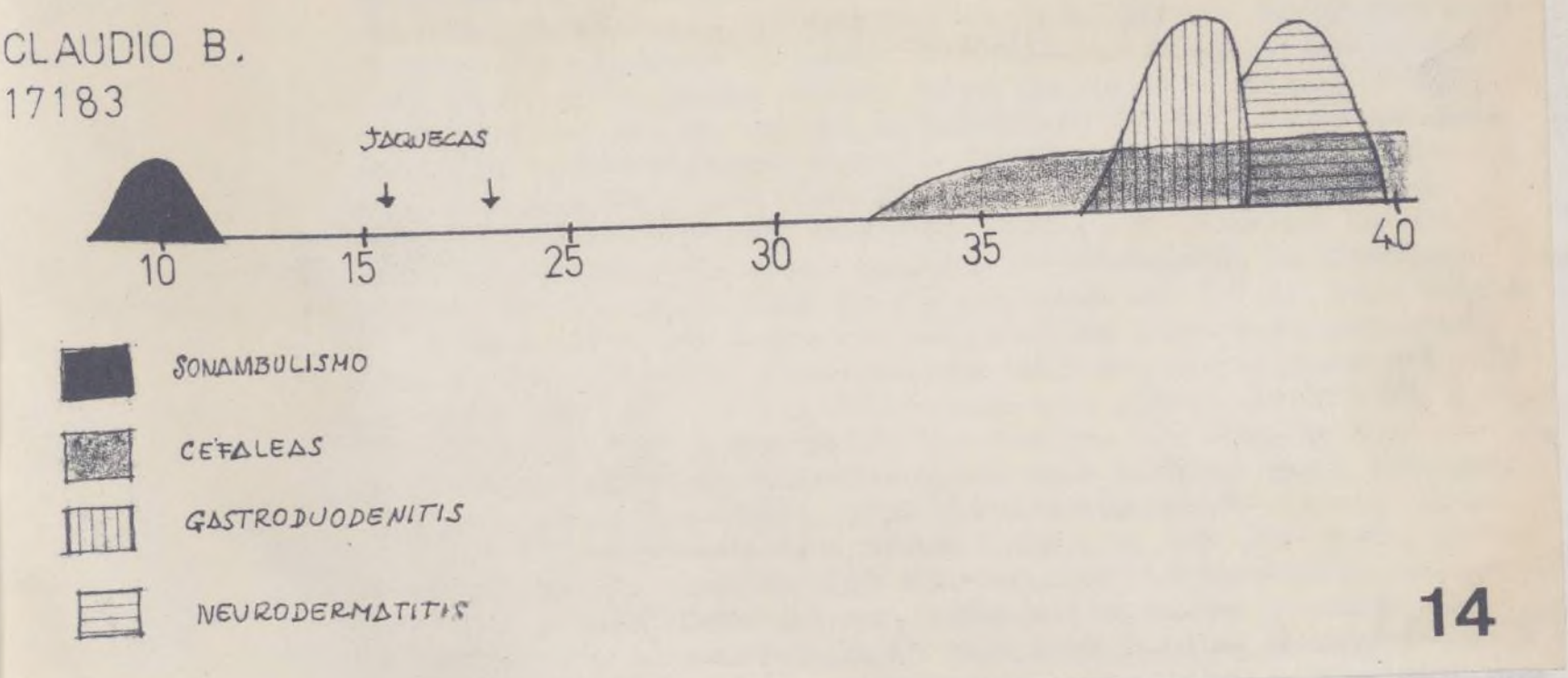
El padre murió a los 54 años de una cirrosis hepática. La madre vive con 69 años. Tiene 5 hermanos sanos. Una hermana está en un sanatorio desde hace 10 años pero no sabe porque, pero no tiene memoria y es desconfiada. Todos son muy nerviosos y casi todos tienen molestias en el vientre y en el estómago. El dice que no ha podido estar quieto en ninguna parte, con taquicardias continuas, mucho amor propio y muy trabajador. Se casó a los 22 años, tiene dos hijos sanos. Empezó ligeramente a los 20 años, dolor de estómago y acidez y así tres años hasta que tuvo un fuerte cólico intestinal con 20 deposiciones muy líquidas y vómitos; pasada esta crisis pasó una buena racha de tres meses en que engorda 4 o 5 kilos. Del los 23 a los 25 años, una temporada fatal, la peor. No digería nada, adelgazó 13 kilos, diarrea, hipnosuón, etc. Además de éstas tiene otro tipo de molestias, mareos, camina como con los pies en algodones, sensación de que se va a morir, palpitaciones, sequedad de boca. De los 25 a los 27 años pasa una época muy buena. Se casó durante ella. Engordó 13 kilos. No tenía mareos ni claustrofobia ni crisis. A los 27 años vuelve a empeorar otra vez y adelgaza 8 kilos. Las molestias digestivas que ya se han descrito y unas crisis en las que se asustaba y que siente que va a perder el sentido, dolor de cabeza. Ultimamente una gran tendencia a la auto-observación. Es curioso que la sintomatología ha tenido siempre el carácter digestivo y a veces ha sido tomada por una úlcera de estómago. Desde el punto de vista digestivo

Ayuntamiento de Madrid

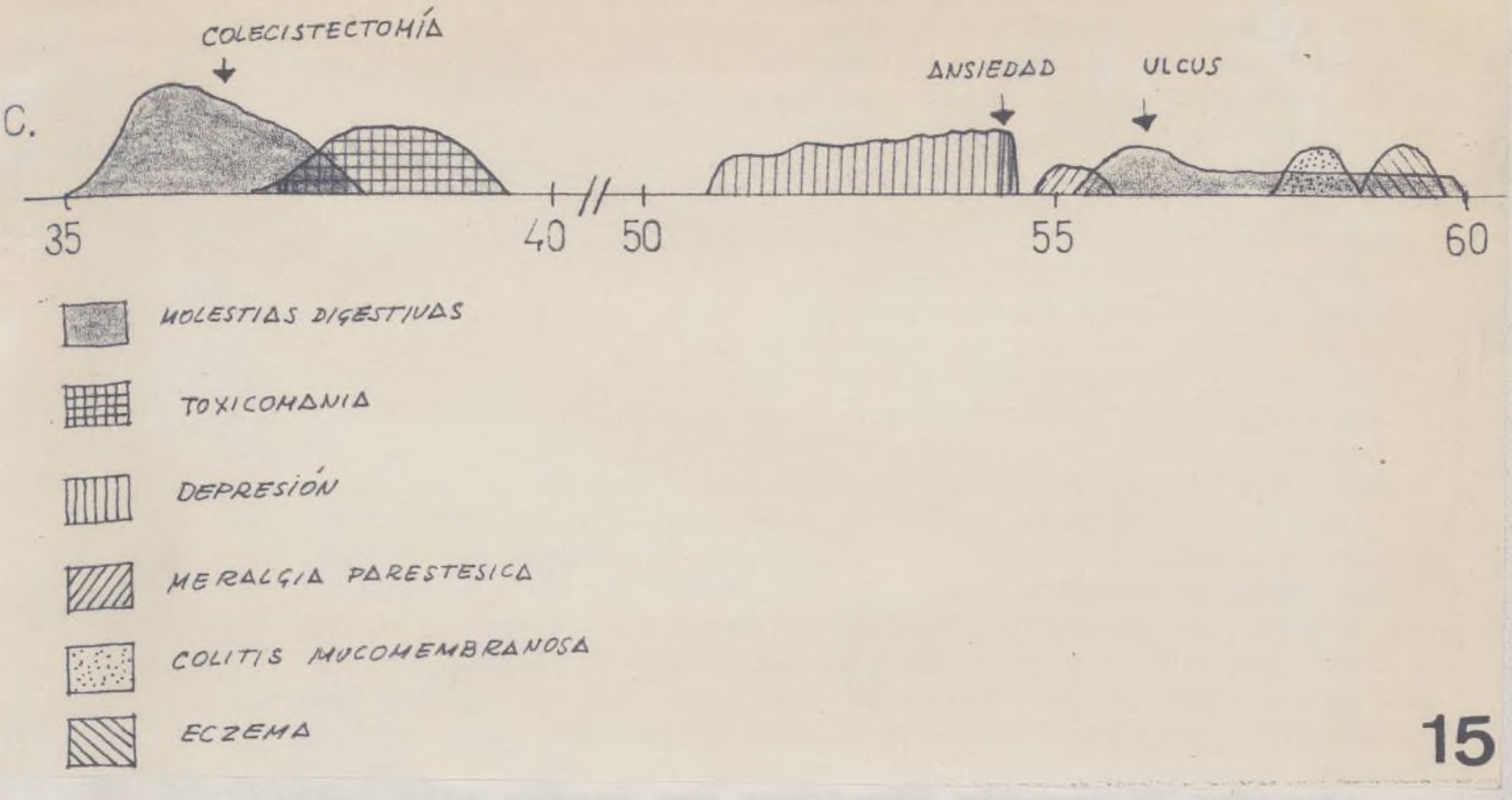
lo que más le molesta son los gases. Ahora la sintoma-
tología toma el caracter de una neurosis cardiaca.



o como los siguientes:



Ayuntamiento de Madrid



Silvia C.
3703

15

d) En otros enfermos se observa durante un periodo dilatado de su vida la presencia de varias fases que se suceden ininterrumpidamente, lo mismo puede suceder con la psicosis maniaco-depresiva.

Ha.nº 15.957- Enferma de 22 años, soltera, nacida en Lausanne. Viene de una clínica suiza donde ha estado ingresada desde el 1 de diciembre. Allí estuvo ingresada hasta hace una semana y desde entonces en tratamiento ambulante. El motivo de su ingreso allí fue una depresión. Estaba triste, lloraba a menudo, no tenía impulsos para hacer nada. Esto comenzó a finales de septiembre. Luego no se acuerda de lo sucedido en Noviembre y Diciembre. Por lo que le han contado sabe que estuvo en Roma, que ingresó en esta clínica en Suiza para hacer una cura de sueño. A finales de Diciembre estaba un poco mejor. Su recuerdo se reanuda en la fiesta que hubo en la clínica el 31 de Diciembre.

A los 18 años tuvo una depresión parecida pero más leve. No necesitó tratamiento médico. Se pasaba el día sentada en una silla, llorando sin ganas de vivir. Esto le duró los tres meses de otoño. Ha tenido una serie de trastornos intestinales que padece hace tiempo. Son crisis dolorosas, estreñimientos pertinaces. Dice que se le bloquean los intestinos. A los 19 años, poco después de su depresión, fueron particularmente intensos. Hizo una cura en una casa de reposo, y ahora al comenzar su depresión otra vez han vuelto a empezar. Casi toda su vida ha tenido que consultar a los médicos por un motivo u otro. A los 12 años padeció unas cefaleas frontales intensas y rebeldes a los analgésicos.

Ayuntamiento de Madrid

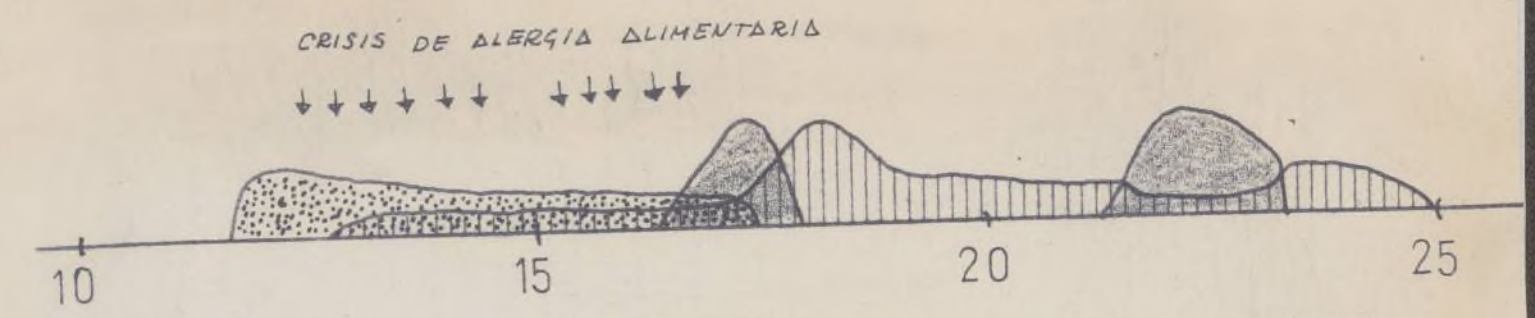
Estas le duraron varios años hasta la depresión que tuvo a los 18. Ahora no le da importancia porque dice que deben ser de gas. Su padre también las padecía. Ahora solo anda varios meses tiene estos dolores. También ha padecido frecuentes crisis alérgicas con erupciones cutáneas y prurito, también se le hinchaba la cara. A principios solo era el pescado, esto hace unos 10 años. A los 17 años fueron muy intensas, eran las fresas, frambuesas y el pescado. Actualmente cuando viene a ingresar está mejorada de su estado de ánimo. Su depresión dice que ya pasó. Tiene una serie de problemas ambientales. Ella es de una familia aristocrática. Está enamorada de un chico mayor que ella, un poco inestable, comunista y activista. Ella ingresa; al cabo de 20 días seguía aun un poco deprimida. Dice que no tiene ilusión por la vida, cierta apatía por todos los aspectos de ésta. Le falta la ilusión, algo de sentido en la vida. Se encuentra como acogida por el ambiente en el cual vive porque no le satisface a fondo. Quisiera ser como sus hermanas que viven felices dentro de él. Hay una protesta en el fondo contra el ambiente social y familiar. Sigue con su estreñimiento, aunque lo tiene muy mejorado gracias a luxantos. Ella achaca sus problemas siempre al ambiente familiar. Dice que las depresiones con crisis que han explotado en un momento determinado, pero que su causa es en el fondo la falta de capacidad para resolver sus problemas, un defecto de educación. La tensión acumulada entre el querer hacer su vida y el no poder por los factores ambientales. Llega un momento determinado en que hace crisis. "No se lo que quiero, no tengo ilusión por nada, no hay nada que me mueva en la vida." Su estado de ánimo tiene una cierta inestabilidad. Bruscamente se deprime, aunque luego también bruscamente vuelve a mejorar. Cuenta que desde los 14 años está tomando pastillas para su estreñimiento, pero nunca con la suficiente regularidad. Una vez, después de 10 días sin depresión, tuvo un cuadro de cólicos intestinales. Tiene hemorroides que le producen picor y dolor desde los 4 o 5 años. En su familia hay muchos estreñidos y también muchos con hemorroides.

Al cabo de un mes de estar ingresada sigue con buen estado de ánimo y concede menos importancia a su enfermedad. Sigue hablando de su problema familiar.

Catamnesis: Se puso muy bien con el tratamiento. Seguida hasta la actualidad (durante más de tres años), sigue dentro de la más absoluta normalidad.

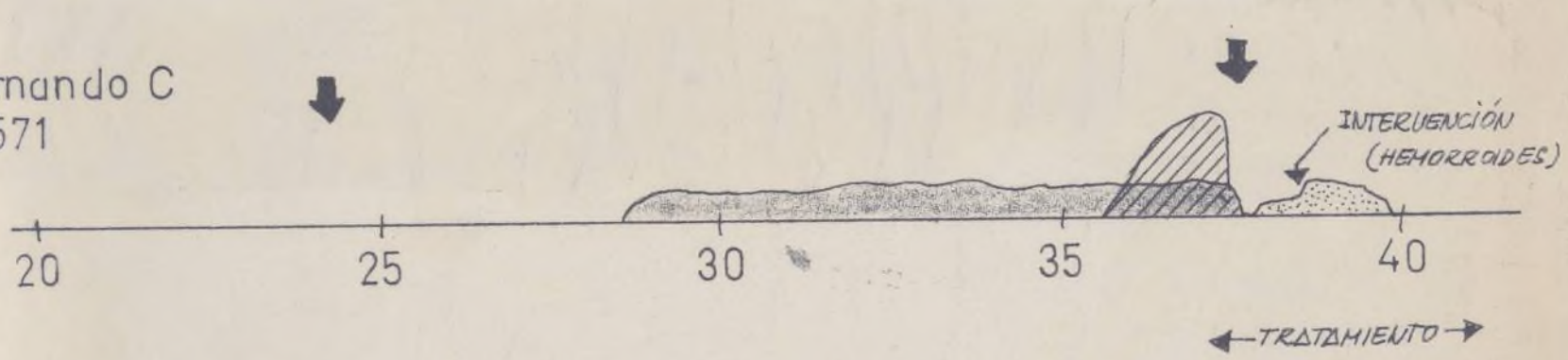
Ayuntamiento de Madrid

Juana M.
15957



16

Fernando C
4571

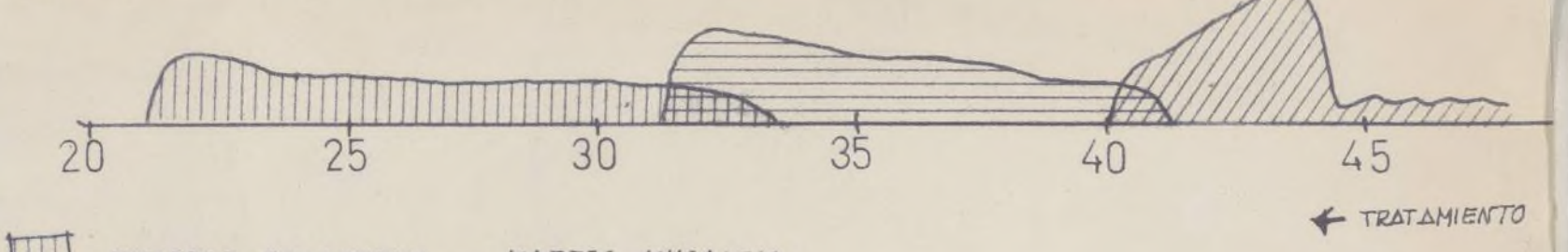


17

e) Otra forma de evolución, vecina de la anterior es cuando alternan de un modo subintrante dos o más equivalentes.

Ayuntamiento de Madrid

Mª Dolores R.
15640



ANSIEDAD EPIGASTRICA - MAREOS NUCALGIA

AGORAFOBIA

OCLOFOBIA

18

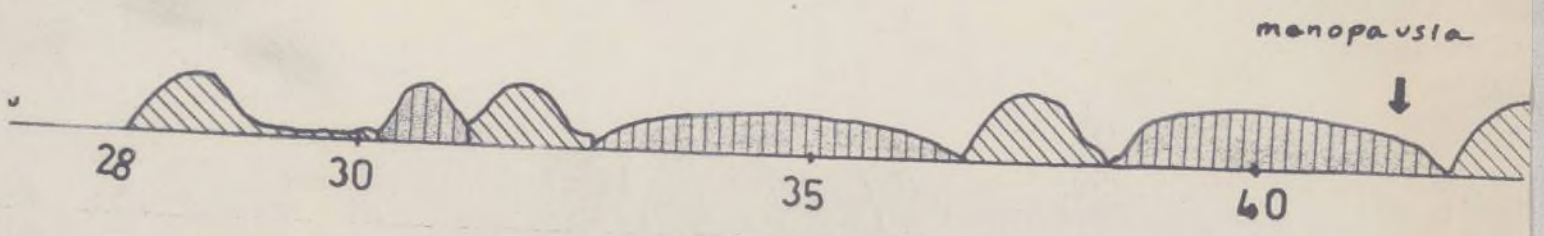
5877

DEPRESIÓN ANSIOSA - FOBIAS

ASMA

19

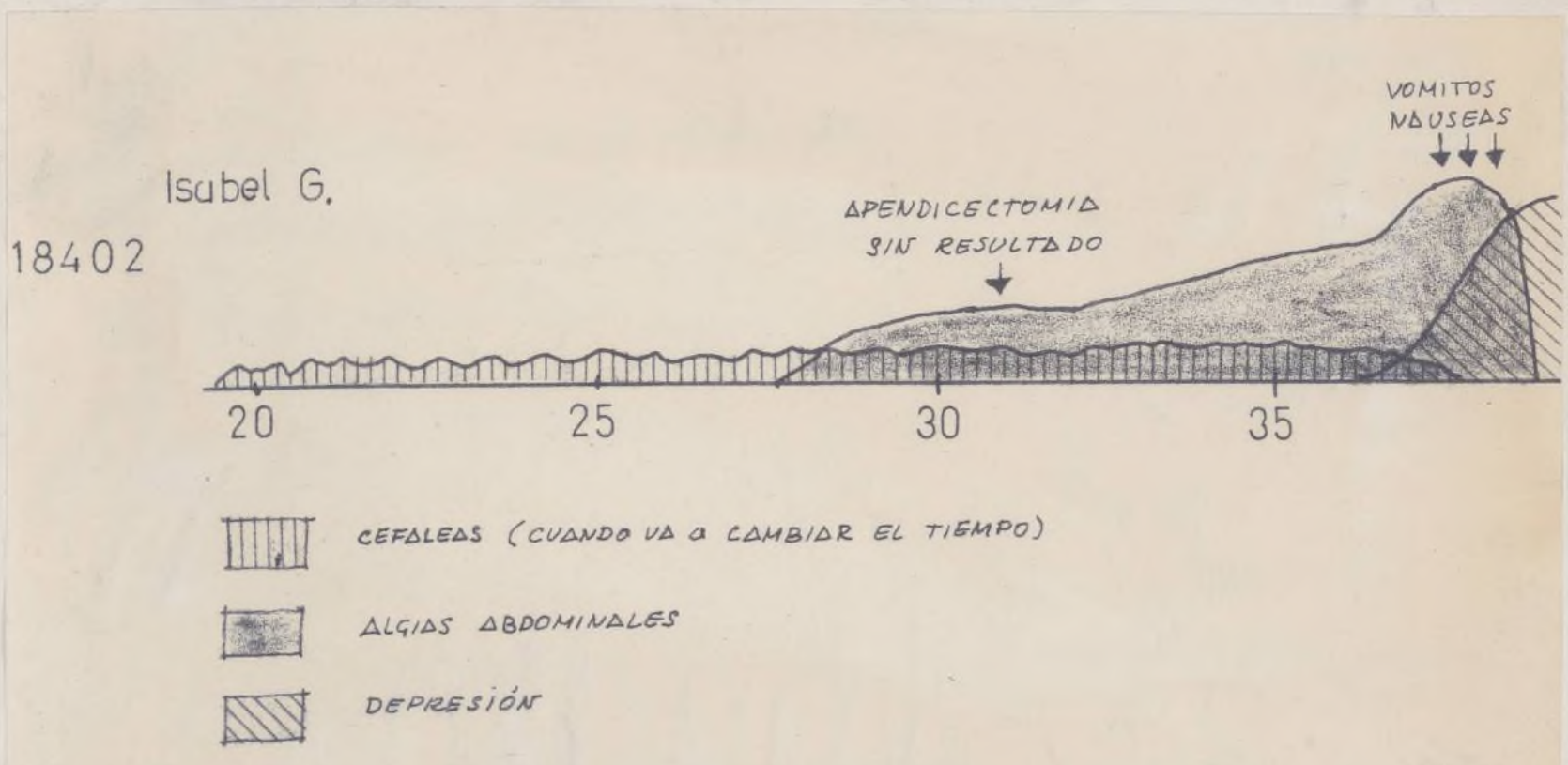
Luisa. B.

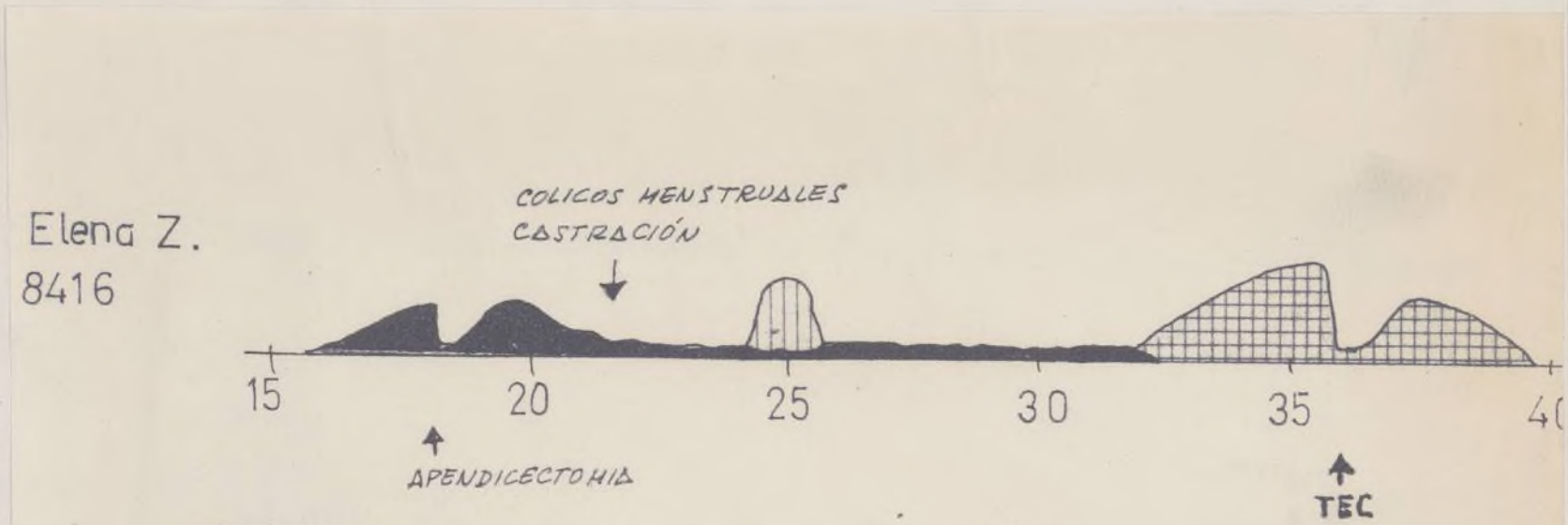


f) De ahí pasamos a los desarrollos, sobre los que ha llamado la atención LOPEZ IBOR y que cursan tanto en el plano de la personalidad (personalidades psicopáticas, desarrollos), como en el psicosomático. Son éstas las más frecuentemente ven los que se especializan en medicina psicosomática y las psicoterapeutas. En estos casos los tratamientos antidepresivos tienen su indicación, y los resultados son buenos. Plantean el mismo problema que las depresiones encrucijadas. En estas formas puede observar-

Ayuntamiento de Madrid

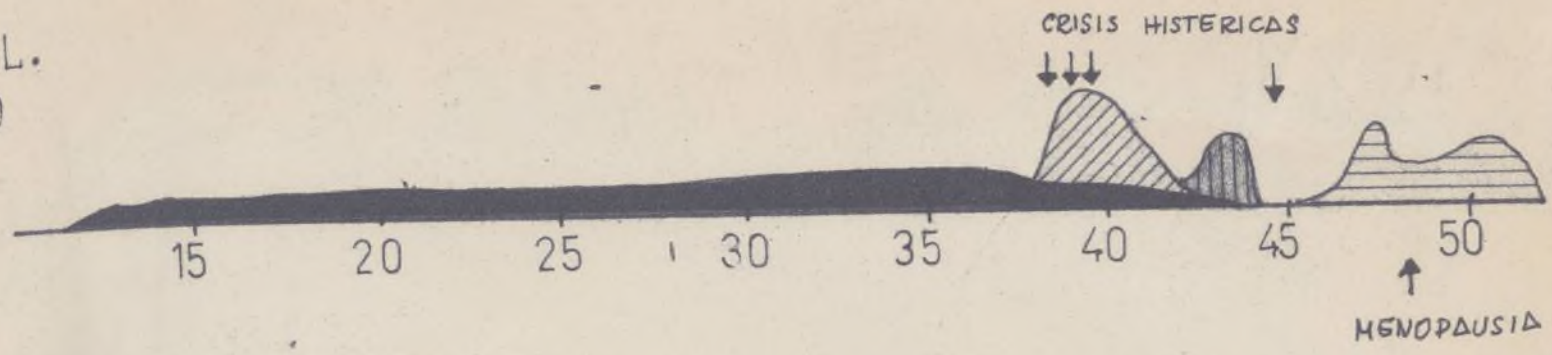
se una tendencia a las oscilaciones fásicas, cuando no una tendencia a la remisión, si bien solamente al cabo de muchos años, lo que nos indica que la división de estas formas de curso no puede ser rígida, no es más que una tipología de la evolución.





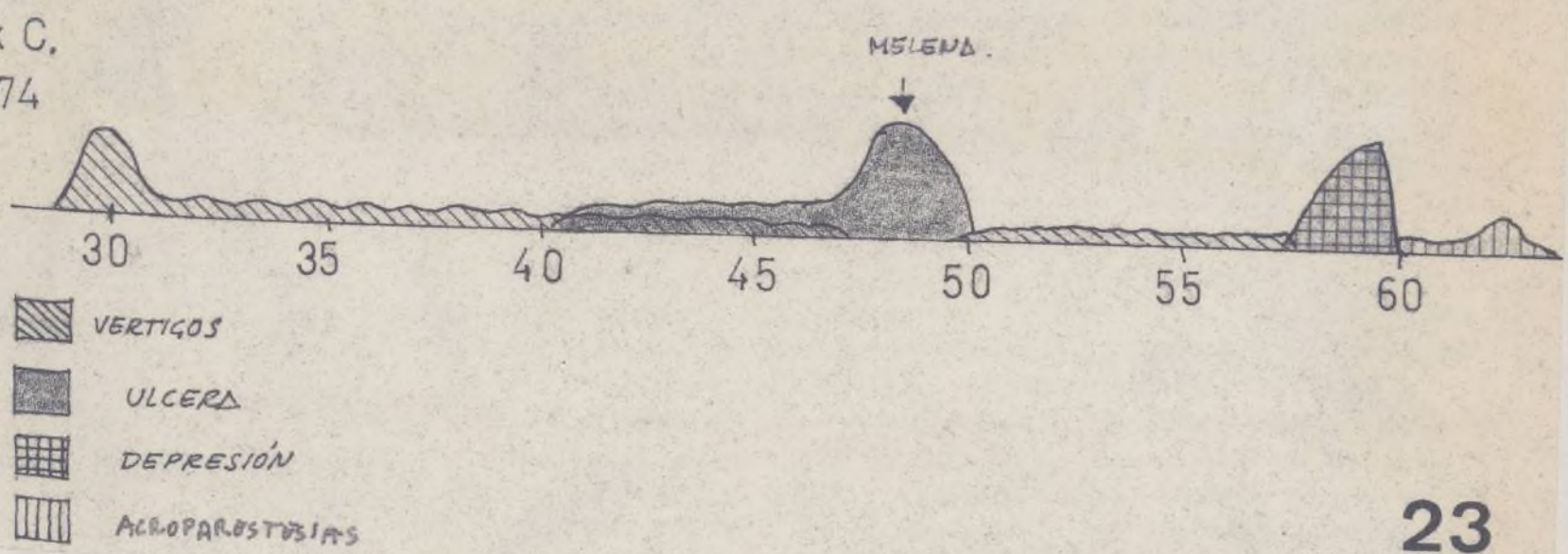
Ayuntamiento de Madrid

Pilar L.
3609



22

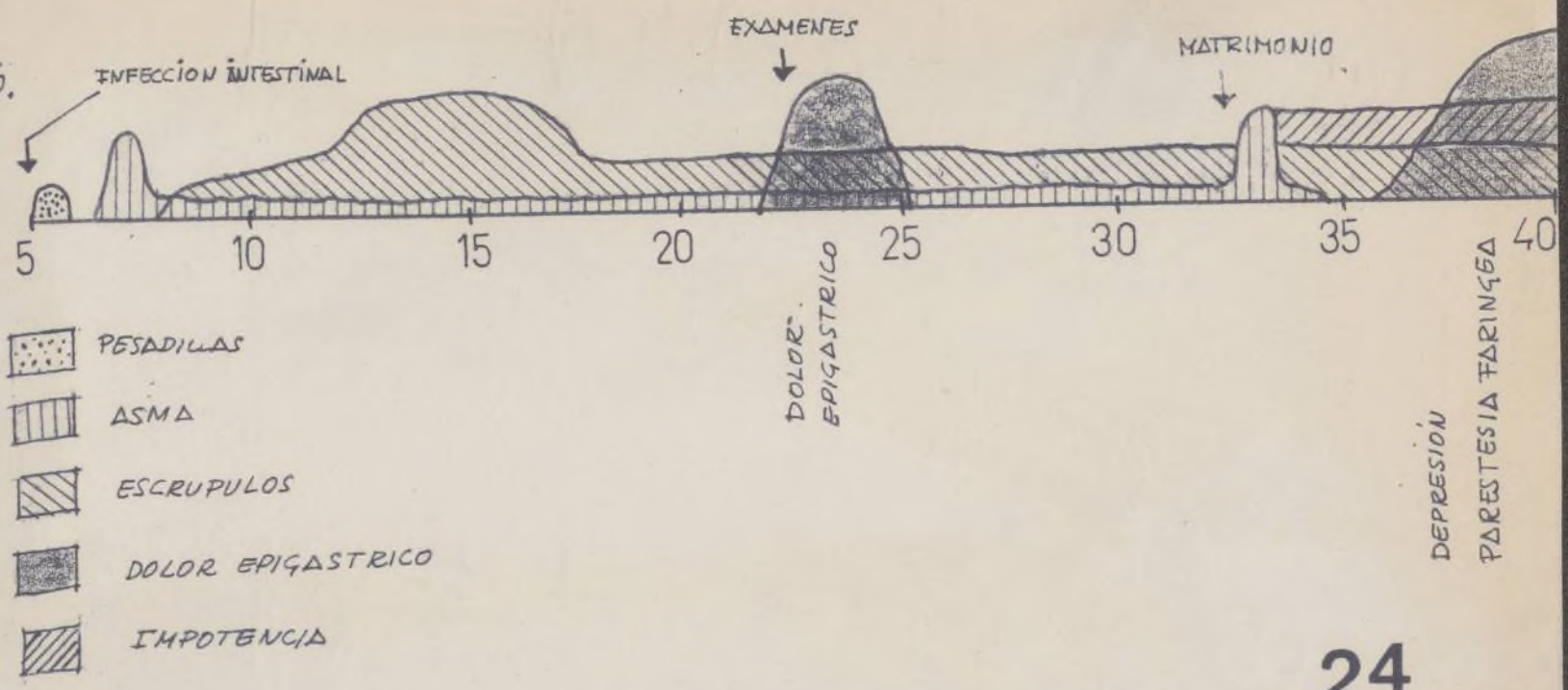
Felix C.
10574



23

Ayuntamiento de Madrid

Eugenio G.
3162



24

Una historia muy significativa es la siguiente:

Ha.nº 16.836- Enfermo de 72 años, industrial, Leon. Lleva padeciendo innumerables molestias durante 60 años. Han sido tratadas por diversos especialistas de otras ramas de la medicina, diagnosticado de innumerables enfermedades y tratado de mil maneras. Nunca ha consultado con un psiquiatra, pero viene después de haber oído algunas conferencias del Prof. LOPEZ IBOR en que se dice que la depresión se esconde tras sintomatología muy variada.

A los 16 años estando en la Argentina donde había ido a hacer fortuna y al suspenderle en unas oposiciones de aduana, le sobrevino un fuerte dolor lumbago que se le extendió a las piernas, a una u otra o ambas a la vez, que le aparecía y desaparecía caprichosamente y con frecuencia le producían dificultades al andar, incluso a veces tenía que apoyarse en las paredes. Este dolor se acompañaba de síntomas respiratorios, dificultada para respirar, sensación de ahogo y opresión en el pecho y síntomas digestivos; dolor en el hipocondrio, dolor vesicular, hinchazón de vientre, pérdida de apetito, adelgazamiento, desgana, decaimiento, fatiga, bilidad facil, tristeza, dormía mal. Desde entonces, no le han desaparecido los dolores, unas veces en un sitio, otras veces en otro. Cuando los dolores o las molestias le han sido más intensas, ha estado abatido, desganado, decaido, como un traje al que le quitaran el cuerpo y se derrumba. No nota ritmo diurnio, pero mejora siempre en verano. Como se observa muy finamente, las molestias no le han cesado nunca. Ha visitado innumerables médicos y se le ha diagnosticado de: tuberculosis pulmonar, úlcera duodenal, úlcera de estómago, cirrosis con un prognosis de 6 meses de vida, fracturas de vértebras lumbares, afecciones cardiacas,

Ayuntamiento de Madrid

colecistitis, surmenage, afecciones intestinales, etc. Le han intervenido en la vesícula dejándosela luego sin retirarla porque era normal. Le habían recomendado operarse de estómago. Ha estado en innumerables balnearios. Le han recomendado hacerse injertos oseos en la columna. Ha seguido infinidad de tratamientos médicos, de modo que se mostraba reacio a contar su historia clínica detalladamente y solo ha querido contarla a grandes rasgos. Desde los 16 años sus padecimientos han sido continuos, crustado de ánimo pero dominantemente triste. Le afectaban unos pequeños problemas de la vida, muy sentidos en sus relaciones sociales. Pequeños detalles le afectaban mucho, llegando a veces a llorar. Siempre ha visto la vida por el lado no agradable. Ha hecho una especie de filosofía depresiva de la vida. El español es triste de por sí. Fíjecse en los Panteones, en las Semanas Santas, en los entierros. El estado de ánimo basicamente depresivo se quebraba y se sigue quebrando periodicamente. Cada dos o tres semanas sufría lo que él llamaba una crisis digestiva. La realidad es que un día se encuentra malo, cansado, apenado, derrumbado; una flojedad extrema en las extremidades, una enorme desgana. Este estado le duraba antes 15 o 20 días, y luego se recuperaba. Durante estos estados la auto-observación y los dolores en un lado o en otro le aumentan. Luego pasaba una temporada de semanas o pocos meses con más ganas y menos derrumbado y volvía a recaer inesperadamente otro día sin ninguna relación con los acontecimientos que seguía. Lo habitual en él era que cada 18 o 20 días tuviese una fase así que le duraba varios días, a los más poco más de un mes. En estas fases predomina el decaimiento y la flojedad y la falta de fuerzas. Está algo más triste y pesimista, puede llegar a llorar. A veces siente intranquilidad, ahogos o presión. Cuando estas fases le pasan está más activo y con movimientos más fáciles aunque le continuan los dolores o molestias que tenga. Desde su casa o en cama durante las fases continua dirigiendo su negocio.

Hace cinco años que viene tomando Tofranil. Las fases son menos frecuentes y de menor duración. El enfermo denomina estas fases y crisis de digestivas. Las atribuye a que alguna comida le ha sentado mal, que lleva durante ellas una dieta hasta su recuperación. Probablemente esta denominación que da el enfermo a lo que le ocurre se deben a que las primeras que le aparecieron fueron diagnosticadas de malas digestiones. El enfermo tiene una cuidadosa observación de sus obsesiones corporales, de sus molestias y de sus dolores. Ultimamente sobre todo se queja de dolor en la columna y en casi todos los huesos, le molesta incluso que le den la mano para saludarle sobre todo el lado derecho le duele, el hipocondrio, el torax. Se sienta cuidadosamente, se queja actualmente de las molestias digestivas, de meteorismo, de que orina poco, de las hemorroides que parece ser que van a ser intervenidas y de la próstata.

Ahora el día que acude a la consulta parece que es un día bueno, de los más normales que él tiene. Se pregunta por la causa de todos los síntomas, incluso

Ayuntamiento de Madrid

estudia detenidamente los síntomas que le producen los medicamentos. Orina poco, quizá por la próstata, quizá por el riñon que no filtre poco, por alguna afección que haya tenido o quizá que beba poco, pero bebo un litro entre una cosa y otra al día. No creo que pueda ser nada visceral, ya que las visceras no hubieran podido resistir tantos años.

Lo menos ha visitado a los médicos dos o tres mil veces. Relaciona su estreñimiento con su estado, dándole como causa de su restante sintomatología. Cuando no está estreñido se encuentra mejor. Ha observado que está estreñido en las fases de decaimiento. Toma Tofranil que le ha mejorado. Curiosamente fue él el que le pidió al médico que se lo recetara. Nadie le había tratado con antidepresivos. Desde que lo toma, hace cinco o seis años es cuando se encuentra mejor. Hace un año y medio murió su mujer. Le ha dolido pero no ha bajado su estado de ánimo ni han aumentado sus fases digestivas. Desde hace tres años lleva su yerno la empresa industrial y él ha quedado como Presidente del Consejo de Administración.

No tiene antecedentes familiares. Tres hijos. Dos normales, el tercero de 38 años tristón de temperamento como él. Es una persona sensata, cauta y muy ordenada.

Es un hombre de 72 años, pícnico, con caracteres casi atléticos. Toda su vida lleva arrastrando esta enfermedad. Desde los 50 años se encuentra dos semanas mal y dos bien. Las semanas mal está en cama sin poderse ocupar de nada. Algunas veces estas dos semanas son especialmente malas y la sintomatología la siente subjetivamente con una enorme angustia, tristeza y un dolor por todo el cuerpo, que luego se le localiza a diversos lugares y cristaliza a veces según las exploraciones médicas.

Ahora se encuentra mejor.

Ayuntamiento de Madrid

VII DEPRESIONES Y ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

La medicina psicosomática surgió como un intento para psicologicar la medicina, o por lo menos el estudio de algunas enfermedades, ya que los puntos de vista científico-~~mentales~~ naturales que están en auge desde hace casi 200 años se demostraban insuficientes. El problema se planteó de una manera más aguda después de la 1ª guerra mundial y las nuevas ideas conocieron un gran empuje en Estados Unidos años más tarde. Cuando terminó la segunda guerra los psiquiatras europeos quedaron sorprendidos del desarrollo que había tenido la medicina psicosomáticas al otro lado del Atlántico (Th. v. UEXKULL).

La medicina psicosomática comenzó intentando aplicar los conocimientos del psicoanálisis. Las razones de esto fueron muchas y difíciles de analizar. La más importante es que en los primeros años de este siglo la psiquiatría académica era aun asilar y su área de conocimiento se refería más a los trastornos mentales más graves, las psicosis. El psicoanálisis se desenvolvía en las consultas ambulatòrias y por lo tanto más en el ambiente social del enfermo y era por lo tanto más consciente de las influencias que podía tner éste en la génesis de las desviaciones patológicas. Por otra parte, el psicoanálisis sigue en el fondo unos esquemas de pensamiento científico-naturales, buscando relaciones de causa-efecto, y más aun construyendo cadenas de asociaciones que se remontan en la historia del paciente. DENIS LEIGH en este sentido ha llamado la atención sobre la influencia de JACKSON en FREUD. De todos es sabido como los comienzos de éste en la neurología fueron extraordinariamente brillantes (vease la biografía de JONES). Así de esta manera la medicina psicosomática se montó sobre los conocimientos que se tenían de las neurodis a través de un mecanismo central y general que es la <u>reacción de conversión</u>. Las enfermedades psicosomáticas tenían igual que la histeria una psicogénesis. FREUD fue el primero que postuló la existencia de este mecanismo en una variedad de procesos somáticos.

Ayuntamiento de Madrid

Luego ALEXANDER hizo la distinción entre las reacciones que se llevan a cabo a través de los sistemas sensitivos y motores voluntarios y las que suceden fuera de él. Solo las primeras eran reacciones de conversión en sentido estricto. Sin embargo, el mismo ALEXANDER y posteriormente otros muchos aceptan la existencia de reacciones de conversión, es decir, reacciones de sentido mediado a través de otras vías.

La experiencia clínica en el terreno de las neurosis ha llevado a relegar la impertancia de estos mecanismos a un segundo plano, sobre todo por los resultados de los tratamientos. En efecto, la reacción de conversión tiene una contrapartida de la terapeútica que es la catarsis como vía de curación, pero como los casos en los que ésta es eficaz son muy raros hay que pensar que una dinámica tan simple no es la base de los trastornos neuróticos. Sin embargo, en medicina psicosomática han persistido estas ideas habiéndose llegado a una situación paradójica. GITTLESON, psicoanalista norteamericano, en una conferencia en Topeka planteó el problema de una manera muy realista. Dijo que aun sabiendo cierto que muchas veces el síntoma carecía de sentido y no se le puede encontrar, es decir, que la reacción de conversión no era aplicable a los problemas psicosomáticos y muchas veces ni siquiera a los neuróticos, él se comportaba como si así fuese, porque de esta manera sí podía lograr un camino por donde penetrar en la personalidad y de esta manera tratar de restructurarla. Es decir, GITTLESON como psicoterapeuta no aspira a curar al enfermo, ya que carece de una teoría científica sobre la enfermedad, sino a ayudarle a través de la situación transferencial.

Buscando una fundamentación científica del problema se ha intentado un camino intermedio a través del que la alteración se considera primariamente psicofísica. A este grupo pertenecen las investigaciones coloreadas psicoanaliticamente como las de la escuela de MITSCHERLICH y la de Th.v. UEXKULL.

Engels hace un intento de mantener la reacción de

Ayuntamiento de Madrid

conversión diciendo que ésta a veces no es más que un paso en la cadena de mecanismos que llevan a la lesión, y que luego ésta ya sigue su camino independiente. Este primer paso se da a través de la "percepción" del órgano afecto, que deja rastros en la memoria que son posteriormente reactivados por la conversión, es decir, se les carga de un sentido (lenguaje de órganos). Hay procesos fisiológicos no mediados a través del sistema nervioso de la vida de relación que pueden percibirse en un momento determinado. Por ejemplo las nauseas y el vómito como reacción a una alimento contaminado. Posteriormente este recuerdo puede ser reactivado en una reacción de conversión, que es mediada a través del sistema nervioso vegetativo. Así pues la distinción de ALEXANDER no es necesaria. Posteriormente esta reacción de conversión puede complicarse por la aparición de síntomas que dependen de la alteración patológica producida y no tienen pues un sentido por ellas mismas. El síndrome de hiperventilación puede ser una reacción de conversión, pero el descenso del nivel de conciencia o el desvanecimiento, las parestesias, etc., no son síntomas de conversión, sino que se debe a la alcalosis que produce la hiperventilación.

Nosotros, siguiendo a LOPEZ IBOR, partimos también de unas ideas similares a estas de MITSCHERLICH, UEXKULL, ENGELS y otros, es decir, de que existe una correlación simultanea entre síntomas psíquicos y síntomas somáticos, esperando encontrar de esta manera relaciones más claras entre ambos. Una vía es la del estudio de estos equivalentes depresivos.

La mayoría de los cuadros descritos en los capítulos anteriores figuran como síntomas psicosomáticos en la literatura (dolores de conversión, reumatismos psicosomáticos, prurito psicosomático, etc.) pero queda aun fuera de ellos la mayor parte de los problemas psicosomáticos. ¿Qué sucede con ellos?

La bibliografía sobre el tema es relativamente amplia y las opiniones son contradictorias. La mayoría de los trabajos publicados hablan a favor de una relación

Ayuntamiento de Madrid

entre las enfermedades psicosomáticas y las psicosis, siendo muy raros los que no la aceptan (LEIGH y LOVETT DOUST y luego LEIGH y MARLEY critican en cierta manera estos puntos) ya que en unas estadísticas esta relación no es clara. Por ejempo, las crisis asmáticas no están en relación cronológica con los episodios psicóticos, por otro lado éstos no son más frecuentes en los enfermos de asma. Sin embargo, son estos trabajos estadísticos muy limitados al problema del asma. En el mismo asma ROY, HAY y MacDOKELL encontraron hallazgos contradictorios, para SABATH y LUCE la relación entre asma y psicosis es variable.

Las grandes estadísticas no son concluyentes. En las de LOVETT DOUST aparecen más enfermedades médicas en los enfermos psicóticos y neuróticos, sobre todo en aquellos que en la población sana. ROESSLER y GREENFIELD encontraron una correspondencia en un grupo de estudiantes, se trataba de alteraciones psiquiátricas y médicas leves.

Sin embargo suele decirse que hay una relación inversa entre ambos fenómenos. Según McALLISTER y HECKER la alergia en los enfermos psiquiátricos hospitalizados es muy baja. Según SWARTZ y SEMRAD y MENNINGER la salud física del enfermo mental está por encima de la media. Si se estudia la evolución se observa unas alternancias entre trastornos psicosomáticos y psicosis (MENNINGER, THOMAS, KENNON, MALAMUD y MYERAN, SAXL, etc.) (vease el capítulo de la suplencia de síndromes).

Hay que tener en cuenta que si bien esto es un hecho que pueden observar en la clínica su interpretación es dificil. La presencia de una enfermedad mental puede influir en el curso de una enfermedad somática a través de una acción secundaria (cambio de modo de vida, mayores o menores cuidados, hospitalización, etc.) (GREGS). Por otra parte N. WOLF ha demostrado la presencia de grandes alteraciones somáticas, úlceras sangrantes mortales a veces, en delirios paranoicos, dato confirmado por los autopsias en las que la frecuencia de úlceras en la esquizofrenia iguala a las de la población general mientras que en clínica es una asociación muy rara (WITTEN).

Ayuntamiento de Madrid

Otras veces la alteración somática coincide con una alteración psicológica. WEISSMAN ha estudiado las exacerbaciones de la úlcera duodenal en situaciones conflictivas específicas. Para ROTHEMBERG esta asociación es posible porque la psicodinamia de los síntomas discurre por la misma vía. SPERLING encontró que en la colitis ulcerosa grave de los niños se observa una estructura de la personalidad semejante a la de los melancólicos, es decir la nefermedad se produciría por la dramatización somática del mismo conflicto y así se pueden citar muchos más trabajos (vease AFEL y ROSEN).

Sin embargo hoy día se piensa que esta relación no es sencilla sino que caben muchas posibilidades (THOMAS, MENNINGER, KUTEMEYER, ENGEL, etc.). A veces la actuación sobre la función alterada de un órgano puede desencadenar una psicosis al romper el equilibrio dinámico (GRINKER y ROBINS). A estas explosiones psicóticas (psychotic breakdowns) se les concede mucha importancia en la psicodinamia norteamericana, tanto que lleva implícito un cierto nihilismo terapeútico (como en ENGELS por ejemplo). Otros hablan de la necesidad de valorar el cuadro clínico en conjunto y no los síntomas en aislado, haciendo participe al enfermo de esta consideración para que no se sienta defraudado cuando su médico intenta "solamente" suprimir un síntoma (FRANK). Nosotros pensamos que estos temores están justificados. En el capítulo anterior (La suplencia de los síndromes) quedan aclarados nuestros puntos de vista en este terreno. Psicosis y trastornos psicosomáticos aparecen a veces de un modo sincrónico, otras veces las manifestaciones agudas de una enfermedad somática coincide en una estrecha relación temporal con una fase o un brote (SPIEGELBERG, KUTEMEYER).

HANSEN fue el primero que se refirió a estas evoluciones físicas. CONRAD interpretaba el fenómeno en que tanto el cuadro psíquico (depresión) como el somático eran reacciones fisiológicas exageradas. WINZENRIED y GEHLKEN han llamado la atención sobre estos cursos físicos a los

Ayuntamiento de Madrid

que la escuela de BURGER-PRINZ ha prestado gran interés. Para ellos la existencia de esta evolución física quita toda la importancia al papel de los significados de los síntomas.

Nosotros siguiendo a LOPEZ IBOR, pensamos de un modo parecido. Las enfermedades psicosomáticas, al igual que los trastornos endógenos toman varias formas de curso (vease el capítulo anterior). Unas veces aparece un episodio único, otras veces el curso es físico y otras veces el curso se enconiza. LOPEZ IBOR ha hablado de verdaderos desarrollos psicosomáticos. La enferma Guadalupe T. es un ejemplo de lo que sería esto último (vease el capítulo de las parestesias).

En nuestro material se observan todas estas posibilidades. Por una parte uno de los rasgos de los equivalentes depresivos es que en un mismo enfermo aparecen, coincidiendo, alternando o en fases diferentes varios de ellos. Otras en cambio son más raras.

* * * * * *

Nauseas y vómitos

La nausea puede ser considerada casi como un estado de ánimo. Bien difundidas est'an las ideas de SARTRE en este sentido. Como todo estado de ánimo, tiene fronteras con otros, así la nausea está emparentada con el asco, el vértigo y el tedio. V. WEIZACKER establece la relación entre el vértigo y la nausea a través de las relaciones anatómicas del núcleo de DEITERS. LOPEZ IBOR hace una crítica de estas nociones en "La angustia vital." En castellano la palabra angustia tiene a veces un matiz de nausea y vómito, tanto que entre personas poco cultivadas son sinónimos.

MASSERMAN se ocupó hace muchos años de lo que llamó vómito psicógeno. Las referencias a las nauseas y a vómitos en los deprimidos son raras. El vómito de las

Ayuntamiento de Madrid

Depresiones es de origen central pero tiene unos rasgos que la distinguen de otros tipos más conocidos como son el vómito de las hipertensiones intracraneales o de las infecciones, etc. El vómito es uno de los síntomas psicosomáticos que a veces se presenta en el comienzo de una fase depresiva. El vómito no es brusco sino surge sobre un estado nauseoso mantenido, que al igual que otros equivalentes solo remite en las horas de la tarde.

Por supuesto que aparecen otros síntomas del mismo significado y sobre todo estado de ánimo emparentan con ella como son el asco y el tedio. El vómito espontaneo y provocado es uno de los síntomas más destacados de la anorexia nerviosa, cuyo estudio entra de lleno dentro de estos equivalentes timopáticos y que si no se incluye aquí es porque será, Dios mediante, objeto de trabajos posteriores.

Ha.nº 9.494- José Enrique R., 35 años. "desde que yo me acuerdo" dice "tengo nauseas todas las mañanas." Se despierta y lo primero que hace es evacuar y enseguida le empiezan las arcadas, siente dolorida toda la zona del epigastrio. Estas molestias le duran toda la mañana durante la cual se encuentra sin ganas de trabajar con dificultades en la atención, lleno de malestar y astenia. También tiene jaquecas que se acompañan de espasmos y el vientre como si se paralizara; esto le ocurre por la tarde. Esto se le quita con dos Optalidones. Este cuadro lo tiene a temporadas, pero en unas es más llevadero y disminuye en intensidad y otras es peor. Cuando tiene una gran emoción peor. Cuenta que su padre murió a causa de un bombardeo durante la guerra y su madre quedó paralítica falleciendo tres años después. El enfermo a los 17 años después de haberse muerto su padre y su madre tuvo que incorporarse al frente. Hizo la carrera de derecho después y empezó a preparar cátedra. Muy inteligente, ha sido siempre considerado como "niño prodigio." En el EEG aparecen ritmos lentos durante la hiperventilación. Tensión normal. Las crisis siempre van acompañadas de bostezos o de unos movimientos de boca parecidos al bostezo. Dice que las propias nauseas matinales le liberan del malestar; es como una orda, cuando tiene la crisis se siente liberado y después mejora. Esta experiencia la tenía ya desde muy pequeño, recuerda una crisis a los 4 años.

También en la clínica se asocia la nausea (patológica) con los vértigos timopáticos.

Ha.nº 12.371- Maria M., 25 años, soltera, Badajoz.
Desde hace 8 años viene padeciendo por temporadas

Ayuntamiento de Madrid

mareos y una flojedad. En el estómago sentía como un escozor y nausea y sin poder llegar a erutar. Se le formaba un nudo que le fue aumentando. Esto le imposibilitaba el tomar agua. Tenía que tragar en tragos muy pequeñitos. En los sólidos notaba ese nudo. Ella tenía miedo que fuera cáncer. Después, hace unos dos años, notó en la cara una tirantez que se mejoraba si tomaba un poco de limón en ayunas. Hace 3 o 4 años ese nudo le comenzó a producir crisis de llanto. La cabeza la siente como vacía. Después de comer muchas palpitaciones. Cuando se emocionaba le daba calor en todo el cuerpo. Hace dos veranos estaba muy mareada y con mucha tirantez y nauseas. Al dormir la siesta, después de esto mejoraba. Fue diagnosticada de gastritis. Luego en Octubre tuvo mareos y vómitos y diarreas y una astenia muy grande. Esto le duró 2 o 3 días y se le repetió unas 10 veces. Fue diagnosticada entonces de hepatitis y pasó tres meses en cama. Permanece todo el verano de 1954 bien. Pero entonces le aparece un dolor en la nuca, es como una tensión y los mareos y los vómitos y no podía levantarse. Mucho temblor y no podía resistir el llevar un vaso a la boca. Hormiguillo en la mejilla y cefaleas. En la actualidad tiene mucho miedo y una gran inquietud. Permanece una semana bien y otra con mareos y con trastornos gástricos que son sobre todo nauseas. Desde Octubre de 1959 estuvo una temporada sin nauseas. Es capaz de sostener una conversación animada, pero aun cuando de pronto se da cuenta de que tiene un temblor y el estómago vacío y de pronto le entran las nauseas. Siente dolor y escozor que le sube por todo el esófago, dolor en la nuca que se le pasa al hombro. En la frente parece que le tira; mareo y una sensación como de haber estudiado mucho. Siempre ha sido una mujer tímida y retraida. Ha visto a muchos médicos.

Un hermano, el mayor, es nervioso. El otro murió de una fiebre tifoidea. La madre es una persona seria. Lo que más le preocupa son sus mareos.

Ha.nº 7.918- Pedro P., 48 años, labrador, Ciudad Real.

Viene a la consulta por mareos y malas ideas. Hace 10 meses, encontrándose previamente bien, le comenzó bruscamente una sensación como de calor que le subía desde el pecho a la cabeza. Después tuvo nauseas y escasos vómitos que se acompañaron de una sudoración fría. Desde entonces no se encuentra bien. La primera crisis le duró como media hora. Le siguió casi inmediatamente otra. Sintió brusca la sensación de malestar general. "Lo único que quería era que me dejaran. La cabeza no consentía que me hablasen. Tenía sudor frío. No podía ni levantar la cabeza. Si lo hacía me mareaba y me caía como si una electricidad me tirara de ella." Se daba cuenta de todo lo que sucedía a su alrededor. Permaneció en cama 5 o 6 días, no quería levantarse por miedo, miedo porque no se fuera su mujer. Creía que le podía pasar algo sé se encontraba solo. Se levantó y poco a poco fue recobrando las fuerzas pero la cabeza no la tenía bien. Si giraba la cabeza hacia cualquier lado se mareaba, perdía completamente la visión, tenía que agarrarse para no caer.

Ayuntamiento de Madrid

Tenía que marchar siempre con la vista fija en el mismo punto. Pocos días después le comenzaron unos accesos en que sentía como si le retorcieran la cabeza y se acompañaba de malas ideas. Era como un deseo de matar a su hija a quien quiere tanto. "Yo me contrarrestaba estas ideas y por eso sabía que no llegaría a matarla, pero el miedo yo lo tenía." Estas malas ideas le duraban horas e incluso a veces un día entero y después le quedaba como un retemblor interno en la cabeza. Así ha continuado hasta ahora, siguiendo desde hace un mes y medio. El mareo al girar la cabeza casi le ha desaparecido, encambio continuan sus malas ideas, tal vez menos intensas. Es el miedo a hacer algo. Al principio era una clara idea de matarla "porque no me regía la cabeza." Cuando está sin sus malas ideas se encuentra casi bien, pero no tiene ilusión por nada, ni por sus tareas en el campo, ni gana de nada. A veces deseos de llorar, muy triste por su enfermedad. Los días de más trabajo, durante la recolección de la cosecha, fueron los que pasó peor. Cuando estaba terminando le vino un ataque muy fuerte.

El padre murió de colitis a los 70 años y la madre a los 60 de agotamiento. Han sido 8 hermanos, uno murió a los 53 no saben de que; otro a los 40 de desnutrición y otro a los 19 de tosferina.

El vómito es un reflejo del sistema nervioso que tiene un caracter defensivo destacado. Cuando un alimento irrita la mucosa del estómago o las papilas del gusto, la motilidad gástrica se invierte y es expulsado del organismo. De la misma manera sobre un estado nauseoso una situación de disgusto puede desencadenarse el reflejo, sobre todo en personas que ya de por si tienen una tendencia a reaccionar exageradamente.

Ha.nº 8.714- Antonio G., 36 años, casado, catedrático.

Es un hombre muy impresionaibe que cualquier emoción o cualquier estímulo le produce un desequilibrio en todos los aspectos,física y psíquicamente. Se considera falto de resistencia para soportar la actividad a que está sometido cuando cumple determinadas horas de trabajo. Se apodera entonces de él cierta intranquilidad, una irritación y mal humor que le hacen sentirse mal, sin embargo sigue desempeñando sus cargos, incluso amplía el campo de acción de sus cosas. Ha tenido trastornos de joven, los mismos que ahora. Solo que hace unos dos años se le han acentuado. Ante cualquier preocupación del tipo que sea, hablar en público, recibir gente extranjera, preparar exámenes, etc. o bien con emociones incluso gratas, ganar oposiciones, éxito, conferencias, etc. sufre una caída en el ánimo unida a trastornos somáticos, generalmente son en el aparato digestivo el que es más atacado. Unas veces siente que se le inflama el vientre o bien unas

Ayuntamiento de Madrid

contracciones bruscas que le obligan a expulsar el elemento del estómago y del vientre. Tiene crisis muy agudas de vómitos y cólicos intestinales durante las cuales y tras la expulsión de muchos líquidos ha perdido a veces el conocimiento. Esto le ha pasado unas 5 veces en dos años. La que más le duró fue de una media hora. Estas molestias se acompañan de pesadez en las piernas que las siente como hinchadas, le cuesta mucho moverlas y andar, como un ardor por dentro, otras veces le aparecen molestias circulatorias, como si le estrujaran el corazón. Un médico le dijo que se trataba de descompensación de las coronarias. Siente hormigueo en las piernas y pies y a veces sofoco en la cara. Por las noches duerme mal, es la intranquilidad, un estado angustioso que no le deja parar. Tan pronto le duele la cabeza como siente un mareo lento, como un gran apocamiento y pocas ganas de ver a la gente. Ha ido a infinidad de médicos pero sigue con lo mismo.

Durante los tres años que siguieron a la continuación de la guerra tuvo como unos desmayos que le daban casi a diario, una especie de crisis que le venían con sobresaltos mínimos, sentía que se iba a desmayar, como si se le fuera lavida, pues le quedaba un estado del que se daba cuenta de lo que pasaba a su alrededor pero sin fuerzas para nada. Con palpitaciones, angustia, escalofríos, le duraban solo unos minutos, eran unas crisis vasovagales. El padre tiene molestias parecidas. Los 6 hermanos que viven todos con distonias vegetativas. Dos tíos por vía materna epilepticos. La angustia no aparece ante la muerte ni ante la locura, por lo menos no se evidencia claramente así, es más bien ante la anulación de su personalidad y su incapacidad. Es curioso también anotar que el que el médico le dijera que se tratara de una descompensación de las coronarias no le preocupase. A pesar de que él sentía las molestias como si le estrujaran el corazón. EEG desincronizado.

Ha.nº 15.015- Milagros C., 50 años, casada, Santander.

Desde hace muchos años, desde que se casaron, ha notado la enferma que tiene temporadas en las que está más irritable y pesimista. Se encierra en casa. En general estas épocas le duran unos meses. La última temporada es más duradera. Lleva con ella desde hace dos años y sus trastornos son más acentuados, se encuentra pesimista, agranda mucho los problemas, se queja de que no la tratan como es debido. Dice que el marido no la tienen consideración. El marido no ha despedido a una empleada a pesar de haberla cogido robando, en contra de la opinión de la enferma. Esto le ha dolido mucho. No es que esté celosa sino que se queja de que el marido no tiene en cuenta su opinión. Dice que no la ha echado porque lleva 30 años en la casa, y solo le quita pequeñas cosas. "Además quizás yo sea debil de carácter." Parece ser, que a veces también la enferma le ha reprochado de ser debil en el terreno sexual, de no desearla. El marido dice que él procuraba limitar las relaciones los días no peligrosos. A veces se excita mucho tiene crisis durante las cuales llega a perder el conocimiento con temblor y se queda rígida.

Ayuntamiento de Madrid

Fue vista por varios médicos. Casada 19 años con 6 hijos. Es la segunda de 6 hermanas. El padre tomaba mucho bromuro. Tuvo una crisis en una ocasión hablando con el marido de la enferma. Fue un ataque epiléptico. Era muy nervioso y teatral. Se separó de la mujer, vive con otra. Una hermana tuvo un tumor cerebral. Un hijo tuvo hemorragias en la retina. La enferma dice que se irrita, se excita y llora y aumenta mucho los problemas. Se siente decaida y tristona con ganas de llorar, sin ninguna ilusión, así desde hace años. Si le llevan la contraria se excita mucho, chilla y se irrita. Reprocha al marido en hacer su santa voluntad. Tiene tendencia a vomitar, las dos últimas veces cuando las bodas de sus hijas. Después ha seguido vomitando con frecuencia. A veces nota mucha inquietud por dentro, como si tuviera una locomotora. Menopausia hace 5 o 6 meses. En el fondo hay una serie de conflictos conyugales motivados por la distimia de ella. Ella es una mujer enérgica, razonadora y al mismo tiempo muy afectiva. El marido es débil. Los hijos aunque le dan razón, en el fondo niegan que ella la tenga. Ahora, por ejemplo, llevan dos años en el matrimonio sin ninguna vida conyugal y sin ninguna vida íntima. De vez en cuando, grandes discusiones delante de los hijos mismos.

Ha.nº 15.046- Adolfo G., 47 años, casado, comerciante, Albacete.

Siempre ha sido muy nervioso, bastante impresionable del tipo emotivo. Desde que recuerda, cada vez que veía sangre o sufría una emoción determinada, al ponerle inyecciones por ejemplo, o si mira como se la pone, le entraba una angustia blanca, dice él. Es decir, palidez, perdía el conocimiento y se caía al suelo. Recuerda otro episodio que le produjo la misma sensación de que iba a desvanecerse, pero pudo sobreponerse. Fue hace un año y después de haber hecho un viaje en automovil de noche y además llevaba la dirección del auto un mal chofer con lo cual estuvo todo el viaje en tensión, temiendo un accidente a cada curva de la carretera. Llegó al hotel y se acostó. Notó que la cabeza se le iba y también la angustia que había sentido en otras ocasiones a la vista de la sangre. Consiguió sobreponerse y casi arrastrándose fue al baño, se lavó la casa con agua fría y evitó el desmayo. Los disgustos tienen en él gran repercusión, las contrariedades le quitan el apetito y se queda sin probar bocado hasta que pasa la preocupación. Hace unos 7 años tenía unos "episodios" que siempre eran iguales y tenían el mismo ritmo. Bruscamente siente desanimo, abulia, desinterés por el trabajo aunque él es muy diligente. Habitualmente siente calor, pero a veces frío excesivo. La ropa le agobia y toma duchas frías. Luego vuelve el frío y tiene un estado nauseoso constante. Tiene que hacer esfuerzos para no vomitar y a pesar de ello vomita con frecuencia. Dolor de estómago que solo cede con alcalinos. Pérdida de apetito. Durante estos episodios nota una curiosa transformación. Habitualmente tiene mal olfato, pero durante estas crisis se le vuelve muy fino y distingue cualquier aroma. Como se siente

Ayuntamiento de Madrid

muy mal con vómitos frecuentes y malestar, pierde el sueño. Se ha de meter en cama a veces hasta 18 días sin comer, vomitando todo lo que toma y teniéndole que inyectar sueros. Al cabo de estas crisis pierde varios kilos hasta ocho. Ha sido visto por varios especialistas de digestivo que no le han mejorado, ni tampoco los planes diversos de alimentación que ha seguido. Nunca se ha encontrado nada orgánico en la exploración. Al principio pensaron que era una pequeña úlcera que nunca se encontró. Otro especialista pensó en un proceso tumoral canceroso. Otro habló de distonía neurovegetativa. Las crisis han sido cada vez más frecuentes. No se ha repuesto de una cuando llega la siguiente. Ahora, en el momento que consulta con nosotros solo toma bicarbonato.

Antecedentes personales: tifoidea a los 36 años. Casado a los 29 tiene tres hijos. Trabajaba en una empresa diez años pero luego ha pasado a ocuparse del negocio de su suegro que le da muchas preocupaciones. Disgustos porque unos familiares le llamaban de noche insultándole por motivos del negocio y amenazaban a sus hijos. El enfermo llegó a dar parte a la policía. Ahora ya ha terminado ese asunto y su mujer sigue viendo a esos parientes como si nada hubiera ocurrido. A él le repugna verlos. Esto ocurrió poco más o menos cuando le empezaron los trastornos. Tiene un hermano menor, la madre es de temperamento nervioso y también el hermano. Las crisis se desencadenan siempre por algún viaje. Le entra decaimiento, desgana, después sensación de escalofrío, nauseas y ganas de devolver. Entonces hay solo una sensación de desvanecimiento y una sensación especial que no le deja reposar y está devolviendo continuamente. Como sabe que cuando está vencida la crisis puede comer algo, intenta tomarlo y cuando el estómago lo acepta sabe que está vencida la crisis. Numerosas exploraciones de vesícula, estómago, aparato digestivo en general nohan encontrado nada. Las crisis son consideradas por los especialistas como crisis cólicas.

Muchos enfermos deprimidos sienten molestias vagas y difusas en el abdomen. Un interrogatorio mal dirigido puede llevarnos a conclusiones erróneas porque nos dirá que siente dolor allí donde no lo siente sino un ligero malestar. El médico busca la causa del malestar e indaga, pero el enfermo le acompaña en la investigación ya que la ignorancia sobre sus males hace que éstos sean más angustiosos. El temor a padecer de algo grave acompaña a todas estas molestias que son para el paciente una amenaza de mayores males porque la propia angustia se halla allí, encarnada. Así el enfermo responde afirmativamente a las preguntas y exploraciones y maniobras exploratorias del médico. El enfermo se siente "consolado" con el hallazgo de un órgano lesionado. Luego, el tratamiento, como es

Ayuntamiento de Madrid

natural, no resuelve el problema, ya que estaba fundamentado sobre premisas falsas. Las molestias se reanudan. No es raro que si se ha practicado una intervención quirúrgica se piense en la posibilidad de unas adherencias.

Ha.nº 11.100- Enfermo de 38 años, soltero que desde los 12 años tiene molestias en el vientre en fosa ilíaca derecha, a temporadas. Siempre muy aprensivo. A los 30 años le operaron de apéndice y como después continuaron las molestias le dijeron que era debido a "adherencias." Siguió más o menos igual hasta que hace nueve meses notó que se mareaba, ponía pálido, notaba las piernas acorchadas y se sentía como ~~se~~ si se fuera a morir. Se acostaba y tomaba una taza de tila o café y se le pasaba, pero quedaba nervioso y angustiado. Desde entonces ha estado unos días mal y otros bien. Le da miedo salir solo a cualquier parte porque "cree que le va a pasar algo." Crisis de palpitaciones que le atemorizan. Cuando discute con alguien se altera mucho. Si se le pone una idea en la cabeza es difícil quitársela. No le gusta que le cuenten cosas de muerte o parecidas. En la iglesia tiene que salirse cuando empiezan a predicar. No ha querido hacer ejercicios espirituales ni oir prácticas religiosas por radio. Se encuentra a disgusto en sitios cerrados como hace calor. Duerme bien pero a veces tiene sobresaltos. Mejor al despertar y peor al mediodía. Durante el interrogatorio se levanta varias veces de la silla para pasear.

Tiene tres hermanos uno de ellos con síntomas parecidos. Un sobrino tratado en esta consulta.

Cuando el enfermo no se conforma con la opinión de un médico y consulta con otro y éste no coincide, se sume en un mar de confusiones que aumenta con el número de médicos consultados. Finalmente el enfermo no sabe que hacer ni a qué atenerse. La propia ansiedad es la que le mueve en su periplo consultor. Lo importante es junto con el intento de valorar el síntoma de un modo lo más preciso posible, es decir, "qué siente" y "qué significa" el síntoma para él e investigar sobre la existencia de otros síntomas depresivos.

A veces la evolución de los síntomas puede darnos la clave del problema. Una fase depresiva puede ser precedida por un largo periodo de trastornos psicosomáticos. Luego, cuando la enfermedad se prolonga y cuando se profundiza, los síntomas corporales pasan a un segundo plano y termina por desaparecer cuando se ha constituido un síndrome

Ayuntamiento de Madrid

melancólico típico. Más tarde, una vez tratado éste, en el periodo de remisión, la "fase psicosomática" puede reaparecer durante un tiempo hasta que se alcanza la remisión total. Este es lo que sucedió en el enfermo siguiente.

Hª.nº 17.829- Enfermo de 44 años, casado, enviado por un internista con el siguiente informe: "No hay antecedentes patológicos ni en su niñez ni en su juventud. Su padre se retiró joven del trabajo 'por sentir agotamiento', pero no tenía nada patológico al parecer. Este enfermo es muy trabajador, capaz y con gran rendimiento en diversos países. Consultó por primera vez por unas molestias dispépticas. Ninguna alteración en torax, estómago normal, tono y peristaltismo normales, pero con evacuación gástrica retrasada. Ligera deformación del bulbo con escasa repleccián y visibilidad. Colecistografía normal, buena respuesta al Boyden. Sometido varias veces a las mismas exploraciones y análisis funcionales siempre con hallazgos normales."

Ultimamente, desde hace dos semanas que ha vuelto de vacaciones, está muy deprimido y no puede reincorporarse al trabajo. Se metió en cama y no fue al trabajo ni llamó. La mujer le nota cambiado desde hace dos años en su caracter. Antes era alegre, bromista y con buen humor. Ahora es callado, reservado y serio y no le apetecen como antes las reuniones con amigos. Lo encuentran envejecido. Las molestias abdominales le empezaron el pasado año en primavera: digestiones difíciles, pesadas. Se sentía lleno tras la comida aunque fuera muy ligera. La mujer cree que en esa época la reserva y seriedad de su marido era mayor. Sin decirle nada consultó a un especialista de digestivo. Mejoró algo con el tratamiento pero no consiguió recuperar sus humor. Los trastornos de estómago volvieron una vez más. Antes de las vacaciones mejoró pero se despertaba a las 5 de la mañana sin lograr conciliar el sueño. Todo lo atribuye a exceso de trabajo, aunque no era más intenso cuando empezó a encontrarse mal, pero él se encontraba falto de energía, con una obsesión por todo y solo veía el lado pesimista de las cosas. Peor humor.

Su depresión fue acentuando y se hizo muy intensa, teniendo que ser tratado con eletrochoques. Luego remitió. A los seis meses seguía bien aunque tenía de vez en cuando algunas molestias digestiva que llegaron a desaparecer. Luego se tienen noticias de él al año y sigue bien completamente sin tratamiento algunos.

Enfermos poco cultivados y sobre todo si tienen una ligera <u>debilidad mental</u> son capaces de una introspección menor y por lo tanto expresan su sintomatología de un modo confuso. La siguiente enferma es un buen ejemplo de ello. Concurren en ella además la presencia de ataques histéricos que aparecen montados sobre estas fases depresivas. Este condicionamiento endógeno de la histeria ya fue postulado

Ayuntamiento de Madrid

por LOPEZ IBOR en "La angustia vital". Ahora se empieza a considerar el que los ataques histéricos puedan enmascarar una depresión.

Ha.nº 15.853- Enferma de 30 años, viuda que ha sido siempre muy nerviosa e impresionable. Desde los 22 años padecía frecuentes dolores de cabeza, mareos, tensión baja y molestias digestivas. Hacia los 24 años por las noches se le presentaban cólicos digestivos que no se le calmaban con nada y le repetían dos o tres veces por semana. Estuvo ingresada en un hospital y le dijeron que todo aquello "era de nervios." A veces tenía amenorrea. Hace tres años regañó con una encargada del taller donde trabajaba y como consecuencia tuvo un ataque de nervios. Notó una sensación rara que le subía por el estómago, como si perdiera la vida y se caía al suelo, quedando como muerta. Después comenzaba a bregar, se quería levantar, salta y pega a los demás y a veces tienen que sujetarla. No pierde el conocimiento y oye todo cuanto pasa a su alrededor. Aquel día le repitió dos veces el ataque y ya desde el primero se le quitaron los dolores de cabeza. Hace dos años tuvo otro ataque recien casada. Estaba en la cama con su marido y se quedó quieta, helada, como muerta. "Mi marido se asustó mucho, gritó y salió corriendo a buscar a un médico." Poco después se marchó su marido a Alemania a trabajar, ella se fue con él y allí se quedó embarazada. Después se puso muy mal de los nervios, quedó apañada, muy caída, se le caían las cosas de la mano y hasta la lavaban, no podía ni lavarse ni vestirse por sí misma, perdió 15 kilos en una semana, no comía ni dormía. "Los nervios se habían apoderado de mí." Tenía la boca encajada y no podía tragar nada. Además estaba nerviosísima, sobre-excitada, no podía estarse quieta en ningún sitio, dolor y opresión en el pecho y algunos dolores de cabeza. Estuvo ingresada en una clínica paiquiátrica durante cuatro meses. Mejoró mucho, pero en la clínica le dieron varios ataques. Con su marido volvió a España y estuvo bien unos meses. A los pocos meses su marido volvió solo a Alemania. Tuvo un accidente y murió atropellado por un tren. Acudió la enferma, y al verlo en el depósito de cadáveres tuvo otro ataque. Volvió a España y desde entonces, desde hace unos 9 meses está muy mal. Tiene frecuentes ataques con caracteristicas similares a los primeros descritos, cae al suelo, no pierde el conocimiento, se agita, muerde a los demás, grita y trata de correr. Le duran unos 15 o 20 minutos y le dan cada 15 o 30 días. Nunca se ha herido ni mordido la lengua, pero según ella los últimos ataques han sido motivados. Desde que se murió su marido está triste, llorando continuamente y muy decaida. Muy nerviosa, se sobra-falta por cualquier cosa. Duerme con pesadillas muy mal. Se levanta cansada, pero ha de ir al trabajo. En la fábrica le dan casi todos los ataques. Dice que no tiene ilusión por vivir. "Solo vivo por mi hija." Hace 3 o 4 meses quiso tirarse por una ventana después de una discusión con

Ayuntamiento de Madrid

la madre. Siente también palpitaciones, dolor en el costado izquierdo, gases en el estómago, borborismos y dolores de cabeza. La madre tenía ataques cuando era joven. Toda la familia es de temperamento nervioso. Niña tiene una ligera debilidad mental.

Ha nacido de embarazo y parto normal. Escolaridad escasa por tener que trabajar desde muy joven. Apenas sabe leer y escribir. Ha trabajado como sirvienta y en diversas fábricas. En la actualidad ha de seguir trabajando porque dice que le ha quedado solo una pequeña pensión del marido. Se casó hace dos años, tiene una hija de 14 meses.

En el estómago se reflejan muchas emociones. El malestar que sienten los niños en la fase prodrómica de las enfermedades infecciosas la expresan a veces como dolor en el vientre. Para algunas personas el estómago es el centro de su vida emocional. No es raro que si padecen una fase depresiva sean los síntomas digestivos los más destacados.

Hs.nº 15.143- Enferma de 47 años, casada, que siempre ha sido muy emocionable y preocupadiza por todo. Cualquier disgusto le repercute en el estómago y le da malestar en el vientre. En el mes de Marzo de 1964 comenzó a sentir malestar general y ligeros dolores generalizados en el vientre y crisis de diarrea con gases; dolor de estómago. Se ponía muy nerviosa pensando en que podía ser un cáncer. Fue tratada con antibióticos. Con este tratamiento se sintió perfectamente del estómago, pero se encontraba muy triste, sin ilusión por nada, sin ganas de hablar, sin gana de moverse. Dormía bien. Le venían sofocos, se ponía encarnada, pero ella lo atribuía a la menopausia. A finales de Octubre de 1964 comenzó a sentirse muy molesta por las mañanas con alteraciones de la función intestinal, dolor de estómago. Dos días antes de empezar estos síntomas, había tenido un disgusto con una sirvienta que le afectó mucho. Desde el mes de Marzo tiene unas crisis en que le da temor, miedo y parece que se va a morir y se asfixia. Oye lo que le dicen a su alrededor, pero no puede hablar por estar cerrada la garganta. Le duran 1 ó 2 minutos y se le pasan llorando o pataleando. Nunca le dan cuando está ella sola en su casa. Siente el desasosiego cuando le va a dar y le pide a su marido que no se marche a la calle y que la acompañe. A veces le dan hasta dos o tres crisis de éstas al día. Se acuesta temprano por aburrimiento y tarda muchas horas a dormirse. Si se despierta no concilia el sueño. Se encuentra agotada, sensación de que le faltan vitaminas. Siente un hormiguillo por todo el cuerpo, en los brazos en las piernas, en la cara, en la cabeza y le da la impresión de que tenga los pelos de la cabeza levantados y tirantes. Palpitaciones cardiacas, aerofagia, inquietud motora, con frecuencia ganas de llorar. Hace 5 días se despertó a las 12 de la noche

Ayuntamiento de Madrid

y tuvo 4 crisis seguidas de excitación con lloro y pataleo. Si está acostada tiene temor a levantarse, si está levantada tiene temor a acostarse. Por las noches se encuentra mejor pocas horas antes de acostarse. El padre murió a los 65 años de repente en Cuba. Era un hombre de genio fuerte, impulsivo y alegre. La madre vive, tiene 70 años. Desde los 14 años tiene crisis que han sido diagnosticadas de histéricas y le desaparecieron a la menopausia. Han sido 5 hermanos, uno murió de cáncer en la garganta. Antecedentes personales sin interés, tiene tres hijos, uno visto en la consulta. Alegre, tranquila pero preocupadiza.

Catamnesis; estuvo con oscilaciones dos años, luego apareció una braquialgia depresiva y finalmente todo el cuadro remitió.

La aerofagia es un síntoma frecuente en las depresiones. En la psiquiatría clásica se hablaba de una "melancolía ventosa." A veces la aerofagia se acompaña de sensación de plenitud gástrica y de palpitaciones. Se habla entonces de un síndrome gastrocardiaco de Roemheld, o de un síndrome epifrénico de Bergmann. La patogenia que se postula para estos trastornos es la distensión de la cámara aerea del fornix y su presión sobre los nervios vagos. Sin embargo, muchas veces hay que pensar en que la aerofagia y la crisis de taquicardia son síntomas del mismo trastorno depresivo.

Ha.nº 10.703- Enfermo de 60 años. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: catarros frecuentes, hipotensión, de carácter emotivo, facilmente irritable, siempre entusiasta y juvenil, no descansa nunca. Desde hace unos 2 o 3 años se siente cansado, sobre todo por las mañanas, se encuentra bastante mejor por la tarde. Hace dos meses pasó dos veces la gripe asiática y esto fue una causa desencadenante. Desde entonces, no come, no duerme, tiene crisis de sudores nocturnos, dificultad por la respiración, siente que se le llenan los pulmones, después de comer siente que se le hincha el vientre, entonces tiene crisis de taquicardia con bastante frecuencia. Sobre todo moralmente se siente deshecho, poco entusiasta, pesimista, siente que no va a poder vencer las dificultades. Pícnico muy típico, la depresión que padece también es muy típica. Nada en la exploración. El cuadro remitió y años más tarde tuvo una nueva fase con sintomatología diferente.

(Vease también la historia nº 13.181)

Otro trastorno que se suma a estos es el del hipo,

Ayuntamiento de Madrid

al que también se le suele atribuir una patogenia periférica. Nosotros nos inclinamos más bien por un origen central (como el hipo de determinadas encefalitis por ejemplo). Vease la historia nº 15.838 en el capítulo de los vértigos timopáticos. En esa enferma coinciden y evolucionan conjuntamente vértigo e hipo. El tratamiento mejoró a ambos. Es lógico pensar desde el punto de vista clínico su origen común.

El estreñimiento es un síntoma bien conocido de los cuadros depresivos, ahora bien, cuando éste no es muy aparente, o se presentan otros equivalentes puede surgir la confusión. La asociación de estreñimiento y cefaleas es relativamente frecuente (vease en el capítulo de las cefaleas timopáticas la historia nº 17.560 y la nº 16.479). En estos casos puede pensarse que se trata de un estreñimiento habitual y que la cefalea es consecuencia de éste. Curante una época de la medicina se dio importancia a ciertos factores de intoxicación, etc. Lo que en realidad sucede es que la depresión se manifiesta tanto por la cefalea como por una alteración de la motilidad intestinal.

Un cuadro que tiene a veces un origen depresivo es la gastrosucorrea de Reichman. En la enferma siguiente tras un periodo de gastrosucorrea y otro de trastornos como los de una anorexia nerviosa comienza una fase depresiva típica.

> Ha.nº 17.231- Enferma de 49 años, casada que siempre ha sido de carácter nervioso, y de genio fuerte. De pequeña llamaba la atención la imaginaci'on que tenía. Contaba en el parque a las personas mayores grandezas inexistentes de la familia. Era muy mentirosa aunque extrovertida y simpática, agradable, abierta y alegre. Era algo floja de salud, nerviosa y con tendencia a la melancolía, auqnue no lo manifestaba a los demás. A los 22 años se casó. El primer embarazo fue normal. Tuvo cuatro cálculos renales y luego una toxemia gravídica, con la tensión arterial muy baja, la vista se le nublea, en una ocasión estuvo dos días en que no veía. Escupía toallas enteras de saliva, no orinaba y estaba continuamente tratada con sueros. El parto y la chica fueron normales, después tuvo un aborto de tres meses y una niña y después otro aborto de tres meses. Por entonces hace unos 14 años llevaba una época de insomnio, pérdida de peso, nauseas, devolvía todas las comidas, delgadez, por lo cual pensaron que tenía apendicitis y le hicieron una laparotomía en

Ayuntamiento de Madrid

la cual le estirparon un ovario sin conseguir mejería. Atribuyeron sus molestias a trastornos vegetativos y fue tratada con Acetilcolina en choques con lo cual mejoró algo. Hace 9 o 10 años tuvo otra chica y a los 39 o 40 años empezó con las menstruaciones escasas, insomnio, nerviosa, inapetencia, delgadez, poliuria, sofocos por lo que empezaron a tratarla con Dianabol y cosas parecidas. Este tratamiento la tranquilizaba más y la volvía más eufórica. Ganaba peso con él. También le produjeron una modificación algo masculina de la voz, vello y rasgos faciales más endurecidos.

El matrimonio ha tenido algunos baches. Su marido y ella son de carácteres opuestos y chocan. Hace 10 años tuvieron una crisis por la que su marido perdió su fortuna y tuvo que emplearse. Sus hijos mayores no se han hecho cargo de esta situación y han pretendido seguir el mismo nivel de vida. Su hijo mayor no sigue ben los estudios de económicas y su hija tiene un genio muy fuette que choca a menudo con la madre. En Navidades empezó a encontrarse triste, muy deprimida al despertarse, acobardada, se sobresalta por todo y llora por cualquier cosa. Mejora al correr el día. Duerme sobresaltada aunque tome alguna tableta. Mantiene apetito. Si duerme siesta también se despierta sobresaltada. Fatigabilidad fácil y pérdida de peso. Arrastra la depresión hasta comienzos de primavera en que un médico le recomendó Triptizol y cedió algo "el susto que tenía" dice. Le afectan menos los ruidos y las aglomeraciones. En Mayo-Junio dejó el tratamiento hormonal y perdió 7 kilos de peso. Luego volvió al tratamiento. En verano menos deprimida y en otoño ha recaido. Un hermano del abuelo tuvo depresiones. Un hermano de la madre invertido, tenía manías, andaba vestido muy andrajoso y tenía ideas der ruina, no se lavaba por ahorrar agua, insultaba a todo el mundo, pero dicen que no estaba deprimido. Por delitos sexuales estuvo ingresado varias veces y murió en un sanatorio psiquiátrico. La familia de la madre todos son violentos e irritables. La madre es poco afectiva, exigente y rígida. El padre y hermanos normales. Un hermano fue tratado por lentitud en el desarrollo. Ahora normal aunque lento, meticuloso y exagerado en limpieza.

Molestias gástricas del tipo de las gastritis pueden bambién ser "equivalentes depresivos." Habitualmente no se presta atención a estos síntomas pero es curioso que si un enfermo viene a vernos con una depresión y una historia anterior en este sentido, a medida que progresa el tratamiento el enfermo, espontaneamente, deja poco a poco de limitarse la dieta y va abandonando los medicamentos (antiácidos, fermentos, etc.) que venía tomando. Si estas molestias coinciden con astenia, anorexia y pérdida de peso el diagnostico habitual es el de "gastritis."

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 17.201- Enferma de 49 años soltera que es muy nerviosa "desde siempre" pero que desde hace una temporada no hace sino llorar y llorar por todo se preocupa. Todo parece una montaña. Venir a la consulta le preocupa mucho. No tiene ganas de salir, ni de nada, ni de levantarse. Si la dejan se quedaría sola en casa llorando. Lleva así cuatro meses. Antes era pesimista y desde hace tres años pasaba unas temporadas peor, pero no es lo mismo que ahora, dice. Ha sufrido varias operaciones: apéndice, anexitis, riñón derecho por desprendimiento y riñon izquierdo por estenosis. La operación esta fue hace 14 años. Gastritis desde siempre. Ahora lleva un régimen de protección gástrica, ya que está peor del estómago desde que está mal de los nervios. Siempre se "sofocaba" facilmente y luego le temblaban las manos. Siempre ha dormido mal. Ha sido diagnosticada de complicación cardiovascular pero de eso no ha seguido tratamiento ni le preocupa, ni le molesta para hacer vida normal. Le dijeron que estaba compensada. El padre murió de anterioesclerosis cerebral. La madre del corazón. Un hermano suyo murió no sabe de qué. No hay antecedentes mentales en la familia, ni ciclotímicos. La enferma no ha tenido nunca fases de melancolía ni de euforia excesiva, al menos los familiares que la acompañan no lo han notado. Es muy religiosa. Un familiar que la acompaña dice que la vida de esta enferma ha sido poco "gratificante." Siempre en casa sufriendo con tanta operación, con la enfermedad del padre que le hizo pasar unos dieciocho meses muy mal, cuidándole hasta su muerte. También ha tenido relaciones sentimentales muchos años con un hombre mayor, salían de vez en cuando, pero no ha cuajado. La enferma llora durante la entrevista. No se encuentra enferma fisicamente "solo es que tengo demasiada preocupación por todo." Primero con los disgustos familiares especialmente con una prima con la que vivía y ha tenido que separarse aunque es la que la acompaña a la consulta. Le ha disgustado mucho no casarse con ese hombre con el que mantenía relaciones, pero él le dijo un día que ya no se podían casar porque él era demasiado viejo, tenía 62 años. "Esto me hizo polvo." Ahora se tratan como de la familia aunque le han aconsejado que no lo trate más. "Casi llegaron a decirme que yo era una perdida." Ambiente de chismorreo provinciano. De esto hace ya tres años y se ha ido encontrando cada día más desanimada y retraida, cada vez más en casa, saliendo solo lo imprescindible. Ahora la preocupación última es una tontería. Se ha quedado sin muchacha. También le preocupa la gastritis. Un día al despertar pensó que todo lo que le rodeaba era un horror, que tenía que quitar el polvo, arreglar su casa. "¿Qué hago sola en este mundo?" y se ponía a llorar. La criada a vuelto pero la sensación de miedo no se le ha ido. "Cuando me despierto y pienso que he de empezar un nuevo día me horroriza." Come muy poco y siempre llorando. Ha tenido dos novios más jóvenes pero los dejó ella y no le dolió tanto como la separación de este último. Muy angustiada, lo peor es la desgana de vivir. Dolores de estómago molestos y todo le produce vómitos. Ingresada dos semanas mejoró

Ayuntamiento de Madrid

de la depresión. Antes de venir se pasaba el día entero en casa y no atendía ni a la puerta ni al teléfono. Hasta el reloj automático se le paraba de tanta inactividad. Se trató con Anafranil intravenoso.

Catamnesis: seguida durante dos años ha continuado con un estado de ánimo magnífico y sin molestias físicas.

Si como sucede habitualmente en las depresiones el enfermo tiene empeoramientos en primavera y en otoño, el diagnóstico puedo ser de úlcera péptica.

Ha.nº 17.011- Enfermo de 42 años que desde los 18 ha padecido molestias de tipo dispéptico, quejándose de pesadez en las digestiones y molestias peri-umbilicales. Al comienzo tenía "hambre dolorosa." Fue a varios especialistas que lo diagnosticaron de úlcera y gastritis. A los 26 años tuvo un infiltrado de pulmón derecho y le hicieron un neumoterax y estuvo cuatro años en reposo durando de las molestias anteriores y sentándole bien todas las comidas. A los 30 años volvió a la vida normal y reaparecieron las molestias digestivas. Primero de tarde en tarde cada ocho meses, luego cada cinco meses pasaba tres semanas mal y así hasta la actualidad, sin guardar relación con las estaciones ni cronología fija. Sin relación con el tipo de comida que hace. Con el tiempo las molestias han aumentado y duran más aunque las características siguen siendo las mismas. Las de bienestar han ido disminuyendo. El especialista de digestivo ha dado diversas interpretaciones diagnósticas: colecistitis calculosa, principio de úlcera, dispepsia hepática, úlcera pilórica, úlcera duodenal. Hace dos años fue visto por otro especialista que no le apreció nada orgánico y le dijo que todo eran "funcional" y que debía hacer una vida tranquila y despreocupada, cosa que no ha podido nunca conseguir porque ha de trabajar. Mejoró algo. Hace un año fue visto por un psiquiatra porque se encontraba triste, sin ilusión por nada y seguía con las mismas molestias. Con el tratamiento mejoró unos días pero a los tres meses recayó. Luego fue visto por otro especialista y el tratamiento le mejoró solo diez días.

Desde hace un año que le notan apagado y preocupado. El enfermo dice que está mal desde los 18 años, explicando sobre todo las molestias digestivas y un malestar tan intenso que se desespera, dice. Lo único que le calma es el Sulmetín Papaverina. A veces la molestia se concentra en el estómago y ha de hacer absoluto reposo porque cualquier esfuerzo físico le aumenta la molestia que le oprime y le dá mareos como si fuera a expéotar. Tiene muchos gases que no puede expulsar. Desde hace cuatro años las molestias le despiertan de madrugrada. Hace dos años episodios diarreicos que cesaron espontáneamente. Ahora más molesto cuando está estreñido. Localiza y señala la molestia en el lado derecho. Le dura una hora y se echa y le calma. "cuando aprieta la molestia, me desespero y de malhumor y lo pagan mi mujer y mis hijos. A veces todo me cae mal y me enfado con ella y reconozco que el 98 % de las veces no tiene ninguna culpa". Hace años tuvo unos "mareillos"

Ayuntamiento de Madrid

cosa insignificante, se sentaba, sudaba y le pasaba. Ahora no los tiene. Sueños angustiosos. A veces nota que se le para el corazón momentáneamente y en seguida sigue su marcha normal. Antecedentes familiares: dos tíos maternos se suicidaron, el más pequeño ahorcado y el otro se ató las manos y pies y se echó al rio. A bs 20 años blenorragia. Curva vital: el primo dice que tenía depresiones cada tres meses que le duraban de dos a tres meses. Se le notaba triste, desganado e introvertido. En estas épocas permanecía más en casa y no veía amigos. Es un enfermo que desde los 18 años no se sabe bien si ha tenido temporadas de tristeza porque él achaca todo a la enfermedad gástrica, pero ahora al recapacitar dice que si que ha tenido épocas en que estaba más triste y que a insignificancias "le daba vueltas" todo el día. Se casó por primera vez en 1947, murió su mujer a los siete meses de nefritis aguda y se volvió a casar 15 años más tarde. Es féliz en su matrimonio, pues aunque discute con su mujer es por cosas sin importancia. Tienen tres hijos. Nunca ha tomado alcohol. Contento con su trabajo ha tenido éxito profesional. Poco comunicativo cuanto tiene "molestias", de otro modo es más alegre.

En muchos de nuestros enfermos figuran entre sus antecedentes personales episodios ulcerosos ya remitidos. Me refieron a úlceras radiológicamente comprobadas, aunque en este terreno a veces surjan errores, como en el caso siguiente.

Hª.nº 17.603 . Enfermo de 42 años, casado. Cuenta que de joven cuando tenía que examinarse tenía vómitos dos o tres días antes, pero hace cuatro años fué diagnosticado de úlcera de estómago comprobada radiológicamente. Vómitos dos o tres veces al año durante dos días con acidez, después todo le pasaba. Hacía un tipo de alimentación normal. Estreñido. Al operarle no le encontraron la úlcera y entonces le practicaron una apendicectomía. Desde entonces le han desaparecido algunas molestias como la acidez pero le siguen los vómitos con el mismo ritmo y las mismas características. La mujer dice que coinciden los vómitos con la visita de su director general. Desde hace un año más cansado, sin fuerzas, apático, sin ilusión. Todo lo hace por obligación, pero sin ganas. Se despierta cansado y mejora al transcurrir el día. Desempeña bien su trabajo aunque se ha dado cuenta que pierde mucha memoria por lo que todo lo apunta en varios cuadernos. Nervioso por dentro, sensación de preocupación sin saber por qué. Buen apetito con tendencia a engordar, pesa 88 kg. Duer-e me bien, aunque peor desde hace un año. Tensión arterial algo alta y teme que le pase algo a su corazón porque se cansa al subir escaleras. Vive en un cuarto piso y piensa si eso puede perjudicarle. Décimas a veces con sensación brusca de malestar, le dijeron que era gripe y le pasó con aspirina, pero él está preocupado. Inteligente. La guerra le hizo cambiar de carácter. Tímido y vergonzoso, introvertido, aunque sabe que

Ayuntamiento de Madrid

vaãe. Sensación de no servir demasiado y se siente en inferioridad de condiciones. Siempre muy nervioso con un ligero temblor enl la pierna izquierda. Mientras preparaba el ingreso en ingenieros preparó Exactas y la terminó siendo el mejor de la Academia pero en el momento del examen quedaba bloqueado y hasta le daban vómitos y a veces suspendía por eso. Teme haberse equivocado de carrera, "los ingenieros no tienen cultura" -dice- "ocupan un lugar enla sociedad en virtud de su título, no de su capacidad real". En su adolescencia temporadas de escrúpulos de conciencia y otra temporada eritrofóbica. Esto le ha desaparecido, aunque le sigue costando trabajo relacionarse con la gente. Parálisis facial "a frigore" derecha hace dos años que no curó totalmente. La madre siempre fué nerviosa, susceptible e irritable, tiene la enfermedad de Parkinson.

Otro problema interesante desde el punto de vista psicopatológico es el de su vocación. Estudia ingeniero porque aquello "vestía" y a su madre le hacía ilusión, pero cuando fué la primera vez a una mina, le pareció "todo negro" y se dedicó a la construcción. Bien situado social y económicamente, mujer e hijos que le quieren, pero parece que algo le falta. Un análisis de la situación permite ver que no es una desajuste vocacional, sino situacional y se le plantearía ante cualquier trabajo que emprendiera. Es una falta de ímpetu para enfrentarse con la vida y una inseguridad en todo lo que hace conla sensación además de no haber acertado. Ahora trabaja con regularidad, pero cree ser abúlico, como si no se entregase del todo. Está muy contento desde el punto de vista de la consideración personal que en el trabajo le atribuyen. Le molesta mucho el eczema que tiene y cree que se empeora conel baño.

A veces el tratamiento de la úlcera acaba con las molestias de ésta, pero otras veces aparece como una substitución de síndromes (veáse el capítulo correspondiente y la historia número 10.461).

Hoy día se destaca la impàrtancia del sistema nervioso central en la génesis de la úlcera. En los tumores intracraneales ya describió CUSHING un tipo de úlcera. En las autopsias según SPENCER el 30% de ellos tienen necrosis agudas en la mucosa gástrica. También ocurre en otras enfermedades neurológicas (WATSON y METSKY). Clínicamente aparecen ulcus coincidentes con los tumores y también después de extirpados (WETZEL y DAVIS). Junto con esto se reconoce la importancia de los factores ambientales y personales en la génesis de la úlcera y en la agudización de los síntomas. Esta acción se supone que se ejerce a través del sistema nervioso vegetativo. El mecanismo que más fre-

Ayuntamiento de Madrid

cuentemente se presenta es el del aumento de la secreción ácida del estómago, pero no siempre sucede así, especialmente en las úlceras gástricas. BROOKS que se ha ocupado del problema de las úlceras en los estados de "stress" ("stress ulcers") entre los que incluye junto con los casos arriba mencionados otro tipo de úlceras (las de los quemados, las de otros tipos de traumatismos, las de intervenciones quirúrgicas, etc.) añade otros dos mecanismos posibles que son el de la disminución de los elementos protectores locales de la mucosa (secreción mucosa, reparación de epitelio) y las alteraciones circulatorias (disminución del flujo sanguineo por apertura de corto - circuitos arteriovenosos o por oclusión trombótica). Sin embargo lo que a nosotros nos interesa señalar es que clínicamente hay evidencias suficientes para que el mismo mecanismo sea desencadenado por fases depresivas, es decir que las alteraciones autonómicas que desembocan en la alteración de la situación local de la mucosa, desencadenan la presentaciónde una úlcera, pueden ser puestas en marcha de un modo endógeno, de ahí su inclusión entre los "equivalentes depresivos".

No se trata aquí ya de molestias seudoulcerosas (dolores, acidez, etc.), sino de úlceras bien manifestadas que aparecen y desaparecen fásicamente en enfermos con depresiones, la ritmicidad circadiana del dolor ulceroso coincide con la más habitual de los depresivos. En nuestros enfermos sucede esto a menudo.

En los enfermos ulcerosos las depresiones tienen tendencia a tener unos rasgos peculiares, el más destacado de ellos es una tendencia a las formas delirantes, típicos delirios sensitivos de referencia. Este hecho me parece muy impertante y más adelante nos referiremos a él de nuevo. En el enfermo siguiente un trasterno neurótico (eritrofobia) se transforma durante una fase depresiva en un delirio de referencia. Viene arrastrando una úlcera desde hace años.

Ha. nº 9.957. Enfermo de 35 años, casado. Padre murió a los 61 años de asma cardiaca. Madre sana. Siete hermanos sanos. Difteria, sarampión, tosferina, artritis, blenorra-

Ayuntamiento de Madrid

gia, uretritis. Dolores en la espalda bastante fuertes y en las articulaciones del codo y de la rodilla. Ha tenido muchas fracturas profesionales. Ulcera de duodeno y de píloro. Consulta porque se enrojece con mucha facilidad y está obsesionado con ello. Ha sido psicoanalizado durante año y medio. Trata de buscar un origen infantil a su enfermedad influido por el análisis pero no lo consigue. A los 8 años oyó como una mujer decía que era guapo y eso le impresionó. Le agradó y desagradó a la vez, pero luego se despreocupó. A los 13 y 18 años tuvo otras dos reacciones por el estilo que olvidó en seguida. Se puede decir que fué feliz hasta los 21 años en que empieza su enfermedad. Antes era de carácter hablador, decidido y audaz. Estuvo en la División Azul a los 20 años y siguió una carrera militar en la que ha hecho barbaridades. Estando en la Academia al comienzo de su enfermedad un compañero le dijo "Tu a pesar de ponerte colorado eres un tío estupendo". Desde entonces se preocupó mucho aunque al principios se burlaba de sí mismo. A los 23 años empeoró coincidiendo con que un amigo le dijo "Eres un tío estupendo,pero me troncho yo cuando te veo colorado"". Entonces comenzó a buscar la evasión en la bebida. Pasaba muy malas épocas en las que se creía que los soldados se reían de él. No dormía. Creía oir sirenas y campanas por la noche. A los 25 años le trataron con Sufrogel y muchas pastillas pero no mejoró. A los 28 años sin él reconocerlo pasó una temporada mejor y fué capaz de salir con una chica, hacerse novios, pasear juntos, no beber, etc. Hasta ese momento no podía acercarse a una mujer. Ascendió a capitán y le entró un gran miedo a mandar la compañia. Le trató un psiquiatra y estuvo mejor unos días pero al mirarse al espejo y ver que enrojecía como siempre le volvió la preocupación. Desde entonces pasa temporadas bien y otras mal, generalmente mal. Dice que gracias al psicoanalisis se pudo casar, pero que no le curó nada. La impresión es que al sentirse oido y comprendido durante tanto tiempo le tranquilizaba su angustia. Después de casado, dice, por respeto a su mujer y a su dignidad de marido no ha reanudado el psicoanálisis. Tiene tres hijos y pasa temporadas malas, pero su mujer no sabe nada de su enfermedad y cree que su psicoanálisis era por el alcoholismo. Desde hace dos semanas está peor que nunca, llega a sentir los músculos de la cara. Quiere decir una palabra y le sale otra. Se encuentra con la inteligentia embotada y triste y está pendiente de si alguien sabe lo que le pasa a él. Se irrita con facilidad siempre con ganas de asesinar. Le preocupan las situaciones futuras en las que sabe que tendrá que estar en sitios públicos. El cree que se pone colorado aunque a veces no se le note, pero siente una sensación especial en la cara. El complejo se le monta sobre un estado de ánimo en el que domina la verguenza por lo que le ocurre. La sensación a veces se complica y no puede resistir la mirada de nadie. Antes pensaba que el mirar a los ojos era incorrecto. Hoy no puede hacerlo. Gafas. Un año más tarde vuelve a la consulta. Está muy deprimido y la eritrofobia se ha transformado en un delirio de referencia.

Ayuntamiento de Madrid

El enfermo siguiente tuvo también durante una temporada de su vida una tendencia a las interpretaciones delirantes.

Ha. nº. 12.072. Enfermo de 47 años soltero que desde pequeño fué tímido, retraido e introvertido. Inteligente hizo la carrera de abogado y desde pequeño gran vocación literaria. Terror a las enfermedades mentales sobre todo por tener un tío encerrado desde siempre y ponsaba que iba a terminar como él. A los 7 años escuchando la radio tuvo lo que él llama "episodio ducinatorio" y creyó que los amigos le miraban de manera extraña y se reían de él. Se lo dijo a su padre que le llevó al psiquiatra que le ttató. Desde entonces su vida se ha ido desarrollando normalmente aunque con pequeñas fases depresivas no muy duraderas Desde hace un año tiene una fase depresiva más intensa con vacio vital, irritabilidad y lo que él llama "ideas negativas" que son la posibilidad de suicidarse sobre todo cuando ve un instrumento cortante o la ventana abierta. Dolor continuo de cabeza, como pesadez y a veces latigazos en la nuca. Le dijeron que era un neurótico constitucional y esto junto con la presencia de ciertos enfermos en su familia le ha dejado una cierta huella : fobias, miedo a que se le desate un instinto de agresión. Hace dos años úlcera de estómago muy sangrante que obligó a la intervención. Dejó de fumar.

Otras veces las molestias ulcerosas aparecen tan imbricadas con una sintomatología depresiva que hace pensar que este trastorno las ponga en marcha.

Ha. nº 13.363. Enferma de 48 años, casada que viene a consultar por unos trasternos antiguos de doce años; dolores abdominales. Hace once años tuvo una úlcera en el cuello de la matriz que fué cauterizada y desde entonces el ginecólogo se la viene cauterizando periódicamente. Cefaleas, tristeza, una pena terrible, sensaciones vertiginosas muy fuertes, pérdida de audición oido derecho, tirantez enla nuca. Todas las molestias se agudizan los días que preceden al periodo. Insomnio pertinaz, Peor por las mañanas.

Desarrollo normal. A los 16 años comenzó a tener temporadas de molestias gástricas con acidez y todo le viene dando hasta ahora. Se casó a los 36 años y al año tuvo una niña. Hace cinco años gastrectomia por ulcus pilórico. La familia materna todos muy nerviosos. Con la operación se le quitó el dolor pero ahora dentro del conjunto abigarrado de molestias siguen las epigástricas. Después de comer nota sensación de tremenda hinchazón. Lo que más le hace sufrir son las cefaleas. Piensa en la posibilidad de un tumor. Mareos y pesadillas. Sueños angustiosos. Vuelve al año siguiente porque le han vuelto los dolores de cabeza con sensación de mareo. Ahogos nocturnos, sudores, insomnio, boca seca y mal sabor, el lado izquierdo como

Ayuntamiento de Madrid

dormido o paralizado en el sentido de la sensación. Lo mueve muy bien, pero no lo nota como el otro lado. Si la exploración de la sensibilidad no se le hace subjetivamente no hay diferencia en los dos lados.

Ha. nº. 18.008. Enfermo de 19 años, soltero, estudiante que pagaba sus estudios trabajando y por las noches se iba al cine o al pueblo cercano de la capital donde vivían sus padres. Decía que le dolía el estómago mucho y que lo llevaran al médico, etc. Terminó el curso bien. Un día va a Valencia por la mañana y pasa bien el día, pero al llegar la noche se le cae encima y tiene que volver a dormir a casa de los padres. Ha sido diagnosticado de úlcera duodenal y también ha tenido crisis nerviosas con mucha ansiedad y dice que tiene miedo a que la úlcera se perfore. El cuenta una serie de trastornos que califica de hipocondriacos con crisis de ansiedad, palpitaciones, opresión en elpecho y sudoración, a veces pinchazos en la misma y también en la región media del último espacio intercostal. Dolor de estómago en epigastrio con irradiaciones en fosa iliaca derecha. Sensación de que las manos se van a caer. Dolor en los ojos, en el fondo, que tiende a irradiarse a zonas temporales y parietales y cuando desaparece le deja como pinchazos en las fontanelas. Terror nocturno. No puede estar fuera de casa pues teme que le comiencen los síntomas. En estos momentos gran depresión miedo a una hemorragia cerebral, perforación de úlcera, hepatitis. Todo esto le apareció hace ocho años pero desde hace cuatro es más acentuado. Desde hace dos meses la fobia ha cristalizado de tal manera que tiene que ir a dormir a su casa. Todo lo ve de un modo pesimista. Muy metiuuloso y aseado en sus estudios y persona. Cualquier enfermedad que estudia en la carrera cree que la va a tener. Todo comenzó hace ocho años con una temporada de mareos y vahidos como si se fuera a caer. Era en verano y tenía la sensación de morirse. Mejoró la sintomatología, pero luego le volvía. Cuando está en medio de la multitud tiene mareos como si se fuera a caer. El día que murió su abuela empezó a sentirse muy nervioso, por aquella época tenía gases que combatía con alcalinos. Atribuye esta sintomatología al corazón y se hace electrocardiograma y dice que encontraron restos de una endocarditis que había tenido de pequeño y que era de tipo reumático. Esto le creó, según él, una neurosis cardiaca. Cada vez que tenía que examinarse le entraban sudores,nauseas, y vértigos y tenían que sujetarlo. Lo mismo le sucedía al bajar las escaleras. Le repitieron los electrocardiogramas que eran normales. Comenzó atletismo. Al año siguiente le volvió la sintomatología con un dolor en la fosa iliaca derecha que se irradiaba hacia el vacio y hacia la región lumbar del mismo lado. Comenzó lo que él llama "fase apendicular". Estudiaba medicina y cada vez que le daba el dolor se ponía el termómetro. En noviembre del mismo año comen-

Ayuntamiento de Madrid

a sentir acidez y dolor tenue en epigastrio que diagnosticaron de gastritis nerviosa. Después de los exámenes tuvo unas crisis muy agudas de dolor de estómago con miedo a la perforación. Ese verano un psiquiatra le recomendó tratamiento psicoanalítico y suspendió toda medicación. Volvió a las molestias gástricas y un especialista le dijo que era otra vez la gastritis. Volvió la fobia cardiaca. Le dijeton que tenía el bulbo duodenal deformado y comenzó con aprensión a la comida, a las patas, etc. Se ponía el termómetro y cuando llegaba a 36,9 ó 37 pensaba que ya llegaba la perforación o la apendicitis. Por esta presunta febrícula le fueron practicados muchos análisis, todos negativos. Su estado de ánimo empezó a decaer. Un día le estaban poniendo una inyección y le empezó un enorme temblor y sudor frio calaabres, temblores y nervios por todo el cuerpo. Luego le entró un dolor muy fuerte en ambos ojos y la regiyn parietal. Palpitaciones, dolor pulsatil en la cabeza que le hacía temer un derrame cerebral. Por la noche crisis de convulsión y llanto que el médico atribuyó a discrepancias con el padre. Le volvieron a hacer análisis normales. Cuando está distraido su sintomatología es menor, pero cuando está solo empieza a pensar "¿Qué dolor tengo?". Fuér perdiendo peso y al año siguiente las molestias de estómago eran mayores. Un radiólogo muy competente le diagnosticó un proceso ulceroso, atrofia del bulbo, duodenitis con deformación del bulbo. Está deprimido.

Mejoró mucho con Amitriptilina. Mal por la mañana mejor por la tarde. Las molestias de estómago siguen el mismo ritmo, es como si le pincharan por dentro. Miedo a morirse y vagos sentimientos de culpa.

Cuando tenía 11 años por esa presunta endocarditis se le separó de sus amigos y también por las molestias de estómago. Así siguió cerrado su mundo. Sueña despierto, deja correr la imaginaión. Se vé convertido en Premio Nobel. La angustia frente a la muerte y la muerte significan para él no poder realizar las cosas que él crea en su imaginación.

Con los episodios diarreicos sucede lo mismo que con las molestias gástricas, es decir se observa una transición desde lo que se puede llamar "despeño emocional" hasta las formas orgánicas graves de la colitis ulcerosa. Ya hemos citado arriba algunos trabajos donde se pone en relación la colitis con las depresiones (SPERLING) o donde se estudian las cefaleas, que nosotros consideramos como depresivas en la colitis ulcerosa (ENGELS). En la monografía de SPIEGELBERG los brotes de colitis se acompañan de una sintomatología psíquica ("psicoma" en el sentido de HELLPACH) definida que consiste en un síndrome adinámico-depresivo. El estado psicológico varía cuando existen des-

Ayuntamiento de Madrid

peños diarreicos de los estados intervalares o cuando se presentan otros síntomas(ENGELS lo ha analizado para las alternancias coliti-cefaleas). Otro hecho sobre el que SPIEGELBERG llama la atención es el de la asociación de una colitis ulcerosa con otras enfermedades psicosomáticas. En la literatura psicoanalítica hay referencias a las asociaciones de la colitis ulcerosa con psicosis, siendo ésta una de las más frecuentes en medicina psicosomática. En los estudios de DANIELS en los que se ha seguido durante muchos años aparece 1/3 de esquizofrénicos, los casos de peor pronóstico están casi todos en este grupo. Otro hecho curioso es el señalado por ENGELS de que la colitis ulcerosa a veces es precedida por un periodo de estreñimiento crónico, hecho en el que encontramos un paralelismo con lo que sucede en la anorexia nerviosa, en el que la enfermedad puede ser precedida de un periodo de obesidad y de bulimia. Para HEFFERSON y LIPPINCOT el colon irritable enmascara a menudo una depresión y la respuesta al tratamiento antidepresivo es buena.

En nuestros enfermos se observan varias posibilidades. Algunos tienen en sus antecedentes crisis cólicas frecuentes sin que ahor, retrospectivamente, se posible valorar más los hechos, pero cuya evolución se engarza con la de otros equivalentes. No se trata, por supuesto, de colitis ulcerosa grave, pero si de alteraciones funcionales del colon.

En el enfermo siguiente las alteraciones del humor comenzaron durante las crisis cólicas. A ello se suma otra sintomatología abdominal de diversa etiología y luego en la evolución posterior aparecieron nucalgias, vértigos y trastornos de la esfera sexual.

Ha.nº 9.694- Enfermo de 53 años, médico, que dice ser desde pequeño como "rumiante" por la enorme facilidad que tiene de llevar la comida desde su estómago a la boca y luego la vuelve a tragar. A los 13 años murió su padre lo que le afectó muchísimo y durante dos años estuvo muy abatido. A los 21 años se enamoró y no fue correspondido y tardó mucho en olvidarla, adelgazó y se puso tan mal que creyeron tenía una tuberculosis lo cual le ha preocupado durante veinte años. A los 30 años después de un partido de frontón tuvo hematurias que también le preocuparon. Ya había sido diagnosticado de colon irritante. Otros pensaron que las molestias que tenía, nauseas, etc. podían ser debidas a un cálculo renal causa probable de la hematuria. Luego especialmente en verano y coincidiendo con

Ayuntamiento de Madrid

las molestias intestinales, tenía días de profunda melancolía sobre todo al despertar. Ese estado duraba dos o tres días, desparecían espontaneamente y le volvían al cabo de tres días. En otoño ocurría lo mismo pero en ánvierno desaparecía. En 1963 le extrajeron un cálculo renal y ha mejorado de su sintomatología abdominal. Operado en 1962 de hidrocele izquierdo. En 1965 aparece una nueva sintomatología, dolor que el califica de "raro" y "como si me tiraran de la nuca." Tenía latido sincrónico en la arteria temporal con el cardiaco. Luego empieza con unas sensaciones vertiginosas tremendas por la mañana que mejora por la tarde. Hace dos meses ha tenido crisis jaquecosas e incluso durante unas horas algún trastorno de cociencia. Dificultades en la esfera sexual, eyaculación precoz y épocas de inhibición. También ha tenido épocas de exaltación sexual. Esto ha sido la causa de permanecer en estado célibe. El padre murió joven de un sarcoma, fue hombre muy recto y extraordinariamente preocupado por la ética sexual. Un hermano tiene fuertes escrúpulos de conciencia. Un sobrino carnal "algo mal de la cabeza". El enfermo es asténico, inhibido que no se ha casado probablemente por esa astenia que le hace ponerse mal en contacto con el mundo exterior.

También durante las fases depresivas aparecen crisis cólicas, sobre todo cuando es la ansiedad la que predomina en el cuadro.

Ha.nº 17.886- Enfermo de 40 años, casado, que viene a la consulta y cuenta que hace un año "empezó a retraerse." Dejó el trabajo y no tiene ilusión por nada. Muchas veces su mujer le sorpredió llorando. Se quejaba de opresión precordial, decía que era un inutil, no servía para nada, era hombre acabado. No quería quedarse solo por temor a un ataque al corazón. Al compararse con los demás no se encontraba normal. Miedo a perder la cabeza. Más tarde confesó que por esta razón había pensado más de una vez quitarse la vida. Tratado con antidepresivos mejoró. Ahora se encuentra peor y por eso viene a la consulta. La tristeza y la depresión han desaparecido, sin embargo se encuentra más sensible y se afecta por cualquier problema que no sabe como resolver. Le falla la memoria. Al atardecer se encuentra mejor. Casado hace catorce años, tiene un hijo de 13. No tiene problemas familiares ni económicos. Siempre ha sido de caracter serio, poco comunicativo, trabajador e inquieto. Meticuloso en su trabajo. Empezó a encontrarse mal pero no valoró su estado hasta dos meses más tarde cuando empezó a perder el apetito, apareció el insomnio y notó disminución de su libido y hasta impotencia. Tenía opresión precordial, se sentía angustiado y perdió interés por el trabajo el que siempre había sido muy activo. Consultó con un internista que le dijo que no tenía nada orgánico. Ha vuelto al trabajo pero se encuentra como asustado y no puede soportar la menor contrariedad. Muy impresionalbe. Opresión precordial de nuevo. Dice que nunca ha tenido crisis como estas, con "debilidad"

Ayuntamiento de Madrid

en el vientre y crisis de diarrea que había tenido en otras épocas de su vida pero más ligeras y además le habían desaparecido con el tratamiento antidepresivo. Antès había tomado Librax y Belladenal pero no se las cortaba del todo. Funa 30 pitillos al día. Cólico nefrítico hace dos años, apendicectomía hace dieciocho meses, infiltrado pulmonar a los 17 años. No hay antecedentes familiares.

Su principal trastorno consiste en esas crisis cólicas. Le entra un enorme dolor en el vientre y despeño diarreico. Esto le ocurre dos a tres veces al día y es muy pertubador para su trabajo. Después de una temporada de descanso en el campo ha mejorado algo y está preocupado de tener que volver al trabajo. La colitis ya la tenía antes de su depresión pero menos intensa y por eso le aconsejaron operarse del apéndice. No hay problema hondo en su vida, más bien todo le va bien. Si hay alguna pequeña emoción durante su trabajo termina en crisis.

Ha.nº 6.744- Enfermo de 50 años cuya madre tuvo trastornos mentales. Casado, con dos hijas que están bien. Desarrollo normal, menos una disentería que tuvo durante la lactancia. Tosferina, sarampión y a veces colitis agudas. Entre los 18 y 20 años ya tuvo una época en que notaba agotado y nervioso coincidiendo con una época de trabajo. Esto le repitió una temporada. Desde hace un año nota que los nervios no le dejan controlarse y tiene algunas ideas raras y no se fía de su razón. Tiene esta aprensión desde hace dos meses. "Son pensamientos que me acometen." Gran intranquilidad sobre todo por las mañanas cuando se está afeitando, cosa que hace con navaja, intranquilo por si se le ocurre acometer contra si mismo. Hace tres meses tuvo una colitis diagnosticada de espasmodica que tratada con Bellergal cedió facilmente. Desgracias recientes, una que su cuñada que vivía con ellos murió y también su abuela y un amigo íntimo. De niño enuresis. Un cuñado murió hace seis meses repentinamente después de haber hablado con él. De todas estas emociones le vino la colitis que le duró unos tres meses. Un día mirándose en el espejo tuvo una sensación extraña, posibilidad de matarse y desde entonces le persigue esta sensación viva de ansiedad. No tiene miedo a la muerte pero si a volverse loco. Leptosomático. El siempre ha sido hombre tranquilo pero pesimista y preocupado.

Como en este enfermo, en otros la colitis aparecen ligadas a circunstancias especiales. Esto estpá en relación con la <u>catagénisis de los síntomas</u>. (Vease más adelante.)

Ha.nº 17.315. Enfermo de 36 años, casado. Todo empezó tres meses antes de la consulta. Desde entonces él divide la enfermedad en tres etapas. La crisis fué al comienzo, el primer día de vacaciones, las primeras que tenía en mucho tiempo. No tenía problemas y no había jusficación para lo que le sucedió. Todo debía contribuir a estar optimista y de excelente ánimo. Sin embargo ese día se sintió muy angustiado y pasó toda la noche sin dormir con miedo a morirse. Pensaba muy angustiado que la cabeza pudiera estallarle. Decía que temía volverse loco. Según él estaba en

Ayuntamiento de Madrid

tensión y sentía tirantez en la piel y detrás de las orejas. Todo esto lo relata con una máscara de angustia. Me dice que no tiene fluidez para hablar él que habitual - mente es muy rápido. Tiene que hacer un gran esfuerzo para expresarse y a veces incluso duda. Cuando estaba empezando sus vacaciones en el campo tuvo que volver rápidamente a la capital a ver a un médico. Este lo atribuyó a haber dejado de tomar un tratamiento que le había puesto y que seguía desde dos meses antes con Meleril y Cetovister y que le había recomendado por diversos motivos como nerviosidad, colon irritable,hepatitis, hemorroides.Vuelve a tomar la medicación y se le pasa la primera crisis. Está practicamente normal cuando llega lo que él llama la "segunda crisis." Piensa que va a volverse loco y se pregunta el por qué de su angustia a la que no ve base psicológica alguna. Era una angustia fisiológica, dice. No había ningún motivo, todo eba bien, estaba disfrutando de las vacaciones. A la vuelta de éstas ocurrió la tercera crisis que es la actual y que motiva esta consulta. Le vino como las otras pero esta vez referida a su vida profesional: no podía ocupar un puesto alto en la empresa estando por encima otros técnicos que estaban más preparados que él. Lo cierto es que a él le habían cambiado de puesto, ascendiéndole porque rendía muy bien. El enfermo se reprocha no haber estudiado lo suficiente durante la carrera, haber ido algunas tardes al cine o leer literatura ajena a las asignaturas, oír música o tener otras preocupaciones como cuestiones sociales, etc..Ahora si mira hacia atrás se reprocha el tiempo perdido fuera de su carrera y se considera insuficientemente preparado. "No leo lo suficiente libros de mi profesión. No estoy al día." Cree que todos sus compañeros son superiores a él aun cuando ocupen rango inferior. Todo ello lo expresa en un lenguaje lento, incluso el pensamiento es lento. A veces se para y no sabe por donde seguir. Salta de unas épocas de su vida a otras, preocupadísimo por todo y lleno de reproches. Tiene muchos rasgos anancásticos en la forma de expresar los hechos. Se repite muchas veces y vuelve atrás autocriticándose. "No, eso no era así," dice. Se angustia si no recuerda exactamente los detalles, aunque éstos no sean demasiado importantes. Al fin puntualiza algo más y dice que dos semanas antes de empezar este cuadro estaba desganado y no dormía. Fue a casa de su hermano a contarle lo que le ocurría y allí lloró y dijo que no tenía apoyo de nadie. Recurrió hasta pedir ayuda al jefe. Todos le animaron. Al día siguiente estaba peor. Se fue a su casa, no podía seguir trabajando, no comía ni dormía, tenía sentimientod de culpabilidad y autodesprecio. Todo esto dice que ya lo venía rumiando desde hacía medio año. Ya entonces le decía al médico que todo lo veía muy negro.

Hace años acudió a la consulta de un médico por "colon irribable" que fue atribuido a una situación de inadaptación en Barcelona con motivo del primer curso de su carrera. Allí tuvo unas ideas sensitivas que le angustiaron mucho por unos líos con los compañeros de estudio. "Se reían de mi, me tomaban el pelo. Una vez me dijeron que me diera con un martillo en la cabeza para reirse de mi." Siempre ha sido muy tímido y susceptible sobre todo cuando está en un ambiente nuevo y tienen nuevas hamistades. Frecuentemente se siente humillado. Huye de las ocasiones en las que se puede poner en evidencia. Barcelona era su primera

Ayuntamiento de Madrid

salida del hogar. Encontró el ambiente catalán cerrado y desconocido y se sintió desconectado. Por fin la situación se fue haciendo tan insoportable que a mitad de curso volvió a su casa y allí se le desencadenó la colitis. Le trataron entonces con derivados de carbón vegetal, etc. El médico le quitó importancia a la situación ambiental y volvió a Barcelona más seguro de si mismo. Al decir esto se preocupa de que al quedar escrito podía ser leído por algún compañero. El curso aquel no lo aprobó completamente. Al año siguiente se vino a Madrid y se sintió mejor. Ese verano conoció a la que ahora es su mujer. Siguieron estudiando juntos en Madrid. Dice el que medianamente, pero su mujer afirma que la carrera fue fácil, orientada hacia las más variadas actividades como cine, música, literatura, etc. "Ahí está el problema" dice él "hemos llegado al nudo gordiano de la historia." Vuelve a reprocharse no haber estudiado suficientemente. Al terminar la carrera se colocó en seguida y al poco tiempo le nombraron jefe en su ciudad, puesto muy importante. El se queja de no tener bastante preparación para el cargo. No sabía solucionar problemas técnicos y tenía poca práctica. Le gusta ocuparse mucho además de los problemas humanos como escuelas, parroquias, etc..Y así se refugiaba en eso y dejaba lo puramente técnico. Asegura que sufrió mucho en aquella época y que su personalidad debió resentirse mucho. Sensitivo y anancástico, perfeccionista e insatisfecho desde siempre. Tímido. Profesionalmente tiene un gran prestigio pues todos los puestos que ha ocupado los ha desarrollado muy bien.

Este enfermo en el fondo es un obsesivo. No es posible poner en relación ninguna enfermedad psicosomática con un tipo de personalidad, sino que todo enfermo psicosomático tiene rasgos comunes que giran en torno al radical de la ansiedad y frecuentemente son obsesivos (LOPEZ IBOR).

Otras veces las crisis cólicas aparecen en los prodromos de una fase depresiva como en la historia 6.744.

Ha.nº 15.348- Enfermo de 49 años, soltero, oficinista. Hace quince años que su padre falleció del corazón durante seis meses y eso le afectó mucho y desde entonces empezó a tener cefaleas cuando fijaba la vista. Se encontraba muy cansado. Algunas veces sentía molestias gástricas y siempre parecía tener fatiga. La exploración oftalmoscópica y de los senos fue genativa. Esos síntomas duraron cinco años con altibajos. El dice que la mejoría fue porque le graduaron la vista. Estuvo bien hasta que cuatro años después le reapareció el dolor de cabeza y de los ojos. Se le cargaba la cabeza como si hubiera hecho un gran trabajo con mucho esfuerzo, se encontraba agobiado, trastornos digestivos, tardaba en hacer la digestión y sentía pesadez y gases. Siempre ha sido taciturno y tristón y su enfermedad le preocupa y entristece

Ayuntamiento de Madrid

todavía más. En el año siguiente le volvieron a graduar la vista y con las nuevas gafas se le irritaban los ojos y le dolía tardando mucho en adaptarse a ellas. Se le acentuaron los dolores de cabeza y cada día estaba más cansado y no le apatecía salir ni siquiera al cine. Pidió unas vacaciones extraordinarias en marzo y el primer día se despertó sobresaltado de madrugada y sintió una sacudida en todo el cuerpo. Le dio un fuerte dolor de cabeza en la nuca. "Es como si estuviera asustado." Se sentía muy triste y desgraciado con una gran inquietud. No se encontraba bien en ningún sentido. Frecuentes despeños diarreicos y fue diagnosticado de enterocolitis disenzimática. Después consultó con un psiquiatra que le trató con antidepresivos. Siempre estaba pensando en su enfermedad y se auto-observaba minuciosamente. El verano siguiente lo pasó mejor especialmente no tenía cefaleas aunque sí la vista irritada. Al comienzo del otoño le dolían los ojos, como si se hubiera dado un golpe muy fuerte y estuviera trastornado. Atontamiento, nucalgia, mucha tristeza con ganas de tomarse unas tabletas para suicidarse. No dejaba de pensar en su enfermedad. Tomaba Meleril 10. Le cuesta trabajo recordar algo en su oficina. Con las diversiones mejora algo. Ultimamente no toma ya ninguna medicación.

Los padres murieron mayores y eran gente tranquila. Cinco hermanos, uno murió de sarampión. La madre padecía de tiroides. El enfermo tuvo pelada a los 11 años. Siempre triste, serio, pesimista, hipocondriaco. Infancia normal. Tuvo un disgusto hace unos años porque un hermano dejó a deber una gran cantidad de dinero y se fue al extranjero, pero él se responsabilizó y pagó la deuda a plazos. No ha vuelto a saber de su hermano. La pelada y caida de las cejas le acomplejó muchísimo y tuvo que discutir con quienes se mofaban de él. Decían que era homosexual porque no tenía novia. La verdad es que siempre vivió preocupado por sus padres. Ahora muy hipocondriaco se queja de cefaleas. Descubre su gran complejo de inferioridad porque ya desde pequeño observó que tenía el pene pequeño sobre todo en estado de relajación. Está seguro de ello por haberlo comprobado en el servicio militar. De todos modos sus impulsos y relaciones han sido siempre normales. Se queja de nucalgia y un dolor en la pierna izquierda que parece una meralgia parestésica. Ha tomado muchísimos medicamentos sin orden ni concierto. Personalidad neurótica. Hizo un tratamiento durante nueve meses muy riguroso y vigilado por el médico de cabecera y mejoró mucho. Al final su estado general era casi perfecto. Lo único que persisten son las molestias visuales. Escribe: "Trabajo bien con rendimiento normal. No me canso y he aceptado un puesto de responsabilidad similar al que antes había rechazado. He contraido matrimonio y mi vida y hogar es perfecto."

Las asociaciones de enfermedad psicosomáticas es frecuente. Este es uno de los criterios de HALLIDAY. También SPIEGELBERG ha llamado la atención en el caso concreto de la colitis. Este enfermo había padecido antes de una pelada. La asociación de colitis y de asma es frecuente en nuestra serie.

Ayuntamiento de Madrid

Ha. nº. 14.531. Enfermo de 25 años, soltero, empleado de banca que tuvo cinco años antes de venir a esta consulta unas crisis que fueron diagnosticadas de "distonía neurovegetativa". Tenía bronquitis, le pusieron una inyec - ción y por la noche se despertó con una gran taquicardia, mucho sobresalto, dificultad de respirar, lo que le asustó mucho pues pensó que le iba a ocurrir algo malo. Llamaron a un médico de madrugada. Desde entonces empezó a tener molestias respiratorias, dificultad para respirar hondo, a veces como asfixia. El médico le recetó un producto anti-asmático. Durante unos meses estuvo mal, con ardor de estómago, aerofagia, asfixia, mareos, vértigos. Al cabo de un tiempo le recetaron Largactil. Aunque mejoró mucho le ha quedado un cierto nerviosismo. Siempre habla atropelàadamente y cuando está más nervioso llega a tartamudear. Hace tres años tuvo un episodio de colitis y los despeños diarreicos se prolongaron por mucho tiempo. Ahora hace seis meses que ha entrado en una fase depresiva: cansado, distraido, decaido, triste, viendolo todo negro. Temor a no curar nunca de la colitis. Ha ido empeorando progresivamente y hace tres meses que no trabaja. Duerme mal y piensa que no saldrá del estado actual. Unas veces se pone muy nervioso y con mucha agitación, otras tiene la impresión de que los compañeros hacen mofa de él. Reconoce que a veces exagera, pero está seguro de que otras se burlan de él realmente. Le molesta toda la familia porque le hablan de su enfermedad y sobre sus nervios. Además tiene la impresión que todas sus relaciones saben que está enfermo porque su madre lo comenta. "Siempre estaré marcado. Me tacharán de neurasténico y de neurótico".

Antecedentes personales: poliomielitis que le afectó a la pierna izquierda de pequeño y siempre ha cojeado. Lleva aparato ortopédico unos once años y luego le operaron para seccionar el tendón. Primer contacto sexual a los 14 años, perohasta los 21 no volvió a tenerlos y luego fueron esporádicos. De pequeño masturbaciones frecuentes. Hace unos meses que tiene novia y ya no ha vuelto a tener aventuras. Es el segundo de seis hermanos. El padre es muy tranquilo y la familia de la madre es un poco nerviosa, muriendo una tia trastornada. Diversas exploraciones por su padecimiento digestivo normales. Se trata de una colopatia motora mucomembranosa. Personalidad anancástica que vive en un mundo "kafkiano". Ni su familia comprende su enfermedad. Trabaja en un Banco. Hay una angustia difusa con un gran sentimiento de desesperación que le ha hecho acariciar la idea del suicidio como evasión. Incluso se preocupa por las secuelas de su poliomielitis que apenas son perceptibles. Ligera cojera, pero que él cree precisamente que se han aumentado. Peor por las mañanas. Catamnesis: seguido durante cuatro años y medio tuvo oscilaciones pero no tan fuertes. Pasó temporadas muy bien y después de la última recaida está francamente bien.

La influencia de los mecanismos centrales en la motilidad, secreción y variaciones vasomotoras en el tracto digestivo es bien conocido. Los trabajos de GRACE, WOLF y WOLFF, demuestran la importancia del control ejercido por el sistema

Ayuntamiento de Madrid

nervioso vegetativo. A través de él se pensó que se producen las reacciones de "stress" (HEFFERNON) por lo cual está justificado el término de "colon irritable". Nosotros pensamos que junto con esto hay que tener en cuenta la posibilidad de que la alteración cólica no sea una respuesta a un stress específico, sino que se produzca por una alteración central espontánea, es decir endógena. El curso físico y la relación con otros equivalentes lo demuestran.

* * * *

Un equivalente respiratorio que aparece en nuestros enfermos es el de la congestión nasal (pseudo-rinitis vasomotora). Un síntoma así pasa habitualmente desapercibido por su poca importancia y también porque ni el médico ni el enfermo lo consideran en relación con el padecimiento depresivo y no sale a relucir en sus entrevistas. Sin embargo a partir de la observación de un enfermo en el que en el curso de la mejoría manifestó que unas molestias que él tenía de este tipo y que las venía arrastrando desde hacía años y que le obligaban al uso repetido de anticongestivos le había desaparecido espontáneamente. Atribuir la mejoría al efecto atropínico de los antidepresivos sobre las mucosas hubiera sido quedarse a las puertas de una interpretación correcta. En primer lugar al enfermo el tratamiento no le producía ese efecto en otras mucosas donde es frecuente (bucal) en segundo lugar pasado el tiempo, la fase remitió, se suspendió el tratamiento y la supuesta rinitis no reapareció. Investigando más en el problema, otros enfermos presentaron el mismo síntoma. Uno muy típico es el de este enfermo ya citado al comienzo de este capítulo.

Ha. nº. 10.703. Enfermo de 60 años, que en una de sus consultas manifiesta estar levemente deprimido y fatigado,por eso se queja de molestias en la nariz que son como las de otras veces. Lo curioso es que sean las temperaturas las que las determinan. El aspecto es el de una renitis vasomotora pero no hay fenómenos alérgicos que se lo determinen, sino que él nota cuando está encerrado,por ejemplo en coche y también por la noche. También se influye por las fases depresivas que tiene. Ahora no duerme bien y su equilibrio no es seguro. Algunas veces piensa al andar que va a tener una ligera oscilación aunque realmente no le sucede nada. Dice que ha engordado y dá la impresión de estar más gordo.

Las relaciones entre el asma bronquial y las depresio-

Ayuntamiento de Madrid

nes son conocidas. LOPEZ IBOR le ha dedicado mucha atención a este tema en la "Angustia Vital" y señala como es frecuente la asociación con las colitis y como éstas se presentan en edades más avanzadas de la vida, pudiendo darse a esto una interpretación antropológica. El joven vive más pendiente de su espacio vital sin preocupación por el problema de la nutrición, mientras que al pasar los años para el adulto son más importantes. A la relación entre el prurigo-eczema del niño y el asma se le dá hoy importancia en el sentidode una suplencia de síndromes (SPIEGELBERG, CROEN y col).

También LOPEZ IBOR señaló la frecuencia con que los asmáticos tenían fobias. El caso siguiente es interesante porque hay una suplencia entre asma y una fobia homosexual.

> Ha. nº. 14.016. Enfermo de 27 años, hijo natural. Fobia a la homosexualidad que comenzó a los 17 años coincidiendo con un período de gran inquietud y ansiedad. Emigró al extranjero y se abrió muy bien camino enla vida. Cinco años después comenzó a tener inquietud por una posible desviación sexual. Siempre muy tímido con las mujeros. Frecuentes contactos a pesar de ellos sigue el temor. Además siente placer por medios anormales. Alterados frecuentes con sus compañeros de trabajo y con sus superiores. Tiene un fondo angustioso extraordinario que influye en su vida anormal. Discusión con su jefe y decide buscar nuevos horizontes y crear negocio personal. Le preocupa la fobia homosexual. No hay ni en su historia, ni nada que haga pensr la menor inclinación en ese sentido. Se trata de una pura fobia incrementada por el hebho del enanismo. Mejora mucho con el tratamiento y regresa a su país. Tendencia a la soledad. La fobia es menos acentuada, pero aumenta cada vez que se siente deprimido. Toda su angustia es en torno a la posibilidad de no ser normal en el terreno sexual. Entre los 14 y los 16 años padeció asma y cuando desapareció comenzó un dermografismo que persiste.

En el enfermo siguiente el asma se imbrica con los síntomas depresivos. Lo curioso es que durante una de estas tuviera esas ideas de referencia tan acusadas.

> Ha. nº. 14.608. Enfermo de 27 años, soltero, médico, que viene por unos estados de abatimiento y tristeza alternando con otros de excitación tremendos. De una completa despersonalización pasa a una completa personalidad, dice. El pesimismo, al optimismo. Esto le ocurre desde hace unos tres años y los cambios de ánimo son bruscos, casi continuos. Ultimamente desde hace un año las depresiones son más profundas y duraderas y los estudios se han visto influidos por estos cambios. Ha estado en el extranjero ampliando sus estudios y ha tenido episodios de carácter referen-

Ayuntamiento de Madrid

cial. Dice que en Inglaterra hacían burla de él. Le hacían test por ejemplo que escribiera la palabra psi -- quiatria, suicidio, queriéndole indicar que estaba mal de la cabeza. Se sentía muy abatido y con ganas de llorar. Decidió volver a España de una manera brusca y extraña. También en el aeropuerto dice que le hicieron preguntas extrañas y que la azafata le miraba mucho. Pensó que era por indicación del Hospital donde había trabajado.

Nació con sarampión un mes antes de empezar la guerra española. La madre era sobreprotectora y él dice que de eso le viene el asma. Cree que es una explosión de llanto, una falta de seguridad en él. A temporadas todavía sufre de asma, pero cada vez menos. Entonces rinde más en los estudios. Es el menor de dos hermanos. Una tía paterna trastornos mentales y estuvo en un manicomio. Ha debido tener otras depresiones como ésta, aunque quizá no tan intensas. Tiene ligeras fases de euforia. Lo más importante de esta última ha sido el delirio de referencia. Ha mejorado con la medicación.

También aparece suplencia entre el <u>asma y las algias timopáticas</u> (veáse la Ha. nº 7.004). Otras veces más que una suplencia lo que sucede es que aparecen bronquitis acentiformes como prodromos de una fase depresiva, como en el caso siguiente de equivalente depresivo.

Ha. nº. 16.475. Enferma de 50 años, casada, que desde hace tres viene con una gran nerviosidad y al mismo tiempo tiene una bronquitis muy rebelde a todo tratamiento desde que se le retiró elperiodo. A partir de entonces se encuentra mal y con molestias , se irrita con facilidad y se pone de malhumor como si estuviera disgustada sin tener ningún disgusto. Está cansada, sin ganas de nada y triste. "Pero tengo una cosa conmigo, dentro que no puedo ni llorar". Duerme mal. Por las noches se pone muy inquieta y desasosegada y no puede conciliar el sueño. Por las mañanas se levanta cansada. Al levantarse de la cama siente mareos como si fuera a caerse y ha de volver a acostarse. Madrugar le sienta muy mal. Su insomnio es lo que más le preocupa porque le impide descansar y al día siguiente se encuentra sin fuerzas para hacer las cosas. No obstante hace vida normal. Con frecuencia le duele la cabeza en la frente y en la nuca. A veces además de las molestias siente un dolor muy fuerte. "Tengo que dormir con la cabeza tapada y así se me alivia algo". Siente calambres fortísimos en las - piernas y malestar en todo el cuerpo lo que le pone nerviosísima y entonces ha de estar moviéndose sinparar. Escalofrios, escalofrios, palpitaciones, pinchazos en el corazón. Teme tener algo en este órgano. Las digestiones son lentas, sensación de ardor y ganas y plenitud. Cree que en eso consiste su enfermedad y que al expulsarlos se queda más tranquila. Dolor en los riñones. Desde hace dos años tiene molestias en la vejiga urinaria, escozor, pinchazos, y nicturia, sensación de pesadez. Le han diagnosticado de dilatación de vejiga e indicado una intervención quirúrgica como única solución. Dificultades de concentración, ma-

Ayuntamiento de Madrid

la memoria. Dice que en el cine y lugares bulliciosos y de atmósfera cargada se siente peor y tiene que salirse. Muchas veces solo quiere estar sola sin hablar con nadie. Ha tenido temporadas mejores y otras peor. Ahora dice que está mejor desde que empezó su enfermedad, pero no puede dormir a pesar de tomar tabletas. Al principio consultó con un médico de nervios y como no le mejoró abandonó en seguida el tratamiento. Tuvo una septicemia a los 24 años a raiz de un parto. Frecuentes catarros y amigdalitis. Amigdalectomía hace dos años. La anestesia le sentó mal durante ocho días. Le han dicho que tiene una pequeña dilatación de aorta. Ningún antecedente especial, aunque toda la familia es nerviosa. Casada hace veintidós años, no tiene problemas conyugales. Su marido tiene carácter violento y a veces le hace sufrir. Tres hijos que están bien.

+ + + +

También el sistema genito-urinario está sujeto a alteraciones funcionales físicas relacionadas con fases depresivas. A veces se trata solamente de molestias vagas en el bajo vientre que se incrementan los días antes del periodo menstrual, como sucede en los síntomas depresivos.

Ha. nº. 11.375. Enferma de 55 años que siempre ha sido nerviosa, tímida y muy aprensiva. Hace cinco meses que se encuentra mal. Aunque en su vida haya habido momentos malos "de nervios" nunca han sido tan acentuados ni ha tenido necesidad de ir al médico por ellos. Ahora está realmente mal. Tiene un "malestar continuo de cabeza" y a veces es más agudo y se localiza en la región tempero-occipital. La sensación de mareo es continua y está además nerviosa y angustiada todo el día. Se obsesiona mucho. Dolor con ansiedad en la cabeza. Teme volverse loca. Más triste al despertar por las mañanas y en el curso del día se despeja. Antes tenía una serie de molestias ginecológicas -dolores en el bajo vientre- que fueron tratadas a base de vitaminas. Las molestias han desaparecido, pero tiene el cuadro actual. Tendencia desde siempre a fobias y obsesiones.

Muchas de las molestias que se atribuyen al llamado "síndrome de tensión premenstrual" (veáse la monografía de DALTON) como son las cefaleas, vértigos, lumblagias, irritabilidad, "tensión", depresión y otros son típicamente depresivos. Hay que tener en cuenta que dentro del periodo menstrual no solamente el día que éste se inicia sino los que le preceden y le siguen ya que a veces hay pérdidas dos o tres días antes de que se inicie la verdadera menstruación. Ya hemos visto que muchos síntomas depresivos tienen un acontecer rítmico, por otra parte no hay que olvidar la importancia que dan muchas mujeres a su periodo menstrual con lo cual ven allí una

Ayuntamiento de Madrid

relación con todos los síntomas que sienten. No quiere esto decir por supuesto que tal síndrome no exista, ya que durante este lapso de tiempo tienen lugar unas alteraciones fisiológicas determinadas bien conocidas (alteración de peso, retención de líquidos, edemas, albuminurias, oscilaciones de la tensión arterial, etc.) sino que no hay que atribuir a él síntomas subjetivos que se deben muchas veces a un cuadro depresivo mitigado y que son los que llevan a las enfermas a la consulta del médico. El síndrome premenstrual no es más que un hallazgo en la exploración.

Con la llamada "vegija nerviosa" ocurre otro tanto, lo mismo que con la astonia neurocirculatoria. No hay que confundirla con la "vegiga neurológica."

Ha.nº 14.048- Enferma de 66 años de edad que nos es eviada por el urólogo por unas molestias que tiene en la vejiga desde los 50 años y a los que él no atribuye significación orgánica. Es una necesidad de orinar por la noche y se tiene que levantar hasta siete veces. Se le presenta más por temporadas y en primavera está peor. Tiene un dolor especial que le viene cuando necesita ir a orinar. Ha sido vista por varios ginecólogos y le han diagnosticado siempre una cistitis crónica mantenida por un desgarro producido durante un parto. Alguno le ha recomendado una intervención. Por cistoscopia encontraron los puntos de pus que fueron cauterizados en el cuello de la vejiga. Luego mejoró pero pronto volvió el síndrome y entonces le dijeron que tenía que ver un psiquiatra. Desde siempre muy nerviosa. Inquietud muscular en las piernas sobre todo de noche. Insomnio de siempre. Muy vehemente y lo ha de hacer todo muy rapidamente. Muchas ganas de llorar. Se encuentra muy pesimista y con una tristeza muy grande toda su vida. Menarquia a los 13 años siempre regular. Se casó a los 20 años y ha tenido seis hijos. Las menstruaciones han cesado hace cuatro años. Siempre tendencia a la obesidad. Varios internistas la han visto por eso y no le han dado importancia. No tiene problemas especiales. Es la segunda de tres hermanos, uno murió de joven y cree que eso influyó en su caracter triste. El otro hermano es "raro" desde niño y tuvo manía religiosa, quería morirse para llegar más pronto a Dios, dejó de comer y murió en un sanatorio psiquiátrico.

Ha.nº 17.025- Enferma de 28 años, casada, que siempre ha sido nerviosa y con poca alegría. Se casó hace cuatro años y a los tres ha tenido una hija bien salvo que durante el embarazo tenía "molestias de hígado." Según ella se sentía el lado izquierdo y le tuvieron que poner unas corrientes. Después de dar a luz se encuentra malhumorada, se enfada con todo el mundo, asustadiza, con menos apetito y durmiendo peor. Las molestias se le acentuaron por temporadas. Hace dos años empezó por sensación continua de ganas de orinar y cuando iba a hacerlo no podía. Esto se le repetía muchas veces durante un día y luego no le volvía hasta después de unos meses. Un especialista la vio y no encontró nada a pesar de hacerle numerosas radiografías y análisis.

Ayuntamiento de Madrid

Luego queda embarazada y durante el embarazo descubren un pólipo en la vagina que le curan periodicamente. El médico que la atiende no da seguridad de que el embarazo llegue a término y efectivamente a los pocos meses aborta. Después ha tenido esa sensación inminente de orinar en otra ocasión. Nuevo embarazo, ganas de llorar, triste y más nerviosa y malhumorada. No se le puede llevar la contraria y se enfada con todo el mundo. Poco apetito y duerme poco.

Estudió bachillerato y luego hizo la carrera de piano de la que es profesora. Relaciones con su marido buenas, aunque ella no quería niños hasta encontrarse más fuerte. La madre está en tratamiento por"vejiga nerviosa". No hay otros antecedentes. Es curioso que empiece con los mismos trastornos de micción que la madre.

La cistitis es un diagnóstico frecuente en estos casos.

La impotencia es un síntoma que acompaña a menudo a las depresiones. A veces se inicia con una fase depresiva y luego se prolonga mantenido por la angustia del enfermo como ocurre en tantos otros trastornos funcionales.

Ha.nº 17.702- Enfermo de 45 años, soltero que desde hace diez años viene sufriendo una serie de molestias casi continuas. No hay regularidad en la aparición ni tampoco en las temporadas que mejora. Incontinencia de orina con deseos imperiosos de orinar que le vienen repentinamente y que le desaparecen si se distrae con algún motivo. A veces orina en una hora tres o cuatro veces. Fuertes dolores de cabeza localizados en los ojos que se irradian a la nuca donde se hacen más intensos. Le suelen dar a mediodía y al atardecer. Le disminuye cuando se distrae. Para ello toma Optalidón. Duerme mal, intranquilo, inquieto, solo unas cinco horas. Lo que más le preocupa es el problema de su impotencia por estar próxime a casarse. La impotencia comenzó hace diez años. Anteriormente tenía relaciones sexuales normales. Comenzó coincidiendo con una temporada en que dormía mal y tenía muchas procupaciones con problemas sentimentales y económicos. Cansado y agobiado por el trabajo, muy caído y lloraba con frecuencia. Así estuvo dos años. Hace seis años fue visto por un médico que le diagnosticó de psicastenia y le puso un tratamiento de Testoviron. Desde entonces ha continuado la impotencia progresiva. La impotencia es parcial, sólo tiene erección menos rígida y eyaculación precoz. La impotencia le desaparece bebiendo alcohol. En cambio cuando no bebe, va en actitud expectante y preocupado por tonos al fracaso. Cada día tiene más deseos eróticos y se observa más. Ahora más preocupado por la próxima boda. Personalidad previa extremadamente locuaz, alegre y sociable aunque no tienen muchas amigos. Intensamente deprimido y preocupado. En los momentos alegres él percibe intimamente una tristeza y una gran soledad interior, constantemente ansioso, perfeccionista, exce-

Ayuntamiento de Madrid

sivamente ordenado y meticuloso. Muy escrupuloso desde los 17 años. Le molesta la sociedad. El padre era excesivamente rígido, la madre más flexible. Son siete hermanos, todos bastante pulcros aunque no en exceso. El enfermo es el penúltimo. Bronquitis crónica. Fumador de 70 cigarrillos al día desde hace 14 años. Bebe solo esporadicamente. Tuvo paludismo y una neumonitis hace un año. A veces tiene dolor en la espalda brazos y piernas y hormiguillos en las manos. Estreñimiento desde los 16 años. Digestiones lentas, ardores, nauseas. Esto es lo habitual aunque a veces se exacerba.

El alcohol en este caso tiene la virtud de sedar la ansiedad y liberar así la función.

La impotencia no está en relación con el apetito sexual e incluso a veces es opuesta a él.

Ha.nº 15.297- Enfermo de 48 años, casado, oficinista. Cuenta la mujer que este enfermo siempre ha sido desconfiado y no ha podido ser feliz aunque lo tenía todo. Se casaron hace 19 años y siempre ha sido irritable, violento, y malhumorado. Los primeros años de matrimonio vivían con los padres de ella y él se quejaba de que los quería más que a él. También vivía con ellos una hermana de él y decía que no la trataban bien. Organizaba disgustos familiares sin motivo. Vivieron luego diez meses ellos solos y allí discutían por motivos económicos y familiares. Ahora hace once años que viven solos y tiene dos puestos, uno privado y otro oficial, por cuyo motivo le denunciaron anonimamente al Gobernador. El enfermo atribuyó el anónimo a un amigo suyo y ya no lo quiso ver más. Al cabo de un año insinuó a su mujer que ella se entendía con él y empezaron unas discusiones terribles. Las temporadas de desconfianza se repiten cada dos años y luego se arrepiente y pide pardón. Desde hace cinco meses la situación de desconfianza es continua. Tienen siete hijos y ahora dice que el tercero que tiene seis años no es suyo. Es una pesadilla y se lo repite a diario. De noche suspira y da vueltas y de pronto se levanta y amenaza con matarla. Quiere preguntar a todos si la han visto con otro. El dice que ella lo que quiere es volverle loco. A ratos muy cariñoso y la mima en exceso. Desde hace cuatro meses ha disminuido su potencia sexual habiendo fracasado varias veces.

El enfermo se siente enfermo porque vive claramente una cosa que es absurda. Duda de su mujer pero sinceramente sabe que ella es una santa. El actuar de ella le disminuye la libido y desde hace cuatro meses ha comenzado a atormentarla. Cuanto más alegre la ve más ganas le dan de hacerla sufrir. Dice haber leído un libro frances y a él le ocurre lo mismo que cuanto menos potencia tiene más deseos le entran y eso le desquicia. Le agobia el trabajo aunque antes antes siempre ha rendido mucho y se encuentra apenado, triste, con ganas de llorar si piensa en su mujer. Duerme mal, no más de dos horas. Dolor en las piernas. El padre murió a los 43 años cardiaco. Era nervioso y de genio fuerte,

Ayuntamiento de Madrid

provocando enormes disgustos matrimoniales. La madre murió de neoplasia abdominal, era una martir víctima de su marido. Son cinco hermanos sanos. Resección gástrica hace 24 años y desde entonces tiene vómitos biliares con frecuencia. Antes de los 15 años era alegre, a partir de esa edad muy serio y reservado. Tiene una hermana algo parecida a él. Realmente desde pequeño cuando oía que una mujer era infiel le daba mucha impresión como si la vida se desgarrara y se angustiaba mucho. No había ocurrido nada en su familia de este perte, pero él recuerda que hace ocho años discutiendo esta problema con su mujer ella le dijo que no le quería o algo así y desde entonces él empezó a pensar que ella le era infiel. Siempre ha luchado contra esa idea y comprende que es falsa y que los hace a todos desgraciados. La idea es de estructura obsesiva más que delirante. Tipo blando pero no del tipo de los paranoides asténicos.

* * * * * *

La neurosis cardiaca. Con este concepto ha sucedido lo mismo que con el de otras de las llamadas neurosis de órganos. En un principio se pensaba en un origen local, luego, desde las ideas de v. BERGMANN se quitó importancia a estar en favor de su génesis cerebral a través del sistema nervioso vegetativo.

Desde muy antiguo y por diversos motivos la angustia y el corazón están en estrecha relación. DA COSTA aisló el síndrome al que luego se ha dado su nombre y cuyos síntomas cardinales eran: falta de aire, palpitaciones, fatiga, dolor precordial y mareo. Lo encontró entre los soldados americanos y luego también en la población civil. Para él tenía un origen cardiaco orgánico. Luego las ideas han evolucionado hasta considerarlo psicógeno, aunque como dice REES esto se ha hecho con una resistencia grande por parte de los internistas. Se le llama también síndrome de esfuerzo aunque ya Paul WOOD (1941) señaló que los síntomas no se deben al esfuerzo sino al miedo. Otro nombre difundido es el de "astenia neurocirculatoria."

LOPEZ IBOR señaló su curso fásico y su relación con la "timopatía ansiosa", no como un síndrome aislado sino como un conjunto de síntomas que destacan en un cuadro timopático.

Ayuntamiento de Madrid

JONES y LEWIS encuentran que el 30% de sus enfermos estaban deprimidos y el 76% estaban ansiosos.

En la etiología se barajan muchas posibilidades. A nosotros lo que nos interesa es señalar su relación con las depresiones endógenas.

Ha.nº 17.898- Enfermo de 30 años que desde hace mucho tiempo tiene unos tics que consisten en torcer la cabeza hacia un lado, pero también otros distintos que son tocar el borde de una puerta, hacer movimientos giratorios de manos y pies, contar las cosas. El dice que no puede remediarlo y tiene que si no lo hace le pase algo. Desde hace tres años tiene unas crisis que suelen coincidir con la digestión, en las que se pone muy blanco. Dice que llaman al médico pues se siente morir y le pasa a los diez minutos. Desde entonces temor a la enfermedad. La suegra padece del corazón y él le pregunta sus síntomas y los tiene más tarde igual. Se impresiona mucho con la muerte de gente conocida. Duerme muy mal, tarda en conciliar el sueño y se despierta sobresaltado en la noche, incluso gritando. Se ha metido en política y se apasiona y crea muchos problemas. Esto ha empeorado su anterior sintomatología. Malhumorado, se irrita con frecuencia y exagera los problemas. Está peor cuando se siente cansado o ha de tomar alguna resolución. También problemas familiares por negocios pues el padre es conservador y a él le gustan las innovaciones. Esto le irrita mucho. Casado hace cinco años. Caracter reservado pero el propio tiempo es muy sociable. A los 10 años tuvo una crisis nerviosa que no recuerda bien. Cree que salió a la calle chillando. Le pusieron tratamiento y desde ese momento le quedaron las "compulsiones" como él las llama -es extranjero-. Las "compulsiones" consisten en mirar la luz con ojos entornados y contar todo lo que sea, algunas veces autos, otras ventanas o pliegues de cortinas. Rezar en determinadas ocasiones y un numero determinado, múltiplo de 3 o de 11, aunque la verdad es que no es muy religioso; tirar algo al aire y cogerlo también varias veces, apagar y encender la luz, hacer movimientos con la garganta y cosas así. No siempre son las mismas cosas, cambia con frecuencia. No sabe por qué pero el caso es que cuando las hace se queda más tranquilo y aunque es capaz de controlarse no lo hace porque se siente más tranquilo. Empeora cuando está más nervioso y preocupado. Algunas noches siente una profunda angustia. Está medio despierto y nota como si viviera en un hogar extraño y le fuera a pasar algo malo. A veces piensa que le puede dar un ataque al corazón. Siente palpitaciones. Se está tomando continuamente el pulso. Logicamente cree que no le puede pasar nada pero no puede evitarlo. Padres nerviosos, antecedentes epilépticos en la familia. Su enfermedad dice él muy bien es la hipocondría. Dos órganos le preocupan especialmente: corazón y cabeza. Su tipo constitucional tiene algunos rasgos hipofisários. Hay en él una tendencia enorme a la actividad, al mismo tiempo que la retracción le viene por la hipocondría. Ahora lo que más le molesta es la angustia. Angustia precordial más que palpitaciones que no le

Ayuntamiento de Madrid

presenta después de la comida. Un médico le ha visto por rayos X y le dice que hay una replección de la pepilla.

Ha.nº 12.636- Enfermo de 41 años, comerciante, que viene a la consulta porque ha perdido el sueño hace cuatro semanas. En realidad siempre ha sido nervioso, inquieto, preocupado por una serie de pequeños problemas. Hace dos meses y medio comenzó a sentir un malestar indefinido, desazón, falta de aire, palpitaciones, a veces una especie de vacío. Acudió al médico que le hizo unas análisis que dieron todo negativo y eso le tranquilizó sobre su estado. El médico le recetó unos tranquilizantes y se calmó algo su ansiedad pero abandonó el tratamiento a los quince días. Fue hace cuatro semanas cuando empezó a no dormir. Ha llegado a un círculo vicioso de preocupaciones. De preocupación y de no dormir ha llegado a una angustia tremenda. Cree que se sigue así "le va a dar algo malo." Marcada desazón, apatía, falta de interés. "No puedo sacar partido de mi visita a Madrid, no puedo divertirme. Estoy demasiado preocupado. A veces creo que voy a perder el eje." Ligeramente triste, ha perdido además el apetito. A veces siente malestar en locales cerrados. "No se lo que me ocurre, tengo como una hipersensibilidad al ruido. A veces mareos muy tenues. Sensación de vacío detrás de la nuca."Otras veces estando en cama nota como un aire que le sube por el cuerpo. "Mi monte no se fija, no soy capaz de retener. He tenido al levantarme de la siesta una sensación muy desagradable como de calambres por el cuerpo." Su preocupación principal es la falta de sueño. "Si durmiera todo se arreglaría." Se observa continuamente y su mujer colabora en esto. Se escucha y palpa los latidos de las sienes, corazón, etc. Ha perdido el apetito sexual. Antes no era así sino al contrario. Antecedentes personales: intoxicación alimenticia hacd 30 años. Se casó hace 11 y tiene cuatro hijos por los cuales se preocupa mucho. Hace tres meses tuvo un torticolis de breve duración. Es el tercero de siete hermanos. Su padre era muy nervioso y un tipo, tuvo trastornos nerviosos pero no sabe cuales. Hipocondriaco, siempre hipertínico pero ahora con miedo a la locura y la muerte con una serie de síntomas hipocondriacos montados sobre estos dos miedos. Destaca el insomnio. Electroencefalograma normal. Catamnesis: estuvo muy bien siete años y luego volvió a empeorar. Nota una sensación de "flojera" y molestias precordiales. Se trata de un episodio ansioso y es curioso la presencia del corazón hiperérgico. En noviembre de 1968 tiene una fase depresiva. Necesita ingresar en la clínica y sale de alta un mes después muy mejorado y animoso.

Ha.nº 16.940- Enfermo de 67 años, viudo, diplomático. Su padre murió a los 65 años y su madre que siempre había tenido molestias hepáticas murió de cirrosis. Un hermano murió de un ictus y otro vive sano. Su mujer murió a los 12 años de casado y tiene un hijo sano y una hija tratada por ciclotimia y ligera debilidad mental. Siempre ha sido introvertido, pesimista, meticuloso y ordenado. Hace diez años accidente grave de auto. Hace veinte años principio de úlcera de estómago o de duodeno. Tenía dolores en epigastrio que le daban en ayunas. A rayos X advirtieron una úlcera pero luego le dijeron que no quedaban huellas y

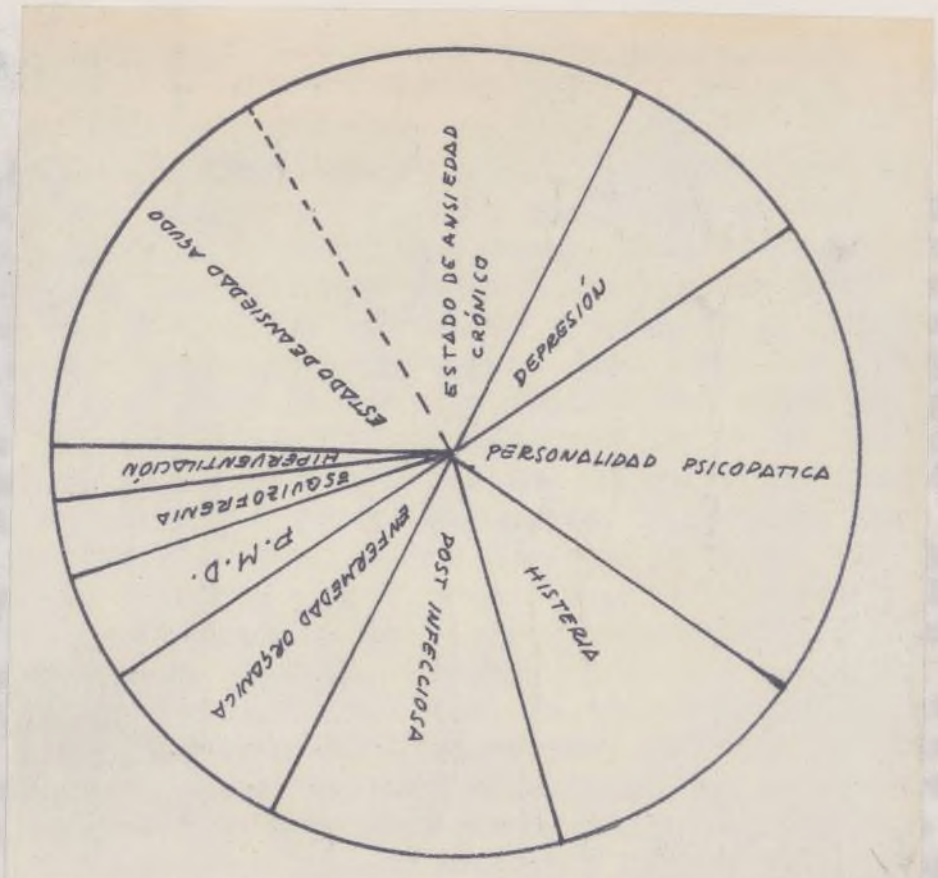
Ayuntamiento de Madrid

que probablemente nunca la había tenido. A temporadas tiene diarreas pero nunca ha tenido parásitos. Hace un año tuvo una trombosis venosa en una pierna, después de un viaje empezó a hincharse la pierna y desde entonces toma anticoagulantes. Hace un año también tuvo una gripe muy fuerte tratada con antibióticos y desde entonces está deprimido, muy inquieto, angustiado, no puede conciliar el sueño, sensación de inseguridad. Perdió cinco o seis kilos, estaba triste y tardó varias semanas en mejorar totalmente. Ahora desde hace dos semanas ha vuelto a recaer, el sueño es intranquilo y hay días que los pasa en cama sin ganas de vivir, pensando que lo mejor sería dormir sin despertar. Muy preocupado por el corazón. Desde hace dos años siente palpitaciones sobre todo al caer la tarde. Ha sido visto por un especialista porque tiene tener algo de corazón. Realmente, lo único que tiene son extrasistoles después de la comida que él atribuye a los muchos gases que ha tenido siempre. Preocupado por la situación mundial, por su carrera, etc. El cardiologo dice: "Ligera arterioesclerosis generalizada sin aortopatía ni arteropatia deficitaria a ningún nivel. Extrasistolia politopica que aparece en conexión con las flatulencias digestivas que no tienen significación coronaria ya que en el trazo de los dos minutos consecutivos al esfuerzo desaparece por completo para reaparecer en la fase de recuperación." Catamnesis: cedió la fase depresiva. Un año más tarde tuvo otra que cedió igualmente al tratamiento.

KULENKAMPFF y KULENKAMPFF y BAUER han descrito una <u>fobia cardiaca (Herzphobie)</u>. Los enfermos a que se refieren son de este tipo. Las crisis de angustia cristalizan en síntomas cardiacos igual que puede cristalizar en otra fobia cualquiera. El valor de estas descripciones está en señalar la presencia de factores condicionantes en la génesis del síntoma. Dentro de ellas destaca por su importancia la iatrogenia. Según WOOD en el 33% de sus enfermos esto era así. Un soplo sistólico o una taquicardia pueden ser valoradas incorrectamente por un médico. Otros hallazgos exploratorios frecuentes son extrasístoles o bloqueos de rama derecha.

Sin embargo, hoy en día no hay razón para conservar esta etiqueta diagnóstica. Ya hemos visto que LOPEZ IBOR las considera en su cuadro tisopático. JONES y LEWIS dice que en todos los casos es posible hacer un diagnóstico psiquiátrico correcto distribuidos según ellos de la siguiente manera:

Ayuntamiento de Madrid



Lindford REES también se manifiesta en contra. Lo importante a la hora de hacer un diagnóstico es dar el justo valor que tienen los factores patogénicos. El tipo de personabilidad, el biotipo personal y los factores dondicionantes tienen una importancia secundaria ante los factores depresivos endógenos. El cuadro depresivo es aparente en un percentaje elevado de los casos. Por otra parte, las respuestas al tratamiento timoléptico es una prueba más de este origen.

* * * * * *

Las afecciones dermatológicas juegan un papel importante en la patología psicosomática. Por una parte la piel y el sistema nervioso tienen un mismo origen ectodermico, por otra parte a la piel se le da un gran valor en la expresión del conflicto psíquico. Sin embargo, atribuir una psicogenia a diversas alteraciones es ir demasiado lejos. La evolución fásica de los trastornos los relaciona con las depresiones. WINZENRIED fue el primero que llamó la atención sobre ello. Ya en el capítulo de las parestesias nos hemos ocupado de ello a propósito del prurito. En algunos enfermos aparecen en antecedentes en eczemas de etiología oscura y que evolucionan

Ayuntamiento de Madrid

con altibajos hasta que surge una fase depresiva.

Ha.nº 17.866- Enferma de 40 años, casada, que ha nacido y vivido en Cuba hasta el cambio poäítico actual. Hace nueve años vino a España y aquí se casó. Había conocido a su marido en viajes anteriores pues ella es en realidad familia de emigrantes y venían bastante a menudo a España. Su padre y su madre murieron jóvenes. Los hermanos muy unidos llevaban un negocio. A los 23 años tuvo ella un pretendiente que no les gustó por ser divorciado y le hicieron romper de modo brusco con él. Meses después le salió una erupción en los dedos de la mano, como vesículas que evolucionaban en pustulas. Esta afección de la piel le duró tres años. Siempre alegre y sociable, comunicativa y habladera. Se pensó en una micosis pero evolucionaba muy lentamente y no mejoraba con ningún tratamiento. No sabe si coincidiendo con las inyecciones que le dio un psiquiatra o por un viaje a España empezó a mejorar. Cuando se casó y se quedó a vivir en España, al principio se encontraba un poco sola y además su marido es un poco seco y eso le afectó. Tuvieron un hijo que ahora tiene 8 años. Ella seguía siendo alegre y sociable que hablaba hasta con las piedras. Una serie de acontecimientos le han preocupado en los últimos años. Casi todos sus hermanos casados se han divorciado y la familia se ha dispersado. Su marido tuvo una coroiditis hace dos años y eso la afectó mucho. Hace un año, en primavera, empezó con apatía, desgana, tristeza, miedo enorme y no sabía a qué. Asustada con ganas de estar sola, hipocondriaca, sin ilusión, recordando todo lo triste de su vida, durmiendo mal y poco, comiendo sin apetito y con una sensación rabiosa en la nuca que la dejaba muy aplanada. Mucho miedo a morirse. Peor por las mañanas y mejoraba a lo largo del día. Le hicieron un chequeo muy completo, radiografías de cráneo, etc. que dieron normal. Tratada con Tofranil 3 comprimidos al día que solo tomó unos días porque le aplanaban más. Hipomenorrea que consultó con un ginecólogo que atribuyó todas sus molestias a insuficiencia ovárica grande. Menarquia a los 11 años, reglas siempre regulares que duraban tres días y ocurrían cada 28 a 30 días. El ginecólogo le recomendó Euginon, Proluton y Antex-Leo y comenzó a mejorar. Ahora hace tres meses vuelve a estar peor con los mismos síntomas que antes. Ha vuelto a tomar Tofranil pero lo ha dejado por los mismos síntomas que antes. Ella atribuye su recaída a malas noticias familiares. Antecedentes: no hay salvo las desarmonías conyugales de sus hermanos, debidas a motivos muy diversos, razón alguna para este estado ni antecedentes psiquiátricos de interés. Ella ahora está mejor. Fue operada de ovarios por atribuir su sintomatología timopática a alteración de los mismos. Tipo pícnico con predominancia del componente ansioso sobre el depresivo. Se encuentra malhumorada con ganas de llorar pero predomina la sensación de miedo y de complejo. Cuando está peor siente la nuca ardiente.

Ha.nº 15.328- Enferma de 39 años, casada. El marido dice que cuando se casaron hace 18 años ella era muy alegre y simpática y al cabo de cuatro años comenzó a lavarse reiteradamente las manos, cien veces cada día. Empezó por una preocupación exageradísima por la limpieza.

Ayuntamiento de Madrid

Soplaba cajones y sacudía ropa y armarios hasta tres veces al día. Rezando el rosario empezaba siete veces el Padrenuestro por si lo hacía mal. Miraba debajo de los armarios por si alguien dejaba un cenicero sucio y si había alguien debajo de la cama. Empezó a aislarse de la gente. Le molestaban las visitas y tenía muchos escrúpulos de conciencia. El confesor le dijo que era una inmoralidad ducharse sin poner su camisón y ella pensaba que todo era pecado. Hacía muchas novenas hasta que hace dos años se cansó de la religión y no practicaba. Actualmente ha vuelto a la práctica religiosa. Exige a los familiares una limpieza exagerada y que se laven las manos todos. Ella se las mira por ver si están bien limpias. Todo lo lleva con rito. Por ejemplo apunta lo que hay que hacer, pintarse las uñas, ir a la peluquería, etc. y si por algo no puede ir se pone como un leon enjaulado. Es por temporadas pero del todo no le ha vuelto a desaparecer este estado. Si sale de veraneo está mujor, pero luego vuelve a sus ritos. Odia a la gente porque cree que todos deben estar pendientes de ella y mada la satisface. Es dificilísimo convivir con ella pues se dedica a pinchar a todos los que la rodean. Nunca está contenta y su vida es una continua tensión. Casi siempre está triste y a veces llora. Siempre muy cansada, duerme muy mal y se despierta muy temprano. Cree tener todas las enfermedades que hay. Se hicha y a veces varía tres kilos de peso en un mismo día. Esto lo ha comprobado el marido. Si se le tuerce un tobillo piensa que tiene cáncer o tuberculosis ósea. Ha hecho muchas tratamientos entre otros con ácido lisérgico, pero desde hace tres años no toma nada. La enferma recuerda que ya a los 8 años tenía escrúpulos de conciencia y le quedaban pesadillas después de cofesar. Cuando tenía 9 años rezaba todas las noches una oración para que Dios protegiera a su padre que estaba en el frente. Durante tres noches no rezó la oración por leer un TBO y coincidió que esos días mataron a su padre. No recuerda nada más de los escrúpulos hasta los 25 años que surgió lo de la limpieza. Le duele la parte de atrás de la cabeza, la nuca, y le oprime el pecho como si tuviera una losa y le salen "rosetas" en la cara. Desde hace un años bastante insensible a las relaciones sexuales. Muy fantástica hablando siempre aumenta las cosas y tendencia a presumir de todo. El padre era alegre y recto. La madre vive y está bien pero dicen que de joven le sucedió lo mismo que a su hija; por ejemplo tenía que comprobar varias veces si había cerrado la puerta. Siempre lleva la contratia a la enferma. Un hermano de 36 años está bien.

Antecedentes personales: eczema detrás del lóbulo de la oreja que se irradia al lado derecho y a toda la cara y en los pies. Fue a los 18 años y le duró seis años. Periodos siempre irregulares. Le hicieron un legrado para facilitar un embarazo, pero no ha tenido hijos y cree que no los desea. Siempre alegre, muy segura de si misma y de genio fuerte. La primera infancia normal. Es pícnica y tremendamente obsesiva. Su situación pícnica y temperamento disminuye a veces la intensidad de las obsesiones pero no tanto para que no perturben la vida de la enferma. Ahora las obsesiones son menos en cuanto a la religión y más por la limpieza. Catamnesis: vista al año siguiente ha mejorado. Sin obsesiones y apenas se lava las manos y no le molesta la gente. El marido dice que

Ayuntamiento de Madrid

ha mejorado un 90%. En cambio le han aparecido unos miedos infantiles que no tenía, por ejemplo a la oscuridad, al techo que la puede aplastar. Es curioso que tenga una fobia a tener hijos por pensar que no podrá atenderlos. La fobia está en relación con el miedo a la locura, incapacidad mental, dismimución de la personalidad. Se ve que el desplazamiento de umas obsesiones hacia las fobias es menos cualificada en intensidad. Vuelve a la consulta año y medio después y sigue mejor. Sus antiguos escrúpulos y obsesiones parecen haber desaparecido pero aparecen otros que ella llama obsesiones aunque no lo son. Sentimientos de inferioridad por proceder de familia humilde y se ha y se ha elevado con el matrimonio. Dio cuando se casó una fotografía a sus familiares y ahora piensa que pueda estar en una portería. Cuando se levanta se encuentra pesada y decepcionada como si cada día se enfrentara con una gran responsabilidad invencible. Tuvo novio a los15 años. No pasó nada pero cree que las gentes hablaron y que las habladurías pueden ahora reproducirse y perjudicar a su marido. Se ha acordado de ello porque en una novela que ha leído pasa algo parecido. Gran sentimiento de culpabilidad por aquellos amorios que fueron inocentes. Miedo a que la critiquen, a que no la crean formal, a que noten sus inferioridades, a no haber tenido hijos, etc. En cambio los escrúpulos que tenía antes y que le hacían la vida imposible, como el miedo al polvo, a la calefacción, a los albañiles, etc. que tanto perturbaban, han desaparecido. Ahora el cuadro es tipicamente depresivo. Pícnica, tímida, pero cumple su papel admirablemente. Es buena e ingenua sin la capacidad intelectual de su marido, pero no hay problema conyugal alguno. Electroencefalograma de9 sincronizado. Tratada con antidepresivos.

Los rasgos obsesivos de la personalidad destacan en los enfermos o si no como en este caso aparece una típica neurosis obsesiva. ROJO SIERRA habla de una patología de la hipercompensación en las que destacan las obsesiones y la alegia.

* * * * * *

En los primeros capítulos de esta tesis hemos intentado demostrar la realidad de los equivalentes depresivos, basándonos en tres puntos fundamentales: la evolución física, la coincidencia con síntomas depresivos mitigados y por la propia estructura psicopatológica del síntoma y de la atmósfera que lo envuelve en la que aparece los radicales de los síntomas conocidos de la melancolía endógena. En el capítulo destinado al estudio de la herencia veremos como a pesar de que a veces existen familias en las que predomina el mismo

Ayuntamiento de Madrid

síntoma y el mismo cuadro clínico, lo más frecuente es que los equivalentes se distribuyan de un modo no homogéneo entre los miembros afectos.

En este capítulo entre las relaciones de las enfermedades psicosomáticas con las depresiones hemos querido destacar la importancia de la evolución física, de la coexistencia en un mismo enfermo las fases depresivas y trastornos psicosomáticos y de las suplencias y alternancias de unas con otros en los que la melancolía si bien no es una vía terminal comun (SPIEGELBERG señala que en la variación de los síndromes, el último es una fase depresiva, en realidad no siendo así como demuestra la catamnesis de los casos, lo que pasa es que para este autor, como psiquiatra que es, acudían los enfermos cuando se desencadenaba esta fase) es por lo menos un tema constante en la evolución. Por supuesto que no todo en la medicina psicosomática son las alteraciones endógenas. No se puede reducir el estudio de ellas a una patología del diencéfalo como tampoco es posible hacerlo con las psicosis maníacodepresiva. En primer lugar en las enfermedades psicosomáticas existe una serie de alteraciones locales en el órgano afecto que no solamente son las más aprentes del cuadro clínico, sino que están en un equilibrio funcional con la causa desencadenante como lo demuestra la sustitución de síntomas.

El problema cmucial consiste en averiguar porqué sobre un trastorno endógeno postulado surge un determinado cuadro clínbé. Esta es la razón de ser de la investigación psicosomática en este terreno. Ya hemos criticado la reacción de conversión como un mecanismo fundamental en este proceso. Estamos aun lejos de poder dar una solución a esta cuestión, pero, sin embargo, si que pueden vislumbrarse algunas posibilidades.

LOPEZ IBOR ha descrito un fenómeno que denominó "catagénesis" como contraposición a la psicogénesis. Un enfermo comenzaba, en un momento determinado, con un síntoma que tenía una significación dentro de una situación, pero que luego se revelaba como síntoma de una enfermedad neurológica orgánica. Describió casos de espasmos de torsión, de tortícolis espasmódico y de esclerosis en placas. SCHULTE también se ha refe-

Ayuntamiento de Madrid

rido al mismo problema en otros casos (tumores endocraneales, esclerosis lateral amiotrofica, brote de una esclerosis en placas, accidentes vasculares cerebrales, etc.). Los casos son tan extraordinarios que sería absurdo achacar los hechos a la casualidad. El síntoma parece psicogenético, pero luego la enfermedad sigue ya un curso propio. Lo que es psicogenético es el síntoma, no la enfermedad. SCHULTE lo pone en relación entre otras cosas, con las situaciones de alivio en las que después de una prolongada situación de esfuerzo (cuidar a un familiar en una larga enfermedad o en una crónica grave, esfuerzo por lograr un ascenso en el trabajo, etc.) que son precisamente en los que se desencadena una enfermedad (accidente vascular cerebral por ejemplo). A este hecho se da hoy gran importancia en la patogenia de algunos tipos de depresiones ("Entlassungsdepresionnen" de KIELHOLZ).

En las fases depresivas, en los momentos más iniciales, cuando aun la sintomatología es subclínica, es decir, cuando aun no se ha dado cuerta el sujeto de que está enfermo, determinadas situaciones pueden desencadenar un síntoma que luego es el motivo principal del cuadro. Esto aclara el "sosein" de la sintomatología pero no el "dasein", es decir, no explica la presencia de la enfermedad, pero si de su sintomatología. Al preguntar al enfermo por su estado cuando se inició la enfermedad puede decirse que era normal porque realmente así lo cree, y muchas veces lo que sucede es que una vez que la fase ha remitido comenta sorprendido que su estado los tiempos anteriores a la enfermedad no era todo lo normal que él había creído, que tenía que realizar un esfuerzo para levantarse, que encontraba su trabajo especialmente fastidioso o cosas por el estilo. A veces los familiares perciben este descenso de la vitalidad del enfermo antes que él, pero otras veces no sucede así. En este estado es en que se concreta una fobia u otra o una idea delirante, etc. Lo mismo sucede con los esquizofrénicos. De la misma manera pueden cristalizar así síntomas somáticos. A veces una cefalea depresiva aparece provocada por un traumatismo y se puede confundir el diagnóstico con el de las cefaleas post-traumáticas, como en las historias 17.425 y en la 7.117.

Ha.nº 15.938- Enfermo de 32 años, casado, que hace tres

Ayuntamiento de Madrid

años tuvo una caída hacia atrás con un fuerte golpe en la región occipital y pérdida de conocimiento. Fue llevado a una clínica y durante una noche estuvo diciendo incoherancias y con un estado, según informan, de bajo nivel de conciencia. Algunos días después le hicieron una radiografía que fue negativa. Durante este tiempo sentía doler en la cabeza y como si le diese vueltas. Una semana más tarde estando ya en su casa, sufrió un ataque de nervios. Quería marcharse de allí, tenía ideas malas, mucho miedo. Tres días más tarde se hizo un corte en las venas del brazo derecho con una hoja de afeitar. El paciente no recuerda lo que pasó. Su madre le dijo después que una noche en que estaba muy inquieto al levantarse por la mañana se cortó. Fue llevado otra vez a una clínica y allí le dijeron que no tenía nada. Entonces fue a un psiquiatra y le puso un tratamiento a base de vitaminas. Actualmente el enfermo dice que se encuentra sin ganas de vivir y con temor a algo que no sabe bien lo que es, a toda la vida y como si no fuera a sacar a su familia adelante. Temor a que en un arrebato de ofuscación vuelva a tener un intento de suicidio. Miedo a no ser el mismo que era antes. No tiene ganas de hablar con nadie. Miedo al lugar donde se cayó. Tiene momentos en los que la mente se le ofusca. Miedo a no poder enfrentarse con los problemas que antes hacía normalmente en su trabajo. A los 17 años padecía del corazón y se cansaba en su trabajo de carpintero y tenía décimas y palpitaciones frecuentes. El médico le dijo que todo era nervioso. Hace dos años tuvo una temporada que el califica de "rara" en la que estaba desazonado y no dormía, estaba nervioso y tenía décimas. Después de muchas exploraciones fue operado de apéndice porque le dijeron que lo tenía inflamado. Tuvo los mismos síntomas después de la operación. No tuvo dolores antes de ella. Casado hace año y medio y dice no tener ilusión por nada, ni siquiera por su hijo. No tiene problemas con la mujer no con la empresa en que trabaja. Tampoco problemas económicos. El padre murió del corazón, la madre ha visto a muchos médicos por diversas molestias que han sido calificadas "de los nervios." El enfermo está extraordinariamente deprimido. Lleva todavía un vendaje en el brazo. Han atribuido esta depresión a la caída con pérdida de conocimiento pero él ha tenido ya dos anteriores. Persiste en las ideas de suicidio. A los cuatro días de empezar el tratamiento tomó ocho comprimidos de Quadronox y lo ingresaron de urgencia en el Hospital, luego fue tratado con electrochoques. Estuvo un mes internado. Salió bien.

La historia 17.580 (vease en algias y parestesias faringeas) es semejante a ésta.

En el siguiente enfermo las nauseas surgen por una situación de asco y son las que dominan el cuadro depresivo pero la impertancia de este origen es en el fondo muy secundaria ya que en este enfermo una nueva fase tiene otra sintomatología depresiva más pura por así decirlo.

Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 14.052- Enfermo de 22 años, soltero, estudiante, que se queja de tener arcadas con frecuencia, sobre todo en determinadas situaciones. Las molestias empezaron hace 15 días aunque ya hace cuatro años las había tenido igual. Fue a comer a un restaurante con una chica con la que sale con frecuencia. El comer fuera de casa y con gente siempre le ha molestado. Se siente incómodo y pierde el apetito. En las circunstancias actuales era un martirio. Teme que se produzcan las arcadas y que dé el espectáculo vomitando. Además de arcadas se siente mal con sensación de angustia, calor en la cara, manos frías, sudores. En ocasiones ha tenido que abandonar la reunión en la que estaba para ir al baño a vomitar. Al decir que se siente mal cree que todo el mundo lo nota y se avergüenza mucho. Ultimamente tiene la sensación nauseosa no sólo cuando tiene una comida sino en otras circunstancias, en clase, en el cine, o cuando está con gente en un lugar donde pueda dar el espectáculo. Si sale con una chica que le interesa -ahora tiene una medio novia- se acentuan las molestias. Peor por las mañanas. Si tiene cualquier preocupación se levanta y siente arcadas. Tristón, pesimista, desanimado, a veces con ganas de llorar. Hace cuatro años estando con sus padres en un yate le pasó algo parecido. Tenían invitados al amigo de su padre con su hijo y a los diez días de veraneo empezó con las arcadas, falta de apetito, sobre todo cuando iban a tierra invitados por algún amigo. Dos semanas después fue visto por un médico que le diagnosticó de gastritis. Las molestias desaparecieron al cabo de un mes. Siempre fue tímido, reservado. De pequeño se burlaban de él por sus orejas de soplillo. A los 17 años le operaron para arreglar ese defecto. Siempre ha sentido complejo de inferioridad. Es el mayor de los hermanos, son cuatro. Niega conflictos en su casa o fuera de ella. La madre es muy nerviosa. No es facil descubrir los detalles de la escena primera en que aparecieron las arcadas. Se iban a comer a tierra en casas de amigos de la familia. Comenzó por inapetencia y luego vómitos y arcadas. Aquello pasó. Ahora siente lo mismo pero sobre todo tiene las angustia de que le ocurra. Está deprimido, cierta sensación agorafóbica. Lo pasa más mal cuando no puede ir a devolver con facilidad. Vuelve a la consulta dos años después. Ha estado en Inglaterra trabajando en un Banco. La sintomatología ha cambiado. Ahora está deprimido, duerme mal, tiene zumbidos de oídos, pero lo que más le preocupa es que le sube de vez en cuando un calor a la cara y un enorme sudor de vez en cuando, que está determinado por la presencia de determinadas personas. Dice que por el sudor pierde el pelo y eso le preocupa mucho. Ha sido visto por un dermatólogo que diagnosticado seborrea y puesto tratamiento. Gran tristeza y una timidez que él califica de patológica. Astenia y apatía. El padre que le ha puesto a trabajar con él dice que muchas veces le encuentra quieto y tumbado en un sillón. Cuando le llama para ir con él lo hace muy a gusto. Evidentemente no es falta de voluntad sino astenia e incapacidad. El tiempo que ha estado en Inglaterra ha hecho vida sexual normal.

Hasta qué punto un episodio en estos momentos pueda

Ayuntamiento de Madrid

determinar una sintomatología como factor pateplástico sirve de ejemplo la historia siguiente. Una parestesia faringea surge tras un episodio de atragantamiento. El hecho se repite años más tarde de un modo similar. En la evolución de la enfermedad durante el tratamiento se observó un hecho importante que es el de la pérdida de precisión del síntoma. Este se va desenfocando, difundiendo al mismo tiempo que deja de ser diáfano y termina por desaparecer.

Ha.nº 13.033- Enferma de 49 años viuda, maestra, que cree que hace cinco años un comprimido que tomó se le fue por un lado falso hacia la nariz y el oído. Muy preocupada tragaba continuamente o aspiraba tratando de eliminar la pastilla que creía tener retenida. Fue a un otorrino que le dijo que no tenía nada, pero que se pusiera penicilina por si le había quedado una pequeña lesión. Al cabo de unos días de tratamiento y de ponerse fomentos calientes para disolver la pastilla las molestias desaparecieron. Un año después le ocurrió lo mismo con una espina de pescado. Se la notaba y estaba convencida de tenerla. También al cabo de unos días cesó la molestia y la preocupación. La sentía en el mismo lugar donde había sentido la pastilla. Ahora hace seis meses creyó que era una pepita de naranja lo que se le había ido por el otro sitio. Tragaba continuamente, aspiraba tapándose la nariz. A veces se la notaba en la garganta, otras en la nariz y otras en el bronquio. Le dolía el cerebro. Fue vista por varios médicos que le explicaron lo imposible de su idea. A pesar de ello siguió con la misma molestia. Por fin un otorrinolaringólogo le dió Librium y unas inyecciones de vitaminas. "El Librium me atentaba mucho" dice y dejó de tomarlo, mejorando después hasta desaparecer la molestia. Fue vista en su ciudad por un psiquiatra que le puso un tratamiento con antidepresivos. Días antes de reaparecer la molestia de la pepita de naranja se había desanimado mucho, estaba muy triste y todo le hacía llorar. "Este tratamiento casi me mata" dice. Tuvo mareos, sudores fríos, estuvo a punto de desmayarse. Actualmente tiene una pequeña molestia que no acaba de desaparecer. Ya no cree tener ningún cuerpo extraño, piensa que es de los nervios. Unos días la nota hacia la derecha, otros la siente en el cerebro. Traga continuamente y nota la garganta irritada.

Parece una mujer rígida, impertinente con frecuencia. De pequeña tuvo un amago de meningitis y paludismo. Menarquia a los 11. Se casó a los 20 años y enviudó a los cuatro meses de casada. Tuvo un aborto. Cesaron sus menstruaciones hace cinco años. Es la mayor de dos hermanas. La otra tiene tristezas a temporadas y el padre era nervioso y sentimental que lloraba facilmente.

Lo que ahora nota es"como un estorbo" como si se hubiera quedado un nervio irritado. Catamnesis: mejoró pronto y vista un año más tarde todavía estaba mucho mejor. Ligeramente hipertímica. La molestia en la garganta se ha transformado así: en lugar de ser intensa se hace muy difusa "como un cuerpo extraño que tuviera allí, como una telilla, que además ha ascendio." La difusión no es en la

Ayuntamiento de Madrid

zona en que nota la molestia sino en la propia sensación. Como fondo había una serie de sintomatología timopática: mareos en la iglesia, dolor de riñones sobre todo si tiene alguna excitación interior como fenómeno de conversión; flojera de las piernas, indecisión, perplejidad. Da mucha importancia a las cosas, sobre todo a las nimiedades. Necesita hablar de la enfermedad. La respiración de ella la encuentra más apagada que la de los demás. Ahora ya se la nota más fuerte, advierto. Vista seis meses más tarde está mejor pero todavía tiene algo por las mañanas y si se cansa o disgusta. Hay un verdadero fenómeno de reducción del síntoma. Nota que trae: "Trayectoria de mi enfermedad: al cambiar el tratamiento y como consecuencia de la preocupación y el malestar empiezo con un cuarto de pastilla y voy subiendo como si tuviera palpitaciones en la digestión de la comida y por las noches los primeros días. Niamid y Ecuanil. Dos crisis, una creyéndome que esto a lo mejor dependía del bulto de la garganta y de los nervios, otra al disgustarme no ver la solución viable de las cosas, llorar mcho molestándome más la garganta en estos días. Durante los baños y despreocupación muy bien, sin notármelo casi; la memoria muy floja y al despertarme no con ánimo de emprender el día con alegría de trabajo sino moralmente sin ilusión. Por las mañanas más fuertes las molestias y bastantes ganas de tragar a todas horas. Exagero mucho las cosas que me disgustan dándole mucha importancia. Al cambiar el tiempo, cuando se pone nublado para llover muy de malhumor y sin poder aguantar las personas que conviven conmigo." Un año más tarde está muy bien. Dificultad para liberarse sobre todo de los problemas familiares. Gesto de tragar mejor. Más clarividencia en las ideas, viaja más tranquila. Solo si se disgusta traga. Dos años y medio más tarde vuelve a estar deprimida y a quejarse de la garganta. En general la sensación de soledad de vez en cuando. Dolor lumbar, como si fuera a partir por medio. Sensación de desamparo, tristeza, soledad interior, vacío muy sensible. Ahora mismo está desolada porque una muchacha que tenía se ha ido a vivir a su propia casa. Cuatro meses más tarde comienza una fase de cefaleas, que remitió con el tratamiento.

Sin embargo estos episodios no aclaran todo el cuadro ya que uno tiene que suponer que a lo largo del día surjan infinidad de circunstancias que puedan desencadenar sum síntoma, pero <u>solo lo hace uno</u>. El hecho de que en este enfermo se repitan llama la atención sobre el hecho fundamental de que tal episodio ha de ser <u>especialmente significativo para el enfermo</u>, es decir, es el que pone de relieve de un modo más inmediato la marea angustiosa de la depresión que avanza.

Otras veces la sintomatología tiene durante años un caracter vago y difuso y apenas cristaliza en un síntoma. Estos aparecen y desaparecen los diagnósticos se suceden y la

Ayuntamiento de Madrid

iatrogenia en la génesis de los síntomas es un hecho muy inmportante.

Ha.nº 17.768- Enfermo de 65 años, viudo, que desde hace un mes, igual que otras veces en los últimos años, se le ha metido en la cabeza que tiene un cancer. Lleva unos meses solo en Madrid trabajando bastante y lo mismo que otras veces cuando llega su hijo o su hija se siente mejor. Desde hace muchos años y siempre por causa de esa molestia ha visto a muchos médicos. Dice que es más cuando tiene trabajo y se fatiga. Sus molestias son muy variadas. Ultimamente es un malestar en la cadera izquierda que atribuye a una descalcificación de la cadera. Es diabético desde hace años pero se cuida bien. Ha trabajado mucho y aparte de su trabajo es ordenado en todo, meticuloso, siempre cree tener razón en todo y él mismo dice que vive como apurado. Come y duerme bien. "Soy de temperamento nervioso y apurado." Siempre quiere solucionar todas las cosas. Hace muchos años tuvo molestias en el mentón izquierdo y más tarde durante cierto tiempo una neuralgia en la zona izquierda de la cara. Entonces creía que era una cosa mala. Hace seis meses pasó una temporada que no comía. Tenía molestias en el pecho y también en la cara. Por la cara del médico que le vió entonces notó que tenía cáncer. Hace diez años fue operado de fimosis y le quedó una dureza en el pene que fue tratada con radioterapia y mejoró. Hace unos nueve meses tuvo una temporada de malas digestiones, se encontraba hinchado, mareado y tenía mala circulación en las piernas. En diversas ocasiones ha tenido molestias en el hipocondrio izquierdo acompañadas de frecuentes ganas de orinar. Otras veces descomposición de vientre por anemia, dice él. Hace quince años fue diagnosticado de bloqueo de la rama derecha del corazón. Las molestias del lado izquierdo en el pecho siempre han pensado que fueran cardiacas. Hace dos años encontraron ácido úrico en orina. El enfermo reconoce que las enfermedades le van de un lado a otro y cambian de fisonomía cada vez. Lo que mejor le va es descansar. Hace ya casi veinte años cuando andaba mucho le daban ganas de orinar. Quiere que se le haga el plan para sentirse menos apurado y varias veces dice que como él no es inteligente tiene que suplirlo trabajando mucho y eso le agota. Hace veinte años tuvo una fase en que estaba disgustado, triste, nervioso con decaimiento y dolor de estómago. Creía que no se curaba y no descansaba en la cama. Tomó un veneno para las plantas. Se casó hace veinte años y tiene dos hijos, uno con meningitis, todos nerviosos, la hija ha sido vista en esta consulta. La hija ha oído decir que el enfermo fue celoso y antes de casarse, mujeriego. Tiene una hermana internada muchas veces en un Sanatorio psiquiátrico por fases con tristeza, dicen. Este enfermo está en tratamiento en una clínica desde hace muchos años y le han hecho infinidad de exámenes sin nunca encontrar nada. Por temporadas, cuando está cansado y coincidiendo con primavera y otoño le empiezan dolores en la parte izquierda del cuerpo. En 1953 pensó que tenía un cáncer del riñón porque orinaba mucho. Las fases han sido de diversa intensidad pero siempre en tono menor. Ahora hace seis meses

Ayuntamiento de Madrid

que se han intensificado. Una temporada en que estaba muy apagado tenía sensación dolorosa en la parte izquierda del pecho, como si tuviera cáncer de pulmon, dice. Consultó con un especialista y le insistió para que le operase muy pronto. Pero de la exploración que le hicieron no resultó nada positivo. Ahora cree, sobre todo por una carta que ha recibido del médico que las molestias de la cadera izquierda son otro cáncer, y no una discreta artritis de cadera y osteoporosis como él dice. El enfermo reconoce que si hubiera tenido tantos cánceres como él ha pensado ya tendría todo el cuerpo invadido y se ríe de sus preocupaciones pasadas. Como él siempre insiste en que es un cáncer le hacen infinidad de exploraciones que para el enfermo confirman el diagnóstico y a pesar de que le digan que no es cáncer él siente muy angustiado, decaido, triste y sin ganas de vivir. Ha creido tener también angina de pecho e infarto de miocardio. Lo único que ha sido normal en él es la próstata, dice. Comienza un tratamiento con inhibidores por vía intravenosa con lo que mejoró rapidísimamente.

Un enfermo muy parecido es el ya referido de la Historia num. 3.244.

Otras veces los equivalentes depresivos aparecen en los prodromos de una fase melancólica grave y a veces también en el periodo de mejería. No es que cuando el enfermo se encuentre peor preste menos atención a sus síntomas, sino que estos realmente han desaparecido. En esto pasa también lo mismo que en los problemas de las depresiones endógenas y reactivas. Las formas más graves son las más fáciles de diagnosticar y las formas leves de depresión son las que toman máscaras más variadas. Sir Aubrey LEWIS dice que las depresiones reactivas son igual que las endógenas solo que su profundidad es menor y su duración mayor. Estas formas son las que LOPEZ IBOR incluye dentro de la "timopatía ansiosa" y son las que se encuentran como fondo biológico de las neurosis. También son las más frecuentes entre los equivalentes.

Otro rasgo importante que nos ayuda a penetrar más en la patogenia de este grupo de enfermedades es el siguiente. Ya al referirnos de las parastesias y de prurito vimos como las primeras coinciden con síntomas angustiosos y el segundo con fobias. De la misma manera en las enfermedades psicosomáticas se observan bien en enfermos con rasgos anomalos de la personalidad, neuróticos, inmaduros, con rasgos obsesivos, ect. O bien cuando el trastorno psicosomático es más físico

Ayuntamiento de Madrid

o aparecen también fases depresivas, éstas tienen tendencia a presentar síntomas obsesivos o delirantes muy acentuados. Es decir, desde el punto de vista clínico se puede decir que existen formas de depresión que apenas se salen del círculo clínico conocido como típico de ellas, mientras que en otros enfermos la sintomatología desborda el nivel endotímico y salta, por así decirlo, tanto al plano somático (equivalentes o trastornos psicosomáticos) como a reacciones psicológicas más importantes, por ejemplo las que se observan en las ideas delirantes. Este hecho podemos ponerlo en relación con las reacciones exageradas a que se refirió LOPEZ IBOR en la génesis de las enfermedades psicosomáticas.

Un buen ejemplo de ello es el siguiente enfermo que estuvo dos veces ingresado en la Clínica y que fue diagnosticado de "brotes esquizofrénicos." Sin embargo la sintomatología depresiva era muy marcada y la remisión de los síntomas era total. Bien sabido es que las fronteras entre la esquizofrenia y la psicosis maniacodepresiva son fluidas. Este enfermo padecía de ulcera de estómago que comenzó muy agudamente tanto que casi inopinadamente se le perforó. Lo mismo que sucedía en el plano psíquico, es decir, la agudeza del cuadro y la tendencia a evolucionar rapidamente hacia formas psicopatológicas más graves, sucedía en el plano somático. Da la impresión como si existiera una barrera entre la esquizofrenia y la ciclotimia en el sentido que una sintomatología delirante puede ir progresando aunque sin llegar a la esquizofrenia. Cuando llega a rebasar ese límite la psicosis tiene peor pronóstico. Lo mismo sucede en el plano somático. Las desviaciones patológicas periféricas pueden ser revereibles o llegar a un punto en el que ya evolucionan con independencia del trastorno endotímico.

Ha.nº 16.128- Enfermo de 28 años, soltero, estudiante de farmacia, que nació de embarazo y parto normal, y es el tercero de seis hermanos. La madre ha tenido varios abortos. Una murió al tercer día de nacer por una hematemesis. Desarrollo físico y psíquico normal. Mal estudiante. Hace un año fue intervenido de una perforación de ulcus gástrico pero no se practicó ninguna resección. El padre muy estricto en la educación de los hijos. El enfermo ha sido siempre tímido pero simpático, muy ordenado y equilibrado. No hay antecedentes familiares. Seis días antes de venir a la consulta volvió a casa de vacaciones. Tenía complejos

Ayuntamiento de Madrid

de culpabilidad. Contó que llevaba algún tiempo saliendo poco de casa. No iba a la Facultad, comía poco. Es que sus amigos le hacían el vacío. Se encontraba extraño, la gente le miraba de forma extraña. Luego empeoró y comenzó a hacer una vida irregular, bebiendo mucho y desordenadamente en cuanto al horario. También contó que en el viaje de vuelta a su casa en autobús le miraban mucho de forma extraña e incluso se reían de él. Su conducta era muy extraña y siempre estaba preocupado por sentimientos de culpabilidad. La segunda noche en su casa rompió un lavabo. Luego decía que podía haber despertado a todo el mundo. Periodicamente se excita. Luego tiene arrepentimientos subitos y busca a un sacerdote porque tiene morirse y quiere confesarse. Otras veces dice de pronto que quiere ponerse a estudiar para ayudar a su padre. Otra vez le encontraron cavando en el huerto vestido con ropa interior solo. Ha tenido ideas de suicidio. El médico que le vio entonces pensó en una depresión y le recetó Tofranil. Viene a ingresar y cuenta que ya estaba mal desde hacía tres meses, muy inquieto y agitado. Remitió jcon electrochoques. Alta al mes. Escribe a los tres meses y sigue bien en su casa aunque hace una vida un poco retraida. Le da verguenza ponerse en contacto con los demás. No se le ocurre estudiar por ahora y se aprovecha el periodo de vacaciones veraniegas para decidir este asunto. Vuelve a la consulta a primeros de octubre y como sigue bien reanuda estudios. No se tienen noticias del enfermo hasta quince meses más tarde en que empezó a encontrarse mal de nuevo, bajo de ánimo, sentimientos de culpabilidad y otra vez nota que la gente le mira y le vigila. Viene de voluntad propia a ingresar. Media hora después de su ingreso comenzó a agitarse abrazando a un crucifijo y a pedir que viniera un sacerdote igual que la vez anterior. Pasó la noche relativamente intranquilo. En el periodo intervalar entre estos brotes practicamente no ha hecho nada. No ha aprobado ninguna asignatura. Está aburrido sin encontrar su futuro. En pocos días mejora extraordinariamente. El dice que llevaba una temporada mal con vagos sentimientos de culpabilidad que se acentuaron bruscamente pocos días antes de venir a la Clínica. Aparte de esto no tiene otras ideas delirantes, salvo vagas ideas de referencia como hemos reseñado anteriormente. No tiene más síntomas. Dado de alta un mes después, sale de la Clínica levemente hipertímico. Posteriormente ha seguido bien. Vuelve a la consulta cuatro meses después y dice no tomar ninguna medicación por encontrarse totalmente bien. A veces siente escalofríos. Duerme mal y tiene mareos ortostáticos, pero no síntomas psíquicos. En la piel manchas claras sobre todo en la cara y en los antebrazos. Se le vuelve a ver seis meses después y está sin síntomas, en cambio vuelve a tener molestias de estómago parecidas a las que tuvo a los 16 años y que motivaron la operación. Las molestias eran después de comer y solía despertar de madrugada con con nauseas y vómitos. Siempre peor de estas molestias en otoño. Cuando comenzó el brote le desaparecieron las molestias de estómago. Estuvo muy bien una temporada, luego ha tenido altibajos. Al ser dado de alta de la Clínica y desaparecer los síntomas psíquicos vuelven a reaparecer las molestias gástricas. Le han hecho radiografías. Tiene un dolor muy fuerte en el epigastrio y ha tenido que guar-

Ayuntamiento de Madrid

dar cama veinte días. Hace seis meses ha estado algo deprimido con desconfianza. Seis meses después viene la hermana a dar noticias. Un estado eufórico y optimista, por las noticias el tinte es hipertímico.

Sin embargo esto son ejemplos limitados, casi diría yo curiosidades clínicas, en el resto del material de esta tesis, como en el resto de la experiencia clínica, no nos queda más remedio que aceptar que la sintomatología aparece y desaparece, toma una forma u otra sin que encontremos una explicación para ello. La edad, el ambiente social, la maduración de la personalidad o la maduración del sistema nervioso o las lesiones de éste son factores que tienen una cierta influencia pero escasa. Nos encontramos ante el mismo problema que en la formación de los síntomas de la psicosis maniacodepresiva. No es posible preveer que dirección tomará una fase, ni siquiera qué síntomas presentará, ya que ni aun la polaridad de los síntomas se cumple (vease BURGER-PRINZ).

Ayuntamiento de Madrid

VIII PSEUDONEUROSIS ICTALES

Recientemente JONAS ha publicado una monografía con el título de neurosis ictales intentando demostrar como un gran número de enfermos mentales en realidad padecen de una forma larvada o frustrada de la epilepsia. El tema es de gran interés por varias razones. Es interesante ver como ha podido seguir esa idea en el seno de la psiquiatría americana de estos tiempos, pero también lo es porque intenta aclarar la filiación de muchos síntomas neuróticos que no aparecían claros para el autor. Ha llamado nuestra atención porque gran parte de los cuadros clínicos a que se refiere la monografía se tratan de alteraciones timopáticas más que comiciales. Más bien son equivalentes depresivos que epilépticos. También plantea un problema que es viejo en la medicina pero constantemente renovado, el de las relaciones y diagnóstico diferencial de la epilepsia con otras enfermedades mentales, especialmente con la ciclotimia y las neurosis en su sentido más amplio. La actualidad del tema se debe por una parte al gran auge que la electroencefalografía ha alcanzado dentro de las exploraciones clínicas y a los avances de la neurofisiología cerebral.

En este capítulo expondremos sucesivamente la tesis de JONAS y su crítica, los hallazgos y los límites de la neurofisiología cerebral, el análisis de las auras como punto de partida para el estudio de la epilepsia psíquica y de los equivalentes epilépticos, las auras afectivas y del significado de los focos temporales y de las pseudo-epilepsia psicomotora.

Las tesis de JONAS: JONAS fue llamado un día con urgencia a ver al hijo de un vecino que se encontraba en pleno episodio de agitación. Durante la observación de los hechos pasaron por su mente los posibles diagnósticos (agitación catatónica, reacción neurótica, ataque histérico, etc.). Cuando cedió la crisis empezó a pensar que era absurdo intentar encontrar una explicación dinámica a aquel hecho, y que llegar a la conclusión que el chico había reaccionado así por tener una madre sobreprotectora y un padre excesivamente

Ayuntamiento de Madrid

rígido era no haber penetrado bastante en los hechos. Efectivamente, los enfoques psicodinámicos que dominan la psiquiatría norteamericana son insuficientes, no pasando de ser construcciones artificiosas para intentar explicar la realidad a partir de unas doctrinas vigentes. Así llega JONAS a descartar el origen psicodinámico de muchos cuadros de histeria, hipocondria, simulación, psicopatías, esquizofrenias, etc. en favor de un origen epiléptico dada la absurdidad con que se presentan, su tendencia a la reiteración. Así pues se trataría de un fenómeno tan exógeno, explicable en el sentido de JASPERS. Sucede que dada la mentalidad determinista del hombre occidental existe esa necesidad de interpretación a partir de los datos que van proporcionando enfermos y familiares. Ya antes WALLIS había llegado a la misma conclusión en casos similares de trastornos psiquiátricos en la infancia.

Evidentemente el hombre occidental se siente reasegurado en el fluir encadenado de hechos determinados por lo que tiene de continuidad en el futuro, mientras que es más rehacio a admitir la irrupción en su vida de una fuerza ajena y fatídica como es la epilepsia y también como es "lo endógeno". El punto de partida es el mismo que el que llevó a LOPEZ IBOR a la descripción de la angustia vital y a su teoría endotímica de las neurosis.

El área en la que se mueve la sintomatología de las neurosis totales y subtotales coincide en muchos aspectos con los equivalentes depresivos:

a) Cefaleas. En ellas se incluyen típicas jaquecas junto con otras formas más atípicas. Ya antes que JONAS se había planteado esta cuestión a partir de la frecuencia de EEG anormales en las cefaleas, bien en los intervalos entre los ataques o en formas no tan paroxísticas o durante las crisis. Del estudio de las relaciones entre la hemicránea y otros tipos de jaqueca me ocupo en otro capítulo de esta tesis. Además, según nuestra experiencia el síntoma timopático que más frecuentemente se acompaña de alteraciones de los ritmos electroencefalográficos son las cefaleas.

b) Ansiedad y depresión. De estos puntos nos ocupamos

Ayuntamiento de Madrid

más adelante al referirnos a las "auras afectivas."

c) Síntomas vegetativos. Quizá es éste el capítulo más dificil de aclarar mediate un corte transversal de la sintomatología, ya que alteraciones vegetativas similares se presentan en condiciones muy diferentes. En el estudio de un caso concreto el resto de la sintomatología es la que puede orientar al diagnóstico. Hay equivalentes epilépticos viscerales indiscutibles (epilepsia visceral, vegetativa o autónoma), pero hay otras muchas que no lo son (unos timopáticos, otros pueden agruparse entre las enfermedades periódicas de REITMANN, etc.). Los que cita JONAS y que se encuentran también citados en la bibliografía anterior son: dolores neuralgiformes, dolores abdominales, complicaciones viscerales raras, borborismos, trastornos vasomotores, urticaria y fiebre, hipocondría, arritmias, glucosuria, dolores precordiales, palpitaciones, trastornos gástricos funcionales y úlceras pépticas.

También existe según JONAS un hambre ictal como etiología de la obesidad y no hay que descartar la existencia de focos múltiples que causen una sintomatología variable.

d) Hipocondria.

e) Automatismos motores. Dentro de estos incluye JONAS unos casos típicos de acatisia.

Además de estos síntomas se citan otros que no están ya en relación tan estrecha con el círculo timopático y por lo tanto los pasamos por alto a pesar de su interés (alucinaciones, trastornos sexuales, de la conducta, del esquema corporal, síntomas esquizofrénicos).

Para JONAS el EEG solamente tiene un valor relativo. Gran parte de la serie de sus enfermos no fueron sometidos a tal exploración, pero en cambio si lo tiene el éxito de la terapeútica anticonvulsiva, especialmente con difenilhidantoina. No me parece esta prueba muy convincente. Los llamados anticonvulsivos son, al igual que otros muchos tratamientos, un tratamiento poco específico, y tienen otros usos, por ejemplo como hipnóticos y sedantes. La carbamazepina

Ayuntamiento de Madrid

(Tegretol) se sintetizó como derivado de un timoléptico y tiene además de su actividad psicótropa y anticonvulsiva un poder antiálgico. El Diazepan, siendo un tranquilizante muy extendido es quizá la droga más eficaz en el tratamiento de los estados de mal y así podrían multiplicarse los ejemplos.

* * * * * *

<u>Bases neurofisiológicas de la epilepsía</u>: La neurofisiología cerebral puede constituir un apoyo a la teoría ictal de las neurosis. Efectivamente, hoy día se considera que la descarga paroxística de un grupo de neuronas y su difusión posterior constituyen los rasgos esenciales de la epilepsía. Fue H. JACKSON el que inició este camino con la noción de "discharging lesion" y fue posteriormente desallollado por K. Wilson, PENFIELD y otros muchos. Como ejemplo sirva la conocida definición que R. BRAIN da de la epilepsía "Trasternos paroxístico y transitorio de las funciones del cerebro de aparición brusca e instantánea y de tendencia a la repetición."

Las estimulaciones cerebrales en el curso de intervenciones quirúrgicas por PENFIELD y continuadas por otros muchos, y las exploraciones con electrodos profundos han puesto de manifiesto las relaciones del complejo lóbulo temporal-diencéfalotálamo con las emociones (BALDWIN, GROETHUYSEN, McLEAN, ROBERTS, WALKER y MARSHALL, WALLIS, etc.), lo mismo que las experiencias en animales de RODRIGUEZ DELGADO. También la experiencia clínica de lesiones cerebrales (especialmente tumores) confirma estos datos (vease más adelante).

Para SMYTHIES, que ha seguido la linea de las investigaciones de GREY WALTER, el lóbulo límbico y las estructuras afines a él tienen gran influencia en la vida de las emociones, memoria, aprendizaje y organización de la conducta. A partir de su experiencia desarrolla hipótesis que aunque sugestivas no son comprobables en cuanto a los mecanismos fisiológicos que producirían las neurosis y psicosis.

Los hallazgos fisiológicos referidos son datos experimentales y por lo tanto tienen un alto grado de certeza. Pero

Ayuntamiento de Madrid

al querer generalizar muchos de estos hechos a experimentales, muy breves en el tiempo, muy localizados y aun demasiado aislados en el conjunto de la vida psíquica o de la conducta del sujeto surgen muchos errores. El hiato que existe entre la neurofisiología cerebral y la clínica humana es aun muy grande y por lo tanto equívoco el querer interpretar su cuadro clínico a partir de un dato fisiológico o fisiopatológico. En un comentario que GREY WALKER hace a la monografía sw SMYTHIES y co. resume así las enseñanzas obtenidas de la implantación de electrodos de registro en cerebros humanos: 1º, las variaciones individuales en la anatomía y fisiología son demasiado grandes ("incomodamente grandes") y 2º las variaciones locales en un cerebro dado son igualmente impresionantes, o sea, que el registro electroencefalográfico convencional de los ritmos intrínsecos sólo proporciona información de la actividad media de áreas muy grandes lo cual es practicamente nada en el terreno de la neurofisiología de las enfermedades mentales.

* * * * * *

El aura y los equivalentes epilépticos: Aunque fue PELOPS el que llamó la atención sobre el aura hasta muy entrada la edad moderna no se prestó demasiado interés al estudio de los síntomas psíquicos de la epilepsía. El hecho de que las auras a veces no se acompañan de una crisis de gran mal (hecho observado con mucha frecuencia sobre todo desde la aplicación de tratamientos más eficaces) hacen pensar de que pudiera ser que existieran enfermos en los que la única manifestación de una epilepsía latente fuera ese síntoma psíquico que en otras ocasiones son el preludio de las convulsiones y pérdida de conciencia.

De la gran variedad de auras las que están más en relación con nuestro tema son:

a) Auras viscerales: palpitaciones (aura cardiaca), taquicardia, opresión precordial (falsa angina de pecho de TROUSSEAU), globo epigástrico histeroide a veces acompañado de alucinaciones auditivas o viscerales (BILLOD), cólicos

Ayuntamiento de Madrid

abdominales, etc.

b) Auras vasomotoras: (epilepsía autónoma o subcortical)

c) Auras psicosensoriales: como los clásicos "uncinate fits" de JACKSON.

d) Auras afectivas: euforia (como la que sentía DOSTOIEWSKY), tristeza (MAURICE DE FLEURY), sentimientos de culpa (LATAPIE y CIER), ideas de suicidio, ansiedad sin motivo (CLERAMBAULT), angustia violenta (BECHTEREW, JACKSON), miedo sin sentido (JACKSON), presentimiento de que la crisis es eminente (KENNER, WEBER, JUNG), angustia y fobias (MARCHAND y AJURIAGUERA), compulsión de caminar, exhibicionismo, etc. A veces estas auras angustiosas se acompañan de sentimientos de despersonalización, "Qué hage you en el mundo?", se preguntaba un enfermo de FERE, "¿Quien soy yo?" se le ocurría a otro de CLARK.

Hoy en día la noción de aura está en desuso (vease GASTAUT) porque se quiere resaltar más su origen como expresión de un trastorno circunscrito (epilepsía parcial, epilepsía focal, etc.) frente a su naturaleza de síntoma-señal de una crisis de gran mal que no es más que una generalización secundaria de la descarga local.

Cuando estos síntomas aparecen aislados en enfermos que no tienen crisis se denominan equivalentes epilépticos, aunque sea esta una denominación que va cediendo en favor de la de epilepsía psicomotora (GIBBS y GIBBS). Por lo general los equivalentes tienen una duración más larga que el aura (MURAT).

La psiquiatría francesa del siglo XIX prestó mucha atención a estas manifestaciones psíquicas comiciales (epilepsía psíquica). MOREL (1860) hablaba de una epilepsía larvada cuyos síntomas eran iguales a los que se observan en los epilépticos en los periodos inmediatamente anteriores y posteriores a las crisis y hacía una lista de los más frecuentes: alternancias periódicas de excitación y depresión, manifestaciones súbitas de furor, pérdida progresiva de la inteligencia y memoria, reproducción del mismo delirio, de los mismos

Ayuntamiento de Madrid

actos extravagantes y peligrosos o de las mismas alucinaciones a cada nueva crisis. Esta misma idea recibía otros nombres (epilepsía de la inteligencia de SEGRAND DU SAULLE, locura epileptiforme de LUNIER, epilepsia simple de BERENSTEIN,etc.). Estas descripciones carecen de actualidad pero demuestran la atención que se prestaba entonces a diferenciar los cuadros epilépticos de otras alteraciones psicológicas periódicas (en su mayoría ciclotímicas). La discusión de MOREL y FALRET (1860) fue famosa.

BROUSSAIS pensaba que podía derivar una de otra. En su trabajo sobre "Las transformaciones de la epilepsía" (1828) citaba a la "manía" como una de ellas, es decir, la epilepsía dejaba de revelarse por medio de crisis convulsivas y pasaba a producir síntomas psíquicos. BILLOD es el que primero aplica de un modo preciso al concepto de equivalente. "Los epilépticos pueden presentar todas las enfermedades. Las crisis de furia de los epilépticos no son consecutivas a los ataques sino que son una de las formas múltiples de presentarse esta..."

Ahora bien, ya hacia finales de siglo la nosología se fue precisando. CHASLIN englobó algumo de estos trastornos dentro del concepto de confusión mental (antecesor del síndrome de reacción exógena de BONHOEFFER) y KRAEPELIN dio forma a la idea de locura maniaco depresiva y junto a él o su sólida nosología.

Estas ideas del siglo XIX y las actuales en las que JONAS es un ejemplo muy significativo, están basadas sobre un hecho importante: la recurrencia de la sintomatología, el como un síndrome se repite varias veces a lo largo de una vida con una serie de características comunes. Si bien esto sucede con la epilepsía también es un rasgo esencial en las alteraciones timopáticas. Este ir y venir sin razón de la enfermedad es uno de los argumentos que empleamos a favor de la existencia de los equivalentes depresivos. No es raro pues que la sintomatología de las neurosis ictales de JONAS coincida en parte con la que figura en los diversos capítulos de esta tesis.

♣ ♣ ♣ ♣ ♣ ♣

Ayuntamiento de Madrid

Auras afectivas: Merece la pena deternerse en pasar revista a los síntomas afectivos que las descargas epileptógenas sobre todo para poder diferenciarse de los trastornos endotímicos del estado de ánimo.

Ya hemos citado la euforia de DOSTOIEWSKY, otras veces son distimias más o menos pasajeras, pero las que más concretamente nos interesan son las auras angustiosas y depresivas. Es curioso como son mucho más frecuentes las auras displacenteras que las agradables.

JACKSON descubrió en uno de sus enfermos un "miedo aislado", (isolated fear), pánico sin sentido que se apoderaba de él precediendo a una crisis psicomotora, (a partir de este hecho JACKSON insinuó que el estudio de la epilepsía del lóbulo temporal facilitaría la interpretación científica de las enfermedades mentales). GOWERS cita entre las auras del miedo y un sentimiento vago de alarma y un terror intenso. Después se han publicado muchos casos (PENFIELD, MAGNUS y co., EARLE y co., PAMPIGLIONE, WEIL, MacRAE, OSTOW, MULDER y DALY, etc.).

¿Dónde se localiza la descarga inicial en estas auras angustiosas? MacRAE del estudio de sus casos y de los publicados llega a la conclusión que se encuentra en uno de los lóbulos temporales, en la cara interna. Sugiere que a partir de ahí se afectaría la porción cortical del circuito postulado por PAPEZ para las emociones. El miedo así provocado no tiene nada que ver con el "sham rage" de las experiencias de BARD que no es sino el correlatomotor del pánico sin que el animal esté realmente asustado, ya que los enfermos lo viven como verdadero. También hay que distinguir esta sensación de la angustia que sienten otros enfermos al percibir una aura conocida y saben que el ataque es inminente. Estos mismos fenómenos pueden producirse por la excitación de diversas zonas del lóbulo temporal (PENFIELD y RASMUSSEN, KAADE y JASPERS, PENFIELD y JASPERS, etc.). Aunque a estas descargas no les corresponden trazados electroencefalográficos típicos, lo más frecuente es entonces alteraciones focales en la región temporal anterior y zonas adyacentes (región frontal baja, región temporal).

Ayuntamiento de Madrid

Estos tipos de auras se acompañan de otros síntomas epilépticos. WEIL distingue una depresión ictal y un miedo ictal. La primera se asocia más frecuentemente a automatismos psicomotores (masticatorios sobre todo), a auras olfatorias y también a crisis convulsivas (4%). Atribuye esta forma a una disfunción del sistema hipocampo-amigdala-lóbulo temporal. El miedo paroxístico por el contrario se asocia más frecuentemente a alucinaciones gustativas y también se pueden recoger alteraciones focales en la corteza temporal.

Solamente estudiando estos fenómenos aisladamente y de un modo superficial cabría la confusión con alteraciones endotímicas. Las auras afectivas se repiten paroxisticamentee siempre iguales a sí mismas y van seguidas por un cortejo de automatismos psicomotores, alucinaciones o de otros síntomas focales siguiendo un orden constante, prefijado. Es un fenómeno crítico aunque las crisis pueden ser más o menos completas. La igualdad de cada nueva crisis es tan marcada que cuando la sensación angustiosa se acompaña de una fobia está siempre es la misma (MARCHAND y AGURIAGUERA). OSTOW también ha llamado la atención sobre estas auras fóbicas. La duración de estas reacciones depresivas no es grande, a veces solamente unos segundos o minutos, rara vez horas o días. Cuanto mayor sea su duración menos probable es su etiología comicial.

Otro hecho importante es que muchas veces fenomenológicamente no son iguales una depresión endotímica y una ictal. Por eso OSTOW dice que muchas veces más que depresión lo que aparecen son "afectos negativos", aunque no llega a definirlos bien. Dice que son "sentimientos desagradables, sentimientos de depresión, de ansiedad, de verguenza, de irritación, miedo y rabia." Para MULDER y DALY la ansiedad y depresión deben ser interpretadas no como consecuencia de una descarga focal sino como una reacción de la personalidad ante una disminución de sus facultades producida por la lesión temporal. Es decir, muchas veces junto a la lesión epiléptica hay que valorar la lesión cerebral en el sentido de producir un psicosíndrome local (BLEULER), o de producir una sintomatología similar a la que presentan algunos traumatizados craneales que presentan cuadros timopáticos, neurasténicos, como reacción ante un deficit de las funciones cerebrales (LOPEZ IBOR).

* * * * * *

Ayuntamiento de Madrid

Epilepsias temporales: El término de epilepsía temporal es en cierto modo superponible al de epilepsía psicomotora. Este último es un término clínico, el primero neurofisiológico, pero hoy día se acepta que en los casos de epilepsía psicomotora el lóbulo temporal se encuentre afectado primaria o secundariamente.

Desde el punto de vista electroencefalográfico se caracterizan por un foco temporal anterior (el tipo más frecuente de foco) de puntas de distribución irregular, aunque otras veces aparecen descargas de gran mal½ pequeño mal o pequeño mal atípico. A veces, los mismo que sucede en la epilepsía Jacksoniana, la localización no es tan precisa sino que sigue una distribución estadística con un máximo alrededor de dicho punto.

Es la forma de epilepsía que más se asocia con alteraciones psiquiátricas (42% según GIBBS y GIBBS cuando aparece aislado y 52% si se combina con crisis de gran mal). Por esta razón es la que se presta a mayores errores diagnósticos tanto por exceso como por defecto. Los criterios de diagnóstico son tan dispares que es imposible obtener conclusiones de la comparación de los datos de diversos autores. Cuando es el criterio clínico el que predomina se diagnostican los enfermos de esquizofrenias, psicosis maniaco depresiva, psicopatía, etc., y si predomina el criterio electroencefalográfico de epilepsía.

Otras veces se piensa que en determinados enfermos psiquiátricos "coexiste" una anomalía de los ritmos cerebrales. Cuando el cuadro clínico es atípico, lo que sucede frecuentemente en los "equivalentes timopáticos" el EEG tiene un valor decisivo para el diagnóstico y así erroneamente se instaura un tratamiento antiepiléptico.

No hay que olvidar que la epilepsía es algo más que una disfunción localizada que provoca una descarga que secundariamente se difunde. Es lógico que en los tiempos actuales en los que la clínica está un pocodesplazada en favor de la fisiología predominen más las ideas de JACKSON que las de su contemporáneo GOWERS (el otro gran pilar sobre el que se fundan las ideas actuales sobre la epilepsía), más interesado

Ayuntamiento de Madrid

por la historia natural de la enfermedad.

La personalidad y constitución epiléptica, enequética y gliscroide es un hecho clínico indudable. TELLENBACH se ha ocupado recientemente de estos puntos a propósito de un hecho que se ha observado a menudo: el como cuando mediante el tratamiento desaparecen las crisis e incluso se normaliza el electroencefalograma (normalización ferzada de LANDOLT) se presentan cuadros psiquiátricos agudos que la más pura fenomenología diagnosticaría de esquizofrenias. Crisis y psicosis aparecen como alternantes en una suplencia de síndromes sin que pueda decirse que la una sea equivalente de la otra.

F.A. GIBBS también se refiere a esta antítesis y si bien considera a las crisis como ictales piensa que las manifestaciones psicológicas se deben más bien a la lesión del lóbulo temporal que no a la epilepsía. La antítesis es la misma que le llevó a von MEDUNA a ensayar las terapias convulsivantes. Las alteraciones electroencefalográficas son menos importantes durante las crisis que en los periodos de psicosis.

No hay que olvidar que la electroencefalografía surgió sobre bases empíricas y que aun hoy día las relaciones electro-clínicas son estadísticas. (Solamente hay un trastorno electroencefalográfico que se acompañe siempre de la misma sintomatología son las descargas de complejos punta onda de 3 ciclos por segundo.) Así de este modo, al principio se creía que todas las descargas paroxísticas eran epilépticas. PACELLA, POLLANTIN y NAGLER fueron los primeros que se dieron cuenta de la falsedad de esta generalización y crearon el concepto de disritmia (disritmia de 2-4 ciclos por segundo), para referirse a estos paroxismos no comiciales. OSTOV en un estudio de criminales encarcelados vio lo frecuente que allí eran esas disritmias.

En 1951 GIBBS describió una nueva forma de epilepsía temporal que se caracteriza electroencefalograficamente por descargas paroxísticas de puntas positivas de 14 y 6 ciclos por segundo (14 and 6 per second positive-spikes complexes), atribuyendo un origen talámico e hipotalámico a las descargas. Esta alteración parece casi exclusivamente durante el sueño.

Ayuntamiento de Madrid

Posteriormente se ha ido viendo que es una de las formas más frecuentes de epilepsía y que en el 41% de los casos aparece con sintomatología no comicial sobre todo con sintomatología psiquiátrica (en el 18,3% según POSER y ZIEGLER).

Desde el punto de vista clínico se han hecho estudios para averiguar si hay alguna alteración electroencefalográfica significativa en las diferentes enfermedades mentales. La mayoría de ellas se refieren a problemas de conducta o a esquizofrenia. TREFFERT, HILL, NUFFIELD encuentran gran relación entre los focos temporales y la agresividad.

Las dificultades para una valoración correcta de la bibliografía son muy grandes ya que existe una gran disparidad de criterios en todos los terrenos. Por una parte no existe un criterio de normalidad suficientemente difundido en electroencefalografía (ELINGSON). Así en los estudios que han empleado controles sanos las anomalías presentes en estos oscilan entre el 20% (D. HILL) y el 5% (SILVERMANN). En las depresiones endógenas se pensó en un principio que no existían anomalías significativas (GIBBS) aunque LEMERE había encontrado que los deprimidos tienen un ritmo alfa, bien manifiesto, dato confirmado por DAVIS.

BREZINOVA y col., y HARDING también apoyan esta tesis. En cambio FINLEY observó como durante las depresiones endógenas era el ritmo beta el que aumentaba. VOLAVKA, GROF y MRKLAS han observado tanto un aumento de los ritmos beta como de los ritmos alfa en un estudio mediante analizador de frecuencias en depresiones periódicas endógenas. HESS describió un caso en el que durante la fase maniaca había alteraciones electroencefalográficas que se esfumaban durante las fases depresivas y en los periodos de normalidad.

Un dato importante a tener en cuenta al considerar estas anomalías en la edad ya que en los extremos de la vida la normalidad ha de regirse por criterios más amplios. Como contrapartida las epilepsías psicomotoras son más frecuentes en las edades medias.

Como se verá los problemas que plantean estas investigaciones son grandes. ¿Qué valor tienen una anomalía electro-

Ayuntamiento de Madrid

encefalográfica en una depresión típica? Hemos visto que no hay porque considerarlos equivalentes epilépticos y lo mismo si la depresión se manifiesta por uno de los equivalentes o en el caso de las neurosis.

BLANC y LAIRY hacen un estudio de los tipos evolutivos de gran interés aunque necesita de una comprobación. Dicen estos autores que cuando se estudia la evolución de los trazados en función del estado afectivo es posible clasificarlos en cuatro grupos:

En el primero aparecen fluctuaciones espaciales del ritmo alfa, siendo ésta más desdiferenciado en la fase aguda. Son los casos de pronóstico más favorable.

En el segundo grupo los enfermos tienen trazados normales estacionarios, generalmente son depresivos con accesos periódicos de mal pronóstico.

En el grupo tercero se incluyen disritmias variables a lo largo del trazado, sin llegar nunca a una reorganización total, coincide con las formas encronizadas atípicas, de evolución esquizoide.

En el cuarto grupo comprende a las que presentan perturbaciones mientras dura la mejoría clínica y se normaliza al aparecer la depresión. Son los casos de larga evolución periódica.

Recientemente CRIGHEL y SOLOMONOVICI han intentado hacer una correlación electroclínica de los hallazgos electroencefalográficos. Encontraron dos tipos de alteraciones, una actividad focal a nivel de los lóbulos temporales, bilateral o unilateralmente (más sobre el izquierdo) y en otro unos trazados rápidos (18-22 c/s.) sobre los que aparecen sobre las derivaciones temporales algunos potenciales theta. Estos hallazgos eran más frecuentes en las formas angustiosas y en las que la depresión era más marcada.

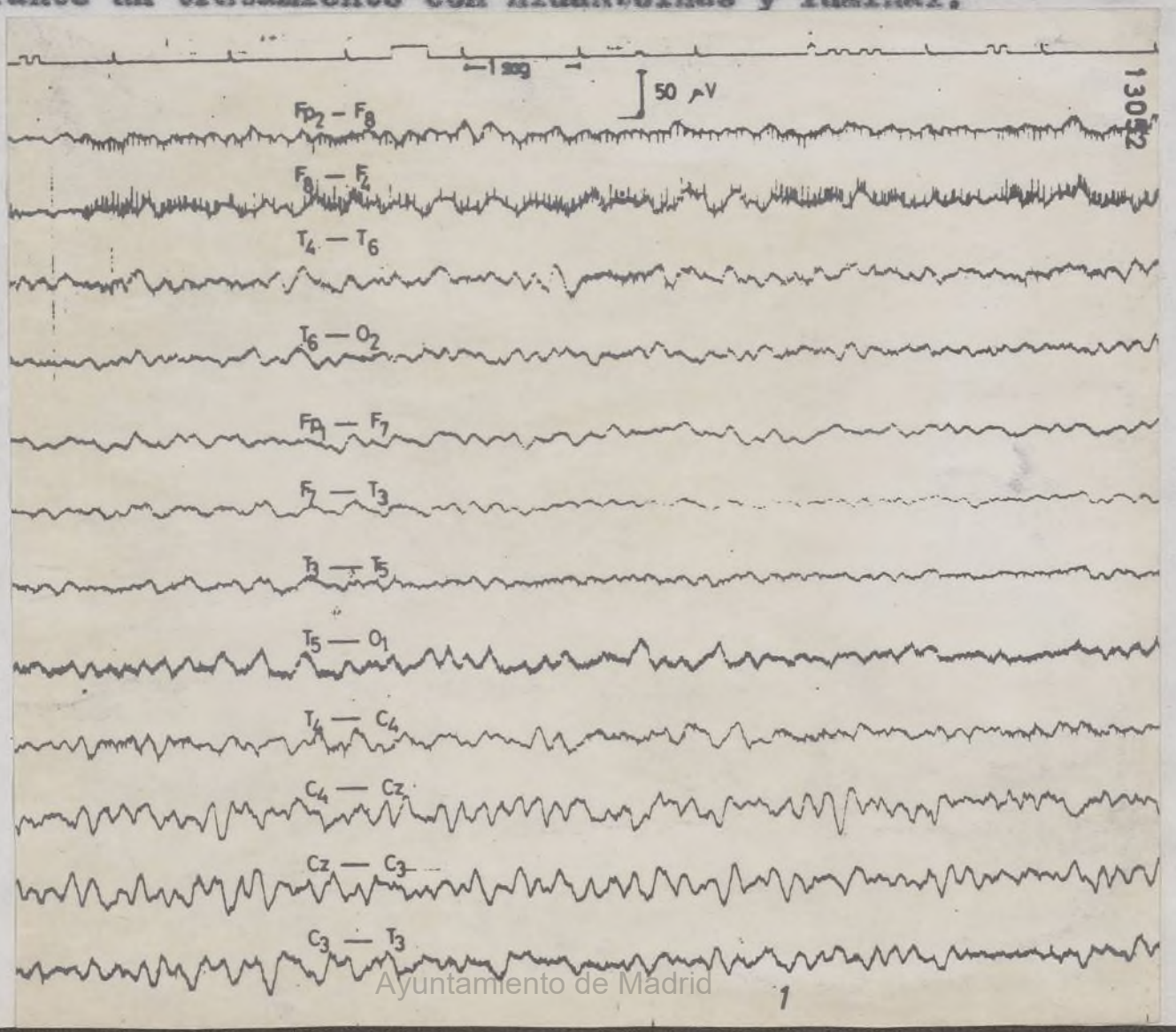
Nosotros presentamos una communicación en un Simposio Internacional sobre EEG en psiquiatría en el que recogíamos 44 casos de alteraciones electroencefalográficas muy llamati-

Ayuntamiento de Madrid

vas en enfermos con alteraciones endotímicas del humor, para demostrar como tales hallazgos pueden producirse y ser variados. Dentro de esa variabilidad destaca la frecuencia con que las anomalías se centran alrededor del lóbulo temporal izquierdo. Seguidos los enfermos durante tiempo puede observarse como la magnitud de tal alteración puede o no puede seguir un paralelismo con el cuadro clínico, y como los distintos fármacos los influyen de un modo paradójico. Las hidantoinas y los barbitúricos a veces incrementan la actividad focal, los antidepresivos tricíclicos a veces la disminuyen en contra del poder epiloptógeno cierto que tienen. Es decir, estas alteraciones de los ritmos bioelectricos cerebrales son independientes de la epilepsía. Unas veces pueden no ser más que hallazgos casuales (como los que encontró LAFONTAINE en el personal de vuelo de una compañía aerea). Otras pensamos que están en relación con la alteración que se supone de los centros reguladores diencefálicos en las depresiones.

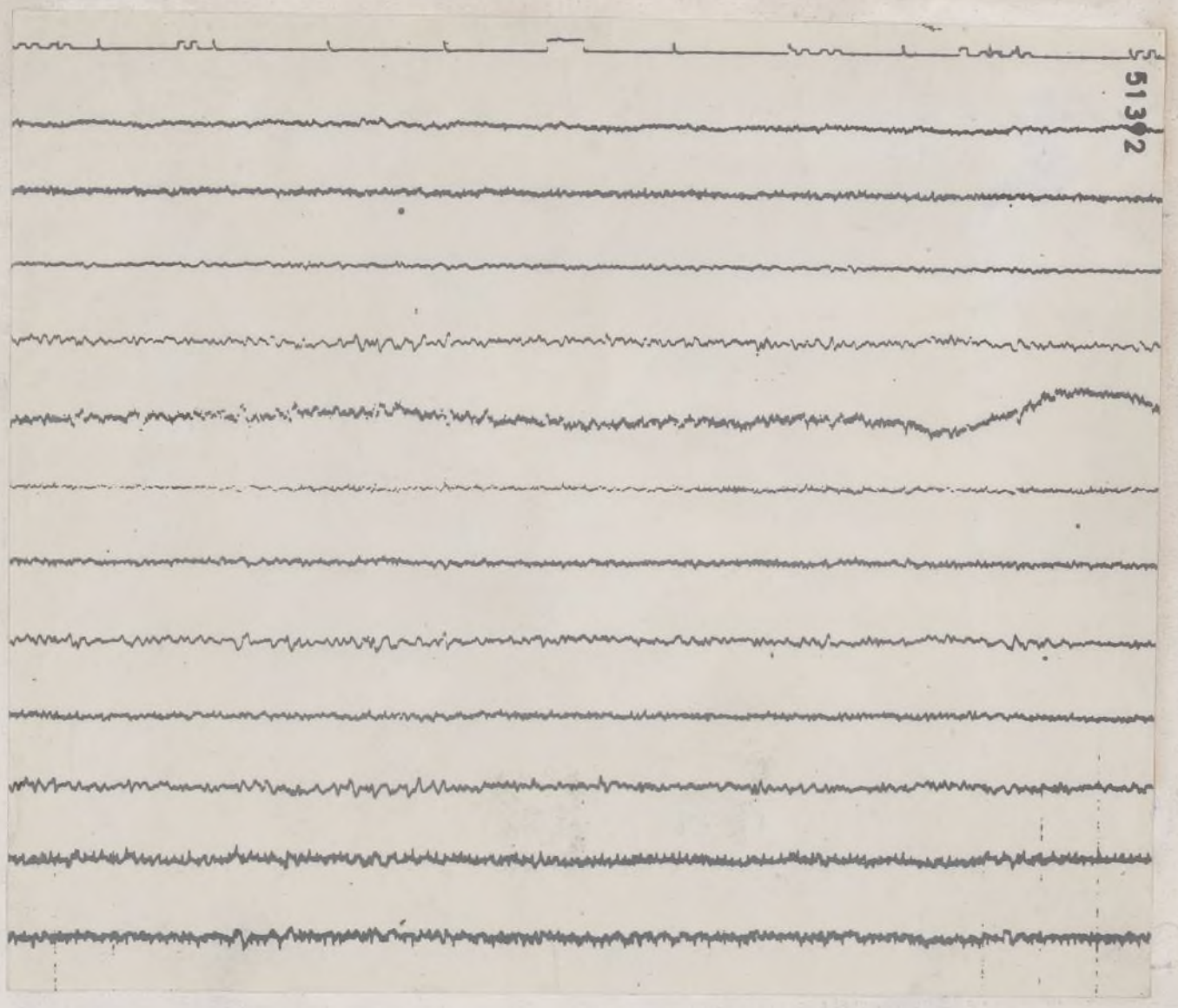
En el ~~apéndice IX~~ capítulo XI figuran las correlaciones estadísticas en nuestros enfermos. Ahora solamente queremos aclarar estos puntos con algunos ejemplos.

El enfermo de la historia nº 18.162 que figura en el capítulo de la suplencia de síndromes tenía el siguiente EEZ durante un tratamiento con hidantoinas y luminal.



Ayuntamiento de Madrid

Mientras que a pesar de suprimir este y empezar un tratamiento con cloripramina el trazado se normalizó.

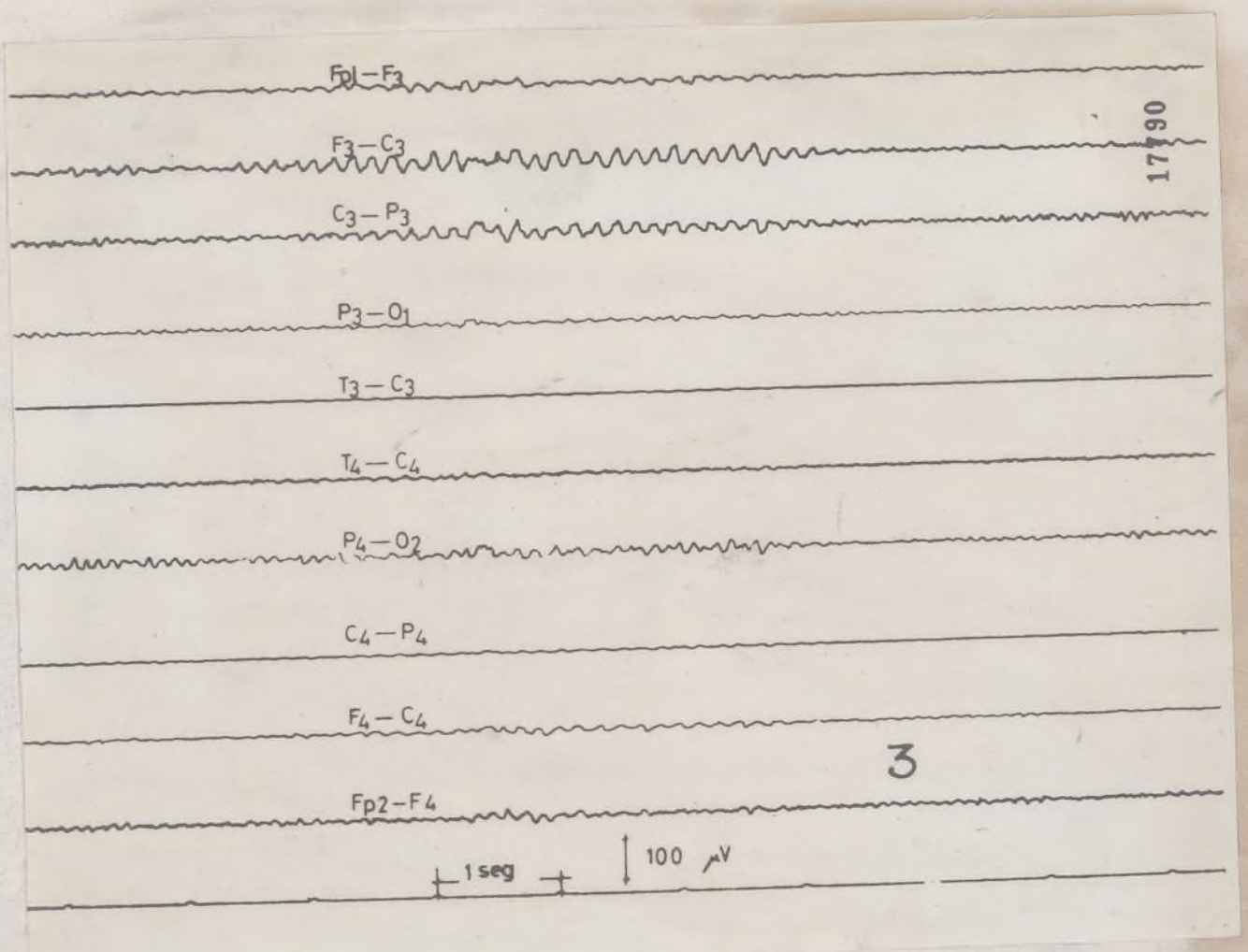


Las cefaleas timopáticas, o los enfermos que tienen este síndrome dentro de un conjunto de ellas son los que con más frecuencia tienen alteraciones en el trazado que pueden inducir a un diagnóstico errónec.

Ha.nº 11.718- Enferma de 23 años. Desde siempre mal carácter cefaleas. Es curioso que ya de pequeña cuando hacía algún esfuerzo le aparecían estas cefaleas. Ahora están ligadas a la presión y al esfuerzo, más bien son equivalentes. Se ha establecido un diagnóstico de "cefaleas ligadas a un estado epiléptico" por unos hallazgos en un EEG.

En el EEG practicado por nosotros hay una actividad theta de 6 c/s. alrededor del lóbulo temporal izquierdo.

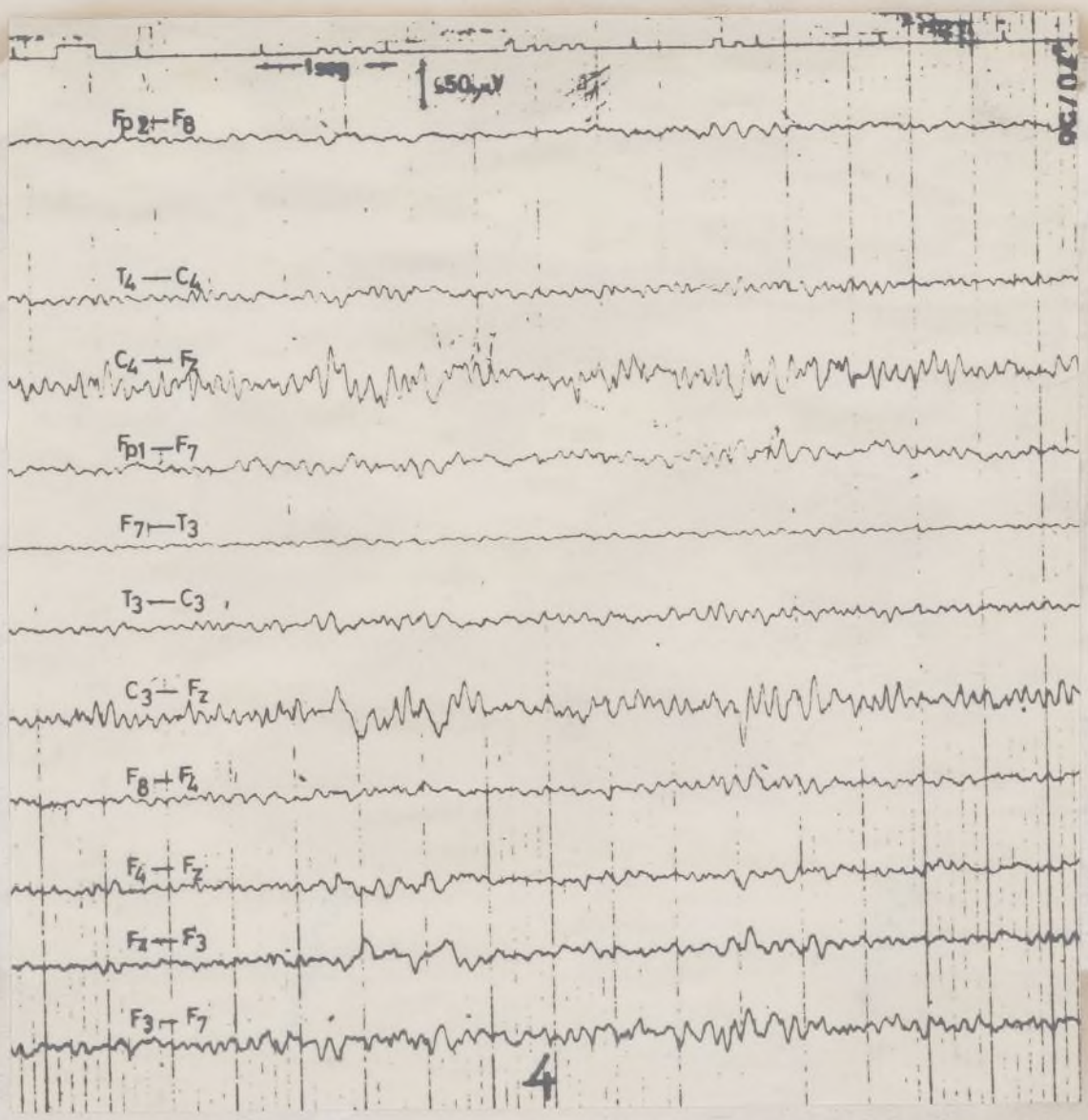
Ayuntamiento de Madrid



Lo mismo sucede en los enfermos siguientes:

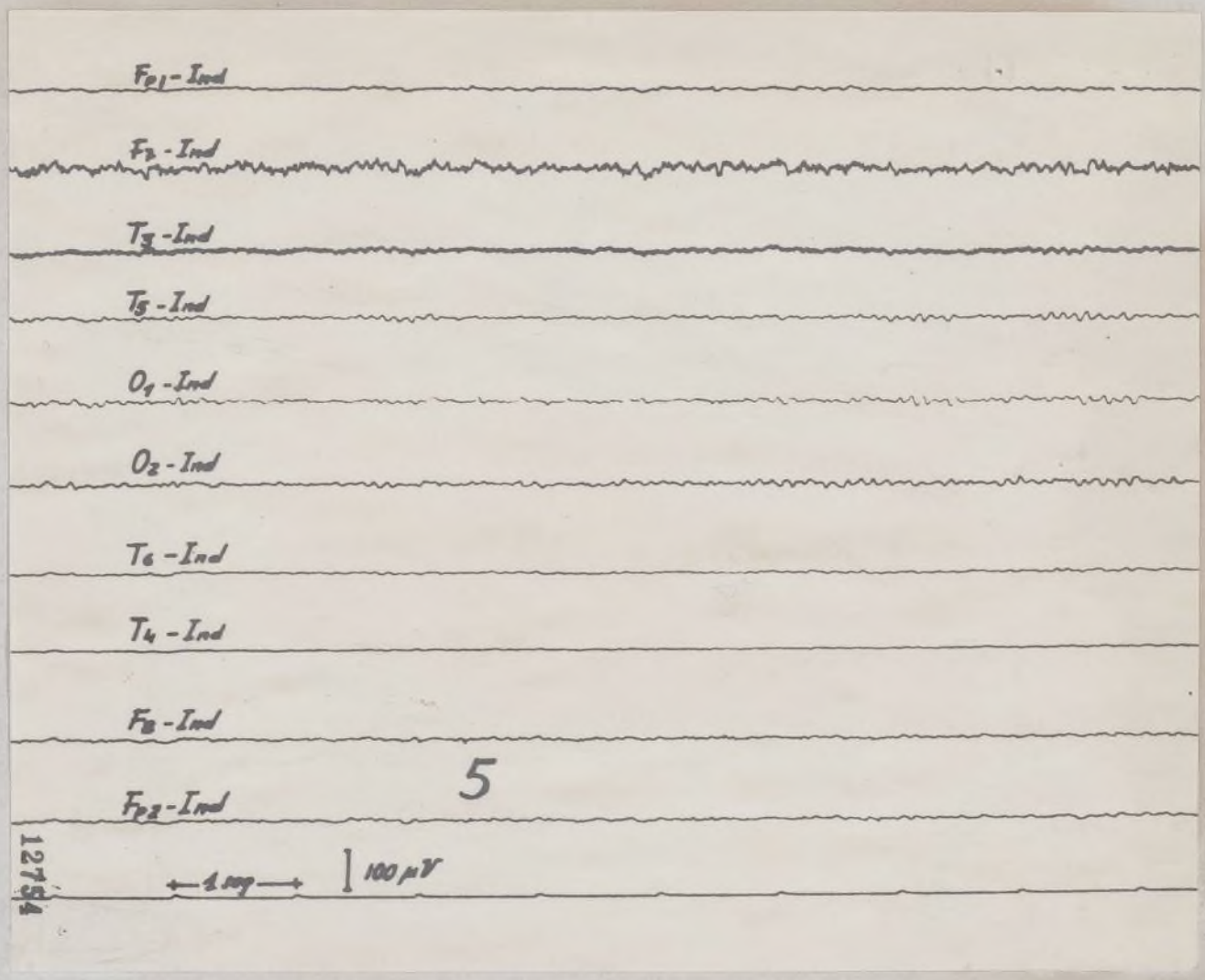
Ma.nº 17.785- Enferma de 28 años, casada, Ciudad Real. Tiene unos dolores de cabeza muy fuertes localizados en un hemicráneo. Unas veces en el derecho, otras veces en el izquierdo. Le comienzan en la cara en la región orbitaria y otras veces por la nuca, extendiéndose después a toda la cabeza. Se le nubla la vista y a veces ha visto puntos luminosos. Entonces se le cierran los párpados, no soporta ni la luz ni el ruido. Como mejor se encuentra es acostada y a oscuras. Empieza un dolor flojo, acentuándose después. Suele acompañarse de vómitos en los momentos más agudos, descendiendo después. "Es un dolor pulsatil, como si me pincharan las sienes." Le dura de 12 a 24 horas y a veces dos días seguidos, cediéndole y aumentándole en ese tiempo. Lo mismo le dan por la mañana que por la noche. Muchas veces le ha despertado el dolor. Hay temperadas en que a diario o casi a diario los tiene. Otras veces se pasa dos meses sin tenerlos. Le comenzaron a los 15 años. Los días en que tenía la regla solía tenerlos más fuertes. Estuvo con sus padres hasta los 18 años que vino a servir a Madrid. La madre también padece de dolores de cefaleas. Tenía unas crisis que le daban cada tres horas. Junto a estos dolores de cabeza, ella tiene síntomas depresivos claros y una ansiedad típica en las piernas.

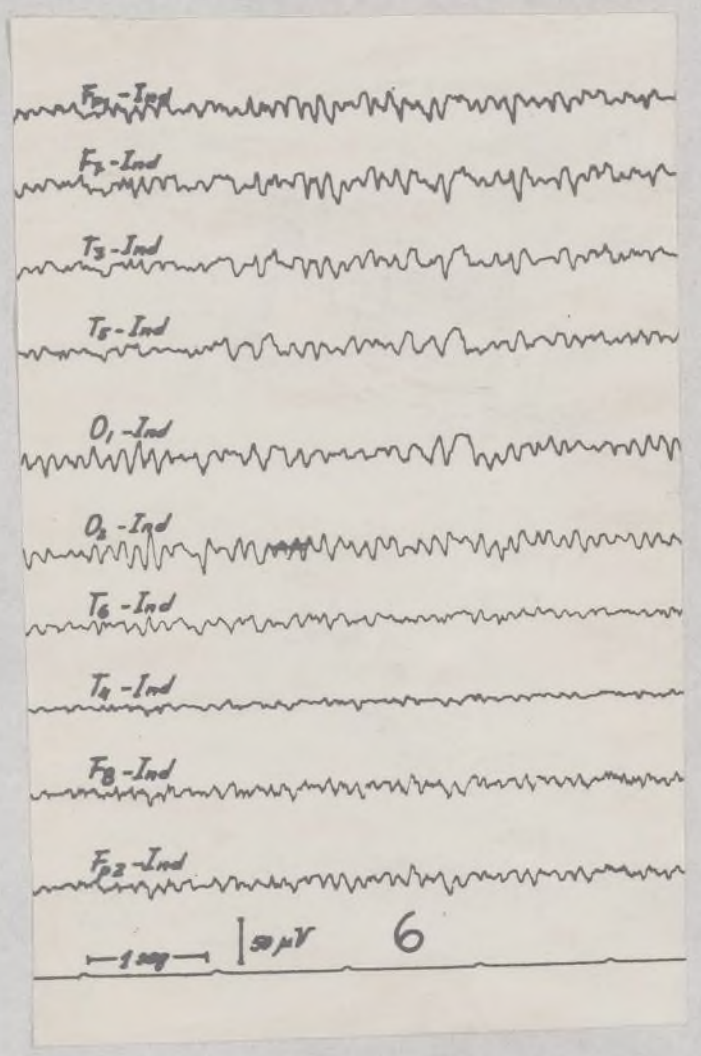
Ayuntamiento de Madrid



Ha.nº 17.253- Enferma de 18 años. Dolores de cabeza que al principio se localizaban bilateralmente, pero desde hace un año son principalmente en la región izquierda de la sien hasta la nuca. Son de caracter pulsátil, como el latido del corazón y se calman cuando se apoya la mano en la región de la sien. Dice que desde el comienzo que fue a los 11 años, los tiene en la madrugada. Los tiene cada quince días. Luego han ido aumentando y en el momento de la consulta los tiene casi a diario. Le duran una hora u hora y media. Le despiertan por la mañana. Ahora también los suele tener por las tardes. Si se queda en un cuarto oscuro y sin ruidos se le calman. Si cierra los ojos cuando tiene el dolor, ve como sombras y cosas blancas. Cuando le pasan le queda en esta región cierta sensibilidad dolorosa. Desde hace un año ha cambiado de carácter. Cambios de humor frecuentes. No describe muy bien como es el dolor. Sale poco de casa, se siente inferior. Ha sido tratada de muy diversas maneras. En un diagnóstico que trae "disfunción y labilidad diencefálica" es de 1960. Ha mejorado mucho con el tratamiento antidepresivo que se le puso en la consulta.

Ayuntamiento de Madrid





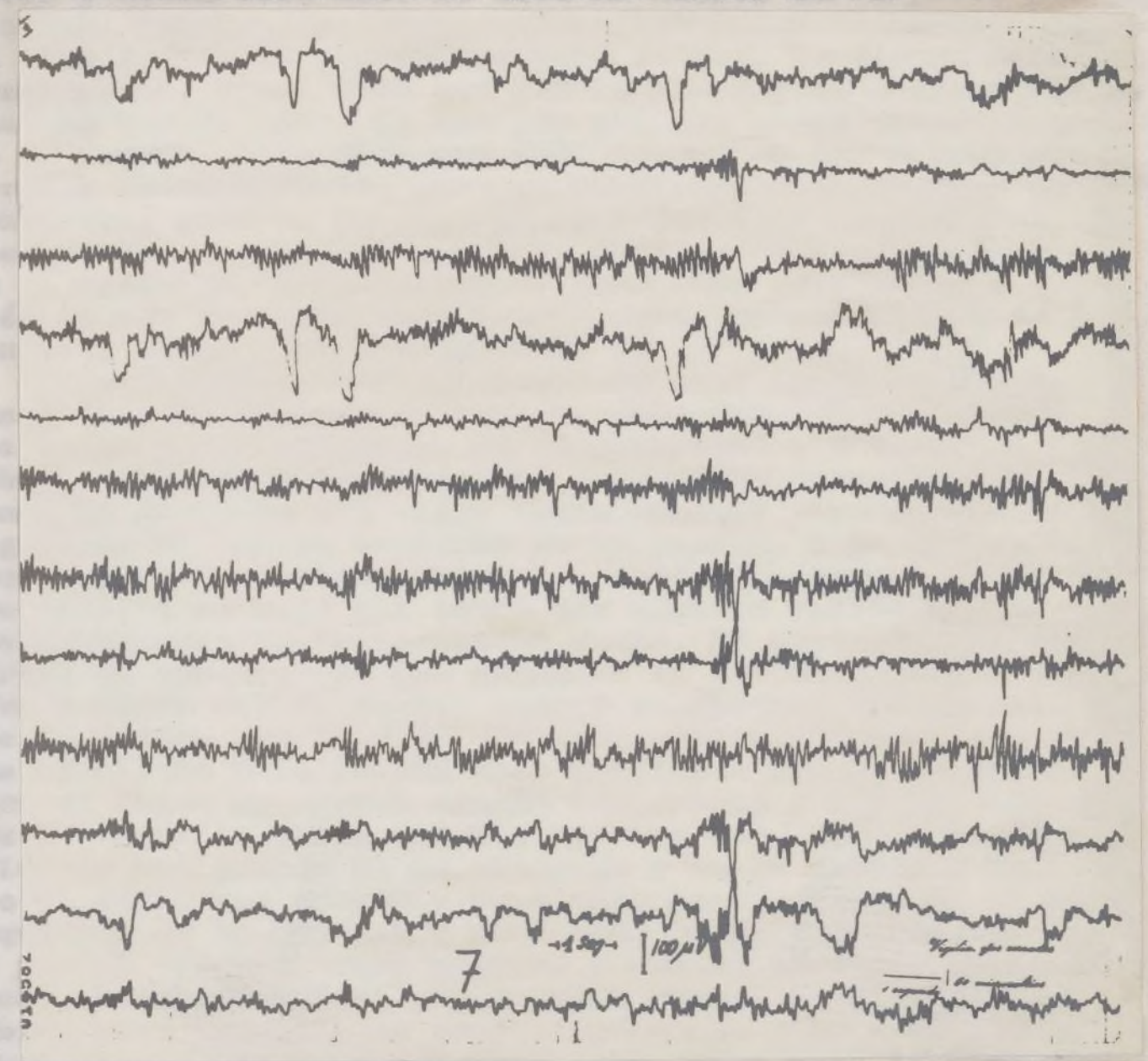
Ha.nº 15.994- Enferma de 23 años. Desde hace tres años era triste y siente opresión precordial. Tiene crisis de angustia y muy a menudo sensación de muerte. Se encuentra también, dice "como si estuviera cambiada." Tiene dolores de cabeza y desde hace un mes se encuentra mucho más deprimida. No se puede estar quieta en un sitio. Siente una gran ansiedad y piensa que se va a morir muy pronto. Esta édea le hace sentirse muy angustiada. En el momento de la consulta está realmente muy deprimida y angustiada.

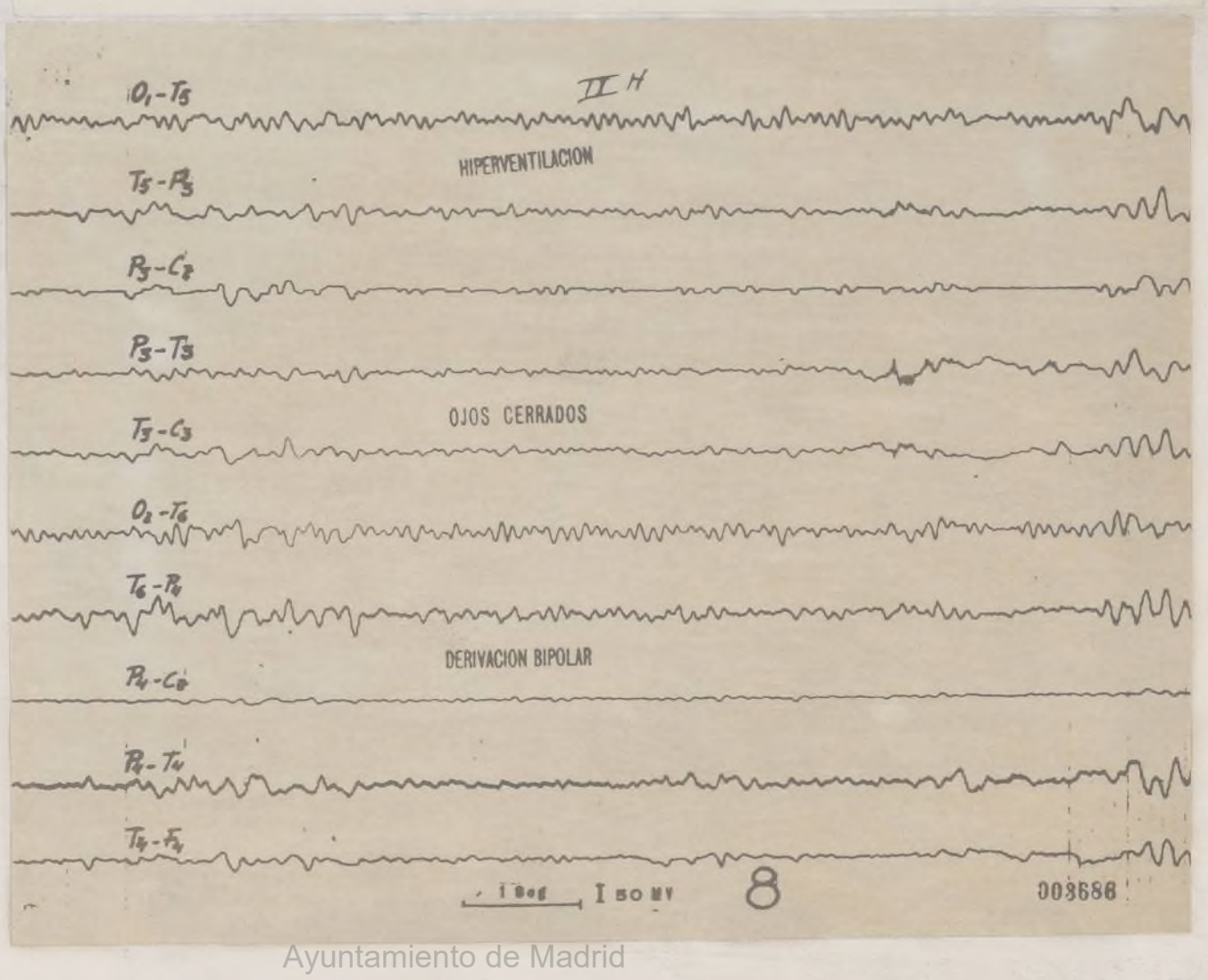
Las alteraciones electroencefalo gráficas en la enferma siguiente no guardan ninguna relación con la intensidad del cuadro clínico.

Ha.nº 17.448- Enferma de 14 años. Su madre está llena de preocupaciones por ella. La niña tiene una fase depresiva, pero algún especialista le dijo que tenía epilepsía y la trató con labopal porque en el electroencefalograma había lateraciones. La niño no se encuentra bien, sobre todo en las primaveras. Nunca ha tenido la menor crisis ni el menor

Ayuntamiento de Madrid

síntoma que haga pensar en una epilepsia y toda la sintomatología es puramente timopática. La sintomatología consiste en dolor de cabeza y "cargamiento" de la misma. Está todo el día como atontada. También tiene mareo.





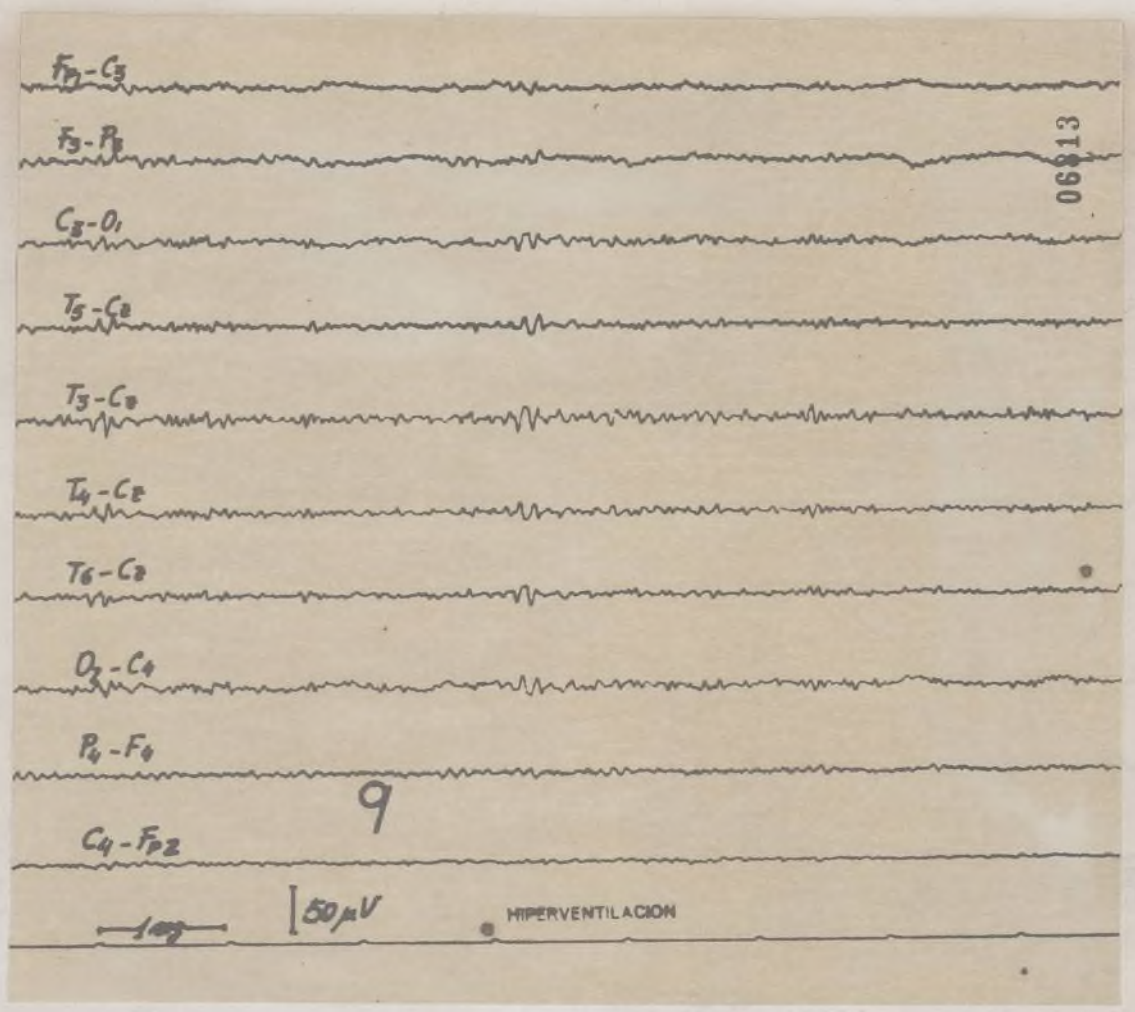
Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 6.051- Enferma de 23 años, casada, Jaén.

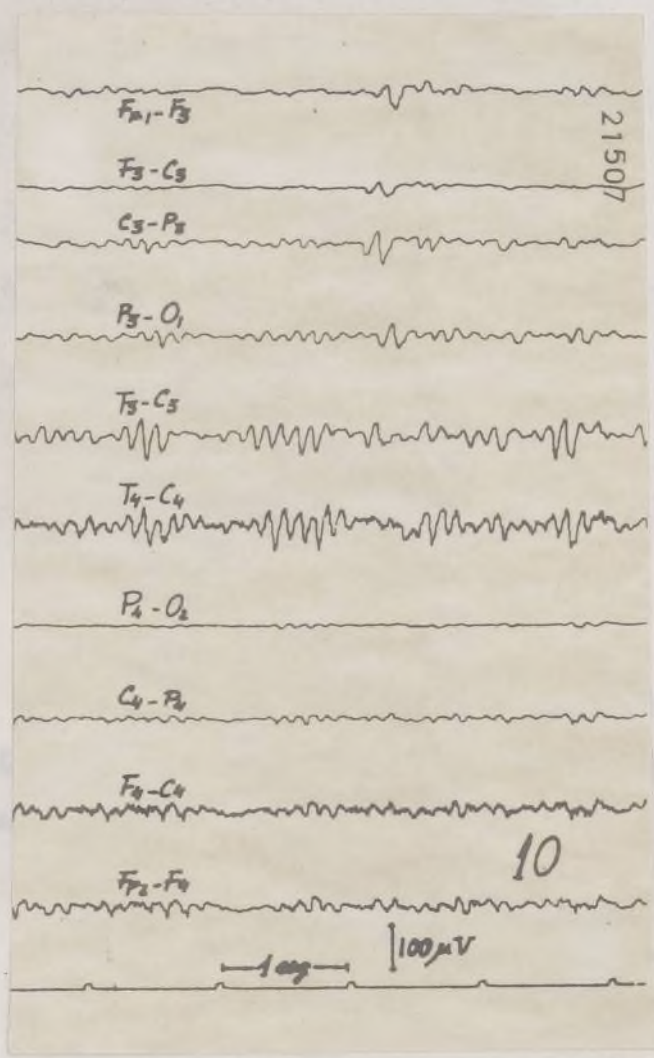
Antecedentes familiares sin interés. Son seis hermanos, ella es la mayor. Cree que una buela de ésta y una hija por vía paterna murieron locas. Ha tenido tres hijos. De ellos viven y están bien dos. El otro ha muerto en un parto por cesarea. Desarrollo normal. Menarquia a los 12 años. A los 20 años le dio en pensar. Se puso triste, le dio un poco de neurastenia, dice. Dice que fue cuando empezó a tener novio. Pensaba que su novio se iba por ahí con otras chicas y que no la quería. Ella dice que sabe porque le iba a querer y a veces le daba rabia, pero en cambio ella dice que eran tonterías, pues el se portaba bien con ella. Dormía mal, lloraba mucho. Le daba una cosa nerviosa en las piernas y en el estómago. Este estado le duró unos tres meses y después se fue poniendo bien poco a poco. Después se casó con este novio y ha estado bien.

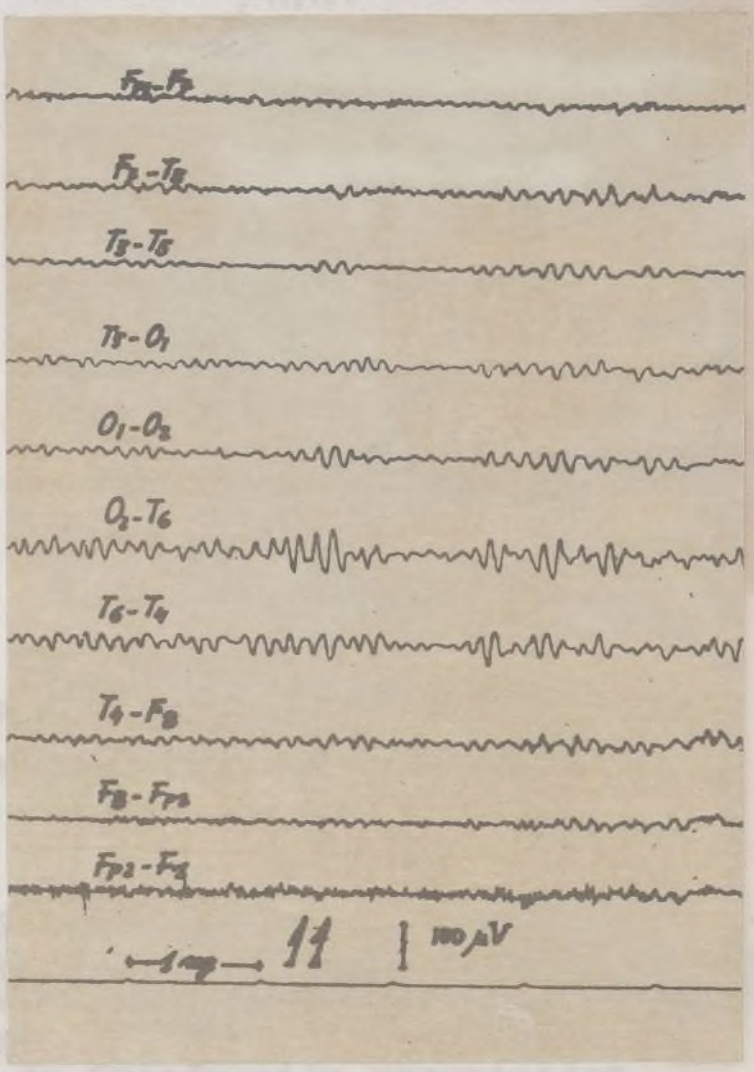
La enfermedad actual: Hace unos tres meses empezó a tener fuertes dolores de cabeza, unos días sí y otros no. Era en la parte superior, en el occipital y a veces se tocaba las sienes y le dolía. Le daba mucho malestar con ganas de devolver y a veces tenía vómitos y un estado de angustia. Si tomaba aspirina se le pasaba. A partir de entonces tiene un estado nervioso. Decía que porque tenía que criar a su hijo que tenía que morirse sufría mucho. cualquier cosa le impresionaba mucho. Si discutía con su marido le parecía que las palabras le entraban por la cabeza y tenía dolor. Dormía bien y el apetito era normal. Fue al médico que le dijo que como estaba criando, eso era una debilidad y le recetó unas pastillas y algo se calmó pero el dolor de cabeza seguía más fuerte y más seguido, con hormiguillo en la cabeza. Hace un mes, un día notó un malestar muy grande en el estómago y en la cabeza y le dio un dolor muy fuerte y tuvo como hormiguillos en el lado izquierdo de la mejilla y notó como si la corriese una cosa por el cerebro. Tuvo vómitos y cuando devolvía se aliviaba. Estaba nerviosa y con mucho mareo. La vista se le nubió. Dice que ella se impresionó mucho y se vino a Madrid porque tenía miedo de volverse loca. Hace unos 15 días que vio a un internista y no le encontró nada. Actualmente, dice la enferma que tiene un malestar grande, dolor de cabeza fuerte y no puede dormir y se queda traspuesta. Entonces ve correr mucha gente, empieza a pensar muchas cosas, todo lo ve difícil y con disgustos, muchos nerviosismos y le parece que se le va a abrir la cabeza. Tiene una descomposición de vientre muy grande y sigue con los vómitos. Se siente muy debil y a veces con un ahogo en la garganta, muy ansiosa, gran sobrecarga histérica. Empieza su tratamiento en la Clínica con el que mejora mucho.

Ayuntamiento de Madrid

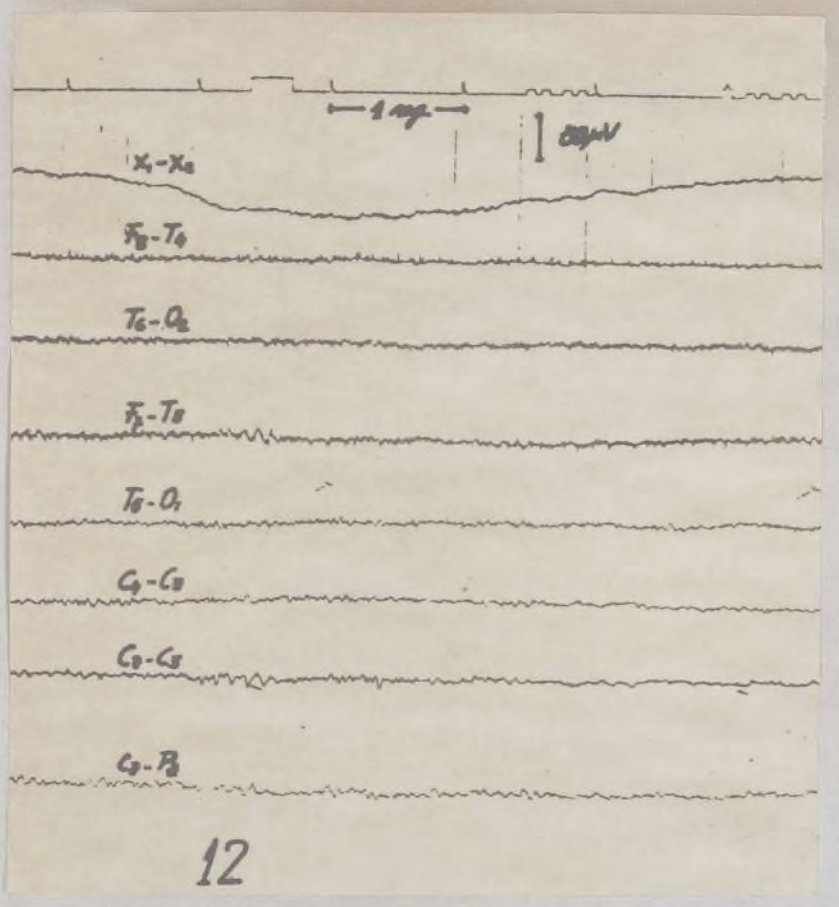


En enfermos que figuran en otros capítulos que padecen cefaleas timopáticas se encontró en el EEG una presencia de potenciales anómalas sobre el lóbulo temporal izquierdo.

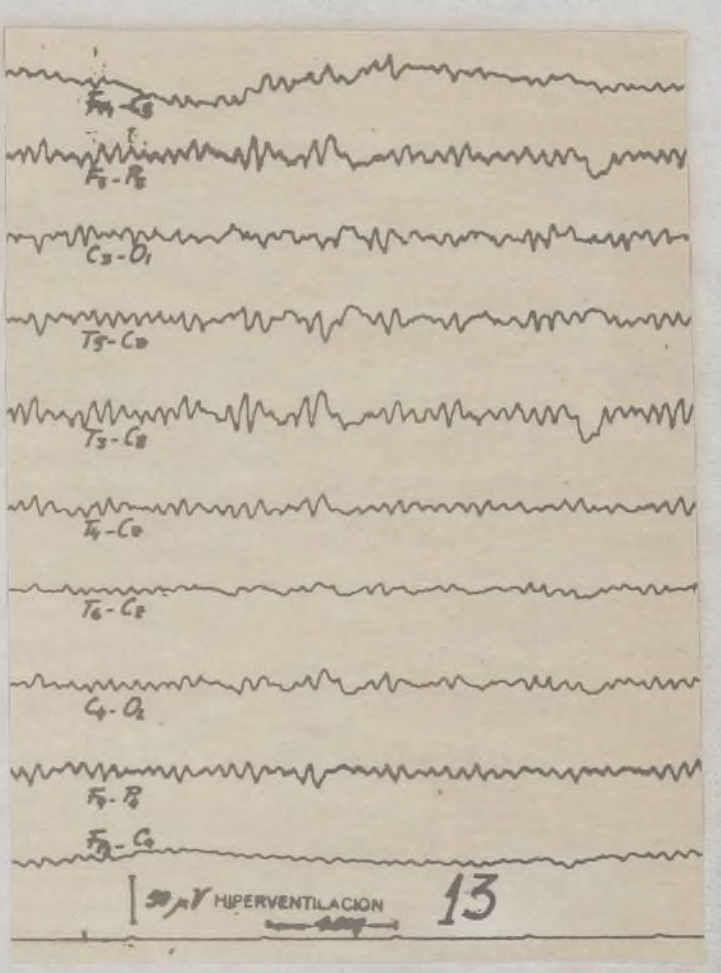




Ayuntamiento de Madrid



12



13

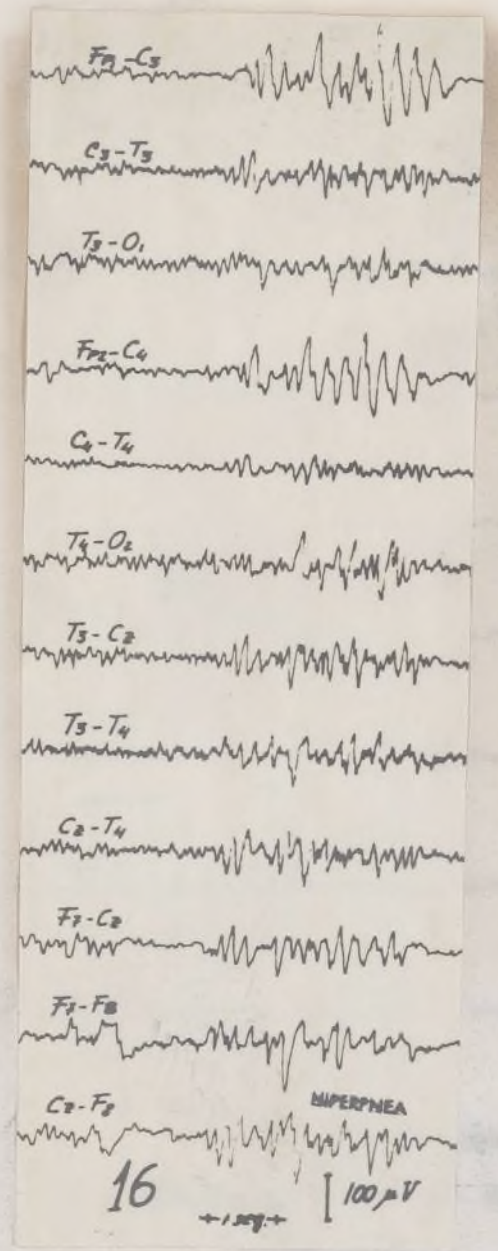
14

15

Otras veces las cefaleas timopáticas coinciden con disritmias centroencefálicas paroxisticas de un aspecto muy comicial;

Ha.nº 17.035- Enfermo de 17 años. Desde hace dos años cefaleas en las sienes. No puede comer, decaido, triste, nervioso, sin apetito, especialmente por las mañanas que tiene ganas de llorar. Atontamiento. Ha sido diagnosticado de "encefalitis disritmica" y de "disfunción paroxistica

Ayuntamiento de Madrid

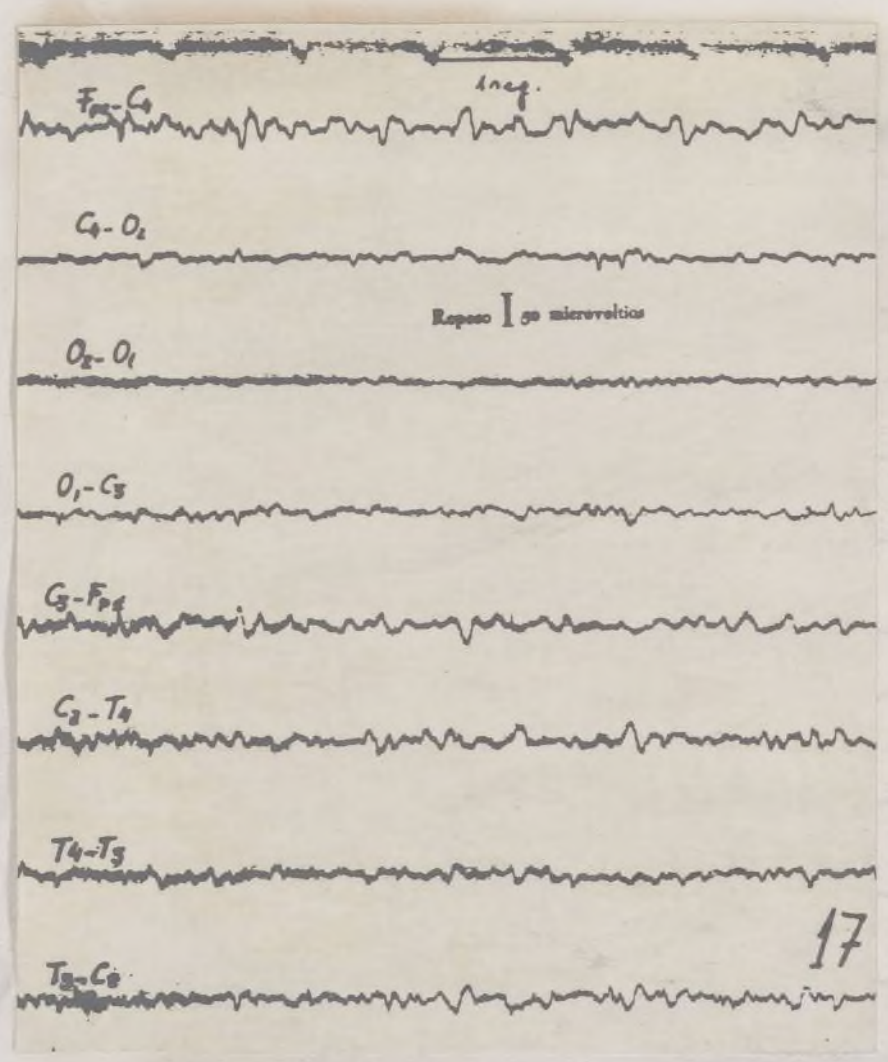


mesodiencefálica." Ambos especialistas le dieron un tratamiento con anti-epilépticos que no le mejoraron. El padre tuvo una depresión.

Ha.nº 15.413- Enferma de 22 años. Desde hace unos años coincidiendo con su ingreso en la universidad se encuentra desadaptada y aislada. Le cuesta un enorme trabajo ir a clase. Dificultad de contacto con sus compañeros a los que encuentra superficiales y por eso cada vez se aisla más. En la actualidad solo le gusta montar en bicicleta. Tenía malestar y dormía poco de noche. Aprobó todo el curso con excelentes notas. Hace dos años que viene sintiendo un gran vacío y una desilusión por la vida. Un EEG del año pasado muestra una disfunción paroxística diencefálica. El realizado a los seis meses está mejor. Comenzó de nuevo a sentirse mal. Cefaleas, nucalgias con sensación de opresión, ruidos en los oidos, perdió el apetito y como consecuencia perdió también 6 kilos. Duerme mal. Cefaleas, se encuentra cansada, más por la mañana que por la tarde. Su padre murió cuando ella tenía 5 años. Pasaron una temporada de gran dificultad económica. A los 12 años un vecino intentó forzar unas relaciones sexuales, pero ella empezó a llorar y no se llegaron a realizar. Durante cinco años no podía dormir con las piernas abiertas ni arrodillarse, tenía que tener la ropa interior muy ceñida al cuerpo, porque le daba miedo que la volvieran a tocar. Esto acabó por convertirse en una obsesión. A veces parece que la historia es la de una anoréxica. Hay temporadas en que pierde mucho peso y le ha desaparecido el periodo. Ahora está mejor de todo esto. Lo que ella quiere es encontrar una gran madurez intelectual y en realidad la hay en el modo de expresar sus trastornos. Hay por contrapartida una gran inmadurez en lo biológico. Menarquia a los 17 años. Tiene un diente de leche. Hay sensación de melancolía, temporadas de inapetencia y de angustia ante la vida. Sensación de tedio existencial. Dos años más tarde se explica de un modo muy rebuscado en la nueva consulta. Cuenta toda la situación en este tiempo. Como seguía decayendo fisicamente la empezó a tratar un internista. Su peso de 46 kilos pasó a 43 en pocos días. En el momento de esta consulta pesa solo 41. Su cuadro le clasifica ella como"atonía vital" y tiene una insensibilidad afectiva tremenda y sensación de tedio. Efectivamente existen dos fases en su personalidad. Del estado de voragine que presentaba la primera vez que vino a la consulta ha pasado a un tedio que es como una nausea mística, dice y al decir esta palabra supone que no depende de ninguna causa exterior.

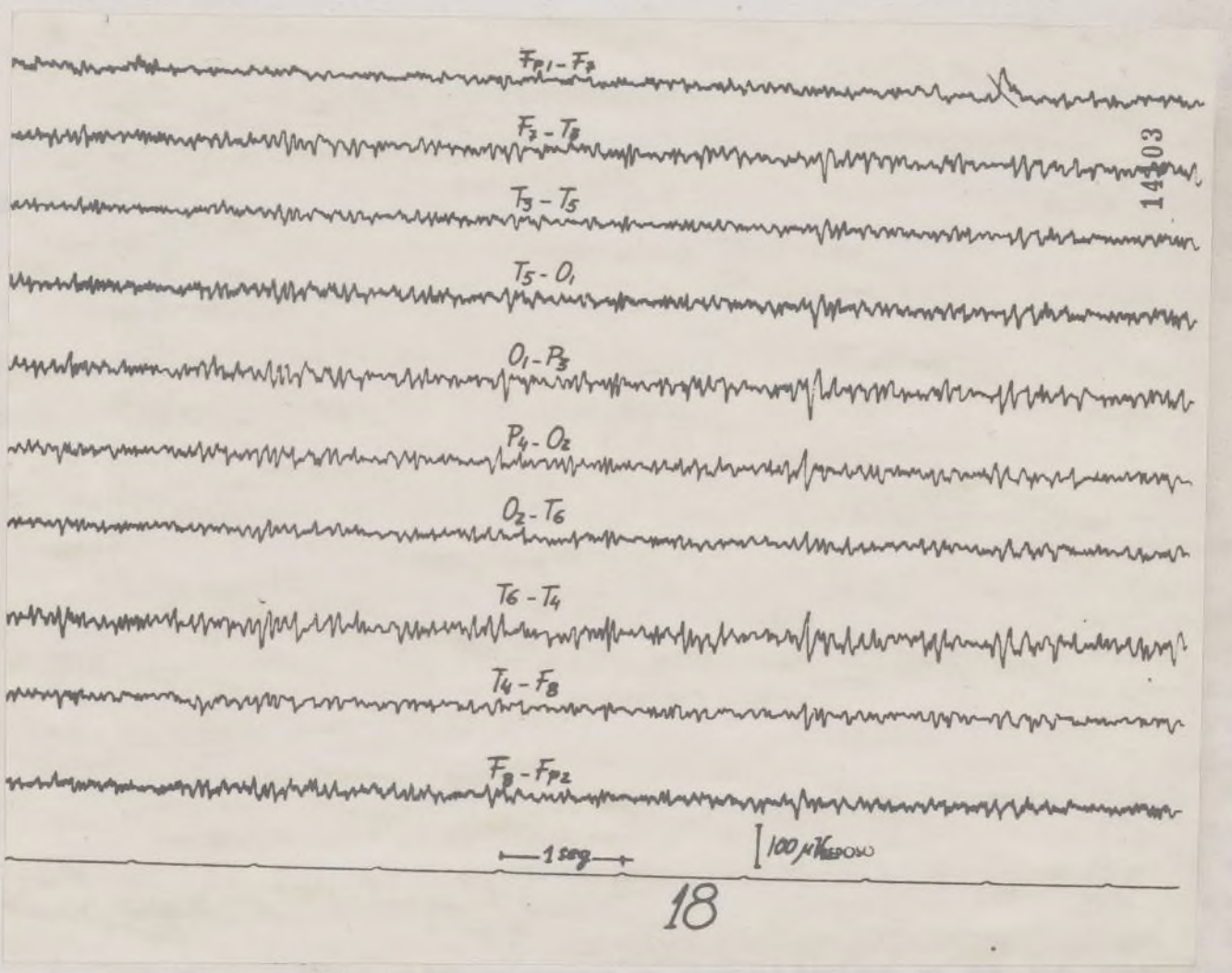


Ayuntamiento de Madrid



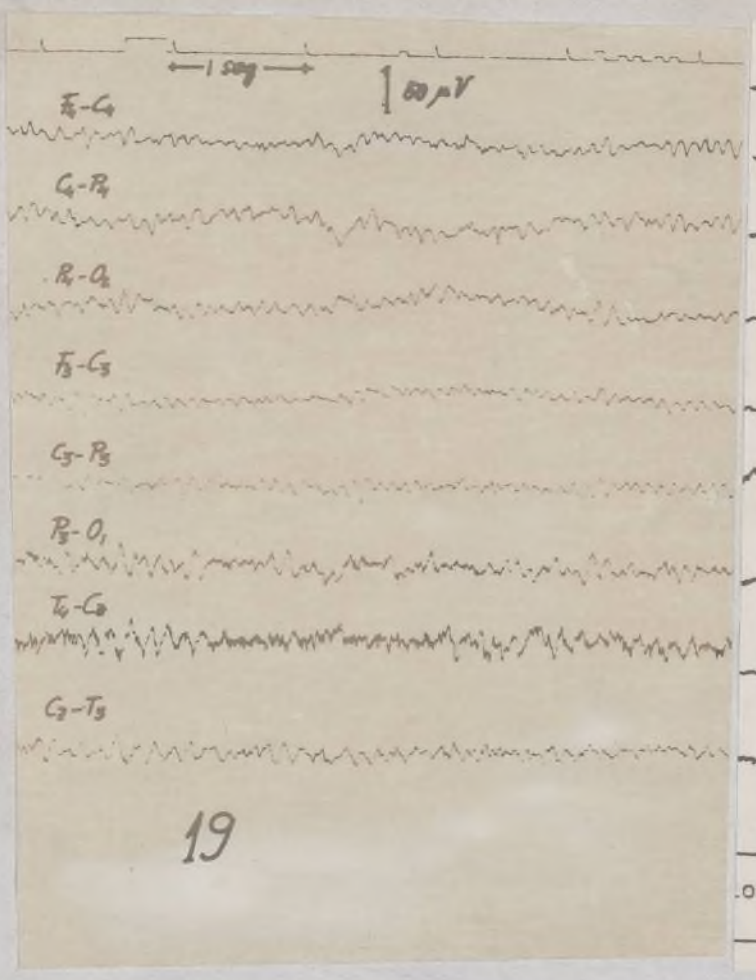
No tiene amigos, no sale de casa y se siente cada vez más inmadura. Estudia filosofía pero dice que se la explican mal puesto que se limitan a explicarle las fórmulas de lenguaje y no los problemas de la cultura griega que son los que le podrían interesar. Siente un gran temor a volverse loca. Miedo a vivir y miedo al futuro. Tiene novio y quisiera que se le dijera que debe hacer porque ella no es capaz de decidir con certeza si le quiere o no, aunque ella cree que no le quiere. No sabe si su complejidad personal dificultará su matrimonio. Miedo a tener un niño anormal, miedo a que un día pueda traicionar a su marido. Un año más tarde está más tranquila.

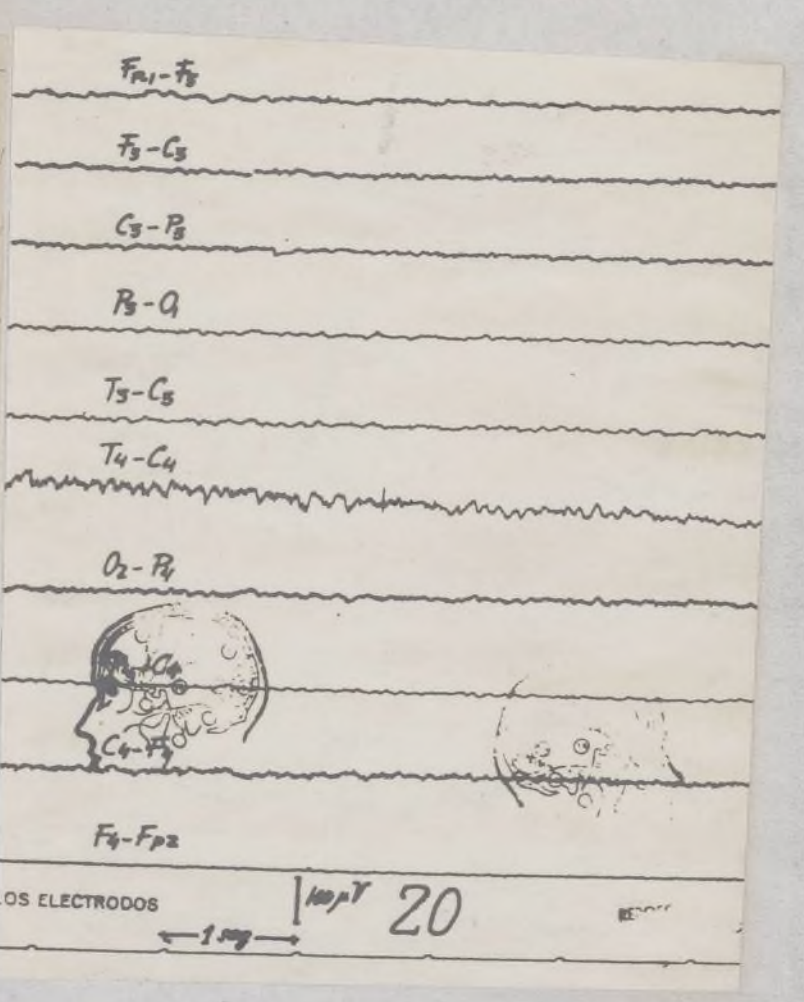
También los hemos observado en otros enfermos que figuran en el capítulo de las cefaleas.



Ayuntamiento de Madrid

Focos temporales derecho o bilaterales también los hemos observado.



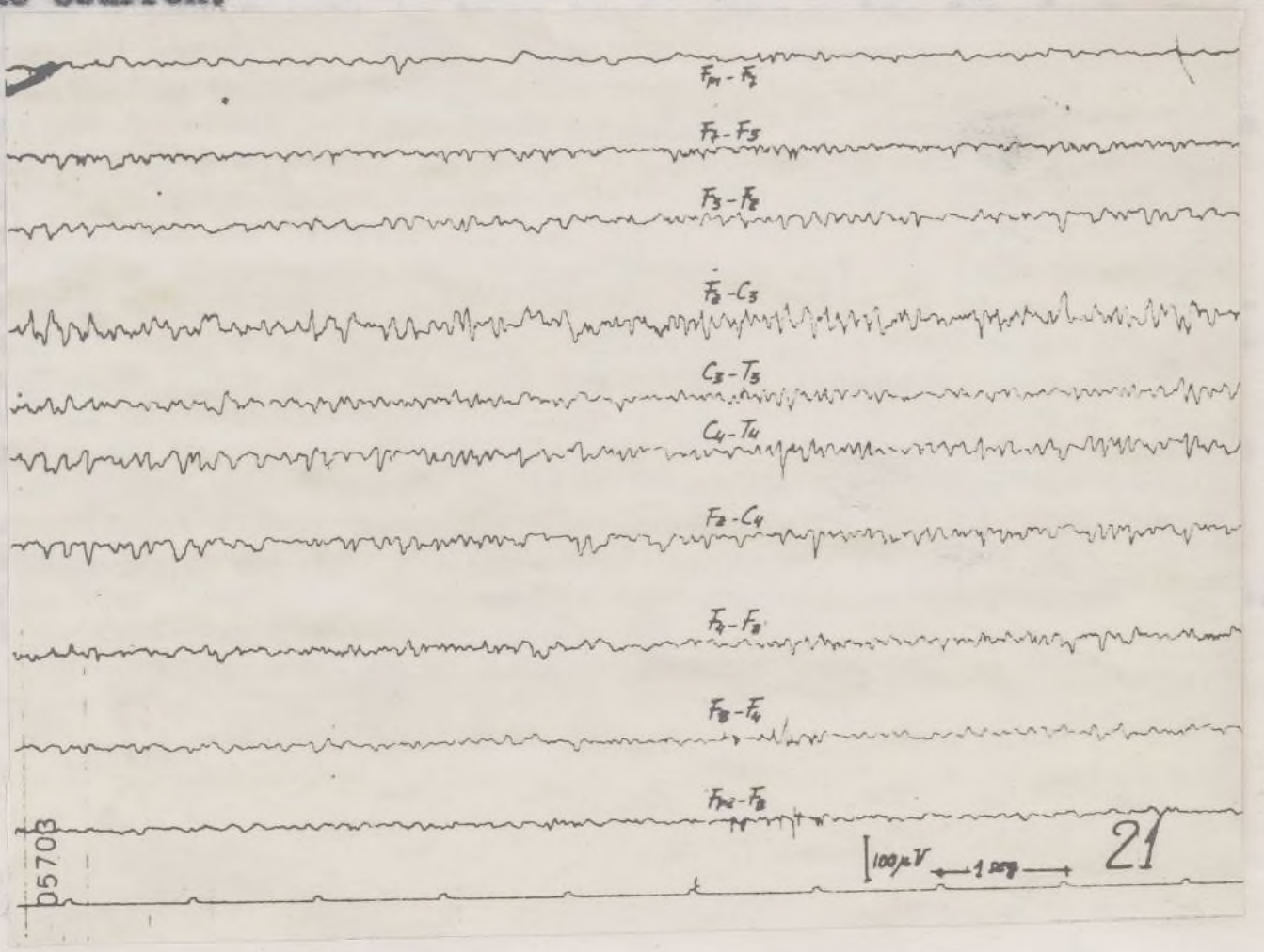


La asociación cefaleas-amanecasmos-disritmia (y dentro de éstas las localizadas, una vez más, a nivel del lóbulo temporal izquierdo) es muy frecuente según nuestra experiencia. DA FONSECA da importancia a las disritmias para explicar las estructura obsesiva, sin embargo, como se deduce de este capítulo las mismas alteraciones son posibles en otro tipo de trastornos del círculo timopático.

Ha.nº 16.937- Enfermo de 12 años. Hacia los 4 o 5 años tenía terrores nocturno y cuando se ponía nervioso tartamudeaba mucho. A veces era tanto que no podía ni hablar. Había perdido el apetito. Tratado con Belladenal y vitamina B12 ganó peso y se recuperó pero no desaparecieron completamente el tartamudeo y terror nocturno. Hace un año empezaron anotar que el chico cerraba las puertas varias veces hasta estar bien seguro de que estaban cerradas. Lo mismo ocurría con el grifo del agua y con los interruptores de luz. Estaba por entonces algo tristón y tenía pocas ganas de jugar. Volvió a perder el apetito, lloraba y decía a los padres que estaba preocupado porque tenía unas cosas raras en la cabeza. Hacía juramentos que le obligaban a hacer las cosas sin querer a cumplirlas y si no las cumplía se sentía en pecado y se iría al infierno. El chico dice que empezó a hacer juramentos por la noche, le dolía la barriga y si hacía la promesa de hacer algo le desaparecía el dolor. Algo que no recuerda, pero algo que no tenía ga-

Ayuntamiento de Madrid

nas de hacer. Después le venían las dudas de si lo debería hacer o no. Poco a poco fue haciendo más juramentos y dice el chico que eran tantos que no podía cumplirlos. Estaba además algo tristón, no comía, había perdido el apetito. Dormía mal. Tenía dolor de cabeza, inquieto y excitado. Se llevaba cada vez las manos a la cabeza y el enfermo dice que era porque tenía que chuparse los dedos. Decía que podía coger una enfermedad y que si comía con su familia alguien podía caer enfermo, siendo él culpable. También tenía cierta preocupación en no dejar en el suelo nada que pudiese resbalar y alguien pudiera caerse y tener la culpa de ello. Lo mismo con los cristales. Una vez viendo en la TV una película de asesinos le entró la preocupación de que quizá su familia o sus amigos bajo una apariencia buena pudieran esconder otra cosa. Luego se siente culpable por haber pensado así. Es un chico habitualmente triste. Su padre es maestro y le da clase; dice que es un chico inteligente. Hasta que no lo comprende todo no está conforme. Quiere aclarar todas las cosas hasta el final. El chico dice que otra de sus preocupaciones es que no se le escapa nada cuando lee. "Quiero estar seguro de que no se me ha escapado ninguna palabra de lo que he leído, de que lo he leído todo." Al confesarse también tiene la preocupación de no poder decirlo todo en poco tiempo disponible. Por los dolores de cabeza y desmejoramiento visitaron al otorrino, al oftalmólogo y a numerosos internistas. Todas las exploraciones fueron negativas. Mejoró extraordinariamente con el tratamiento que le hicimos. Con algunos baches y luego ha seguido mejor estabilizándose. Ha mejorado de apetito y duerme bien. Está mucho menos nervioso y en general se preocupa menos por todas las cosas que ocurren.

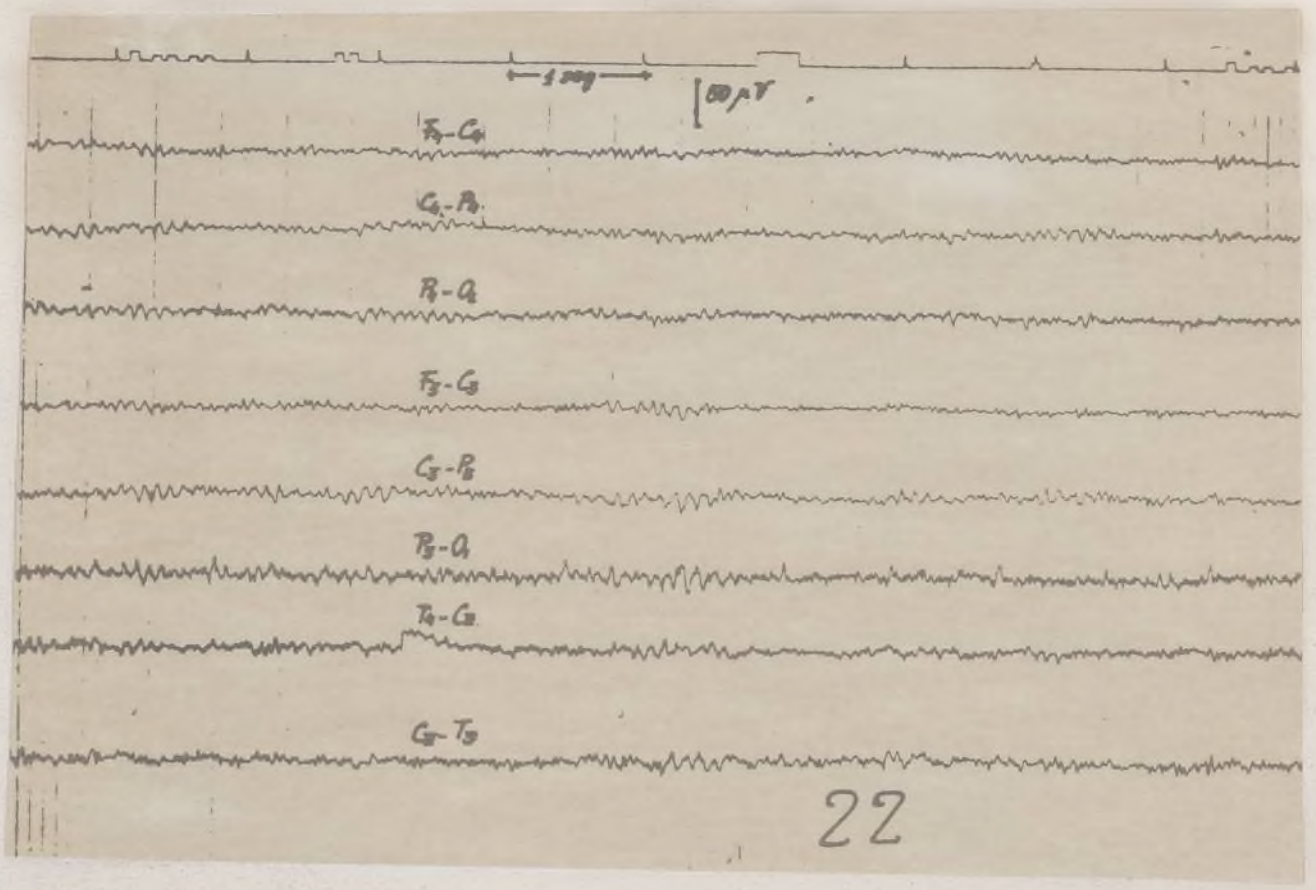


Ayuntamiento de Madrid

Ha.mª 17.197- Enfermo de 34 años, soltero. Nacido de embarazo y parto normal, buen desarrollo y escolaridad. Tímido, reservado, ordenado, de carácter siempre muy nervioso. Muy buena salud. Hace dos años empezó con dolores de cabeza muy fuertes localizados en frente y nuca. Intranquilidad constante, como temblor interno. Dormía poco, no tenía ganas de nada y le entraron "manías", ideas que no podía evitar y que reconocía eran absurdas. Temporadas buenas y otras peor. Despertaba cansado y mejoraba en el curso del día. Se acostaba con la obsesión de que no podía dormir. Intranquilidad que cuando se localizaba en el estómago le hacía devolver. Mucho peor desde hace dos meses. Solo duerme dos horas, muy decaido, sin ánimo, desilusionado, convencido de que no se va a curar y miedo a volverse loco por completo. Piensa que sería una suerte morirse. A veces ideas de suicidio. Ahora han aumentado las manías y no se ve libre de ellas en todo el día. Ultimamente tiene la manía de que ha de dar limosnas y hacer promesas. La idea le viene bruscamente, sin fundamento, involuntariamente, pero no se puede desprender de ella. Luego le entra el remordimiento por no cumplirlas, aunque sabe que "él no las hace sino su cabeza." Otras temporadas lo opuesto: cosas contra la religión. Otra época temor a contagio venereo. Se lababa mucho las manos y rompía prendas de vestir por miedo a contagio aunque reconocía que era absurdo. A veces como si viese un número que luego hace que de una cantidad de dinero y luego "como si viese dentro de mi en que iglesia le he de dejar." Posiblemente otras obsesiones que no relata. Cuando está mejor y más fuerte no hace tanto caso a las "manías". Padre muy nervioso, tiene tics. Madre muy nerviosa. Un hermano visto por un psiquiatra porque no tenía ganas de nada, no hablaba estaba como atontado. Su tono vital es malo muy decaído a pesar de haber comenzado el enfermo un tratamiento psiquiátrico desde hace dos meses. Trae un EEG que señala la existencia de ritmos agudos bilaterales, en reposo e hiperpnea, elevación ligera del voltaje de esos ritmos que hace pensar, dice, en la existencia de un trastorno vascular. Al cabo de cinco meses vuelve a la consulta. Está algo mejor de ánimo, aunque todavía pasa días en que está mal. Los cambios son bruscos y le entran de repente si saber por que. "De repente tengo el cuerpo sereno y me entra el dolor." Estando bien le pasan por la cabeza las mismas ideas y no hace caso, pero si se le pone "el cuerpo mal" se queda sin ganas de nada. Le dura dos horas como dos días. "No encuentro la alegría en el cuerpo" dice. Siguen las mismas obsesiones.

Se le hace un nevo EEG en esta consulta.

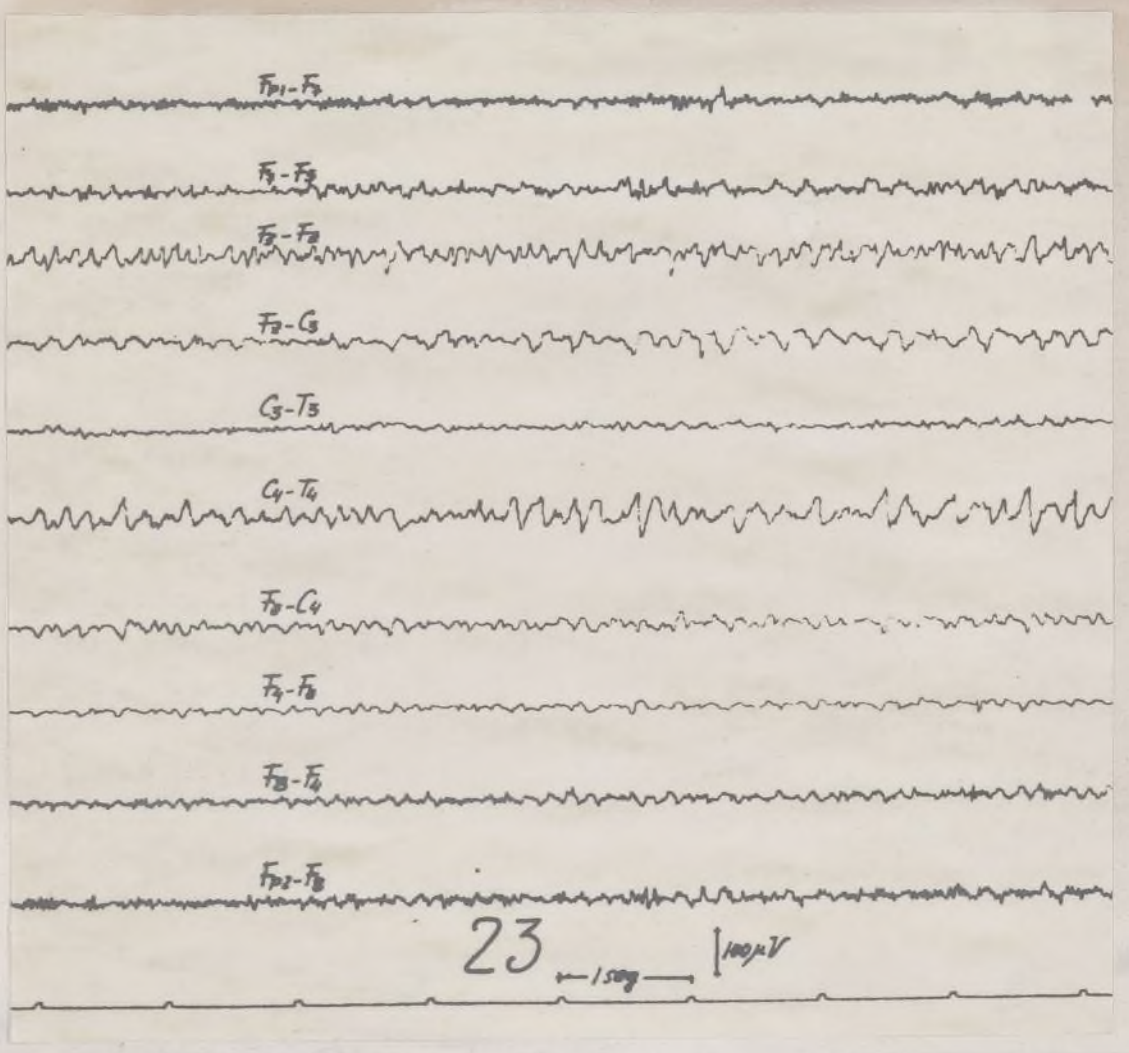
Ayuntamiento de Madrid



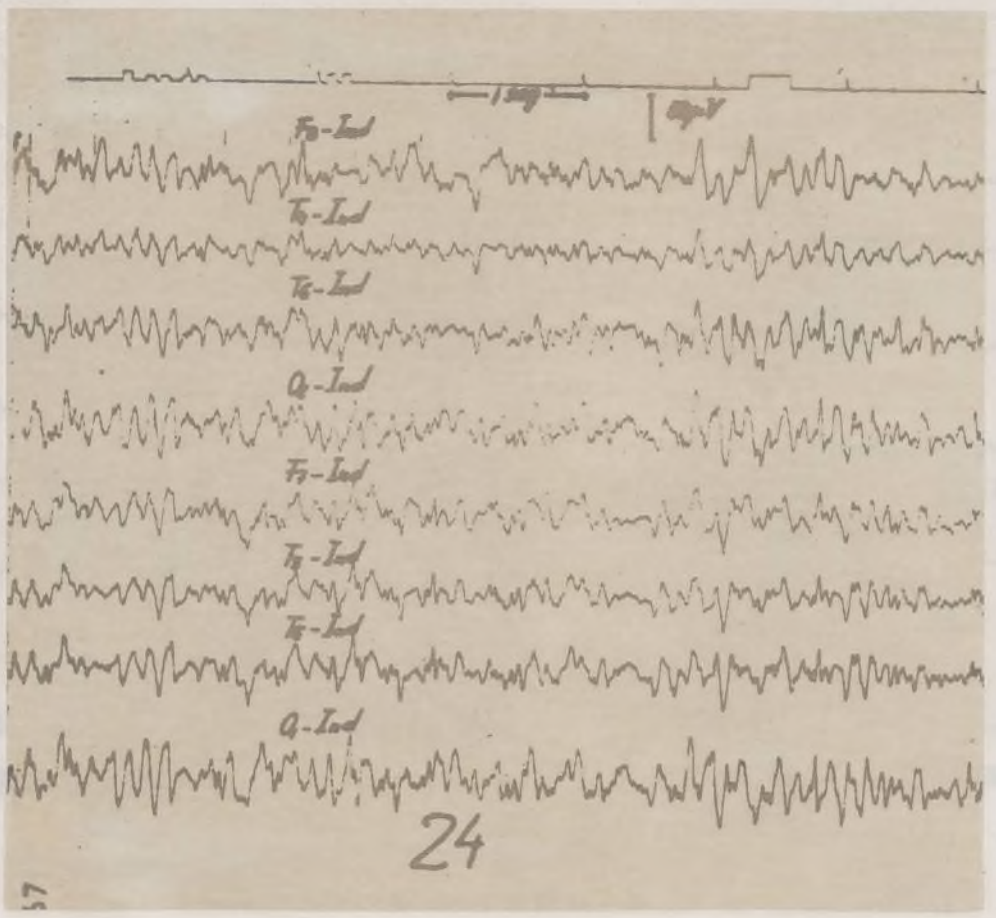
Muy típica es la neurosis obsesiva siguiente:

Ha.nº 17.061- Enferma de 56 años. Neurosis obsesiva típica. Se trata de una persona que ha sido siempre muy escrupulosa. Se confesaba a menudo y siempre quedaba con dudas de si había sido absuelta o no. También desde hace muchos años se lavaba las manos a menudo, sobre todo después de abrir las puertas, tocar el dinero, etc. Hace cuatro años que los trastornos se han acentuado y desde hace dos años mucho más aun. El ambiente de la casa se ha vuelto imposible. Antecedentes sin interés, siempre muy sensible y ordenada. Desde niña que era escrupulosa, si le parecía que había hecho un pecado hacía una cruz en el suelo y luego la besaba. Siempre creía haber tenido pensamientos deshonestos cotra Dios y contra la Virgen. Ha llegado a confesarse hasta tres y cuatro veces al día. Nunca está tranquila y la culpabilidad la tiene siempre dentro, no le deja tranquila. Este último año la neurosis ha empeorado porque atraviesa además una fase depresiva. La neurosis obsesiva, es decir sus obsesiones no las explica bien por el propio miedo que le dá. Son probablemente de contenido sexual, pero no se atreve a decirlo.

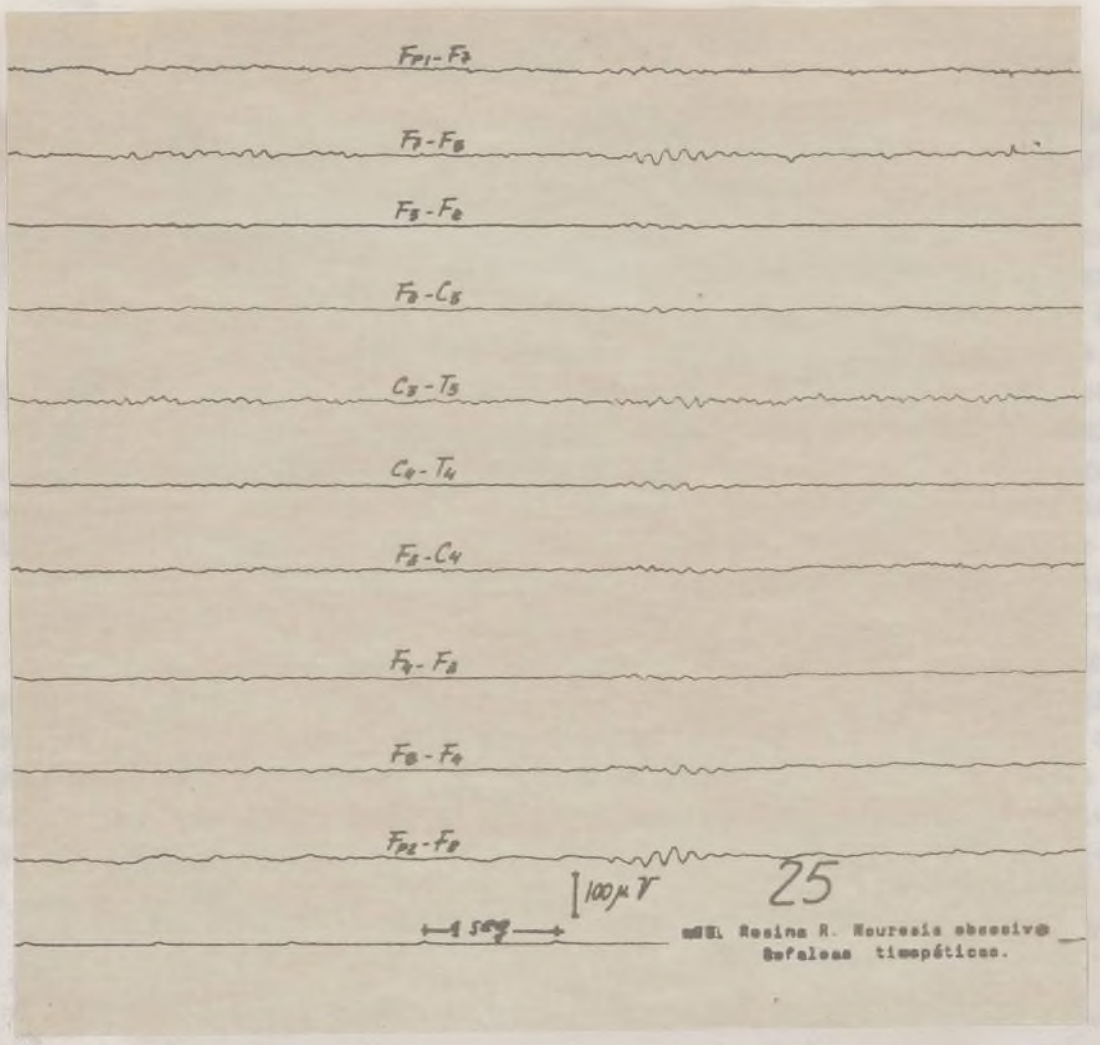
Ayuntamiento de Madrid



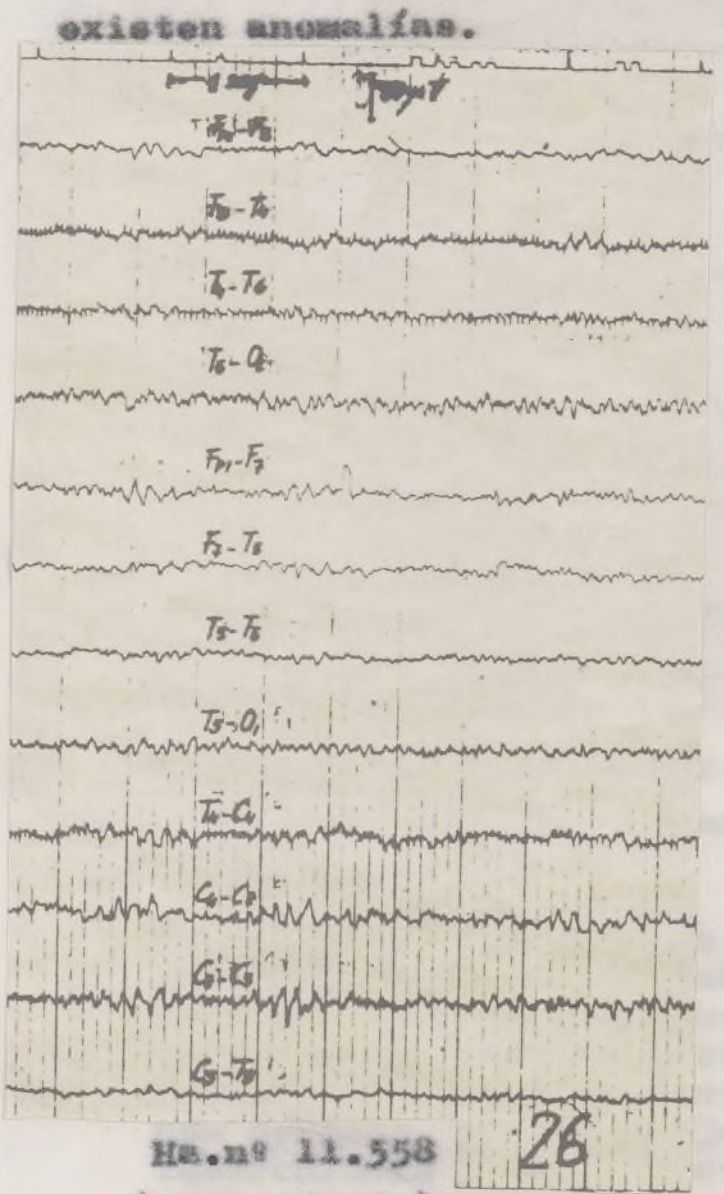
Las historias de los dos enfermos siguientes figuran en otro capítulo (cefaleas, sopiencia de síndromes).



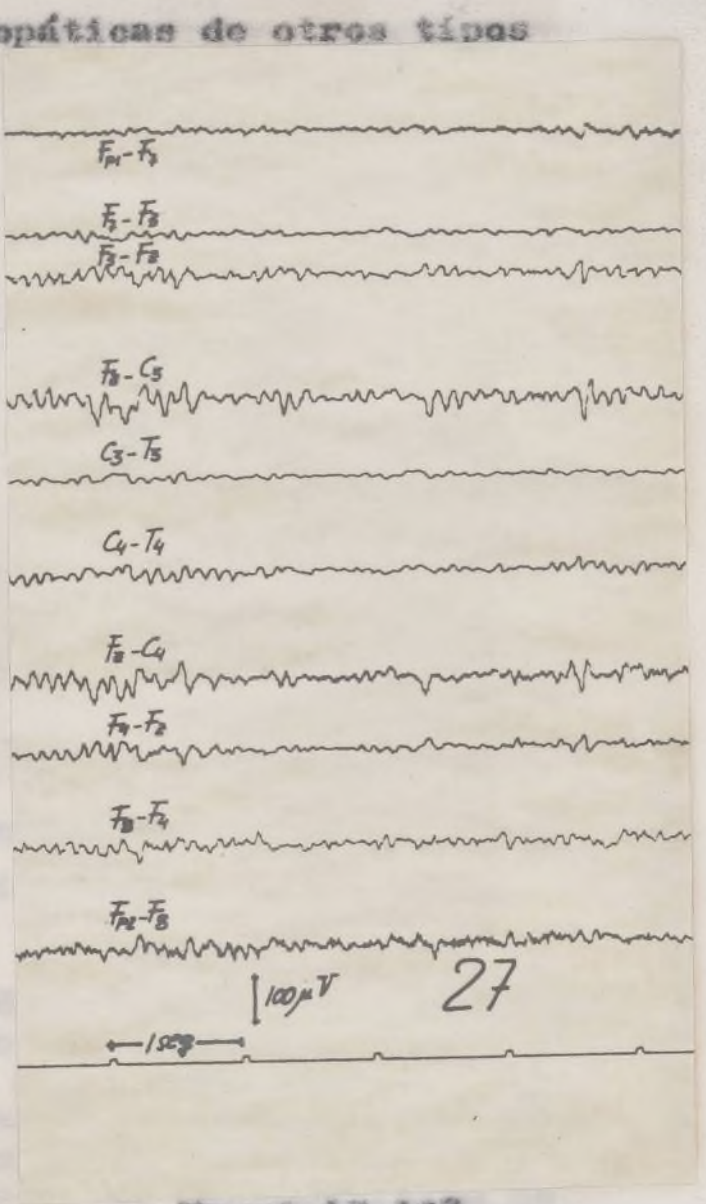
Ayuntamiento de Madrid



También en las algias timopáticas de otros tipos existen anomalías.



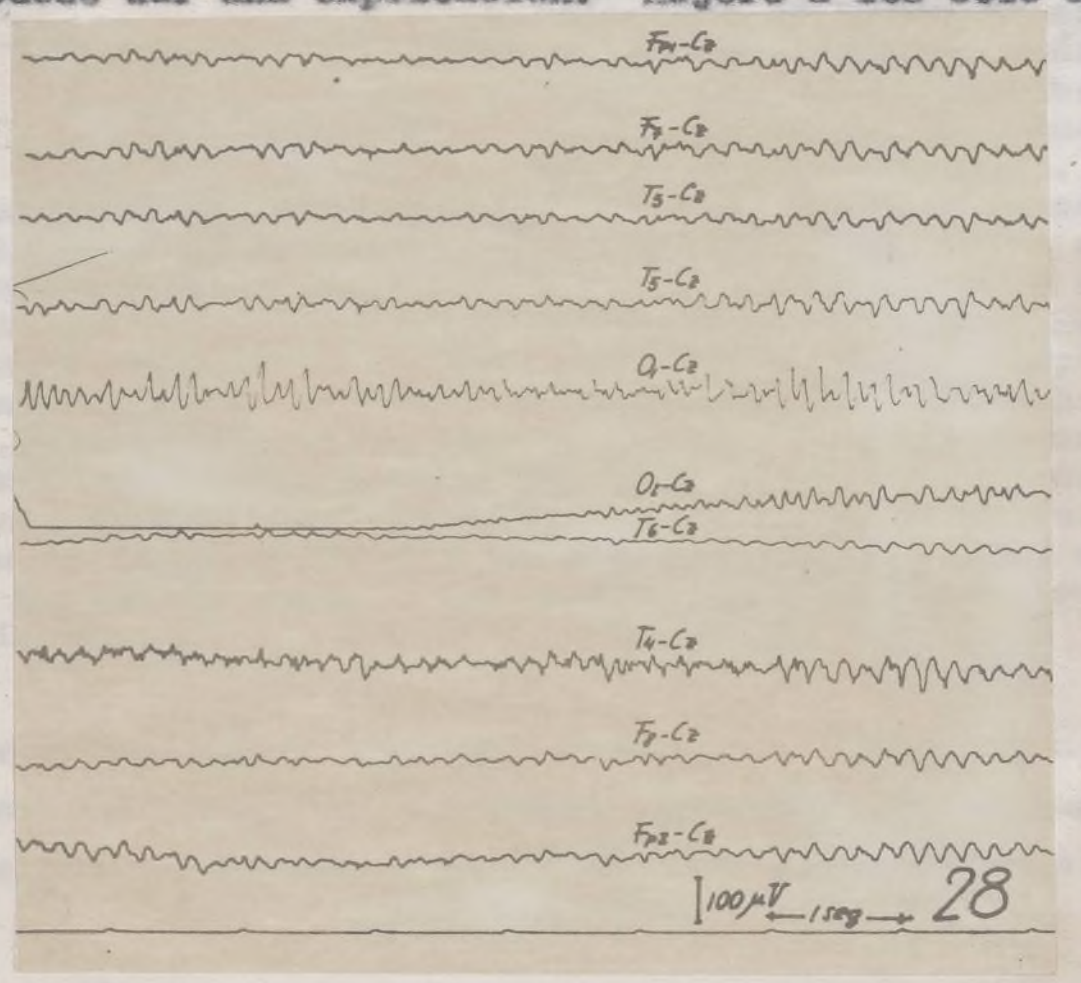
Ha.nº 11.558
(Coxigodinia)



Ha.nº 17.102
(Algias múltiples)

Ayuntamiento de Madrid

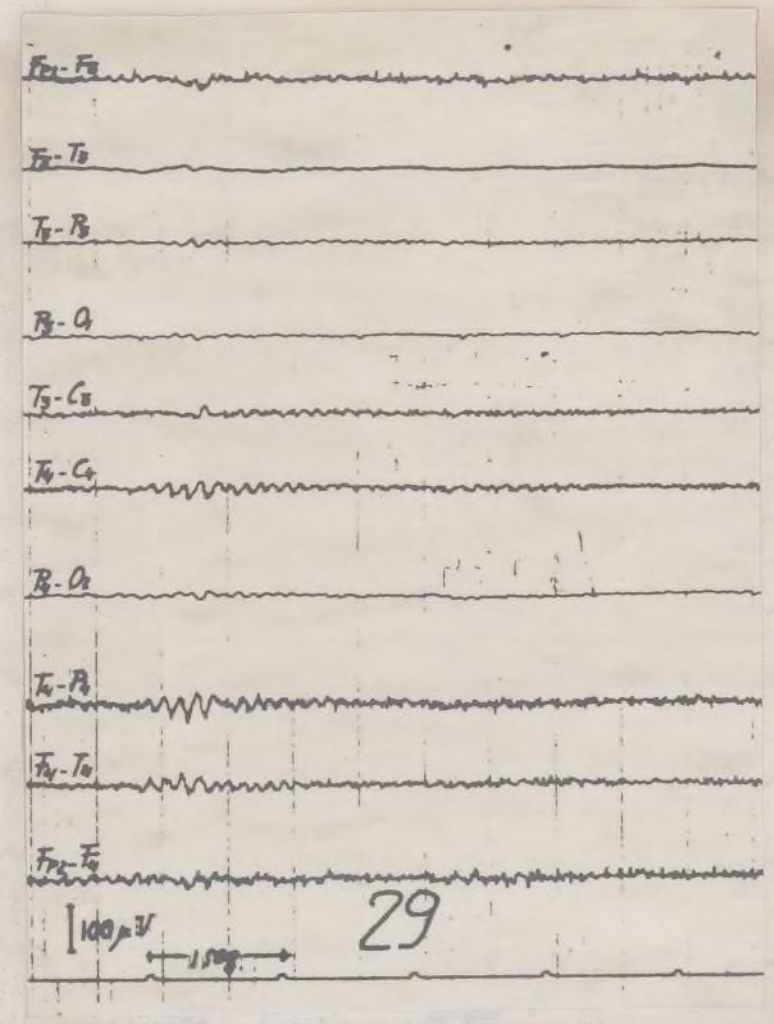
Ha.nº 16.407- Enfermo de 44 años, transportista. Desde hace unos meses preocupado y triste, dice padecer alergia en la piel de la cabeza, picores y molestias. Infección en la garganta y no puede tragar lo que le lleva a una amigdalectomía. Ruidos en los oídos, como si tuviera por dentro cosas que no anduvieran bien. Temporada de dolor en el vientre que estaba hinchado, dolor muscular, impotente. Estreñimiento. A veces el riñón derecho inflamado. Hipocondriaco, continuamente auto-observándose. Decaído de ánimo, sin fuerzas ni energía, a veces ganas de llorar. "Tengo algo malo dentro," dice. "Lo que tengo está lleno de odio, pues hasta me molesta estar con mis hijos." Cada día le cuesta más trabajar y comete imprudencias conduciendo pues al estar frente al volante le pone más nervioso. Desearía a veces morirse. Irritable y malhumorado. Miedo a la muerte. Pequeñas fobias. Minucioso al narrar molestias vagas y sin importancia. Lo que más le molesta es no tener la cabeza despejada, ni centrada y su vientre que no le rige bien. "Estoy mal en general y mi estómago no tolera medicinas, pero no puedo dar una explicación." Mejoró a los seis meses.



Ha Los focos temporales derechos son muy raros, el único bien definido es el del enfermo siguiente:

Ha.nº 16.774- Enfermo de 54 años, casado. Tuvo a los 25 años a raiz de un accidente de motocicleta en que se fracturó un ilíaco a consecuencia del largo reposo en cama, una descalcificación y comenzaron los dolores lumbares. Como no le cedían fue intervenido de un cálculo en el riñón derecho. Siguió quejándose y fue diagnosticado de tuberculosis renal. La extirpación finalmente del riñón. Le hicieron un drenaje del riñón que conserva. Esto duró 19 años. Hace 5 años que ha empezado a tener unos mareos que le dan cada tres o cuatro meses, le duran 4 o 5 minu-

Ayuntamiento de Madrid

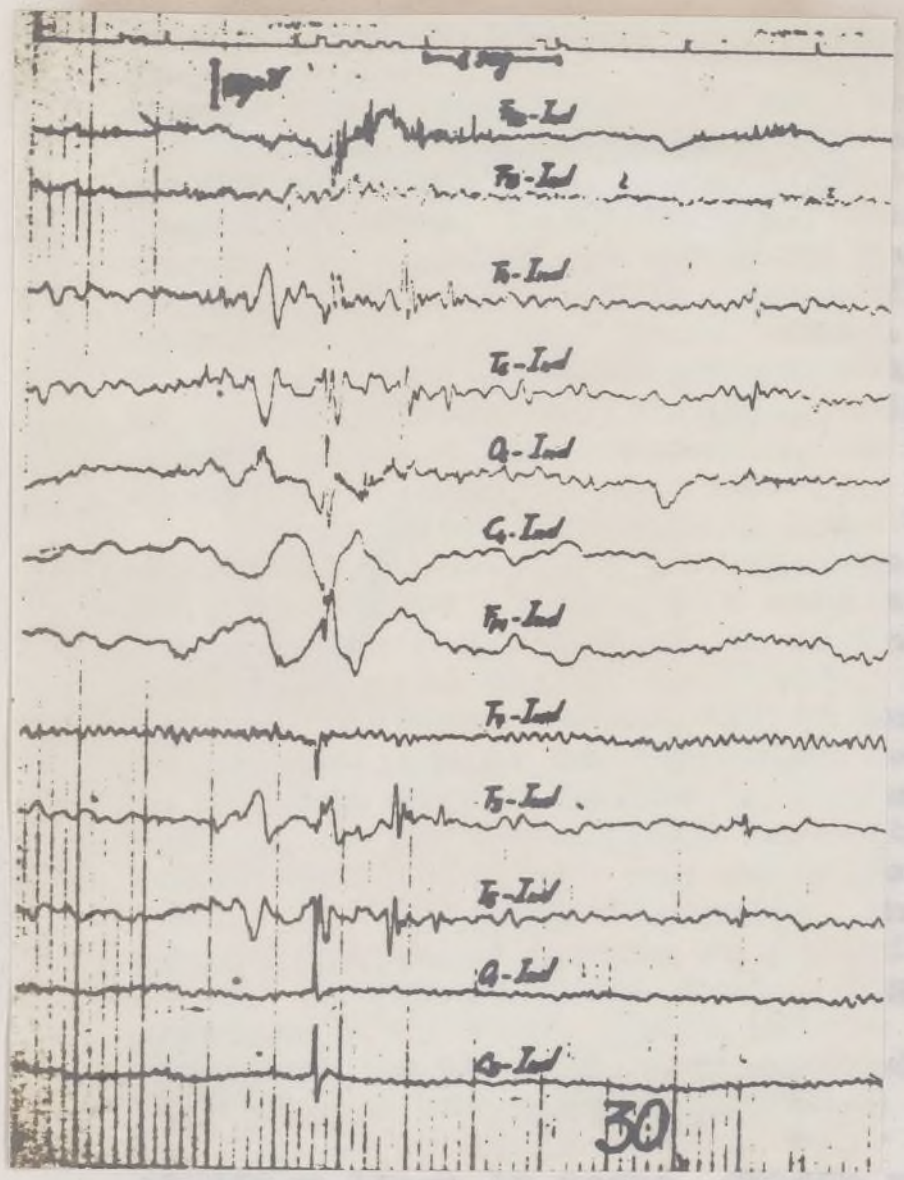


tos, le sube algo a la cabeza y nota que las cosas le dan vueltas. Está inquieto. Estos episodios son de comienzo y terminación suave. Tratado con antiepilépticos, junto con estos episodios le daban unos dolores de cabeza, generalmente de localización occipital. Al ver que no mejora con el tratamiento, viene a esta consulta. Desde hace un año los ataques le dan con mucha frecuencia, hasta 2 y 3 veces al día. Cuando son más numerosos le dan 3 o 4 y le duran media hora. Sensación de que algo le sube a la cabeza, pies fríos con gran sudoración. Tenía que colocarse en posturas especiales para sentirse más aliviado, por ejemplo, cabeza abajo. La mujer dice que tenía sensación de miedo. La tensión arterial le sube en esos momentos hasta 26 y se normaliza al pasar la crisis. Ordinariamente tiene de 13 a 14 de máxima. Diagnostican un tumor renal. Intervienen y no lo hallan. A los 4 días de la operación nuevo episodio. Le hacen un EEG y encuentran fallos. Tratado con antiepilépticos no mejora. Cuando le duele la cabeza está como borracho y aturdido. Oye retumbar los que le hablan. Por las mañanas se encuentra peor. Es persona muy ordenada y escrupulosa. No hay antecedentes familiares. Tipo pícnico. Deformación artrítica en el pie. Dolores artríticos que no sabe a que atribuir porque le pasan a los pocos días sin hacer tratamiento alguno.

Cuadros depresivos típicos pueden acompañarse de disritmia centroencefálica, los dos casos siguientes los citamos por ser estos muy llamativos y poder inducir en un diagnóstico erróneo.

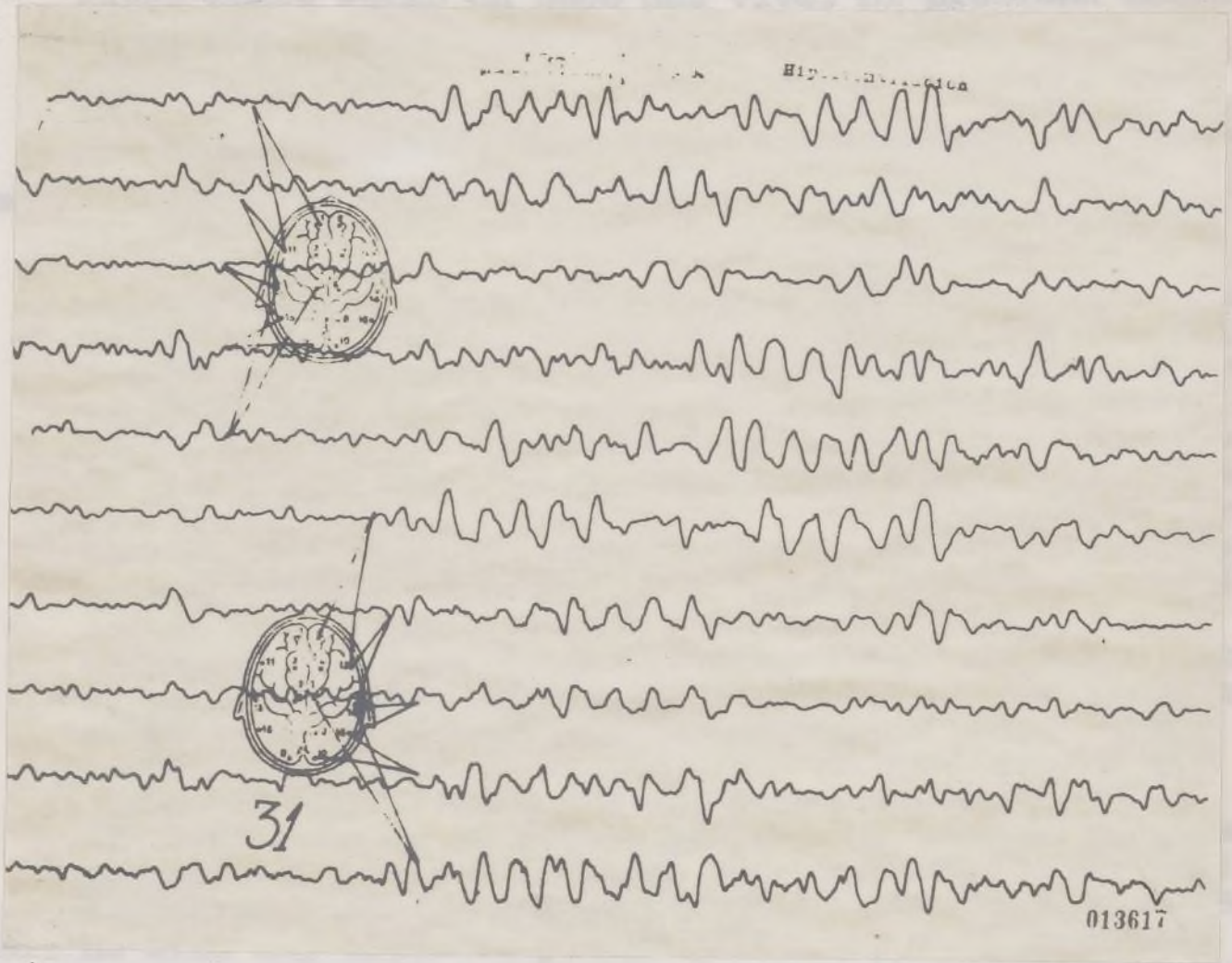
Ha.nº 17.769- Enfermo de 54 años, casado, apoderado de banco. Está deprimido hace 2 meses, se considera incapaz de desempeñar su trabajo. Cree que influyen los motivos familiares. Tiene 4 hijos, no son afectivos. Uno de ellos tiene 17 años y es muy raro. La mayor se marchó a Paris a cuidar unos niños y luego no se acostumbraba a vivir en Santander. Ahora se va a casar. Otro que es marino. El padre es de carácter hermético. Se siente fracasado en cuanto a sus hijos. Todos estos problemas se le han ido acumulando y ahora han hecho explosión, dice un familiar de él. Siempre ha sido muy bueno, moderador en las discusiones. Bebedor habitual de vino tinto. Tiene miedo a que le caiga responsabilidad de la que él considera incapaz por falta de recursos intelectuales. "Los granos de arena se me hacen montañas." Se ha vuelto irritable, aunque procura no demostrarlo. Muy triste, duerme en exceso. Hace 4 días tuvo

Ayuntamiento de Madrid



una crisis en la que le dijo al director del banco donde trabajaba que renunciaba su trabajo y que le pusieran a pegar sellos que era para lo único que servía. En su vida ha tenido otros momentos de debilidad como este, en que él mismo se trató con vitaminas e inyecciones de fósforo y se le pasaban en unos 20 días, Siempre ha tenido un carácter alegre muy activo y trabajador. Siempre ha sido un hombre muy entero. No tiene problemas familiares aparte de lo de los hijos ya reseñado.

Tuvo una lesión pulmonar en el año 1943. Todos los años hace una revisión. El padre murió de septicemia. La madre de un artrosis. Ha sido el último de tres hermanos, los demás murieron, uno desapareció y el otro era un hombre bohemio.



Ayuntamiento de Madrid

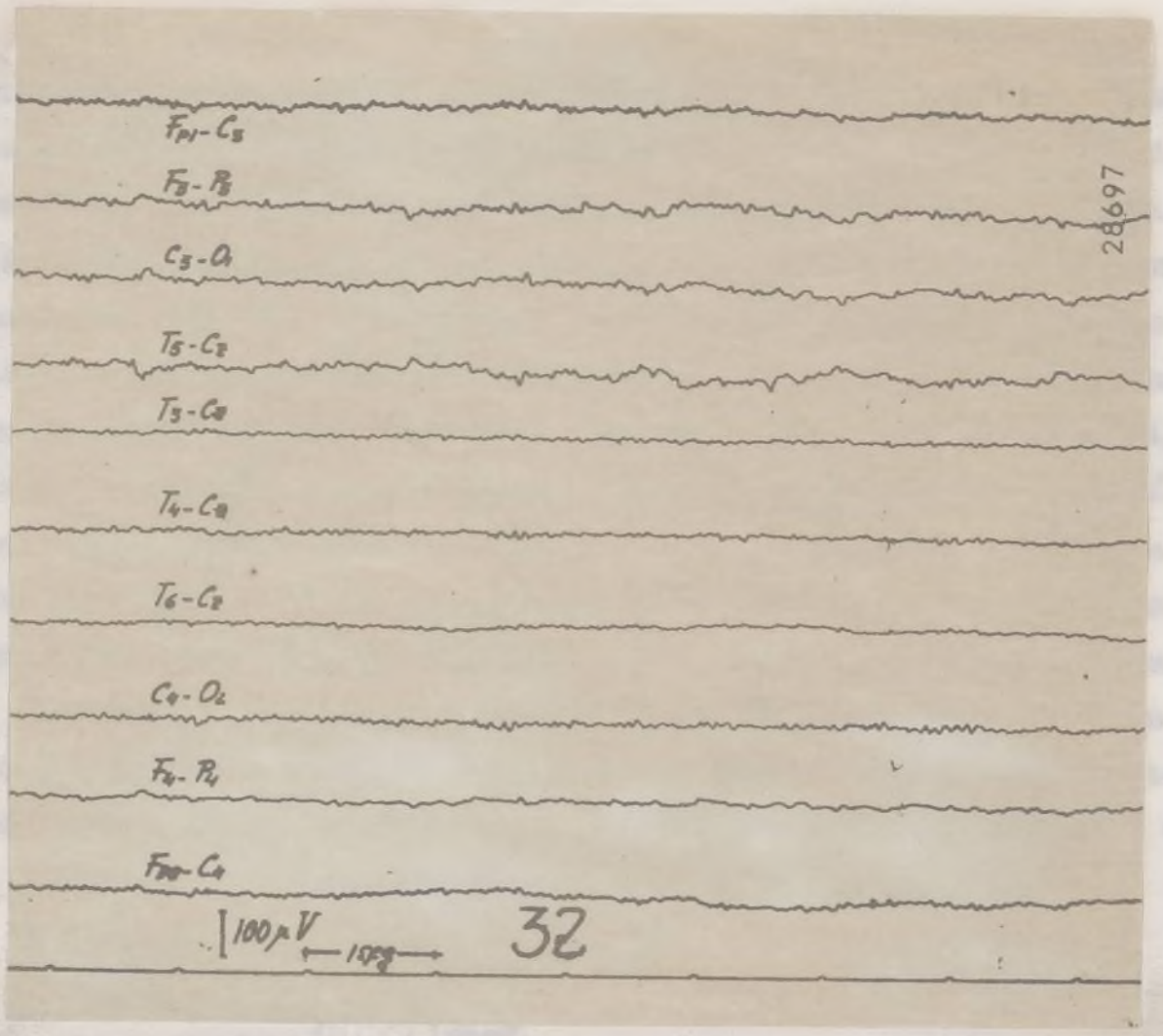
Ha.nº 17.700- Enferma de 18 años. Depresión. Hace dos años empezó con "llantinas" y a no rendir en sus estudios. Lo atribuyeron a enamoramiento con un primo hermano suyo que no les gustaba. Pero luego siguió una desgana para hacer cualquier cosa, excitación en brazos, piernas y tardaba en contestar, como si no oyera lo que le decían y dificultad en dormir por las noches. Desconfiaba de sus padres y hermanos. Decía que no quería vivir. Ideas de suicidio. Así ha pasado toda esta temporada con baches peor y otros mejor. Se ha alejado de la religión, ella que antes era muy religiosa. No asimila el estudio, no tiende, tiene "miedos" y se excita cuando va al cine.

Sus molestias empezaron hace 2 años, pero fueron atribuidas al principio a la hipotensión. Después empezó la fase depresiva típica. Las oscilaciones endotímicas son irregulares y a veces se ha encontrado incluso hiperactiva. Otras está caída, deprimida, todo le es indiferente, todo es ficticio, banal, en el mundo hay mucho egoismo. Es curioso que en la depresión vea solo la cara hipócrita de la vida y esto domine la sintomatología. Una vivencia análoga es la que explica su atitud frente el problema religioso. Antes era muy religiosa; ahora le es menos porque no le toca la religiosidad en su propia carne. Ella piensa que en el futuro su actividad, si logra tenerla, ha de ser dedicarse a los demás, algo que le de un sentido profundo a su vida. Ahora cuando está mejor, se ocupa de las cosas de su casa, muy ordenada, no cree que tiene objeto seguir estudiando, prefiere ser azafata o algo análogo, aunque ya no le atrae. Peor al atardecer, cuando cae el día y llega la noche. Cuando ya es completamente de noche suele estar un poco más viva. El problema amoroso lo ha relegado a segundo plano.

El enfermo siguiente tenía alteraciones más discretas un foco temporal de poca actividad.

Ha.nº 14.201- Enfermo de 56 años, casado. En Enero pasado compró una finca. En Enero empezó a darse cuenta de que el dinero que invirtió en esa finca, hubiera dado más fruto invirtiéndolo en su negocio de telas que es lo que a él le gusta y de lo que entiende. Este pensamiento no le abandona desde entonces: "Se me ha metido la idea en la cabeza." Reconoce que no hay motivo para estar pensando siempre en lo mismo a pesar de insistir en el error que significó aquella compra. Dice que este pensamiento le atormenta tanto que ha llegado a pensar seriamente en quitarse la vida, aunque dice que no ha cambiado su estado de ánimo y que no se siente triste. Se siente disminuido, menos capaz que antes, sin el interés por las cosas que antes tenía. No quiere salir de casa ni ver a los amigos. Piensa que las cosas van mal. Alguna vez muy nervioso, peor por las tardes al levantarse de la siesta. Ha estado tomando Tryptizol con lo cual ha mejorado un poco. Solo recuerda haber tenido una úlcera de estómago que fue diagnosticada hace años. Siempre ha sido muy ordenado y trabajador. Se casó en el año 1935, tiene 5 hijos de los cuales 2 son religiosos. Antecedentes personales sin interés. La mujer dice que al principio de

Ayuntamiento de Madrid



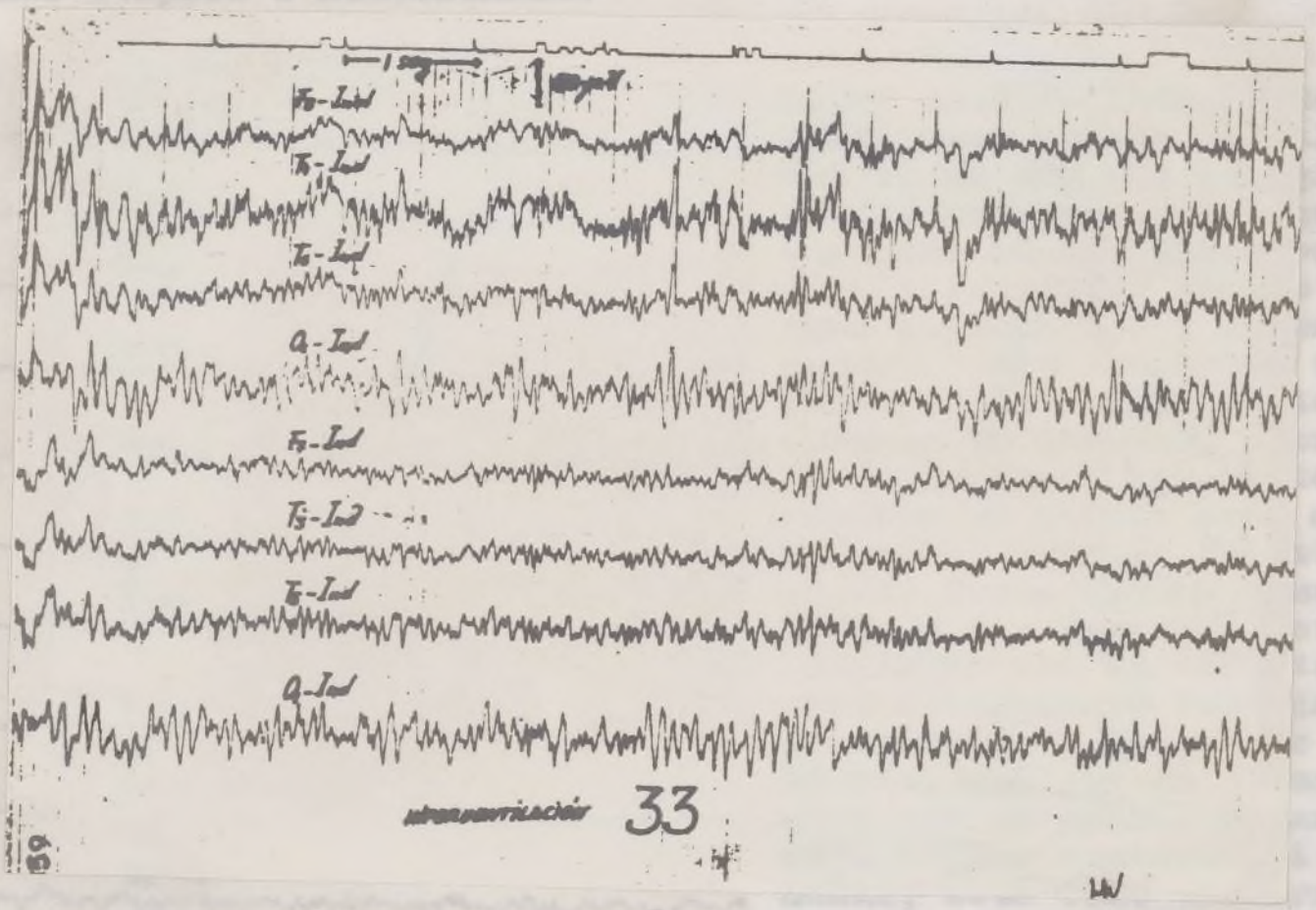
su enfermedad tenía mucho miedo, no podía ver a nadie, estaba siempre en un rincón oscuro. Dice que no quería que le vieran porque iban a decir que se había quedado sin dinero y sin embargo salía. El enfermo se queja muchas veces de que no es capaz de tener malos pensamientos. Muy deprimido. En Enero hizo la operación de compra. Después en Abril él cree que se deprimió porque fue cuando necesitaba el dinero para sus compras de tejidos en Barcelona. Ideas de suicidio, ya entonces su depresión toma un carácter típico.

A A A A A A

El diagnóstico diferencial de las crisis histéricas y epilépticas está bastante bien definido en el terreno clínico. Aquí a veces el EEG supone una fuente de error al dar a los hallazgos de éste más valor que a los datos de la anamnesis y exploración, sobre todo cuando éstos son difíciles de obtener.

Ayuntamiento de Madrid

Las alteraciones del EEG en estos casos pueden ser debidas a dos causas fundamentales. La primera a un hallazgo como los otros que figuran en este capítulo. La segunda su expresión de una lesión cerebral, de un traumatismo perinatal fundamentalmente. No hay que olvidarse que personas primitivas, o con una ligera debilidad mental facilmente tienen trastornos histéricos durante fases depresivas. LOPEZ IBOR en "La angustia vital" se refirió a unos ataques timopáticos, de morfología histérica pero de origen endógeno. Luego algunas veces ha empleado la expresión de opitímicos, es decir, montadas sobre la alteración endotímica sin una elaboración vivencial compleja. No son una reacción de conversión en sentido estricto ya que ésta se produce entre el plano de los sentimientos vitales y el somático sin el sentido que le dá la intencionalidad de la vida psíquica. A continuación vemos unos ejemplos:

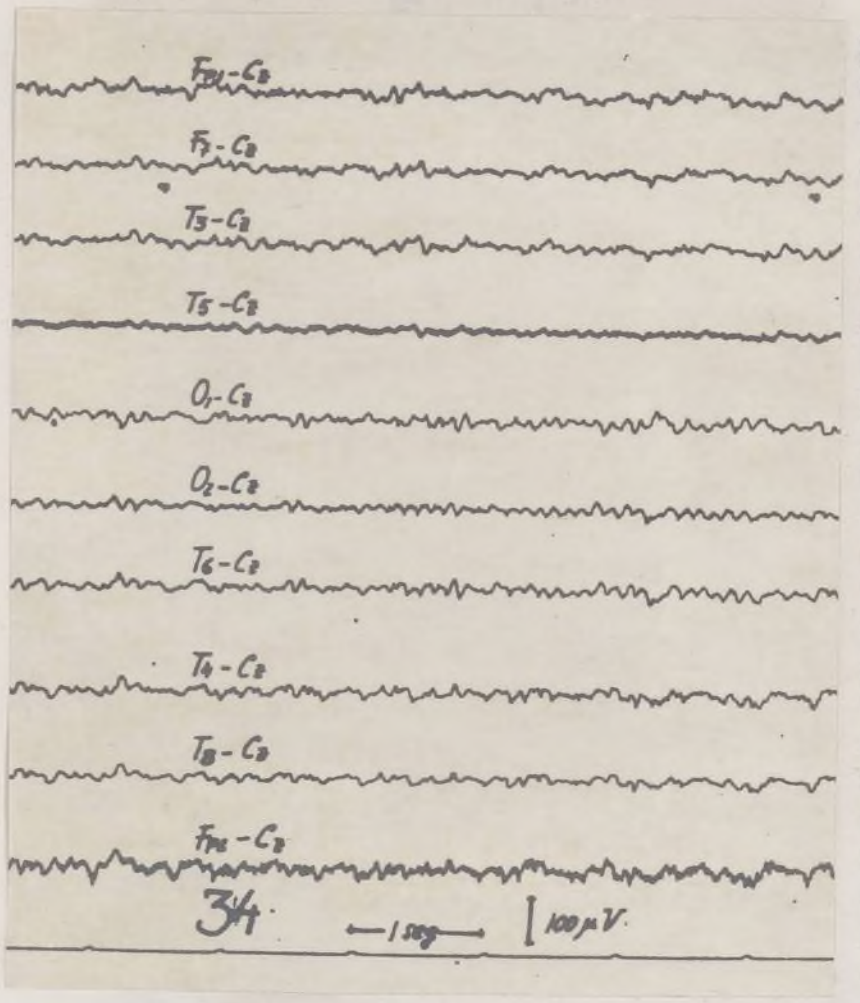


Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 17.295- Enferma de 16 años. Hace 4 años tuvo un mareo en clase. Las cosas le daban vueltas. Le duró 5 minutos sin pérdida de conocimiento. Vista por el médico de cabecera que le dio Mycoline por consejo del psiquiatra. Hace 2 años como no tenía mareos se le ha suprimido la medicación. La primavera pasada, decaída y sin ganas de nada, no quería ir al colegio. Sentada en un sillón, apática y triste. Sin apetito, comía poco, adelgazó. Tensión baja, 9 máxima. Un mes más tarde mejoró con vitaminas, pero la tensión seguía igual. No antecedentes familiares ni personales. La madre tendencia a la depresión y una prima ataques epilépticos y una tía materna ataques histéricos.

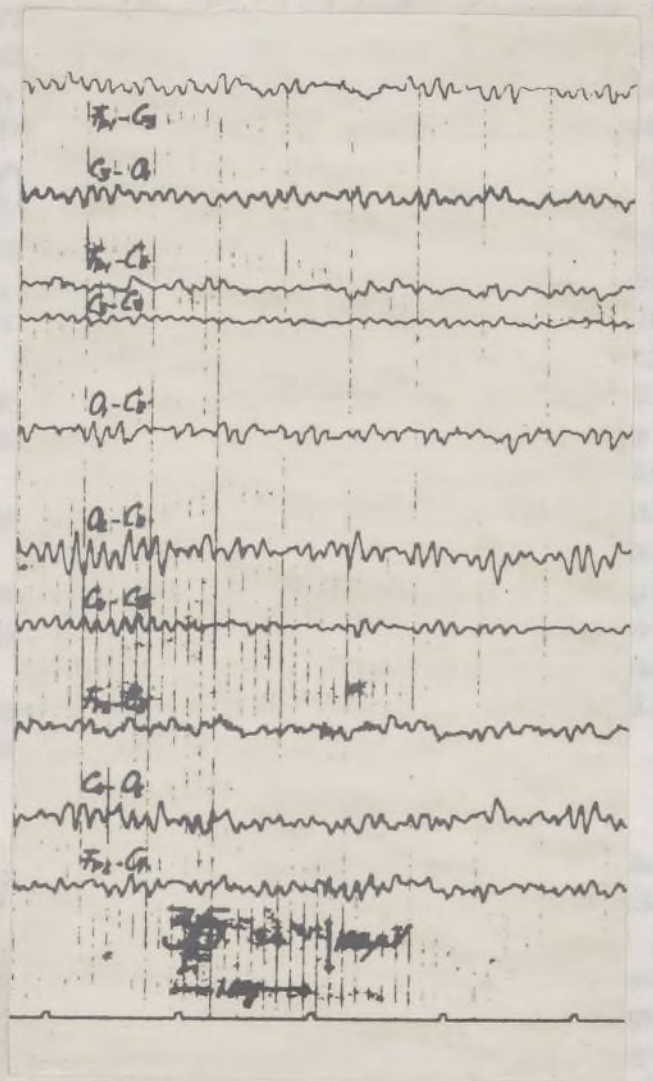
La alteración en este caso es un ritmo beta abundante y de gran voltaje, más llamativo aun que el que describen algunos autores (FINLEY, VOLAVKA y co., CRIGHEL y co.).

Los dos casos siguientes se tratan de niños, también en ellos las alteraciones endotímicas toman a menudo esta forma más atípica e histriónica.

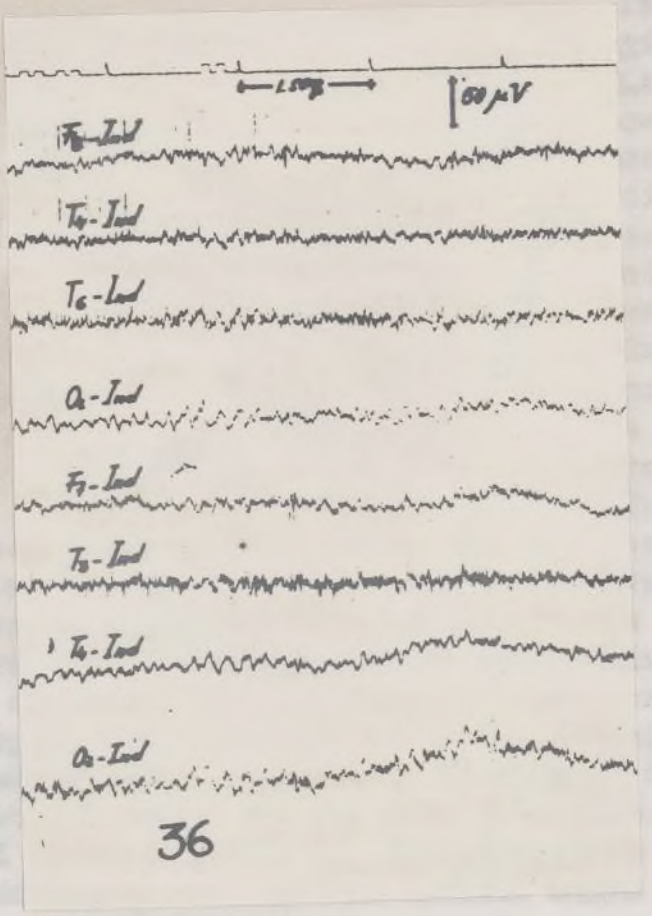


Ha.nº 15.812- Enfermo de 11 años. Hace un año que al volver un día del colegio sintió un mareo. Dice que hay días en que tiene sensaciones luminosas en los ojos, como culebrillas y cuando se produce esta sensación tiene dolor en la cabeza. Antes le duraban 10 minutos, ahora por lo menos dos horas. Antes los dolores de cabeza eran más intensos. Después de estas crisis suele quedar como postrado y sin fuerzas. Estas crisis le van en aumento pues ultimamente las tiene diariamente y hasta dos veces al día, una por la mañana y otra por la noche. Durante esta crisis contesta si se le habla, está como amodorrado, pero no tiene convulsiones. Dice que cuando le pasa la crisis tiene algo en todo el cuerpo que no sabe definir pero que está mareado y con dolor de cabeza. No hay antecedentes de interés. Durante la exploración tiene crisis psicógena. El niño tiene un cierto aire de ingenuidad.

Ayuntamiento de Madrid



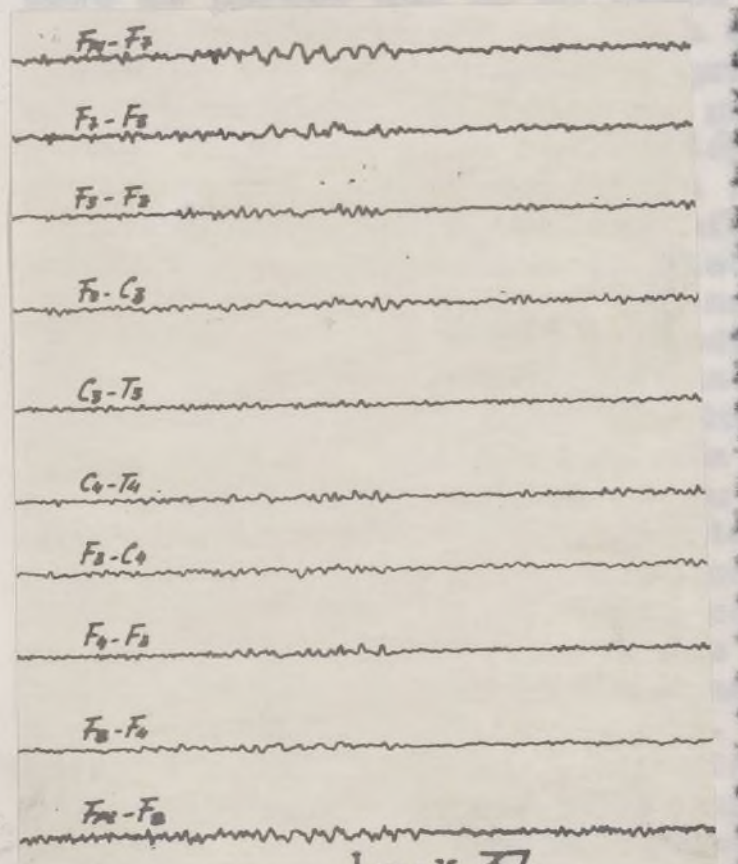
Ha.nº 16.923- Enfermo de 10 años, estudiante. Tipo Fröhlich, criptorquidia. A los 7 años, sarampión igual que sus dos hermanos. Después está miedoso y sin ganas de jugar, decía que le podían dar con el balón y hacerle daño. Cefaleas occipitales y de duración variable, dolor en las piernas. Tristón, llora por cualquier cosa. Miedo a tener cáncer o angina de pecho. Un día fvino a casa diciendo que tenía el ojo hinchado y con dolores, otro que tenía la mano hinchada. Una noche, cenando dijo que se había tragado un bicho y qu que le ahogaba la garganta. Hacía signos de ahogo. El puericultor que le trataba le envió a un psiquiatra que le hizo un EEG. Diagnosticado de disritmia epiléptica. Empeoró con el tratamiento. Un tío por parte de madre se suicidó y otro se volvió loco. Otros dos tíos son amancásticos y otro coleccionista. La madre es muy ordenada y tuvo una depresión después de un parto.



Ha.nº 16.440- Enferma de 44 años, casada. En Abril de 1965 le sacaron una muela y tuvo un desmayo. Luego los desmayos se han ido repitiendo hasta la actualidad. Está triste, deprimida. El primer desmayo le dio porque al inyectarle la anestesia antes de extraer la muela del juicio le dio una palpitación "como si se le fuera a salir el alma por la boca." Esta sensación fue probablemente por la adrenalina, pero allí empezó su angustia. Viendo el dentista que se mareaba la tendió después de la extracción un rato. Luego del desmayo le entra una gran flojedad de piernas, como si perdiera las fuerzas en ellas. Lo curioso es que primero siente como un estado de

Ayuntamiento de Madrid

euforia o de felicidad, después lágrimas y se desmaya. Mal de ánimo y estado general. Ha perdido apetito. Siempre había sido una mujer activa. Operada varias veces, de un quiste de etmoides y de la vesícula, ambas operaciones las toleró muy bien. Vuelve a la consulta 10 meses después. Ha vuelto a recaer y lo atribuye a la muerte de una tía de cáncer, a la que quería mucho. Nota hormiguillos en la cabeza, le duele el cuero cabelludo y los dedos gordos del pie. Ahora tiene crisis acompañadas de convulsiones en las que se pone rígida. A veces se presentan por la noche. A los tres meses ha mejorado mucho. Ya no tiene crisis convulsivas, tiene desgana y cansancio, falta de vitalidad. Los brazos no sabe donde ponerlos. La sintomatología prevalece en el lado izquierdo. Dolor en la cara y dificultad para tragar que su médico diagnosticó de "artritis maxilotemporal." Dolor punzante que le va de la cabeza a la paletilla. También en la nalga. En la primera consulta trajo un EEG que decía: "Ritmo alfa 10C/s. abundantes formaciones puntas lentas que aumentan en hiperventilación. Fondo irritativo signos paroxísticos de tipo comicial."



Ha.nº 16.063- Enferma de 33 años. Antecedentes familiares y personales sin interés. Casada desde hace cuatro años. Embarazada un año después, le provocaron un aborto que resultó fallido y luego le ligaron las trompas para esterilizarla. Al poco le empezó la sobrecarga psicógena, hace seis años, y empezó a tener unas crisis muy fuertes en las que se le encogía el estómago como una pelota. Luego le daba el dolor en la cabeza y luego desmayos. A veces ha tenido grandes contracciones y temblores. Las crisis se la repetían con una frecuencia variable. Unas veces estaba varios días bien, pero otras le daban con el periodo. En estas crisis le daba por irse de casa a cualquier hora. La enferma no recuerda nada de estas fugas. Cuentan que en una ocasión la enferma se quedó cerca de 8 días con el lado izquierdo como contraído y arrastrando la pierna izquierda. Las crisis son tipicamente histéricas. La historia no es fácil de ordenar, pero se ve que existen fases depresivas que es cuando ella tiene las crisis. Es curioso que al explorar la sensibilidad como siempre nota menos el lado izquierdo que el derecho. Esto coincide con ese foco temporal izquierdo. Vuelve a la consulta al cabo de un año y medio: ha mejorado muchísimo. Está como nunca. El tratamiento que se le hizo fue a base de Nardelzine. Antes había sido tratada en otra consulta como epiléptica.

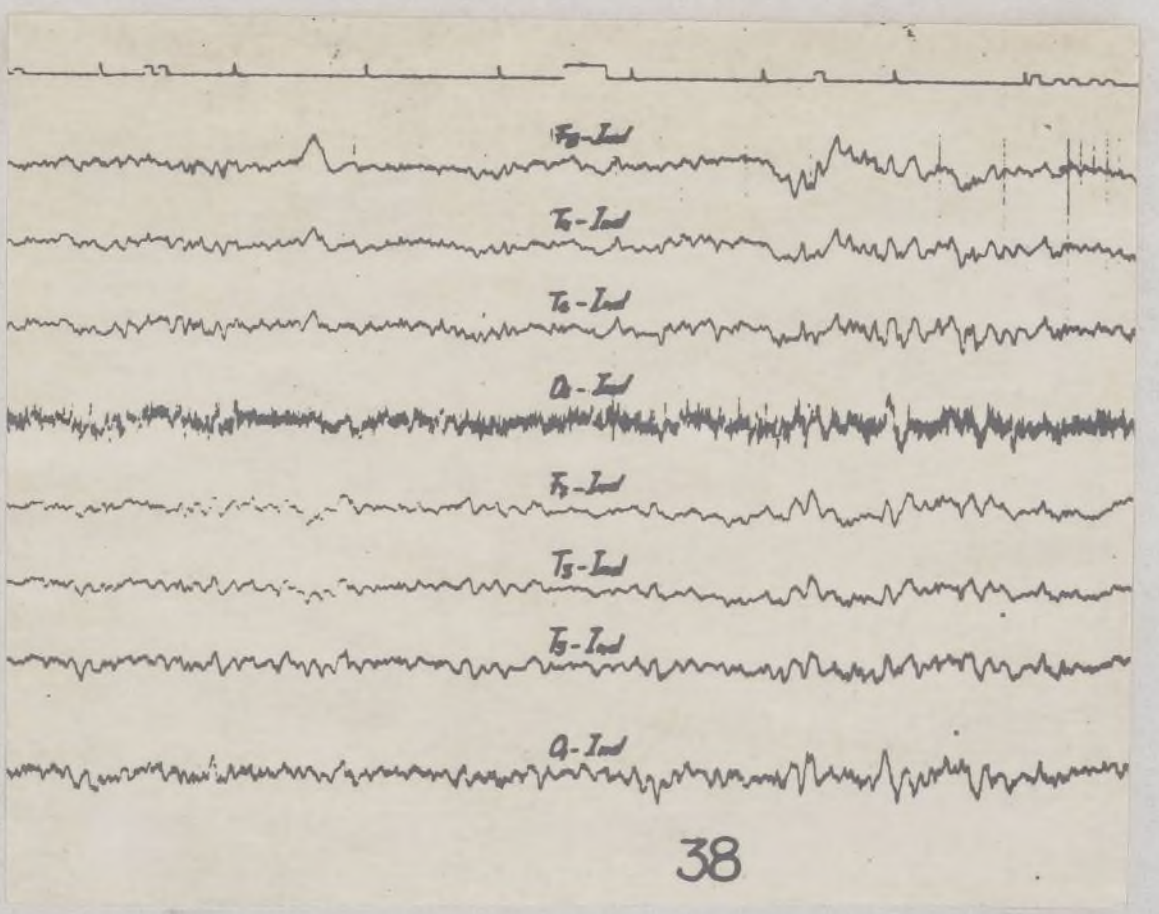
Ayuntamiento de Madrid

La historia siguiente es una pseudo-neurosis ictal. La anamnesis es muy difícil y el trazado EEG indujo a error.

Ha.nº 17.228- Enfermo de 13 años, estudiante, natural de Buenos Aires. El chico nació bien. A los dos años un episodio nocturno en el que tenía vómitos y gran sequedad de boca. Perdía agua que vomitaba una y otra vez. Fue diagnosticado de vómitos acetoanémicos. Hasta los 7 años siguió padeciendo una cierta predisposición a vomitar después de las comidas algo abundantes. A los 6 años varicela y sarampión. A los 9 o 10 años apendicitis. Fue intervenido. Hace tres años y luego hace dos, tuvo dos episodios febriles de corta duración de una semana en los que deliraba y desaparecieron con antibióticos. Desde los 5 o 6 años se quejaba alguna vez de dolores de cabeza al venir del colegio. Le cedían con aspirina. De tiempo en tiempo, cada seis meses o más tenía episodios de cierta duración, menos de una hora un cuarto, etc. los que parecía que le bajaba el nivel de capacidad, como atontado. "Me hubiera pasado tomando cerveza. Nadie me nota nada. Yo estoy normal pero me parece que no me puedo concentrar en las cosas."

El verano pasado empezó a quejarse de malestar general. Dolor en las extremidades y gran sensación de cansancio, como si hubiera realizado un gran esfuerzo físico. Una noche tuvo una gran sudoración y mareo. Se encontraba mal y dijo a sus padres que tenía la sensación de que se iba a morir. El chico tenía una afección faringea. Por esta razón fue diagnosticado de fiebre reumática y le hicieron un tratamiento intensivo con antibióticos y corticoides. Las molestias del chico no cedían, cuando en Enero le operó un especialista haciéndole una amigdalectomía. A raiz de la intervención el chico que había guardado cama todo el otoño empezó a padecer con más frecuencia los episodios en que se sentía por debajo de su capacidad, como rodeado, como algo tomado, con dificultad de concentración. Estos episodios comenzó a tenerlos casi a diario, Le podían dar a cualquier hora, pero quizá con más frecuencia después de comer. Le duraban una o dos horas de modo continuo o intermitente. No perdía la conciencia, no se caía, no tenía ningún otro tipo de trastorno. En un EEG del 1967 le encontraron una actividad bio-eléctrica cerebral deficientemente sincronizada con ritmo en arco asimétrico y brotes de ondas lentas atípicas durante la hiperventilación. Por esto fue tratado luego con anti-epilépticos. Ultimamente el chico que habitualmente es apacible y tranquilo se ha vuelto más contrariado e irritable. Duerme siempre algo agitado. Enuresis hasta los 7 años, no ha perdido el apetito. El chico perdió el padre cuando tenía dos años. El muchacho es despejado e inteligente. El siente como mareos. Dice que de repente esté donde esté nota como un atentamiento y embotamiento, como una baja de nivel de su capacidad que le puede durar un rato, dos horas o más tiempo. Los de fuera no lo suelen notar. El sigue trabajando o haciendo algo, pero con un malestar y una inquietud interna. Ayer, por ejemplo, le dio algo, pero con un malestar y una inquietud interna. Se había despedido de los amigos que habían estado con él en la casa. Nivel de inteligencia superior al término medio.

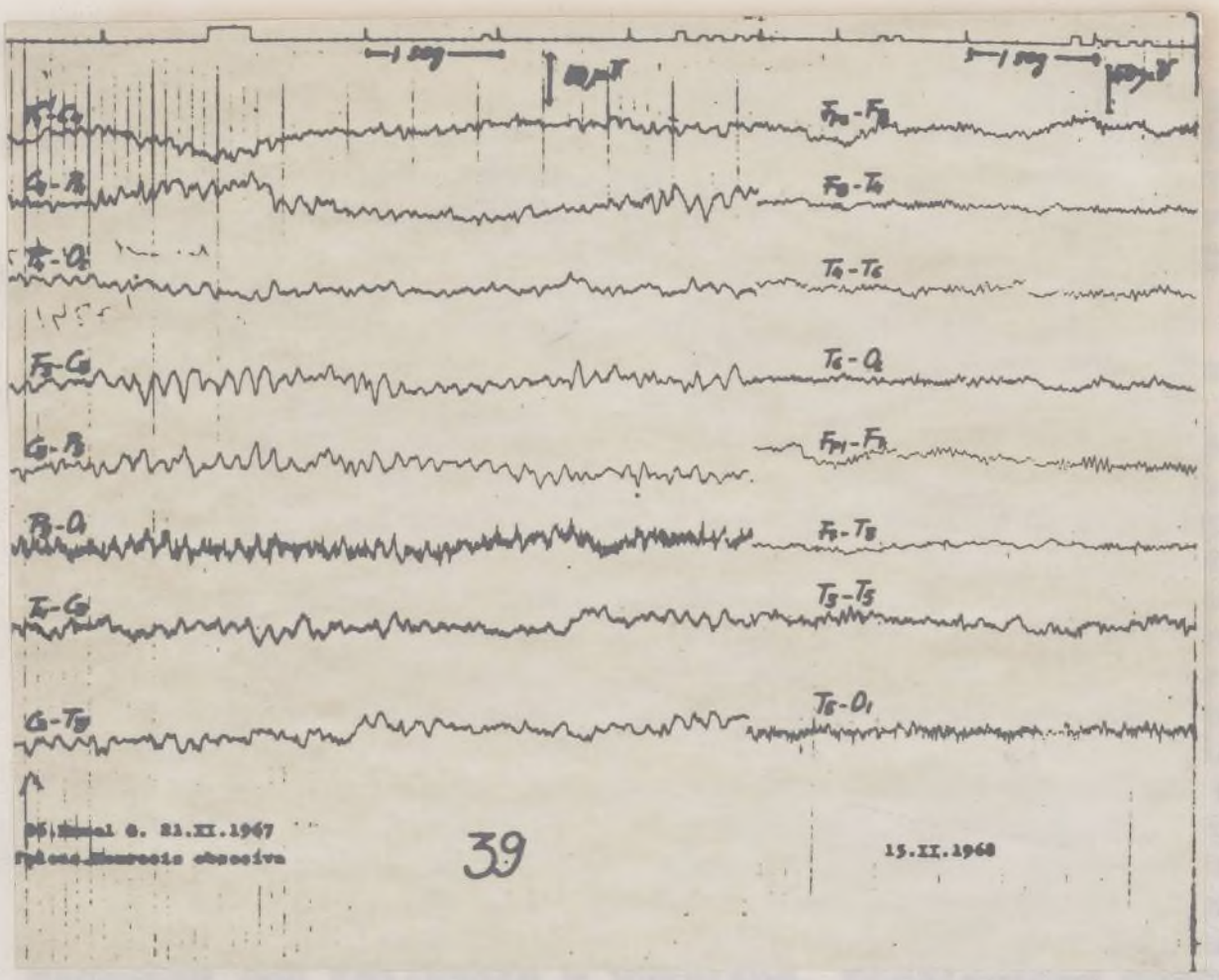
Ayuntamiento de Madrid

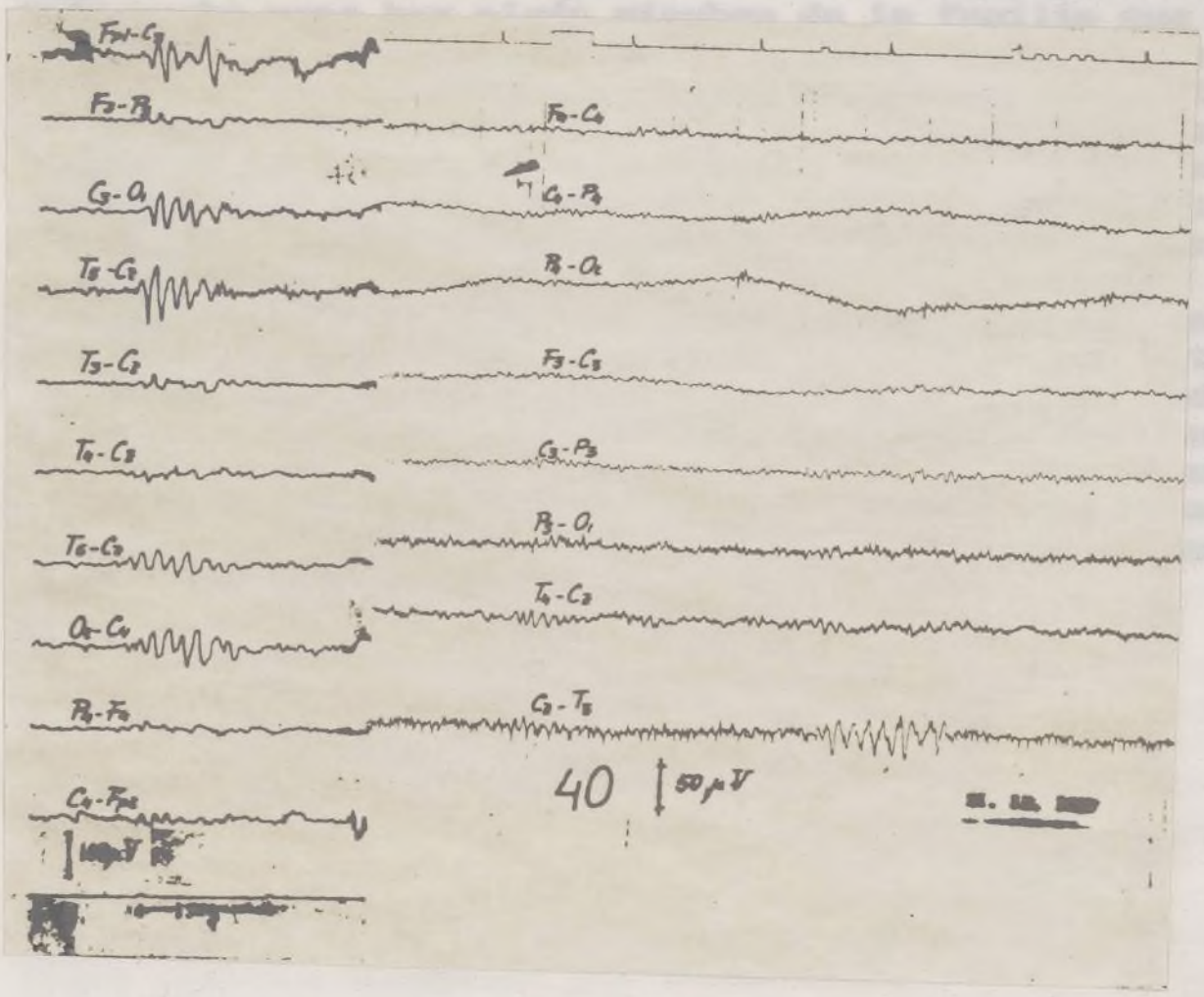


38

En algunos enfermos hemos conseguido seguir la evolución de los trazados a lo largo de los años. No hay que olvidarse que un registro, por prolongado que sea, solamente proporciona información sobre un breve lapso de tiempo y que la actividad eléctrica puede variar mucho de un momento a otro. En los enfermos que hemos seguido no hemos podido establecer una correlación entre la evolución del trastorno depresivo y el electroencefalograma, tampoco hubiera sido esto sencillo desde el punto de vista metodológico ya que si bien durante el primer trazado los enfermos se encuentran sin tomar ningún tratamiento durante los sucesivos no ha sido posible por razones obvias. Sin embargo, en este estudio destaca un hecho de la mayor importancia. Los potenciales patológicos se pueden recoger sobre zonas muy amplias, a veces indicando una disritmia de las llamadas diencefálicas o centroencefálicas, pero otras veces la anomalía es más discreta (menos aparente y menos persistente), y tiende entonces a localizarse sobre el hemisferio izquierdo. La mínima expresión de esto son potenciales theta aislados, pero bien señalados alrededor del polo temporal. Para nosotros la interpretación que debe darse a este hecho es que es expresión de la alteración de los centros diencefálicos a lo que se atribuyen las depresiones a pesar de que la correlación electro-clínica no sea estrecha. A continuación figuran algunos ejemplos:

Ayuntamiento de Madrid

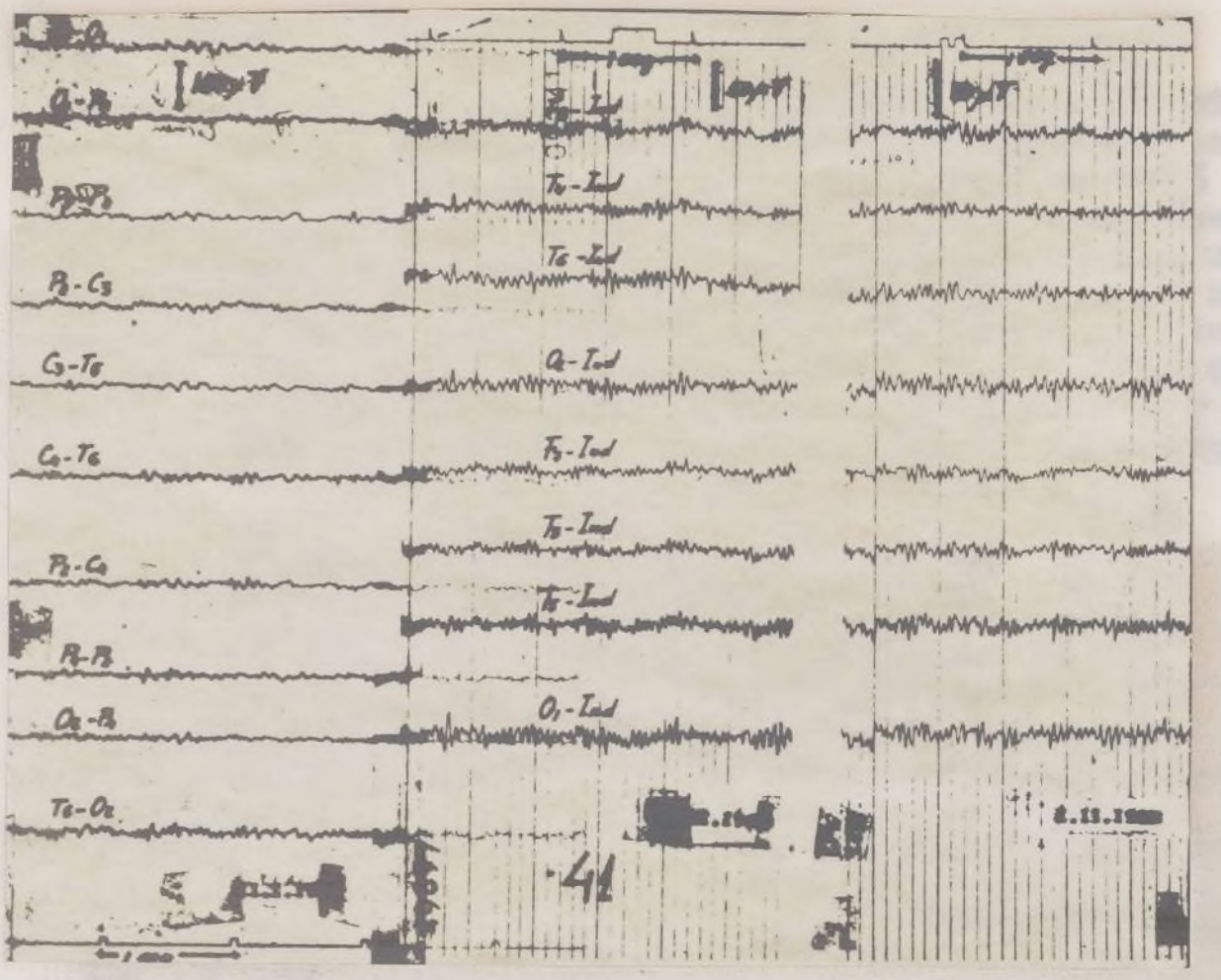




Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 16.697- Enferma de 38 años. Hace un año por la muerte de su madre de cáncer de garganta e intestino se sintió muy afectada. Más tarde sufrió dos intervenciones quirúrgicas en el intervalo de cuatro meses. La primera vez fue un mioma en el ovario derecho. Luego fue una cosa quística dice, de la mama izquierda. Después de esta última intervención comienza a sufrir unos ataque que cada vez son más frecuentes y desde hace un par de meses se siente tan mal que no puede salir de casa pues le dan también en la calle. Nota como unas palpitaciones fuertes en el pecho y ahogo que le sube a la garganta desde el estómago. También tiene unas convulsiones en las que se pone rígida y chilla mucho, pero no se muerde la lengua. No pierde el conocimiento. Algunas veces los ataques le duran hasta diez horas luego tiene intervalos más o menos de tranquilidad. Dice que al principio siente "como si me muriese" y que rompe a gritar y a llorar. No suele sentir nada en las piernas y en los brazos. Tiene un gran cansancio después. Antes de estos ataques tenía épocas de ahogo en las que estaba sobresaltada y dormía mal. Ahora está muy agotada y sufre mucho estando constantemente "como si me fueran a dar los ataques." Vuelve a la consulta en abril siguiente y está algo mejor. Había sido tratada con anterioridad con Epilantin y Mysoline. Escolaridad hasta los 14 años, luego trabaja en un negocio familiar de pulimentación de muebles. Labores de su casa también. Se casó hace 16 años y todo fue bien hasta hace seis años en que tuvo disgustos familiares y celos. Luego cuando murió su madre tuvo disgustos por intereses. Esto le ha afectado mucho pues hay algún miembro de la familia que ni le habla. Una tía materna tuvo "ataques" de niña pero se le pasaron espontaneamente. Ahora la enferma está siguiendo un tratamiento ambulatorio y va mejorando. Realmente cuando se le interroga bien resulta que su enfermedad y sus angustias no empezaron cuando murió su madre, sino un año antes o más de este hecho. Ya tuvo un gran disgusto con su marido que le produjo una sensación especial de hormigueo en el brazo izquierdo, más que como alteraciones de su sensibilidad como si se tratara de una alteración de su esquema corporal. Siempre molestias lado izquierdo. Vuelve a los seis meses extraordinariamente mejorada, pesa 8 kilos más y su estado de ánimo es muy bueno. Ha desaparecido la sobrecarga histérica. Esta con altibajos todavía unos meses más hasta que con el tratamiento ambulante remite.

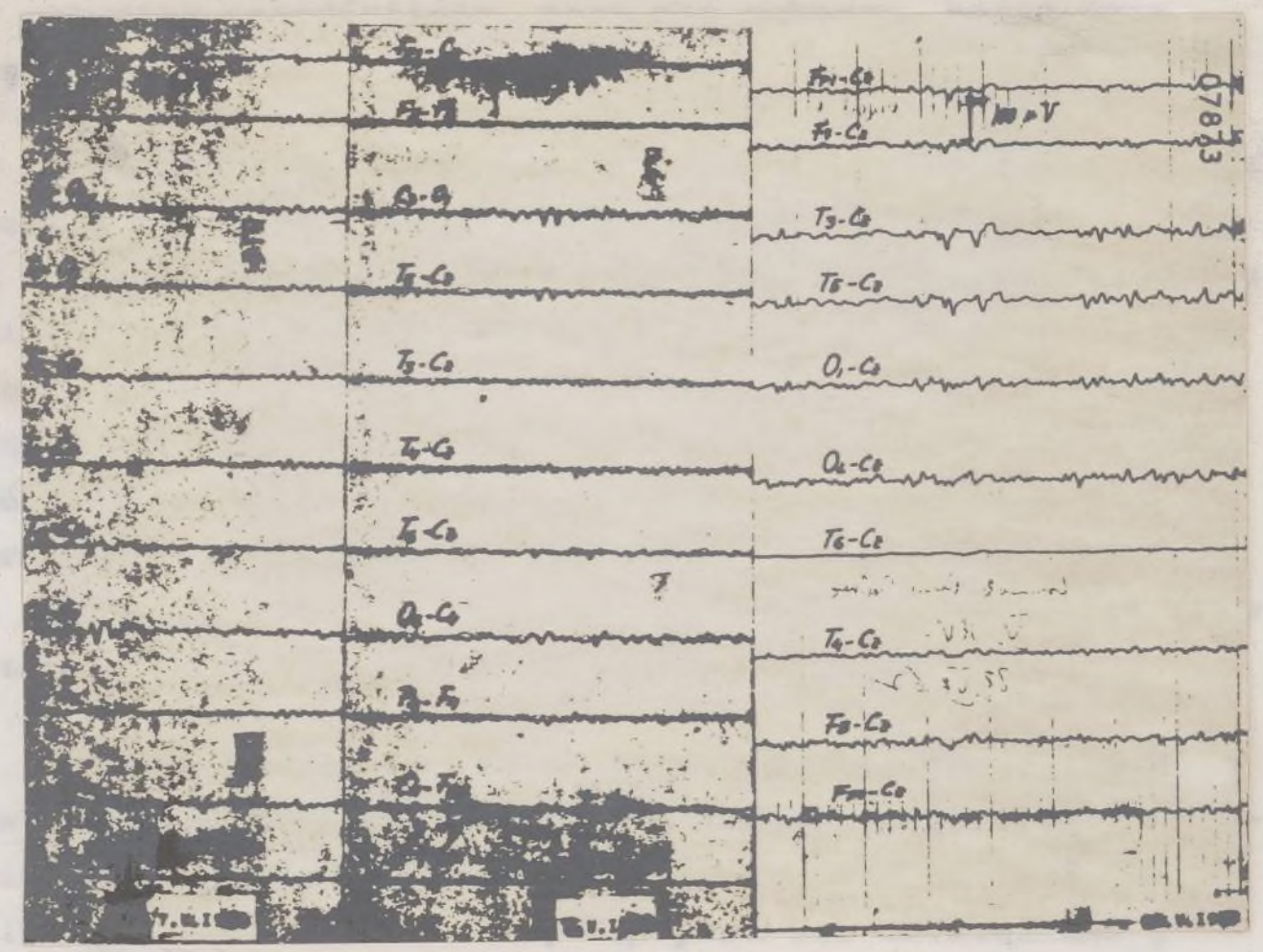
Ayuntamiento de Madrid



Ha.nº 14.897- Enferma de 45 años. Desde hace cuatro años siente ansiedad y como un vacío y disgusto de vivir. Anteriormente lo tenía cuando sufría alguna contrariedad. Ahora es espontáneo. Poco a poco esta sensación se ha ido acentuando y es mucho más frecuente desde hace dos años practicamente los síntomas son continuos. Su caracter se ha transformado. Antes era luchadora, ahora es apocada, se cree inferior y es incapaz de discutir ni convencer. Triste y pesimista, con ganas de llorar. Lo más molesto de los últimos tiempos es la ansiedad. Dentro del cuadro hay días en los que se siente algo mejor, pero son los menos y vuelve luego a rememorar los trastornos y los disgustos que ha sufrido. A los 21 años murió su padre. Ella se casó dos años más tarde. Poco después su madre se fue a vivir con un hombre que había conocido por entonces. El escándalo que ocasionó en el pueblo le dolió muchísimo y fue una gran preocupación para ella. Le importa mucho el que dirán y tiende a interpretar como desprecios cosas que hace la gente, precisamente a causa de la conducta de su madre. Reconoce que exagera a causa de sus nervios. Tiene también disgustos por causa del marido. Recién casada tuvo dos pleitos con la familia por cuestión de intereses. Su familia tiene un negocio y ella otro y por eso han discutido a menudo. La madre ha estado ingresada dos años en un sanatorio psiquiátrico por orden judicial. Por lo que la enferma cuenta, se vio envuelta en un pleito y

Ayuntamiento de Madrid

reaccionó de un modo paranoide, enviando escritos sin parar al juez. El hermano de la enferma emigró al Brasil después de una vida desordenada. La enferma se casó a los 23 años. Equimosis en ambas piernas. Vuelve a la consulta tres años más tarde, (23-V-67). Después de mejorar mucho con el tratamiento vuelve con una gran angustia de fondo y grandes sentimientos de culpabilidad. Muy disgustada además porque todo este tiempo había estado muy bien. Un día sin causa aparente le empezó un dolor de cabeza muy fuerte que tal y como ella lo describe es tipicamente timopático.



Ayuntamiento de Madrid

IX FACTORES GENETICOS. ESTUDIOS FAMILIARES

En nuestro material de enfermos se observan algunos hechos que contribuyen a apoyar los argumentos de nuestra tesis. Este capítulo no pretende ser un estudio genético ya que falta el material suficiente y la uniformidad para poder hacer estudios estadísticos, pero sin embargo, basta para nuestra intención.

Los trabajos habituales en este terreno se refieren a las formas más graves de psicosis maniaco-depresiva ya que están realizados en enfermos internados o vistos en consultas psiquiátricas, y dejan de lado los casos leves que acuden al médico general. También se les escapan aquellas depresiones que tienen una sintomatología neurótica en las que se supone una génesis psicodinámica y aquellas en las que cursan bajo la forma de equivalentes psicosomáticos. Es decir, dejan fuera las formas atípicas, inaperceptas, a las que se refiere esta tesis.

SLATER piensa que en la psicosis maniaco-depresiva existe un gen único, de herencia dominante, pero de una penetrancia variable. Las cifras de concordancia son del 70% para los gemelos univitelinos, 20% para los bivitelinos y 14% para los hermanos y padres. Para explicar el porqué la concordancia en los primeros no alcanza el 100%, o el porqué de los segundos supera aunque poco al 14% de los hermanos no gemelos, se dice, incluso entre los propios genéticos (vease E. RUDIN) que los factores psicosociales son importantes en la aparición de la enfermedad, ya que sino los gemelos univitelinos tendrían una concordancia del 100% y los bivitelinos una del 14% igual que el resto de los hermanos. Ese incremento del 6% se debería, según dicen los que así piensan, a que el medio en el que crecen los gemelos es más uniforme que el de los demás hermanos.

Sin embargo, ya hemos dicho que estas estadísticas dejan de lado un número muy elevado de enfermos en los que el trastorno melancólico se manifiesta de otra manera.

Ayuntamiento de Madrid

FONSECA, como consecuencia de sus precisos estudios genéticos en gemelos de los cuales uno había padecido una depresión, llegó a la noción de equivalentes afectivos ya que encontró en ellos y en sus familiares una elevada proporción de trastornos psicosomáticos y timopáticos de evolución cíclica, alternantes o coincidentes con las fases depresivas. Los trastornos que encontró en los familiares de ciclotímicos (incluyendo los probandos, los gemelos y otros parientes) fueron:

a) Crisis reumatorideas neurálgicas o de lumbago que aparecen periódicamente en el 5'5% de los probandos, hermanos y padres.

b) Crisis asmatiformes periódicas en el 3%.

c) Crisis semejantes a la de úlcera péptica con síntomas gástricos importantes, con mejorías y recaídas en el 3'5%.

d) Crisis de eczema, eritema, psoriasis, neurodermatitis, dermatosis de tipo recurrente en el 3% de los casos.

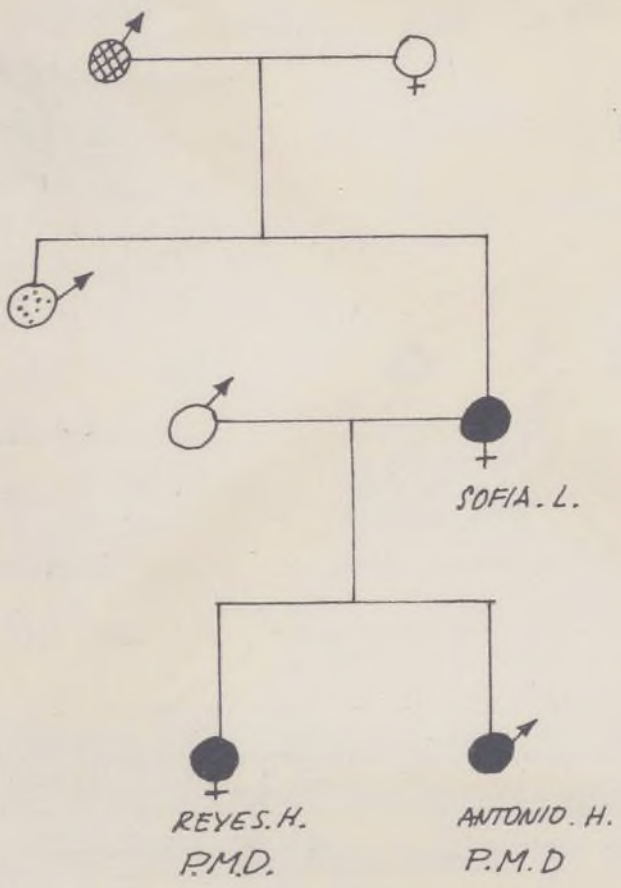
La conclusión de FONSECA es que estos trastornos tienen una unidad genética que no es otra que su equivalencia con los trastornos afectivos habitualmente reconocidos -se hereda la disposición pero no el tipo de equivalente. Tenemos pues que suponer que en la génesis de ésta intervienen otros factores.

Recientemente ANGST, y luego otros, han intentado demostrar que desde el punto de vista genético se pueden distinguir la psicosis maniaco-depresiva de las formas en las que solamente aparecen depresiones (formas monopolares). En España Alonso FERNANDEZ también se inclina a favor de esta distinción. Estos trabajos tienen una gran solidez, y es probable que se confirmen en el futuro. (Nuestra experiencia personal sobre este aspecto, que además se sale de los límites de esta tesis, no nos permite aun una toma de postura.) Desde el punto de vista sintomatológico no se distinguen ambos tipos de enfermedades, y según nuestra experiencia los equivalentes pueden aparecer tanto en uno como en otro tipo.

Como ejemplo de una forma en la que los equivalentes depresivos se engarzan en una evolución maniaco-depresiva, en una familia con antecedentes claros, está la enferma de la Ha.nº 8.244.

Ayuntamiento de Madrid

FIGURA 1



OSCILACIONES CICLICAS DEL HUMOR
(ABUNDAN EN TODA SU FAMILIA)

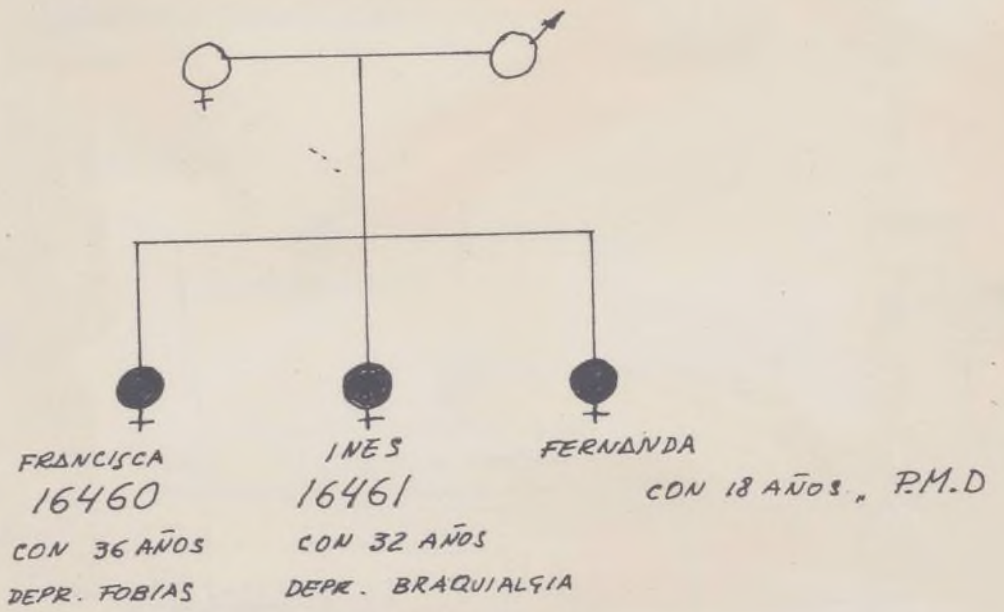
Lo mismo sucede en la familia de la siguiente enferma:

Francisca V., 40 años, casada, Málaga, hermana de Ines V. Consulta en 1966. Hace 4 años comenzaron las fobias en torno a que un perro había manchado con barro una alfombra. Desde entonces, miedo a contagiarse, malhumorada, triste y deprimida. Ha estado con oscilaciones de temporadas bien y temporadas peor. Siempre con unas molestias físicas: dolores de cabeza como si tuviera una tontura, sensación de peso en la cabeza, adormilamsinto de los ojos, opresión en el pecho, palpitaciones, cansancio, decaimiento, molestia de estómago, inapetencia, "las comidas no me pasan de aquí" y se señala a la garganta. Tiene frecuentes mareos. Parece que las cosas se le dan vueltas y se va a caer. Entonces se pone nerviosa, siente que le falta el aires para respirar, ansiedad en el estómago, nauseas. A veces ha tenido una gran angustia y temor o sentimiento de muerte eminente. Tiene miedo a volverse loca.

Ultimamente el cuadro ha cambiado. Ya no es tan fóbico sino es un cuadro mucho más deprimido con inhibición. La fobia por la rabia le ha desaparecido. Lo que está es en un estado de indiferencia y falta de interés por las cosas.

Ayuntamiento de Madrid

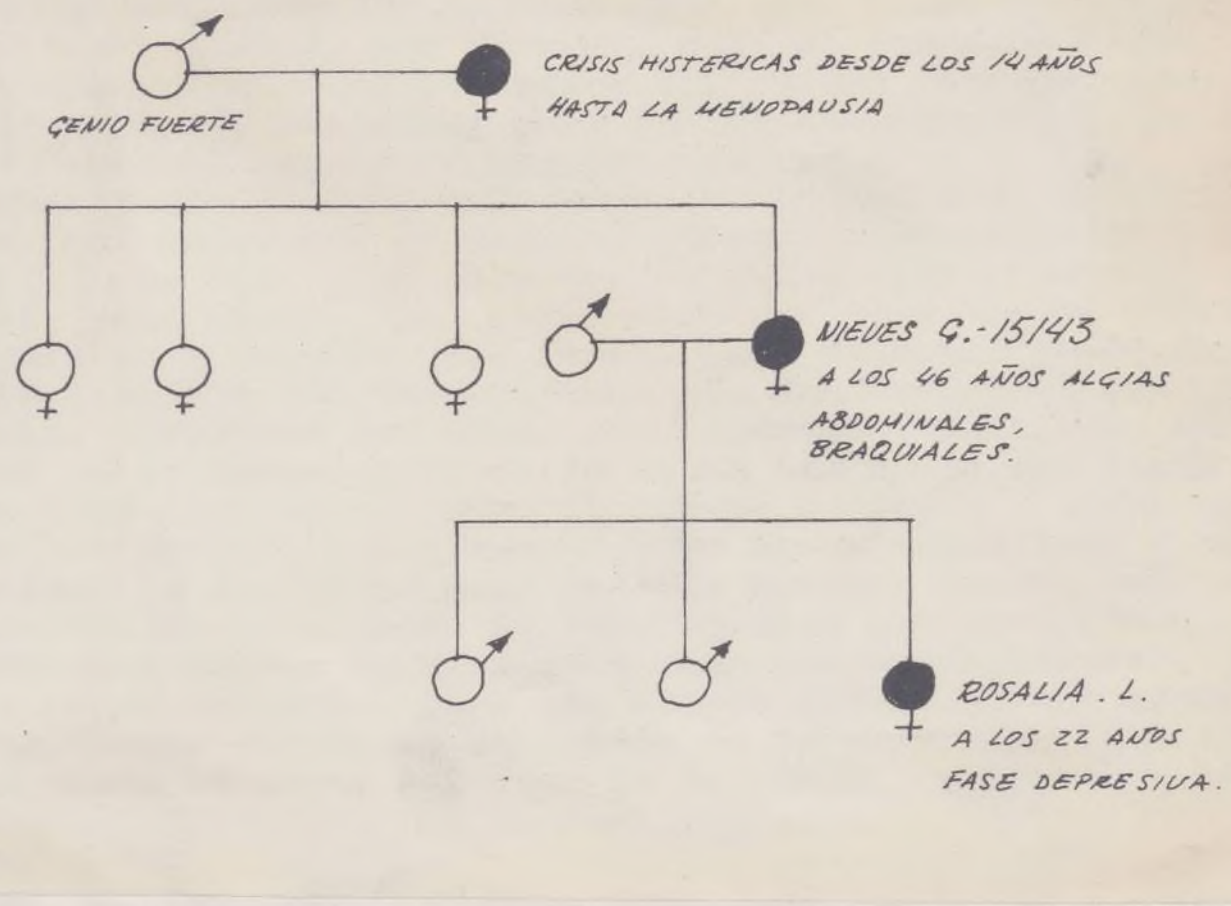
FIGURA 2



El hecho fundamental que se deduce de nuestro material es que si bien se hereda la predisposición a padecer la enfermedad, los síntomas varían mucho de unos individuos a otros, apareciendo en los familiares de un modo caprichoso.

Cuando se siguen varias generaciones aparece claro. No se puede descartar la influencia de factores culturales o transculturales. La sucesión en tres generaciones de histeria--> equivalentes--> depresión, se observa algunas veces.

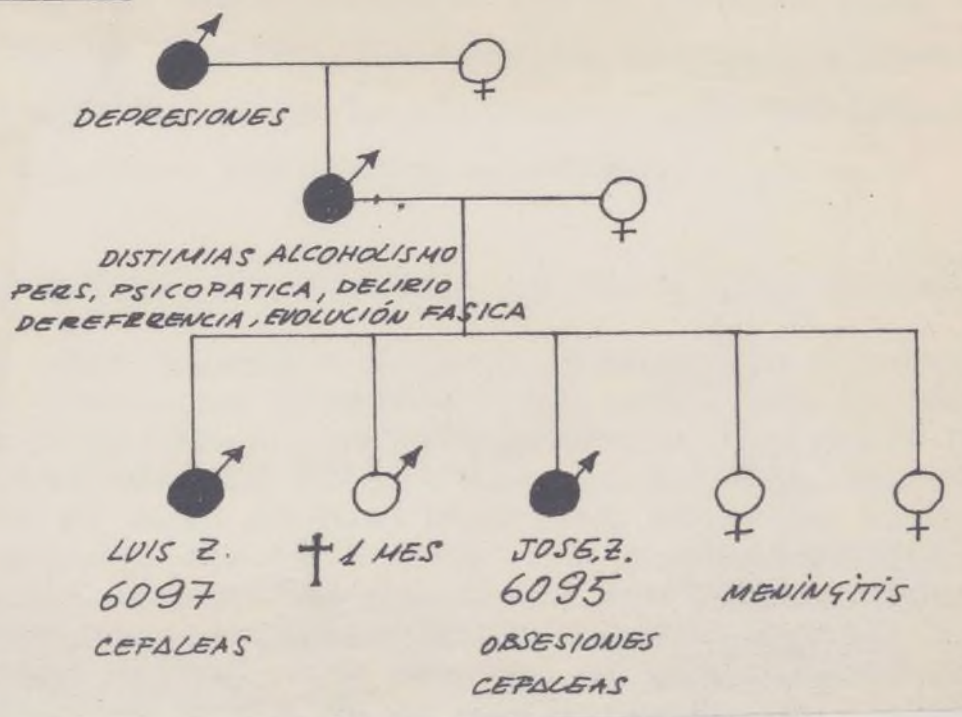
FIGURA 3



Ayuntamiento de Madrid

De la variación de los síndromes en tres generaciones da idea la siguiente familia:

FIGURA 4



Ha.nº 6.097- Enfermo de 18 años, estudiante, Linares.

Antecedentes personales: parto normal, lactancia materna, desarrollo normal. Tuvo durante la guerra como un amago de meningitis. La madre lo cree de carácter taciturno, muy estudioso. En la actualidad no puede asimilar las lecciones de estudio. La enfermedad actual consiste en lo siguiente: La madre lo encuentra raro desde hace tiempo, no tiene ilusión por la vida, como si fuera un viejo. Lleva todo este curso con mucha dificultad para estudiar, ayer por ejemplo, la madre, para que se distrajese, le dijo que se fuera al cine y al regresar se metió en la cama, sin cenar y sin decirle nada a nadie. La madre lo encontró de muy mal humor por la mañana. Cuando se presentó en la habitación de ella y le dijo que se iba a volver loco si seguía así, pues siente como alucinaciones. Dice que ve personajes extraños y ve otros más familiares. Dice que son cosas que sin llegar a ser terroríficas son desagradable; que no puede coordinar las ideas para estudiar. Nota como un calor en la cabeza y si se le tocan las manos las tiene frías. De esto hace cinco días. Se siente nervioso. Le dan ganas de dar patadas a los muebles; no puede aguantarse a sí mismo. Se encuentra peor por las noches. Duerme mal, son pesadillas rarísimas. El enfermo dice que nota como desde hace una semana ve visiones; unas imágenes borrosas, como si fuera en sueño. Dice que aveces habla consigo mismo y y entonces cuando se da cuenta se le pasa. Dice que le duele mucho la parte inferior de la cabeza, sobre todo al

Ayuntamiento de Madrid

agacharse. No puede estudiar porque no se le fijan las ideas; porque se le interponen otras ideas y no puede quitárselas de encima, aunque haga mucho esfuerzo. Los fenómenos que cuenta son una especie de "reverie."

Estos datos son importantes a veces para el diagnóstico sobre todo en casos límites. La enferma siguiente padece una neuromielitis óptica, pero la sintomatología subjetiva se debe en parte al síndrome depresivo asociado.

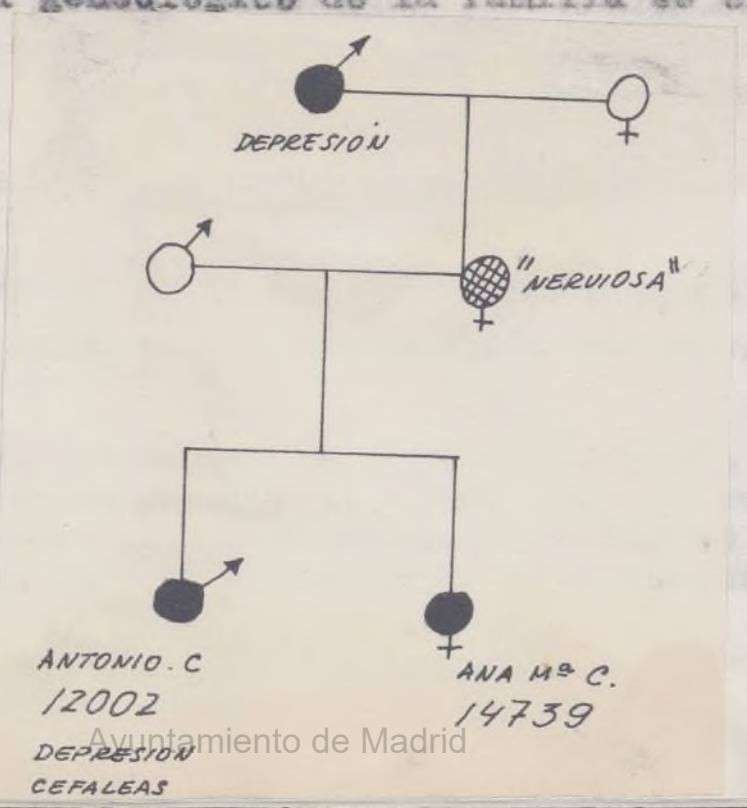
Ha.nº 14.739- Enferma de 17 años, soltera, estudiante, Madrid.

Hace tres años empezó a padecer dolores de cabeza y pérdida de la vista. La llevaron a un oculista. No mejoró con el tratamiento que le indicó. Entonces fue vista por varios oculistas más. Le diagnosticaron atrofia del nervio óptico. Además de esto le hicieron toda clase de exploraciones y mejoró con las vitaminas. Año y medio después tuvo una recaída. Empezó de nuevo con las mismas molestias. Le hicieron una neumoencefalografía que era normal. A los últimos de Enero empezó otra vez con el mismo dolor de cabeza y pérdida de vista en el ojo derecho.

Ella es muy nerviosa. La traen por si lo suyo fuera algo nervioso. Cree que empezó su nerviosismo antes y después comenzó su dolor de cabeza en la nuca y en la frente como pinchazos, como un calambre en la nuca. Siente inquietud, mareada, con temblor, como si le bailara el vientre. Tristona, apagada, más pesimista, con ganas de llorar. Duerme regular, se despierta pronto. Visión borrosa del ojo derecho. No tiene problemas familiares o amorosos. Enfermedades de la infancia, menarquia a los 12 años, ahora es normal. La chica dice que su madre y toda su familia son muy nerviosos. Ella empezó con este dolor de cabeza y ahora se le reproduce el cuadro como el de las dos fases anteriores. Esta es su tercera fase. Impresión de angustia indefinida aunque ella lo que cuenta es el dolor. Varios médicos que le han visto le han diagnosticado de una neuritis óptica.

Catamnesis: a los tres meses el cuadro depresivo había desaparecido, no así la dificultad de visión que era debida a la neuritis retrobulbar.

El arbol genealógico de la familia es el siguiente:



Ayuntamiento de Madrid

El hermano de la enferma nº 12.002 (vease en las lumbociáticas) tuvo varias fases depresivas ansiosas y finalmente a los 38 años un cuadro en el que predominaban las fobias y las algias.

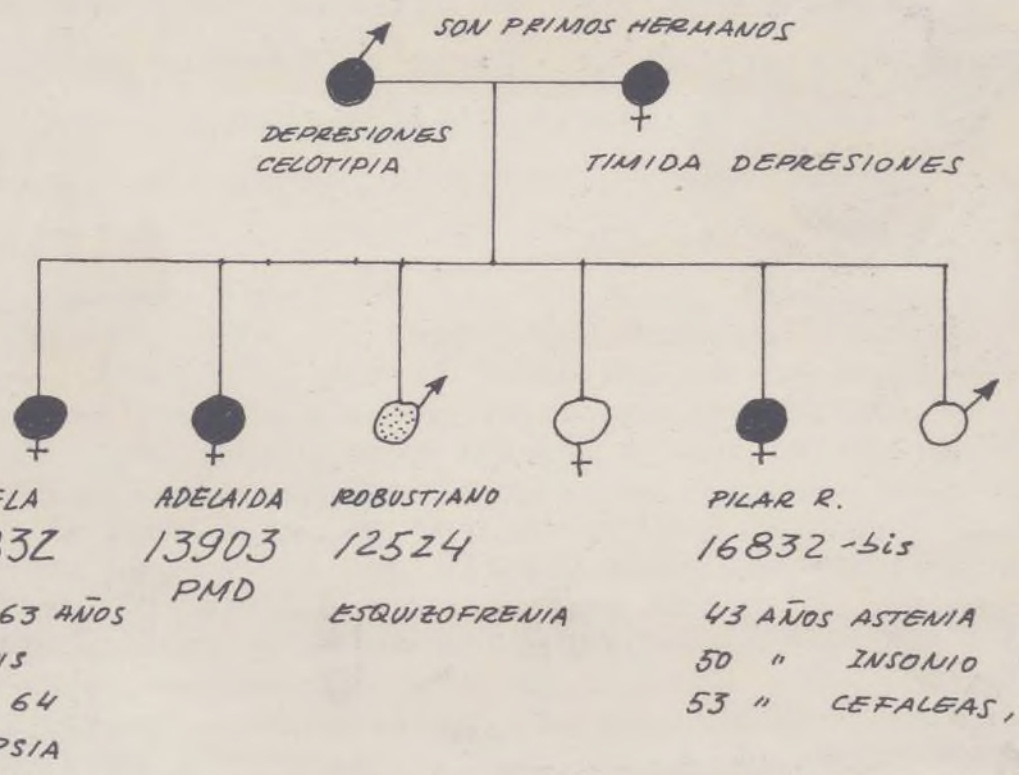
Ha.nº 11.034- Enferma de 55 años, soltera, Francia, hermana de la enferma de la Ha.nº 11.359. Consulta en 1963.

Hace tres meses murió su madre. 15 días después comenzó a tener unas crisis de angustia, unas veces de presentación nocturna que se despertaba sobresaltada, con una fuerte sensación de ahogo y otras veces tenía varias crisis durante el día pero no eran tan bruscas. Todo esto se acompaña de un estado depresivo. Se encuentra triste, sin ilusión por nada. Hace 14 años con motivo de la muerte de su padre tuvo algo parecido a la fase actual. De siempre ha sido una mujer angustiada. Ahora la muerte de la madre le ha desencadenado esta crisis. Mejoró enseguida.

Catamnesis: tres años y cinco años más tarde tuvo unas nuevas fases.

La siguiente familia está muy cargada de enfermos:

FIGURA 6



En la evolución de la esquizofrenia del hermano (Robustiano R.) aparecieron síntomas depresivos:

Ha.nº 12.524- Robustiano R., 52 años. Acude a la consulta en 1960 con un negativismo, sobre todo en su casa, no quiere comer. Es por una cosa superior a él, es una cosa que se le impide. Siente sensaciones de despersonalización.

Ayuntamiento de Madrid

Cree que podría caminar pero no lo hace, le cuesta trabajo; existe algo que le impide moverse. Es una paralización de su inteligencia, dice. Oye voces que le dicen "párate en tal sitio, muévete, anda."

Los familiares dan los siguientes datos: Desde hace 20 años le dio por aislarse sin afectividad y cada vez se encuentra más insensible. Hacía cosas raras, le daba por permanecer solo por horas y horas y cosas por el estilo. Le dio por hablar poco. Antes era un hombre muy afectivo y cariñoso. Ahora es todo lo contrario; muy descuidado en su arreglo personal, nada le interesa. Ha sido tratado varias veces (con Cardiazol e Insulina). Ha tenido épocas en las que ha estado un poco mejor. El padre murió a los 60 años internado en un establecimiento psiquiátrico. Tenía una celotipia hacia su esposa. La madre es una tímida, bondadosa y exagerada, prima hermana de su marido. La familia por parte de la madre todos desquiciados y muy impresionables; un miedo exagerado en todos. Delgado. Aun conserva cierta vivacidad.

Catamnesis: cuatro años más tarde está extraordinariamente mejorado hasta el punto de que no se nota ningún síntoma de actividad. El lo que hace es una vida muy regular. Da cuatro vueltas por el pueblo al día. Algunas veces se queja de una molestia, como acorchamiento en la cabeza o en el bajo vientre; molestias de carácter timopático y sin ninguna explicación. Cuatro años más tarde estuvo una temporada un poco deprimido.

La siguiente familia es muy interesante. Emilio I. (Ha.nº 10.969) padeció de algias farfugeas (vease su historia en el capítulo correspondiente) y depresiones. Su padre tuvo depresiones. Sus hijos también fueron enfermos.

Ha.nº 16.996- Norberto I., 25 años, ingeniero, Lisboa. Consulta en 1967. El padre del enfermo está en tratamiento en esta consulta, por lo cual ha traído a su hijo, al que no encuentran bien desde hace una temporada.

Dice que desde hace un año o más, tiene oscilaciones de su ánimo. Le encuentra más preocupado. Su padre cree que esta preocupación se debe a dos factores principales: a) a que padece de una úlcera duodenal de tipo nervioso y que no se puede operar porque recidiva. Se queja de no ponerse normal y de no poder hacer lo que él quisiera, progresar, hacer cada vez más cosas, etc. b) preocupación sobre el servicio militar. En Mayo debe hacer el servicio militar. Es alrededor de tres años ahora en Portugal. Por su condición de ingeniero mecánico, la hace como oficial. Primero un año de adiestramiento en Portugal y quizás después dos años en Africa. La preocupación de tener que hacer el Servicio Militar con esta úlcera nerviosa que no se puede operar es lo que le hace estar así. Por otro lado, el temor a dejar a sus hijos una viuda; el deseo de continuar trabajando en la central técnica que está a 30 kilómetros de Lisboa, etc. c) Debe la tercera dificultad al juicio de los padres. Ni el enfermo ni su esposa habían de ella en la consulta ni se dan por aludidos. El suegro del enfermo no quería que se casaran tan jóvenes.

Ayuntamiento de Madrid

Ella es voluntariosa y orgullosa y se casó. Desde entonces el padre de la mujer no habla con ella; no fue a la boda ni al bautizo de los chácos. El padre de su mujer es un industrial que tiene un puesto muy importante para el enfermo. Al juicio de los padres del enfermo, es la mujer que lo tiene dominado; si lo dejase a su padre se arreglarían las cosas.

Según el propio enfermo, el enfermo hace seis años, en primavera tuvo dolores fuertes en el epigastrio, ardores, necesidad de comer a las dos horas de las comidas. Estuvo así 15 días al cabo de los cuales fue al médico. Le hizo una exploración radioscópica y fue diagnosticado de úlcera duodenal y un tratamiento con calmantes y un régimen alimenticio. Estuvo con este tratamiento durante un año y después lo dejó, encontrándose bien, siguiendo sin ninguna molestia auqnue cuidándose un poco de su régimen de alimentación durante todos estos años. En Enero del 1966 después de estar bien sin ninguna molestia durante tres años, una noche se siente mal. Siente una molestia en el abdomen, sensación de estar mal, una sensación de opresión precordial que ha tenido luego alguna vez posteriormente. Desde ese día nunca se ha sentido bien. Se queja de hinchazón después de comer. En algunas ocasiones dolor precordial y sensación de ahogo. En un electrocardiograma le dijeron que tenía muchos gases en el estómago que le hacían presión sobre el corazón. Fatigabilidad; si lleva andando una hora siente dolor en la cabeza, la región parieto-temporal; cansancio, dolor en las piernas. "Tengo que sentarme, una media hora después puedo continuar." Por el tipo de trabajo que tiene el enfermo ha de estar muchas horas de pie. Apatía; "Me da mucho gusto estar sentado. Yo antes no era así." Ha perdido entusiasmo por las cosas, pocas ganas de hacer las cosas, sin ánimo. "Nunca estoy muy alegre." Tiene mucha dificultad para centrarse. Se encuentra más decaido por las mañanas, mejor por las tardes, gran inquietud. Ha perdido apetito y seis kilos en los últimos dos meses. Molestias difusas en el abdomen. Ha estado siempre peor en primavera. Ha sido diagnosticado de distonía neuro-vegetativa. Ha sido tratado con diversos sedantes y alcalinos.

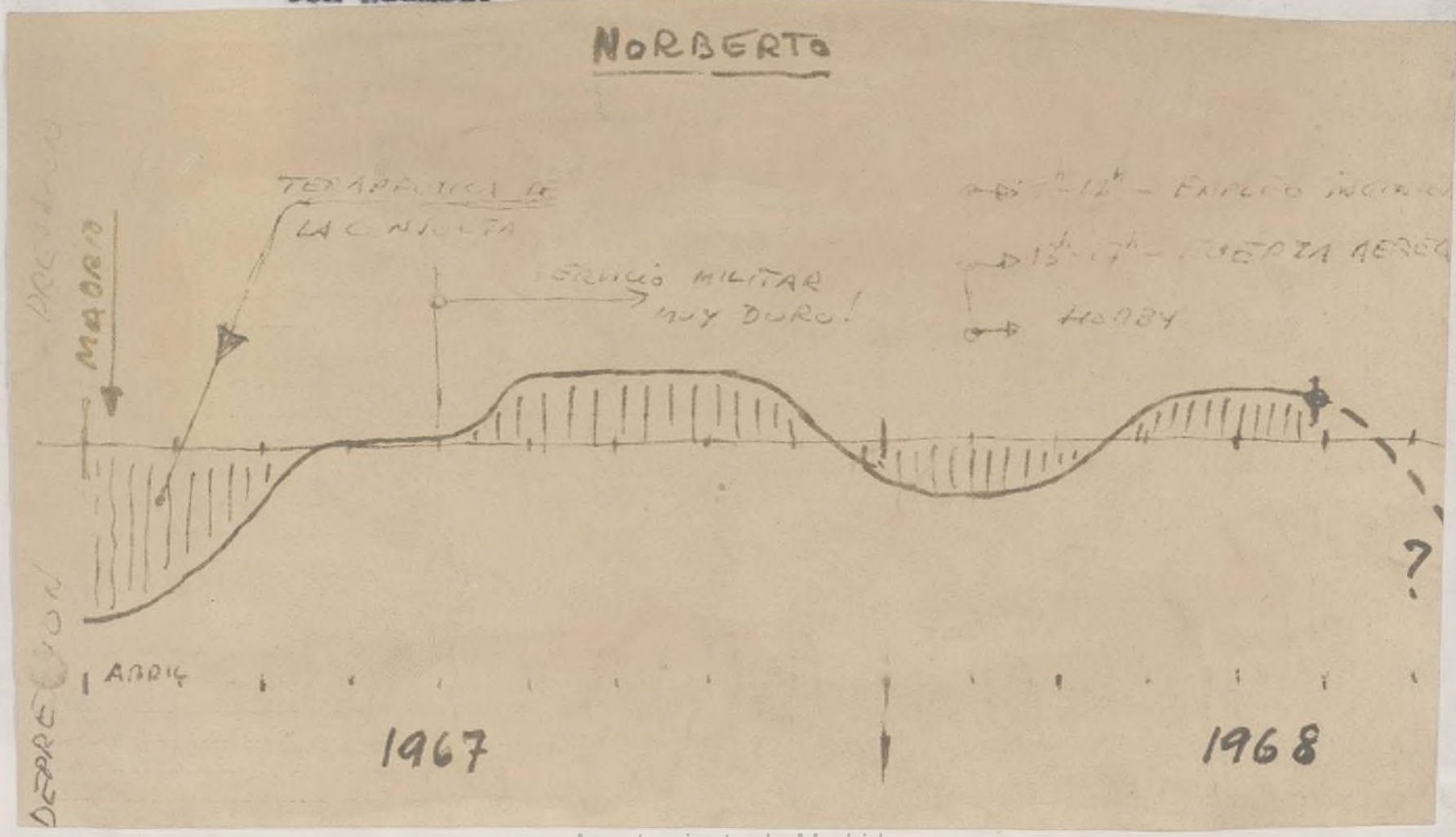
Los dolores que tiene, realmente, no son ulcerosos, no corresponden ni tienen ninguna relación con la comida, incluso cuando tiene alguna molestia come y no jsólo el dolor no le pasa, sino que la molestia sigue. Tiene una sensación vaga y difusa que es por toda la región epigástrica y que se extiende hacia el hipocondrio izquierdo, pero tampoco al contacto confirma la presencia de este dolor que él dice, más localizado en el hipocondrio izquierdo. Ahora las molestias son más vagas. El pensamiento que le atormenta es el de su cansancio cuando anda, al cabo de unas horas. Entonces le entra un tremendo dolor de cabeza y no puede seguir. Pero, por otra parte, en su oficina de ingeniero no se está quieto sino que da continuos paseos por el taller. Sensación de opresión precordial y otra serie de sensaciones timopáticas. El cansancio es mucho mayor por las mañanas que por la tarde y además lo acompaña un tono de tristeza y de frustración. Las medicaciones que le han dado para su úlcera, en realidad no le han ayudado nada. El problema del servicio militar lo puede arreglar porque solo los tres primeros meses tiene

Ayuntamiento de Madrid

que hacer ejercicios físicos en preparación. Pero después como tal ingeniero tiene 9 probabilidades contra una de quedarse en Lisboa y no de tener necesidad de ir a Angola. Y aun en el caso de tener que ir, estaría allí en la ciudad acompañado por su mujer. Se casó muy joven para asegurar la independencia con respecto a su padre. Su padre era entonces un hombre muy dominante que quería imponerle sus opiniones. Después su padre ha cambiado y ahora es él el que se está pareciendo cada vez más a él. En su trabajo dice estar contento aunque su padre sospecha que podría estar mucho mejor colocado si el suegro quisiera.

Tiene una ligera tartamudez de siempre, pero apenas se le nota; solo al final de la conversación ésta aparece. La exploración es absolutamente negativa. Las radiografías que trae no son nada concluyentes en el punto con la existencia de la úlcera. Los médicos mismos le han dicho que no es absolutamente seguro, aunque las radiografías dicen que existe una región ulcerosa en la base del bulbo, siendo menos marcado el aspecto edematoso que el ulceroso. Hiperquinesia gástrica con evacuación en cascada. Esto fue en el año 1962 y 63. En el año 1963 dicen distensión intensiva franca de colon con deformación en cascada y desviación de la región lateral gástrica. Las ondas peristáticas son simétricas y regulares, no habiendo deformación del fornix.

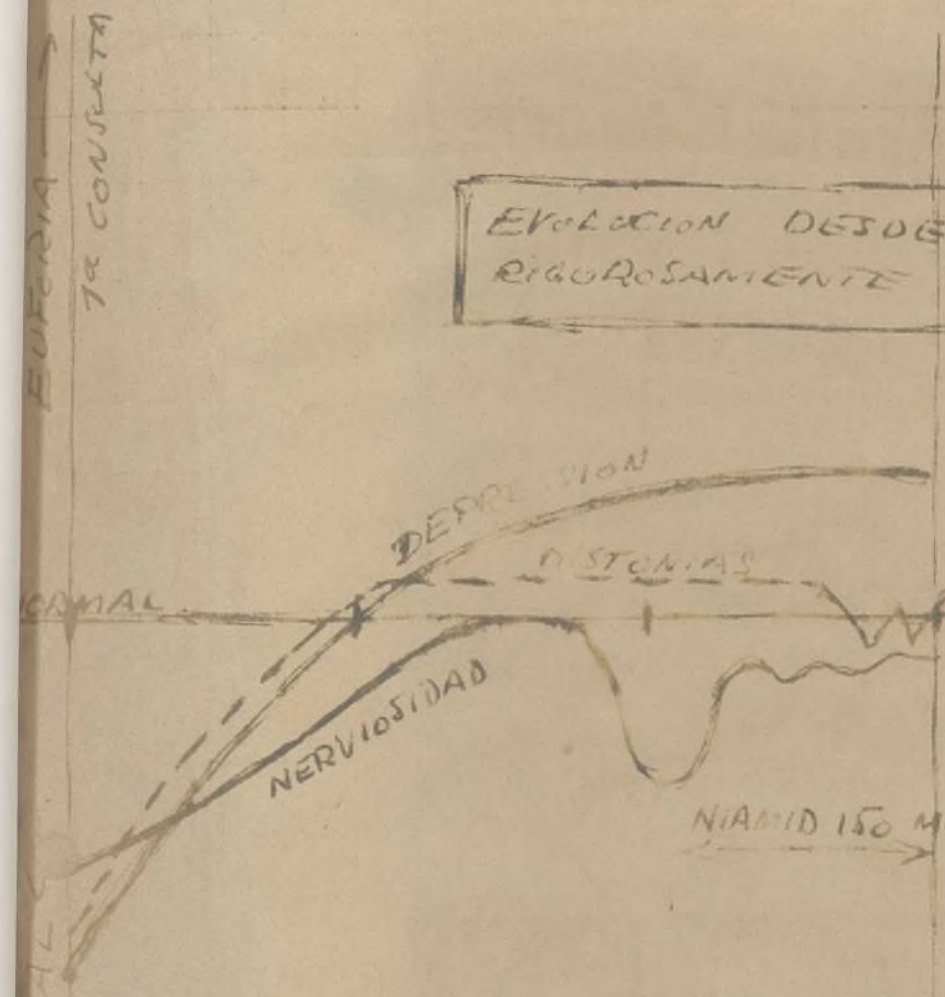
Tres meses más tarde está sorprendido de lo bien que se encuentra. No tiene ninguna molestia. Realmente ha mejorado tanto que se encuentra practicamente normal. El problema es de si puede hacer este entrenamiento militar que le corresponde aunque es muy duro. Lo único que a él le preocupa es que de siempre, cuando ha ido por sitios elevados, por ejemplo, el alero de un tejado o algo así si no se sujeta con algo tiene una ligera sensación de vértigo, pero realmente, estos vértigos son normales. Su estado físico es excelente. No se queja de ninguna molestia gástrica. Vease el gráfico que trae. La última exploración radiográfica citada es del año 1963. Fue tratado con Niamid.



Ayuntamiento de Madrid

NORBERTO G. I. P.

EVOLUCION DESDE EL INICIO DE LA TERAPEUTICA RIGUROSAMENTE SEGUIDA EXCEPTO DOSIS "NIAMID"



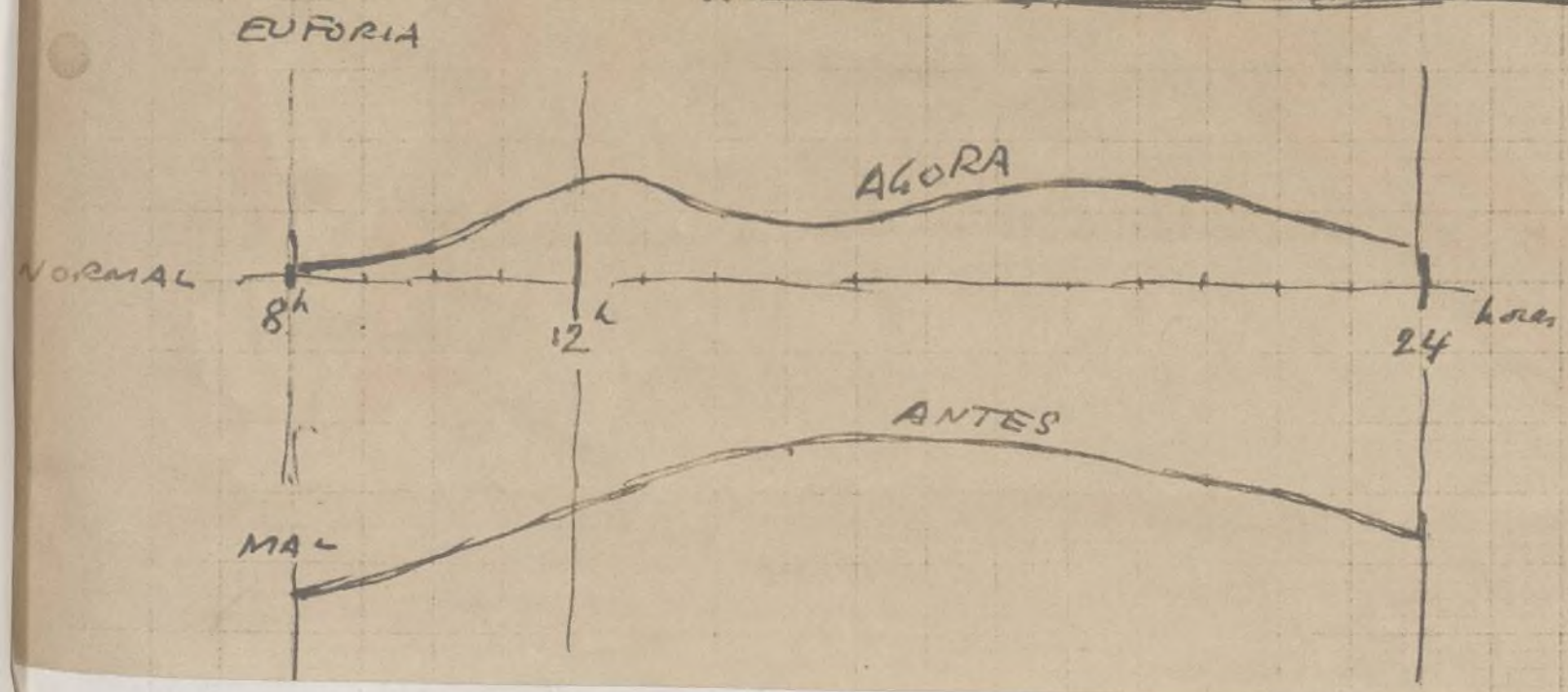
EN FUNCION DEL GRAFICO PRECEDENTE SERA' PROBLEMA LA PREPERACION INTENSIVA FISIOLOGICA (E PSICOLOGICA?) ? DEL SERVICIO MILITAR?

VERTIGOS ?

← PESO CONSTANTE CON TENDENCIA PARA DAMINUIR

BUENO APETITE →

EVOLUCION NEL DIA-A-DIA DEL ESTADO GENERAL



Ayuntamiento de Madrid

Ha.nº 11.815- Emilio I. (hijo), 14 años, estudiante, Lisboa. Consulta en 1959. Siempre ha sido un chico normal; solo ha padecido de las enfermedades propias de la infancia. En Agosto de 1958, practicando durante muchas horas el esquí acuático, al terminar se sentía mal. Estaba como mareado, le costaba trabajo pronunciar palabras, tenía dolores de cabeza fuertes. También tenía una hemianopsia, aunque no queda muy claro en el interrogatorio. Lo llevaron al hospital donde después empezó a quejarse de que tenía pérdida de fuerza en el brazo y pierna izquierdos Tenía fiebre de 37½. Después de una punción lumbar, al cabo de cinco días se encontraba de nuevo en casa. Los médicos le dijeron que había tenido una insolación por la edema cerebral. A los pocos días de estar en casa tuvo una recaída con dolores de cabeza, vómitos biliosos, sensación de hormiguillo en el brazo y pierna izquierdos que duró varios días. Desde entonces y en los meses de Noviembre, Enero, Marzo y Mayo, cada vez con menos intensidad y duración, ha tenido pequeñas recaídas, dolores de cabeza, hormiguillos, algunas veces en la pierna y brazo derechos y otras en el izquierdo, y a veces sensación de nauseas. La última vez esto le duró solo unas horas. En el intermedio, el chico ha hecho una vida totalmente normal.

Cuando le entran estas sensaciones que cada vez son menores, le suelen durar bastante tiempo. Es evidente la existencia de una hemianopsia. El cuadro se presenta como unas crisis de jaqueca oftálmica. El es de constitución atlética y no se observa nada de particular en la exploración. Se le hacen EEG y radiografías son normales.

Seguido varios años, tiene ciclos de una sub-depresión no muy intensa pero que le perturba mucho. Sigue con las cefaleas.

Ha.nº 13.441- Emilia I, 18 años, Lisboa. Consulta en 1962. Desde hace cuatro años procuraba comer muy poco. Le preocupaba mucho estar gorda. Quería mantenerse esbelta por los chicos. El Septiembre pasado comenzó a trabajar como enfermera por la Cruz Roja. Tenía que levantarse muy temprano y estudiaba hasta tarde por la noche. A principio de Enero pasado empezó a sentirse angustiada, con sensación de miedo, triste con ganas de llorar, sensación de inutilidad. Perdió el apetito, antes se esforzaba por no comer. También empezó a dormir poco, peor, aunque desde hace dos años duerme poco, unas 5 o 6 horas al día. Fueron empeorando estos síntomas. La angustia se hizo muy marcada, el miedo y la tristeza profundos. A veces sentía deseos de gritar, en ocasiones temor a perder la razón. Tiene agobio en lugares cerrados. Le molesta la gente, pero tiene miedo a estar sola. Actualmente se siente angustiada y en ocasiones muy agudamente, una cierta indiferencia y desinterés por todo, sin ánimo ni ilusión por muchas cosas que antes le atraían.

Antecedentes personales: sarampión, parotiditis. A los 9 años, fractura de cráneo al caerse de un tercer piso. Estuvo dos días en coma. Menarquia a los 12, muy irregular. Hace dos o tres meses no tiene la menstruación. Ha estado 5 o 6 meses antes sin periodo. Desde pequeña con un ambiente desagradable en su casa por las discusiones violentas entre sus padres y el carácter muy autoritario

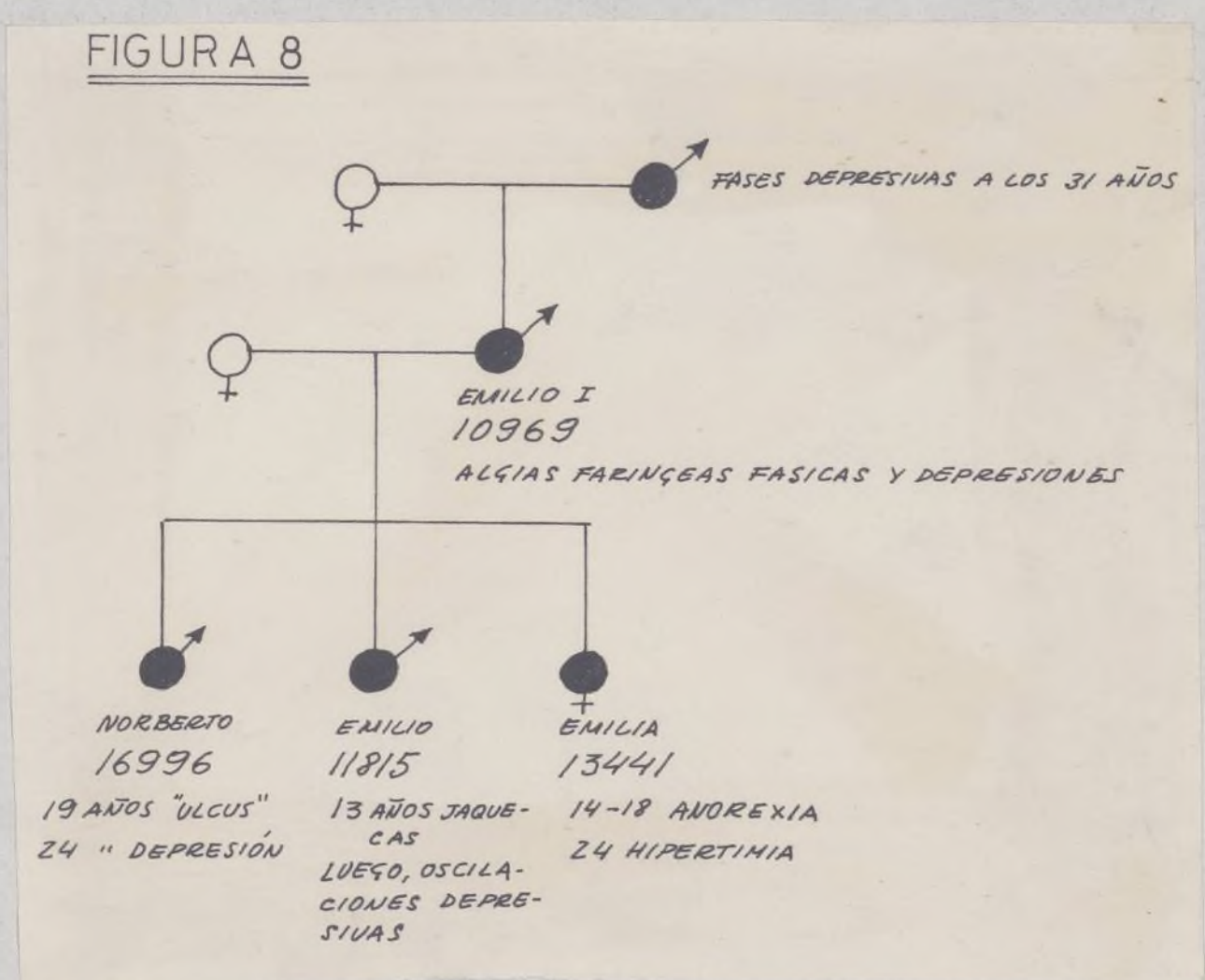
Ayuntamiento de Madrid

del padre, aunque con ella es mucho más suave, pero la controla mucho. Es muy intransigente en cuanto a los chicos con los que sale. Desde hace un año sale con un muchacho al cual su padre se oponía terminantemente. Parece ser que le habló a la familia del chico y éste no volvió a verla. Esto ocurrió en el verano y le dolió mucho ahora. Ya no le importa gran cosa por la indiferencia que siente ante todo. Dudas entre volver a su casa o tratarse en otro sitio. Cree que en casa por el ambiente suyo le va a perjudicar. El padre le ha dicho que no puede quedarse en la Clínica. "A mi no me importa." Discute mucho con su padre.

Deprimida, angustiada, anoréxica, vómitos. De todos modos, en el verano llegó a pesar los 43 kilos y ahora ya llega a los 50. Metabolismos basal +18, fórmula normal, 17 hidrocorticoesteroides 4,9 mgs. las 24 horas. Por indicación de la familia ingresa durante un mes y medio y mejora mucho. Está muy bien y se va de alta dentro de unos días.

Seis años más tarde viene el marido a dar noticias. Tiene un comportamiento raro. Frecuenta sitios de hippies, está muy activa. Debe de estar pasando una fase hipertímica.

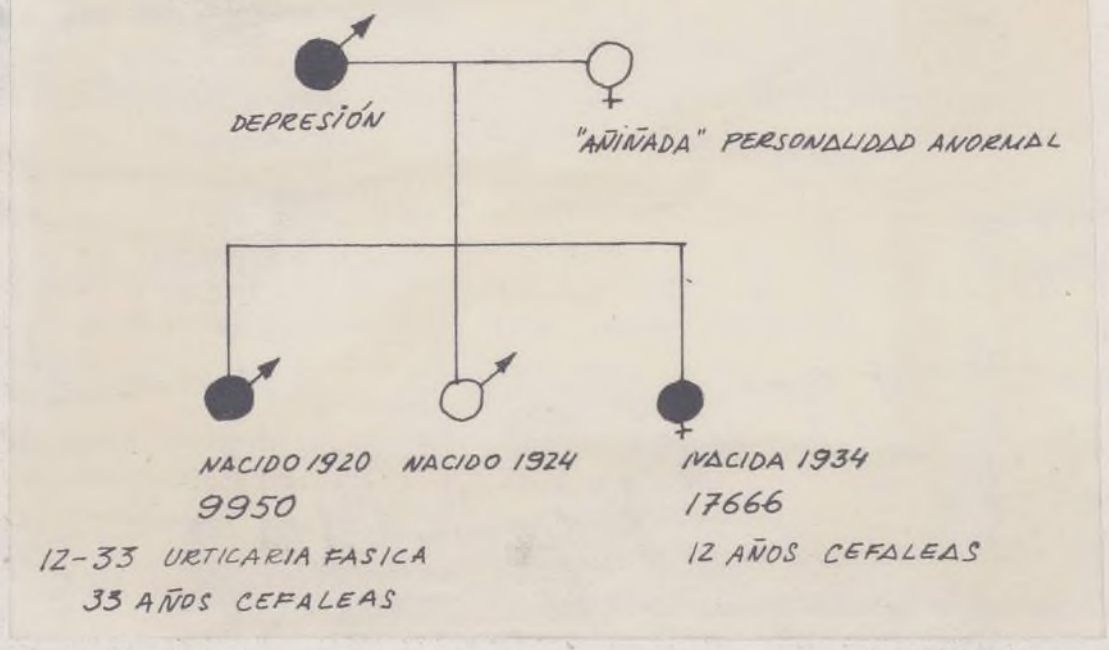
FIGURA 8



Otro arbol genealógico interesante es el de la familia siguiente:

Ayuntamiento de Madrid

FIGURA 9



En conclusión podemos decir que en las familias de nuestros enfermos aparecen con frecuencia trastornos depresivos o maniaco-depresivos pero sin que se herede el síndrome sino solamente la predisposición a las alteraciones físicas. En las familias, igual que en los enfermos aparecen diversas alteraciones tanto en el plano de los equivalentes como en el antiguo conocido de los síntomas ciclotímicos. Los equivalentes se presentan tanto en unión con las formas monopolares como en aquellos otros de evolución bipolar.

En algunas ocasiones aparecen circunstancias que parecen condicionar la presencia de tal o cual síndrome (el sosein de la psicosis), pero no su aparición. En una pareja de gemelos univitelinos el más activo (correspondiente al lado masculino del cuerpo) padeció depresiones muy puras, el otro, más pasivo, padecía de un síndrome de algias y parestesias. Otras veces los sucesos del comienzo de la fase, la edad, el nivel cultural, etc. parecen condicionar un síndrome. Sin embargo, esto solo sucede ocasionalmente, de tal manera que nos vemos obligados, una vez más, a postular esta <u>variabilidad de las manifestaciones</u> (1) como una de las características de las

---

(1) podría hablarse por analogía de una suplencia familiar de síndromes.

Ayuntamiento de Madrid

alteraciones endógenas, variabilidad que tiene su paralelo con lo que sucede en el plano de los sentimientos vitales, tanto como en la enfermedad.

en la salud

X TRATAMIENTO

No pretendo extenderme en este capítulo, ya que se sale de mi propósito. De acuerdo con lo expresado hasta ahora se puede deducir que la terapia de los equivalentes depresivos ha de seguir la linea general del tratamiento de las depresiones. La terapeútica así realizada es de gran eficacia en los síndrome a que me he referido, lo cual constituye una prueba más de su origen y de ahí de este capítulo.

Como ya adelantamos en la INTRODUCCION los éxitos de una terapia no pueden esgrimirse siempre como prueba "ex juvantibus," más aun cuando desconocemos mucho sobre la etiología de la enfermedad en cuestión y sobre los mecanismos como actúa el tratamiento. No se puede decir que hoy en día se disponga de terapias etiológicas en muchas enfermedades psiquiátricas y psicosomáticas a las que me he referido en este trabajo. Pero hecha esta salvedad, es posible el comprobar dos hechos en el tratamiento de los "equivalentes".

1.- La terapeútica anti-depresiva tal y como hoy se practica es eficaz en ellos.

2.- Y muy importante, dicha terapeútica se comporta en el caso de los "equivalentes con una dinámica que, en el terreno clínico, es igual a la que se observaba en las depresiones.

Dicho de otra manera: del mismo modo que es posible el seguir, día a día, la evolución de una depresión hacia la curación (en los casos favorables) bajo los efectos de un tratamiento, es posible también el seguir la de los "equivalentes," haciendo una salvedad la que he de referirme luego más adelante. La disolución progresiva -y en cierto modo escalonada- de los síntomas, los altibajos en la mejoría, las influencias climatológicas, la reaparición de la enfermedad si el tratamiento se interrumpe demasiado pronto, etc. son hechos que se recogen en mi experiencia, tanto en las depresiones como en los "equivalentes."

Ayuntamiento de Madrid

Otro hecho importante es el que por primera vez nos dimos cuenta en el tratamiento de las neurosis obsesivas: la mono-clorimipramina empleada por vía intravenosa por primera vez por nosotros en estos casos, obtiene unos resultados que no eran comparables a los de ningún otro tratamiento hasta ahora conocido en psiquiatría, si exceptuamos la leucotomía. Lo que nos importa es señalar cómo esta mejoría sucedía de un modo peruliar al que nos hemos referido en algunas ocasiones en distintos trabajos (FERNANDEZ CORDOBA y LOPEZ-IBOR ALIÑO, LOPEZ-IBOR ALIÑO) y en resumen es el siguiente: los efectos van siendo paulatinos, la progresión se hace lentamente en el curso de unas pocas semanas, y durante ellas, al mismo tiempo que disminuye la intensidad del síndrome, el enfermo va tomando una actitud diferente frente a él. Poco a poco se va distanciando, liberándose cada vez más del dominio de las obsesiones. Al principio, por ejemplo, dejan de cumplir tal o cual rito "por pereza" ("por no subir a la habitación" dicen, "me lavaré las manos más tarde", etc. etc.) hasta que van siendo cada vez más conscientes de la mejoría ya van tomando una parte más activa en irse desprendiendo de ellas. El mismo hecho se observa en los delirios paranoicos (que siguiendo a LOPEZ IBOR se acercan más a las psicosis afectivas que a las esquizofrenias) y también, aunque no tan claramente, con otros tipos de tratamientos.

La orientación terapeútica es fundamentalmente farmacológica, basada tanto en el grupo de los llamados antidepresivos tricíclicos como en el de los inhibidores de la monoaminoxidasa (I.M.A.O.). Como se ha podido ver en algena de las historias referidas, los electrochoque tienen sus indicaciones restringidas en los "equivalentes", cada vez menos claro está y si acaso empleados como lo hacemos nosotros como complemento de un tratamiento farmacológico. Hay corrientes de pensamiento dentro de la psiquiatría que están muy en contra de estos métodos y que no los consideran de ninguna manera indicados. Nosotros pensamos como SPIEGELBERG que el no emplearlos cuando estamos convencidos de la presencia de una alteración endógena es inhumano cuando no una falta de ética profesional. Hay que tener encuenta que el realizar un tratamiento farmacológico no es limitarse a extender una

Ayuntamiento de Madrid

receta, sino que es una labor que requiere, cuando se intenta practicar una profesión con la seriedad debida, mucha atención hacia el enfermo y a veces dedicarle más tiempo del que le dedicaría un psicoterapeuta.

El tratamiento de los "equivalentes depresivos" ha de ser suficientemente intensivo y prolongado. KIELHOLZ llamó la atención sobre la persistencia de las alteraciones vegetativas una vez que la fase depresiva había remitido bajo los efectos de un tratamiento. De la misma manera que las obsesiones y los delirios, los equivalentes persisten por lo general unas semanas mientras que el estado de ánimo mejora más precozmente. Esto puede ponerse en relación con la "proyección" (BURGER-PRINZ) de las alteraciones físicas. Los propios síntomas depresivos se van mitigando siguiendo ritmos diversos. La ansiedad, la tristeza, la inhibición, el insomnio, el peso, etc. evolucionan distintamente hasta llegar a la normalización. Algunos "equivalentes" son más resistentes que otros. Las algias y parestesias mejoran antes, la acatisia y la impotencia son mucho más lentos en mejorar(1), otros síntomas como el insomnio pueden combatirse facilmente con medidas sintomatológicas.

Al igual que el obsesivo, el enfermo que padece un "equivalente depresivo" va cambiando de actitud hacia él, distanciándose y liberándose. La enferma cuya historia tiene el número 17.201 venía arrastrando una serie de molestias gástricas (acidez de estómago y ardores, nauseas, vómitos, pesadez post-prandial, etc.) que le obligaron durante años a seguir un régimen alimenticio y a tomar una serie de medicamentos. En el curso del tratamiento de una fase depresiva (que fue la que la trajo a la clínica) fue abandonando, poco a poco, uno y otro. Al principio era por motivos triviales como "por no pedir otra cosa a la cocina", "porque se me ha olvidado el encargar tal o cual medicamento" etè. etc. A las tres semanas ella misma se sorprendía de haber llegado paulatinamente a poder seguir un régimen de comidas normal sin ni

---

(1) Tenemos un enfermo en tratamiento hace tres años que tuvo después de una segunda fase depresiva delirante una impotencia que perdura y no por efecto de la medicación ya que ha estado tiempo sin ella. En casos como este prodría hablarse de "defecto depresivo vegetativo."

Ayuntamiento de Madrid

siquiera habérselo propuesto.

No se puede achacar toda esta dinámica de la mejoría a la proyección en el sentido de BURGER-PRINZ, porque hay que tener en cuenta que la mayoría de los enfermos de esta tesis no corresponden a las formas más fásicas de la ciclotimia sino a aquellas más encronizadas. Por esta razón la mejoría con los tratamientos es más lenta y los fármacos actúan más eficazmente que los electrochoques, sobre todo en determinados periodos de la enfermedad (también hay ritmos dentro de la cronificación). Podría decirse que los síndromes que se encronizan es porque desbordan el plano puramente endógeno, pero esto es ya pura teoría y la práctica no lo confirma. Hay depresiones encronizadas que cursan con una sintomatología muy "pura."

Finalmente el que empleemos terapeúticas como las citadas no quiere decir que caigamos en un nihilismo psicoterapeútico, ni mucho menos. El hecho de tratar con seres humanos y el de serlo nosotros mismos nos llevan a ello. La psicoterapia en este caso va encaminada, lo mismo que en las depresiones y en la misma esquizofrenia, a llevar el enfermo a descubrir la verdadera naturaleza de la enfermedad. Una anamnesis bien hecha le permite al médico conocer una realidad, pero también durante ella el enfermo va descrubriendo su propia realidad: los trastornos mitigados de su estado de ánimo y de sus sentimientos, la presencia de ritmos en sus trastornos, la relación de sus trastornos con otros, la equivalencia de ellos entre sí, la falta de motivos para su tristeza, el cambio que se ha experimentado en todo él si se compara con épocas anteriores, etc. De esta manera, en el curso de los días o de las semanas la depresión va apareciendo con más pureza, al mismo tiempo que se va logrando la ansiada curación.

Ayuntamiento de Madrid

XI DATOS ESTADISTICOS Y TABLAS

Ya hemos señalado en la INTRODUCCION que nuestro material de enfermos es seleccionado por lo tanto los datos estadísticos que de él se obtengan tienen un valor relativo. Sin embargo, creemos que se pueden sacar algunas conclusiones, teniendo en cuenta el número elevado de nuestros casos.

Algunos datos hemos querido compararlos con estudios similares hechos en depresiones endógenas. Para ello nos ha parecido más indicado la obra reciente de MATUSSEK, HALBACH y TROEGER en la cual se estudia un material de enfermos con fases depresivas endógenas vistas en la clínica universitaria de Munich entre 1926 y 1942 y que no fueron tratados ni con electrochoques ni con cardiazol. (Recordemos que estos tratamientos se iniciaron hacia 1938).

Número de casos y fases (Tabla I)

Tanto el material de MATUSSEK como el nuestro proviene de una población que acude a una consulta de especialistas. Para la comparación los casos de Munich son idóneos ya que se trata de fases depresivas endógenas seleccionadas con una gran precisión diagnóstica, con los criterios que KRAEPELIN y sus sucesores dejaron en aquella clínica universitaria. La comparación de este material típico con nuestras formas atípicas nos parecen del más alto interés.

Nosotros hemos seleccionado 317 enfermos. En el capítulo II (Material y Método) hemos dejado sentados los criterios de la selección. En estos enfermos hemos estudiado 411 fases que son las que se han empleado en la valoración estadística de este apéndice. Se ha confeccionado una ficha para cada enfermo y otra para cada fase. Es muy importante que estas 411 fases no son todas las que han padecido los 317 enfermos, sino solamente las observadas en nuestra clínica y algunas anteriores que nos han parecido suficientemente características y que nos han sido relatadas detalladamente por los enfermos como para poder ser valoradas retrospectivamente. Del periodo de la catamnesis se han incluido algunas fases

Ayuntamiento de Madrid

las que estaban separadas de la primera consulta por un intervalo de normalidad sin tratamiento antidepresivos. Terrores nocturnos en la infancia, periodos de escrupulosidad durante la adolescencia, síntomas mitigados en otras edades de tan poca relevancia que no provocaron la consulta de un especialista no se han incluido en el estudio aunque estrictamente sí que pudieran haber sido tenidos en cuanta. También en la anamnesis de los enfermos aparecen trastornos que bien pudieran ser considerados como equivalentes timopáticos pero cuyp diagnóstico puede ser dudoso, estos tampoco se han incluido. Cuando no se especificque lo contrario, de aquí en adelante cada vez que nos refiramos a fase se sobre-entenderá de los 411 estudiadas por nosotros.

Como comparación de la Tabla I figuran los datos de material de MATUSSEK y con la diferencia en la proporción de fases por caña caso se debe en primer lugar a que nosotros solamente incluimos los estudiados por nosotros. Además como veremos más adelante, la diferencia de edades en uno y otro grupo puede influir también en esta diferencia.

Estado civil. - Tabla II

Nivel social. - Tabla III

Nuestros enfermos proceden por regla general de un estrato cultural más elevado que los de MATUSSEK (Tabla IIIa) lo cual es lógico si tenemos en cuenta que la mayoría proceden de una consulta privada. Los hemos dividido en tres grupos arbitratios:

Nivel bajo: obreros no especializados, campesinos, trabajadores domésticos.

Nivel medio: Obreros especializados, funcionarios, industriales (pequeña industria), dependientes de comercio, oficiales y suboficiales militares.

Nivel alto: profesionales, grandes industriales y grandes propietarios, estudiantes universitarios, militares de alta graduación, etc. etc.

En el caso de las mujeres se ha tenido en cuenta el nivel social del marido y también en el caso de los menores de

Ayuntamiento de Madrid

edad. Los niños pequeños y otros enfermos difíciles de filiar o en los que no tenemos datos suficientes para valorar su nivel. Se incluyen entre los "otros" 16 casos.

Sin embargo, la diferencia entre los enfermos de MATUSSEK y co. y los nuestros no es estadisticamente significativa (P= 70%).

Antecedentes familiares.-(Tabla IV)

Casi la mitad de los enfermos tenían antecedentes familiares psiquiátricos y más de una tercera parte tenían antecedentes timopáticos en sentido amplio. En cambio solo el 9'8% tenían entre sus familiares enfermos con una sintomatología similar a la del enfermo, lo cual es un índice más de que se hereda la predisposición a padecer trastornos físicos pero no el tipo de ellos. Se hereda la predisposición a la enfermedad pero no al síndrome. Este viene o no determinado por otras circunstancias (vease el capítulo sobre la herencia).

Evolución.- (Figura V)

En numeros absolutos figuran los enfermos en los que la evolución ha sido física y en los que ha aparecádo alteraciones, suplencias, sucesiones o supresiones de síntomas. El que proporcionalmente sean estos mayores durante los años de catamnesis, a pesar de circunscribirse aun periodo de la vida más corto que el de la anamnesis puede atribuirse a que se le ha prestado más atención durante este tiempo y se ha podido observar directamente.

Antecedentes personales.- (Tabla VI)

Nuestro material de enfermos tiene una escasa proporción de antecedentes de enfermedades médicas, quirúrgicas y de traumatismos y accidentes lo cual está de acuerdo con algunos trabajos citados en el capítulo de medicina psicosomática.

En cambio el número de antecedentes psiquiátricos (Tabla VIb) es grande pudiendo considerarse a la mayoría de ellos como "equivalentes depresivos." Algunos son síntomas

Ayuntamiento de Madrid

neuróticos, otros son fases depresivas monopolares o fases maniacodepresivas, otras son trastornos psicosomáticos.

Nivel intelectual.- (Tabla VII)

Personalidad.- (Tabla VIII)

La tipificación de los rasgos de la personalidad de cada enfermo se ha hecho a través de los datos contenidos en la historia clínica y en un número escaso de casos a través de tests proyectivos (Rorschach especialmente) y por lo tanto en estas tablas figuran solamente los casos y los rasgos que estaban presentes con cierta intensidad. Destacan en ellos, como era de esperar, las personalidades ansiosas, anancásticas, neuróticas.

Hallazgos somáticos.- (Tabla IX)

Algunos de nuestros enfermos habían sido diagnosticados previamente de una manera incorrecta, basándose en algunos hallazgos de la exploración. En la tabla figuran los que realmente eran lo bastante alejados de la normalidad y debidamente comprobados como para valorar su importancia. Pequeñas desviaciones tensionales, anomalías discretas de la columna vertebral u otros hallazgos dudosos no se han tenido en cuenta.

* * * * * *

REPARTO DE LOS SINTOMAS EN LAS 411 FASES

Síntomas depresivos.- (Figura X)

En cada fase hemos querido diferenciar los síntomas depresivos en 4 categorías:

a) síntomas depresivos típicos cuando ellos solos por su presencia justificarían, según nuestros criterios, el diagnóstico de "depresión."

b) depresión mitigada o larvada cuando la intensidad de los síntomas depresivos está muy en segundo plano, tanto que ellos por si solos no hubieran justificado la presencia del enfermo en una consulta psiquiátrica.

Ayuntamiento de Madrid

c) subdepresión cuando existen rasgos depresivos tan atenuados que han padado desapercibidos por el propio enfermo y solamente pueden ser revelados mediante un interrogatorio muy detenido.

d) síntomas depresivos que han aparecido tardiamente en el tratamiento, bien cuando al cabo de unos días o semanas de iniciado éste, toma conciencia de su existencia o cuando se revelan por el interrogatorio.

De estos cuatro grupos solamente los del grupo primero se pueden incluir con los criterios diagnósticos vigentes en el grupo de la psicosis maniaco-depresiva y quizá algunos enfermos del grupo cuarto. Los otros junto con los casos en los que en la fase no existen síntomas depresivos de ningún tipo son equivalentes timopáticos puros.

También hemos intentado una distribución de los enfermos deprimidos en varios grupos según el síntoma predominante en el cuadro clínico (Figura XI). Angustia, tristeza, inhibición. A esto se añade los que tenían ideas delirantes, intentos de suicidio o distimias tan intensas que dominaban, por así decirlo, el cuadro clínico. De los enfermos incluidos en la categoría de "subdepresivos" solamente en algunos fue posible la valoración del síndrome. En los otros era éste tan mitigado que realmente era imposible decir lo que predominaba.

El resto de la sintomatología se agrupa en las tablas siguientes:

Tabla XII - aparecen los trastornos neuróticos y otros como despersonalización, toxicomanía, personalidad psicopática, hipertimia.

Tabla XIII - alguno de los síntomas más destacados de las "timopatías ansiosas."

Tabla XIV - las algias y parestesias se agrupan en este apartado.

Tabla XV - aquí figura el resto de los "equivalentes" distri-

Ayuntamiento de Madrid

buidos por aparatos y sistemas.

Tabla XVI - en algunos enfermos las molestias tenían un ritmo diario constante. Hay que tener en cuenta que no siempre se indagó en este sentido y por lo tanto esto lo marcamos como irrelevante deben de existir algunos positivos. Por lo general, el ritmo coincide con el de las depresiones endógenas; los enfermos están peor en las horas de la mañana (19·4%).

En la Figura XVII figuran las alteraciones electroencefalográficas. Vemos como destacan la presencia de focos temporales izquierdos. En la parte derecha hay agrupados los hallazgos en tres categorías. Aquellas con alteración focales presentes sobre el hemisferio izquierdo o preferentemente sobre él, las alteraciones centrales (diencefálicas y centroencefálicas) y los trazados hipersincronizados de baja amplitud.

* * * * * *

DIFERENCIAS RESPECTO AL SEXO (Figuras XVIII, XIX)

Los síntomas no se distribuyen por igual en ambos sexos.

En los varones predominan la ansiedad, la hipocondria, las obsesiones y las fobias, la astenia, la úlcera gástrica y el insomnio. También los síntomas genitourinarios (lo cual es comprensible ya que se incluyen en éste la impotencia, eyaculación precoz, etc.).

En las mujeres en cambio predomina la tristeza vital y la depresión, la histeria, las cefaleas timopáticas, las algias y las parestesias. El resto se distribuyen más o menos igual en ambos sexos.

Sin embargo la diferencia general entre ambos grupos, mujer y hombre, no es estadisticamente significativo (P= 50%).

* * * * * *

Ayuntamiento de Madrid

REPARTO POR EDADES (Figuras XX, XXI y XXII)

La edad nos ha parecido un factor importante en la génesis de los equivalentes depresivos por las razones ya apuntadas en otro lugar de esta tesis. En primer lugar, al ser condicionadas las alteraciones endógenas por alteraciones biológicas, la maduración del sistema nervioso central debe de influir en la presentación de uno y otro síntoma (lo mismo que sucede con la epilepsía o con las alteraciones del sistema nervioso vegetativo, como dice BIRKMAYER). En segundo lugar, porque la maduración de la personalidad y del individuo hace que la capacidad de introspección aumente y al mismo tiempo también la de definir las propias vivencias. La perspectiva que tiene el niño o el adolescente sobre su mundo interior o más concretamente sobre las variaciones de su fondo endotímico es muy diferente de la del adulto.

Por eso no puede extrañarnos que en la distribución por edades aparece nuestro material como más joven que el de MATUSSEK. (Figura XX). Las diferencias no son estadisticamente significativas (P= 20%) pero están de acuerdo con la tendencia general de otras que veremos más abajo. Con la distribución de los síntomas depresivos ocurre lo mismo. En las edades más jóvenes son menos frecuentes sobre todo por lo que respecta a las depresiones típicas que no alcanzan en el grupo 0-9 años el 5% y llegan al 40% en los años 50-59 (Figura XXI). La diferencia es estadisticamente significativa (P= 5%) y si comparamos solamente el grupo de las depresiones típicas con el resto de los casos la diferencia es muy significativa (P= 0'5%).

En cuanto a la distribución de los síntomas por edades el material no es lo suficientemente grande como para quedar en una tendencia. Sin embargo, se observa (Figura XXIIa) como en las edades jóvenes predomina la sintomatología angustiosa mientras que la tristeza vital es más difícil encontrarla. La diferencia es estadisticamente significativa (5% > P > 1%). La distribución de otros "equivalentes" por edades aparece en el resto de la Figura XXII.

Ayuntamiento de Madrid

Reparto de casos y fases

	CASOS	FASES	F/C
I, ♂	155 (48'9 %)	219 (53'3 %)	1'4
♀	162 (51'1 %)	192 (46'7 %)	1'2
Total	317	411	1'3

Casos propios

	CASOS	FASES	F/C	
Ia,	112	243	2'2	♂
	132	344	2'6	♀
	244	587	2'4	total

Segun Matussek y co.

Reparto según el estado civil

	CASADOS	VIUDOS	SOLTEROS	DIVORCIADOS	TOTAL
II	207 (65'3%)	12 (3'8 %)	98 (30'9%)	–	317

Ayuntamiento de Madrid

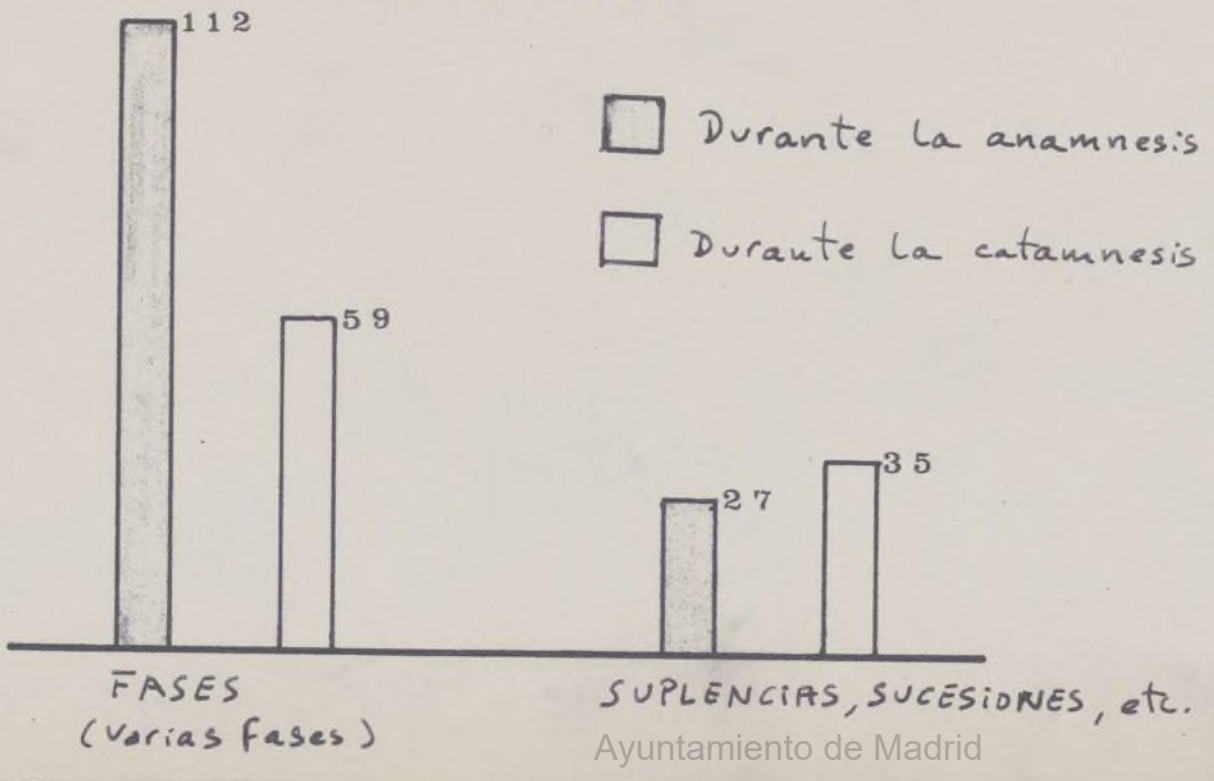
Clase social

	Baja	Media	Alta	Otros	
III	36 (11'4%)	158 (49'8%)	107 (33'8%)	16 (5'0%)	Material propio
IIIa	64 (26'2%)	125 (51'2%)	28 (11'4%)	27 (11'4%)	En Matussek y co.

IV. Antecedentes familiares

No constan, no existen, datos insuficientes	175 (55'2%)
Con antecedentes familiares	142 (44'8%)
a) Depresión, P.M.D., Timopatía	113 (35'6%)
b) Trastornos psicosomáticos	6 (1'9%)
c) Esquizofrenia, otros,	23 (7'2%)
Con síntomas iguales al enfermo	31 (9'8%)

V. Evolución



Ayuntamiento de Madrid

VI, Antecedentes personales.

a,

Medicos	Quirurg.	Treum.	no Constan
18 5 7	10 3 2	3 0 9	286 90 2

b, Psiquiátricos

Ansiedad	0'9 %
Obsesiones, fobias	0'3 %
histéria	0'6 %
despersonalización	0'3 %
fases depresivas	4'4 %
P.M.D.	3'5 %
brésodios delirantes	0'6 %
toxicomanía	0'6 %
esquizofrenia	0'3 %
lesión cerebral	0'3 %
algias, parestesias	6'2 %
vértigos	1'9 %
astenia vital	0'9 %
insomnio	0'6 %
S. gastrointestinales	3'6 %
S. cardio-respiratorios	0'6 %
S. cutáneos	0'3 %
S. genito-urinarios	0'3 %
Otros psicosomáticos	0'1 %

Ayuntamiento de Madrid

VII. Nivel intelectual

Normal	314
Deficiente	3 ENFERMOS (4 FASES)

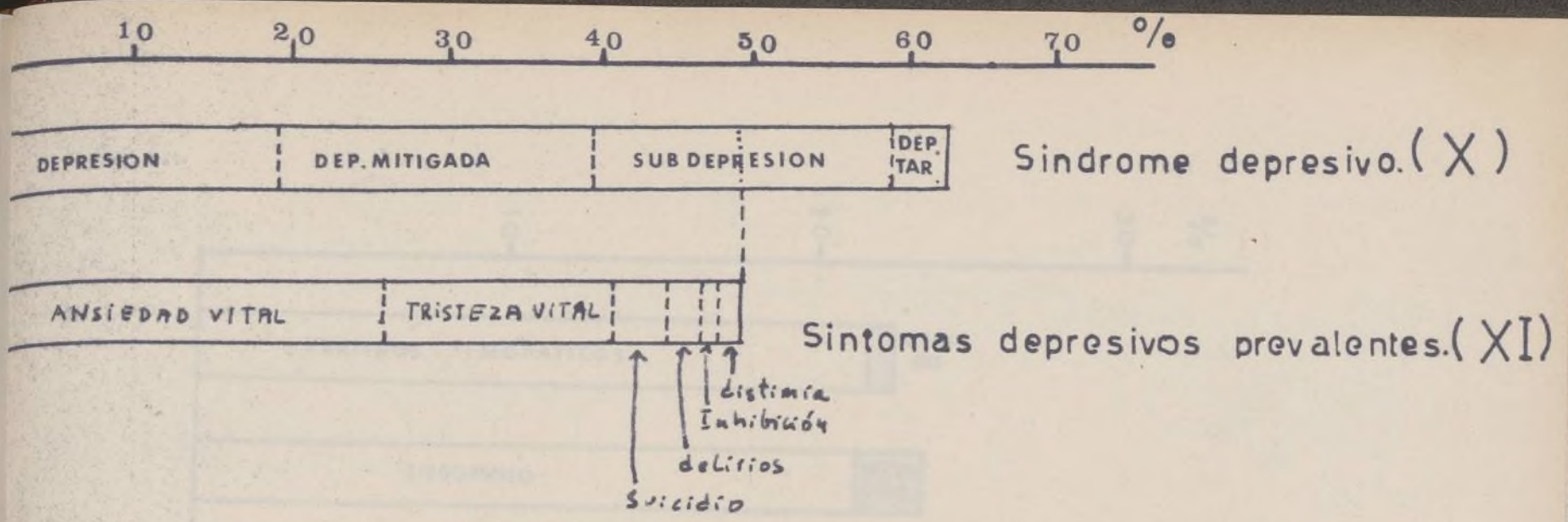
VIII. Personalidad

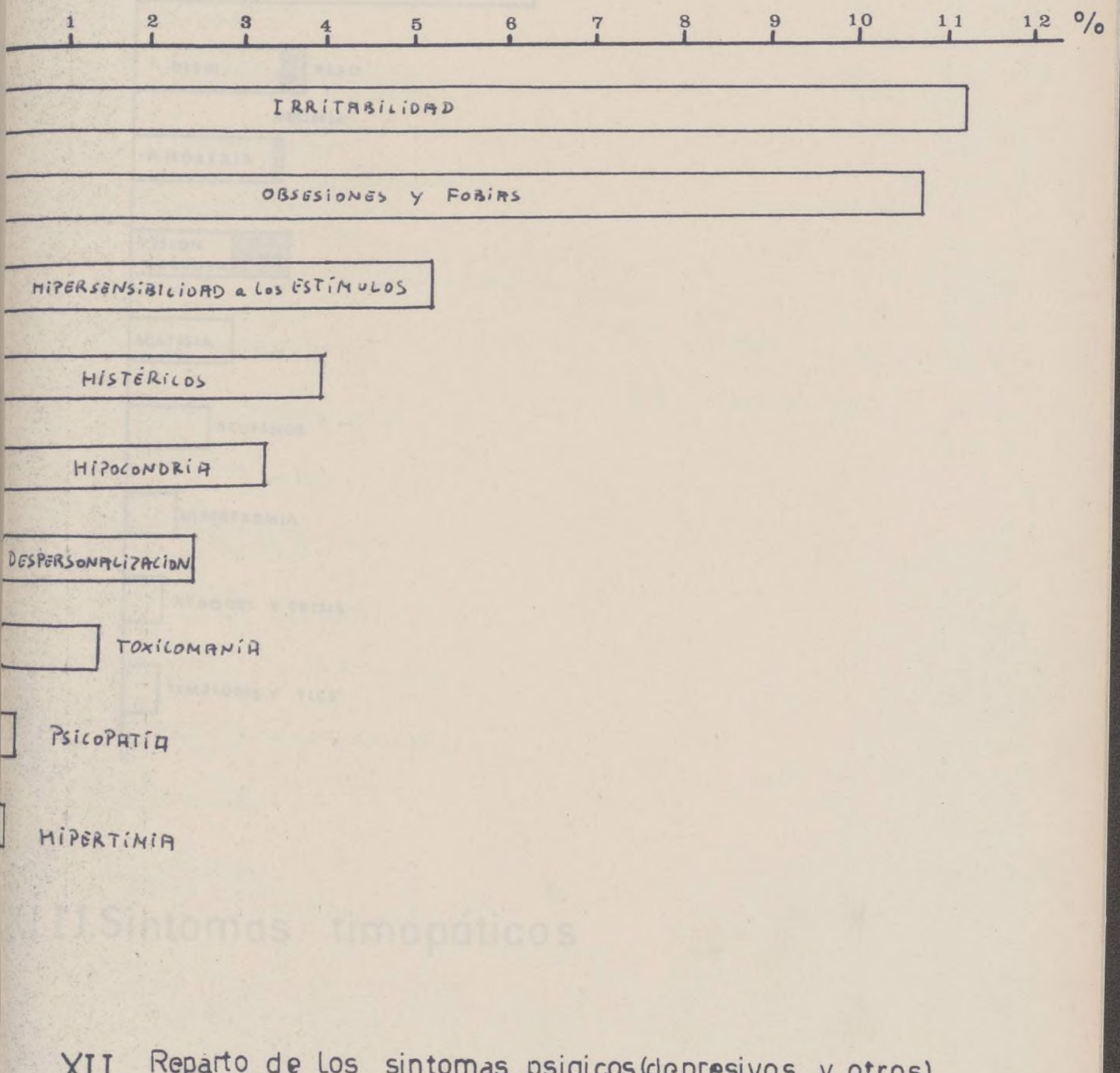
Irrelevante, Faltan datos	235 (74'1%)
Anancástica, "ordenalidad"	42 (13'2%)
Filotímica	3 (0'9%)
Esquizoide	2 (0'6%)
Sumadura	5 (1'6%)
Ansiosa	21 (6'6%)
Hipocondríaca	2 (0'6%)
Asténica	3 (0'9%)
Agresiva	4 (1'3%)

IX. Hallazgos somáticos.

Hiper o Hipotensión arterial	12
Defectos de la refracción ocular	6
Anomalías vertebrales	3
Otros	2

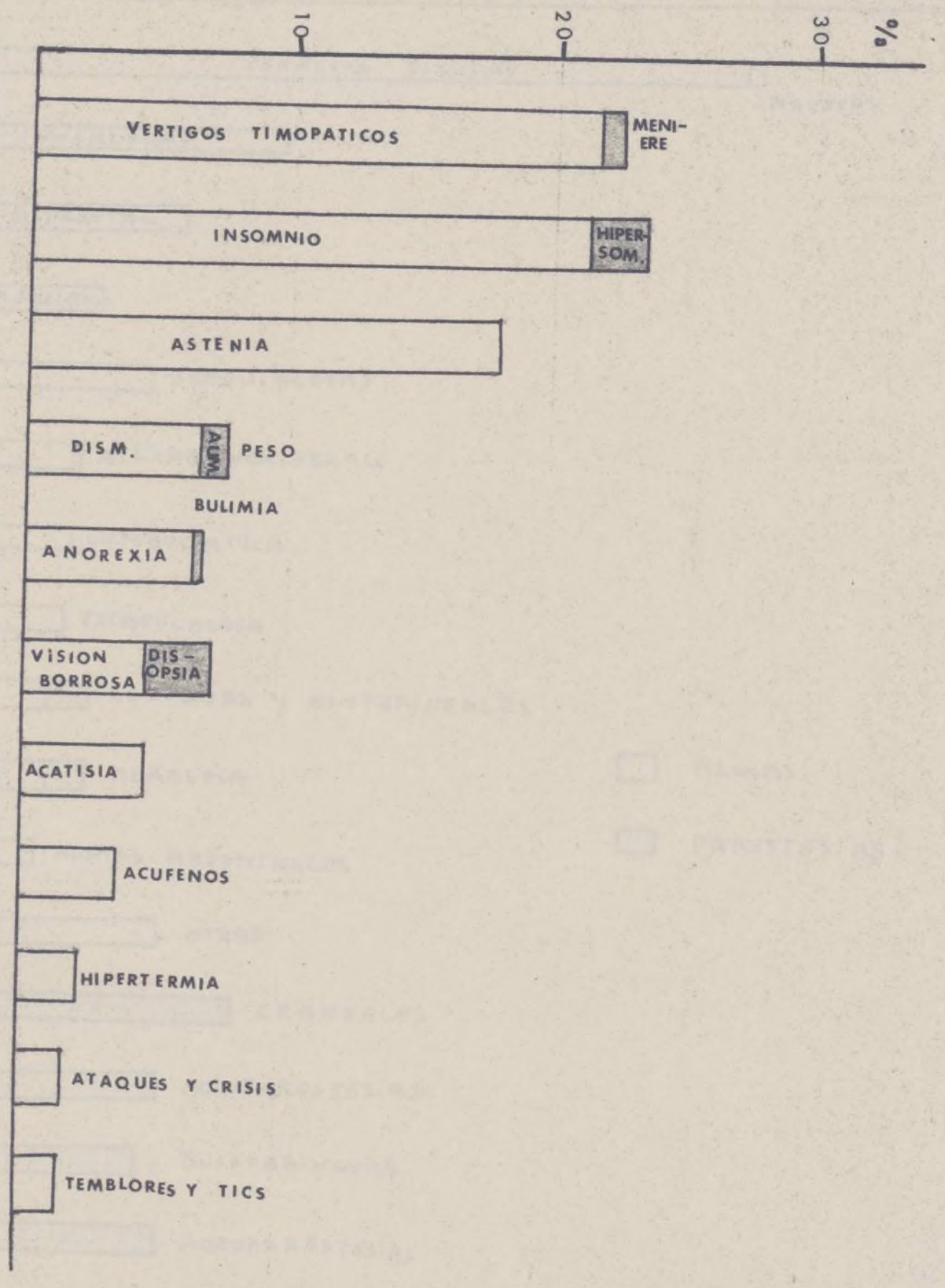
Ayuntamiento de Madrid





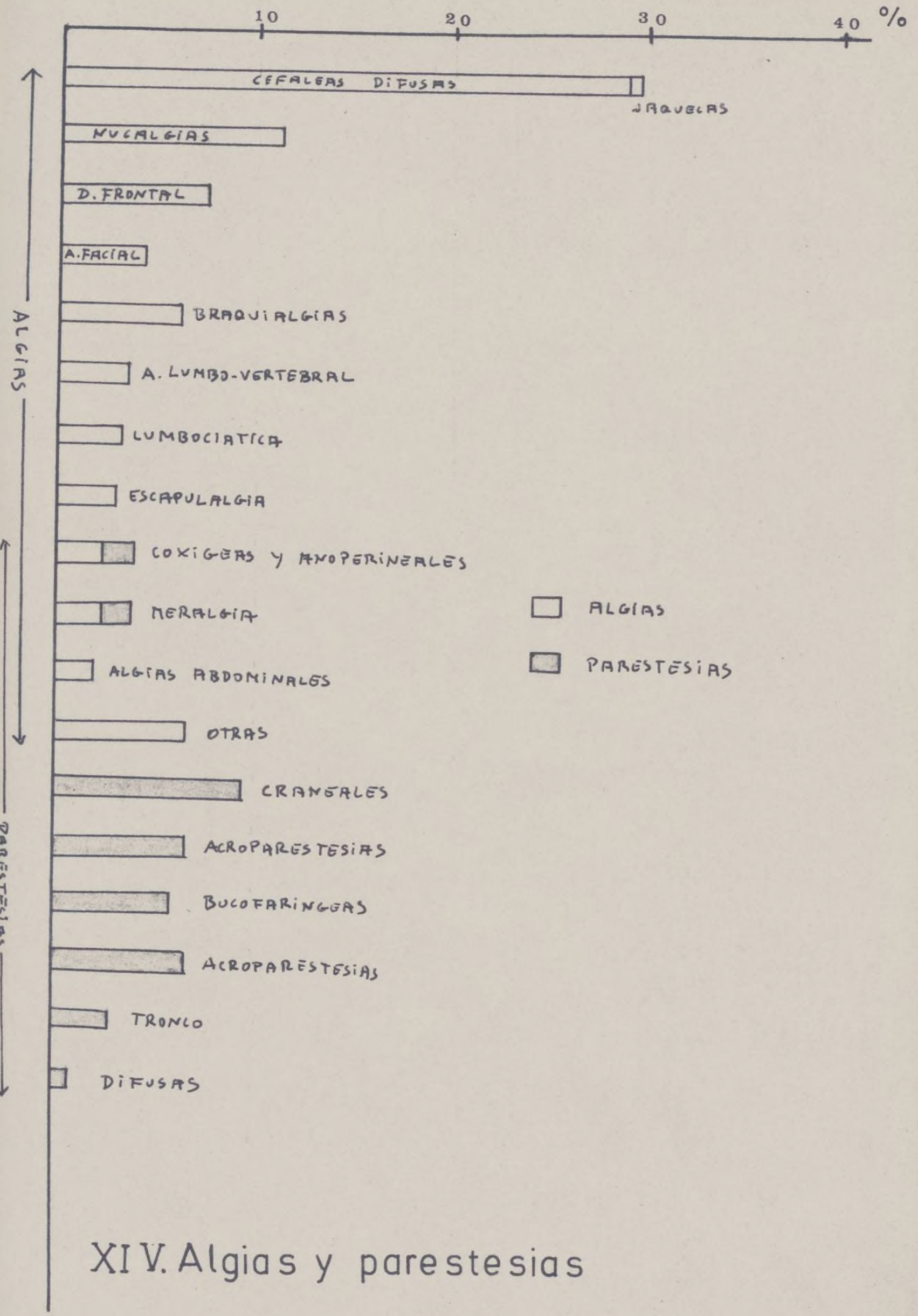
XII. Reparto de los sintomas psiqicos (depresivos y otros) en las 411 fases.

Ayuntamiento de Madrid



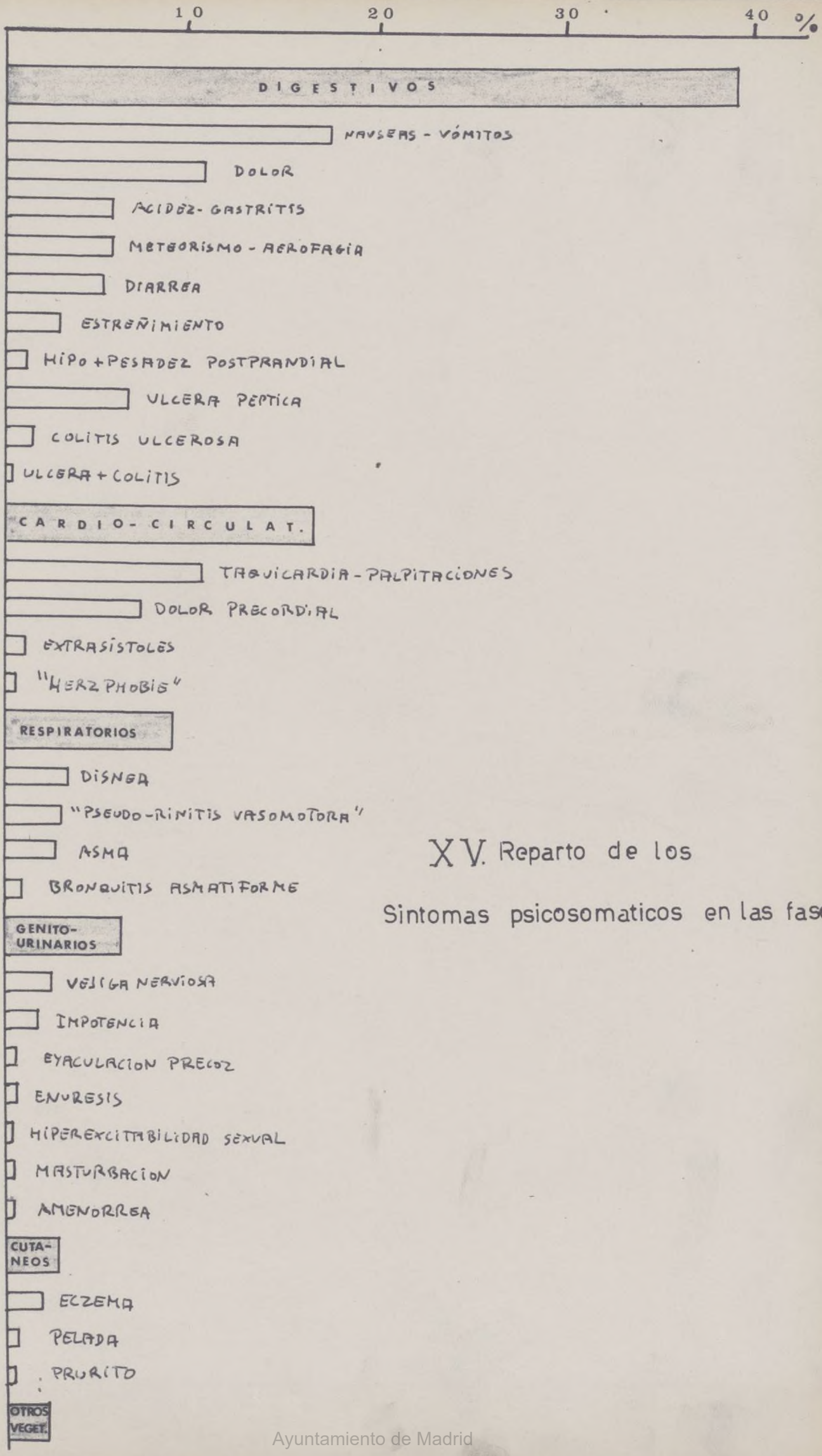
XIII. Síntomas timopáticos

Ayuntamiento de Madrid



XIV. Algias y parestesias

Ayuntamiento de Madrid

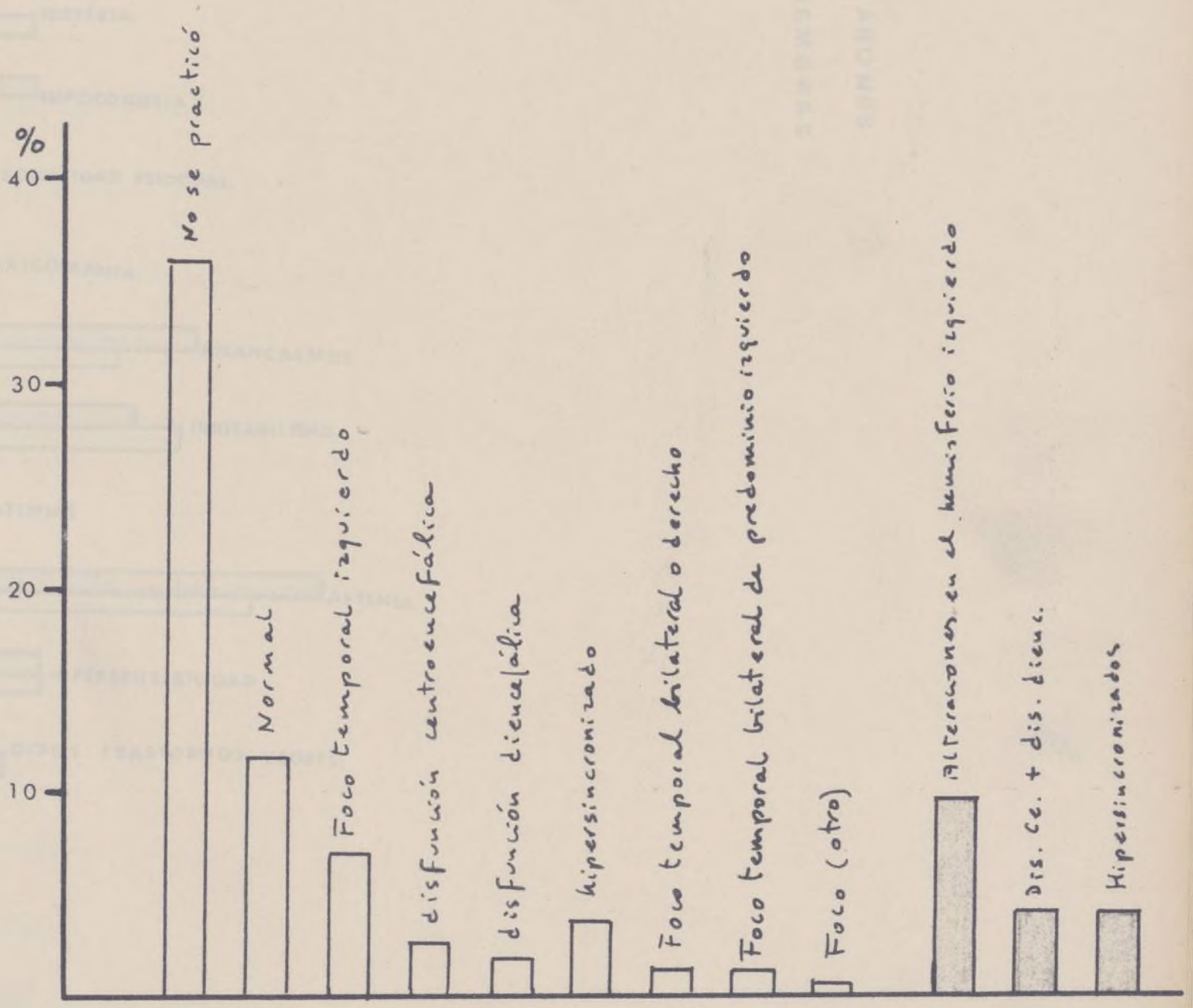


XV. Reparto de los Sintomas psicosomaticos en las fases.

Ayuntamiento de Madrid

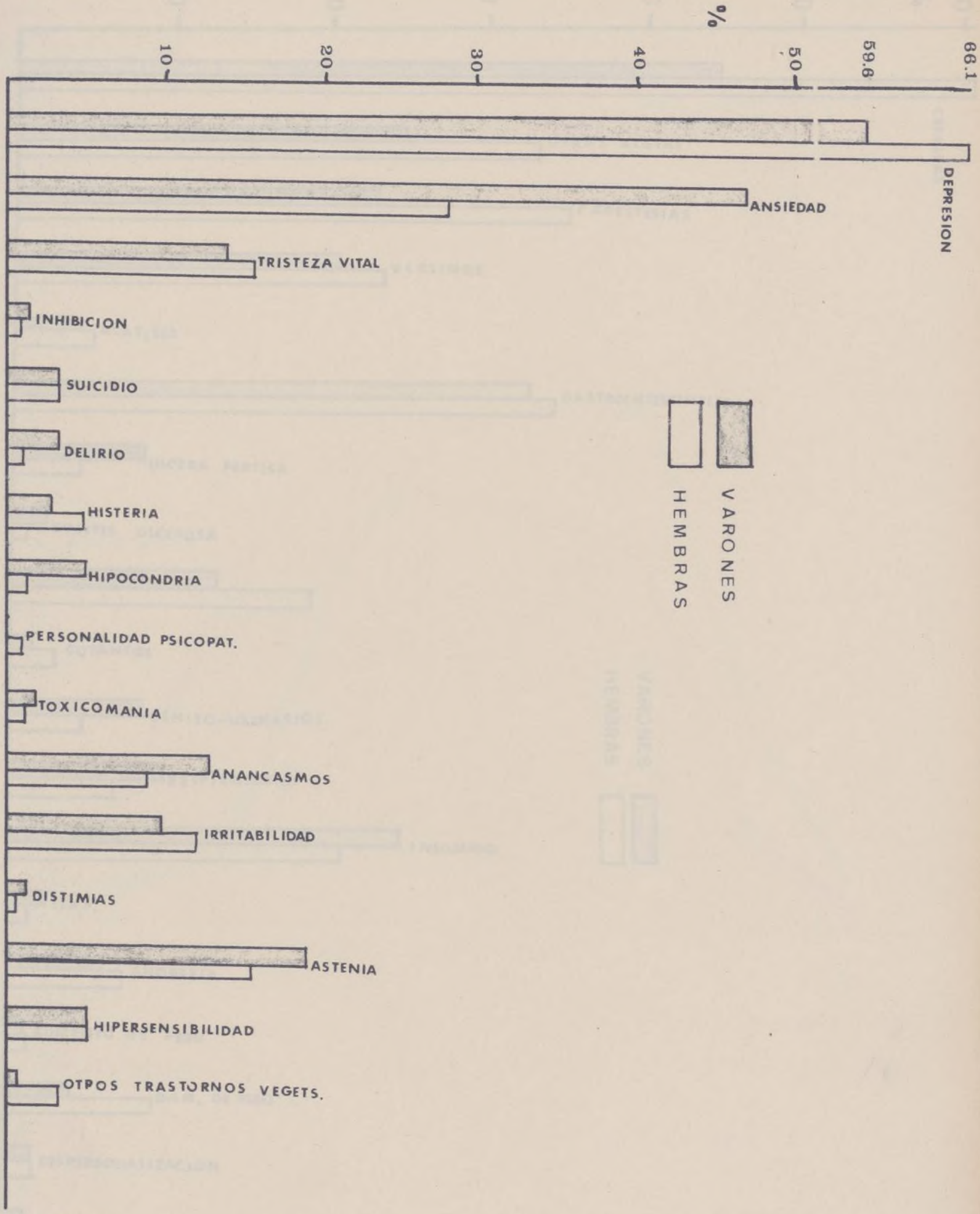
Ritmo (XVI)

Irrelevante	244 (76%)
Peor mañanas	59 (19'4%)
Peor tardes	9 (2'8%)
otros	5 (1'6%)



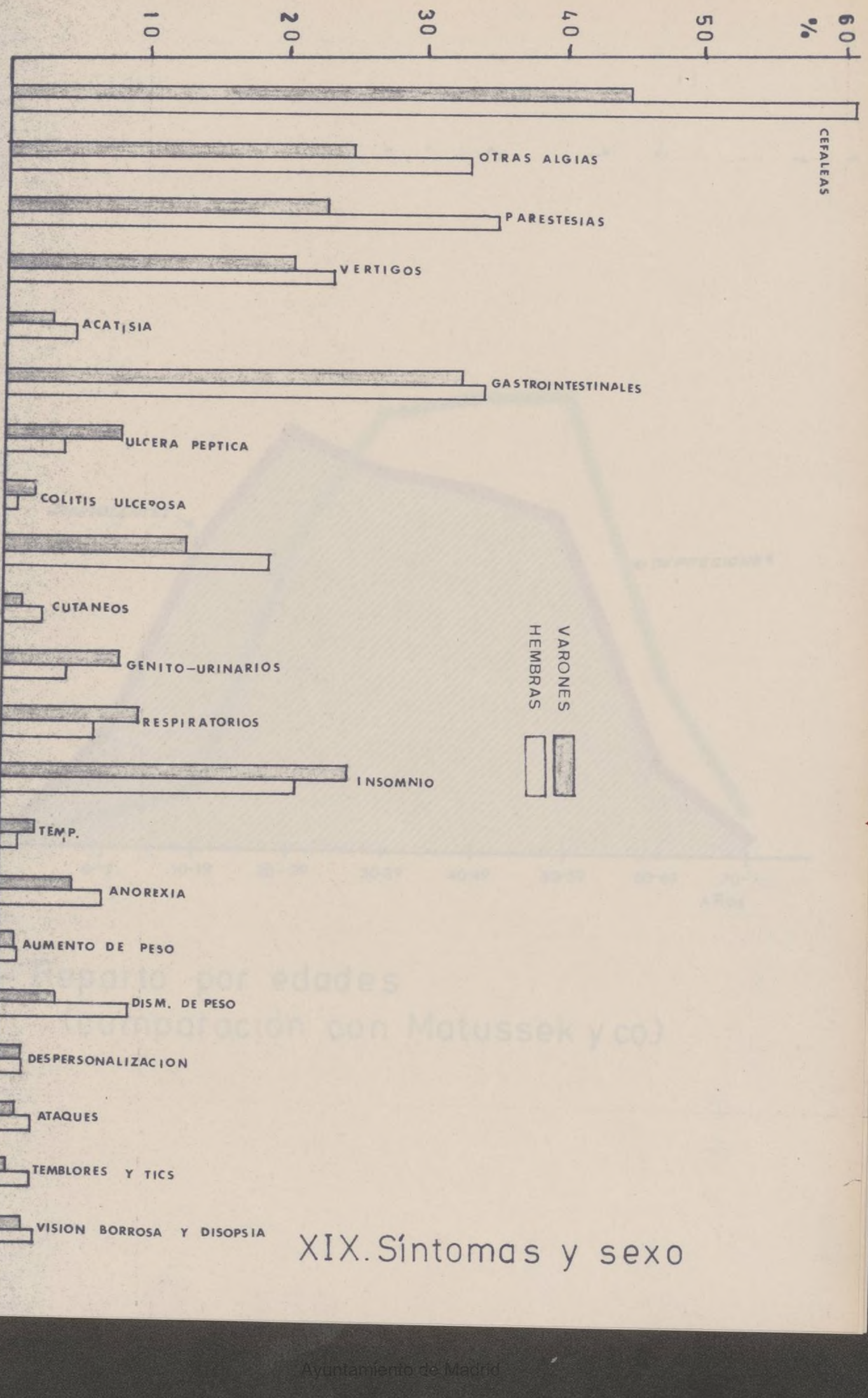
XVII Alteraciones electroencefalográficas

Ayuntamiento de Madrid



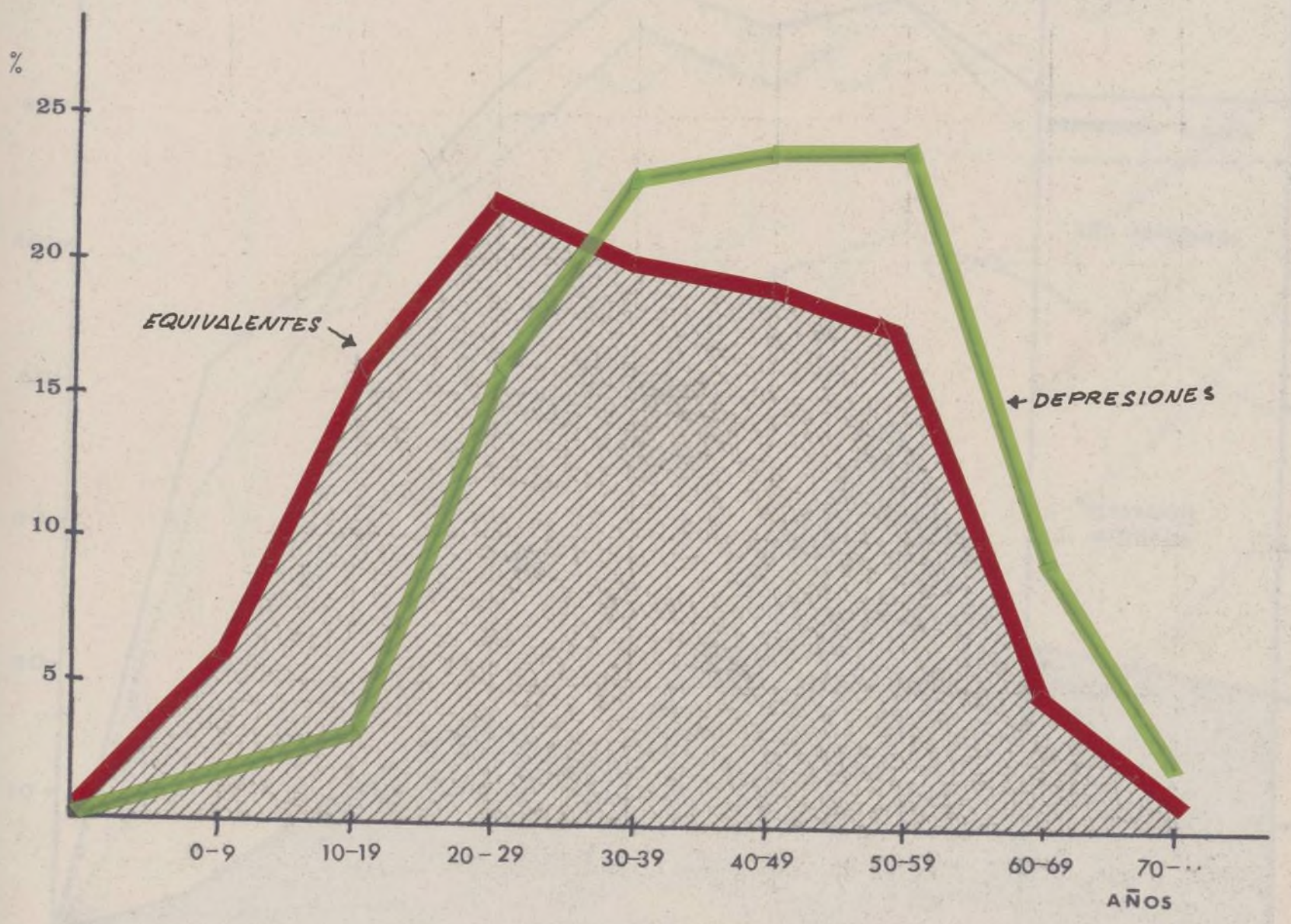
Síntomas psiquicos y sexo (XVIII)

Ayuntamiento de Madrid



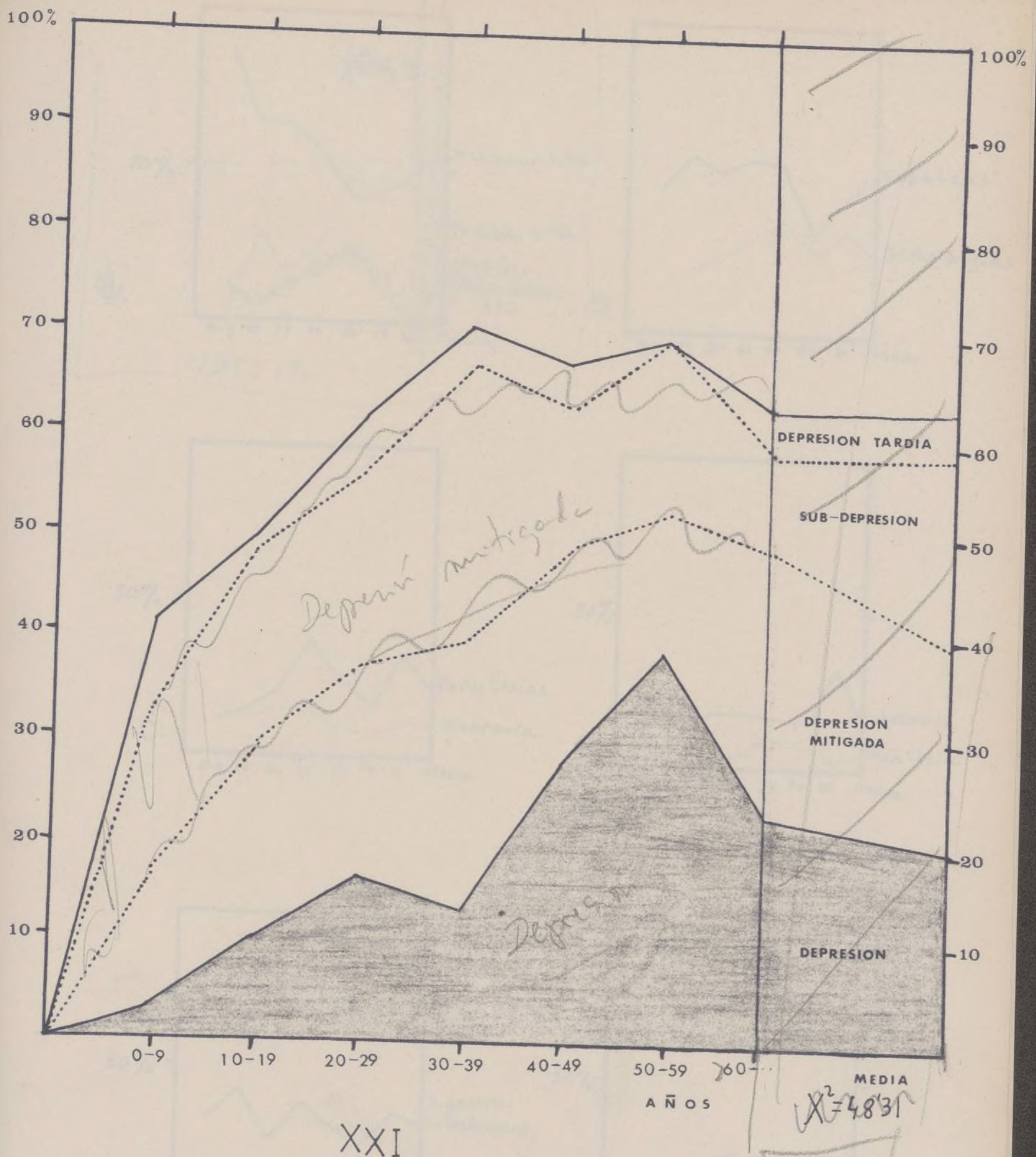
XIX. Síntomas y sexo

Ayuntamiento de Madrid



XX. Reparto por edades
(comparación con Matussek y co.)

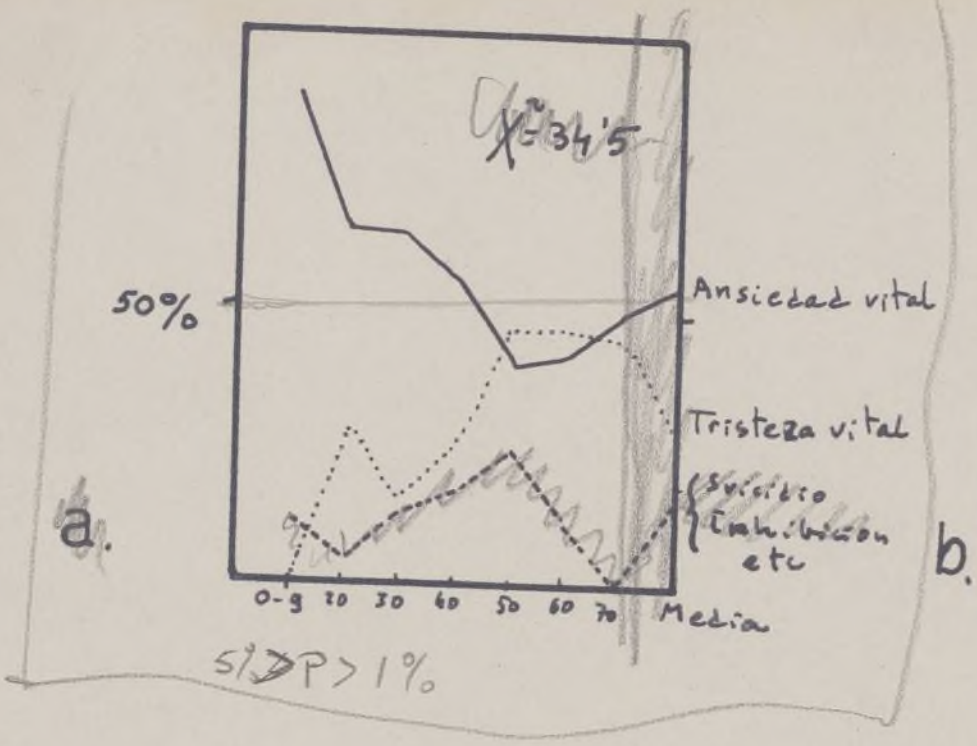
Ayuntamiento de Madrid

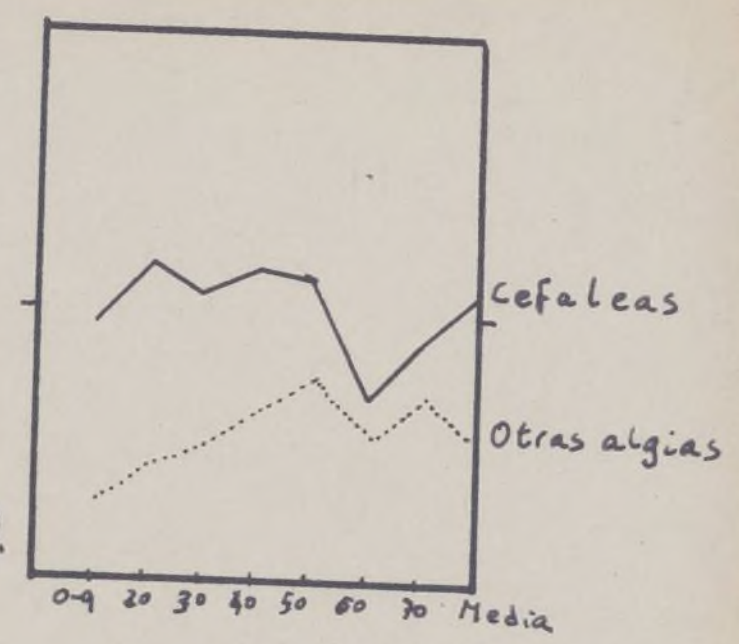


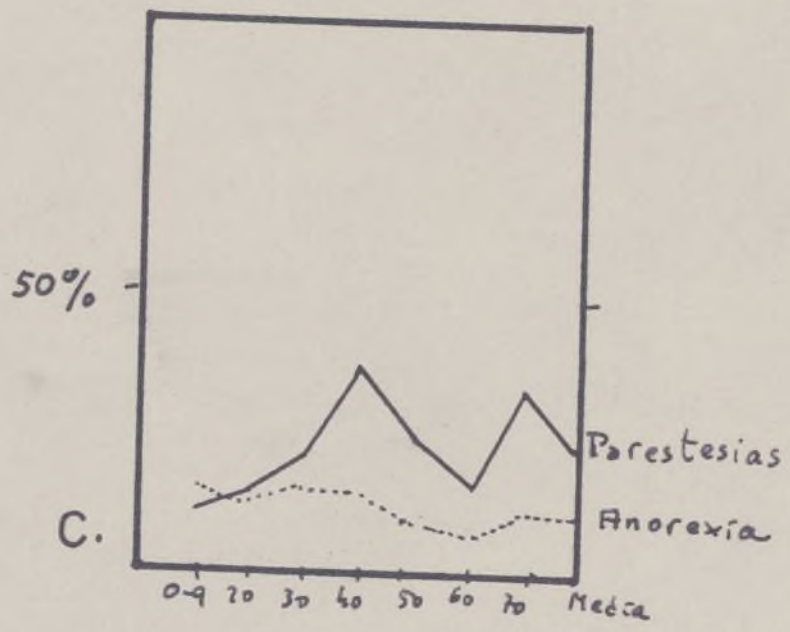
XXI

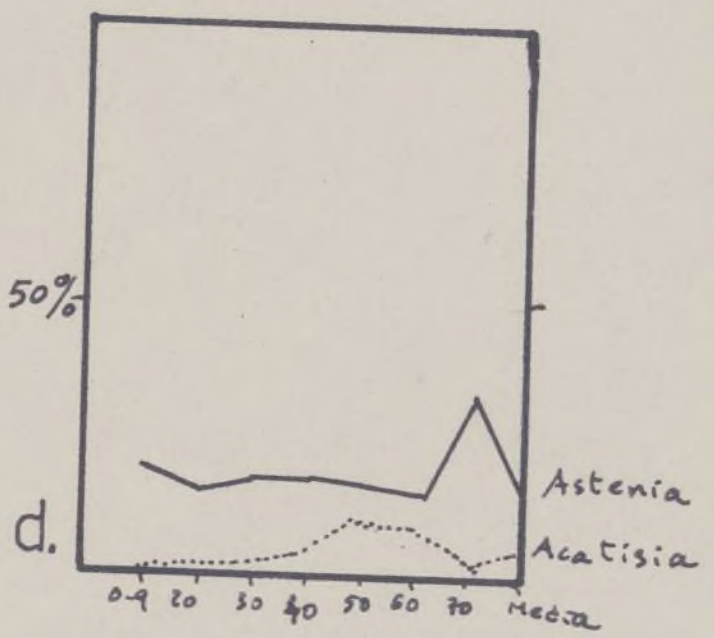
SINTOMAS DEPRESIVOS POR EDADES

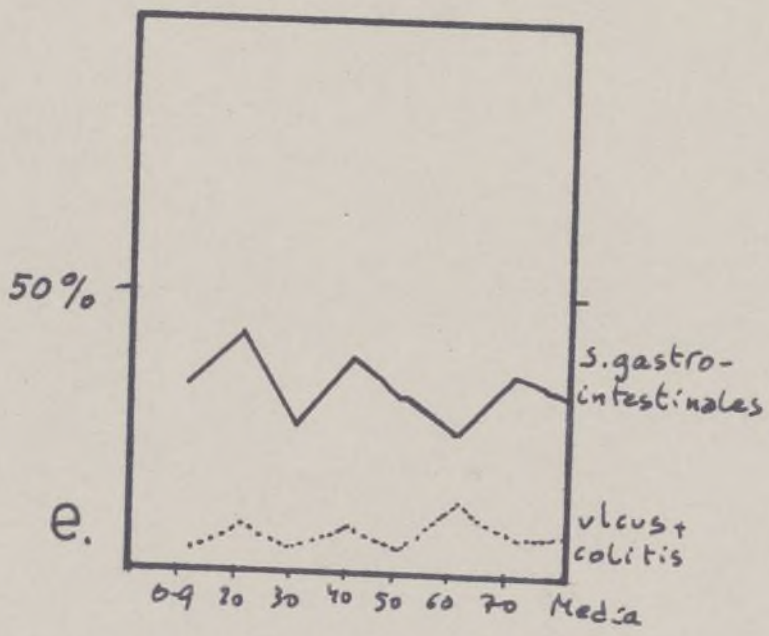
Ayuntamiento de Madrid

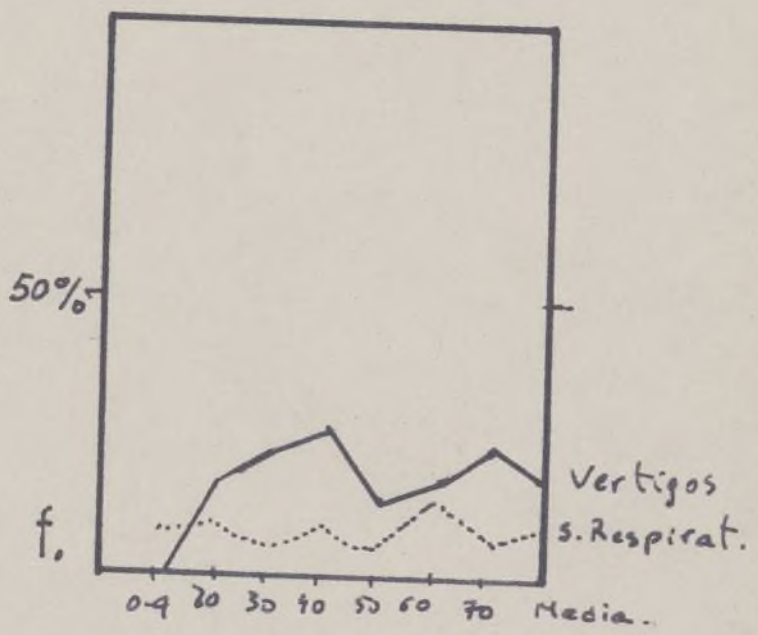












Reparto por edades (XXII)

Ayuntamiento de Madrid

BIBLIOGRAFIA

1. Ad Hoc Committee on Classification of Headache: Classification of Headache. J. Amer. Med. Ass. 179 (1962) 717.

2. ADAMS, R.D., O. FOLCH-PI, C.M. PEARSON (1953) Diseases of the Muscle. Hoeber. Nueva York.

3. AIMARD, A. (1958) Maladies et Syndromes Rares ou peu Connus. Masson et Cie. Paris.

4. ALAJOUANINE y NICOLAS (1948) Gen. Hosp. Paris. pág. 852.

5. ALEXANDER, F. (1950) Psychosomatic Medicine. New York. W.W. Norton.

6. ALLISON (1943) Canada. Med. Ass. J. 48, 36.

7. ARIETI, S. (1967) Die Psychopathologie des Schmerzes im Lichte psychopharmakologischer Erfahrungen. En: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie. Ed. H. Kranz y K. Heinrich. G.Thieme Vg. Stuttgart.

8. ANGST, J. (1966). Zur Ätiologie und Nosologie Endogener Depressionen. Springer Vg. Berlin, Heidelberg, Nueva York.

9. APPEL, J.W., y A. ROSEN. (1960) Psychosom. Med. 12, 236.

10. ARING, C.D. (1962) "The nature and significance of chronic pain." En: Med. Clin. of North America, , 1487.

11. ARMSTRONG, J.M. (1954) Lumbar Disc Lesions. Livingston. Edinburgo. London.

12. BADAL, L.W., T.E. DRISCOL, MAULTSBY (1967) "The role of the symptom in psychosomatic disease--changes following removal of a symptom by extrapsychic means? Am. J. Psychiat. 113, 1031

13. BALDWIN, M. (1966) "Electrical Stimulation of the Human Temporal Region." En: Recorded Experiences on the Unanesthetized Human Brain. Eds. J. Ajuriaguerra y H.S. Gastaut. Hoeber. Nueva York.

14. BALLIVET (Tesis). Méd. Lyon, pág. 600.

15. BARD, P., y V.B. MOUNTCASTLE (1948). "Some forebrain mechanisms involved in expressions of rage with special reference to suppression of angry behaviour." En: The Frontal Lobe (ed. J.Fulton and Long & Williams Co.) Baltimore.

16. BASTIANS, J. citado por GISSEN.

17. BAUMER, L. (1961) Vegetative Dystonie als abortive Phasen cyclothymer Verstimmungen. Comunicac. en el 29 Congreso Nordwestdeutscher Neurologen und Psychiater. Baden-Baden. Ref. en Arch. Neurol. u. Psychiat. 185, 5.

19. BECKER, E. (1959) Escape from Evil. Free Press. Nueva York.

Ayuntamiento de Madrid

20. BHASKARAN, K. (1955)"Some somatization patterns in reactive depression." J. Nerv. Ment. Dis., 121, 444.

21. BILLOD, E. (1850) Annales Médico-Psychologiques, 2ª série t. II pag. 611. Citado en Billod E. (1882).

22. BILLOD, E. (1873) Annales Médico-Psychologiques. Recogido en Billod, E. (1882)

23. BILLOD, E. (1882) "Des maladies mentales et nerveuses." (ed. G. Masson).Paris.

24. BING, citado por LOPEZ IBOR.

25. BLANC, C. (1962). "Les foyers temporaux gauches dans les états nevrotiques et dépressifs." Rev. Neurol. 100, 141.

26. BLANC, C. y C.G. LAIRY (1961) Electroenceph. clin. Neurophysiol. 3,487.

27. BLEULER, E. citado por CAMPBELL.

28. BLEULER, M. (1954) Endokrinologische Psychiatrie. G. Thieme V. Stuttgart.

29. BOCHNIK (1968) citado por SPIEGELBERG y co.

30. BONHOEFFER (1912) Berl. Klin. Wschr. I, 925. Citado por KIRCHOFF (1942).

31. BORNSTEIN, B. (1961)."Restless legs." Psychiat. et Neurol. (Basel) 141, 165.

32. BRACELAND, F. y ROME. (1952) Am. J. Psychiat. 108, 641.

33. BRADLEY, J.J. (1963) "Severe localized pain associated with the depressive syndrome." Brit. J. Psychiat., 109, 741.

34. BRAIN, R. (1955) Enfermedades del Sistema Nervioso. Ateneo, Buenos Aires.

35. BREZINONA, V., E. NOVOTNA, M.PLZAK, K. SOUCEK y J. ZAVIRAL (1966). "A contribution to the longitudinal study of manic-depressive psychosis." Electroenceph. clin. Neurophysiol., 20, 284.

36. BRISSAUD (1950) citado por LOPEZ IBOR.

37. BROOKS, F.P. (1966). "Stress ulcer: etiology, diagnosis and treatment." M. Clin. of North America, 50, 1447.

38. BROUSAIS citado por MARCHAND y AJURIAGUERRA.

39. BROWINING, J.S. y HOUSEWORTH, J.H. (1953) "Development of new symptoms following medical and surgical treatment for duodenal ulcer." Psychosom. Med., 15, 328

40. BÜRGER-PRINZ, H. (1961). Probleme der Phasischen Psychosen. F. Enke, Stuttgart.

41. BÜSSOW, H. (1964). "Zur Frage der Asthmamittel-Psychosen." Nervenarzt, 35, 222.

Ayuntamiento de Madrid

42. CAILLIET, R. "Low back pain syndrome." Blackwell Scientific Publications. Oxford.

43. CAMPBELL, J.D. (1950). "Mild manic-depressive psychosis, depressive type: psychiatric and clinical significance." J. nerv. ment. Dis. 112, 206.

44. CASEY, K.L. y R. MELZACK (1967). "Neural mechanisms of pain." En: New Concepts in Pain (ed. E. Leong Way) F.A. Davis Co. Philadelphia.

45. CHAMBERLAIN, O.B. (1949). "Cryptic depressive states." South M.J. 42. 1078 Citado por BHASKARAN.

46. CIMBAL, Z. citado por HEMPEL, J.

47. CLAPAREDE, E. (1924)."Note sur la localisacion du moi." Arch. Psychoanal., 19, 172.

48. CLARK, L., W. BAUER, y S. COBB (1952) "Preliminary observations on mental disturbances ocurring in patients under therapy with cortisone and ACTH." New England J. Med., 246, 205. Ref. en Psychosom. Med. 15 (1953) 263.

49. COHEN, H. (1939). "Intracranial causes of headache." Brit. Med. J. ii,713.

50. COOPER, I.S. y F. BRACELAND (1950). "The psychosomatic aspects of pain." Med. Clin. of North America, 34, 981.

51. CORBIN, K.B. (1968) "Common neurological pain problems." Med. Clin. of North America, 52, 773.

52. CRADDOCK, W.,G.C. KREBS (1949). "Electroshock therapy in neurodermatitis." Dis. nerv. Syst., 10, 331.

53. CRIGHEL, E. y A. SOLOMONOVICI (1968). "Electroclinical correlations in neurosis with anxiety and depression." Psychiat. Clin. 1, 143.

54. CRITCHLEY, M. (1935) citado por BRADLEY.

55. CURRAN, D., (1939). "Headache as an early symptom of nervous and mental disorder," Brit. Med. J., ii, 717.

56. CURSCHMANN citado por LOPEZ IBOR (1950).

57. DALMAU, C.F. y A. H. KUTSCHER (1956). Psychosom. med. 18, 347.

58. DALTON, K. (1964) The Premenstrual Syndrome, William Heinemann, Londres.

59. DANIELS, G.E. y COW (1962). "Three decades in the observation and treatment of ulcerative colitis." Psychosom. Med. 24, 85.

60. DAVIS, P.A. (1941) "Electroencephalograms of manic-depressive patients." Am. J. Psychiat., 98, 430.

61. DAVIS, R.A., N. WETZEL y L. DAVIS (1955) "Acute upper alimentary tract ulceration and hemorrhage following neurosurgical operations." Surg. Gynec. and Obst. 100, 51

62. DELZE y SULFIELD citado por PAKESCH (1967).

Ayuntamiento de Madrid

63. DENSON, R. y J.C. YASKIN citado por BHASKARAN.

64. DICKGANS (1952) Dtsch. med. wschr. 77, 160.

65. DITFURTH, H. von (1960). Die endogen Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt. S. Karger, Basilea, Nueva York.

66. DUNBAR, F. (1943). Psychosomatic Diagnosis. P.B. Hoeber, Nueva York, Londres.

67. EDGER, M.A. y S. NUNDY. (1966). "Innervation of the spinal dura mater." J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 29, 530.

68. EKBOM, K.A. (1945). "Restless legs; a clinical study." Acta med. Scand. Suppl. 158, 1

69. EKBOM, K.A. (1950). "Restless legs; a report of 70 new cases." Acta. med. Scand. Suppl. 246, 64.

70. EKBOM, K.A. (1966). "Restless legs syndrome after portal gastrectomy." Acta Neurol. Scand. 42, 79.

71. ELLINGSON, R.J. (1954)."The incidence of EEG abnormality among patients with mental disorders of apparently non organic origin." Am. J. Psychiat. 111, 263.

72. ENGEL, G.L. (1951). "Prymary atypical facial neuralgia." Psychosom. med. 13, 375.

73. ENGEL, G.L. (1956) "Studies of ulcerative colitis: IV-The significance of headaches." Psychosom. med. 18, 334.

74. ENGEL, G.L. (1958). "'Psychogenic' pain." Med. Clin. of North America, 42, 1481.

75. ENGEL, G.L. (1968). "A reconsideration of the role of conversion in somatic disease." Comprehensive Psychiat., 9, 316.

76. ERVIN, F.R., A.W. EPSTEIN y H.H. KING (1955). "Behaviour of epileptic and non-epileptic patients with 'temporal spikes'." Arch. Neurol. Psychiat., 74, 488.

77. FALCONER, M., M. McGEORGE y A. BEGG (1948). "Observations on the cause and mechanism of symptom production in sciatica and low back pain." J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., 11, 13.

78. FALRET, J. Archives génerales de médecine. Decembre 1860 et suivantes. Citado por BILLOD (1882).

79. FENICHEL, O. (1945). The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Kegan Paul, Trench, Trubner, Londres.

80. FINLEY, K.H. (1944). "On the occurrence of rapid frequency potential changes in the human EEG." Amer. J. Psychiat., 101, 194.

81. FOERSTER, O. citado por HEYCK (1969).

Ayuntamiento de Madrid

82. FONSECA, A.F. da (1959). Analise heredo-clínica das perturbaçoes afectivas. Porto.

82a. FONSECA, A.F. da (1963)."Affective equivalents." Brit. J. Psychiat. 109, 464.

83. FONSECA, A.F. da (1965). Herança da Personalidades. Porto.

84. FONSECA, A.F. da (1967). "The psychotherapy of affective equivalents." en: Hypnosis and Psychosom. Med. (ed. J.Lassner) Springer, Berlin, Heidelberg, Nueva York. pag. 100.

85. FONSECA, A.F. da (1969). "Estructura obsesiva." Ponencia en el Simposio Internacional sobre la dinámica de las Neurosis. Madrid, primavera 1969 (en prensa).

86. FORRER, G.R. (1962). "Hallucinated headache." Psychosomatics, 3, 120.

87. FRANK citado por MARCHAND y AJURIAGUERRA.

88. FRAZIER citado por RANEY.

89. FREEMAN, J.G. y L.C. KOLB (1951). Proc. Staff Meet. Mayo Clinic. 26, 401. Referencia en Psychosom. Med. 15 (1953) 176.

90. FRENCH, E. (1958). "Back pain caused by condition other than intervertebral disk injury." Med. Clinics of North America, 42, 1589.

91. FRENCH, T.M. y ALEXANDER (1941). "Psychogenic factors in bronchial asthma." Psychosom. Med. Monograph. 4.

92. FREUD, S. (1938-1952) Gesammelte Werke. Imago, Londres.

93. FREUD, S. (1895). "Über die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung." Neurol. Centralbl. 14, 49.

94. FREUD, S. (1903). Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurastenie. Zbl. Nervenheilkunde.

95. FREUD, S. (1948). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Hogarth Press, Londres.

96. GANS, M. (1951). "Migraine as a form of neurasthenia." J. nerv. ment. Dis. 113, 315.

97. GASTAUT, N. (1957). "Les epilepsies." Encyclopedie Medico-chirurgicale. Psychiatrie. pag. 410.

98. GAUPP, R. (1948). "Meralgia Paraesthetica." Nervenarzt, 19, 511.

99. GEHLKEN (1967). Discusión a PAKESCH. En: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie. (ed. H. Kranz y K. Heinrich) G. Thieme Vg. Stuttgart pag. 120.

100. GEPPERT, H. citado por O. POHL y G. HAITS.

101. GHORMLEY, R.K. (1951). "An etiologic study of backache and sciatic pain." Proc. Staff Meetings Mayo Clinic, 26, 457.

102. GIBBS, F.A. (1951). "Ictal and non-ictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy." J. nerv. ment. Dis. 113, 522.

102a. GIBBS, F.A. y E.L. GIBBS (1951). Atlas of Electroencephalography. Vol. II. Addison-Wesley, Cambridge, Mass.

Ayuntamiento de Madrid

103. GIBSON, J.G. y W.A. KENNEDY (1960). "A clinical EEG study in a case of obsessional neurosis." Electroenceph. clin. Neurophysiol., 12, 198.

104. GIOVACCHINI, P.L. (1956). "Coexisting organ neuroses." Psychosom. Med., 18, 84.

105. GITTLESON, N.L. (1962). "Psychogenic headache and the localization of the ego." J. ment. science, 108, 47.

106. GITTLESON, N.L. citado por LOPEZ IBOR (1966).

107. GLASER, G.H. (1953). "Psychotic reactions induced by corticotropin (ACTH) and cortisone." Psychosomatic med., 15, 280.

108. GLASER, M.A. citado por LEWEY.

109. GLATZEL, J. (1967). "Über zyklothyme Depressionen mit vegetativen Symptomatik." Fortsch. Neur. Psychiat., 35, 441.

110. GOOLKER, P. y J. SCHEIN (1953). "Psychic effects of ACTH and cortisone." Psychosomatic Med., 15, 589.

111. GOTTSCHALK, L.A. (1957). Am. J. Psychiat., 113, 1088.

112. GOWERS, W.R. (1901), Epilepsy and other Chronic Convulsive Diseases, their causes, Symptoms and Treatment. 2ª ed. Churchill, Londres.

113. GRAHAM, J.R. y H.G. WOLFF citado por HEYCK (1969).

114. GRANIT, R., L. LEKSELL, C.R. SKOGLUND (1944). "Fiber interactions in injured or compressed regions of nerves." Brain, 67, 125.

115. GREGG, D. citado por A. THOMAS y co.

116. GRINKER, R.R. y F.P. ROBBINS (1954). Psychosomatic Case Book. The Blakiston Co., New York, pag. 10.

117. GROEN, J., J. BASTIAANS, J.M. v. der VALK (1957). Psychosomatic Aspects of Syndrome Shift and Syndrome Suppression. En: Psychosomatics (ed. J. Booij Elsevier), Amsterdam.

118. GROETHUYSEN, U.C. y co. (1953). "Depth EEG recording of a seizure during a structured interview." Psychosom. Med., 19, 353.

119. HALL, S.B. (1949). Psychological Aspects of Clinical Medicine. Londres, pag. 321.

120. HALLIDAY, J.L. (1948). Psychosocial Medicine. A Study of the Sick Society. Norton, Nueva York.

121. HANRAETS, P.R.M.J. (1959). The Weak Back. Elsevier, Amsterdam, Londres, Nueva York, Princeton.

122. HANSEN, K. (1951). "Asthma bronchiale." Dtsch. Med. Wschr. 76, 1165.

123. HARDING, G., P.M. JEAVONS, F.A. JENNER, P. DRUMMOND, M. SHERIDAN, y G.W. HOWELLS (1966). "The electroencephalogram in three cases of periodic psychosis." Electroenceph. clin. Neurophysiol, 21, 59.

Ayuntamiento de Madrid

124. HARRIS, I.D. (1951). "Mood, anger and somatic dysfunction." J. nerv. ment. Dis. 113, 153.

125. HARRISON, T.R. (1966). "Some problems in the diagnosis, management and patho-physiology of angina pectoris." Arch. Int. Med., 117, 323.

126. HASKOVEC citado por LOPEZ IBOR (1950).

127. HASKOVECK citado por EKBOM (1945).

128. HEFFERNON, E.W. (1963). "The irritable colon--a common mimic." M. Clin. North America, 47, 425.

129. HEFFERNON, E.W., y R.C. Lippincott (1966). "The gastrointestinal response to stress. (The irritable colon)" M. Clin. North America 50, 591.

130. HELLPACH, W. von. (1949). Klinische Psychologie. Thieme, Stuttgart.

131. HEMPEL, J. (1937). "Die 'vegetativ-dystone Depression'" Nervenarzt. 10, 22.

132. HENCH citado por L. REES.

133. HERTRICH, O. (1962). "Beitrag zur Diagnostik und Differential diagnostik der leichteren depressiven Zustandsbilder." Fortsch. Neurol. Psychiat. 30, 169.

134. HEYCK, H. (1966). "Kopfschmerz und vegetatives Nervensystem." Akt. Frangen Psychiat. Neurol. vol. 4, pp. 167-701, Karger, Basel, Nueva York.

135. HEYCK, H. (1969). "Pathogenesis of migraine." Res. clin. stud. Headache vol. 2, pag. 1, Karger, Basilea, Nueva York.

136. HILL, D. (1953). "Psychiatric disorders of epilepsy." Med. Press 20, 473.

137. HILLBOM, E. (1960). "After-effects of brain injuries." Acta. psychiat. neurol. Scand. Suppl. 142.

138. HOMMES, O.R. y J.J. PRICK (1968). Alopecia Maligna. N.V. Noord-Hollandsche uitgevers maatschappij. Amsterdam.

139. HORACK, H.M. (1967). "Cervical root syndrome." Med. Clinics of North America 51, 1027.

140. INMAN, V.V. y J.B. Saunder (1947). "Anatomic-physiological aspects of injuries to the intervertebral disc." J. Bone and Joint Surgery, 79, 461.

141. JAKOBOWSKY, B. (1961). "Psychosomatic equivalents of endogenous depressions." Acta Psychiat. Scand. 37, (Suppl 182) 253.

142. JANJIGIAN, E.R. (1949). "Report of three cases of trigeminal neuralgia apparently cured by electroshock therapy." Am. J. Psychiat. 106, 143.

Ayuntamiento de Madrid

143. JASPERS, K. (1965). Allgemeine Psychopathologie. 8ª edición Springer, Berlin, Heidelberg, Nueva York.

144. JONAS, A.D. (1965). Ictal and Subictal Neurosis. Charles C. Thomas, Springfield.

145. JONES, D. y S.B. Hall (1963)."Significance of somatic complaints in patients suffering from psychotic depression." Acta Psychother. et Psychosom. 11, 193.

146. JONES, E. (1953, 1955, 1957). Sigmund Freud: Life and Work. 3 tomos. Hogarth Press, Londres.

147. JONES, M. y A. LEWIS (1941). "Effort syndrome." Lancet 1, 813.

148. KAADA, B.R., E.W. RASMUSSEN, O. KVEIM (1962). J. comp. physiol. Psychol. 55, 661.

149. KAPLAN, S. citado por GOTTSCHALK.

150. KAPLAN, S.M. (1956). "Psychological aspects of cardiac disease: a study of patients expecting mitral commissurotomy." Psychosom. Med. 18, 221.

151. KAPP, F.T., M. ROSENBAUM y J. ROMANO (1947). Am. J. Psychiat. 103, 700.

152. KEHOE, M.J. (1967). "Facial pain: hypnotic suggestion as a method of treatment." Amer. J. Psychiat. 123, 1577.

153. KELLY, M. (1956). "Is pain due to pressure on nerves? Spinal tumors and the intervertebral disc." Neurology, 6, 32.

154. KENNEDY, F. (1944). "The neuroses, related to the manic-depressive constitution." Med. Clin. North Am. 28, 455.

155. KENNON, E.F. (1946). "Bronchial asthma and affective psychosis." Psychosom. Med. 8, 53.

156. KEPECS, J.G. (1953). "Some patterns of somatic displacement." Psychosom. Med. 15, 425.

157. KIELHOLZ, P. (1965). Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. J.F. Lehmans Vg. Munich.

158. KIELHOLZ, P. (1967). Discusión a POLDINGER. En: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie (ed. H. Kranz y K. Hernrich) G. Thieme Vg. Stuttgart, pag. 131.

159. KIRCHOFF, J. (1942). "Poliklinik depressiver Störungen speziel endogener Verstimmungen" Zeitsch. f.d. gesamte. Neurol. u. Psychiat. 174, 89.

160. KIRN citado por LANGE.

161. KISSEN, D.M. (1963). "The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine." J. nerv. ment. Dis. 136, 34.

Ayuntamiento de Madrid

162. KLEIST, K. (1916). Postoperative Psychosen. Monographien aus den gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Heft 11 Springer, Berlin, citado por LANGE (1961).

163. KORTLAND, A. citado por GROEN, BASTIAANS y V. der VALK (1955).

164. KRANZ, H. (1951). "Die Differentialdiagnose der Depressionszustande." Med. Welt. 3, 78.

165. KRANZ, H. (1959). "Abgrenzung gegenüber Psychopathie und Psychose." En: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Tomo I, Urban y Schwarzenberg, Munich.

166. KUBIE, L.S. (1953)."The problem of specificity in the psychosomatic process." En: The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis. (ed. F. Deutsch) International University Press, Nueva York.

167. KULENKAMPFF, C. y A. BAUER (1960). "Über das Syndrom der Herzphobie." Nervenarzt. 31, 443.

168. KULENKAMPFF, C. y A. BAUER (1962). "Herzphobie und Herzinfarkt." Nervenarzt. 33, 289.

169. KULENKAMPFF, C. (1964). "Über das Syndrom der Herzphobie." Zeitsch. F. Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 14, 217.

170. KÜTEMEYER, W. (1953). Körpergeschehen und Psychosen. Beitr. a. d. all. Med. (ed. V. Weiszaecker) Stuttgart.

171. LAFONTAINE, E. (1963). "Les limites de la normale en EEG." La Presse Med. 24, 1253.

172. LANDOLT, H. (1960). Die Temporallappenepilepsie und ihre Psychopathologie, Basilea.

173. LANGE, E. (1961). "'Postoperative' Psychosen." Psychiat. Neurol. (Basilea) 141, 393.

174. LANGE, J. citado por KIRCHOFF.

175. LASCELLES, R.G. (1966)."Atypical facial pain and depression." Brit. J. Psychiat. 112, 651.

176. LEAKE, C.D. (1967). Introducción. En: New Concepts in Pain (ed. E. Leong Way) F.A. Davis Co. Philadelphia.

177. LEDERER, W. (1965). "Entwurzelungs - depression ohne Depression. Fettleibigkeit und andere psychosomatische Depressions-Äquivalente." Nervenarzt. 36, 118.

178. LEHMANN, H.E. (1967). "Psychodynamic aspects of psychopharmacology." En: Proceedings of the Fourth World Congress of Psychiatry (ed. López Ibor) Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, Tomo I, pag.296.

179. LEIGH, D. y J.W. LOVETT DAUST (1953). "Asthma and psychosis." J. Ment. Sc. 99, 489.

Ayuntamiento de Madrid

180. LEIGH, D. (1967). "The contributions of Psychoanalysis and Psychiatry to Psychosomatic Medicine." Psychotherapy and Psychosomatics, 15, 153.

181. LEIGH, D. y E. MARLEY (1967). Bronchial Asthma. Pergamon, Oxford.

182. LEMERE, F. (1941). "Cortical energy production in the psychoses." Psychosom. Med. 3, 152.

183. LEMIEUX, L.H. citado por MACKLIN y co.

184. LEMKE, R. (1949). "Über die vegetative Depression." Psychiat. Neurol. med. Psychol. 1, 161.

185. LEONHARD, K. (1957). Aufteilung der Endogenen Psychosen. Akademie Vg., Berlin.

186. LESSE, S. (1956). "Atypical facial pain syndromes of psychogenic origin." J. nerv. ment. Dis. 124, 346.

187. LEWEY , F.H. (1949). "Psychosomatische Betrachtung zur Differential diagnose der typischen und atypischen Trigeminusneuralgie." Psychiat. Neurol. (Basel) 117, 289.

188. LEWIN, Ph. (1955). The Back and its Disc Syndroms. Lea y Febiger, Philadelphia.

189. LIM, R.K.S. (1967). "Pharmacologic viewpoint of pain and analgesia." En: New Concept in Pain (ed. E. Leong Way) F.A. Davis Co. Philadelphia.

190. LINDAHL, O. citado por WETZEL.

191. LIVINGSTON, W.K. (1943). Pain Mechanisms: A Physiologic Interpretation of Causalgia and its Related States. Macmillan, Nueva York.

192. LOEW, D. (1966)."Die Einordnung des symptoms 'Mundtrockenheit' in die psychiatrische Diagnostik von Depressionen." Psychiat. Neurol. (Basel) 151, 366.

193. LOEWENBERG, R.D. (1951), "The spine in folklore. Note on the fixation of chronic backache." General Semantics Bulletin, Spring-Summer. Referencia en: Psychosom. Med. 15 (1953) 177.

194. LOGAN, V.W., BOBOWIEC, B.B. (1952). "Gastric ulcer occurring in a patient after lobotomy." Ann. Int. Med. 36, 1093.

195. LOPEZ IBOR, J.J. (1943). Diagnóstico y tratamiento de la epilepsia genuina. Colección Española de Monografías Médicas. Barcelona.

196. LOPEZ IBOR, J.J. (1948). "El círculo timopático." Actas Luso-españolas de Neurol. y Psiquiat. 7, 161.

197. LOPEZ IBOR, J.J. (1949). Los Problemas de las Enfermedades Mentales. Labor. Barcelona, Madrid.

198. LOPEZ IBOR, J.J. (1950). La Angustia Vital. Paz Montalvo, Madrid.

Ayuntamiento de Madrid

199. LOPEZ IBOR, J.J. (1960). "Cuestiones actuales en medicina psicosomática. Acta. Psychosomatica. Documenta Geigy nº 1, Basilea.

200. LOPEZ IBOR, J.J. (1961, 1964). Lecciones de Psicología Médica. 2 Tomos. Paz Montalvo, Madrid.

201. LOPEZ IBOR, J.J. (1962). "Sobre la psicopatología de las depresiones." En: Psychopathologie Heute (ed. H. Kranz) G. Thieme Vg. Stuttgart.

202. LOPEZ IBOR, J.J. (1963). "Psychosomatische Forschung." En: Psychiatrie der Gegenwart. Heidelberg.

203. LOPEZ IBOR, J.J. (1968). "Depressive Äquivalente." Comunicación en Berlin.

204. LOPEZ IBOR; J.J. y J.J. LOPEZ-IBOR ALIÑO (Mayo, 1969). "Depressionen bei organischen Krankheiten." Veldener Symposium (en prensa).

205. LOPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1968). Comunicación en el Symposium Internacional EEG en Psiquiatría, Madrid, Noviembre 1968 (en prensa).

206. MACKLIN, E.A., A. SIMON, G.H. CROOK (1953). "Psychotic reactions in problem drinkers treated with Disulfiram (Antabuse)". A.M.A. Arch. of Neurol. and Psychiat. 69, 415.

207. MACRAE, D. (1957). "Paroxysmal depressions." Neurology, 4, 497.

208. MAGNUS, O., L. PONSEN y A.J. van RIJN (1954). "Temporal lobe epilepsy." Folia psychiat. néerl. 57, 264. Referencia en Nervenarzt. 27, (1956), 46.

209. MALAMUD, W. y A. MYERSON citado por THOMAS y co.

210. MARCHAND, L. y J. de AJURIAGUERRA (1948). Epilepsies - Desclée de Brouwer Paris.

211. MASSERMAN, J.H. (1946). "Psychogenic vomiting." J. nerv. ment. Dis. 103, 224.

212. MASTER, A.M., H.L. JAFFE, y L. PORDY (1954). "Chest pain - cardiac vs. non-cardiac." Med. clin. North America, 38, 743.

213. MATUSSEK, P., A. HALBACH, G. TROEGER (1965). Endogene Depression. Urban y Schwarzenberg, Munich, Berlin.

214. MAUREL, H. M. RUEL y A. KABARE (1968)."Les dyskinésies prolongées induites par les medicaments neuroleptiques." Proceedings IV World Congress of Psychiatry (ed. J.López Ibor). Excerpta Medica Foundation. Amsterdam. Tomo 4 pag. 2258.

215. MAYER-GROSS, W., E. SLATER y M. ROTH (1954). Clinical Psychiatry. Londres.

216. McALLISTER y HECKER (1949). Am. J. Psychiat. 105, 843.

217. McLEAN, P.D. (1954). Electroenceph. clin. Neurophysiol. 4, 407.

218. McLEAN, P.D. (1954). J. Neurosurg. 11, 29.

Ayuntamiento de Madrid

219. MELCHER, A. (1963). "Degeneration und Endogenität." Nervenarzt. 34, 219.

220. MENNINGER, K. (1938). Man Against Himself. Harcourt, Brace & co., Nueva York.

221. MILLER, M.R. (1967). "Pain: morphologic aspects." En: New Concepts in Pain. (ed. E. Leong Way) F.A. Davis, Philadelphia.

222. MITSCHERLICH, A. (1956). "Entfaltung der Psychoanalyse." Das Wirken Sigmund Freuds in der Gegenwart. Klett. Stuttgart.

223. MIXTER, W.J. y J.S. BARR (1934). "Rupture of intervertebral disc with involvement of spinal canal." New England J. of Med. 211, 210.

224. MÖBIUS citado por MELCHER.

225. MULDER, D.W., D. DALY (1952). "Psychiatric Symptoms associated with lesions of temporal lobe." J. Amer. med. Ass. 150, 173.

226. MUNGER citado por MILLER (1967).

227. NORTHFIELD, D.W.C. (1938). "Some observations on headache." Brain 61, 133.

228. NUFFIELD, E.J. (1961). J. Ment. Sci. 107, 438.

229. NUNBERG, H. y FEDERN, E. (1962). Minutes of the Vienna Psychoanalytic Society. Vol. I (1906-1908). International University Press Inc. Nueva York.

230. OPPENHEIM y NONNE citado por LOPEZ IBOR (1950).

231. OSTOW, M. y OSTOW, M. (1946). "Bilaterally synchronous paroxysmal slow activity in the electroencephalogram of non-epileptics." J. nerv. ment. Dis. 103, 346.

232. OSTOW, M. (1953). J. nerv. ment. Dis. 117, 429.

233. OSTOW citado por H.E. LEHMANN (1967).

234. PACELLA, B.L., D. POLANTIN y S.H. NAGLER (1944). "Clinical and EEG studies in obssesive-compulsive states." Am. J. Psychiat. 100, 830.

235. PAKESCH, E. (1967). "Zum Syndrom der larvierten Depression." En: Pharmakopsychiatrie und Psychopatologie (ed. H. Kranz y K. Heinrich). G. Thieme, Stuttgart, pag. 117.

236. PASKIND, H.A. (1929). "Brief attacks of manic-depressive depression." Arch. Neurol. Psychiat. 22, 123.

237. PENFIELD, W., T. RASMUSSEN (1950). The Cerebral Cortex of Man- A Clinical Study of Localization of Function. Macmillan, Nueva York.

238. PENFIELD, W., H. JASPERS (1954). Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain. J.A. Churchill, Londres.

239. PENFIELD, W. (1954). "Localization of discharges in temporal lobe automatisms." Arch. Neurol. and Psychiat. 72, 605.

Ayuntamiento de Madrid

240. PETRILOWITSCH, N. (1961). "Zur Problematik depressiver Psychosen." Arch. f. Psychiat. , u.z. f. d. ges. Neurol. 202, 244.

241. PICHLER, E. (1952). Der Kopfschmerz. Viena.

242. PICKERING, G. (1961). "Headache." En: Principles of Internal Medicine. (ed. T.R. Harrinson y otros). McGraw-Hill Book Co. N.Y., Toronto, Londres.

243. PILCZ citado por GLATZEL.

244. PISETSKY, J.E. (1946). "Disappearance of painful phantom limbs after electric shock treatments." Am. J. Psychiat. 102, 599.

245. POHL, Ü., G. HAITS (1966)."Über die Corticosteroid-Depression." Nervenarzt. 37, 406.

246. PÜLDINGER, W. y U. KÜNIG (1967)"Begleiterscheinungen der psychiatrischen Pharmakotherapie und Depressionsdiagnostik." En: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie (ed. H.Kranz y K.Heinrich) G. Thieme, Stuttgart, pag. 122.

247. PÜLDINGER, W. y A. GEHRING (1968). Vegetative Untersuchungen im Rahmen der Depressiondiagnostik. Monatskurse für die ärztztche Fortbildung, 18, 190.

248. POPPE, W. (1964). "Der paranoide Feldwechsel einer Patientin in lebensgeschichtlicher Abhängigkeit." Nervenarzt. 35, 417.

249. PORTIELJE, A.F.J. citado por Groen y co. (1955).

250. POSER, C.M. y D.K. ZIEGLER (1958). "Clinical significance of 14 and 6 per second positive spikes." Neurology 8, 903.

251. PRIORI, R. (1962). La "Depressio sine Depressione" e le sue forme cliniche. En: Psychopathologie Heute (ed. H. Kranz). G. Thieme Stuttgart.

252. RANEY, A.A., R.B. RANEY y C.R. HUNTER (1951). "Facialgia (atypical facial neuralgia)" J. nerv. ment. Dis. 113, 223.

253. RANGEL, L. (1953). "Psychiatric Aspects of pain." Psychosom. Med. 15, 22.

254. REDLICH, E., O. BINSWANGER (1913). Die klinische Stellung der Sogenanten genuinen Epilepsie. S. Karger Vg. Berlin.

255. REES, L. (1953)."Psychological concomitants of cortisone and ACTH therapy." J. ment. Sci. 99, 497.

256. REES, L. (1953). "Psychosomatic aspects of vagotomy." J. ment. Sci. 99, 505.

257. REES, L. (1963). "An appraisal of the concept of cardiac neurosis." Acta psychother. 11, 242.

258. REIMANN (1963). Periodic Diseases. Blackwell, Oxford.

Ayuntamiento de Madrid

259. REXED citado por HANRAETS.

260. RISSO, M., K. POECK, O. CREUTZFELDT, G. PILLERI (1962). Katammestische Untersuchungen nach Frontaler Leukotomie. Biblioteca Psychiatrica et Neurologica Fas. 116. S. Karger, Basilea, Nueva York.

261. ROBERTS, W.W. y R.J. CAREY (1963). J. comp. physiol. Psychol. 56, 950.

262. ROCHA e SILVA, M. citado por LIM.

263. RODRIGUEZ DELGADO, J.M. (1956). "Evoking conditioned fear by electrical stimulation of subcortical structures in monkey brain." J. comp. Physiol. Psychol. 49, 1956.

264. ROESSLER, R. y N.S. GREENFIELD (1961). "Incidence of somatic disease in psychiatric patients." Psychosom. Med. 23, 413.

265. ROSEN. H. discusión a SEITZ. Psychosom. Med. 15, 422.

266. ROSEMAN, E. (1958). "Pain associated with protruded intervertebral discs." Med. clin. of North America, 42, 1567.

267. ROSS, HAY, MacDOWELL (1950). Psychosom. Med. 12, 179.

268. ROTHENBERG, S. (1954)."Depressions in psychosomatic disorders". Psychosom. Med. 16, 231.

269. RUDIN, E. (1969) (Tambien CERVIN-RUDIN, E.) Genética de las depresiones. Comunicación en el Congreso de Velden. 1969

270. RÜFER citado por HEYCK.

271. RUFFIN, H. (1960). "Leiblichkeit und Hypochondrie." En: Beiträge zu Philosophie und Wissenschaft. pag. 301. Francke Vg., Munich.

272. SABATH y LUCE (1956). citado por THOMAS, A. y co.

273. SAINSBURY, P. (1960). "Psychosomatic disorders and neurosis in out-patients attending general hospital." J. psychosom. Res. 4, 261.

274. SARTRE, J.P. (1938). La nausée. Gallimard, Paris.

275. SAXL, St. (1933). "Ein Fall von Asthma Bronchiale bei einem Manisch-depressiven." Wien Klin. Wochnschr. 46, 1515.

276. SCHNEIDER, K. (1967). Klinische Psychopathologie. 8ª edición G. Thieme, Stuttgart.

277. SCHNEIDER, P.B. (1961). "Quelques problèmes concernant la psychothérapie des maladies psychosomatiques." Acta Psychother. 9, 147.

278. SCHROEDER (1908) citado por R. PRIORI.

279. SCHULTE, W. (1948). "Psychogenese organ-neurologischer Krankheiten." Nervenarzt, 19, 129.

Ayuntamiento de Madrid

280. SCHULTE, W. (1961). "Nichttraurigseinkönnen im Kern melancholischen Erlebnis". Nervenarzt, 32, 314.

281. SCHULTE, W. (1962). "Psychotherapeutische Bemühungen bei der Melancholie." Dtsch. Med. Wschr. 87, 2225.

282. SEITZ, P.F.D. (1953). "Experiments in the substitution of symptoms by hypnosis III." Psychosom. Med. 15, 405.

283. SHANAHAN, W.M. (1955). "Vagotomy- Five years later." Am. J. Psychiat. 112, 140.

284. SHAW, I.A. citado por MACKLIN y Co.

285. SLATER, E. (1953). Clinical Genetics. Butterworth, Londres.

286. SMYTH, M.J. y WRIGHT, V. (1958)."Sciatica and the intervertebral disc. An experimental study." J. Bone and Joint. 40 A, 1401.

287. SMYTHIES, J.R., W.R. ADEY y J.V. BRADY (1966). The Neurological Foundations of Psychiatry. Blackwell, Oxford.

288. SOLOMON, S. (1967). "Neurological evaluation." En: Comprehensive Psychiatry (pag. 424) (ed. A.M. Freedman y H.I.Kaplan) The Williams & Wilkins Co., Baltimore.

289. SPEAR, F.G. (1967). "Pain in psychiatric patients." J. psychosom. Res. 11, 187.

290. SPENCER, J.A., K.G. MORLOK y G.P. SAYRE (1959). "Lesions in upper portion of the gastrointestinal tract associated with intracranial neoplasms." Gastroenter. 37, 20.

291. SPERLING, M. (1946). "Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children." Psychoanalyt. Quart. 15, 302.

292. SPIEGELBERG. U. (1955). "Über Beziehungen endogene Psychosen zu Körperlichen Krankheiten." Fortschr. Neurol. 23, 221.

293. SPIEGELBERG, U. (1955). Colitis Ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht. Forum der Psychiatrie. F. Enke, Stuttgart.

294. SPIEGELBERG, U. (1965). Zur Psychosomatik des Syndrome Shift (Feldwechsel). Conferencia en 4. Hamburger Gespräche 23 und 24 juli.

295. SPIEGELBERG, U. (1966). "Problemas de la génesis psicosomáticas de los síntomas según el ejemplo de la colitis ulcerosa." Actas Luso Esp. de Neurol. y Psiquiat. 25, 1

296. SPIEGELBERG, U., B. SCHIRG y B. BETZ (1968). Syndromwechsel (Syndrome shift) und Verstimmung. Conferencia pronunciada en Wanderversammlung südwertdeutscher Neurologen und Psychiater. Baden-Baden 8-9-1968.

297. SPIEGELBERG, U. (1968). "Zyklothymie, Neurose und Psychosomatische störung." En: Vitalität, (ed. H.J. Colmant) Ferdinand Enke Vg. Stuttgart.

Ayuntamiento de Madrid

298. STEKEL, vease en NUNBERG, H. y E. FEDERN.

299. STENBÄCK, A. (1954). "Headache and Life Stress." Acta Psychiat. Neurolog. Scand. Suppl 92.

300. STEVENS, J. (1968)."Low back pain." The med. clin. of North America. 52, 55.

301. SWARTZ y SEMRAD (1951). Psychosom. Med. 13, 314.

302. SZASZ, T.S. (1949). "Psychiatric aspects of vagotomy. IV. Phantom ulcer pain." Arch. Neurol. and Psychiat. 62, 728.

303. SZASZ, T. (1959). "Language and pain." En: American Handbook of Psychiatry, (ed. S. Arieti)pag. 982. Basic Books, Nueva York.

304. TAIT y ASCHER citado por GITTLESON (1962).

305. TARNOW, G. (1963). "Über symptomatische Psychosen nach Sympatektomie." Nervenartz, 34, 484.

306. TAYLOR y MORRIS citado por L. REES.

307. TELLENBACH, H. (1961). Melancholie. Springer Berlin. Göttingen Heidelberg.

308. TELLENBACH, H. (1965). Epilepsie als Anfallsleiden und als Psychose Über alternative Psychosen paranoider Prägun bei "forcierter Normalisierung" des Elektroencephalogrammes Epileptischer. Nervernarzt. 36, 190.

309. TELLENBACH, H. (1967)."Endogeneidad como origen del tipo melancólico." Actas Luso Españ. de Neurol. y Psiquiatria. 26, 209.

310. THOMAS, A., M. STERN y A. LILIENFELD (1956). "Relationship of psychosis and psychosomatic disease." J. nerv. ment. Dis. 123, 249.

311. TINBERGEN, N. citado por GROEN y co.

312. TREFFET, D.A. (1964)."The psychiatric patient with an EEG temporal lobe focus." Amer. J. Psychiat. 120, 765.

313. TUNIS, M.M. y H.G. WOFF (1953). "The treatment of headache." Med. clin. of North America, 37, 1251.

314. USDIN, G.L. citado por MACKLIN y co.

315. UEXKULL, T. von (1963). Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt. Hamburgo.

316. VAN LOGHEN citado por GROEN y co.

317. VERAGUTH citado por HANRAETS.

318. VOLAVKA, J., P. GROF y L. MRKLAS.(1967). "EEG frequency analysis in periodic endogenous depressions." Psychiat. Neurol (Basel) 153, 384.

Ayuntamiento de Madrid

319. WALKER, A.E., MARSHALL (1944). "The contribution of depth recordings to clinical medicine." Electroencepal. clin Neurophysiol. 16, 88.

320. WALLIS, H.R.E. (1955). "Masked epilepsy." Lancet 1, 70.

321. WALLIS, H.R.E. (1956). Masked Epilepsy. Willaims and Wilkings Co. Baltimore. E.H.S. Livingstone Ltd. Edinburg y Londres. (Referencia en J. nerv. ment. Dis. 126, 332.)

322. WALTER, G. en SMYTHIES, J.R., W.R. ADEY y J. V. BRADY pag. 141.

323. WALTERS, A. (1961). Brain 84, 11.

324. WARTENBERG, R. (1932). "Cheiralgia paraesthetica - Ztsch. f. d. ges." Neurol. un. Psychiat. 144, 145.

325. WARTENBERG, R. (1954). "Digitalia paraesthetica and gonyalgia paraesthetica." Neurology 4, 106.

326. WARTENBERG, R. (1959). Neuritis, Sensible Neuritis Neuralgie. G. Thieme, Stuttgart.

327. WATSON, J.M. y M.G. NETSKY (1954). "Ulceration and malacia of the upper alimentary tract in neurologic disorders." Arch.Neurol. and Psychiat. 72, 426.

328. WAY, E.L. (editor) (1967). New Concepts in Pain and its Clinical Management. F.A. Davis Co., Philadelphia.

329. WEBB, H.E. y R.G. LASCELLES (1962). "Treatment of facial and head pain associated with depression." Lancet. i 355.

330. WEDEL, G.II y G. WEDDELL, E. PALMER y D. TAYLOR citados por R.K.S. LIM.

331. WEIL, A.A. (1956) "Ictal depression and anxiety in temporal lobe disorders". Am.J. Psychiat. 113, 149.

332. WEINER, I.W. (1956). "Psychological factors related to results of subtotal gastrectomy." Psychosom. med. 18, 486.

333. WEISMAN, A.D. (1956). "A study of the psychodynamics of duodenal ulcer exacerbations." Psychosomat. med. 18, 2.

334. WEISS, E. (1933). "Körperschmerz und Seelenschmerz." Internationale Zeitschr. für Psychoanalyse, 19, 115.

335. WEITBRECHT, H.J. (1955). Kritik der Psychosomatik. G. Thieme Vg. Stuttgart.

336. WEITBRECHT, H.J. (1961)."Endogenous phasic Psychosen." Fortschr. Neurol. Psychiat. 29, 129

337. WEITBRECHT, H.J. (1963). Psychiatrie in Grundiss. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg.

338. WEITBRECHT, H.J. (1966)."Das heutige Diskusion über das Wesen der endogenen Psychosen."Fortsch. Neurol. 34, 161.

Ayuntamiento de Madrid

339. WEITBRECHT, H.J. (1968). "Psicopatología comparada de los estados depresivos." Actas Luso-esp. de Neurol. y Psiquiat. 27,407.

340. WEIZÄCKER citado por LOPEZ IBOR (1950).

341. WERNICKE citado por GLATZEL.

342. WETZEL, N. (1968)."The enigma of sciatica." Med. clin of North America. 52, 183.

343. WILSON citado por LOPEZ IBOR.

344. WILSON, D.C. (1932)."Atypical facial neuralgia." J. Amer. med. Ass. 99, 813.

345. WILSON, H. (1938). "Psychogenic headache." Lancet i 367.

346. WINZENRIED, F.J.M. (1958)."Über postoperative Psychosen."Med. Klin. 53, 1989.

347. WINZENRIED, F.J.M. y K. GEHLKEN (1959)."Beziehungen der chronischen Urticaria zu zirkulären vitaler Verstimmungszuständen." Arch. f. Psychiat. u. Zeitsch. f. d. ges. Neurologie, 200, 52.

348. WINZENRIED, F.J.M."Beziehungen Körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen." En: Probleme der phasischer Psychosen (ed. Bürger-Prinz - Forum der Psychiatrie) F. Enke, Stuttgart.

349. WITTMARK citado por EKBOM (1945).

350. WOLFF, H.G. (1948). Headache and Other Head Pain. Nueva York.

351. WOLF, N. (1959)."Der Einfluss von Geisteskrankheit und Schwachsinn auf den Verlauf körperlicher Erkrankunfen." Psychiat. Neurol. (Basel) 137, 331.

352. WOOD, P. (1941)."Da Costa's syndrome." Brit. med. J. 1, 767, 805, 845.

353. WOOLF, M. (1960)."Grudprobleme der Psychosomatik." Acta Psychother. 8, 23.

354. ZEIGLER, L.H. (1939). Psychiat. Quart. 13, 689.

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

(11) 62

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid

Ayuntamiento de Madrid