

VII- SINTOMATOLOGIA GENERAL DE LAS NEUROSIS

El espectro sintomatológico.

Si comparamos los textos actuales con los de hace unos decenios, las diferencias son inmensas. Hoy, apenas hay una descripción de los síntomas neuroticos, sino de la dinámica de las neurosis. La influencia del psicoanálisis en este cambio es, evidente. Y esto ocurre aun en los libros mas "clásicos". Otra cuestión surge cuando abordamos la descripción de la sintomatología, que se halla condicionada históricamente: la mayoría de los síntomas se pueden encontrar en cualquier neurosis. Lo que distingue a una de otra es la prevalencia de la dinámica neurotica. Nos encontramos con dos planos, uno en el que los síntomas son expresión de un conflicto personal y otro que esta determinado por la psicodinamia del tipo clínico correspondiente (Fobias, obsesiones, reacción de conversión, etc). Sin embargo los síntomas está ahí, en los enfermos. Lo que significan lo veremos en otro capítulo. Aquí los recogeremos cuidadosamente. El análisis fenomenológico-clínico de los síntomas nos enseña mucho sobre el trastorno, sobre la profundidad de su anclaje en la personalidad, su pronóstico e incluso su accesibilidad terapéutica.

Si se cotejan antiguas descripciones de la angustia con la histeria y neurastenia se adivina ya su fondo común. Según aparezca en primer plano uno u otro síntoma sea fobias, histeria, trastornos psicósomáticos, etc. La clasificación es difícil y no trato de centonar síntomas, sino jerarquizarlos lo que supone un conocimiento previo de la enfermedad. Para ver la diferencia entre una enumeración y una jerarquización he aquí lo que dice un enfermo: "Dolores, tristeza, exaltación, desesperación, desasosiego, miedo, inquietud, ansiedad, sensación de fracaso e inutilidad, dolor en la espalda, reuma, ciática, calambres, flojera en las piernas, temblor, torpeza, imposibilidad de discurrir, imaginar o recordar". Y sigue "a veces he de hablarme a mi misma en alta voz para poder seguir pensando, actuando o recordando". "Imposibilidad de realizar cosas sencillas. Escribir o decir una palabra por otra. Saltarme letras o palabras. Mala vista. Imposibilidad o dificultad de concentración o de adaptación a los cambios... etc. etc.." Y la enferma añadía que su descripción no era completa... Los enfermos del "papelito" de CHARCOT eran de esta clase. El papelito y la proliza descripción de síntomas no son un capricho del enfermo, sino expresión de una situación psicológica. Miedo a que se les escape algo esencial del cuadro clínico y necesidad de que el médico se asegure, ya que ellos no tienen seguridad.

La angustia como síntoma nuclear. -

Hay jerarquización y el síntoma nuclear es la angustia. 1-Su importancia deriva en primer lugar de su frecuencia. Su modo de presentación es diverso pero en el fon-

do se trata del mismo trastorno. ^{Aunque} No es lo mismo una crisis aguda que despierta en la noche a un niño o a un adulto, que en forma de constante preocupacion corroe a tantos enfermos. Hay unos sintomas que se enlazan directa o indirectamente con la angustia y que podríamos llamar "equivalentes (inquietud, dubitacion, perplejidad, despersonalizacion, etc.) Toda angustia es por si misma y no solo por su frecuencia, lo mas importante. Es mas, el resto de los sintomas preocupa, mas o menos, segun la intensidad de la angustia. 3-En la linea divisoria de los sintomas está la angustia con una vertiente somática y otra psiquica., pero conviene señalar ^{xxix} la pura descripcion de los sintomas, no sometidos a interrogatorio clinico. El lenguaje de los enfermos es muy plastico para expresar la vivencia angustiosa. La crisis se instala de varias maneras: súbitamente, "somo un relampago en noche serena", "como marea que asciende." Otras se fragua lentamente "como tormenta lejana". Así hablan los enfermos. La vivencia angustiosa responde a una situacion-limite que se proyecta en los planos psiquicos y somaticos y sus variedades hacen dificil la descripcion clinica. Cada nuevo enfermo que vemos enriquece el cuadro porque aunque todos sientan, en esencia, la angustia de la misma manera, cada uno la vivencia de un modo personal. Es muy interesante someterlos a una especie de analisis estructural de la vivencia, especialmente los que estan internados. Recuerdo a una enferma que en periodo de mejoría tuvo una crisis muy fuerte al despertar de la siesta. (La siesta al quebrar el ritmo diurno-nocturno, tiene una influencia perturbadora). Tuvo extrasistoles y palpitations y gradualmente se angustió, su respiracion se volvio entrecortada, como si hubiera una correlacion no en el tiempo, sino fenomenologica entre extrasistoles y pausa respiratoria

FREUD mencionaba los siguientes equivalentes angustiosos: 1-palpitations, taquicardia, pseudoangina. 2-disnea y crisis asmaticas. 3-crisis de sudor nocturno. 4-temblor y escalofrios confundibles que ataques histericos. 5-bulimia y a veces vértigo. 6-diarrea. 7-vertigo locomotor. 8-neurastenia vasomotora. 9-parestesias. 10-despertar sobresaltado. 11-estranguria. 12-espasmos musculares.

STEKEL publico en 1906 su libro sobre "estados ansiosos" y añadió los siguientes: 1-suspiros hondos y disnea. 2-cansancio repentino sin llegar al sincope. 3-Vomitos, dolores gastricos y meteorismo. 4-adormecimiento de un dedo, mano o brazo. 5-jaqueca. 6-excitacion y fugas. 7-secrecion de saliva o sequedad. La primera edicion llevaba un prologo de FREUD. Luego se separaron y STEKEL paso a engrosar la constelacion de herejes del psicoanalisis. afirmando que FREUD habia aislado artificialmente el componente ansioso de la neurastenia de BEARD. Tampoco quiso aceptar la etiologia sexual de las neurosis, sino que para él la causa de ellas era el conflicto psiquico. Propuso la denominacion de "parapatía ansiosa" pero no cuajó la

FREUD acuñó el termino de "histeria de ansiedad distinguiendola de la clasi-

sica porque se agregan las fobias. El perimetro tiene cierta coincidencia con la psicastenias. La existencia de este grupo tiene para mi estas dos afirmaciones: la sintomatologia neurotica es un espectro en el que se distinguen varias formas clinicas, por acentuacion de algun sintoma sin exclusion de los demas. La franja sintomática es común, luego debe de haber factores dinamicos comunes que no deben considerarse con exclusividad (como yendo de las psiconeurosis a las neurosis "actuales" (o reales) sino tambien de las neurosis "actuales" a las psiconeurosis. A un espectro sintomático ^{tologico} ~~correspon~~ ^{corresponde} de uno genético.

La timopatia ansiosa.

En la evolucion posterior del psicoanálisis empalidecio la importancia de la catarsis y aumento la de la transferencia. La teoria psicoanalitica es, fundamentalmente, interpersonal y para FREUD ciencia natural y no cultural. Realmente de ciencia natural no conserva sino la teoria de la libido y su evolucion. La realidad clinica nos pone a diario frente a la insuficiencia de esta perspectiva. En las neurosis debe de haber algo más y FREUD lo intuyó al aislar el grupo de neurosis "actuales". Si la angustia es endotimica y fisiogena y no solo psiquica y reactiva, es natural renunciar al termino "neurosis de angustia". Esto fué lo que yo pensé al recoger las primeras historias clinicas de angustia vital. La observación arrancó de un caso sometido por mi durante dos años a psicoterapia y que se curó totalmente. Durante ese tiempo me habia proporcionado mucho material psicodinámico, pero yo tenia la impresion de que algo se me escapaba como un duende misterioso. La enferma tuvo en el curso del tratamiento varias oscilaciones. Era inteligente, buena observadora y médico además. La angustia era el sintoma dominante. Habia una angustia real pues ella habia sufrido mucho durante la guerra y tambien numerosos episodios de angustia infantil. No era dificil establecer una relacion psicodinámica entre todo, lo que me resultaba mas dificil era convencerme de que asi desentrañaba el trastorno que tenia ante mi. Este y otros casos me descubrieron el fondo angustioso no psicogeno, ~~xxvixixixix~~ pero sobre todo el que se montaba una estructura psicodinámica. Y asi aislé un grupo de casos en los que la angustia en lugar de neurotica era timopática. Unas experiencias terapeuticas me confirmaron en la realidad de la hipotesis. De todos modos al principio me esforcé en establecer el diagnostico de "timopatia ansiosa" con parvedad, pero poco a poco me convencí de que la angustia se encontraba en el fondo de muchas neurosis o reacciones vivenciales anormales. El neologismo timosis era contrapuesto al de neurosis, aunque CULLEN no empleo esta palabra para designar trastornos psicodinamicos, como hemos visto. La limitacion vino despues. Por tanto el problema no esta en la descripcion de un grupo aislado de casos de angustia endotimica, sino en averiguar hasta qué punto es endotimica la angustia neurotica, aunque parezca reactiva.

El dilema no esta entre reaccion y endogeneidad, sino entre personalidad y

fase. La angustia es muchas veces fásica. El sujeto sale de su crisis normal, pero al cabo de cinco, diez o veinte años se vuelve a angustiarse. La crisis puede repetirse una o mas veces en la vida. En ocasiones queda una huella, la personalidad queda cambiada y ya no se trata de neurosis o reaccion vivencial sino de personalidad neurotica. Es la estructura personal lo que ha cambiado y el fondo fisiodinámico no aparece, todo se presenta como psicodinámico. En estos casos podemos hablar de desarrollo neurotico.

Las diversas escuelas psiquiatricas cada vez aceptan mas los estados de animo de fondo que las super-estructuras sintomatológicas. HÖDER-PETERSEN afirman que la mayoría de los neuroticos daneses son depresivos, luego astenicos y angustiados y describen un tipo especial de "neurosis disforica" con irritabilidad. Pero este sintoma es comun a muchas enfermedades somaticas y psicicas. Claro es que hay un estado idiopatico relativamente uniforme en el que destacan los rasgos sensitivos y la agresividad, pero que ello no basta para aislar un tipo clínico.

Neurastenia. -

La palabra intruducida por BEARD estuvo muy en boga en el XIX. Los sintomas eran: 1-Forma cerebral: "clavo neurastenico", sensacion de constriccion en la frente, occipucio y vertex, dolor que diferencia de los sifiliticos es mas vivo durante el dia que durante la noche y se combina con sensacion de fatiga, vértigo, ruidos de oido desvanecimiento, etc. 2-Forma espinal: dolores apofisarios, lumbago, calambres, impaciencia ~~en la pantorrilla.~~ 3-Forma neurálgica: dolores erráticos. 4-Forma cardiálgica: angustia precordial, crisis de ahogo y neuralgias intercostales. 5-Forma gastrointestinal: digestiones ~~panosas~~, borborismo, meteorismo, cólicos, antojos en la comida, etc. 6-Forma genital: poluciones nocturnas. ¿Qué podemos estimar como caracteristico de esta sintomatologia. Realmente nada. Se trata de sintomas que integran el cuadro general de la neurosis y no merecen grupo aparte. Traumatismo o fatiga -el famoso "surmenage"- ya sabemos lo que pensar de estos supuestos etiologicos.

Debilidad irritable. -

A traves de la interpretacion de la fatiga los alemanes describieron este sindrome y JASPERS repite el concepto en la ultima edicion de su psicopatologia. "Hay por una parte una extraordinaria sensibilidad atormentadora, una especie de susceptibilidad para los estímulos y una fatigabilidad ~~extrema de~~ ^{extrema de} difícil recuperacion. El tipo clinico se basa en que la fatiga aparece en primer plano". En las neurosis lo que se encuentra esta debilidad que fue distintivo de la neurastenia y d l sindrome exogeno de BONHOEFFER. Si tuviera origen psicologico se presentaria exclusivamente e los casos que el estimulo tuviera una valencia especial para el enfermo. Pero no es asi. La debilidad irritable es una ^{característica general:} ~~característica general:~~ el enfermo esta como sin "piel psiquica"

y su sensibilidad esta en carne viva. Pero a pesar de la somatogenia, en ella se imbrican varias causas y puede coincidir con una conducta meticulosa, imperiosa necesidad de orden y otros sintomas.

La expresion "debilidad irritable" no es siempre valida. Hay enfermos muy fatigables ante las exigencias del medio y se irritan, pero en otros la irritabilidad viene de dentro. No debe extrañarnos la asociacion de depresion e irritabilidad, aunque se trate de polos distintos. La depresion no es forzosamente inhibidora, aunque es cierto que la tristeza inhibe. Las antiguas formas mixtas de KRAEPELIN tenian esta interpretacion. Hay distimias de tipo depresivo tan intensas que parecen depresiones endogenas. La tristeza es de caracter vital, mayor por las mañanas y con caracter ritmico como las depresiones.

Es curioso que la "debilidad irritable" se describa como forma residual del sindrome de reaccion exogena, con identica sintomatologia. En otra parte he llamado la atencion sobre la semejanza con los traumatizados de cráneo y la neurastenia. La coincidencia hace sospechar un fondo comun que no es otro que el trastorno biologico que le sirve de base. Podemos aceptar la hipotesis del sindrome timopatico de fatigal vital. La correspondencia es aun mayor si se piensa que en las conmociones cerebrales y en el sindrome de reaccion exogena la localizacion probable es la que hace muchos años propuse para las alteraciones vitales: el tronco cerebral.

La fatiga vital. -

Se acompaña de molestias de caracter distimico. El cuadro es de importancia capital, muy difundido y con grandes errores de interpretacion. Todos tenemos experiencia sobre él y muchas veces nos hemos devanado los sesos buscando la causa de esa fatiga que atenaza a nuestros enfermos, llegando en ocasiones a quedar reducidos a una vida vegetal, sin atreverse a moverse por miedo a la fatiga. Una a una hemos examinado posibilidades, eliminado causas, suprimido alcohol, tabaco y trabajo, pero el enfermo no tiene mejoría. Los sintomas variados y expresiones diversas acompañan a esta fatiga. HOCHREIN y SCHLEICHER hablan de los problemas que plantea la fatiga en el rendimiento del individuo que padece "fatiga crónica" y W. C. ALVAREZ ha descrito muy bien el calvario de estos enfermos que peregrinan de medico en medico, acumulan planes y recetas, pierden las amígdalas, apéndice, dientes y vesículas, pero sin lograr mejoría. "Los medicos deben tener conciencia y no buscar siempre la causa de la fatiga en lesiones orgánicas, sino en un cerebro cansado o en causas hereditarias que les sitúan en desventaja ante la vida".

La fatiga y la neurodistonia circulatoria

En la fatiga vital ocupan importante lugar los sintomas neurocirculatorios: palpitaciones, inquietud cardiaca, pinchazos, opresion, sentir el corazon, etc. El brazo derecho es mas sensible a las oscilaciones térmicas. Los sintomas son identicos a las neurasis

los cardiacos en las neurosis. La raiz probable es la perturbacion de la capa vital. Se han estudiado las reacciones circulatorias en individuos normales y en fatigados utilizando finos metodos de control de la circulacion periferica. Un estimulo frio produce vasoconstriccion y caliente vasodilatacion en los sanos. En los sobrefatigados se producen reacciones "desorbitadas". La observacion corriente demuestra la influencia del frio en el hombre fatigado que no se limita a los miembros, sino que todo el cuerpo tiritita. Las reacciones "desorbitadas" no se limitan al sector somatico sino que invaden el psiquico. Cualquier estimulo produce una reaccion emotiva desproporcionada en el fatigado. Un grado mas de esta alteracion circulatoria y la reaccion cambia de signo: el estimulo termico de cualquier polo ~~produce una~~ ^{produce una} ~~reaccion de signo~~ ^{reaccion} de contraccion vascular (reaccion paradójica). Las reacciones "desorbitadas" se observan tambien analizando la reaccion gastrica o el metabolismo hidrocarbonado, tras la aplicacion de estímulos termicos en las extremidades inferiores. Lo mismo ocurre en las cifras de glucemia. Y en el corazón. Tras un sobre-esfuerzo fisico aparece taquicardia sin aumento del acortamiento sistolico, ni abreviacion del tiempo de transmision. El segmento PG del electrocardiograma puede aumentarse hasta mas de 0,2 segundos. En fase de recuperacion la T se hace tanto mas pequeña cuanto mayor sea el esfuerzo. Deportistas y entrenadores muestran una T negativa o un descenso de la ST, hasta lo minutos despues del esfuerzo y pueden presentar extrasistoles heterotrópicos. HOCHREIN ha descrito un caso con signos electrocardiográficos de insuficiencia coronaria que no se presentaban en el sobre-esfuerzo sino tras una emocion. Si el sujeto respira oxigeno, aparte de la sensacion subjetiva -opresion, dolor- aparecen extrasistoles mono y heterotropos.

En realidad la fatiga se presenta no por agotamiento, sino por un trabajo no economico. La distincion tiene gran importancia. No es lo mismo decir a un enfermo "sus fuerzas estan agotadas" que "vd. padece una serie de alteraciones subjetivas, pero su energia esta conservada y necesita tranquilizarse". Realmente es un avance enorme, pero todavia no refleja la situacion exacta. ¿Por qué esa descompensacion de los mecanismos vegetativos? ¿Reside ahi el trastorno nuclear o es secundario a otro mas profundo? En cualquier caso, la fatiga no puede reducirse a un problema circulatorio, si bien existe en algun caso. En las pruebas de Schellong hay modificaciones en el sentido de una hipodinamia, pero tampoco en ellas puede basarse la patogenia. El complejo distónico-circulatorio no es causa, sino expresion ~~de~~ ^{de} objetivable de un distrubio central. He investigado sistemáticamente muchos enfermos con la prueba de Schellong, sin hallar las alteraciones descritas. Puede haber dos razones, una que hayan faltado siempre ~~o~~ ^{otra que} hayan sido compensadas. ~~Otra~~ A medida que un cuadro pierde agudeza disminuye la posibilidad de encontrar reflejos anomalos y cuando se encroniza la sintomatologia se desplaza del lado psiquico.

Síndrome de esfuerzo.

Fue descrito por SELYE pero en torno a este concepto hay mucha imprecisión. En 1918 el Comité de Investigaciones Médicas ingles propuso una definición en la que al lado de una lista de síntomas, se hablaba del papel desencadenante y ausencia de trastornos objetivos en la exploración. Sir Aubrey LEWIS dijo que el psiquiatra, acostumbrado al examen sistemático del estado mental, encuentra inadecuada la descripción oficial de los síntomas y tiene que ser perdonado si, después de oír quejarse al enfermo de disnea, vértigo, palpitaciones, etc. piensa en un estado de ansiedad.

WILBUR señala la concordancia entre "fatiga crónica" y otros síndromes del círculo vital y W. C. ALVAREZ habla de "inadecuación constitucional", WHITEHORN de "estado de tensión" y "perfeccionismo obsesivo", MACY y ALLEN de "estado de agotamiento crónico con fatiga desproporcionada" al esfuerzo, debilidad, falta de energía, taquicardia y molestias en diversas partes del cuerpo. Todos estos autores insisten en la ansiedad, irritabilidad, dificultad de relajarse, fatiga matutina, conflictos, indecisión y trastornos gastrointestinales y cardiovasculares. La "mager-disease" o enfermedad de dirigentes es la forma actual de la neurastenia. El "manager se comporta frente al trabajo como un toxicómano. Su meta es alcanzar un nivel elevado a todo precio. Es evidente que en esta manager-disease" hay un enfoque de vida erróneo. La vida no puede reducirse, no es sólo trabajo, rendimiento, sexualidad o erótica. La vida es más que eso. Porque así surge un día la insatisfacción en forma de crisis vital del dirigente. Se atribuye erróneamente al climaterio masculino. No es un fenómeno endocrino el que determina la crisis aunque a veces coincide con insuficiencias sexuales que son secundarias a la crisis vital. En ocasiones la angustia trata de apagarse a través de la sexualidad como ocurre en el "demonio del mediodía" como se entiende en la famosa novela de Bourget.

Fatiga crónica. -

En un Hospital General de Massachussets se estudió a 70 enfermos de este tipo. 1-Fatiga matutina. 2-Grandes deseos de estar echados y paradójicamente no poder dormir. 3-sensación de fatiga específica en unas actividades y capaces de otros trabajos fuertes. 4-Fueron diagnosticados de "neurosis de ansiedad" el 75% y depresiones reactivas y trastornos psicósomáticos el 10% cada uno. Fue difícil establecer límites diagnósticos pues unas veces se quejaban de ansiedad, otras tenían rasgos histéricos y otras obsesivos. La fatiga coincidía con nerviosidad, irritabilidad, depresión, insomnio, cefalea, impotencia y anorexia. A veces la fatiga estaba en relación con sucesos anteriores. En un 30% la emoción desencadenó la ~~enfermedad~~ ^{ansiedad}, 24% depresión, 24% rechazo y 22% culpabilidad. Los autores se inclinan a una interpretación psiconeurotica que aparece como en todos los enfermos de este tipo ^{los} y envuelve en una atmósfera protectora. Admiten incluso que la fatiga sea sim-

bolico aunque no se haya encontrado interpretacion. Necesitamos un esclarecimiento "sementico de la palabra "fatiga". Durante la guerra se hablo de la del combate como etiqueta provisional.

Estos trabajos apoyan mis tesis sobre la fatiga vital. Es cierto que hay algun caso de fatiga cronica, pero la mayoria son fasicas y episodicas. Por otra parte en las descripciones de estos autores americanos se ve el entrecruzamiento con toda la sintomatologia vital. A veces los enfermos enlazan el comienzo de una fase con un acontecimiento y se trata de una cristalización. La mayoria de las veces el enlace es dudoso aunque el enfermo lo crea. Es dificil para mi el aceptar que un hecho de la vida sea determinante o motivo de fatiga. En resumen que la "fatiga cronica", el "sindrome de esfuerzo", el de COSTA, "la neurodistoria criculatorio" etc. etc. se refieren a enfermos que yo prefiero calificar de "fatiga y astenia vital" señalando su pertenencia al circulo morbozo que aqui describo. El diagnostico se establece como en caracterologia, señalando el dato caracteristico pero sin excluir los demas. Para reforzar la conviccion de su pertenencia al circulo timopático, apelo a la sabiduria popular reflejada en el lenguaje: fatiga, angustia y congoja vienen a ser estados de ánimo parejos.

Psicopatía asténica. -

Sus relaciones con los enfermos anteriormente descritos deben aclararse. Astenia es cierta debilidad del organismo. KOCH distinguió entre neurastenia y psicastenia segun radicase en el sistema nervioso o en el psiquico. Ahora se tiende a olvidar estas denominaciones y se las engloba en "psicopatía asténica". La primera cuestion seria si existen enfermos con este calificativo, cuando se eliminan todas las reacciones psicogenas, en sentido amplio. La contestacion es afirmativa. A ciertos enfermos les falta el turgor vital, independientemente de los acontecimientos. Si dirigen su atencion sobre su organismo, cualquier trastorno se convierte en sintoma y se llegan a producir alteraciones funcionales. "El fundamento profundo es la angustia de estar enfermos". ^{Forma y} ~~En~~ fondo morbozo se parece a la clasica hipocondria. No es injustificado asimilar ~~psicopatía~~ ^{psicopatía} astenica a ~~circulo~~ ^{circulo} timopatico. La relacion la reconoce el propio K. SCHNEIDER. En los astenicos florecen distimias endogenas y vivencias de despersonalizacion, son hipercriticos de si mismos y les amenaza el sentimiento de perdida de la unidad de su personalidad. Por ver lo que significan esos signos de amenaza los convierten en sintomas que a su vez les envuelven. Nos hallamos en la situacion paradójica tantas veces descrita. El sintoma surge por angustia y a su vez la engendra.

¿Qué características tiene el tipo clinico? Lo predominante es la fácil fatigabilidad "el cansancio de siglos" como dicen que determina una insuficiencia de rendimiento. La ansiedad no aparece como vivencia sino como estructura. La fatiga vital se diferencia de la psicopatía asténica en que aquella es fásica y ésta no. La cronicidad de curso llama la aten-

sobre otra cuestión. Se acepta por regla general que un curso crónico supone la presencia de una constitución. Porque el sujeto es anómalo -psicópata- es lo que sus síntomas van ligados a su vida como destino. Sin embargo conviene aclarar algún punto: el metabolismo se caracteriza por tendencia a las reacciones desbordadas y descompensadas en la regulación del equilibrio ácido-base y los hidratos de carbono. Es el mismo tipo de reacciones que el "síndrome de esfuerzo" y la "neurodistonia circulatoria". La constitución asténica tiene sus características metabólicas propias, lo cual no quiere decir que se presente en todos los asténicos sino en un grupo de "descompensados". En la constitución pícnica por el contrario existe "compensación" de las reacciones. Por eso el tipo pícnico interviene en la plasia de las psicosis modificando favorablemente el curso. Dentro de las enfermedades de la vitalidad la picnomorfia sería un factor predisponente a lo fásico y la astenia o leptomorfia a lo crónico. La constitución no opera como factor patogenico, sino patoplas-tico.

kixox

Extrañeza y familiaridad de la percepción

La despersonalización se presenta en muchas enfermedades como hemos visto al hablar del "esquema corporal". Hace años se pretendió constituir una enfermedad de lo que sólo es un síndrome. En la epilepsia y en la esquizofrenia se ven claros ejemplos de despersonalización. Formas atenuadas de este síndrome hacen difícil la filiación. En estado puro suele presentarse como "doble personalidad" a veces con sobrecarga psicogena? Se trata más bien de una vivencia en la que lo esencial es que la propia persona resulta extraña. A veces enlaza con irrealidad del mundo exterior que para muchos neuroticos pierde su carácter de solidez. La sensación de irrealidad es permanente, pero a veces tiene un carácter ocasional. El hombre normal percibe el mundo como "resistencia", en el neurotico tiene algo de volátil y permeable, como en los sueños. Pero el enfermo sabe que no está soñando y para él es su mundo real. Tiene un conocimiento noético del mundo exterior, pero la vitalidad se halla apagada.

Las vivencias del "déjà vu" y "déjà connu" pertenecen a este capítulo. El sujeto tienen la impresión ante algo desconocido de lo "ya visto". Yo prefiero hablar de "familiaridad de la percepción" o de la situación. Otras veces la percepción se vuelve extraña. Los objetos familiares no se reconocen. El sujeto despega de la realidad o de sí mismo. Puede existir este fenómeno parcialmente y las imágenes adquieren un carácter de vivencia extraordinaria como en el "soñar despierto" de KEHRER.

Dificultad de concentración y trastornos de memoria.

Los enfermos se quejan de que sus pensamientos carecen de penetración y de continuidad, de no poder concentrarse ni diversificarse. No pueden pasar de una cosa a otra, ni simultanear problemas y actitudes porque se sienten desbordados. Las capacida-

des intelectuales se hallan virtualmente conservadas aunque decrece el rendimiento por disminución de la atención (tomando este vocablo en su acepción psíquica y biológica). Es importante la medida objetiva de la capacidad. Cuando el enfermo se esfuerza en realizar un rendimiento siente una serie de síntomas que le impiden la continuación. En este sentido los neuroticos, como los traumatizados de cráneo están ligados al síntoma. La situación de esfuerzo determina una crisis que se traduce en síntoma.

DE MORSIER ha analizado el "síndrome diencefálico" en el que el rendimiento se halla disminuido de un modo potencial. Cuando se quejan de incapacidad de realizar un esfuerzo intelectual determinado no se trata sólo de un déficit de voluntad, sino de una hipotonía de los estratos más biológicos. Entre ambos factores nos encontramos con todos los grados posibles. Se trata de un ejemplo más de las relaciones mutuas entre las capas superiores y libres de la personalidad y los estratos inferiores, más ligados a las puras exigencias de lo material. Si sometemos estos enfermos a un test adecuado veremos una oscilación en el rendimiento según la fatiga y el interés. También en la memoria se encuentran las mismas perturbaciones. Se olvidan más fácilmente los nombres de las personas que las cosas, como si la denominación fuera más personal que cósmica. Los recuerdos pierden su ordenación temporal y aparecen en forma caótica. Hay casos en los que el recuerdo posee la viveza de la imagen.

Fobias y obsesiones.

Son proyecciones psíquicas ^{variadisimas} de la angustia y en su cristalización están ligadas a determinadas situaciones vitales. El enlace es tan íntimo que se ha considerado la situación como causal y desde este punto se ha desarrollado la teoría de las fobias. Las crisis se presentan al atravesar espacios abiertos -agorafobia- o cerrados -claustrofobia. Los sitios más frecuentes son las plazas, iglesias, cines y por eso el sujeto busca un lugar cercano a la salida. Durante la crisis necesita apoyo y compañía. Cruza una plaza si va acompañado. Otras veces es el elemento humano lo temido. En esta aparente contradicción de síntomas se ve que sirven sólo de expresión a la íntima vivencia angustiosa.

La crisis de angustia se llena de contenidos diversos. Hay una crisis pura con un cortejo de sintomatología vegetativa (ej. el pavor nocturno) que aparece en los niños con escasa capacidad de introspección) Pero a menudo la crisis adopta una forma determinada, una fobia y el sujeto siente miedo a tal o cual cosa. Los clásicos hacían hincapié es las calificaciones individuales de la angustia convertida en miedo y por eso su variabilidad es inmensa. También lo es su tipismo descriptivo con sabor decimonónico. Imposible nombrar cuántas fobias existen tanto más si cada una está determinada por la circunstancia personal.

La fuente esencial de las fobias es el miedo a la posibilidad como veremos ampliamente en el capítulo siguiente. En todo caso la fobia es un límite que se pone al infinito de

la posibilidad. Hay ocasiones en que un miedo real se tranforma en miedo fóbico (morde-
dura de un perro rabioso). Hay formas tenues de fobia como la cavilosidad del que da ex-
cesiva importancia a las cosas o deduce consecuencias imaginarias. El caviloso es tenaz
, cualquier idea se adhiere a él. El rumión esta en los limites de la normalidad pues lo
unico que hace es sopesar mucho las cosas.

La angustia se manifiesta otras veces como profunda y radical inseguridad que
ofrece formas de transicion con la "maladie du doute" en la que el enfermo necesita con-
trolar todo lo que ocurre a causa de sus dudas. Hay una necesidad de precision, de concre-
tarlo todo como un teorema matemático. Un enfermo que conocí tuvo una gran crisis de
angustia tras un acto sexual. Sentia la necesidad de saber como eran exactamente los ór-
ganos genitales femeninos. Pedia precisiones anatómicas y matemáticas tales como en-
qué punto del periné caería una recta que siguiera el cuello del útero, etc. etc.

En las fobias hipocondriacas tenemos otro aspecto de este desarrollo espectral:
en un extremo esta el neurotico con taquicardia funcional ~~subjetiva~~ mas o menos molesto.
En otro al trastorno funcional se añade una sensacion de vacío doloroso y la inquietud de
que pueda pasarle algo; este es el hipocondriaco puro.

La agorafobia de WESTPHAL y el vértigo ago rafóbico.

Lo ocurrido con la agorafobia seria una demostracion del valor de las palabras
sobre los mismos hechos. La expresion designaba a unos enfermos con temor a cruzar
las plazas y el sufijo "fobia" designaba la enfermedad. Hoy se la incluye entre las neuro-
sis obsesivas gran colector de fobias. Creo importante resumir los tres casos de WEST-
PHAL: 1-Miedo a cruzar ~~en~~ plazas o estar en teatros o iglesias. ^{Mañanas peor.} Vértigos ~~maximos~~ en ayu-
nas y mejor si toma vino o cerveza. Crisis de centellas en los ojos, quedaba deslumbrado
y luego no veia nada o solo la mitad del campo visual. No hipocondriaco. No jaquecas. Asi-
metria en los dos lados del cuerpo. 2-Miedo a cruzar las plazas, viajar, ir a teatros, etc.
En la crisis sentia subirle un calor por la espalda, palpitaciones y cierta confusion men-
tal. Mucho miedo a volverse loco. Tuvo ataques epilepticos. 3-Miedo a cruzar plazas o
lugares desiertos. Si la crisis llegaba a grados extremos, parecia que oscilaba el suelo.
Miedo a volverse loco. Alguna vez impulso a tirarse al rio. Convulsiones de niño.

Antes de este autor habia descripciones de la agorafobia. En el quinto libro hi-
pocrático se habla de la "gefrirofobia" o miedo a cruzar puentes. BENEDICT en 1870 des-
cribio "vertigo de las plazas" y lo atribuyé a un trastorno visual. A CORDES no le gusta-
ba el neologismo agorafobia pero publico un caso casi idéntico y sus conclusiones pato-
génicas son muy interesantes. Se trata, decia de un eretismo nervioso y el miedo no es
lo primitivo, sino que resulta de la alteracion de partes del cerebro que presiden la lo-
comocion y otras sensaciones musculares. ". La angustia de las plazas es como una pa-

ralisis funcional por agotamiento y se presenta cuando se exige un esfuerzo". Estos autores afirman que no se trata de hipocondriacos y se nota su preocupacion por delimitarlos frente a los vértigos. CORDES da una interpretacion mas organicista que psicogena y emplea la palabra "funcional" en el mismo sentido que lo haria en la epilepsia o el Parkinson.

La proyeccion neurologica de la agorafobia no es menos rica que la psiquica. Entre sus sintomas destaca la crisis vertiginosa y la sensacion de perdida de estabilidad. Otras veces es el miedo a que ocurra. La crisis surge sin ligarse a circunstancia alguna, subitamente como un relámpago. O la crisis esta ligada a circunstancias de lugar como en una plaza. La interpretacion como equivalentes angustiosos deriva de una serie de razones y una muy importante es su engarce en la misma historia clinica, como supliendo uno a otro. La equivalencia entre crisis angustiosa y vertiginosa se demuestra tambien porque se imbrica la sintomatologia respectiva. Una enferma al comienzo de una crisis tiene una alteracion visual "como si bailasen las cosas ante mis ojos" y luego esta sensacion se hace mas rapida hasta que todo desaparece, le invade la angustia y queda traspuesta unos segundos. Como se ve el tejido de lacris es tan complicado que solo artificialmente llega a diferenciarse. Los enfermos hablan de "mareo" pero si se les obliga a precisar no saben si es angustia o vértigo. La comunidad expresiva se establece a traves de la region gastrica y otras a traves de la cabeza. Hay un estado de malestar "de intemperies nervosa" de caracter difuso "como si fuera a pasar algo". Al propio tiempo las piernas se sienten flácidas, sudores, palpitations, etc. sintomas que tienen cierta relacion con lo que TROUSSEAU llamaba "a stomacho leso" y lo cierto es que muchos enfermos se sienten mejor despues de comer. Como estos vertigos no tienen nada que ver con la regulacion orgánica del equilibrio no es extraño que algun enfermo se sienta mejor montado en bicicleta, que hace de baston o acompañante. FREUD decia: "El vertigo de la neurosis de angustia no es rotatorio, ni surge como el de Menière de ~~incoordinaciones~~ ^{paralisis} de los musculos del ojo. Consiste en un malestar especifico acompañado por estas sensaciones: suelo que oscila, piernas pesadas que tiemblan o flaquean. Este vertigo no produce nunca caida, pero en contraposicion con esto yo propondria que tal acceso de vértigo puede estar representado tambien por un sincope profundo".

CHAVANY dice que el vértigo agorafóbico se diferencia del verdadero porque si bien hay inhibiciones nunca se produce una caida y falta la nota de sensacion de desplazamiento de objetos. Esta observacion no es, para mi, exacta: en el vértigo timopatico puede existir esa sensacion pero no tiene caracter sistemático, sino caótico. El sujeto es capaz de distinguir su propia sensacion de movimiento ~~con~~ ^{de} los objetos que percibe y el juicio de la realidad. Por eso dice "como si se moviesen". Cuando el vertigo se objetiva como inseguridad en la marcha hay desviacion hacia el lado izquierdo, que no es progresiva sino por crisis. En otros casos hay parestesias faciales como una propagacion de la excitacion del VII al **V**

par, según la teoría fisiopatológica de BONNIER. Quizá esté en relación con la ansiedad precordial con una relación hacia la "zona de referencia" de los dolores cardiacos en la mejilla izquierda. Se han descrito neuralgias del trigemino de origen cardiaco.

El vértigo de altura es un fenómeno normal. Es curioso que se siente en un balcón y no en un avión. Clínicamente los vertigos agorafobicos son muy interesantes. Uno de los primeros casos que publiqué estaba operado de mastoiditis a la que atribuían sus vértigos y se le propuso la sección del VIII par. Estudiado neurologicamente no se observó lesión alguna y si, en cambio, numerosas crisis vertiginosas y de angustia. Con un tratamiento de ésta mejoró también el vértigo. Quince años han pasado y sigue bien. Este tipo de vértigo no absorbe al de Menière, pero si algunos diagnosticados mal.

Impaciencia muscular y acatisia. -

En relación con el vértigo están las sensaciones de tirantez de cuello, como si no se pudiese sostener la cabeza, sensaciones en todo el cuerpo "como si me fuese hacia abajo" parecidas al mareo. También aquí podríamos establecer un fino espectro con la proyección muscular de la inquietud. Los enfermos no pueden estar tranquilos y sienten la necesidad de mover continuamente las piernas pues la quietud les molesta. Ciertos casos recuerdan a la acatisia que si bien designa la imposibilidad de estar quietos algunos enfermos extrapiramidales, no es menos cierto que aparece en personalidades histéricas. La sensación de piernas intranquilas o "impaciencia muscular" es una necesidad de movimiento casi dolorosa que suele presentarse de noche estando en cama, especialmente en las piernas. Sólo el cambio de postura es capaz de mejorarles. WEISZACKER ^{decía que} ~~que se ocupaba~~ ocurría en gentes de media edad y en ancianos que no podían calificarse de neurastenicos y se trataba de sensaciones parestésicas de la sensibilidad propioceptiva, quizá muscular, excluyendo todo factor vascular. Mi experiencia me dice que es un fenómeno difícil de filiar pero pertenece a la sintomatología de la angustia endotímica. Muchas veces se acompaña de la sensación de "estar en vilo". Es una forma especial de sensación vertiginosa. Junto a ella se agrupó la crisis angustiosa y la impaciencia muscular de las piernas. No creo que sea un fenómeno periférico sino central.

Alteraciones del esquema corporal. Parestesias.

Una enferma tenía la sensación de que los dientes se le alargaban y los labios se le hinchaban, otra que la lengua no le cabía en la boca. Algunas mujeres tienen la sensación subjetiva de aumento de volumen de su cintura y otras partes del cuerpo. Cuando la sensación está localizada hay que eliminar la presencia de un edema angioneurótico. Como ambos fenómenos pueden tener un carácter paroxístico la diferencia es difícil de establecer, si no asistimos a una crisis. Según mi observación coincide con irritabilidad e intemperancia por parte del enfermo.

Las parestesias se localizan principalmente en manos y piés aunque las hay también bucales y de otras partes. Las de las manos son de dos tipos: con límite en el territorio cubital y otras en las puntas de los dedos. Las cubitales van acompañadas de gran sensación de ansiedad y pueden simular un angor. En los neuroticos cuando se combinan síntomas parestésicos y cardíacos, los primeros son más persistentes que los otros. A veces son formas de transición con las acroparestesias pero en estas hay un factor vascular y en aquellas no.

Los enfermos con parestesias en los piés se quejan de tenerlos fríos en forma paroxística o persistente. Las criestesis pueden generalizarse y complicarse con otras alteraciones térmicas. Es posible que en su génesis intervenga un factor periférico, pero la misma clínica nos enseña la intervención de factores centrales dada la equivalencia de los síntomas. La criestesia se ^{transforma} ~~complica~~ a veces ~~en~~ en una verdadera alteración del esquema corporal. He visto enfermos con sensaciones de quemazón e irritación sobre todo en los dedos de los pies y casi nunca en las manos. Parecen rudimento de eritromelalgia. En un caso comprobé con el termómetro eléctrico medio grado de diferencia en las zonas afectadas. La piel no estaba enrojecida, pero tenía un matiz especial y cierta brillantez. Otra vez observé el mismo fenómeno en el tórax.

Cuan complicado es el círculo sintomático de las neurosis lo demuestra el enlace entre parestesias y fobias. (Recuerdo una enferma con prurito vulvar y obsesiones de contenido sexual. Sería fácil deducir el origen de éstas. Pero resultó que años antes había tenido una fase de opresión precordial. Prurito y obsesiones cedieron a una medicación adecuada) Una parestesia muy frecuente es el prurito anal que se extiende a la mucosa rectal en forma de picor o dolor y se acompaña de un tono emotivo fuerte y de angustia.

Escalofríos y estremecimientos. -

Se trata de una vivencia especial difusa ~~o localizada~~ por todo el cuerpo o localizada en la espalda llamada "escalofrío" y que a mi modo de ver es una forma de parestesia. También se presenta como crisis paroxística y mucho malestar. Hay todos los matices entre escalofrío como sensación física y estremecimiento psíquico por algo que desborda al ser humano. El enfermo se escalofrío o estremece ~~por~~ sin motivo determinado, por una perturbación de sus regulaciones internas, pero lo mismo ocurre cuando se tiene fiebre.

Algias timopáticas. -

Son vagas, difusas, gravativas y van acompañadas de malestar angustioso. Sólo a título de paralelo podemos distinguir entre algias críticas, con dolor agudo y algias protopáticas con gran resonancia dolorosa. Las algias neuroticas son de este tipo. Veamos algunas de ellas.

1. -Cefalea timopática. Es un buen ejemplo. El dolor se siente como peso en la cabeza, "dolor en casco" se decía antes. El dolor aparece por las mañanas y tiene un ritmo variable, a veces diario, en las primeras semanas de la fase timopática. O sea el mismo ritmo que la depresión. El enfermo tiene sensaciones difíciles de trasladar al lenguaje: "algo me pasa dentro de la cabeza". "siento el cerebro". Esta sensación se localiza en la nuca (nucalgia) y en las cejas. Recuerda el comienzo de la crisis jaquecosa. Hay numerosos "comosi" por la dificultad de traducir la sensación. Realmente el vértigo, cefaleas y angustia son como cimas del mismo sistema orográfico. En ocasiones se hace difícil el distinguirlas de una depresión mitigada. Un problema delicado es la distinción entre estas cefaleas y la jaqueca. En esta el dolor es preferentemente frontal y localizado de un lado y además el dolor está más dibujado incluso en el tiempo pues dura dos o tres días. La intervención primaria o secundaria de factores vasculares es la jaqueca es inducible y también que se presenta súbitamente, desencadenada a veces por la fatiga y con sensaciones visuales -migraña oftálmica- Pero aparte de estos casos típicos existen otros que emergen de un fondo angustioso. La jaqueca pasa y la cefalea persiste, como si el dolor cristalizara. Sin embargo en estos casos se observa cómo las jaquecas se pueden haber incrustado en una fase timopática. El enfermo sabe distinguirlas muy bien. Podríamos hablar de "condensación dolorosa". Las relaciones entre jaquecas y cefalea timopática debemos establecerlas como entre el vértigo de Menière y el timopático.

2. -Algia subescapular. Comprende una zona que alcanza los dermatomas D4 y D6, desde la línea media a una externa que pasa por el borde interno de la escápula. El dolor es siempre en el lado izquierdo -si es en el derecho se trata de un zurdo latente-. Podría pensarse que se trata de una zona de Head: reflejo viscerogénico por alguna lesión visceral, pero contra esta interpretación pueden esgrimirse dos razones, la ausencia de enfermedad o lesión corporal, otra que en la exploración no se descubren los caracteres de la zona de HEAD, ni alteraciones de la sensibilidad, ni de los reflejos. Estas algias ascienden hacia la nuca y se fijan en ella formando un dolor combinado con impaciencia muscular y puede haber transición con los tics. Esta inquietud dolorosa se califica erroneamente de reumática. La exploración de las articulaciones o de las masas musculares no confirma este origen. Lo que duele es el movimiento y en casos graves se trata de la "aquinesia algera". Sobre este tema publique unos casos en depresivos tratados con choques y otros de presentación espontánea y que constituyen el reverso de la medalla de la "acatisia". Hemos visto que en fenomenología los sentimientos vitales tienen proyección corporal, pero la clínica ofrece un espectro más amplio. Un enfermo consulta por dolor de cabeza-nuca, insomnio y tristeza. Y dice "no es propiamente un dolor, sino tirantez, como si mi cuello no se pudiera mover libremente". Y por eso se ha calificado de

"estado de tension". Se presenta por las mañanas y en el curso del dia mejora. Es dificil dejar de pensar que la supuesta nuchalgia no sea tambien un equivalente depresivo. Algunos dicen que cuando les duele se sienten tristes y sobrecogidos. El analisis de la vivencia demuestra que son variantes del mismo trastorno. Claro que es fácil pensar que la nuchalgia tenga un genesis mas neurologica que la tristeza, pero no nos exime de plantear otra direccion.

3. -Braquialgias. Dolor en el hombro y brazo sin causa orgánica. No se nota en el brazo el punto de Vaillex, ni otro signo de neuritis del plexo braquial. El dolor es hondo, con gran carga de malestar, duele mas en reposo, por la noche y sobre todo en la cama. Tambien al iniciar un movimiento. Deja de doler si se vence el primer momento. La peor postura es decubito supino. WARTENBERG describió un síndrome parecido a este.

4. -Ciáticas. Ocurre algo parecido a las anteriores. Las que yo llamo timopáticas coinciden con fases angustiosas. La exploracion neurologica es negativa y no hay etiologia a que atribuir las. El dolor al reves que en las autenticas ciáticas pasa con el movimiento.

Todas estas algias timopáticas tienen una característica, como ocurre en la histeria, el lado que duele es el izquierdo o sea el lado pático de la persona.

Alteraciones sensoriales.

En la vision, los enfermos se quejan de deslumbramiento, nebulosidades, "moscas volantes" y una sensacion de vibracion de los contornos, como una reverberacion que llega a ser dolorosa. En ocasiones hay transitos graduales con el vertigo y sensacion de irrealidad del mundo exterior. Se fatigan con la lectura y ven las letras amontonadas. Estas sensaciones visuales recuerdan a las de las personas normales cuando les entra sueño. Si se examina la agudeza visual e incluso el campo, todo es normal. La misma hipersensibilidad existe en todos los sentidos. Los ruidos se vuelven intolerables, les "sacan de quicio". Hay tambien sensaciones de dolor en la cara, vacio en la cabeza y zumbidos o ruidos de oido. Vi un caso que tenia una especie de fijacion de la percepcion tan viva y sonora que llegaba a parecerse a una alucinacion auditiva.

Neurosis coordinatorias o motoras.

Algunas afecciones netamente neurologicas estan en relacion con el circulo timopático: torticollis espasmódico, calambre de escribientes, temblores esenciales. Es decir, lo que clasicamente se llamaba "neurosis de coordinación". No pretendo que todas se incluyan en el circulo timopático (se necesita una mayor observacion) pero lo cierto es que la clinica ofrece casos de torticollis y afecciones análogas que tienen curso fásico y estan enlazadas con fases depresivas. Es curioso anotar que una leccion de CHARCOT describía un torticollis espasmodico y enumeraba entre los sintomas fundamentales una gran crisis de ansiedad.

Entre las neurosis motoras estan los tics y tienen una evidente relacion con las obsesiones: el mismo impulso incoercible y el simbolismo. Pero en otras ocasiones nos encontramos con un tic puro, neurologico por asi decirlo. No es posible encontrar ninguna ~~relacion~~ ^{con-} ~~relacion~~ ^{te-} ~~relacion~~ ^{re-} ~~relacion~~ ^{lacion} psiquica, sino que es una descarga motora fulminante, un gesto incoercible. Se ha discutido largamente la conexion entre tic y ~~obsesion~~ ^{espasmo} distinguiendo netamente entre ambos. El primero es una contraccion relampago con caracter de gesto y en el segundo la contraccion muscular es mas sostenida. Los ingleses hablan del "habit spasme" pero ya WILSON rectificó y se adhirió a la tesis francesa del aislamiento del tic. Los tics pueden ser locales o generalizados, incluso se presentan acompañados del impulso a decir palabras soeces como en la "maladie des tics" de GILLES DE LA TOURETTE. (La mayoría de sus casos me parecen esquizofrenias). Si los tics son el unico sintoma no podemos establecer relacion con las neurosis o a muy largo alcance. Pero en otro aparecen tan intimamente relacionados con la ansiedad y las fobias que debemos incluirlos en este circulo. Hay incluso tics psicogenos de cuya psicogenia habria mucho que decir pues si bien es determinante de un sintomas, el análisis mas detenido no es capaz de destruirlo.

Temblores, alteraciones de reflejos y sintomas parejos.

En algunos enfermos el temor es expresion de su ansiedad y ^{con} los sintomas vegetativos que le acompañan se asemeja a un cuadro hipertiroideo. En otros, el temblor aparece como una perturbacion rítmica mas autónoma, recordando a los casos de temblor familiar o hereditario. No sólo se nota en las manos, sino en el orbicular de los ojos o en el facial. Es natural que las emociones lo aumenten, pero tambien existe en un grado mas vivo que en los sujetos normales, aun cuando no se esté especialmente emocionado. No hay alteracion objetiva de los pares craneales, las pupilas reaccionan bien a la luz y a la convergencia y no pueden estimarse como típicas ni la miosis, ni la midriasis. En cambio son evidentes las relaciones con la pupilotonia (Sindrome de Adie). Tampoco el lenguaje está alterado aunque aparezca torpe y mal articulado, no hay disartria, salvo si están muy medicados. Los reflejos tendinosos pueden ser vivos pero cuando se les explora bien no es una excitacion de tipo orgánico. Tampoco hay, como es lógico, signos ~~estrapiramida-~~ ^{estrapiramida-} ~~les~~ ^{les} ni piramidales, pero he visto algun caso con cierta lentitud de movimientos y amimia que a un examen superficial hubiera podido parecer un parkinsonismo.

Una sensacion muy especial es el sentir las extremidades con menos fuerza, como una paresia. "Todo se me cae de las manos" dicen. La exploracion neurologica es negativa. Incluso las pruebas mas finas de discriminacion motora. Hay un tipo de enfermos en los que los reflejos ~~tendinosos~~ ^{tendinosos} se hallan casi abolidos y hemos de recurrir a maniobras "facilitadoras" para obtenerlos. En contraste los reflejos cutáneos, especialmente los abdominales se hallan muy vivos. A mi modo de ver no debe atribuirse significacion especial a estas

variantes que dependen del tipo constitucional, casi siempre en enfermos gruesos de tipo diencefálico-hipofisario. Los miembros están muy hipotánicos, lo que explica la dificultad de provocar los reflejos tendinosos. Son como formas larvadas de la llamada "tabes pituitaria" (recuérdese que ADIE refiere la arreflexia ^{a una disfunción del} mismo sistema) En otros enfermos por el contrario encontramos hiperexcitabilidad de los reflejos tendinosos, pseudoclonus, etc que corresponden al tipo lábil vegetativo, levemente hipertiroideo. Sería erróneo tratar de agrupar todo el material simpaticotónico y vagotónico como hacían EPPINGER-HESS. Para evitarlo BERGMANN creó la noción de "estigmaticación vegetativa".

Estigmatización vegetativa. -

El temblor es frecuente como manifestación de una crisis angustiosa muy vertida al plano somático. Muchos de estos enfermos tienen alteraciones del sistema nervioso vegetativo que hemos señalado junto al vértigo, pero la presencia de ciertos síntomas de estigmatización no deben hacernos confundir ambos conceptos. Hay muchos neuroticos en los que no pueden hallarse signos objetivos de la misma. En plena fase pueden presentar una fórmula vegetativa y otra distinta al final o al comienzo de la misma fase. Es decir que la estigmatización vegetativa es una característica y no un fenómeno primario. Algunas veces podemos encontrar una modificación del dermatografismo, pero otras los resultados son iguales a los de los sujetos normales. Y lo mismo ocurre con tantas pruebas vegetativas. He visto un caso de dermatografismo negro -rayas de color oscuro al aplicar oro sobre la piel- fenómeno probablemente en relación con otros trastornos tróficos cutáneos y con la seborrea alopecica. Los sudores en manos y pies y la mano fría sudorosa es frecuente en los neuroticos.

Ereutofobia y eritrofobia. -

Reflejos vasomotores localmente exaltados, temor a enrojecer que parece una vivencia psíquica leve. El enfermo teme o siente enrojecer y no se aprecia objetivamente. Incluso he visto casos en que esa sensación iba acompañada de empalidecimiento como un fenómeno paradójico. Las diversas pruebas para comprobar la existencia de reflejos vegetativos vasodilatadores más acentuados en la cara no dan resultado. En un grupo de enfermos coinciden el rubor y la excitabilidad vegetativa.

Los trastornos vasomotores en forma de sofocos se presentan en determinadas situaciones, al entrar o salir de un local, como experiencia transitoria, pero a veces es en forma de fobia como acabamos de ver. Sensación de calor en manos de pies se presenta en diversas gamas hasta llegar a las clásicas "neurosis vasomotoras". Alguna vez hay sensación pulsátil, especialmente si aparecen en las yemas de los dedos.

Síntomas viscerales. Complejos visceró-angustiosos

Presentan un doble interés: es lo más aparente del cuadro clínico y forma el puen

te de transición con las clásicamente llamadas organoneurosis y hoy trastornos psicósomáticos. Apenas existe un registro visceral que no resulte percutido. Las proyecciones preferentes con las cardíaco-respiratorias-sexuales y digestivas. La sintomatología es muy compleja y cada síntoma lleva consigo una especie de agregado psíquico. El meteorismo modifica el humor que se convierte en triste y angustioso. Al aliviarse el meteorismo mejora el ánimo y por eso algunos piensan que se trata de una distimia reactiva. No hay tal. Es endógena y esta ligada al meteorismo porque proceden del mismo disturbio interno de la estructura vital como otros fenómenos que venimos describiendo.

Síntomas circulatorios. -

Las crisis cardíacas agudas toman la forma de pseudoangina de pecho, no siempre fácil de distinguir del verdadero angor. Hemos de hacer un escrupuloso examen objetivo. OPPENHEIMER demostró que una neurosis cardíaca podía convertirse en una enfermedad orgánica del corazón. Desde entonces muchas veces hemos confirmado esta evolución. Además de sensaciones de angustia precordial, los neuroticos presentan crisis más leves de otro tipo. "Noto un no sé qué en el corazón, como si fuera a pararse o como si anduviera demasiado deprisa". La labilidad del fenómeno habla en contra de la organicidad y ese "no sé qué" expresa la vivencia angustiosa. STEKEL a través de lo que los enfermos describen señala seis grupos: 1-como si el corazón saltase. 2-como si temblase. 3-como si vibrase. 4-como si en vez de corazón tuviera una piedra. 5-como si se parase. 6-como si latiese irregularmente. Otros enfermos sienten la sensación de que el corazón está aprisionado, otros que quiere escapar y otros lo sienten flotar en el tiempo, añadiría yo por mi parte. Pero con todas estas descripciones no se agotan las posibilidades. Lo frecuente es encontrar formas de transición. En el sobresalto se siente el corazón saltar y en la pena, oprimido. La diferencia estriba en que el enfermo siente las sensaciones un poco en vacío, sin conciencia clara de la emoción determinante como en el sano. Los enfermos asocian la sensación de vacío o mareo en la cabeza con la precordial y no se trata de dos sensaciones independientes, sino de dos cumbres visibles de una misma experiencia: la angustia que todo lo invade.

Objetivamente hablamos de diversos trastornos en los enfermos. Entre las arritmias hay taquicardia o bradicardia, desencadenadas o no por una causa psíquica. Muy frecuente es la arritmia respiratoria junto a la taquicardia. Observando varios meses al enfermo no es raro ver episodios de arritmia extrasistólica transitorios. Conoci una enferma que iban acompañados de sensación de repleción gástrica, meteorismo, etc.

Hay hipertensiones y hipotensiones pasajeras ligadas a la angustia. La frenocardia de HERZ es pura ansiedad cardíaca lo mismo que la astenia neurocirculatoria. Los urologos hablan de "vejiga nerviosa" y lo mismo podríamos decir "corazón nervioso-".

y objetivamente hay arritmias y extrasistoles. En este grupo podemos incluir las distonias neurocirculatorias. En estas descripciones unas veces ^{se} llama la atención sobre el lado pático -dolor precordial, palpitaciones, opresión, temblores, etc. - y en otras sobre el lado óntico. Que las arritmias puedan presentarse independientemente revela una vez más las características del cuerpo al enfermar.

KULENKAMPF y BAUER describen la "Herzphobie" en la que domina la angustia, sin base, de morir del corazón y aseguran haber observado un aumento de este síndrome en la clínica universitaria de Francfort. Y uno se queda pensando si el aumento no será debido a un nuevo enfoque médico. ¿Influye secundariamente en el enfermo? El cuadro es una cristalización de la angustia en el corazón que persiste en forma hipocondriaca. La angustia se considera derivada del trastorno de las regulaciones vegetativas que el enfermo nota en la primera crisis. El esquema sería: primera crisis con componentes vegetativos vasovagales y temor secundario a la crisis -temor fóbico-. A mi modo de ver la crisis de angustia es siempre primaria y endotímica, aunque es cierto que puede después haber un desarrollo angustioso secundario, como hemos visto en otros casos. Los autores citados insisten en la ausencia de síntomas depresivos ni distimias melancólicas con tendencia al suicidio, pero no falta el tono depresivo ansioso característico. Es más rara vez nos encontramos a un enfermo que no presente algún síntoma del área cardíaca que revela la especial fragilidad temporal. La angustia cardíaca es ante la muerte. pero también late la de disolución de la personalidad, porque no solo hay síntomas precordiales sino que se sienten "taros", "distintos". En la diferencia entre neurosis cardíaca y angustia por una lesión cardíaca éste es un punto fundamental, aparte de que el enfermo siente un "dolor angustioso", más que angustia misma como el neurotico. El enfermo siente vacío en el pulso, cabeza y extremidades, que coinciden con el cese de las palpitaciones, como si se alterase de un modo germinal los dos pautas de expresión angustiosa. El cardíaco se encuentra paralizado por el dolor, con sensación de peligro para su vida que cursa en la conciencia. En cambio el neurotico tiene una inquietud que le viene de los planos profundos de la persona. La diferencia en el plano vivencial la explican muy bien sujetos que han tenido un infarto y que son además neuroticos con proyección de angustia en el corazón. Y así se explican las relaciones clínicas que hay entre lo que se llaman crisis vasovagales y las simpaticovagales que llevan al desmayo (La vista se nubla, flaquean las piernas y caen al suelo) Su analogía con las formas corrientes de lipotimia son claras. KULENKAMPF llama la atención sobre la fobia al sueño como símbolo de la muerte que sienten alguno de estos enfermos. En otros, según mi experiencia lo que ocurre es que al entrar en el sueño se presenta una crisis de angustia con alteraciones del ritmo cardíaco y extrasistoles.

Síntomas digestivos. -

Podríamos comenzar por las alteraciones del apetito si este fuera solo problema digestivo. Hay desde la anorexia al hambre nerviosa, semejante al hambre dolorosa aunque no equiparable a ella. Se llaman crisis de bulimia y son frecuentes, tanto como las de signo inverso, rápida saciedad. Muchos enfermos tienen despues de comer un estado especial de distimia que aumenta con la ingestion de hidrocarbonados y azúcares. Es frecuente la rumiacion y el merisimo, la sensacion de nausea y deseo de vomitar. Incluso se presenta un tic de la deglución y pasan el tiempo tragando saliva. La sequedad de boca es frecuente en neuroticos y depresivos. Cualquiere de estos sintomas nos prueba que estamos ~~en~~^{en} un circulo vicioso: en la crisis de angustia se respira deprisa y por la boca, ésta se seca y para aliviar la sequedad el enfermo sergrega saliva. Por eso junto a la sequedad debemos incluir el sintoma opuesto, la sialorrea y un rechinar especial de dientes llamado brucismo.

Son muy frecuentes la flatulencia, eruptos y meteorismo aunque no todos deben incluirse entre lo neurotico. Un enfermo que se queja de repleccion puede tener una gastritis, una tuberculosis, etc. Me refiero a un tipo de enfermos llamados clasica-mente de "melancolia ventosa", sin lesion conocida y conectados con una serie de sinto-mas indudablemente de matiz neurotico. La ansiedad puede ligarse tal o cual alimento atribuyendole ^{la} causa de crisis anteriores. El enfermo elige una dieta caprichosa llena de simbolismos y observaciones falsas que le limitan de un modo inverosimil.

Un sintoma raro es la encopresis -incontinencia del esfinter rectal- que no tiene nada que ver con la orgánica. Aparece por fases y esta en evidente relacion con la enuresis infantil.

Los espasmos esofágicos apenas esta consignado en las diversas descrip-ciones ~~de~~ y son bastante frecuentes y coinciden con colitis mucomembranosa. Apenas hay un neurotico con alguno de estos sintomas aunque seax en forma larvada.

Sintomas respiratorios.

Las alteraciones del ritmo respiratorio son constantes y en una grafica ve-mos que la uniformidad se halla interrumpida por inspiraciones mas profundas. Hay una hiperpnea nerviosa que produce alcalosis y engendra "tetania respiratoria". La alcalosis se acompaña de sensacion subjetiva de angustia. GUTTMANN publico un ~~tr~~^{tr}abajo sobre ataques histéricos en enfermos a los que una hiperventilacion habia producido alcalosis. La experiencia clinica demuestra que es un buen recurso para provocar ataques. Si esta-mos perplejos ante un enfermo por diagnosticarle de histeria o epilepsia, la hiperventi-lacion resuelve muchas veces la duda. En el ritmo respiratorio vemos un tipo incoordina-do, arritmico, verdadera ataxia respiratoria y otras veces existen ~~ritmos~~ ondas ritmicas

en las que la respiracion se retarda o acelera por ondas de cuatro a cinco aspiraciones. Esto ocurre en neuroticos con sintomatologia digestiva. (o respiratoria!)

Se han descrito varios tipos de trastornos respiratorios uno taquipneico, "respiracion teatral" (dilatacion máxima de la parte superior del tórax y retraccion de la inferior) o "espasmopnea", pero yo prefiero calificarlo de "respiracion suspirosa" propia de los ansiosos. Como manifestaciones abortivas de la misma debemos considerar aquellas que los enfermos describen como "algo que al respirar profundamente se detiene". "freno subito al final de la respiración". Sienten la necesidad de respirar-inspirar profundamente y el movimiento se detiene como si el transito entre ambos polos se hiciera bruscamente. O notan que les falta el aliento y la conexion con las vivencias psicicas es clara. La palabra "anhelo" tiene una doble significacion (organica y funcional como respiracion insuficiente o inquietud y deseo de tener algo que no se posee). Hay aqui un trastorno de la temporalidad: el tiempo presente no satisface al anhelante y busca algo que le sosiegue.

Un problema apasionante es la relacion entre asma bronquial tipico y ansiedad. Bien sabido es que se han descrito asmas psicogenas y hay pocos de los llamados "alérgicos" que este libres de los "alérgenos psicicos" (vid. cap. IX)

Sintomas vesicales, sexuales y cutáneos.

Los vesicales son la polaquiuria, disuria y el "tartamudeo urinario". Las historias clinicas de los neuroticos estan llenas de episodios de este tipo, sobre todo "polaquiuria" erroneamente calificada de cistitis. Es la llamada "vejiga nerviosa" equivalente a la enuresis infantil que no agota el tema relacionandola con la angustia. Hay incontinencias urinarias de causa orgánica, funcional y psicogena. Sólo un grupo de enuréticos pertenecen a las neurosis. La influencia de la vida psicica es conocida pero no siempre se trata de psicogenia. A veces la necesidad de orinar es una manifestacion fóbica.

Los sexuales son: las poluciones con elaboracion hipocondriaca, no tanto porque el enfermo se haga reproches -en caso de masturbacion- sino por creer que es una pérdida irreparable de vitalidad (el hecho de coincidir con fatigabilidad, palpitaciones, cefaleas y otros sintomas neuroticos no hacen sino confirmar esa creencia) a consecuencia de ellas. La impotencia psicica se considera exclusivamente psicogena y no siempre lo es. Hay un tipo de impotencia funcional ligada a depresiones fásicas. La frigidez, dispareunemia y vaginismo son trastornos análogos en el sexo femenino, como tambien la dismenorrea y el "fluor albus".

Los cutáneos son los menos estudiados. Recuerdo un enfermo con acné facial que mejoraba cuando empeoraban sus sintomas neuroticos y como este se molestaban mas llegó a no querer tratarse el acné. Muy frecuente es el prurito acompañado de erupciones

mal definidas. Vi un caso de alopecia areata en plena fase depresiva. En otros he visto trofoedema ligero que no se sabe si considerar como sintoma constitucional agravado en el curso de la vida o si es una fase timopática. En favor de esta tesis opera si el trofoedema regresa al mejorar otros síntomas o en aquellos casos en que es doloroso, no solamente lo provoca el pellizcamiento, sino que se siente además en planos profundos de la piel. El enfermo lo refiere siempre a estos. En contraste con el dolor en las piernas, donde se halla el trofoedema, no lo hay en otras partes del cuerpo. A veces se combina con parestesias incrementadas con sobrecarga psicogena. El enfermo tiene la sensación de "debilidad" "no puedo andar", dice. He observado equimosis en las piernas y en los brazos. Los enfermos las atribuyen a golpes inadvertidos hasta que se convencen que no es así. Las equimosis coinciden con depresiones y con neurosis. Su patogenia es oscura. Yo no he podido provocarlas por ningún medio, ni las pruebas de fragilidad capilar, ni el signo Rumpel-Landéahn sido positivos.

Formas de curso. -

El análisis sintomatológico que precede da idea de la complejidad de las neurosis. La descripción adolece de cierta arbitrariedad puesto que la distinción en síntomas psíquicos, neurológicos y somáticos no es sino un esquema conceptual. Hay además enfermos que presentan síntomas de una y otra serie aunque no relacionen lo que para ellos es más llamativo. La jerarquía se establece sobre una escala: cuanto más angustioso es un síntoma más impresiona al enfermo que lo coloca en primer plano.

La sintomatología ofrece un aspecto variopinto -cefaleas, palpitaciones, vertigo etc- todo son equivalentes en el plano psicológico y perturban de una ~~una~~ otra forma el rendimiento, pero la jerarquización es distinta. El enfermo sobrevalora el síntoma que mejor expresa su subjetividad: la angustia.

Resumen de cuatro historias clínicas valorando la intensidad de los síntomas

	Angus- tia	Ver- tigo	Fo- bias	De- pre- sion	Fa- tiga	In- som- nio	Car- dio- res- pira	Di- ges- ti- vos	Al- gias	Pa- res- tesias	Accesos Vaso- vaginales
1	xxx		x	x		xxx		xxx	xx	x	
2		xxx		x				xx			
3	xx	xxx				xx	xxx				
4	xxx	xxx					x			xx	

Ha sido hecho sobre lo que el enfermo dice. La angustia en el primer grupo es solo 18% -baja proporción para ser considerada síntoma nuclear- se me dirá. Pero lo cierto es que aumenta muchísimo -hasta el 80%- si preguntamos a esos mismos enfermos. Hay que distinguir entre la angustia como vivencia de la estructura angustiosa. Muchos enfermos no la nombran, pero está ahí. Otras veces la vivencia es una proyección de la estructura como el vértigo o esa cefalea mal definida, o la inquietud proyectada en el sis-

tema cardiorrespiratorio. No son imaginaciones de los enfermos, sino que se debe a mecanismos intrínsecos aun insuficientemente conocidos que atañen al viejo pero siempre vivo problema de las relaciones entre la vida psíquica y la somática.

La equivalencia entre síntomas nos la dan otros argumentos, a mi modo de ver decisivos y uno fundamental que es el ya citado del curso fásico siguiendo el modelo de la melancolía. Ciertamente es que hay formas de manía crónicas y depresiones encronizadas, pero es la excepción. El mismo carácter lo tienen las neurosis añadiendo un dato muy interesante: en cada fase la sintomatología cambia lo cual quiere decir que es equivalente. Puede aparecer un primer brote, enmascarado y es difícil diagnosticar entre una neurosis gástrica de un episodio de angustia aparentemente exógeno que dura unos días o unos meses. Al cabo de algún tiempo se presenta un nuevo episodio, esta vez más dibujado, como una crisis de vértigo o de angustia pura. Durante el segundo brote la enfermedad toma un aspecto más crónico y en efecto se encroniza. Es curioso que también aquí, como en la ciclotimia, las formas más mitigadas tengan un curso más crónico. A mayor agudeza, más transitoriedad.

Hay formas lábiles y formas estables. La primera es la crisis global en la que se halla amenazada la unidad de la personalidad, pero la unidad se mantiene. En cambio en las estables no se siente tal amenaza pero la unidad está ya rota. Los síntomas aislados persisten y eso significa ya una forma de desmembración. Al conjuro de la revolución surgen -como unos reinos de Taifas¹- los pequeños síntomas. El curso de la enfermedad se confunde con el curso de la vida. Aquí irrumpen los grandes problemas de la patología psicósomática.

Una consideración final: en general respecto a la benignidad o malignidad de un curso neurótico podríamos decir que con los años la angustia se desvitaliza. Quizá se trate de un esquema válido en patología general. La personalidad previa influye en el curso neurótico y la agudeza de la crisis también. Los comienzos insidiosos tienden a encronizarse y si cursan fásicamente siempre dejan rescoldo aunque sean capaces de llevar una vida normal. El pronóstico es mejor, cuanto más claramente vital o endotímica sea la sintomatología y es peor cuanto más psíquica sea. Psíquica, en el sentido de sentimiento psíquico, es decir cuanto más absorbida esté en la actitud interna de la persona.

tema de diagnóstico. No son manifestaciones de los síntomas, sino que se debe a rasgos
de personalidad que están al fondo de la vida psíquica y la conducta.

La equivalencia entre síntomas nos da otros argumentos, a tal modo de ver de-
claro y uno fundamental que es el ya citado del curso típico siguiendo el modelo de la ma-
nía. Cierta es que hay formas de manía crónicas y depresiones crónicas, pero es
la excepción. El mismo carácter lo tienen las neuróticas añadiendo un dato muy interesante
en cada fase de la sintomatología cambia lo cual quiere decir que es equivalente. Puede ser
recorrido un primer período, empujados y es difícil diagnosticar entre una neurótica y una
de un episodio de angustia aparentemente exógena que dura unos días o unos meses. Al ca-
bo de algún tiempo se presenta un nuevo episodio, esta vez más dibujado, como una crisis
de vértigo o de angustia pura. Durante el segundo período la enfermedad toma un aspecto
crónico y en efecto se croniza. Las crisis que también aquí, como en la ciclotimia, las
formas más antiguas tengan un curso más crónico. A mayor agudeza, más transitoriedad.

Hay formas labiles y formas estables. La primera es la crisis global en la que se ha-
ce a menudo la unidad de la personalidad, pero la unidad se mantiene. En cambio en las
estables no se altera tal unidad pero la unidad está ya rota. Los síntomas aislados por-
tanto y eso significa ya una forma de desmembración. Al conjunto de la revolución surge
-como unos rasgos de Talia. Los pequeños síntomas. El curso de la enfermedad se conoce
de con el curso de la vida. Así irrumpen los grandes problemas de la psicología patológica

Una consideración final: en general respecto a la lentitud o malignidad de un curso
neurótico podríamos decir que con los años la angustia se desvitaliza. Quizá se trate de un
cambio válido en psicología general. La personalidad previa influye en el curso neurótico
y la agudeza de la crisis también. Los comienzos insidiosos tienden a cronizarse y el
curso típicamente siempre dejan resaca cuando sean capaces de llevar una vida normal.
El pronóstico es mejor, cuanto más claramente vital o endotímica sea la sintomatología y
es por cuanto más psíquica sea. Psíquica, en el sentido de sentimiento psíquico, es decir
cuanto más absorbida esté en la actitud interna de la persona.