

LOS ESTADOS DE TENSION Y LAS NEUROSIS

por

Prof. J. LÓPEZ IBOR

*Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial
y Departamento de Medicina Psicosomática del C. S. I. C.
(Madrid)*

La Medicina americana usa, con frecuencia, la expresión «estados de tensión». La expresión resulta deliciosamente ambigua, y la clave de su éxito está, yo creo, en su ambigüedad. La expresión viene directamente del latín *tensio*, y hace referencia a extender, tirar; por consiguiente, a la idea de esfuerzo. El diccionario de Oxford dice que en inglés se introdujo la palabra en el siglo XV, tomándola del francés. Nuestro diccionario de la Academia limita su significación al mundo físico. Es «el estado de un cuerpo, estirado por la acción de las fuerzas que lo solicitan».

Un cierto grado de tensión es necesario para la vida cotidiana; pero la tensión se convierte en anormal en ciertas condiciones, que son:

1. Cuando la presión de la vida cotidiana excede la capacidad que tiene el individuo para soportarla.
2. Si la situación contiene elementos de inseguridad.
3. Si en uno u otro de estos casos se ensambla con conflictos que el sujeto no puede resolver.

En una palabra, la tensión anómala se presenta ante conflictos externos o internos que el sujeto no puede resolver. La tensión se manifiesta en síntomas subjetivos, tales como ansiedad, tedio, malestar, etc., y objetivos, como insomnio, náuseas, temblor, vómitos, etc. A esto es a lo que la psiquiatría europea llama *una reacción neurótica*. Evitar la palabra no es, por parte de la psiquiatría americana, un capricho, sino una actitud.

Tras cada expresión hay una idea y una actitud. En este caso, ambas, idea y actitud, tienen una antigua historia; tan antigua que llega a los estoicos. Para ellos, el universo está compuesto de elementos («logoi»), que se mantienen unidos gracias a la *tensión* producida por el alma universal que lo vivifica. La misma tensión se hallaba vivificando el hombre mismo. Según CHYSIPO, hay un principio activo o fuerza («ponos») que viene a informar el principio pasivo, que es la materia. El ser del hombre se halla en el esfuerzo. El esfuerzo es lo que le hace salir al mundo para encontrarse con lo que de él viene, engendrando el conocimiento. En esa tensión se reconoce ya el carácter intencional de la vida psíquica; pero, a pe-

sar de ello, no deja de ofrecer, en la interpretación del hombre, un matiz excéntrico, de miedo de sí mismo. Es la misma actitud que hace preferir la palabra *tensión* a *angustia*. Ya es una actitud psicoterapéutica calificar de esta suerte un cuadro clínico.

* * *

Las enfermedades, o por lo menos, estas maneras de enfermar, no son impermeables a la historia, como quiere HUXLEY. «Tensión — dice — es una forma de enfermedad; y las enfermedades, como tales, se hallan más allá de la historia. No existe algo así como un dolor de estómago medioeval, ni una infección focal específicamente neolítica, ni una neuralgia característicamente victoriana, ni una epilepsia del «New Deal». No hay, según dicho autor, una historia de la enfermedad como experiencia, sino que sólo existe una historia de la Medicina. Es cierto que la experiencia individual de la enfermedad es irreplicable, como toda experiencia concreta del ser. Pero no lo es que permanezca indemne a la situación histórica en la cual se halla. Los modos de sufrir también son históricos, y la historicidad se demuestra en las expresiones que se eligen para designarlos; los cuales, a su vez, influyen sobre el modo de sufrir mismo. La enfermedad, en cuanto proceso, puede no variar. Una célula cancerosa del paleolítico puede ser igual a una célula cancerosa de la edad atómica. Pero la manera de sufrir la enfermedad, y sobre todo esas enfermedades tensionales, conflictivas, son muy distintas en cada época de la historia.

Que hoy se hable de estados de tensión quiere decir muchas cosas. Una de ellas es que sobre la conciencia colectiva actúa una fuerza represiva que trata de hacer olvidar la experiencia radical del hombre, normal o anormal. Ese momento estático, de inercia interior, que debe constituir el punto de partida de la experiencia de sí mismo, está recubierto por la dinámica conflictual. El hombre se mide hacia afuera, por su capacidad de excentricidad. Por otra parte, la mayoría de las concepciones psicodinámicas operan sobre otra ambigüedad, no menos importante y peligrosa. Es una ambigüedad que se refleja ya en el diccionario. Estados de tensión, stress, esfuerzo, etc. Se

dirá que en esta concepción existe una tendencia superadora de la dualidad cartesiana, que este uso ambiguo de la palabra tensión, más que ambigüedad, lo que quiere es señalar la unidad de la conducta humana. Este postulado puede tener una cierta codicia de verdad, pero ese mismo uso degrada tal ambición. Lo cierto es que se habla de conflictos psíquicos como si rigiesen en ellos leyes parecidas a las que rigen el mundo de la física. En el mismo psicoanálisis, la palabra libido no ha salido nunca de su ambigüedad significativa entre ambos planos, el físico y el psíquico.

* * *

De ahí que, a pesar del florecimiento de la psicoterapia en los tiempos actuales, una potente corriente le socava el suelo en el cual se apoya. Una muestra de la vitalidad de esta corriente la ofrecen los trabajos, cada vez más numerosos, en los que se hace una equiparación entre los estratos de la personalidad y las estructuras nerviosas. El «ello», el «yo» y el «super-yo» se localizan con la misma seguridad y con la misma ausencia de real fundamento con la que DESCARTES situaba el asiento del alma en la glándula pineal. La vida psíquica es una vida conflictual, pero los conflictos se reducen muchas veces a reflejos condicionados.

En ese camino no debe extrañar la invasión arrolladora de la farmacología en la clínica de las neurosis. Sólo hay dos maneras, dice HUXLEY, de disolver los estados de tensión: una farmacológica, y otra psicológica colectiva. La farmacología de los estados de tensión es muy antigua. El hombre comenzó a probar los efectos de las hojas o de los frutos antes que a practicar la agricultura. La farmacología es más vieja que la agricultura. Hay muchas razones para creer que el hombre paleolítico trataba de cazar animales con flechas envenenadas. En las altas épocas de la edad de piedra, el hombre comenzó a intoxicarse a sí mismo. La presencia de cabezas de adormidera en ciertas cuevas prehistóricas demuestra cuán pronto el hombre ha intentado buscar una solución a sus inquietudes mediante las drogas.

* * *

La definición de las neurosis encierra una aporía, que viene dada por la propia realidad del neurótico. «Es ilícito — dice WEITBRECHT — colocar las neurosis como una entidad clínica paralela, por ejemplo, a la ciclotimia». Esta pretendida insuficiencia parte de la radical separación que se hace en la sistemática de KURT SCHNEIDER entre psicosis, por un lado, y variaciones psíquicas por otro. Las psicosis están constituidas sobre el modelo de las enfermedades corporales, de tal modo que aún en aquellas en las que el fundamento corporal es desconocido, se les supone, tal como ocurre en la ciclotimia y en la esquizofrenia.

El capítulo de las anomalías psíquicas se subdivide en reacciones «vivenciales anormales» y

«desarrollos de la personalidad». Las reacciones vivenciales anormales pueden surgir por la intensidad de la vivencia desencadenante, como en las catástrofes; pero, aún en estos casos, no todo el mundo reacciona anormalmente, sino sólo algunos de ellos, más o menos, según una serie de circunstancias que ahora no podemos analizar totalmente. El recurso más fácil es el de atribuir toda reacción anormal a la presencia de una personalidad anormal. Sin embargo, la experiencia clínica demuestra que reacciones vivenciales anormales o neurosis se presentan en personalidades que sería exagerado calificar, *de una vez para siempre*, como anormales. Más bien éstas se imponen como normales antes y después de pasada la reacción. Por otra parte, también existen personalidades anormales que reaccionan normalmente ante grandes situaciones conflictuales. El problema es, pues, mucho más complejo.

SPEER dice que lo que caracteriza la neurosis es la *elaboración interna de la vivencia*, su digestión, podríamos decir. ¿A qué se debe ese trastorno en la elaboración interior? Por una parte, a la constitución psíquica, según hemos dicho antes; pero, por otra parte, a la historia vital interna. Esta es la tesis psicoanalítica, y, en general, de todas las direcciones de la psicología profunda. Lo que se llama desarrollo anómalo de la personalidad no sería algo *dado*, en la propia disposición de la misma, sino algo *adquirido*, merced a una serie de traumas anteriores, sobre todo de traumas desarrollados en la época infantil. Que los traumas sean sexuales o no es secundario. La vivencia desencadenante de la reacción neurótica sería, como dice KRETSCHMER, una «vivencia clave».

* * *

Desde un punto de vista descriptivo se puede hacer una distinción entre reacciones anormales a vivencias exteriores y reacciones a conflictos internos. En la realidad clínica se nos ofrece un espectro que va desde uno a otro tipo. En una gran catástrofe, en la guerra, etc., nos sentimos inclinados a valorar el conflicto *externo*, en otras ocasiones el conflicto *interno*. Además, aún ante una vivencia impresionante de gran intensidad, la reacción no es puramente refleja, sino que depende de la *significación* que tenga para el sujeto. Aún así nos queda en pie un gran problema. La vida está llena de situaciones conflictuales frente a las que el hombre reacciona de muchas maneras. ¿Cuándo una reacción de esta clase la llamamos morbosa? Muchas personas sufren, por ejemplo, conflictos conyugales. ¿Cuándo uno de estos conflictos corresponde al médico? La pregunta tiene gran importancia: precisamente, la situación confusa actual en el campo de la psicoterapia demuestra cómo este problema está por resolver. Es, probablemente, otra de las aporías que presenta la neurosis. Quizás el problema no tenga solución. Si no se trata de enfermedades, ¿por qué el médico tiene que ocuparse de las anomalías psíquicas? No por una razón teórica, se dirá, sino prác-

tica. El conocimiento de las enfermedades, la experiencia que ha adquirido en el estudio y tratamiento del resto de las enfermedades, le dota de una capacidad especial para enfrentarse con este problema. Este hecho es cierto, pero en modo alguno puede invalidar la pretensión del psicólogo o del psicoanalista profano, o del pedagogo, o del cura de almas, para ocuparse de estos problemas. En la práctica, además cada ser que se encuentra en una situación conflictual acude a aquel que se la puede resolver. Es el propio hombre, que se encuentra en situación conflictiva, el que decide a quién ir. *Es, por consiguiente, el propio hombre que sufre el que se declara o no enfermo.* Esta extraña situación arrastra diversas y graves consecuencias. KOLLE ha publicado recientemente un comentario sobre la extraña situación en que se hallan los «neuróticos» en la Medicina de Seguros.

A mi modo de ver, tal cuestión se plantea por un insuficiente acercamiento a la médula del problema. La reacción vivencial anormal es una reacción afectiva. Pero, ¿dónde situamos los límites de las reacciones afectivas? Las reacciones afectivas tienen sus componentes somáticos. Existe una gran unanimidad en la aceptación de tales componentes somáticos cuando se definen en el plano de la expresión. Esta vertiente *expresiva* de las reacciones afectivas, en las que son claras las correlaciones somáticas, nos ofrece un primer plano en el que la anomalía afectiva toca al plano morbosos en sentido estricto. Cuando la expresión de una emoción es anómala por su cantidad (por ejemplo, la labilidad afectiva de los viejos) o por que se canaliza por otras vías que las suyas propias y adecuadas, estamos ante una reacción anormal con un eslabón morbosos en sentido estricto.

Pero no se trata de eso, sino de la *dinámica íntima* de la reacción afectiva. En la textura íntima de la afectividad existe un plano vital, en sentido amplio, por tanto en un amplio contacto con las zonas biológicas. Lo que se llama situaciones conflictuales afectivas son, con frecuencia, de raíz instintiva. En la teoría psicoanalítica de las neurosis los conflictos provienen de la capa instintiva de la persona. ¿Es que podemos considerar los instintos como puras instancias psíquicas? ¿No existe un anclaje somático de toda la vida instintiva? También sería un error concebir el instinto como una pura fuerza biológica, y es que, en el fondo, el instinto no existe, sino que lo que nosotros observamos es una conducta instintiva. *Toda conducta humana es personal siempre, por cargada que esté de matices instintivos.* Cualquiera de los instintos que tomemos como objeto de estudio nos ofrece, inmediatamente, sus vertientes personales. Precisamente esta unidad del acto humano es la que no puede destruirse jamás por el análisis. Este siempre tendrá un carácter de aproximación, y realmente esto es lo que se hace en la práctica.

Lo mismo ocurre con el resto del plano afectivo. El fondo de la afectividad está constituido por el estado de ánimo, el humor. No se puede

negar el carácter plasmático del estado de ánimo. Los sentimientos vitales tienen, como dijo SCHELLER, un carácter global, porque nos revelan nuestro modo de estar en el mundo. Pero lo que está en el mundo es el hombre, apoyado en su soporte corporal. Es imposible eliminar del campo de estudio de los sentimientos esta presencia de la corporalidad humana. Tampoco es correcto limitar su función a ser expresión de la vida psicológica, sino que en el «estar» del hombre el cuerpo significa mucho más.

* * *

La verdadera textura íntima de la afectividad nos la revela muchas veces la patología. La melancolía se caracteriza por la aparición de la tristeza vital, según las ideas de K. SCHNEIDER. En la doctrina psicoanalítica la melancolía es reactiva — una reacción vivencial anormal — a la pérdida del objeto de la libido. La psiquiatría clásica ya distinguía entre la melancolía endógena, la reactiva y la provocada. En este aspecto cada psiquiatra se inclina más, según su propio punto de vista, por un término u otro de la teoría. A mi modo de ver, este espectro está falseado por la creencia de que se trata siempre de la misma forma de experiencia psíquica. *La tristeza del enfermo no es la misma que la tristeza del sano.* De vez en cuando tenemos ocasión de observar en un enfermo, con una crisis melancólica profunda, como él sabe distinguir entre su tristeza enferma y la que le produce otra, puramente reactiva, por ejemplo, la pérdida de un ser querido. La estructura afectiva del ser se determina por ciertos influjos que vienen de su corporalidad y otros que emanan de sus circunstancias psíquicas. En el sano, la corporalidad pesa poco. La salud consiste en esa posibilidad de libertad frente al propio cuerpo, en tenerlo siempre *dispuesto*. Por eso se habla de «indisposición» en los comienzos de las enfermedades.

Lo mismo ocurre con otras experiencias anímicas. El estado de ánimo es siempre un estado global que cristaliza, según las circunstancias, una forma u otra. A esas formas de cristalización llamamos afectos: tristeza, angustia, miedo, etc.

La patología de los estados de ánimo es, en el fondo, la patología de las neurosis. Al igual que existe una tristeza reactiva y una tristeza vital, existen una angustia reactiva y una angustia vital, un tedio reactivo y un tedio vital, etc. En lo que se llama neurosis de angustia nos encontramos con un espectro que va desde la angustia puramente reactiva a la endógena, que limita con ciertas formas de melancolía angustiosa. Lo mismo ocurre con el tedio y con los demás sentimientos vitales.

Resulta imposible, en estas escasas páginas, exponer todo el problema, por lo que forzosamente he de limitarme a varios puntos. La neurosis es una reacción vivencial anómala. La anomalía en la elaboración de la vivencia puede depender de una anomalía de la personalidad, en

cuanto ésta se caracteriza por una estructura formal ya dada. Este es el problema de las personalidades psicopáticas en sentido estricto. Otros tipos de personalidad pueden influir también en el desencadenamiento de la reacción neurótica; por ejemplo, los débiles mentales. La debilidad mental puede concebirse, aparte de como enfermedad, como una variante de la personalidad. Las raíces biológicas son evidentes. Hoy día apenas vemos los grandes cuadros histéricos más que en débiles mentales. También pueden producir reacciones neuróticas otros tipos de personalidad enferma, por ejemplo, los traumatismos cerebrales o los epilépticos. Por regla general, estas personalidades *insuficientes* ofrecen reacciones neuróticas más primitivas, del tipo de la reacción de KRETSCHMER (Totstellreflex und Bewegungsturm). Próximas a estos tipos se hallan las personalidades que, sobre todo en la literatura americana, se llaman «inmadura». Sus puntos de contacto con el problema del retardo, de la escuela de KRETSCHMER, son evidentes. La neurosis es un retardo en el proceso de maduración. Este proceso, visto desde un lado más biológico y constitucional, es lo que caracteriza el pensamiento de W. KRETSCHMER. La maduración, considerada como problema histórico-individual, es lo que examina la psicología profunda. La evolución del psicoanálisis ha consistido en su paso de la noción del trauma psíquico al de la «personalidad traumatizada» en su desarrollo.

Pero existen otros casos en los que la elaboración anómala de la vivencia se debe a una situación especial de la persona sobre la que ha tenido lugar el impacto vivencial. En Kurt SCHNEIDER hallamos descritas las «Hintergrundreaktionen»; o reacciones de trasfondo; la reacción anómala tiene lugar por algo que ha sucedido al sujeto, físico o psíquico. Las reacciones de trasfondo pueden ser motivadas o causadas. Ahora bien, la reacción vivencial anómala del neurótico puede tener lugar *porque su situación de ánimo sea anómala*. Tal situación de ánimo anómala sería análoga a lo que se halla en el fondo de la melancolía. Con frecuencia tiene su curso *fásico*, como en la melancolía misma.

* * *

En el curso de las neurosis nos encontramos con la angustia, como dijo FREUD. La angustia de muchos neuróticos no es una angustia reactiva, sino *endotímica*, y a veces yo diría *fisiógena*. En la clínica nos encontramos con un amplio espectro, que va desde la primera a la segunda. En la misma serie podemos alinear otros estados de ánimo. El miedo que produce siempre una reacción neurótica es siempre un miedo angustioso, es decir, una angustia sentida en una situación concreta. Mucha importancia tiene, en la patología de las neurosis, el tedio. También resulta curioso analizar la relación que existe entre el vértigo y la angustia. Son modos alterados de la misma estructura fundamental.

Existen diferencias entre los estados de ánimo morbosamente alterados y los normales. No es lo mismo la angustia normal que la patológica; la diferencia no es sólo de cantidad, ni siquiera de facilidad de provocación. *En los estados de ánimo patológicos existe un desplazamiento hacia la corporalidad*. Están, por así decirlo, más anclados en la carne, más encarnados. Esta *somatotropía* de los estados de ánimo patológicos caracteriza su sintomatología. Por eso se sienten proyectados en una u otra parte del cuerpo. Los síntomas de las órgano-neurosis son proyecciones angustiosas. La palabra proyección no da idea clara de la naturaleza del fenómeno. Es más, podríamos decir que la da errónea. No se trata de una emoción que se condensa en torno a un determinado órgano, sino de un estado emotivo que surge ya con una cierta encarnadura. La somatización de las neurosis tiene ahí su origen y su expresión. Por hallarse tan ligadas a la corporalidad es por lo que pesan tanto en la vida del enfermo. Su gravedad está en el polo opuesto a su libertad. De ahí también su distancia y proximidad al yo. Sería un error decir que están más distantes o más próximos al yo; su relación es de otro tipo que en los sentimientos normales. No es de distancia, sino de dominio.

Precisamente porque se trata de una patología del estado de ánimo *morbosamente* alterado es por lo que pertenece al médico. Cuando la alteración de la personalidad o cuando la situación conflictiva tengan caracteres que quedan señalados es cuando estamos ante una neurosis. Los conflictos corrientes de la vida, que a veces se llaman abusivamente conflictos existenciales, no pertenecen por sí al médico. Es posible que éste, por su conocimiento de la vida y de las entrañas del hombre, pueda dar un consejo afortunado. El antiguo médico de familia estaba en condiciones para ello, dada su experiencia y su conocimiento de la intimidad familiar.

La *necesidad de un diagnóstico estructural en las neurosis* es evidente. La alteración endotímica o la alteración del fondo personal constituye la base sobre la que se desarrolla la neurosis. Toda neurosis es un desarrollo en el que juegan todas las capas de la personalidad. La más íntima es aquella en la que contactan los planos apersonales y personales del ser (von GEBSATTEL). En toda neurosis hay un diálogo en la intimidad personal, una amputación de la libertad que se tiene frente a sí mismo. El análisis de este proceso, el desmembramiento de los diversos factores que intervienen en él, la dinámica mutua de los mismos, son elementos de un diagnóstico polidimensional. El diagnóstico al modo clásico importa poco. Sólo es una primera aproximación a las aporías de las neurosis. Lo importante es penetrar en ellas, desmembrarlas, analizar las diversas dimensiones que se integran en cada persona.

* * *

El problema fundamental es, pues, el siguiente. ¿Está justificada la farmacoterapia en las neu-

rosis? Si las neurosis son puramente enfermedades montadas sobre un mecanismo psíquico, la acción farmacológica sólo será utilizable en muy escasa medida, e incluso en algunas ocasiones podría resultar contraproducente. Los psicoanalistas sostienen la tesis de que precisamente los medicamentos que tratan de frenar la angustia frenan al mismo tiempo el proceso curativo. Lo esencial de la curación consiste en hacer cada vez más consciente la angustia, en vivenciarla más y en vivenciar los mecanismos que en ella intervienen. La acción encubridora es, por consiguiente, una acción que dificulta la curación.

Sin embargo, mis puntos de vista, como acabo de exponer, no coinciden con esta tesis psicoanalítica. En primer término, si las neurosis son enfermedades del ánimo, las crisis anímicas pueden estar endógenamente determinadas. El papel de los traumas es un papel anamnético. Revelan sólo la situación angustiosa. En tal caso, cabría pensar en una acción farmacológica directa, como se emplea, o se puede emplear, para las otras enfermedades del ánimo, por ejemplo, para la melancolía. A su vez, sería un error pensar que este asalto farmacológico de las neurosis suprime la psicoterapia. *En la crisis neurótica existe un elemento a-personal, pero sobre él se monta siempre un elemento personal.* La unidad de la persona no debe impedirnos reconocer que en ella existen, en una u otra forma, estratos con diferentes valencias. Siempre los estratos superiores gozan de una mayor autonomía y tienen sus leyes propias. La sintomatología neurótica es una superestructura psíquica, elaborada con arreglo a las leyes propias del plano de la vida psíquica, y hasta cierto punto reactiva al disturbio tímogeno de fondo. El problema es mucho más complejo, y con la palabra «reactivo» no hago más que tratar de lograr un primer abordaje.

Esta estructura personal de las neurosis es la que modifica los resultados de las acciones farmacológicas. La acción farmacológica sólo se desarrolla en el plano de un aumento o disminución de los sistemas neurofisiológicos que sirven de base a la afectividad, impulsividad, etc. (diencéfalo, lóbulo límbico, substancia reticular, etc.). Esa modificación en la dinámica neurofisiológica repercute de un modo diverso en la psicodinámica. En

algunos enfermos, por ejemplo, los medicamentos neurolépticos en general, en lugar de provocar una sedación de la actividad psicodinámica, la aumenta. El enfermo está más «descontrolado» bajo la acción de los sedantes que antes. En otros, los síntomas que expresan un síndrome de despersonalización se acentúan. El enfermo se muestra más minuciosamente hipocondríaco tomando el medicamento que sin él, desarrollando una ansiedad secundaria, que complica el cuadro clínico. La experiencia clínica actual demuestra la gran variedad de efectos que se logran con el mismo medicamento. No se puede escamotear esta cuestión atribuyéndolos, groseramente, a la sugestibilidad del enfermo; ahí está, precisamente, el problema psicodinámico y, por consiguiente, psicoterapéutico.

Por otra parte, la superestructura psíquica que se constituye sobre el fondo biológico tiene sus leyes propias. La psicodinámica de las neurosis no es una reproducción especular, un eco de su presunta biodinámica. Los factores personales adquieren mayor relieve que los factores a-personales del cuadro clínico. Querer disminuir la importancia de la aproximación psicodinámica y psicoterapéutica al problema de las neurosis es un gran error, aun admitiendo que, en el fondo de toda neurosis, exista una disregulación biodinámica.

BIBLIOGRAFIA

- V. E. GEBSATTEL. — Prolegomene einer medizinischen Anthropologie. Ausgewählte Aufsätze. — Springer, 1954.
- E. KRETSCHMER. — Psychotherapeutische Studien. — Thieme Verlag, Stuttgart, 1949.
- Medizinische Psychologie. — 11. Aufl. — Thieme Verlag, 1956.
- W. KRETSCHMER. — Die Neurose als Reifungsproblem. — Thieme. — Stuttgart, 1952.
- M. SCHELER. — Der Formalismus in der Ethik und die materiaie Wertethik. — Halle, 1912 u. 1916.
- K. SCHNEIDER. — Klinische Psychopathologie. — Thieme Aufl. — Stuttgart, 1955.
- SPER. — Vom Wesen der Neurose. — Thieme Vg. — Leipzig, 1938.
- WEITBRECHT. — Kritik der Psychosomatik. — Thieme Vg., 1955.

ORIENTACIONES ACTUALES EN EL TRATAMIENTO DE LA MENINGITIS TUBERCULOSA

por

IDWAL PUGH, M. D., CH. B., D. P. H.

Physician Superintendent Hill House Hospital, Swansea

Se puede decir que desde la aparición de la estreptomycinina hace doce años, se han conseguido en el tratamiento de la meningitis tuberculosa adelantos espectaculares. Gracias al descubrimiento del ácido para-amino-salicílico (PAS) y más tarde a la hidrazida del ácido isonicotínico (HIN), el índice de mortalidad de una enfermedad fatal, en otros tiempos, ha disminuído progresivamente, de manera tal que en los tiempos actuales es aceptado generalmente que con un tratamiento eficaz, un índice de supervivencia que se aproxima al 100 % puede esperarse confiadamente en los casos incipientes. El acuerdo general, en la actualidad, es que diferentes combinaciones de estreptomycinina, HIN y PAS, son mucho más eficaces que el empleo de una sola droga (ROBERTS, 1954).

Lo que aún constituye una incógnita es saber qué combinación de medicamentos y qué régimen terapéutico serán los más efectivos. Precisamente existe aún la discusión sobre el empleo o no de una medicación intrarraquídea y los beneficios que se derivan del empleo de adjuvantes.

El propósito de este artículo es discutir sobre los tratamientos más defendidos por varios investigadores de Gran Bretaña.

Revisión de los regímenes de tratamiento

Aunque la literatura médica sobre la meningitis tuberculosa ha llegado a tener una gran extensión, está desgraciadamente muy relacionada con pretensiones incontrolables de éxito de diferentes regímenes terapéuticos. Estos informes son inservibles desde el punto de vista de la valoración crítica de los resultados. En los experimentos controlados, la mayoría de ellos se basan en el método de clasificación originalmente desarrollado por la Medical Research Council (1948), por el cual cada uno de los casos es clasificado como incipiente, mediano o avanzado, según el estado clínico del paciente en el momento de comenzar el tratamiento y sin respetar la antigüedad de los síntomas. Una clasificación semejante permite un punto de vista conveniente para la evaluación de las diferentes formas terapéuticas.

En una revisión de experimentos controlados, comprendidos en un período de diez años, de 1946 a 1956, SMITH (1956) mejoró progresivamente

su índice de supervivencia de 52 a 75 %. Durante este período de tiempo los tratamientos se hacían a base de estreptomycinina sola, o bien una combinación de estreptomycinina, HIN y tuberculina. Estos investigadores indican, para todos los casos, un largo tratamiento con estreptomycinina e HIN aplicados diariamente, ambos dados por vía intrarraquídea. Se aconseja, además, como rutina, la tuberculina intrarraquídea, una vez por semana, aproximadamente, excepto en determinados casos. Se prosigue con las inyecciones intrarraquídeas de estreptomycinina, HIN y tuberculina, hasta que se estima que la meningitis es reducida. Después se continúa con un tratamiento sistemático durante un período de 2 meses, o un mínimo de 6 meses, en aquel que sea más largo. Siguiendo este régimen, los experimentos de SMITH et al demuestran un índice de supervivencia de 100 % en los casos incipientes, 80 % en los casos medianos y 30 % en los casos avanzados.

El Comité Escocés de Juntas (1957) llevó a cabo durante los años 1953 y 1954 un experimento comparativo con el fin de estudiar el método más adecuado para la combinación de los medicamentos en el tratamiento de la meningitis tuberculosa. 111 casos fueron señalados al azar para 3 grupos de tratamientos. Los casos del primer grupo recibieron diariamente estreptomycinina intramuscular por un período de 6 meses. La estreptomycinina intrarraquídea fué administrada durante 28 días diariamente, y después 3 veces, 2 veces y 1 vez por semana, respectivamente. En el segundo grupo, el tratamiento consistió en HIN y PAS diarios durante 6 meses, con estreptomycinina diaria, intrarraquídea durante la primera semana. El tercer grupo recibió diariamente HIN y PAS durante 6 meses con estreptomycinina diaria, intramuscular e intrarraquídea durante la primera semana, y después 2 veces por semana intrarraquídeamente durante el resto del período de tratamiento.

Todos los casos fueron clasificados de acuerdo con las indicaciones originales del Medical Research Council, pudiendo compararse razonablemente cada caso, como incipiente, mediano o avanzado.

Al final del experimento, el Comité llegó a la conclusión de que, en lo que se refiere a los resultados, hubo poca diferencia en los tres grupos,