

CONCEPTO ACTUAL DE LA NEURASTENIA (I)

GREGORIO ARIAS PARRA

MEDICO INTERNO

DEL SANATORIO NEUROPSIQUIATRICO DE «LOS PRADOS»

JAEN

Desde su nacimiento ha conocido la N. los halagos del éxito, los embates de la competencia, y, en nuestros días, casi las tristezas del olvido.

Son algunos los que le niegan un lugar en la Psiquiatría, justificando su actitud con razones de más o menos peso, y son muchos los que la admiten como entidad nosológica bien definida. O por mejor decir, no, precisamente, bien definida, ya que, entre estos últimos, hay bastantes que tienen un concepto equivocado o por lo menos obscuro de lo que pueda ser.

No es pedantería ni un asunto meramente académico si procuramos nosotros una purificación conceptual. Penetrar en la esencia de un fenómeno y conseguir fijar éste en una designación

unitaria, son dos cosas inseparables. Esta charla (no me atrevo a llamarla conferencia) pretende, únicamente, aclarar la situación, y decir de la forma más clara posible qué es lo que realmente se esconde detrás de todas las denominaciones como se le ha dado a esta enfermedad, casi siempre usadas indistintamente. Vamos a intentar hoy en la medida de nuestras pobres fuerzas, y conscientes de que nos escuchan ilustres compañeros más capacitados, vamos a intentar, repito, despejar la nebulosa que rodea a la N., esa neurosis, un mucho «cajón de sastre», que tan de moda estuvo.

Posiblemente sobre ningún campo de la Medicina haya tantos nombres diferentes como aquí. Podemos citar unos pocos:

(1) Conferencia pronunciada en «Seminarío Médico» el 20 de Noviembre de 1957.

enfermedades nerviosas funcionales, neuropatía, nerviosidad o neurastenia constitucional, agotamiento nervioso, debilidad nerviosa, órgano-neurosis, psico-neurosis, psicastenia, psicogenia, reacciones anormales, y todavía unos pocos más podrían ser citados.

Se comprende, pues, perfectamente el éxito del norteamericano BEARD cuando en el año 1880 describió el síndrome de la Neurastenia, considerándola como consecuencia de la «debilidad irritable», caracterizada por una desproporción entre la intensidad de los estímulos y sus efectos, y atribuyéndola a un defecto de nutrición por agotamiento del sistema nervioso. Complacía especialmente el haber encontrado un nombre para designar las diversas afecciones nerviosas que hasta entonces no habían sido explicadas de forma precisa. Era un rayo de esperanza, una luz que venía a iluminar espacios y zonas bastante oscuras.

Y el éxito de la Neurastenia fué tan grande que se descubrió algo que antes no se había notado: la mitad de la humanidad fué declarada neurasténica. La Neurastenia se convirtió en la enfermedad de moda del siglo XIX. Los Médicos diagnosticaban con suma facilidad (y aun ahora lo hacen algunos) a todas las personalidades psicopáticas o a los individuos con reacciones anormales, de neurasténicos o histéricos, o bien dejándose llevar por la simpatía o antipatía que les producía el enfermo, lo consideraban neurasténico o histérico, respectivamente.

Ya FREUD vió claro en el problema y comprendió que, mientras se continuara dando a la palabra Neurastenia todos los significados en los que BEARD hubo de utilizarla, sería difícil sacar conclusiones válidas y mucho menos llegar a conocer la enfermedad a la que califica. El bosque no dejaba ver a los árboles. Era preciso realizar una tala que limpiase de malezas y de conceptos parásitos, incluso había que cortar aquellos árboles demasiado viejos que ya se tambaleaban y amenazaban derrumbarse. El sol penetraría de esta forma y daría la suficiente claridad para saber por donde se andaba. Con esta poda se individualizaría la Neurastenia separándola de todas las otras neurosis que la enlazaban en un abrazo demasiado íntimo, amenazando ahogarla. La tarea no era nada fácil y se tardaron años y fueron muchos los que cooperaron en su delimitación exacta.

A partir de BEARD y de WEIR-MITCHELL los trabajos sobre la Neurastenia se suceden. No se deben olvidar los nombres de CHARCOT, ZIEMSEN, DE LA TOURETTE, GRASSET, y muchos otros, casi todos los cuales le dedicaron extensos trabajos. En general los autores franceses (SEGLAS, REGIS, DUPRE y otros) la llamaron Psicastenia, quizás queriendo resaltar la influencia del componente psíquico.

FREUD, en cambio, consideró a la Neurastenia como una «neurosis real». Las neurosis reales son, para Freud, la Neurastenia y la neurosis de angustia y pensaba que eran afecciones somá-

ticas sin etiología psíquica. Estarían originadas por cualquier forma nociva de la vida sexual. La neurastenia sería la consecuencia del onanismo exagerado y la neurosis de angustia la consecuencia de excitaciones frustradas.

Una tercera concepción de la Neurastenia se debe a WILHELM STEKEL. En su estupendo libro «Estados nerviosos de angustia» rechaza la teoría freudiana. No admite la existencia de las «neurosis reales», en el sentido de FREUD. Para él solo existirían las psiconeurosis, e incluso llega a afirmar que no hay más que una sola psiconeurosis, que se manifestaría bajo diferentes formas y con diferente intensidad.

Sin que a nosotros nos parezca auténtica la etiología que buscó FREUD para sus «neurosis reales», tampoco estamos de acuerdo con la tajante afirmación de STEKEL de que solo existe una psiconeurosis. Nos parece excesivamente drástico tal aserto, aunque esté respaldado por la indiscutible autoridad del psiquiatra alemán y aunque, en general, goce de nuestra simpatía tal teoría por cuanto significa un nuevo punto de vista y la apertura de nuevos horizontes en el estudio de este resbaladizo tema.

Vemos, pues, que la Neurastenia se ha visto sometida a una serie de alternativas doctrinales, a una serie de ataques, que hicieron muy difícil su alumbramiento (porque no hemos de olvidar la debilidad de sus fuerzas al ser desgajada del tronco común, al ser extraída del pozo sin fondo de las neurosis). A pesar de todo

vivió, incluso a pesar de su apoteósico éxito inicial, y hoy estamos convencidos de la existencia de la Neurastenia como síndrome ciertamente independiente. Porque es indudable que, desde el punto de vista clínico, hay gran cantidad de personas en quienes episódicamente se presenta «una perturbación de las funciones nerviosas, originadas por causas que conducen a una sobrefatiga y agotamiento de la fuerza funcional, manifestada en un síndrome cuyas notas esenciales son la vivencia de fatiga, la irritabilidad y un malestar general, con insomnio y un desinterés objetivo». Lo esencial en la Neurastenia es la enorme desproporción que existe entre las quejas subjetivas y la sensación de enfermedad, por una parte, y los hallazgos objetivos, por otra, lo que nos explica sus frecuentes temores hipocondríacos.

Como ha dicho FLEURY, en una bella frase (a las que tan aficionados son los franceses), la neurosis neurasténica es como la historia de la fatiga cristalizada y que ha pasado al estado de función habitual. Y es que tanto en la parte psíquica como en la orgánica predomina el cuadro asténico, la hipotonía, la baja tensión funcional.

La *sintomatología* de estos enfermos es muy florida. Siempre, o al menos con mucha frecuencia, tienen manifestaciones somáticas, pero lo más importante indudablemente es su cuadro psíquico.

Las alteraciones psíquicas de estos enfermos son típicas. Es grande la dificultad para concen-

trar su atención en el trabajo mental. Se distraen con suma facilidad siendo incapaces de concentrarse. Con frecuencia piensan simultáneamente en dos o tres cosas. Es proverbial su falta de memoria. Constantemente se quejan de sus frecuentes olvidos. No obstante, si analizamos algo detenidamente este síntoma veremos con sorpresa que el enfermo recuerda todo aquello que le preguntamos. Y es que no existe tal falta de memoria, sino, sencillamente, que le es más cómodo no realizar el ligero esfuerzo que supone poner en marcha su capacidad evocadora. Cuando hablan, para suplir esta deficiencia, utilizan a menudo un lenguaje lento y lleno de perifrases, lo que le presta un aspecto rebuscado y presuntuoso.

Es típica la tristeza y el pesimismo que, a veces, culminan en crisis de llanto. Se creen tan débiles, tan desamparados, que se ven tan «cansados» que temen al mundo que les rodea y que amenaza aplastarlos. Por eso no deben extrañarnos sus crisis de llanto reflejo de su desaliento y su vacío interior, o, por el contrario, sus violentas y frecuentes crisis de cólera que son a modo de compensación (igual que ocurre a los individuos que sin llevar la razón discuten a gritos para convencer). Al fin y al cabo, (y a mi modo de entender) estos accesos no son sino las últimas manifestaciones de una energía que agoniza, son el «todavía no estoy acabado», siendo mayores cuanto mayor es la sensación íntima de inferioridad, y más frecuentes cuanto vá siendo mayor

su hiperestesia sensorial, hiperestesia que podría servirnos como indicadora fiel del empeoramiento del enfermo.

En la esfera de la voluntad muestra pasividad, indecisión, vacilaciones, dudas y versatilidad en sus determinaciones. Por todas partes el neurasténico vé dificultades insuperables.

Si a todos estos síntomas, añadimos una aplastante sensación de cansancio, habremos pasado una mirada panorámica, pero no por ello menos inquisitiva por el cuadro psíquico de estos enfermos. El cansancio del N. es producto, en parte, de su deficiente actividad cenestésica. Nos explica cómo el trabajo que antes realizaba de una manera normal, ahora le supone un esfuerzo enorme, una tensión constante que lo deja completamente agotado. El paciente por la mañana está soñoliento, se anima algo por la tarde y por la noche no puede conciliar el sueño. Este insomnio del N. es un tormento horrible, porque, incluso si se duerme, su sueño es superficial e interrumpido por sobresaltos y pesadillas.

Hay que destacar una peculiaridad de estos enfermos, insospechada si nos atenemos a la sintomatología anterior. Colocados ante una dificultad o un peligro real, una gran responsabilidad o una dura exigencia, se tornan sosegados, firmes y llenos de confianza en sí mismos. No obstante, desaparecido el obstáculo, reaparece su anterior personalidad, irritable y quisquillosa, capaz de molestarse por la causa más nimia (una comida

que no le gusta, una visita no deseada, etc.) y de nuevo comienzan a molestar con quejas inconcretas a cuantos les rodean, y en primer lugar a sus allegados.

Vemos, pues, y resumiendo, que lo más llamativo de la sintomatología psíquica del neurasténico es:

- a) Dificultad para concentrar su atención.
- b) Pseudofalta de memoria.
- c) Tristeza.
- d) Pesimismo.
- e) Indecisión.
- f) Insomnio.
- g) Cansancio.

La sintomatología orgánica del neurasténico es, en realidad, más subjetiva que verdadera. Por parte del *sistema nervioso* figuran en primer lugar los trastornos sensitivos. Son frecuentes las algias, sobre todo la cefálica. Este dolor de cabeza puede tener distintas características. El enfermo puede describirlo como una sensación de casco, o de clavo, etc. Otras veces se quejan de cefalea difusa y constante.

Menos frecuentes, pero también importantes, son las requalgias, que CHARCOT consideró como estigma neurasténico. Pero también les duele en cualquier otra parte del cuerpo, explicándonos con todo detalle la clase y tipo del dolor y todas sus características. Las hiperestesias y parestesias (estas últimas sobre todo en extremidades) no son nada raras.

A los trastornos sensitivos hay que unir los trastornos sensoriales siendo de los más fre-

cuentes los de la vista (moscas volantes, visión turbia, etc.) También los del oído (zumbidos y paracusias, sin olvidar los molestísimos vértigos). Siempre hay síntomas motores, entre los que destacan, la astenia o fatiga muscular (el individuo tiende siempre a buscar la posición horizontal y más cómoda posible), y el temblor, sobre todo en manos, de oscilaciones pequeñas y desiguales.

Muy importantes son los trastornos en la *esfera genital*. Se ha llegado incluso a hablar de una Neurastenia sexual. No son primarios estos trastornos, sino que aparecen después de las primeras fases de la neurosis. Hay una disminución del deseo sexual, erecciones fugaces, eyaculación precoz, poluciones involuntarias y frecuentes. Puede originarse incluso impotencia psíquica, en parte por estos trastornos de la libido, y en parte (según JANET) por el hecho de asistir el enfermo al acto sexual como espectador de sí mismo. La mujer puede llegar incluso hasta la frigidez sexual, aparte de trastornos menstruales de distinto tipo.

Quedan, por último, entre los síntomas orgánicos de la Neurastenia un cortejo enorme y variado de alteraciones funcionales circulatorias, digestivas, respiratorias, etc.

Entre las *alteraciones circulatorias* están la hipotensión arterial, los trastornos del ritmo cardíaco, los sofocos y muchas molestias subjetivas, como la percepción del pulso por todos lados, todo lo cual hace que a

estos enfermos con suma frecuencia, sea el especialista de corazón el primero en visitarlos ya que están convencidos de padecer una grave enfermedad cardíaca. En el *aparato digestivo* puede haber también multitud de síntomas, siendo quizás el más dominante la pertinaz anorexia, unida a sensación de plenitud gástrica; se quejan de dificultad para realizar la digestión. Con frecuencia sufren de estreñimiento atónico que alterna con crisis diarreicas. En el *aparato respiratorio* podemos apreciar una respiración superficial, salpicada de suspiros.

No hay que olvidar las *alteraciones renales* (polaquiuria, fosfaturia, etc.) y los *trastornos endocrinos* (hiperfunción tiroidea, e hipofunción suprarrenal global.)

Todo Médico experimentado debe conocer estos clientes «crónicos» que se dejan caer por su consulta para referir un sinfín de minuciosidades relacionadas con su estado físico, que siempre «se olvidan de algún dato importante» relacionado con la anamnesis, que repiten infatigablemente, desmesurando todos sus síntomas, que marean al Médico a fuerza de preguntas; pero que se retraen como el caracol en su concha en cuanto se intenta desentrañar el padecimiento psíquico que pudiera hallarse en la raíz de sus padecimientos somáticos.

Resumiendo, y como muy bien dice HELLPACH, «el enfermo no es tan solo un sano al que le falta algo, lo que mas bien sucede es que se han dislocado las

proporciones existentes, en general, entre lo somático y lo psíquico, y en especial, entre esto último y sus manifestaciones, así como, finalmente, entre los diversos territorios de la vida interior».

El sexo masculino parece estar mas predispuesto a padecer la Neurastenia, por su género de vida: aquellas personas que ocupan cargos dirigentes, que tienen gran sentimiento de responsabilidad, o aquellas otras inquietas que necesitan actividad y que han de permanecer de forma forzada inactivas y en situación de espera. La edad de aparición lo es cualquiera: desde la lactancia (HAMBURGER) hasta la edad madura, época preferida por esta enfermedad. Generalmente se inicia en la edad escolar pues el sobretrabajo escolar y el temor a los exámenes y a los familiares facilitan su aparición (constituyen suficiente motivo en un individuo constitucionalmente predispuesto).

En cuanto a la *etiología* de la Neurastenia parece estar definitivamente aclarada. En un principio, se comprendía con ella, un agotamiento de fuerzas nerviosas consecutivo a las exigencias de la civilización, produciéndose una intoxicación del organismo (según WEICHHARDT) por una toxina de la fatiga o «quenotoxina», que se originaría como un producto del anabolismo cerebral. El hecho de que estos enfermos se encuentren mejor los Lunes que los Domingos, hablaría en favor de la acumulación de quenotoxina, ya que disminuiría la cantidad de ésta tras un día de descanso. Ya

entonces empezaba a hablarse de la influencia de las condiciones de vida apresurada en los trastornos mentales como ahora se hace al evocar la angustia o la agapaxia.

Poco a poco se fué alejando la concepción de la Neurastenia como agotamiento agudo del sistema nervioso y fué acentuándose la importancia de los factores constitucionales y de la influencia psíquica (claramente lo dá a entender la expresión «psicaste-nia»). En estos últimos tiempos cada vez se atribuye mayor significación causal a la esfera afectiva. BLEULER indica que existen en realidad enfermedades por agotamiento nervioso, pero que no son neurosis según el concepto más común que de ellas se mantiene. Llama la atención dicho autor sobre el hecho de que los neurasténicos que suelen presentarse a la observación médica han tenido pocos motivos de agotamiento pues por lo general trabajan escasamente, y lo que en ellos origina la enfermedad son conflictos afectivos. Claro está que éstos pueden reforzarse por el agotamiento y que la sensación de cansancio se experimenta tanto más pronto cuanto más cansado se llega al trabajo.

Ahora bien; el factor emocional no siempre produce la Neurastenia puesto que también origina, en determinados casos y circunstancias, cuadros histéricos, angustiosos, etc. Ello es debido, como dice MONSEFRAT ESTEVE, a que hay que contar con otro factor de gran importancia, que es la tendencia a reaccionar de preferencia en una forma u

otra. La nerviosidad constitucional constituiría el terreno abonado en que se desarrollaría preferentemente la Neurastenia.

Es, pues, la participación afectiva en forma de ansiedad, preocupación, miedo, inquietud, remordimiento, etc. lo que asume el papel más importante en la etiología de esta neurosis. Todas estas circunstancias son cada día más corrientes en la vida moderna. Las generaciones que nos precedieron no conocieron la difícil lucha por la existencia de los tiempos actuales. La técnica, a quien tanto hemos de agradecer, se cobra usurarios intereses robándonos la tranquilidad y el sosiego. El ritmo de vida es rápido, las exigencias profesionales cada día más apremiantes, la noche no es obstáculo para seguir trabajando, hay potentes iluminaciones para convertir la noche en día, la distancia no existe con los aviones supersónicos. MARAÑON ha dicho: «Es ya un lugar común que la vida moderna está influida por las emociones y, sobre todo, por una, la prisa; en el sentido de que, para el hombre de antes, la vida no estaba suficientemente llena de quehaceres y ahora empieza a estarlo. Esto, produce angustia permanente, consciente o no, en el hombre de hoy e influye seguramente en la génesis de muchos de los trastornos que vemos los Médicos».

«Aprender a no pensar es una parte, y no la menor, del arte de pensar», ha dicho ALAIN. De esta forma seca y axiomática el filósofo francés dijo una gran verdad que casi todos aceptamos, pero que casi ninguno practica-

mos ya que no hay medio de ponerla en práctica hoy». Nuestros órganos sensoriales se ven sobrecargados de ruido, de luz, de agitación. Esta sobretensión emocional impide el descanso, la concentración en el trabajo, y por tanto el rendimiento. Hay una solución: los hipnóticos, que facilitan el descanso. Pero al día siguiente la mente está torpe. Los hipnóticos todavía actúan. Eso se resuelve con psicoestimulantes: café, alcohol y tabaco. Y a la noche vuelta a los hipnóticos, cada vez en mayores dosis. Así queda formado un círculo vicioso que llevará al individuo casi seguro a la Neurastenia, sobre todo si está predispuesto constitucionalmente. La «nerviosidad constitucional» es el terreno ideal sobre el que el factor emocional fructifica una Neurastenia. La Neurastenia constitucional no sería sino esta predisposición exagerada hasta el límite.

No hemos de olvidar la importancia (bastante discutida) del factor sexual en la etiología de esta enfermedad. Ya dije antes que FREUD consideraba al onanismo exagerado como el origen de la Neurastenia. FERENCZI habla de la «neurastenia de un día» consecutiva a poluciones muy frecuentes. Todos los autores coinciden, sin embargo, en que el coito normal, el realizado dentro del matrimonio, no produce trastornos de ningún tipo. Serían, precisamente, las relaciones o maniobras sexuales anormales, las que desencadenarían todo tipo de trastornos nerviosos. Es por eso que STEKEL, entre otros, haya indicado que, más que el abuso

sexual, es el componente emotivo acompañante (remordimiento de conciencia, miedo al «desgaste», etc.) la causa patógena. De ahí que los abusos sexuales de los recién casados no conduzcan casi nunca a la neurosis neurasténica, y en cambio resulte pernicioso exagerar desmesuradamente los males causados por la masturbación.

Algunas veces, en la convalecencia de enfermedades infecciosas, se presentan cuadros neurastenoides, razón por la que algunos autores incluyen dichas enfermedades en la etiología de la Neurastenia. Así ocurre en la gripe, las enfermedades caquetizantes, hambre, en las intoxicaciones crónicas (arsénico, plomo, morfina, nicotina). También se puede presentar en algunos trastornos metabólicos como la diabetes, la enfermedad de ADDISON, etc. No debemos olvidarnos de los traumatismos craneales. También en la pelagra, en cuadros intestinales diversos, así como en el cáncer.

No me parece oportuna esta medida y me adhiero al parecer de HAUPMANN, quien considera que el agotamiento ha de ser producido activamente por el sobre-esfuerzo voluntario del propio sujeto y no pasivamente por la dolencia, traumatismo o noxa exógena. Por lo tanto no creo que se deba considerar como auténtica Neurastenia a los cuadros neurastenoides que puedan aparecer en estas enfermedades.

Por último, no falta en la actualidad quien vea (W. KRETSCHMER) el punto de partida de la Neurastenia y de las neurosis en

general en trastornos biológicos de la maduración. Fundamentan su teoría diciendo que los fenómenos psicológicos están en una determinada dependencia de las condiciones biológico-somáticas, en el sentido de que las unas son un supuesto previo de los otros y viceversa, aún cuando ambas esferas solo parcialmente puedan ligarse. En realidad esta teoría biológica viene a ser un complemento de las doctrinas psicológicas existentes.

Creo haber apurado con esto casi todas las probables causas de Neurastenia. En la etiología he barajado dos factores que se han entrecruzado una y otra vez en una amalgama difícilmente separable: factores psíquicos y factores orgánicos. ¿Cuáles de ellos son causa y cuales consecuencias? ¿Lo primario es la predisposición neurasténica, o, por el contrario, es la fatiga, la tensión emotiva, los abusos sexuales, etc.?

Difícil problema éste. Tan difícil que yo no me atrevo a darle respuesta. Ambas teorías tienen auténticas figuras de la Psiquiatría y Psicología mundial que las contestaron y contestan afirmativamente. Cada cual puede elegir una, la que prefiera, o permanecer en una postura ecléctica. En la actualidad, y según MONSERRAT ESTEVE, se admite cada vez más que la Neurastenia es una neurosis somatogénica, un síndrome de base orgánica. Lo primario sería la alteración somática (tónica, constitucional, etc); lo secundario, la sintomatología psíquica.

Hay, no obstante, un hecho

que no debemos pasar por alto. Todo el mundo conoce a individuos en los que han aparecido trastornos de los más variados tipos por un sueño insuficiente durante largo tiempo, por pasar varias noches en ferrocarril, por una actividad de continua excitación, de sobrecarga psíquica, ya por una preparación de gran concentración con motivo de exámenes, ya por trabajos que deben terminarse para un plazo fijo. Estos individuos presentan cuadros neurasteniformes originados por agotamiento agudo. Pero bastan unas breves vacaciones y reposo sin preocupaciones para que el sujeto se restablezca. ¿Por qué esta mejoría es rápida unas veces y otras en cambio la enfermedad dura casi toda la vida? Los autores coinciden en llamar Neurastenia constitucional a esta segunda forma clínica en la que en opinión de SIEBECH, no es tan importante el mero sobreesfuerzo cuantitativo como el lado vivencial de estas sobrecargas. Y apoya su afirmación haciendo ver que una gran tensión psíquica que produce alegría y lleva al éxito, conduce a la Neurastenia bastante más difícilmente que otro esfuerzo psíquico (quizás menor) que es vivido como una carga mortificante y lleva consigo preocupaciones y el fracaso.

Se ha hablado, y aún se habla, de otras formas clínicas de Neurastenia. Neurastenia traumática, sexual, sífilítica, seudo-neurastenia, etc. Son autores de la categoría de BLEULER (seudo-neurastenia). LANGE? (Neurastenia sífilítica), etc. los que las han descrito. Todas ellas por lo tanto

existen, pero, en mi pobre opinión, no les debemos, el Médico general no les debe hacer demasiado caso para no caer en el confucionismo y conservar así en su mente un concepto más claro de la Neurastenia constitucional, la más importante, la más frecuente y, al fin y al cabo, la única realmente con personalidad dentro de la patología psiquiátrica.

Quiero hablarles ahora de una cuestión de sumo interés, por no decir la más importante. Si de algo se peca a la hora de *diagnosticar* una Neurastenia es de «liberalidad». ¡Cuán fácilmente se etiqueta de neurasténico a un enfermo por la simple coincidencia de algún síntoma (e incluso sin esa coincidencia) ¡Antes de sentar un diagnóstico de ese tipo se debe realizar una minuciosa exploración psíquica y somática del paciente. De no hacerlo así se pueden cometer errores, algunos de ellos muy graves. Enfermedades como la anemia perniciosa, la leucemia, la diabetes, la esclerosis en placas, la tuberculosis, la sífilis secundaria, etc. pueden, en sus primeros estadios, inducirnos a error.

Particular interés tiene el *diagnóstico diferencial* con la *depresión endógena*. En ambas enfermedades aparecen ideas delirantes hipocondríacas de incapacidad para el trabajo, y hay una sobrevaloración de las molestias subjetivas. Consideramos importantes signos diferenciales la periodicidad en la presentación de los trastornos hipocondríacos, nunca atribuibles a agotamiento, en los depresivos, así co-

mó el hecho de que su incapacidad para el trabajo obedezca a inhibición e indecisión y no a fatigabilidad como en el neurasténico. Esta propensión a la fatigabilidad hemos de tenerla siempre en cuenta en el neurasténico. Otro signo importante es la accesibilidad a la sugestión. «Mientras el neurasténico se muestra agradecido a la psicoterapia sugestiva, el melancólico endógeno exhibe franca resistencia a consuelos y sugestiones, Es cierto que también el deprimido agradece consuelos, consejos y remedios, pero lo hace con una sonrisa irónica, con mortificantes chanzas, En cambio es más comedido frente al Médico, no lo explota, no lo aburre con constantes peticiones de nuevos medicamentos.

Otra enfermedad que debemos destacar siempre es la *P. G. P.* que en sus primeras fases puede parecer una Neurastenia, El examen neurológico detenido y el análisis de l. c. r. nos sacarán de dudas, sin contar con las características especiales de los dos enfermos: mientras el neurasténico combate sus trastornos con todos los recursos imaginables y sigue fielmente los planes terapéuticos, el paralítico no termina casi ningún tratamiento, hace caso omiso de las prescripciones terapéuticas y pronto prescinde del Médico por creerse curado.

La hipertensión arterial y el hecho de que aparezca el cuadro neurasténico por primera vez en edad avanzada son signos que hemos de tener en cuenta a la hora de diferenciarla de la *arterioes-*

clerosis, enfermedad con la que a veces también se puede confundir.

Para terminar esta breve ojeada al diagnóstico diferencial he de detenerme un momento en un nuevo concepto médico, lanzado hace apenas un año por el francés PHILIPPE DECOURT y que ha tenido mucho éxito entre los Médicos de toda Europa ya que responde a un cuadro muy frecuente y de gran trascendencia social: *la Agapaxia*. Sorprende que haya tardado tanto en describirse, pero, el mismo DECOURT se lo explica «por los especialísimos caracteres de esta entidad, que en tanto que tal, no pertenece realmente a la Patología, y que, sin embargo, por sus consecuencias puede tener una influencia nociva sobre la vida global del individuo (psíquica y orgánica) y entrar así secundariamente en el campo de la Patología».

Como quiera que la Agapaxia puede en determinadas circunstancias, o mejor, a partir de un cierto grado «manifestarse bajo aspectos que recuerdan más o menos las sintomatologías observadas en numerosas enfermedades psiquiátricas clásicas», es por lo que creo de sumo interés su diagnóstico diferencial con la Neurastenia.

Algunos de los síntomas del neurasténico hemos visto que son la irresolución, la indecisión, la sensación de fatiga física, deseo de no intervenir, etc. En el agapáctico también pueden darse estas circunstancias pero «conserva toda su lucidez de espíritu; sus facultades mentales superiores quedan intactas, así como su

sentido crítico, tanto frente a los demás como frente a sí mismo». Además el agapáctico, al contrario que el neurasténico, no es nunca irresoluto o indeciso, su deseo de no intervención (que en algunas ocasiones siente) es casi siempre y precisamente por una decisión: la de no buscarse complicaciones y contrariedades que podrían hacerle sufrir. En otras ocasiones su no intervención se debe a la sensación íntima de que es inútil actuar.

Como en las demás neurosis el *pronóstico* «quo ad vitam» es favorable. Rara vez estos enfermos se suicidan. Las formas benignas suelen curar en pocas semanas o meses; las graves presentan más dificultades; duran varios meses o incluso años y además, las recaídas son frecuentes.

Llegamos, por último, al *tratamiento* de la Neurastenia. No es nada fácil conseguir la curación de estos enfermos. En varios apartados podemos encuadrar las distintas facetas de este tratamiento.

a) *Tratamiento biológico-constitucional*: En él se incluyen los recursos vitamínicos, sobre todo el complejo B, y de él la vitamina B₁; entre los tónicos, el fósforo y el arsénico tienen importancia, no así la estriquina, difícil de dosificar, y que junto a resultados sorprendentes, resulta, otras veces, contraproducente; la medicación opoterápica, de la que se recomienda los preparados hipofisarios, y especialmente las hormonas corticosuprarrenales y testiculares (Dihidroixandrosterona).

b) *Tratamiento sintomático*: La sugestión tiene particular interés, así como algunos medicamentos. Entre éstos, los sedantes del tipo de los bromuros y la valeriana. También los hipnóticos, aunque cuidando de no abusar de ellos (no hay que olvidar el peligro de habituación). La electroterapia (corrientes farádica y galvánica). La hidroterapia es aconsejable utilizarla en forma de baños templados prolongados durante una o dos horas y antes de acostarse para facilitar la conciliación del sueño y evitar el empleo de hipnóticos. Los baños o duchas utilizando agua fría están contraindicados. También pueden utilizarse todas aquellas medicaciones que coadyuven a lograr un equilibrio nervioso.

Muy recientemente nuestro arsenal terapéutico se ha enriquecido con nuevas sustancias mucho más específicas: los derivados de los alcoholes terciarios acetilénicos o del clorobencidril) «reflejos de una época atormentada, acaso serán ellos en un porvenir más frenético aún los monstruosos substitutos de la soledad y de la meditación».

Sin toxicidad marcada ni riesgo de habituación estas sustancias parecen tener una acción selectiva sobre los centros hipotalámicos subcorticales y no sobre la corteza cerebral. «El mecanismo podría compararse al de un interruptor de la corriente emocional que circula entre el cortex y el centro regidor neurovegetativo».

c) *Tratamiento higiénico-dietético*: Muy importante es conseguir que estos enfermos lleven

una vida sana, con una buena dosificación de ejercicios físicos y con una alimentación correctora apropiada. No es aconsejable la ociosidad. No obstante, la ocupación y el ejercicio físico serán moderados. Una temporada en un lugar de reposo, con paisajes suaves, horizontes amplios es aconsejable y conveniente en casi todos los casos.

La alimentación será sencilla, de condimentación variada y nutritiva. Se les prohibirán las conservas, la carne de cerdo, caza, pescado azul, mariscos, café, licores y vinos fuertes. Si al enfermo le gusta beber y fumar, se le puede permitir algún vino de mesa de poca graduación y que fume algunos cigarrillos.

Es muy importante la vigilancia de la vida sexual. Se reglamentará y se restringirá, evitando sobre la masturbación y las poluciones. Esto ha de hacerse con sumo tacto y no de forma brusca, sino paulatinamente progresiva. No hay que olvidar que por curar la Neurastenia podemos originar una «neurosis de angustia». Es preciso también hacer comprender al neurasténico que se han exagerado mucho las perniciosas influencias de la masturbación, e ilustrarlo sobre los perjuicios causados por los remordimientos y autorreproches, como un medio de descargarlo de sus sentimientos de culpa, y como fase previa de la psicoterapia.

d) *Tratamiento psicoterápico*: Su fin último es devolver la confianza en sí mismo al enfermo. Para ello hay que reforzar su voluntad. La persuasión y la au-

to y heterosugestión en estado vigil son las formas más recomendables de psicoterapia.

e) *Tratamiento mixto o integral*: Formado por el empleo armónico y seriado de todos los recursos anteriormente expuestos, engarzados en un «nuevo plan de vida». Este apartado «e» del tratamiento es quizás el más importante de todo él.

Hace falta, quizás, un poco de arte, y seguro, un mucho de amor al prójimo. El ejercicio de la Medicina no puede ser frío e impersonal. No es así como la concibió HIPOCRATES, quien la consideraba como una misión: una especie de religión y nunca un negocio. Tiene que ser una cuestión del corazón tanto como de la cabeza.

Para animar al enfermo, ayudarlo y hacerlo cambiar de conducta, el Médico necesita fortaleza de carácter y a veces intensidad de sentimientos. Ha de sentir las cosas con calor, pues de lo contrario el paciente no experimentará el estímulo de esforzarse. Esto, que es aplicable a cualquier tipo de enfermos, no debe nunca olvidarse si se trata de pacientes neurasténicos. Nuestra actitud frente a estos enfermos debe ser de una franca cordialidad y simpatía, no exenta de autoridad. Hay que mostrarles una gran comprensión y tolerancia para sus manifestaciones y quejas, pero al mismo tiempo hay que darle la impresión de una absoluta seguridad en su curación. Como dice MIRA «una mano de hierro bajo un guante de seda».

No deberemos dar nunca una

fecha o plazo determinado para la curación de la enfermedad. Es un error éste que puede suponer el fracaso de nuestros esfuerzos en pró del enfermo. Hemos de procurar la activa colaboración del enfermo, cosa que hemos de decirle siempre, insistiendo en todo momento.

Para el buen éxito del tratamiento tiene gran interés el instruir convenientemente a la familia (o a quienes hagan sus veces) y tratarla, si es necesario, con tanto o más ahinco que al propio enfermo.

Un clasísimo error es decirle a un neurasténico: «Vd. no tiene nada». No hay que olvidar que aunque los órganos de un individuo estén fundamentalmente sanos, el hecho de que se sienta mal y vaya de un Médico a otro demuestra que padece alguna anomalía. Decirle a un enfermo de estos que olvide su cefalea, su dolor o su diarrea, no resuelve el problema. Una mujer no puede olvidar una diarrea que ha puesto fin a su vida social y amenaza con impedirle ganarse la vida. Esto es una realidad demasiado palpable aunque la diarrea se deba puramente a ansiedad o a tensión nerviosa.

Ciertos pacientes sufren verdadero pánico al decirseles que no tienen nada. Cada Médico que deje de descubrir «la causa de su enfermedad» los deja más atemorizados y con la sospecha de que sufren una dolencia espantosa no descubierta aún por la ciencia. Lo mejor es decirles que están sanos del cuerpo, pero enfermos de los nervios; que todos sus síntomas son de origen psíquico.

Reconozco que a veces es difícil convencer a un paciente de que todos sus trastornos son puramente nerviosos o funcionales. En ello quizás influya la creencia, casi general, de que este tipo de enfermedades son algo vergonzosas, o mejor, la idea que tiene el pueblo de que estas afecciones solo las sufren las personas «mimadas», los excesivamente «delicados». Sea lo que fuere, el Médico experimentado debe de tener los suficientes argumentos y con la suficiente fuerza para convencerlo.

Muchos pacientes dirán entonces a su Médico: «Bueno, si mis trastornos se deben a un estado de nerviosismo, ¿qué puedo hacer?. ¿Cómo ayudarme a mí mismo?. Los consejos del Médico deben ir orientados: a mejorar las condiciones de vida del paciente, a que ahorre energías, a que evite los estados de tensión, a que viva el presente y no se preocupe del futuro ni del pasado, a que tenga decisión, a que evite la timidez o la irascibilidad, a que regularice sus relaciones matrimoniales, a que evite la soledad, a quitarle el miedo a la locura, etc. etc.

Esta última cuestión es muy importante. Cuando el neurasténico se ha convencido de que su enfermedad no es somática, inmediatamente se ve asaltado por la idea de que se va a volver loco, idea lamentablemente fomentada por no pocos Médicos generales que ven en la Neurastenia la primera fase de una psicosis. Esto llega a atormentarlos de forma insospechada y el Médico ha de utilizar toda su fuerza persuasi-

va y sus mejores razonamientos para convencerle de su error.

Esta es, a grandes rasgos, gran parte de la labor que el Médico puede hacer en beneficio de un enfermo neurasténico. Pero con esto, con todo lo que vale, no puede conformarse, o por lo menos, no debe hacerlo. Su misión va mucho más lejos. Recordemos que más vale prevenir que curar. Hay que realizar una profilaxis eficiente, sin regatear esfuerzo, con tesón, de este tipo de enfermedades. Bien es verdad que ésta es labor de los especialistas y de los Organismos sanitarios encargados de ello, pero hoy que tan de moda está el trabajo de equipo dadas las indudables ventajas que reporta, el Médico general (o el especialista de otra determinada rama médica) no debe rehusar unir sus esfuerzos en esta batalla que hay planteada entre la civilización y el sistema nervioso del individuo. Todo Médico tiene el deber de elevar su voz e imponer su categórico veto contra una sociabilidad mal entendida o exagerada. Muchas Neurastenias o nerviosismos, muchos agotamientos y pretendidos «surmenajes» no tienen, en realidad, su raíz en sobrecargas profesionales, sino en la acumulación de obligaciones sociales, entre las cuales no se han de contar solamente las invitaciones y fiestas, las cenas y reuniones, sino también la manía de pertenecer a asociaciones (incluso cuando se trata de clubs) y el afán de desempeñar cargos honoríficos en la vida pública. Todas estas ocupaciones suponen un esfuerzo para atenderlas, y por el

contrario nos roban los escasos ratos de solaz que nos deja libres la moderna vida profesional.

Al Médico corresponde la protección de la salud completa (de la presente y de la futura), mas, sin embargo, debe saber que esta salud completa se vé expuesta a romperse de las emociones psíquicas y por llevar un género de vida equivocado. Y allí donde esto sucede debe intervenir el Médico, aun cuando no haya sido consultado, si es que tiene confianza con la familia o con ocasión de que se le consulte por motivo de una enfermedad psíquica.

He procurado exponer de la forma mas clara posible el camino que debe seguir el Médico, especialista o no, para realizar una buena profilaxis y un buen tratamiento a la Neurastenia. Muchos de estos conceptos son valederos para otro tipo de neurosis. La dificultad estriba en llevarlos a la práctica. En ocasiones tropieza uno con obstáculos enormes. Pero no hay que desesperar. Hay que tener confianza en el éxito.

Para terminar quiero transcribirles un párrafo del genial OSWALI BUNKE, de una humanidad enternecedora: «Pero incluso bajo circunstancias en realidad desfavorables, puede hallarse a menudo un camino que haga la

vida del neurópata mas rica, mas cordial y mas fecunda. El Médico debe conocer muy detalladamente a sus enfermos. Está obligado a no ignorar las circunstancias de su vida, a expresar todas las posibilidades, incluso aquellas lejanas que puedan ofrecérseles, y a mostrar luego la paciencia, el celo, la fé y la voluntad necesarias, virtudes todas ellas que constituyen las premisas mas indispensables para este género de ayuda.

Pero por fé entendemos también la fé en el hombre al que se trata y en todos los hombres. A mi entender, la causa de muchos fracasos en el tratamiento de los enfermos psíquicos reside en que el Médico pretende tratar unos enfermos que en el fondo de su alma desdeña, y es que hay muchos que creen que el desdén hacia la humanidad y el ser Médico son cosas que pueden compagiarse. Con tal actitud se puede sin duda desarticular un hombro o un extirpar un apéndice, lo que no se puede ser Médico. A mi entender, no habria nunca «demasiados» Médicos si a todo estudiante de Medicina se le examinase, lo primero de todo, el corazón. Y es que no se puede ayudar al enfermo si no se cree en el hombre.

Nada mas.

atarax

en

PSIQUIATRIA

Acción clínica

El ATARAX, o clorhidrato de hidroxizina (*), cuya acción tranquilizadora ha sido puesta de manifiesto por numerosas publicaciones relativas a las disciplinas médicas más diversas, actúa esencialmente mediante la transformación del comportamiento neuropsíquico del individuo. "Se trata de una medicación sintomática cuyo efecto se realiza, ante todo, sobre los modos de contacto con los demás". En el enfermo mental, igualmente, el ATARAX modifica profundamente la actitud espontánea respecto al medio y, gracias a esta propiedad, se ha demostrado su utilidad en las diversas categorías de enfermos que constituyen la clientela del psiquiatra.

Indicación de las dosis altas

En los enfermos psiquiátricos ligeros, generalmente ansiosos y angustiados, se han obtenido ya resultados muy satisfactorios con la presentación de 25 mg. En casos más caracterizados, necesiten o no el internamiento, la dosis cotidiana alcanza ordinariamente de 300 a 500 mg., y conviene utilizar la presentación de 100 mg., que permite llegar con facilidad a este nivel posológico. Esta es también la forma que se adoptará en los casos graves, para las curas atarácicas prolongadas con fuertes dosis (500 mg. y más al día).

Indicación del Atarax inyectable

Con el fin de tener la certeza de que los enfermos han tomado bien su medicamento, numerosos psiquiatras prefieren recurrir al ATARAX INYECTABLE, cuya dosis corriente es de 100 a 200 mg. de una vez, según la intensidad de la perturbación, y la cual puede repetirse en el curso de la jornada, si es necesario. La posología puede alcanzar 400-500 mg. al día sin que haya que temer incidentes.

(*) Nombre químico internacional del clorhidrato de 1-p-cloro bencidril-4-(2-(2-hidroxietoxi) etil) dietileno diamina.

IBYS