

LA VIVENCIA DE ESTAR MUERTO

LUIS ROJAS BALLESTEROS *

F., con 29 años, casada, ingresó en nuestro Servicio Hospitalario en Junio de 1949. La enferma dice que fué siempre nerviosa y que se irritaba con facilidad; nunca tampoco fue muy activa. Siete años antes, poco tiempo despues de haber contraído matrimonio, padeció una temporada de fiebre. Dos años despues comenzó a dibujarse en la enferma el cuadro parkinsoniano que hoy está plenamente desarrollado. Tres años antes de ingresar en nuestro Servicio se inició el contenido psicótico actual. Ya se encontraba la enferma en un estado bastante acusado de hipoquinesia estriada cuando comenzó a decir "que ella estaba matada" y que "se iba a tomar unas pastillas de veneno o arrojarse desde el terrado". *Antecedentes familiares*: Padre muy bebedor. Uno de sus hermanos padeció una psicosis; los restantes hermanos han estado siempre sanos. Un tío paterno padeció una psicosis cuando contava 35 años de edade, sin que haya podido inquirir más detalles sobre la misma. Tiene una hija en buen estado de salud.

La enferma se presenta en intenso estado de hipoquinesia con rigor extrapiramidal en todos sus miembros; actitud típicamente parkinsoniana; considerable déficit de sus movimientos espontáneos y mímicos; ligero temblor extrapiramidal en ambas manos, especialmente manifiesto en su lado izquierdo. El *liquido espinal* es normal.

Las vivencias de la enferma son espontaneamente relatadas de esta manera: "Hace tres años estuve en el cine con mi marido. Cuando volví a casa y me metí en la cama tuve un mal pensamiento, quitarme la vida. Y en efecto con la cabeza, es decir, con el pensamiento me destrocé todo mi interior. Desde entonces ni matriz, ni pulmones, ni corazón, ni nada, por eso estoy muerta, mejor dicho, matada. Yo no estoy tonta ni loca como cree mi familia, lo que estoy es matada. No tengo ni lágrimas en los ojos para llorar mi falta. Si estuviera enterrada, estaria dando saltos y brincos, como estoy muerta no puedo moverme. Que angustias estoy pasando!" Y despues: "Antes de matarme yo tenia muchas fuerzas. Antes de morirme me daban como rayos al corazón, ahora ya ni los siento, pues me lo he destrizado. A mi no me duele nada. Como me va a doler si no tengo nada?"

Durante la conversación que entablamos con ella, contesta muy juiciosamente todo lo que no tenga relación con su vivencia, pero interrumpe a cada momento para exclamar: "Ay lo que he hecho conmigo! Que pensamiento me dió de matarme. Que mala hora. Seria mi sino, seria mi sino, seria mi sino!. Es una inquisición lo que yo he hecho conmigo y con mi familia. Con lo que yo he temido siempre a la muerte y haberme dado esto. Seria mi sino, seria mi sino". Dice que se mató "con la cabeza, metiendome las tripas para adentro"; que no metió la cabeza en el vientre, pero lo hizo "con un mal pensamiento".

Prosigue su relato espontaneo: "Mi marido es muy guapo pero yo soy mala con él". No ha faltado en su fidelidad de esposa, "pero me he matado y al

* Cátedra de Psiquiatria y Director del Servicio de Neuropsiquiatria de la Beneficencia Provincial (Granada, España).

matarme no me ha podido disfrutar. Yo cuando me casé era muy hermosa, tenía unos pechos así (señala). El día de la boda hice gentes y antes de casarme, en el pueblo los hombres se peleaban por mí. Pero me he matado. Yo ya no me siento. Que pena mi nombre se ha perdido para siempre! Después de muerta y todo, le he pegado a mi madre. Yo soy una mala hija y también una madre mala, pues quise ahogar a mi hija. Mi marido me ha pegado alguna vez pero llevaba razón, porque decía que yo me había matado. El ha gastado todo cuanto ha podido por ponerme buena. Pero soy muy mala, por eso cuando me muera me enterrarán aquí, como uno de mi pueblo que se ahorcó y lo enterraron en un banal. A Vd. también le estoy engañando porque me la estoy dando de viva y estoy matada". Y agrega: "Yo era antes muy religiosa, iba siempre a misa los domingos. Ahora me he vuelto muy mala y estoy pensando en los profundos infiernos".

Pruebas de exploración: 1) Entregamos la lámina del hogar holandés del test de Terman; después de una rápida ojeada, la enferma contesta inmediatamente: "Es un cortijo muy bueno, tiene dentro muchas cosas buenas, mucho trigo y un techo colgado de jamones". 2) Frente a la lámina del cristal roto de Bobertag responde rápidamente: "Un hombre que tira los pelos a un niño porque es muy malo; lo quiere mandar a la escuela y el no quiere ir; el otro niño, que está escondido, le dice al hombre que le pegue porque no quiere ir a la escuela; y el hombre le responde que le está pegando porque no quiere ir a la escuela. El niño al que le pegan dice: tú tampoco querías ir a la escuela cuando eras chico". En este momento la enferma comienza con sus exclamaciones habituales: "Ay que lastima....!". Y prosigue con la lámina de Bobertag: "El marido señala a la mujer y le dice: tú tienes la culpa de que el niño sea así" 3) Lámina de la gallina ciega: "Una mujer que le está riñendo a la otra porque le está fregando los platos. Otra tirándole del pañuelo". Porqué?. "Por que se tienen envidia". Y porqué tiene ese hombre un pañuelo atado?. "Por que le duele la cabeza. Este hombre le está diciendo al otro, te tengo que cojer y matarte". 4) Lámina del tropiezo de Bobertag: "Este hombre quiere entrar en casa de esta señora para robarla. El marido le está pegando a la mujer y ella le dice: eres un bandido. Las de la ventana dicen entre sí: No ves que maceta más bonita tengo?".

Invitamos a la enferma a que describa el despacho en que nos encontramos. La hace con toda objetividad y orden y al llegar a una percha de donde prenden nuestras chaquetas dice que en ellas "hay tabaco, dinero y papel de fumar". Le pregunto mi nombre y contesta: "Don Luis". Y mis apellidos? Contesta de manera fulminante: "Alvarez Gonzalez".

Repite muy bien números de cuatro cifras y encuentra alguna dificultad para los de cinco y seis cifras. Le damos un espejo para que se mire. Ella se reconoce perfectamente aunque agrega: "Me encuentro muy fea, muy rara, porque estoy matada".

Preguntamos ahora, y en el orden que vamos a exponer, por los órganos del su cuerpo. Contesta de esta manera a la pregunta de si tiene tal órgano: Intestinos? "No"; Boca? "Si"; Ojos? "Si"; Estómago? "No"; Hígado? "No"; Manos? "Si"; Pelo? "Si"; Pulmones? "No"; Matriz? "No"; Orejas? "Si"; Riñones? "No"; Ano? "Si". Como se ve, llama la atención con que corrección responde no a todo lo visceral.

El caso que acabamos de exponer resulta bastante extraño y raro. Nunca hasta ahora hemos tropezado con la extraña vivencia que de manera permanente presenta esta enferma. Tampoco encontramos que semejante vivencia haya sido frecuentemente asinalada por otros autores.

En otro lugar¹ nos hemos referido ligeramente a un caso de encefalitis aguda en un niño que durante diez o doce horas presentó un verdadero síndrome de fuga de ideas y de exaltación de su personalidad. En el mismo sitio nos hemos referido a las extrañas oscilaciones de tipo temperamental presentadas por un enfermo observado por Beringer. En la revisión que nos ha sido posible hacer sobre esta cuestión encontramos dos casos publicados por Torras y Sarró², de síndromes postencefalíticos que presentaban fases de tipo depresivo con sentimiento de insuficiencia y autorreproches. Kleist³ refiere un caso de encefalitis epidémica crónica en el que el enfermo presentaba una extraña vivencia de su hemicuerpo derecho, el cual sentía como si no le perteneciera por lo que hablaba de tener una mano cadavérica; Kleist interpreta el caso como una debilidad "del suyo y corporal diencefálico". Otro de sus enfermos (Kö) presentaba accesos que duraban días y horas durante los cuales manifestaba que se encontraba "como en una niebla"; el enfermo veía y oía todo, contestaba y actuaba, pero "mi yo parece no estar conmigo".

En medio de un cuadro típico de Parkinson predominantemente aquinético encontramos la rara vivencia, que ahora queremos destacar del resto de la sintomatología, de estar muerto. Nuestra enferma nos dice que está muerta o matada, ya que ella no siente su interior, el cual, agrega, ha quedado destrozado por efecto de un mal pensamiento, de un pensamiento de suicidio. Es decir, como si hubiesen sido interceptadas las vías que recogen su sensibilidad cenestésica, la enferma con una rara sistematicidad niega la existencia de todo su sistema visceral desde el istmo de las fauces hasta el recto. Por tanto nos atrevemos a admitir la existencia de una anestesia o hipoestesia de su sensibilidad vegetativo-visceral.

Al lado de esta vivencia, la enferma presenta otros síntomas a los que brevemente nos vamos a referir. Por un lado, presenta una rápida expresión de su pensamiento, un pensamiento no meditado ni acorde con el exterior y que estimamos de la misma naturaleza que la palilalia tan frecuente en estos enfermos. Otro de los síntomas que presenta es la exaltación fantástica de el mundo ambiente en contraposición a la misma valoración de su propia persona. La persona humana tiene, por decirlo así, orientación hacia dos polos contrapuestos, el yo y el mundo circundante; en el caso presente y dado el sentimiento de su yo rebajado, la enferma lo compensa con una exaltada desrealización del mundo que le rodea.

Dice Kleist³ que "se hace preciso fundamentar la estructura de la personalidad y de la corporalidad sobre la clínica de enfermedades cerebrales y psíquicas orgánicas, y en cuyos cuadros encontramos trastornos de la personalidad y de la corporalidad". Hoy tenemos un conocimiento sumamente acabado de las lesiones de la encefalitis epidémica, y lo que es más importante para el caso, de la topografía lesional. La encefalitis epidémica es una encefalitis del tallo cerebral, cuyas lesiones se extienden desde el tuber cinereo hasta la substancia negra; son precisamente las lesiones en el tuber cinereo donde las vías conductoras de la sensibilidad

visceral hacen una primera escala para ser después recogidas de nuevo por el haz mamilotalámico hasta el núcleo anterior del tálamo, segunda estación de este recorrido de la sensibilidad; del núcleo anterior del tálamo pasan estas vías a la circunvolución del cíngulo.

A nuestro modo de ver estas lesiones habrían interceptado esta comunicación a nivel del tuber y suprimido de esta manera la autopercepción interna, base con toda probabilidad de nuestro propio sentimiento vital. Al haber sido anulado o trastornado, como quiera que sea, este sentimiento vital resulta el cuadro presente de un gran parecido con el sentimiento propio de la depresión endógena, con una importante diferencia, que mientras en esta última el sentimiento depresivo es reversible, en el caso que nos ocupa este sentimiento de desvitalización es permanente. A este respecto es interesante agregar que, no obstante haber sido la enferma sometida a un tratamiento con electrochoque, no conseguimos ningún resultado positivo. También es interesante, tal vez, el hecho de que su síndrome estriado tampoco obedeció al tratamiento por la solución de atropina o la cura búlbara, no sin una extrañeza por nuestra parte, ya que siempre hemos visto como el síndrome parkinsoniano aquinéutico mejora por la administración de estos fármacos.

Psicopatológicamente la vivencia de esta enferma la consideramos como un caso de despersonalización (quizá sería más exacto hablar de descorporalización). La despersonalización la consideramos hoy, si seguimos a Krapf⁴, como la extraña percepción del mundo (desrealización) o de nuestra propia persona. "Aquello que percibimos de una manera extraña", dice Krapf, "deja de sernos familiar y este sentimiento de no familiaridad es el que engendra las vivencias de despersonalización". En el caso presente y debido a las interrupciones anatómicas de nuestra propia percepción se engendra este sentimiento de una correcta percepción del yo propio. Como contrapartida de esta trastornada percepción de lo propio surge la percepción idealizada o fantaseada del mundo exterior. De modo que nuestra enferma, al lado de su íntima despersonalización, presenta también el síntoma de la desrealización. En el primer caso el enfermo presenta una "objetivación de sus producciones subjetivas", como dice Follin⁵. Son muchos los autores que, como Deny y Camus⁶, suponen, como base de la despersonalización, un trastorno de la cenestesia. Lhermitte considera que la despersonalización es una especie de trastorno del esquema corporal, considerándolo como una "asomatognosis" total. Los distintos trastornos agnósicos de localización cortical se diferencian de este caso por la falta de el tono afectivo vital. De modo que en el caso presente si hablásemos de asomatognosis tendríamos que colocar el apelativo de diencefálica.

En el caso que estamos analizando el sentimiento de despersonalización alcanza tal intensidad que llega a ser, no sentimiento de extrañeza, sino un sentimiento de aniquilamiento, lo que probablemente está en relación con la intensidad de la interceptación de las vías sensitivas. Esta

suposición nos habla en contra de que el sentimiento de aniquilamiento sea producto de una lesión anatómica sino también de una superestructura psicopláctica en relación con los sentimientos depresivos de la enferma.

Un antecedente de esta vivencia lo tenemos con suma frecuencia en lo que llamamos falsas percepciones de la cenestesia en enfermos esquizofrénicos y, más marcada aún, en ciertos enfermos afectos de grave depresión vital en la que frecuentemente los enfermos hablan de la tristeza que sienten "en su cuerpo". En ocasiones se llega al extremo del delirio nihilista, de ciertos delirios de enfermos depresivos y de demencias seniles con tinte deprimido.

SUMMARY

The author reports a case of a woman with postencephalitic Parkinson, who affirmed to be dead as all her visceral system had been destroyed. The author thinks that these disembodied disturbances are determined by interruption of the sensitive visceral pathways caused by the encephalitic process, and considers the case proper to bring out the argument favouring the assumption of the diencephalic localization of psychic functions in vital depression.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballesteros, L. R. — La forma hipersomne de la depresión vital. *Actas Luso-Españ. de Neurol. y Psiquiat.*, 7:150, 1952.
2. Torras y Sarró — Síndrome melancólico postencefalítico. *An. Hosp. Santa Cruz y San Pablo (Barcelona)*, 4: 298, 1930.
3. Kleist, K. — Leitvortrag über Gehirnpathologie und Klinik der Persönlichkeit und Körperlichkeit. *Arch. f. Psychiat.*, 103:301, 1935.
4. Krapf, E. — Considérations psychopathologiques sur la dépersonnalisation. Comunicación al I Congreso Internacional de Psiquiatría, París, 1950.
5. Follin, S. — Le processus de dépersonnalisation. Comunicación al Congreso Internacional de Psiquiatría, París, 1950.
6. Cit. por Follin 5.