

**Disnea
como
síntoma
psicogenético.***

Dr. RAMON DE LA FUENTE

NO HAY persona que no haya experimentado, en relación con situaciones tales como la cólera, el miedo, la angustia o la sorpresa, cambios en el ritmo y profundidad de su respiración. Los suspiros de los enamorados, la respiración entrecortada de los oradores novatos, son también situaciones comunes que muestran la influencia de las tensiones emocionales sobre la respiración.

El mecanismo respiratorio es automático, pero hasta cierto punto puede ser modificado, no sólo por las simples emociones, sino también por estados psíquicos más complejos cuyos contenidos ideativos pueden, o no, permanecer fuera del campo de la advertencia del sujeto. De ahí que la disnea sea un síntoma susceptible de ser utilizado en la resolución de conflictos internos y tener, por lo tanto, el carácter de un síntoma conversivo; es decir, que a través de la alteración del mecanismo respiratorio la carga emocional inherente a un conflicto psíquico reprimido puede ser descargada. Este mecanismo puede ser el único elemento causal del síntoma, o bien un factor contribuyente a su agravación en un cuadro primariamente orgánico.

a) *Disnea como parte de la pauta fisiológica de estados emocionales intensos.* De los estados emocionales susceptibles de producir disnea, *la angustia*, cuando alcanza intensidad crítica, es el más frecuente. En una típica crisis de angustia, el sujeto es sorprendido súbitamente por un estado subjetivo de aprehensión en el que la vivencia de que algo grave e indeterminado lo amenaza va aparejada con un sentimiento de impotencia ante el peligro. A este estado privado corresponde una pauta fisiológica variable, pero en la cual participa activamente el sistema nervioso vegetativo. La angustia se manifiesta somáticamente por

* Tema del Simposio de Disnea.

palpitaciones, sudoración, parestesias y, muy especialmente, *disnea*. Esta última es, en algunas de estas crisis, el síntoma más prominente y debe de ser diferenciado de la disnea paroxística de causa cardio-respiratoria. Es importante que el enfermo que ha sufrido una crisis de angustia no adquiera la convicción de ser un enfermo cardíaco, lo cual ocurre con demasiada frecuencia. El médico no debe de contribuir a esta convicción errónea a causa de su ignorancia acerca de las manifestaciones de la angustia.

b) *Disnea como un síntoma conversivo*. La disnea puede ser el síntoma central de un cuadro clínico de naturaleza neurótica que se inicia voluntariamente, o no, pero que tiende a prolongarse y a automatizarse: *la hiperventilación histérica*. Generalmente, el cuadro se establece en un sujeto que desarrolla el temor a no poder introducir aire a sus pulmones en suficiente cantidad y que por ello se siente obligado a respirar con mayor frecuencia. La hiperpnea tiene como consecuencias fisiológicas cambios en el pH de la sangre que conducen a la disminución de la reserva alcalina, la acidosis, a la cual se agrega la disminución de la glicemia y la lentificación de las ondas cerebrales. Las manifestaciones clínicas de esta situación son bien conocidas: parestesias, zumbidos de oídos, sensación de mareo, vista nublada, sequedad de la boca, así como aumento de la tensión muscular que puede conducir al espasmo carpopedal, y una característica palidez peribucal. Es frecuente que el enfermo sufra algún desvanecimiento. El cuadro es alarmante y el temor que suscita impulsa al enfermo a intensificar la hiperventilación, la cual puede prolongarse durante varias horas en ausencia de datos objetivos de trastornos cardiorespiratorios.

c) *Disnea orgánica agravada por causas psíquicas*. La disnea sintomática de padecimientos cardiorespiratorios puede ser inconscientemente utilizada por el enfermo para la satisfacción de necesidades neuróticas tales como la evasión de su responsabilidad, la concentración de afecto e interés por parte de sus familiares, etc. En esta forma la disnea del asma o de las cardiopatías puede intensificarse sin proporción con la situación fisiológica y sin que el enfermo tenga consecuencia de ello.

Las tres eventualidades que hemos señalado no deben pasarse por alto por el clínico que enfoca los problemas de sus enfermos, para no perder de vista las relaciones psicofisiológicas de su paciente.