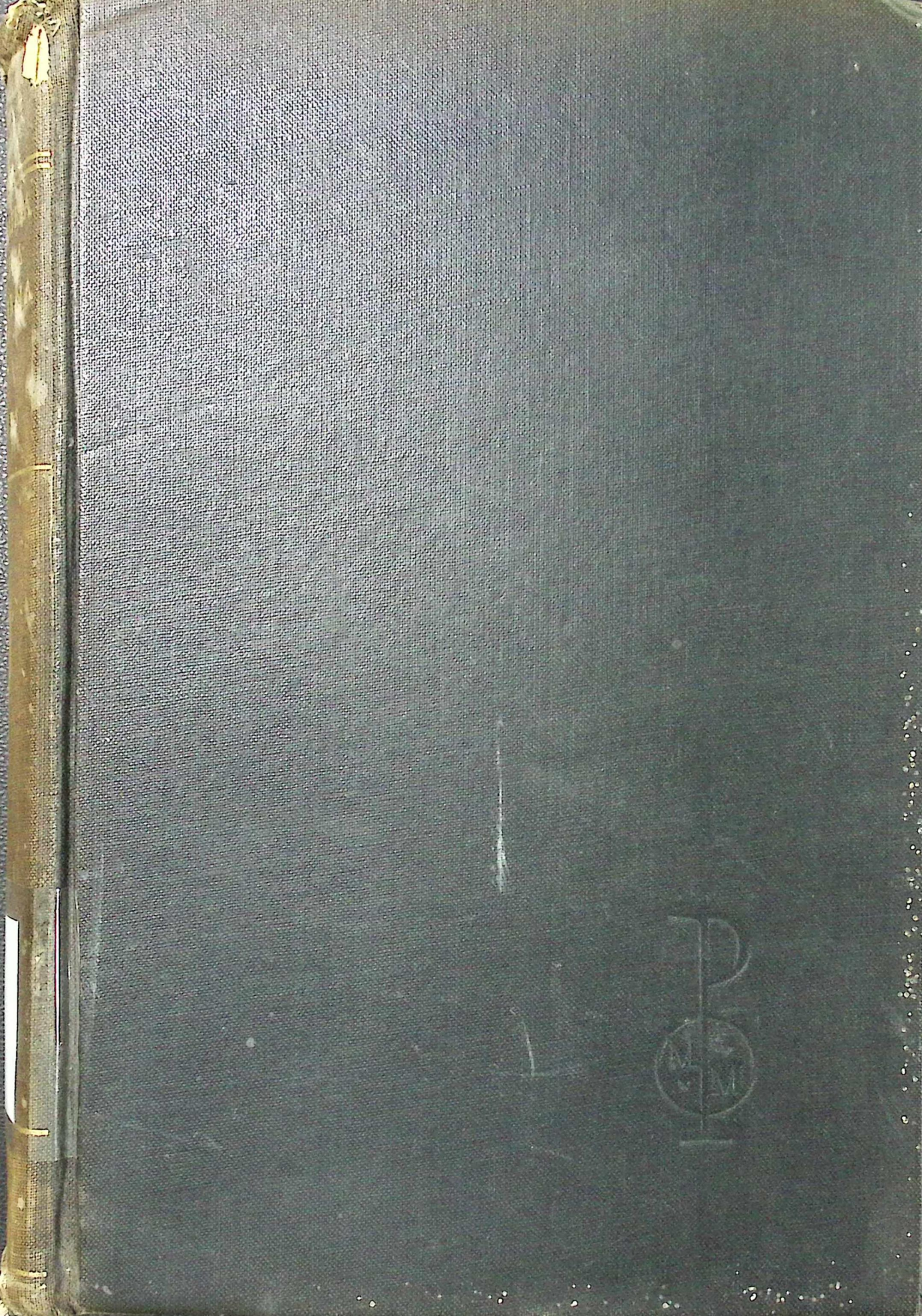


PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA

PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA

por

ARTHUR P. NOYES, M. D.

Superintendente del Norristown State Hospital, Norristown, Pennsylvania

Traducción de la tercera edición

por el Dr.

DIONISIO NIETO

Profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.
Médico del Manicomio General.

LA PRENSA MEDICA MEXICANA

México

Registrado conforme a la ley

Copyright 1951 por La Prensa Médica Mexicana
Durango, 145. México, D. F.

Traducido de la tercera edición en inglés de
Modern Clinical Psychiatry

Copyright 1948 por W. B. Saunders Company, Philadelphia

Impreso en México

Talleres Gráficos Editorial Intercontinental

PREFACIO DEL AUTOR

A LA PRIMERA EDICIÓN

La Psiquiatría, o sea aquella rama de la Medicina que se ocupa de la investigación, el diagnóstico y el tratamiento de las funciones alteradas de la personalidad, no se contenta ya con la observación y clasificación de los hechos a ella relacionados, sino que ahora busca, dentro del método científico, una concepción que pueda explicar la causa, el significado y los fines de estos desarreglos de las funciones de la personalidad, con sus resultantes alteraciones en la adaptación y asimilación sociales. Así como la conducta representa la respuesta integrada del organismo como un todo, así cualquier concepto que se ocupe de las funciones de la personalidad debe de tomar en consideración, no sólo algunos de los aspectos, sino todos los aspectos de la Biología — el anatómico, el fisiológico, el químico y el psicológico. Ha sido nuestro propósito el considerarlos todos y construir nuestros conceptos sobre bases psicobiológicas, esto es, en términos de la total integración del organismo. A fin de que nuestro acercamiento a un concepto psicobiológico de la conducta humana sea lo más amplio posible, se ha incluído un pequeño resumen de sus bases y evolución. Hemos intentado dar su lugar, hasta donde son conocidos, a los aspectos más importantes cómo la Anatomía, la Fisiología y la Química pueden, a través de sus respectivas patologías, producir cambios en el organismo y contribuir a las alteraciones en la integración y función de la personalidad. Cuando llegamos al factor psicopatológico, que en muchos casos de trastornos de la personalidad y de la conducta es el más importante, gran parte de lo que se dice debe por ahora permanecer en el campo hipotético o especulativo. Sin embargo, muchas de las teorías propuestas por las diversas escuelas psicológicas ofrecen una explicación aparentemente racional sobre la génesis y dinámica de muchos aspectos de la conducta, tanto normal como anormal. En armonía, por lo tanto, con la corriente genéticodinámica que de manera tan amplia y prometedora ha guiado a la Psiquiatría en los últimos años, hemos tratado de presentar y aplicar algunas de las teorías psicopatológicas más generalmente aceptadas, que nos permiten entender los móviles psicológicos de la conducta. Si algunas veces se hace, al parecer, demasiado hincapié en el aspecto genéticodinámico, psicopatológico, de las reacciones del organismo, esto se debe a su importancia no sólo para la Psiquiatría, sino también para la Medicina general, en la que el médico se enfrenta diariamente con estados clínicos complicados, si no es que creados,

por los esfuerzos del paciente para sortear los problemas y desajustes de su personalidad.

La limitación del espacio nos ha obligado a presentar muchos de estos temas de una manera breve. Llamemos, por lo tanto, la atención del lector sobre las referencias bibliográficas que aparecen al final de cada capítulo. En estas referencias encontrará mencionadas algunas de las más importantes contribuciones a los diversos aspectos de la Psiquiatría. El autor reconoce lo mucho que debe a los autores de estas monografías y a tantos otros escritores que han enriquecido la literatura moderna psiquiátrica. Nunca, como en los últimos diez años, el estudio de las alteraciones de la personalidad ha sido enfocado de una manera tan precisa y bajo tan diferentes ángulos. Es de lamentarse, por lo tanto, que el espacio no nos haya permitido mencionar los nombres de todos aquéllos que durante este período han aportado conceptos explicativos y datos informativos que les acreditan un lugar permanente en la Psiquiatría. El autor está agradecido, también, al doctor Jacob Kasanin, Director Clínico del Hospital de Enfermedades Mentales del Estado de Pennsylvania, quien leyó el manuscrito e hizo muchas valiosas sugestiones.

A LA TERCERA EDICIÓN

Los ocho años que han transcurrido desde la primera edición de este libro se han caracterizado por un desarrollo notable del interés por la Psiquiatría. Antes de la Segunda Guerra Mundial se reconocía ya, cada vez con mayor amplitud, la importancia de los factores psicológicos en la Medicina y su influencia sobre la eficiencia y la felicidad humanas. La observación de las reacciones psicobiológicas del organismo humano ante el esfuerzo angustiante de la guerra, impulsó tanto a los médicos como a los estudiantes a poner mayor atención en el comportamiento de la gente ante las ansiedades y frustraciones que son inseparables de la vida.

A fin de que la génesis, la dinámica y las manifestaciones de las funciones de la personalidad quedaran expuestas de una manera más completa y más clara, este libro fué en su mayor parte escrito de nuevo. Los principios dinámicos de las psiconeurosis se presentaron con más detalle; se expusieron en forma más completa las expresiones psicosomáticas del organismo y se añadieron tres nuevos capítulos sobre *Psicoterapia, Choque y otros tratamientos físicos,* y *Psiquiatría infantil.*

El autor desea nuevamente dar las gracias a los numerosos investigadores y escritores que han enriquecido la Psiquiatría en los últimos años. Queda especialmente agradecido con la señora Catherine D. Sames por su ayuda valiosísima en la preparación del manuscrito, lectura de las pruebas y colaboración en muchos otros detalles.

A. P. NOYES

PROLOGO DEL TRADUCTOR

El libro de Psiquiatría, de Noyes, cuya versión castellana ofrecemos en esta edición, viene a llenar una necesidad ampliamente sentida en los círculos médicos interesados por los problemas psiquiátricos, debido a que condensa una corriente bastante extendida en la Psiquiatría norteamericana, que en general tiene su origen en las concepciones formuladas por Adolfo Meyer, en 1906, bajo el nombre de Psicobiología. Esta concepción, teóricamente, trata de comprender el problema de las enfermedades mentales como una reacción de la personalidad total, concebida ésta como unidad biológica, ante factores que pueden ser constitucionales, somáticos, psicológicos o sociales. La Psicobiología considera la psicosis como "una consecuencia lógica" de todas las influencias que actúan sobre la personalidad, representando una especie de intento de adaptación en un sentido defensivo, conservador o reparador, como la fiebre, la inflamación u otros procesos morbosos.

El principio en que se apoya este modo de enfocar los problemas no puede ser más amplio ni más comprensivo, pues todos los puntos de vista capaces de proporcionar aclaraciones son, teóricamente, tenidos en cuenta. Hay que reconocer, sin embargo, que como las investigaciones en la esfera somática no han llegado a rendir todavía los resultados que indudablemente rendirán en el futuro, la Psicobiología ha fomentado especialmente el aspecto psicológico, y puede decirse que representa en la actualidad una corriente psiquiátrica que trata de explicar los principales problemas desde un punto de vista psicogenético. A esta concepción de la Psiquiatría, sustentada ya hace mucho tiempo por distintas escuelas, se ha opuesto siempre la corriente organicista o somática, que ve en las grandes psicosis enfermedades de base corporal o cerebral no aclaradas todavía en su aspecto etiopatogénico.

Una exposición crítica de las distintas corrientes que alimentan el pensamiento psiquiátrico actual exigiría mucho espacio y desbordaría los límites que necesariamente debe tener un prólogo. Por eso nos limitamos a recomendar esta obra que, en su aspecto descriptivo, que es quizá el más interesante para el lector de un manual conciso, está excelentemente perfilada y es de lectura fácil y amena. Los cuadros clínicos se diseñan magistralmente, sin la confusión y oscuridad que con demasiada frecuencia encuentra el estudiante en otros libros de Psiquiatría. Los capítulos sobre *Medicina psicosomática, Psicoterapia, Tratamientos de choque* y *Psiquiatría infantil,* que han sido añadidos por el autor en esta edición, hacen del libro uno de los manuales más completos. Lo referente al modo de interpretación psicológico de cier-

tas psicosis es una cuestión doctrinal, sobre la cual cada lector debe formar su propio juicio, porque así se fomentan sin dogmatismos todos los puntos de vista que pueden ser útiles para el conocimiento de los problemas.

Antes de terminar, quisiera hacer algunas aclaraciones terminológicas. La primera se refiere a la palabra "delirio" y a la expresión "ideas delirantes". En inglés la palabra *delusion* viene aplicándose en psiquiatría para designar lo que en español llamamos "idea delirante", lo mismo que ocurre en alemán con la palabra *Wahnn*. Un conjunto de ideas delirantes constituye un delirio. Pero resulta que en español la palabra delirio se aplica también, y es su acepción más general, a los estados de confusión que acompañan a la fiebre, intoxicaciones u otras reacciones exógenas. En inglés y en alemán recurren, para la designación de estos estados, a la palabra latina *delirium*, estableciéndose así una diferencia terminológica. Con el fin de que en español quede establecida también esta diferencia, hemos conservado la palabra "delirium", tradicionalmente mantenida en todos los idiomas en la expresión "delirium tremens", para los delirios febriles y estados semejantes, es decir, para los cuadros en que lo fundamental es la obnubilación de la conciencia, limitando las expresiones delirio, ideas delirantes y formaciones delirantes para los cuadros en que estos síntomas no son derivables o no se acompañan de obnubilación de la conciencia. Las expresiones "delirioso" y "delirioide" constituyen adjetivaciones de la palabra "delirium", que se utilizan en la terminología psiquiátrica inglesa y alemana, y que nosotros podemos emplear en el mismo sentido.

Hemos introducido también la palabra "talante" como traducción del término inglés *mood*. Esta palabra inglesa se emplea en psiquiatría en la misma acepción que la alemana *Stimmung*. Se puede traducir, y así se hace generalmente, por humor. Pero en su acepción psiquiátrica esta palabra tiene una significación algo más general: es la disposición o tono de ánimo. La palabra española "talante", ya poco usada, queremos utilizarla con esta significación exacta, recogiendo una sugestión que hace muchos años nos fué hecha, para traducciones del alemán, por Don Miguel de Unamuno.

En algunos capítulos hemos añadido algunas breves notas con la intención de ampliar la información del lector sobre ciertas materias. Podían haber sido todavía más numerosas, pero ello hubiera exigido más espacio, y por este motivo nos hemos limitado a llamar la atención sobre puntos que, a nuestro juicio, son importantes.

DR. DIONISIO NIETO

México, D. F. Febrero 1951.

SUMARIO

I.	LA MENTE, SU DESARROLLO Y OBJETO	1
II.	LA ENERGÍA PSÍQUICA Y LA DINÁMICA DE LA CONDUCTA	9
III.	MECANISMOS MENTALES Y MOTIVOS	15
IV.	CAUSAS Y NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	41
V.	SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL	65
VI.	CONSTITUCIÓN PSICOBIOLÓGICA Y TIPOS DE REACCIÓN	100
VII.	EXAMEN DEL ENFERMO	106
VIII.	PSICOSIS DE LA MENINGOENCEFALITIS SIFILÍTICA	134
IX.	PSICOSIS EN OTRAS FORMAS DE SÍFILIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	161
X.	PSICOSIS DE LA ENCEFALITIS EPIDÉMICA	166
XI.	PSICOSIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS	174
XII.	PSICOSIS ALCOHÓLICAS	182
XIII.	PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS U OTROS TÓXICOS EXÓGENOS. PSICOSIS POR METALES	203
XIV.	ALTERACIONES MENTALES TRAUMÁTICAS	217
XV.	PSICOSIS EN LA ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL	229
XVI.	PSICOSIS EN OTROS TRASTORNOS CIRCULATORIOS	234
XVII.	PSICOSIS CON TRASTORNOS CONVULSIVOS (EPILEPSIA)	237
XVIII.	PSICOSIS SENILES	253
XIX.	PSICOSIS INVOLUTIVAS	264
XX.	PSICOSIS PRODUCIDAS POR ALTERACIONES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS	274
XXI.	PSICOSIS EN LOS TUMORES CEREBRALES	284
XXII.	PSICOSIS ASOCIADAS A ALTERACIONES ORGÁNICAS DEL SISTEMA NERVIOSO. ESCLEROSIS MÚLTIPLE	288
XXIII.	PSICONEUROSIS	291
XXIV.	PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA	351
XXV.	EZQUIZOFRENIA (DEMENTIA PRAECOX)	375
XXVI.	PARANOIA Y ESTADOS PARANOIDES	421

XXVII. Personalidades psicopáticas 437
XXVIII. Deficiencia mental 452
XXIX. Psiquiatría y medicina general 473
XXX. Choques y otros tratamientos físicos 489
XXXI. Psicoterapia 509
XXXII. Psiquiatría infantil 520
Indice 545

Capítulo I

LA MENTE, SU DESARROLLO Y OBJETO

Alcance de la Psiquiatría. La psiquiatría puede definirse como la rama de la medicina que se ocupa de la génesis, el dinamismo, las manifestaciones y el tratamiento de aquellos trastornos y funcionamientos indeseables de la personalidad, que alteran la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con las otras personas. Tal vez no sea exagerado afirmar que es el estudio de la función y de la influencia de los procesos mentales y estados emocionales, en todo el gran trayecto que va, de lo llamado normal, a la enfermedad mental incurable. Abarca la reacción total del organismo a las situaciones de la vida, de cualquier clase que éstas sean. Atañen a la psiquiatría, por lo tanto, no solamente las manifestaciones clínicas que acompañan los trastornos de la conducta, sentimientos y pensamientos humanos, sino también los factores energéticos e influencias que determinan la conducta en general. Las miras de la psiquiatría no están limitadas a la investigación de las funciones perturbadas del cerebro, o a los procesos psicológicos arbitrariamente abstraídos de la unidad real de la experiencia del individuo, sino que se dirigen primordialmente a la conducta del organismo humano, particularmente, en sus esfuerzos por satisfacer las necesidades instintivas y emocionales frente a la cultura y medio ambiente, que con frecuencia actúan en contra de tales satisfacciones. El cuerpo y la mente están fundidos de manera inextricable en una unidad personal, y no son ya, por lo tanto, considerados como elementos distintos y separados, sino simplemente como aspectos diferentes de un organismo vivo en quien la mente constituye la fase subjetiva de su existencia y relaciones. En tanto que utiliza conceptos biológicos al considerar ese aspecto del organismo humano que conocemos como mente, la psiquiatría es fundamentalmente una rama de la biología y no la ciencia de las "funciones mentales" anormales.

Psicobiología. Tal vez sean útiles unas palabras acerca del contraste de la psiquiatría con algunas otras ramas de la biología. La anatomía y la fisiología son divisiones de la biología que se ocupan primordialmente no del organismo como un todo, sino de la estructura y funciones de los órganos y de sus células constituyentes. La psiquiatría se ocupa del organismo considerado como una unidad y no meramente como el conjunto de las partes. El sistema nervioso, por su integración, es decir, por su función,

1

técnicamente conocida de relación coordinada de unificación armoniosa, suelda los diferentes órganos y sus funciones en el "todo" adaptado e intencionado llamado organismo. Esta unificación, en el terreno sensitivo y motriz, es lograda por el sistema nervioso central, y en el terreno vegetativo, por la tríada del cerebro primitivo, el sistema nervioso autónomo y las glándulas endocrinas. Esta nueva unidad u organismo posee cualidades y actividades biológicas que no tienen sus órganos componentes, entre las cuales se cuenta el esfuerzo, la percepción, el pensaminto y el sentimiento. La rama de la biología que se ocupa de estas nuevas cualidades y propiedades manifestadas en el organismo humano, y consecuentemente, de la naturaleza y conducta humanas, es ahora frecuentemente designada como psicobiología,[1] término más exactamente definitivo que el de psiquiatría, puesto que indica con mayor claridad que debe seguirse el método conceptual de la biología al tratar esas expresiones del organismo que llamamos mentales. Es el estudio del desarrollo y las funciones del individuo, considerando a éste como unidad integral de cuerpo y mente: como persona. Lo mismo que el organismo funciona como unidad desde su comienzo en estado de huevo, así la persona constituye una unidad biológica indivisible. La psicobiología se preocupa de la persona en tanto que es un ser que vive y se comporta, y debe estudiarse la historia toda de su vida así como sus capacidades físicas y mentales, para poder comprender su conducta.

La mente. Se notará que en la definición de la psiquiatría como una rama de la biología no se mencionó la palabra "mente". No se objetará necesariamente, sin embargo, el uso de este término, con tal que se emplee para la designación colectiva de todas aquellas manifestaciones del organismo que son el resultado de su función como un todo, es decir, como una personalidad individual. Como corolario a esta definición de mente, las reacciones de las partes aisladas del organismo se designarían como "fisiológicas", y "mente" a la respuesta integral del ser al complejo de fuerzas fisiológicas, psicológicas y sociológicas que obran sobre él. Es la mente, por consecuencia, sólo una de las características biológicas, una función del organismo, y no una entidad con existencia paralela a la del cuerpo. Esa dicotomía implicada al hablar de cuerpo y espíritu no existe en el organismo. Existen diferentes aspectos de una unidad fundamental que nosotros separamos únicamente para nuestra conveniencia mental. Pero es en este único sentido, como expresión de la respuesta y de la adaptación del organismo como un todo, que la palabra mente se usará en este libro. La forma de expresión de esta unidad funcional de reacción o mente constituye la *conducta*, que puede definirse como la suma de respuestas a los estímulos originados tanto dentro como fuera de nosotros. El empeño de la psiquiatría es reconstruir la conducta del enfermo a la luz de la información más amplia posible por lo que respecta a los factores e influencias de orden físico, químico, fisiológico, patológico, educacional o social, que pueden haber participado en el caso dado. Sin embargo, la conducta no es nunca una respuesta aislada: es siempre la reacción de la personalidad total. Si por ejemplo, una persona dice: "Estoy triste", no se interroga "¿Dónde estoy triste?", o "¿Con qué estoy triste?" Su cólera, buen humor o tristeza, son reacciones totales, respuestas integradas psicobiológicamente en esa misma persona como ser que vive, que reacciona y que se conduce en alguna forma.

[1] El término psicobiología fué, a lo que parece, empleado por primera vez por Bernheim (Bernheim, H.: De la suggestion et des applications à la therapéutique, Evreuz, p. 48, 1866).

Evolución de las funciones mentales. Sabemos que el método comparativo de examen e investigación ha sido uno de los métodos más útiles en el estudio de las diferentes ciencias biológicas. La embriología y la anatomía comparadas, por ejemplo, han esclarecido muchos puntos oscuros de la anatomía humana al revelar la continuidad genética de las estructuras. El estudio comparativo de la conducta en una línea seriada de géneros, según el grado de progreso en la escala evolutiva, no es tan demostrativo como en el caso de la anatomía, pero a medida que observamos el ascenso evolutivo de la escala biológica, y vemos las pautas de conducta sucesivamente más amplias, y el constante incremento de la capacidad para la adaptación a las condiciones de vida, logramos un criterio más completo del desarrollo y propósito de esas funciones unificadoras que colectivamente denominamos mente. Este estudio nos ayudará también para darnos cuenta de que el desarrollo evolutivo de la mente, de la misma manera que el proceso evolutivo de las estructuras orgánicas, es de continuidad jerárquica, y de que una psique altamente diferenciada se deriva no de un elemento no psíquico, sino de una psique menos diferenciada. El carácter de los seres vivos que llamamos mente ha estado presente desde el principio y no ha sido añadido en algún momento del proceso de la evolución. Lo que llamamos mente debe ser considerado como un adaptable sistema de propósitos, de motivos, que apareció al mismo tiempo que la vida emergió de la materia, y que, a través de la evolución, ha venido a ser progresivamente más altamente organizado. El elemento psíquico existe por lo tanto en toda organización biológica y la psique más alta deriva de la más baja. Hay un carácter común fundamental, progresivo y acumulativo, que se extiende desde la exitación y la transmisión, propiedades las más simples que se observan en el protoplasma (para las cuales se ha sugerido la designación del psicoplasma), al complejo sistema nervioso completamente desarrollado, y a las funciones que llamamos mentales. Este ascenso evolutivo se caracteriza por aumento en la diferenciación, en la especialización y en la integración.

Niveles de funciones mentales. Como las gradaciones entre una psique poco diferenciada y una diferenciada en alto grado son sutiles o imperceptibles, cualquier intento de dividir en niveles estas reacciones es arbitrario desde el punto de vista biológico, aunque tenga valor para puntualizar la descripción. Los biólogos y los psicólogos no se han puesto de acuerdo en dónde establecer esas divisiones; nosotros encontramos justificado considerar cuatro niveles que constituyen la jerarquía de los procesos mentales: (a) el nivel de los tropismos; (b) el nivel de los reflejos; (c) el nivel del instinto; (d) el nivel de la inteligencia o reflexión. Los tropismos se observan de la manera más típica en los protozoarios; la conducta por reflejos es el tipo predominante de respuesta en algunas especies como la de los anélidos; el instinto alcanza su mayor complejidad en algunos insectos como la abeja; la inteligencia aparece en los animales que tienen corteza cerebral, y alcanza su desarrollo máximo en el hombre con su neopallium tan complejo. Si el espacio lo permitiese, sería interesante exponer la filogenia del sistema nervioso, y ver cómo se equiparan los niveles paulatinamente más elevados de integración, y el progreso consecuente de la adaptación a los sucesivos niveles psíquicos; pero el estudiante de medicina puede fácilmente refrescar sus estudios de biología y anatomía comparada.

Tropismo. El tropismo es un tipo fijo de conducta o método de adaptación, característico de las plantas y de algunas formas primitivas de animales, en los que las integraciones están en gran parte en un nivel químico. Probablemente algunos ejemplos de conducta muy adaptable observados en protozoarios deben ser considerados como tropismos, algunos de los cuales, observados en animales superiores, serían descritos como casos típicos de "tentativas". Jennings, por ejemplo, cuenta que el paramecium al nadar, cuando encuentra un obstáculo, retrocede y avanza en diferentes direcciones hasta que finalmente los sortea. Este paramecium, también al nadar, avanza en anchas espirales, pero si se le coloca en un tubo capilar demasiado angosto para permitir esta maniobra, nadará por un movimiento de rotación.

Adaptación refleja. La lombriz de tierra ofrece un buen ejemplo de psique de reflejos. La estimulación de un receptor ocasiona una respuesta constante y específica, producida por el paso del impulso del receptor a un efector definido, a través de un centro y unos conductores ajustados en forma determinada. Aunque no en un nivel consciente, la lombriz muestra, no obstante, capacidades muy interesantes de adaptación. Por ejemplo, se asegura que cuando intenta arrastrar una hoja a su agujero, la toma por el extremo más delgado. La vida vegetativa del hombre, regulada por el sistema nervioso autónomo y sus efectores, músculos lisos y glándulas, se conduce en el nivel de los reflejos. El niño, al nacer, es poco más que un ser reflejo e inconsciente.

Instinto. Ya hemos visto que en los protozoarios el tropismo representa el mecanismo de adaptación, y que en la lombriz, la adaptación se obtiene por la conducta refleja. En los insectos encontramos modelos de conducta más elaborada, permitida por ese mecanismo superior de adaptación conocido como instinto. A este nivel, la conducta puede producir ejemplos de exquisita adaptación. La ammophila o avispa solitaria v. gr., nos procura un ejemplo interesante de adaptación efectuada por este tipo de conducta. Cuando se aproxima la estación en que pondrá sus huevos, el insecto cava un agujero de unos 7 centímetros de profundidad, después busca un gusano de una especie particular y lo pica en uno de sus ganglios importantes, paralizándolo sin matarlo; procede entonces a arrastrar al gusano indefenso al agujero preparado. Cuando ha reunido varios gusanos de esta manera, la avispa deposita sus huevos sobre ellos, que viven mientras los huevos maduran, siendo después consumidos por las avispas recién nacidas. Esta sorprendente conducta, aparentemente inteligente, es en realidad estereotipada e inmodificable, lo que se hace evidente cuando la secuela de fenómenos (cadena de reflejos) se interrumpe en algún punto. Si, por ejemplo, alguien retira de la entrada del agujero un gusano que ya va a ser colocado dentro, la avispa no busca a su víctima aunque ésta quede dentro de su campo visual y olfativo y, o bien abandona definitivamente la construcción del nido, o empieza de nueva cuenta comenzando con la perforación de un nuevo agujero.

Por lo que acaba de decirse podría creerse que el instinto y el reflejo son dos tipos independientes de conducta. Esta conclusión es injustificada puesto que del tipo de conducta más bajo se pasa al más alto por una gradación continua. Ambas son reacciones innatas a los estímulos, y se originan de las necesidades de adaptación del organismo. La conducta instintiva, por compleja que parezca, particularmente en las formas más bajas de organismos, es un mecanismo de ajuste estereotipado e inextensible con muy poca capacidad de modificabilidad. Esta fijeza en la conducta está claramente ilustrada en el caso del salmón, que fué probablemente un pez de agua dulce en un principio, e hizo una migración permanente hacia el mar en un período remoto. Ahora, cada año, cuando el impulso de procreación se despierta, es impelido a volver a su hogar ancestral para dar nacimiento a la prole, aun cuando el acto sea suicida por lo que al individuo se refiere.

La mente instintiva es la más ampliamente distribuída y la que predomina en la naturaleza, y su flexibilidad se incrementa a medida que se asciende en la escala filogenética. Desde un punto de vista biológico, el instinto puede considerarse como el estado naciente del intelecto.

Inteligencia. El aspecto modificable e integrador de la conducta está en los vertebrados, grandemente aumentado. En ellos aparece la corteza

cerebral, desarrollada con el fin de proveer un mecanismo capaz de elaborar, integrar y controlar los impulsos y funciones, en una forma más perfecta de lo que ha sido posible en un sistema nervioso más elemental. De hecho, se pueden trazar en la misma corteza cerebral diferentes estadios evolutivos de desarrollo, asociados a una jerarquía correspondiente de funciones. La parte más antigua de la corteza, el arquipallium, está relacionado con las funciones viscerales y olfativas, en tanto que la porción desarrollada más tardíamente, el neopallium, es esencial para las funciones psíquicas. El objetivo biológico del desarrollo ha sido que el organismo pudiese sobrepasar el rígido dominio del reflejo y del instinto, y obtener una adaptación más flexible.

Se ha intentado mostrar en qué forma los procesos mentales, como las estructuras que los han hecho posibles, se han desarrollado en etapas sucesivas. Cómo otros procesos biológicos, han emergido de condiciones simples y difusas, a la complejas, diferenciadas y definidas. Se encuentran ya delineadas en las etapas de tropismo reflejo e instinto; estas etapas, hemos visto, se transforman imperceptiblemente la una en la otra. En forma semejante encontramos una imperceptible transición del instinto al tipo más elevado de conducta, la inteligencia. Como, desde un punto de vista práctico, la inteligencia de un organismo es su capacidad para adaptar y utilizar el medio ambiente, es totalmente arbitrario asentar en qué lugar de la serie filogenética se adquiere la inteligencia. De hecho, la inteligencia no fué probablemente añadida en alguna etapa definida de la evolución, sobre los procesos instintivos primitivos ya existentes, sino que fué una consecuencia de ellos. Las especies o los individuos humanos que poseen mayor capacidad a este respecto, son los más inteligentes.

Conciencia. La actividad mental que conocemos con el nombre de conciencia es un requisito previo para ese grado de adaptación y utilización del medio ambiente al que aplicamos el término de "inteligencia". Su principal objetivo biológico es el de permitir al organismo adaptarse a las nuevas circunstancias. No sabemos cómo se desarrolla esta actividad, pero la conjetura de que, al igual que las funciones mentales en general, es un desarrollo especial de funciones inferiores, parece lógica; que su origen está de acuerdo con el concepto general de que si analizamos las funciones elevadas hasta su fuente primera, encontramos sus comienzos en las características generales de la substancia viva. Aunque, por lo que respecta al origen y naturaleza de la conciencia, ninguna conclusión puede ser garantizada por la observación objetiva, en el esfuerzo por encontrar la conciencia en las características comunes a todo protoplasma, se puede especular que su origen está en las propiedades de irritabilidad y respuesta. Cuando es estimulado el protoplasma (imaginémoslo bajo la forma de un organismo muy sencillo, como un protozoario), se origina una respuesta.

La respuesta, por simple que sea, implica un cambio, una diferencia. A medida que la evolución progresa y el organismo es más complejo, y a medida que los estímulos y respuestas se multiplican, se puede imaginar que el organismo, gradualmente, en forma confusa, comprende que ocurren cambios en él, que se producen modificaciones, nace un sentido de comparación, hasta que, finalmente, se producen las sensaciones, es decir, lo que constituye el alba de la conciencia. Estos comienzos de los procesos perceptivos se expansionan en forma evolutiva de lo más simple a lo más complejo hasta alcanzar finalmente la conciencia conceptual con sus componentes ideativos y afectivos. El que las fases preliminares de la conciencia hayan aparecido en esa forma puede ser sólo una conjetura pero el que se hayan desarrollado por medio de un proceso de expansión, de una integración sucesiva, que ha progresado simultáneamente a la evolución zoológica, parece ser una presunción razonable. En toda la continuidad de la naturaleza, la más alta fase de integración se encuentra en el nivel psicológico. Volviendo la mirada hacia atrás desde esta fase, se nota cómo lo inorgánico se combina con lo orgánico, lo orgánico con lo biológico, y lo biológico con lo psicobiológico, en donde existen atributos tales como la conciencia.

Función de la mente. Para ayudarnos a comprender la psique hay que tener presente el ensachamiento constante de las pautas de conducta realizado en un esfuerzo para obtener la óptima adaptación al ambiente; cómo la psique se ha desarrollado de funciones orgánicas y descansa sobre subyacentes motivos biológicos; cómo, de hecho, es sólo una especialización de esas funciones cooperadoras, elementales y teleológicas llamadas psicoides, que Bleuler asigna al protoplasma. En la naturaleza no hay soluciones de continuidad. Los procesos evolutivos se caracterizan por ser cambios progresivos y continuos. El desarrollo de la mente es de una indemne continuidad jerárquica.

Debemos recordar, finalmente, que la conducta humana, tanto la que llamamos normal como la que llamamos anormal, representa un intento psicobiológico para proporcionar una adaptación satisfactoria a las condiciones de vida. El espíritu es, por lo tanto, la función mentalmente integrada del organismo, pues se ha creado por la necesidad de adaptación a las condiciones que ese organismo encuentra. No es algo que pueda ser considerado aparte del cuerpo, ni algo que en alguna etapa desconocida de la evolución fué añadido al cuerpo.[1]

---

[1] "Efectivamente, tan cerca está el pasado del presente en todo lo que pensamos y sentimos, que sin referirnos a lo que ha sido primero en la raza, la mente humana tal como nosotros la conocemos sería absolutamente ininteligible y misteriosa; pero muchos, si no la mayoría, de sus misterios se esclarecen cuando se estudia la mente en referencia a su pasado". G. Stanley Hall, 1912.

REFERENCIAS

Bergson, H.: Creative Evolution, traducido por Arthur Mitchell. New York, Henry Holt. 1926.
Bleuler, Eugen: Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens. Berlin, Julius Springer, 1932.
———: Psyche y Psychoid. Psychiatric Quart., *4:* 35–48, enero, 1930.
Child, C. M.: Physiological Foundations of Behavior. New York, Henry Holt, 1924.
Gellhorn, Ernest: Autonomic Regulations. New York, Interscience Publishers, 1943.
Gerard, R. W.: Higher Levels of Integration. Science, *95:* 309-313, marzo 27, 1942.
Gregg, Alan: What is Psychiatry? Bulletin of Menninger Clinic, *6:* 137–146, septiembre, 1942; también British Med. Jour., *1:* 550–553, abril 22, 1944.
Herrick, C. J.: Brains of Rats and Men. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1926.
———:Neurological Foundations of Animal Behavior. New York, Henry Holt, 1924.
Jennings, H. S.: The Beginnings of Social Behavior in Unicellular Organisms. Science, *92:* 539–546, diciembre 13, 1940.
Loeb, Jacques: Instinctive Movements, Reflexes and Tropisms. Philadelphia, Lippincott, 1920.
Novikoff, Alex B.: The Concept of Integrative Levels and Biology. Science, *101:* 209–215, marzo 2, 1945.
Ritter, W. E.: The Unity of the Organism, or the Organismal Conception of Life. Boston, Badger, 1919.

CAPÍTULO II

LA ENERGIA PSIQUICA Y LA DINAMICA DE LA CONDUCTA

Energía psíquica. La característica intrínseca de la vida es la capacidad de adaptar y transformar la energía física en manifestaciones dinámicas especiales. Esta fuerza vital obra como impulso aun en las condiciones más adversas. Todos hemos visto arbustos en alguna roca agrietada que no solamente conservan su vida bajo condiciones que parecerían prohibirla, sino que todavía, como respuesta a una urgencia vital, crecen y se reproducen. Hay, sin embargo, otro aspecto de la energía biológica, el más importante para la psiquiatría: la energía psíquica que consta de las fuerzas impelentes esenciales de la naturaleza humana. El concepto de la energía psíquica es muy antiguo en la historia del pensamiento. Aristóteles le dió el nombre de "hormé" término que significa impulso, apremio; Schopenhauer la designó como "voluntad"; Bergson habla del "élan vital"; Freud denominó "libido" ese concepto de energía, y usó el término para designar de una manera global todos los instintos de la vida, aunque consideró la energía psíquica como el producto de transformación de la energía inherente al instinto sexual. Jung empleó la palabra "libido" para referirse al concepto de energía psíquica derivada de cualquier fuente. De acuerdo con este autor, la energía psíquica se deriva no solamente del sexo, sino de otros instintos y actitudes como el afecto, la emoción, el deseo, la voluntad, etc. Adler creyó que la fuerza impulsora es un anhelo de superación, concepción que, sin embargo, contiene sólo un aspecto de la vida humana. La mejor manera, tal vez, de considerar la libido o energía psíquica, es como la parte de la energía biológica que continúa la característica de la raza y motiva los impulsos psicobiológicos del individuo. De acuerdo con este concepto, la conducta es motivada por las necesidades psicobiológicas del individuo. Como veremos posteriormente, estas necesidades pueden ser satisfechas no solamente en forma directa, sino también por acciones simbólicas o substitutivas.

Los instintos como fuente de energía. La mayor parte de los psiquiatras sostiene que es en los instintos, los grandes impulsos orgánicos, donde se encuentran los resortes ocultos de la energía, que se manifiestan potencialmente como posibilidades, actitudes y tendencias, y, cinéticamente, como deseos, voliciones, impulsos y cuidados, o como el esfuerzo hacia la meta. Esta energía, estrictamente hablando, no está contenida en los ins-

tintos mismos, que no son, por otra parte, sino las funciones de circuitos neuronales heredados, acoplados según modelos congénitos, y constituyendo una unidad funcional. Hablando en conceptos psicológicos podemos, sin embargo, caracterizar los instintos como formas de tensión específicas de la energía.

La idea de que las fuentes de la energía psicológica que incita y dirige nuestra conducta, deben ser buscadas en las necesidades instintivas, es aceptada con dificultad por las personas no iniciadas en las disciplinas biológicas. Al no darse cuenta de que las expresiones de la conducta instintiva pueden estar disfrazadas en forma de actividades laudables de gran valor espiritual, esas personas consideran que esta concepción denigra los motivos de nuestra conducta, y reciben la idea en actitud de resistencia. No parecen considerar tampoco que la naturaleza, que a través del proceso evolutivo realizado en millones de años logró desarrollar en los animales inferiores una conducta tan exquisitamente adaptada, basada en esa energía de impulsos que llamamos instinto, en las especies más evolucionadas, esa misma naturaleza no iba a desechar un método que le sirvió tan eficientemente en las especies subhumanas, para crear un nuevo e inexperimentado principio de gobierno en la conducta.

Cualquier discusión sobre la conducta sugiere la consideración de los motivos, e indudablemente, esto nos lleva a interrogar si la conducta no debería ser interpretada en términos de motivos mejor que de instintos. A esto debe contestarse que los motivos no son sino los instintos a los que el hombre, por su capacidad de pensamiento abstracto, ha podido transformar y, por lo tanto, en cierta medida, disimular.

Si en toda la gama de la actividad vital, la fuerza impulsora es derivada de los anhelos instintivos, puede preguntarse todavía, cuál es la función de la conciencia en la conducta. Hay razones para creer que su papel es en gran parte selectivo e inhibídor, y sólo en pequeña escala, creador. Visto desde un punto de vista similar, la inteligencia será también un instrumento del instinto, que queda como la condición inicial, fundamental de la conducta, que utiliza la inteligencia para determinar en qué forma pueden alcanzarse mejor los fines del organismo. La inteligencia desempeña un papel de mucha menor importancia para determinar la conducta de lo que estamos habituados a creer. La conducta se basa en una necesidad de reacción, y las necesidades no se originan en consideraciones intelectuales. Se originan únicamente de los impulsos instintivos y emocionales que buscan satisfacción. La inteligencia, como se ha indicado, se usa para lograr los fines determinados por esos impulsos.

Los instintos deben, pues, ser considerados primeramente desde un punto de vista físico y evolutivo y, en segundo lugar, desde un punto de vista psicológico. Desde el primer punto de vista ya se han descrito

como modelos de acción heredados, como experiencias formadas en patrones de conducta, o como directrices congénitas de energía. Psicológicamente, sin embargo, teniendo que utilizar conceptos psicológicos, los instintos deben considerarse como la gran fuente de la energía psíquica, como las fuerzas biológicas innatas, anhelos e impulsos que llevan al organismo hacia ciertos objetivos. Son los agentes dinámicos, no solamente de la conservación del individuo y de la especie, sino los propósitos creadores en arte, ciencia y filosofía.

Afectos. Otros elementos importantes que participan en la dinámica de la conducta son los afectos y las tendencias. Aun cuando estos dos elementos dinámicos deben estudiarse separadamente, su influencia en la determinación de la conducta es tan coordinada que actúan en gran parte como uno solo. Los afectos, que pueden definirse como matices de sentimientos, son los acompañantes, placer o dolor, de una idea o representación mental. Para estimular o facilitar alguna tendencia instintiva, ejercen una poderosa influencia determinante en la dirección, tanto en las asociaciones de pensamientos, como en las reacciones hostiles de la conducta. Los términos afecto y emoción son usados frecuentemente con demasiada libertad, como si ambas fases de la vida mental fuesen la misma. Empero, si definimos los términos con propiedad se notará que son bastante diferentes. Las emociones deben considerarse como fenómenos más bien filosóficos que sentimentales.

Es muy probable que la emoción aparezca cuando existe algún obstáculo en la ejecución y satisfacción, llana y fácil, de un instinto; sólo cuando el proceso de adaptación es impedido, la emoción se alza en la conciencia. Si no hubiera interferencias en la satisfacción de un instinto, todas las otras acciones auxiliares estimuladas por el sistema nervioso vegetativo y sentidas en la conciencia como emoción, no tendrían lugar. Cuando por el contrario, existe una interferencia en la ejecución de una acción instintiva, el sistema nervioso vegetativo inicia unas reacciones en los órganos bajo su control que ayudarán al logro de la acción deseada. Por ejemplo, si existe un obstáculo para la actividad que sirve al instinto de conservación, se secreta adrenalina, y como resultado de esto, la presión arterial se eleva, el corazón y los pulmones trabajan más rápidamente, las arteriolas cutáneas se contraen; reacciones éstas, todas, que mandan la sangre a territorios, como pulmones, músculos y cerebro, donde en el estado de emergencia es de más utilidad. Al mismo tiempo el azúcar se moviliza para la producción de energía en los músculos, la coagulabilidad de la sangre se aumenta con lo que las heridas tienen menos probabilidades de ser fatales, y las pupilas se dilatan con lo que se ensancha el campo visual. Todos estos cambios sirven de ayuda al instinto de conservación, y están combinados, en el terreno de sensaciones y conciencia, al efecto que denominamos miedo.

El aspecto sentimental de una emoción puede ser considerado como una forma de afecto.

Tendencia. El extraordinario aspecto del impulso de la personalidad que conocemos como tendencia, contiene elementos de instintos y de afectos, y en muchos sentidos no es sino un nuevo nombre del anhelo creado por estos dos agentes dinámicos. Con las tendencias incluímos aquellas intenciones de la personalidad que tienen detrás de sí impulsos dinámicos. También debemos incluir algunas actitudes o respuestas determinadas, por referencias especiales, a estados de sentimiento. A la tendencia le falta ese grado de conciencia que habitualmente asociamos a la idea de voluntad o volición, pues el individuo puede no reconocer las fuentes afectivo-instintivas donde la acción fué ordenada.

El concepto de que la conducta es motivada por las necesidades psicobiológicas del organismo, y de que las tendencias e impulsos dinámicos actúan como agentes determinantes, tanto en la conducta normal como en la patológica, constituye una de las piedras angulares de la psiquiatría. El hecho de que su incompatibilidad puede originar la neurosis, es la mejor prueba de su importancia y potencia psicológica. En el estudio de la vida mental del individuo, comprobamos diariamente que la conducta tiene por objetivo la satisfacción de impulsos afectivos e instintivos profundamente asentados y frecuentemente no reconocidos. Si estos apremios y anhelos encuentran una satisfacción armoniosa y conjunta, el resultado es una personalidad bien adaptada. Si, en caso contrario, es imposible la existencia armoniosa de esos impulsos y tendencias imperativas una al lado de otra, la personalidad puede sufrir una desorganización tal que se dirá que padece de una enfermedad mental. Se conoce como psiquiatría dinámica a la psicología basada en el intento de descubrir cómo esos impulsos instintivos, esas vehemencias afectivas, esas tendencias esforzadas cuya existencia puede ser desconocida para el individuo, han sido obstaculizadas en sus esfuerzos para obtener satisfacción, y cómo han buscado ellas mismas una expresión en las formas substitutivas y a menudo simbólicas que constituyen los síntomas del trastorno mental.

A la luz de esa psiquiatría, la conducta y las creencias del enfermo se tornan inteligibles, se estudian en términos de causa y efecto, y son reconstruídas en términos de principio y desarrollo.

Conciencia; grados de conciencia. En la consideración de la dinámica de la conducta, debe mencionarse el que muchas de las actividades psicobiológicas que denominamos mentales, se producen sin que la conciencia se entere. Antiguamente se creyó que la conciencia, o sentido del conocimiento simple, espontáneo, era el requisito previo para todas las expresiones del organismo que llamamos mentales. Aun cuando muchas de estas funciones psíquicas se manifiestan sólo bajo condiciones de un conocimiento claro, la observación de los procesos mentales, en forma particular los que ocurren en la enfermedad mental, revela que muchos de los procesos psíquicos más altamente significativos, actúan en márgenes muy amplios de conocimiento personal y aun en ausencia de ese conocimiento. La mayor parte de los investigadores de la vida mental del hombre aceptan que éste es grandemente influído por fuerzas psicológicas desconocidas para él, y que gran parte de la conducta se origina en motivos de los cuales no tiene conciencia en su estado normal de vigilia. Los motivos psicológicos, sin duda, son habitualmente debidos a combinaciones de causas, de las que las menos aceptables, social y moralmente, poseen la más grande fuerza imperativa y son más tardíamente traídas a la conciencia, mientras que las que el individuo considera más aceptables, están en la superficie de la conciencia y son las manifiestas.

"El inconsciente". Por conveniencia descriptiva, al explicar diversos fenómenos y procesos mentales, de los cuales muchas características no son manifiestas, se denomina "inconsciente" a ese estrato de la personalidad difícilmente accesible. Debemos recordar, no obstante, que las funciones de este estrato no son sino parte de la actividad psicobiológica del organismo en tanto que es un ser vivo. No podemos suponer que exista en él otra entidad mental definida o mecanismo interior. Presumir que existe una función dinámica e independiente ligada al pensamiento inconsciente implica, indudablemente, extensas consideraciones metapsicológicas. Hay, naturalmente, actividades y estados psicobiológicos que están fuera del mando consciente, se manifiestan en forma de sueños, amnesia, olvidos intencionados, equívocos, desdoblamiento de la personalidad y otros productos. Pero si el hombre se considera como un organismo altamente desarrollado en la escala de la evolución biológica, y esas funciones y actividades de los más altos niveles de su integración orgánica, los niveles conscientes, son a su vez considerados como psicobiológicos, se puede inferir, racionalmente, que las actividades que se se describen a menudo como inconscientes son también integradas psicobiológicamente, aunque estén confinadas a un área tan confusa de la conciencia o memoria, que no caen dentro del campo del conocimiento del sujeto. El inconsciente puede ser considerado como el aspecto subliminal de la personalidad, es decir, el aspecto que queda por debajo del umbral. Los motivos frecuentemente arrancan de causas demasiado profundamente asentadas para ser obvias y, por lo tanto, pueden ser descritos como originados en el inconsciente.

REFERENCIAS

Cannon, W. B.: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, 2ª ed. New York, Appleton, 1929.

Drever, James: The Nature of Emotion. J. Abnorm. and Social Psychol., *37:* 297, octubre-diciembre, 1932.
Ebaugh, F. G., y Rymer, C. A.: Psychiatry in Medical Education. New York, The Commonwealth Fund, 1938, Capítulo II.
MacCurdy, John T.: Psychology of Emotion. New York, Harcourt, Brace & Co., 1925.
Rivers, W. H. R.: Instinct and the Unconscious. London, Cambridge Univ. Press, 1924.
Whitehorn, J. C.: Concerning Emotion as Impulsion and Instinct as Orientation. Am. Psychiat., *11:* 1093, mayo, 1932.

Capítulo III

MECANISMOS MENTALES Y MOTIVOS

La necesidad de mecanismos de ajuste. Cada especie, en el curso de su evolución, desarrolla diversos mecanismos por medio de los cuales puede conseguir adaptarse a las condiciones vitales que encuentra. Muchas mariposas, por ejemplo, desarrollan un colorido protector con el cual simulan la apariencia de la superficie donde descansan para evitar ser descubiertas por sus enemigos. Como la verdadera esencia de la vida es la adaptación, no es extraño que el hombre, la especie más elevada, haya desarrollado no únicamente ajustes anatómicos que lo protegen estructural o fisiológicamente de su medio ambiente, sino que también haya producido artificios mentales para ayudarlo a entenderse con las necesidades y problemas de su vida interior. Estos mecanismos o artificios sirven para proporcionar al individuo un sentido de seguridad, proteger su propia estimación, obtener la autoaprobación deseada, o solucionar sus dilemas emocionales. Estos ardides mentales, actuando sin el conocimiento consciente, consiguen un acomodamiento de las experiencias y situaciones interiores que serían, en otra forma, molestas o hasta intolerablemente inquietantes. La personalidad[1] consciente de sí misma, con el intenso menester de un sentido de seguridad y propia estimación, elabora mecanismos de naturaleza protectora, en forma tan instintiva como la autoconservación evita la aproximación a un peligro físico. La personalidad, tanto como el cuerpo, demanda protección; trata de neutralizar todo lo que la perturba. La mente intenta por diversos métodos evitar, olvidar, nulificar, o disfrazar todo lo que sea inquietante.

[1] Como el término personalidad va a ser empleado frecuentemente en las páginas que siguen, debemos definirlo ahora. Por personalidad el psiquiatra no entiende la supuesta simpatía, poder o distinción mundanos, que la gente cree pueden adquirirse por algún tipo ambiguo de régimen cultural, sino el *conjunto de las capacidades y tendencias constitucionales, afectivas, ideológicas y volitivas que caracterizan al individuo y determinan en gran parte los rasgos habituales de su conducta.* No hay un acuerdo total en lo que se refiere hasta qué punto la personalidad es constitucional o inherente y, consecuentemente, inmodificable, o hasta qué punto es moldeada por las experiencias emocionales e influencias ambientales. Debe considerarse, no obstante, como una unidad psicosomática en cuya formación contribuyen elementos constitucionales y fuerzas mentales. La personalidad es, por lo tanto, la expresión de todas las características del individuo, y éste vive y se comporta según diversas circunstancias. La estructura de la personalidad es determinada, en un grado no despreciable, por todas las experiencias de la vida, especialmente aquellas ocurridas en la lactancia y primera infancia, época en la que se establecen las normas elementales de conducta, emotividad y hábito.

Su deber es actuar para los intereses de las necesidades emocionales o de otro tipo psicológico del organismo, del mismo modo que la tarea del cuerpo es resolver sus propias necesidades fisiológicas. En este capítulo se tratan los mecanismos mentales con los que el individuo se esfuerza en llevar a cabo los objetivos de la personalidad y solucionar los problemas a que se enfrenta. Los artificios que utiliza en forma habitual y que, por lo tanto, vienen a ser parte de su personalidad, determinan en forma importante el grado de salud mental. Existe, sin embargo, una gran resistencia de parte de la mente para reconocer y admitir los mecanismos que emplea.

Desgraciadamente los deseos del individuo, la aceptación que anhela y la satisfacción de los impulsos y esfuerzos instintivos con los que fué dotado, son frecuentemente incompatibles con los hábitos, actitudes, demandas y valores conservados tradicionalmente en el grupo social del cual es miembro. Entre estas dos poderosas exigencias antagonistas existe una lucha; entre las actitudes, hábitos y valores que uno ha asimilado de la familia, escuela, iglesia, tradición y otros diversos aportes de patrones éticos y morales por un lado, y el egoísmo y los instintos imperativos o de otro tipo, por otro. Este dilema, ante el cual el individuo es arrojado por las fuerzas mentales y las irreconciliables demandas rivales, recíprocamente angustiantes, es conocido como *conflicto* psíquico. El conflicto puede considerarse como un choque entre los anhelos contradictorios de la personalidad. Hay rivalidades entre los motivos de la conducta. El individuo es desgarrado entre sus deseos y sus aversiones, entre sus temores y sus esperanzas, entre sus impulsos y sus resistencias. Sus satisfacciones, estabilidad y serenidad, pueden ser perturbadas seriamente a causa del conflicto entre sus instintos, valores y creencias por una parte, y los códigos, tradiciones, doctrinas y lealtades hacia su grupo social por otra. La mente se subleva contra sí misma y se establece un estado de tensión.

Algunos psiquiatras, particularmente los fieles a la ortodoxia de los principios enunciados por Freud, creen que el conflicto intrapsíquico se encuentra siempre entre los intereses y tendencias sexuales del individuo, y los valores, creencias y hábitos que han venido a ser, a través de las estrangulantes fuerzas sociales, una parte fundamental de las propias fibras éticas y morales. Esta limitación del concepto de conflicto a un choque entre las tendencias sexuales puramente instintivas y los propósitos psíquicos más elevados, es demasiado estrecha, aunque Freud no dé una interpretación tan restringida a estas tendencias como se supone vulgarmente. La idea de conflicto debe incluir todas las tendencias antagonistas de nuestra personalidad, al lado de esos propósitos que nos llevan a metas incompatibles. A menudo el conflicto se produce entre tendencias no claramente conocidas por un lado, y por el otro, los objetivos conscientes, socialmente equilibrados de la personalidad; entre los deseos interiores, frecuentemente instintivos, y los rígidos ideales. Veremos más adelante que una gran variedad de estados psicopatológicos son el resultado de la interrelación dinámica entre estos dos grupos de fuerzas. El conflicto entre nuestras actitudes no es raro; puede estar, por ejemplo, entre el ser amado y la hostilidad hacia algún miembro de su familia. Los conflictos pueden llegar a ser tan numerosos o intensos como para provocar ansiedad o aun desequilibrio de la personalidad. Llegan a producir tal desgaste que la salud mental reclama alguna solución y armonía. Un número variable de conflictos se establecen en la niñez, y muchos psiquiatras creen que gran parte de la conducta posterior y la elaboración de muchos de los rasgos de la personalidad adulta se basa sobre esos conflictos y sobre los mecanismos psicológicos que el individuo ha utilinzado para resolverlos, o la angustia que ellos han producido. El equilibrio bien balanceado entre los deseos y los anhelos es esencial para una personalidad bien adaptada.

TIPOS DE MECANISMO DE ADAPTACION

Al examinar los diversos métodos por medio de los cuales el individuo trata de proteger su personalidad, satisfacer sus necesidades emocionales, establecer y mantener armonía entre sus tendencias opuestas, evitar y aliviar la ansiedad, o modificar la realidad para hacerla más tolerable y aceptable, los encontramos tan sistematizados y uniformados que podemos llamarlos mecanismos mentales. Estos mecanismos mentales no representan actividades aisladas o instrumentaciones psíquicas definidas, sino reacciones de la personalidad en su esfuerzo para elaborar objetivos y satisfacer sus menesteres. Las fuerzas dinámicas que han construído las características sobresalientes de la personalidad están reveladas en ellos. El conocimiento de la forma cómo se emplean estos mecanismos profundizará nuestra comprensión de la conducta, tanto de la normal como de la psicótica. Estos mecanismos, dinámicos en su actuación, se entrelazan intrincadamente dentro del patrón de conducta, sin el conocimiento consciente del individuo y se encuentra que obran en una gran variedad de manifestaciones mentales: desde los rasgos simples del carácter, pasando por las desviaciones ligeras de lo normal, hasta las perturbaciones psicológicas acentuadas. En la manera de obrar de estos mecanismos están revelados muchos de los principios básicos de la conducta anormal. En ellos se pueden observar las fuerzas dinámicas de la personalidad en acción.

Represión. Uno de los más comunes entre los mecanismos mentales desarrollados con el propósito de resolver un conflicto, v. gr. deseos irreconciliables, anhelos opuestos, o lealtades divididas y antagonistas, es la represión, por la cual deseos, impulsos, pensamientos y anhelos que serían

dolorosos o incompatibles con los requerimientos conscientes propios del individuo, son excluidos del campo del conocimiento consciente, como si fueran arrojados al confinamiento del inconsciente donde son retenidos. La represión no se produce por un esfuerzo consciente y deliberado de rechazamiento por parte de la persona en que sucede; es una repulsa o negación involuntaria, un proceso inconsciente que actúa automáticamente. Ejerce una influencia de resistencia, de rechazamiento contra aquellos recuerdos, impulsos, hostilidades, agresiones, inferioridades u otros contenidos mentales cuyo reconocimiento consciente sería incompatible con el propio respeto del individuo, con la estimación de sí mismo, o con las demandas de su propia conciencia. Todo lo que contiene culpa, vergüenza, o disminuye la autoestimación, es particularmente apto para ser reprimido. En la represión hay una eliminación de la conciencia de todas las ideas o recuerdos que pudieran tender a hacer nacer una ansiedad dolorosa. Los impulsos pueden reprimirse, pero guardan su vehemencia emocional y su tensión; continúan llevando una vida subterránea bajo la superficie convencional y son propensos a manifestar su influencia en rasgos de la personalidad, en intereses especiales, en algún sistema de creencias o código de valores o, en una forma más marcada, como síntomas de trastorno mental o nervioso. Si la represión se debilita, la angustia perturbadora puede hacerse sentir.

Represión no debe confundirse con *supresión;* aquí, se hace un esfuerzo para borrar del conocimiento los anhelos y recuerdos conscientemente repudiados. En la supresión, la atención es deliberadamente dirigida dondequiera que aparece en la conciencia lo indeseado. Vedando las expresiones no disfrazadas de los anhelos instintivos o las tendencias socialmente prohibidas, la represión actúa manteniendo los convencionalismos y ayudando al individuo a adaptarse a las costumbres e instituciones sociales. Desgraciadamente la represión tiene desventajas; los impulsos y anhelos profundamente asentados no son destruídos por la represión, sino que, por el contrario, aunque automáticamente encadenados, permanecen invariables en calidad e intensidad. Estos anhelos e impulsos no son, de hecho, modificados en ninguna forma, y lo único que ocurre es que el individuo no es consciente de las tendencias rechazadas, y éstas, aunque frustradas, buscan constantemente satisfacción. Sin embargo, para asegurar que la expresión y el conocimiento de estos anhelos y deseos no puede ser permitida, la mente, automáticamente y sin deliberación consciente, intenta destruir los anhelos, deseos y pensamientos, por el cultivo y promoción de características de naturaleza diametralmente opuesta. Estos propósitos y esfuerzos de contraste, creados para reforzar la represión, llevan a la formación de prejuicios y de caracteres pronunciados de defensa que se conocen como *formaciones reaccionales.* La mujer, a quien se le ha negado, por ejemplo, el cumplimiento de sus funciones biológicas normales, puede reprimir todas las tendencias instintivas sexuales, y para asegurar la no vacilación en el mantenimiento de la represión, puede ser hipersensitiva en todo lo referente al sexo, y en esta forma convertirse en una mojigata. Mientras más represiones tenga una persona, más prejuicios desarrollará para prevenir el despertar de sus deseos reprimidos. En forma similar, la intolerancia para el mal comportamiento de otros es a menudo indicadora del esfuerzo requerido para reprimir desconocidas tendencias semejantes en el mismo sujeto. Cuando no es posible ya la completa represión, los impulsos brotan y obtienen una expresión desfigurada, no en forma de prejuicio o de deformación reaccional, sino en forma de síntoma neurótico o psicótico. Una alucinación, por ejemplo, puede ser la expresión desfigurada de anhelos imposibles ya de ser reprimidos.

No debe concluirse, por lo que se ha dicho, que la represión es siempre patológica y sus resultados siempre indeseables. Es un mecanismo que si actúa suavemente y sin esfuerzo exagerado, puede conducir a una vida bien adaptada, pero que si se ejercita con dificultad o por medio de una intimidación drástica de los impulsos, termina fácilmente en desorganización y aparición de síntomas. En algunos casos la represión y otros mecanismos destinados a amortiguar los conflictos, tienen como resultado la formación de cualidades estimables del carácter, pero sin embargo, tendrán que considerarse como productos psicopatológicos en vista de la fuente donde se han originado, los objetivos y necesidades psicológicas que llenan, y la tenacidad intransigente con que son perseguidos. Tales rasgos convenientes del carácter pueden equivaler a la conversión del pasivo en activo. Una indagación cuidadosa revela con frecuencia que son los mismos temas psicológicos los que forman el material de los rasgos del carácter y la personalidad, y los de la psicosis.

Complejo. Debe ahora ser considerado el producto mental llamado complejo[1] dado el papel tan importante que la represión tiene en su origen. No únicamente son reprimidos los impulsos instintivos y los deseos o tendencias tabú, sino también algunas ideas, particularmente aquellas impregnadas de sentimientos emocionalmente dolorosos. Se conoce como complejo, por lo tanto, un grupo de ideas asociadas, revestidas de agregados afectivos[2] comunes, de naturaleza intensamente penosa, y que han sufrido represión. Los afectos comunican un elemento dinámico al complejo, a resultas del cual viene a constituir una esfera de pensamiento e intereses

---

1 El término "complejo" no es ya aplicado por los psicoanalistas en su sentido original. Ahora lo consideran como una actitud típica relacionada con ciertas necesidades o temas interiores especiales del individuo. Dan importancia, particularmente, a los llamados "complejo de Edipo" y "complejo de castración". El término "complejo" fué introducido por Bleuler y Jung.

2 Recordamos que por *afecto* designamos una cierta tonalidad sentimental que tiende a colocar la experiencia y la visión que se tiene de la vida.

de gran valor emocional. Este centro de perturbación emocional puede ejercer una poderosa influencia inconsciente. Aun cuando estas ideas asociadas con sus cargas emocionales sean reprimidas, continúan poseyendo capacidad para una actividad no reconocida, de lo que resulta que la tensión latente en su contenido afectivo puede ser impelida por alguna experiencia aparentemente insignificante, y manifestarse en diversas formas. Una manifestación del complejo, no poco frecuente, es en forma de reacción excesiva de la conducta o de una brusca explosión emocional con motivo de un estímulo aparentemente ligero. La marcada desproporción entre el estímulo y la reacción mental sugiere que la última pueda estar condicionada por un complejo. Esa reacción exagerada muestra entonces que a una situación especial subconsciente, se ha añadido un estímulo externo. Las tormentas emocionales provocadas por sucesos triviales se encuentran habitualmente ligadas a algunas experiencias muy personales y significativas.

Algunas veces la respuesta originada por complejos no consiste en explosiones emocionales bruscas, ni en actitudes de conducta sorprendentes, más o menos aisladas. En algunos casos el complejo hace que la persona enfoque diversos aspectos de la vida de una manera particular, o la induce a adoptar algunas formas idiosincrásicas establecidas de conducta. Estas formas pueden permanecer dentro de lo que se acepta como conducta normal, o, en las psicosis principales, las constelaciones de ideas reprimidas adquieren el control de la personalidad y dan forma al cuadro clínico. El complejo puede manifestarse también en diversos rasgos del carácter, amaneramientos, equivocaciones del lenguaje, o en el olvido de algo que se pensaba hacer. Cuando alguien cuya conducta está determinada por complejos es interrogado acerca de lo que ha motivado sus actos aparentemente fortuitos, responderá que son simplemente cuestiones accidentales o de casualidad. Nosotros sabemos, sin embargo, que los fenómenos mentales, en la misma forma que los físicos, son debidos a causas definidas, aunque el agente etiológico primario y los pasos subsecuentes son a menudo desconocidos para nosotros mismos.

Resistencia. El mecanismo mental llamado resistencia está ligado a la represión y es, en muchos casos, una forma de expresión de ésta. Es un deseo persistente de no enfrentarse a los motivos e inclinaciones, y a sus bases no reconocidas, eludiendo así su exteriorización. Se observa comúnmente en el tratamiento, cuando el psiquiatra alienta al enfermo a recordar lo que condujo al desequilibrio mental. Fué precisamente por las dificultades y obstáculos encontrados en la asociación libre de ideas. como Freud construyó su concepto de la represión y por lo que denominó resistencia a la serie de bloqueos, turbaciones, silencios, olvidos y ansiedades mostrados por los pacientes.

Sublimación. Ya hemos visto que la represión es un mecanismo mental creado para enfrentarse a los deseos e impulsos inquietantes y que, si su actuación es satisfactoria, puede conducir a una vida social aceptable y bien ordenada. Sin embargo, como a represión es de derecho la superación de una fuerza con otra, la energía del impulso reprimido no es útil para una actividad dirigida en sentido constructivo. Sería, por lo tanto, a todas luces deseable que la energía inherente a los impulsos primitivos e inaceptables, pudiese de alguna manera ser transformada y canalizada con libertad relativa en la mente consciente, para dirigir ahí los intereses y actividades del individuo. El mecanismo por el cual esta energía es transformada y dirigida hacia metas socialmente favorables se conoce como sublimación. Así, los impulsos inaceptables y las necesidades instintivas encuentran una salida y un modo de expresión digno. En lugar de utilizar los impulsos y tendencias primitivas con fines egoistas u objetivos prohibidos, la sublimación los transforma y los dirige por canales como el arte, la literatura, la religión, la ciencia u otras actividades que fomentan el desarrollo cultural y una vida mejor, tanto para el individuo como para el grupo social. Los impulsos agresivos, por ejemplo, pueden ser sublimados por medio de deportes y juegos. La transformación de esa energía por la sublimación puede compararse a la transformación de la energía hidrodinámica en las caídas de agua, como las del Niágara, en donde un generador eléctrico transforma la energía hidrodinámica en la, mucho más útil, energía eléctrica. La energía primitiva del salto de agua no se emplea ya en erosión u otras formas brutas de gasto, sino que, refinada, sirve a las necesidades materiales y culturales del hombre.

Sólo rara vez reconoce el individuo que las actividades que fomentan la riqueza material, mental y cultural, tanto de él como de su prójimo, obtienen su energía de impulsos originalmente desarrollados para fines egoistas y biológicos. El científico que investiga problemas de importancia para el bieneestar y la salud de toda la raza, no reconoce conscientemente que sus investigaciones no son sino la expresión disfrazada y refinada de un pronunciado impulso innato a la curiosidad.

Por la sublimación repetida, la energía impulsora inmanente es habituada a descargarse sobre niveles progresivamente más altos, de lo que resulta una constante elevación cultural. El niño, por ejemplo, que es instintivamente cruel, destructor de sus juguetes y despiadado para los animales, puede ser en su juventud un fanático de la cacería, y en la vida adulta, un competente cirujano; la misma energía instintiva le habrá servido de agente dinámico, pero se refina progresivamente para llegar a ser socialmente más útil. También a través de la sublimación, los impulsos fundamentales del organismo se ejercitan en emplear la inteligencia y su producto, el conocimiento, para lograr adaptación y buenos resultados. La

sublimación fructuosa es uno de los mecanismos más importantes en la formación de un carácter sano. A veces, no obstante, cuando estudiamos las perturbaciones de la personalidad encontramos que algunos de los rasgos más extraordinarios, que el sujeto considera como buenas sublimaciones, no son sino síntomas neuróticos; lo que cree un importante elemento de su carácter no es sino la expresión levemente enmascarada de un conflicto resuelto insatisfactoriamente. Si la sublimación es imposible, la personalidad se halla en constante conflicto, y el tipo de vida tiende a estrecharse.

Control consciente. Por lo que se ha dicho parece claro que la represión es un mecanismo que, cuando se emplea, actúa sin el reconocimiento de la conciencia, y que la sublimación, como el generador eléctrico al que fué comparada, opera sin aprehender la naturaleza o significado de las fuerzas que transforma y hace útiles para su uso en propósitos más elevados. Las ventajas que pueden obtenerse por el ejemplo crítico y consciente, de la energía psíquica, no se obtienen cuando la misma energía es empleada por esos mecanismos. El ajuste más satisfactorio de las condiciones de vida es posible sólo cuando no existen tendencias o sentimientos de los que uno sea inconsciente y que, por lo tanto, están fuera del alcance del control. Los motivos que dirigen nuestro comportamiento no pueden ser guiados hacia convenientes patrones constructivos, a menos que las fuentes ocultas de nuestra conducta sean expuestas a las luz de la plena conciencia, desde donde podemos enfrentarnos a todos los hechos, y dirigir nuestros impulsos por el mecanismo del control consciente. Aunque nuestro comportamiento permanezca motivado por causas profundas, el control consciente nos habilita para seleccionar aquellos motivos que son aceptados y están al servicio del grupo social, y para decidir cómo pueden ser satisfechos esos motivos. La aprehensión de las fuentes de nuestro comportamiento tiende a formentar la salud mental. De la misma manera, si aprendemos a reconocer y comprender nuestros mecanismos de escape y de defensa, podremos recobrar una gran parte del control consciente.

Racionalización. Probablemente nadie se da cuenta hasta qué grado los mecanismos mentales que actúan en nuestra vida diaria son de naturaleza defensiva. Uno de los más comunes de estos artificios creados para mantener la autoestimación, es la racionalización, término introducido en la literatura psiquiátrica por Ernest Jones. Es un mecanismo que después de una acción, que constituye nuestra primera respuesta a motivos desconocidos, nos ofrece varias supuestas "razones" para explicar esa acción. Preferimos creer que nuestra conducta es el resultado de un pensamiento deliberado, de un juicio imparcial, y de un conocimiento completo de todos los motivos que la instigan. Pero de hecho, el comportamiento es sólo en grado mínimo el resultado de tales consideraciones intelectuales conscientes; en su

mayor parte, la conducta es el producto de motivos de los que no somos conscientes. Una vez que hemos actuado en respuesta a esos motivos desconocidos para nosotros mismos, formulamos las razones que creemos han determinado nuestro comportamiento, aunque en realidad no sean sino justificaciones *ex post facto*. Este mecanismo nos proporciona explicaciones racionales e intelectuales de nuestra conducta que, en realidad, ha sido determinada por motivos profundamente escondidos. Nuestro verdadero deseo queda oculto y enmascarado. Algunas veces nuestras racionalizaciones contienen un elemento mínimo de verdad al que, sin embargo, se le da una importancia indebida, y sirve para encubrir el motivo impulsor esencial. Los motivos aceptables son seleccionados y considerados como los únicos. Pensamos que nuestro comportamiento debe ser determinado por algunos motivos, y la racionalización nos lleva a creer que así es. Frecuentemente varios motivos participan como fuerzas psicológicas para iniciar nuestros actos. De hecho, por lo general se combinan varios motivos, y actúan conjuntamente para originar nuestra conducta; algunos tienen valor ético definido, mientras que otros son de naturaleza instintiva egoísta. Cuando el comportamiento es determinado por tal coalición de motivos, se encuentra que los más instintivos y egoístas son los más dinámicos y ejercen una influencia mayor en la determinación de la conducta, aunque no sean ellos los reconocidos conscientemente como determinantes. Los motivos más altamente sublimados, aquellos que desde el punto de vista ético son los más elevados, son los que dominan la conciencia y, por lo tanto, los que se consideran motivos reales, aun cuando tengan menos influencia en la suma total que los componentes no reconocidos.

El estudiante suele preguntar si el individuo puede saber que las razones que ofrece por su comportamiento no son las verdaderas, y en este caso, ser culpable de falsedad. Se debe contestar que en el caso de una mentira, uno conscientemente sabe que la razón es ficticia, mientras que la racionalización es un mecanismo tan totalmente inconsciente que el individuo no se da cuenta de que la razón imputada es fingida. Las racionalizaciones son habitualmente defendidas con una gran intensidad emocional puesto que la verdad, para ocultar la cual han sido creadas, puede ser dolorosa para el yo.

La racionalidad es un mecanismo que sirve a un objetivo útil en tanto que actúa como autoprotección psíquica y nos coloca en una situación más cómoda. Conduce, sin embargo, a la decepción, y sus conclusiones son guías poco fidedignas para la conducta posterior. Sus productos, que a menudo se emplean en forma deductiva como premisas, son tan falaces que fácilmente pueden contribuir a la formación de engaños o ilusiones.

Una reacción no rara, aliada de cerca a la racionalización, y que ayuda a mantener la autoestimación frente a la imperfección, es la subestimación

algunas veces llamada de manera poco elegante, el mecanismo de "las uvas estaban verdes". Por esta reacción defensiva se menosprecia alguna meta particular que, íntimamente, gustaría de alcanzarse, pero que por algún obstáculo, a menudo la ineptitud personal, no se puede lograr. No es poco frecuente la expresión de desprecio hacia aquello para lo que uno es incompetente. Aliada a esa subestimación y como mecanismo defensivo también, hay una indiferencia o hastío ante circunstancias que ofenderían en forma natural la autoestimación. Debemos recordar, también, que la irritabilidad y el escape son a menudo simplemente técnicas defensivas.

Compensación. Las compensaciones físicas y fisiológicas son fenómenos que tanto el internista como el cirujano observan diariamente. Cuando una válvula del corazón es insuficiente, el músculo cardíaco se hipertrofia para proporcionar una fuerza adicional y compensar la deficiencia circulatoria que resultaría en otra forma del defecto valvular. Si por alguna enfermedad o hábitos posturales viciosos se desarrolla una escoliosis de la columna, se produce una curvatura secundaria, opuesta en dirección a la primera, arriba o abajo de ésta, para que no se desplace el centro de gravedad. Estas compensaciones representan los intentos de los órganos para ajustarse a los defectos e insuficiencias fisiológicas. En forma similar el organismo considerado como un todo, en oposición a sus órganos componentes, por medio de compensaciones para sus insuficiencias e imperfecciones, intenta obtener el reconocimiento sobre lo que forja, sobreestimándolo hasta los patrones más elevados establecidos por su medio ambiente psicosocial. Estas compensaciones llegan a ser fácilmente exageradas, y frecuentemente son traicionadas, en forma poco ingeniosa, por nuestro comportamiento. Un ejemplo de sobrecompensación, familiar a todos, es la persona de baja estatura con voz recia y modales imperativos y contundentes. Estas características son adoptadas de manera poco afortunada para demostrar la fuerza y autoridad que la baja estatura no sugieren. Sirven para que la persona inferior se sienta más cómoda y segura, ayudándola a olvidar sus ineptitudes físicas. La necesidad de métodos para alentar nuestro propio sentimiento es evidente y generalizada, y varía desde la simple "presunción" que se ve diariamente en los sitios de recreo, o la displicencia pretenciosa observada en los bulevares, hasta la formación de delirios de grandeza.

El ansia de poder, prestigio o posesión, nace frecuentemente, no de la fuerza, sino de la debilidad. La agresividad puede haber sido provocada por frustraciones. Las desventajas y limitaciones, como factores para la producción de compensaciones, pueden ser de naturaleza diversa; en algunos casos son de orden físico, y en otros de orden mental. Las divergencias entre los anhelos y las aptitudes para lograrlos, frecuentemente conducen a los grados extremos de las formas compensadoras de conducta. Asimismo, la inferioridad que se halla en el fondo de los mecanismos compensadores

puede ser real o imaginaria. En las personas cuyas reacciones frente a la realidad, en general, o frente al estímulo social, en particular, están bien integradas, la existencia de una inferioridad física puede engendrar actividades constructivas que la convierten en una cualidad de extraordinaria utilidad social. Las desventajas pueden obligar a uno a mayores esfuerzos, como en el caso feliz del guerrero de Wordsworth quien "transformó su necesidad en triunfo glorioso". Por el otro lado, las deformidades y dolencias que tuercen las ambiciones o instintos normales, o que obligan al individuo a permanecer aislado del grupo, pueden no solamente no engendrar cualidades satisfactorias de la personalidad, sino conducir a ideas egoístas o rasgos poco favorables del carácter, y aun , a veces, a reacciones neuróticas o psicóticas. Bajo cualquier forma que se manifiesten estas reacciones, representan el resultado de los esfuerzos de la personalidad por alcanzar una autoestimación y un sentido de seguridad satisfactorios. Desgraciadamente, demasiado a menudo el mecanismo conduce a sobrecompensaciones que, aunque satisfactorias para el individuo, son ficticias en cuanto a los valores sociales se refiere. Se dió de alta en el ejército un muchacho cuya elevada estatura, facciones angulosas y porte desairado habían sido siempre para él motivo de autocrítica. (Probablemente, lo que le había animado para alistarse, sin darse él cuenta de ello conscientemente, era el uniforme y un cierto orgullo conectado a la vida militar, que parecían ofrecer esperanzas de alivio a la molesta sensación de ser diferente, producida por su estatura y su figura poco agraciada). Pero una vez ahí se convirtió en objeto de burlas por su torpeza para ejecutar los diversos ejercicios; después de vanos esfuerzos para adaptarse, el muchacho tuvo que ser retirado a la "reserva", donde, naturalmente, sintió más agudamente su autocrítica y el conocimiento de sus deficiencias se hizo más doloroso. La indignidad sufrida por su autoestimación fué demasiado grande; las necesidades de su personalidad de un reconocimiento más satisfactorio y de un sentido de seguridad rebasaron sus limitados recursos, y construyó un substituto ficticio creyendo que él era general de división. Ya no era el soldado reservista inepto para competir con sus camaradas, sino el comandante y director de empresas militares de gran importancia. El delirio compensador del recluta satisfizo sus necesidades emocionales, pero destruyó su utilidad para las realidades de la vida militar y hubo que hospitalizarlo.

Formaciones reaccionales. Ya hemos asentado que la compensación es un determinante dinámico que, con técnica y limitaciones apropiadas, sirve en forma benéfica como acicate de objetivos y acciones, como estímulo para el desarrollo máximo de los recursos de la personalidad. Lo mismo que la compensación cardíaca puede restaurar una insuficiencia circulatoria, una reacción compensadora mental puede reparar algunos de-

fectos de la personalidad. La compensación contribuye al proceso mental por medio del cual no sólo se ignoran las características indeseables de la personalidad, sino que se estimula, también, el desarrollo de los rasgos característicos de la misma, es decir, las defensas del carácter. Se conoce como formación reaccional a un rasgo de carácter desarrollado para guardar, como bajo llave, las inclinaciones sin freno, y ocultar los giros de la personalidad que han existido encubiertos; este rasgo del carácter es habitualmente el reverso exacto de lo que hubiera resultado naturalmente de la expresión de las tendencias liberadas. Los rasgos demasiado estrictos del carácter son frecuentemente formaciones reaccionales contra tendencias, deseos, o anhelos prohibidos. El carácter defensivo de algunos rasgos y actitudes es traicionado por su misma exageración, y, a veces, por su impertinencia. Los rasgos demasiado acentuados del carácter y de la personalidad constituyen, puede decirse, la primera línea de defensa psicológica. Difícilmente pueden catalogarse como patológicos, a menos que perturben la adaptación. Los sentimientos de repulsión y hostilidad pueden enmascararse por una cortesía escrupulosa o expresiones efusivas de gratitud. La presona agresiva que constantemente exige sus derechos y está presta a pelear por la menor provocación, se defiende a sí misma contra una intensa angustia e inseguridad. Las tendencias sádicas son controladas con frecuencia por formaciones reaccionales bajo la forma de ternura excesiva. Un interés por determinada persona puede ser el disfraz de un sentimiento de hostilidad o celos no reconocidos. Una muchacha con celos intensos hacia la hermana menor más inteligente, puede sepultar ese sentimiento tras la reacción de un amor fraternal extremadamente tierno y solícito. Esa sobrecompensación sirve para apaciguar un sentimiento de culpa; puede llegar hasta el sacrificio masoquista del yo, por aquel hacia quien se dirige el sentimiento ambivalente. Como se ha sugerido, el tipo general de vida puede ser determinado por el tipo de las compensaciones y defensas del carácter. En términos generales los rasgos extraordinarios del carácter son, o bien expresión de impuusos y tendencias profundamente asentadas y sublimaciones de ellas, o bien, formaciones reaccionales contra ellas mismas. La formación reaccional puede ser considerada como una máscara o disfraz inconsciente; contrasta en esta forma con la hipocresía, que es, en gran parte o totalmente, consciente. La formación reaccional, por lo que respecta a la intención de la conciencia, es siempre honesta y sincera. De hecho muchos rasgos saludables de la personalidad representan la conversión del "debe" en "haber".

Simbolización. En un principio, el hombre se comunicaba con sus semejantes por medio de objetos concretos; una vez desarrollado el lenguaje, las palabras tomaron el lugar de los objetos y, gradualmente, las palabras fueron empleadas para representar ideas lo mismo que objetos. En

forma semejante, los objetos vinieron a ser símbolos o substitutos de ideas, sentimientos o tendencias. Las simbolización, con sus signos significativos es, por lo tanto, el mecanismo por el cual una idea o un objeto es empleado para representar alguna otra idea u objeto. Es característico de las ideas u objetos usados simbólicamente que, por eso mismo, se cargan significativamente de sentido. Esto se origina por el hecho de que el desplazamiento de los valores emocionales del objeto al símbolo es la verdadera esencia de la simbolización. El símbolo, por lo tanto, puede venir a representar una experiencia mental muy cargada de significado. Es un mecanismo empleado extensamente en los desórdenes mentales.

Ya se ha llamado la atención sobre el hecho de que los instintos y los efectos son los grandes directores de la energía mental, y de que los propios ideales y requerimientos, tanto como los convencionalismos y exigencias del grupo social, evitan la expresión directa y franca de gran parte de esa energía, que es, por lo tanto, reprimida. Hemos visto ya, también, que las ideas o combinaciones de ideas a las que están asociadas emociones penosas, pueden ser reprimidas porque son importunas o angustiantes. Pero todo este material reprimido es, sin embargo, todavía demasiado dinámico bajo forma de conflictos o complejos, y está tan sobrecargado emocionalmente que trata constantemente de expresarse. Como la expresión directa, consciente y franca, le es negada, el material reprimido se abre paso hasta el nivel consciente por medio de una expresión indirecta, disfrazada. La semejanza entre el símbolo y el objeto simbolizado es generalmente tan ligera o superficial que la mente consciente la pasa por alto. El individuo es, pues, totalmente ajeno al significado del símbolo que emplea; es más, muy frecuentemente es ajeno al hecho de que ha empleado un símbolo. Para su mente consciente, el símbolo no es símbolo; es una realidad en sí y por sí. El material reprimido puede expresarse por simbolismo, tanto en la persona normal como en la psicótica, y se manifiesta habitualmente, no en forma de valor estético como es el caso en el artista, sino en formas igualmente simbólicas aunque en disfraces más difíciles de interpretar. Así pues, los símbolos se convierten en el lenguaje por el cual, el material que no puede aparecer ante el conocimiento consciente bajo una forma franca, encuentra una expresión. Apareeciendo en el contenido de sueños, alucinaciones, o ideas aparentemente vacías de significado, dan expresión particularmente a aquellos contenidos de la vida interior del individuo que están saturados de sentimiento.

Los disfraces bajo los cuales este material puede manifestarse son numerosos. Las diversas afectaciones en el vestir, andar, hablar, o los modales que se observan en personas nunca consideradas como portadoras de un trastorno mental, son muy frecuentemente expresiones enmascaradas de productos de represión. Los tics, faciales u otros, son a menudo productos

psicogénicos, y se consideran habitualmente expresiones enmascaradas de experiencias mentales penosas, o representaciones simbólicas de tendencias o deseos desposeídos conscientemente.

Los sueños, que son productos del pensamiento al que falta la dirección y el reconocimiento proporcionados por la conciencia, involucran varios procesos, siendo el de la simbolización uno de los más frecuentes. Aun cuando no todos los sueños contienen material simbólico, ni todos los psiquiatras están de acuerdo en cuanto a la interpretación que debe darse a las imágenes soñadas, muchas de esas imágenes y experiencias oníricas sí representan productos de represión tales como deseos y motivos no reconocidos.

En las psicosis, en la esquizofrenia particularmente, el material reprimido y aun con carga emocional, puede hallar expresión en forma disfrazada y simbólica, y alcanzar el nivel consciente como alucinación, es decir, como imágenes visuales, auditivas o de otros campos sensoriales.

Transferencia. La transferencia es otro mecanismo mental que opera por un proceso de substitución. Por este mecanismo, el sentimiento que existe hacia una persona u objeto puede desplazarse y asignarse a otro objeto o persona. A esta última se le otorga la significación emocional originalmente asociada a la primera. Este cambio tiene el propósito de excluir del conocimiento consciente el material qne en forma no disimulada sería emocionalmente traumático para él. En algunas neurosis compulsivas donde se observa la manía de lavarse las manos con frecuencia, el afecto es transferido de una experiencia anterior en la que se asociaba al sentimiento de impureza moral la idea de la suciedad, y ésta llega a poseer el valor sentimental originalmente ligado a la experiencia conscientemente repudiada. Sentimientos y actividades, como el amor y el odio, son particularmente susceptibles de ser transferidos de una persona a otra, la cual viene a ser substituto de la primera. El sentimiento de hostilidad hacia uno de los padres, por ejemplo, puede ser tan intenso que la conciencia está imposibilitada de aceptarlo. Transfiriendo el odio hacia alguien que tenga una ligera semejanza con el padre, la persona es protegida contra el conocimiento consciente de su actitud. En muchos casos el simbolismo es una forma de transferencia. El objeto sobre el que se transfiere un sentimiento o emoción, viene a constituirse en símbolo de la persona u objeto que originalmente estimuló la emoción o el sentimiento. La transferencia nos ayuda a mantener la represión sobre pensamientos, deseos y sentimientos perversos o inaceptables. Asociado a la transferencia está el mecanismo descrito por Freud por el que la conciencia se defiende del material inconsciente elaborándolo como chiste.

Proyección. Este mecanismo de defensa, que desde muchos puntos de vista es una forma especial de la transferencia, puede observarse diariamente, con intensidad moderada, entre nuestros camaradas, o en forma más

marcada, entre los psicóticos. Por medio de él, los impulsos indeseables son primeramente reprimidos y hechos inconscientes, y después, transferidos, proyectándolos o refiriéndolos a otros. Las cualidades o los motivos que uno no puede o no quiere aceptar como parte de sí mismo, son adjudicados a otros, y en esta forma enmascarados. La proyección nos permite permanecer ciegos ante importantes factores dinámicos de nuestra naturaleza, cuando su influencia deforma nuestra visión del mundo exterior. Constantemente encontramos gente que critica acremente en otras personas los mismos defectos que son el punto débil de su propio carácter, negándose absolutamente a reconocer el hecho de que son ellos mismos quienes poseen las cualidades tan despreciadas. Reaccionan como si las tendencias de su propia personalidad perteneciesen a otra persona en lugar de a ellos mismos. "Lo que uno ve en otros es a menudo la imagen del propio yo". El paranoico utiliza este mecanismo en muchas circunstancias. Sentimientos de culpabilidad que serían inquietantes considerados conscientemente, son fácilmente evitados adjudicando a otras personas las trasgresiones, impulsos o deseos repudiados. Algunas veces, sin embargo, se produce un efecto depresivo aunque el sentimiento de culpabilidad haya sido desviado de esta manera. Ese sentimiento de culpa puede llegar a originar una necesidad de autocastigo. El odio a sí mismo que pudiera ser provocado por el sentimiento de culpa, es a veces proyectado como odio que los otros tienen hacia uno. Frecuentemente el sentimiento de culpa es negado o transferido por acusaciones proyectadas a otras personas, en un intento de protección contra la desdicha o sentimiento de inferioridad. Muy a menudo la proyección actúa, por lo tanto, como defensa contra la angustia. Si podemos arrojar la culpabilidad por nuestras acciones vergonzosas sobre lo que nos rodea, y quedar en esta forma libres de tacha, la ansiedad que de otra manera experimentaríamos se reduce considerablemente.

Al tratar lo referente al mecanismo de compensación se señaló el hecho de que las inferioridades físicas pueden suscitarlo. En algunos casos, sin embargo, las desventajas pueden ser factores dinámicos en el desarrollo de otras reacciones defensivas, incluyendo la proyección. Es de observación común que aunque haya defectos graves, los que especialmente provocan reacciones defensivas son las malformaciones o hipoplasias de los órganos genitales, y las lesiones cutáneas desfigurantes. Los sentimientos de inferioridad que se originan de defectos en órganos tan apreciados biológicamente como los genitales, o tan altamente valorados en la determinación del atractivo físico como la piel, pueden dar lugar a hipersensibilidad, insatisfacciones, amarguras y resentimientos. Estas actitudes emocionales fácilmente llevan a malas interpretaciones, o hacen que los que poseen defectos, adjudiquen a otros las debilidades de su propia personalidad. Algunas veces el ansia de supremacía y seguridad en personas que, en forma real o imaginaria, es-

tán en desventaja ante la vida en comparación a otras, puede llevar tanto a la proyección como a la compensación. Este último mecanismo frecuentemente suple a la proyección como mecanismo de defensa.

Delirios y proyección. Las proyecciones pueden realizarse en forma de ideas o de percepciones. En el primer caso, la proyección puede conducir a la formación de delirios, particularmente delirios de persecución. En la primera guerra mundial, un soldado americano para escapar de una situación muy peligrosa en las trincheras se disparó una bala en el pie. Fué primeramente tratado en un hospital del ejército en Francia, luego trasladado a Norteamérica, donde la herida autoinfligida cicatrizó lentamente. El sentimiento natural de pusilanimidad y de deslealtad al deber se proyectó gradualmente sobre su médico, a cuya negligencia, decía, era debida la tardanza en la curación de la herida. El soldado no experimentaba ya el autoreproche, y ya no era él, sino el médico, quien por esta exteriorización, poseía las cualidades vituperables. Cuando, más tarde, cometió un atentado contra la vida del médico, él no comprendía, naturalmente, que su actitud era un esfuerzo para destruir defectos de los que él era el verdadero dueño. Esta proyección del sentimiento de culpa es, a veces, uno de los mecanismos importantes en la producción de la paranoia. Por este artificio, un enfermo puede persuadirse de que su perseguidor es tan indeciblemente malo que merece la muerte, y que infligírsela, lejos de ser un acto culpable, es a todas luces laudable.

Alucinaciones y proyección. En las psicosis es frecuente que los aspectos rechazados de la propia personalidad sean proyectados no en términos de ideas, sino como percepciones. Entonces, el material mental reprimido, tendencias, deseos o cualidades indeseadas, puede externarse en forma de voces alucinatorias, que acusan al enfermo de acciones que representan los aspectos rechazados. El soldado del ejemplo mencionado arriba, en su intento de matar al médico, no destruyó naturalmente el sentimiento de culpa por la violación del código de honor militar, ni destruyó tampoco con ese intento, los repudiados defectos de su carácter; las proyecciones de estos defectos, finalmente, le condujeron a una deformación mayor aún de la realidad bajo forma de alucinaciones. Un día, cuando caminaba por una calle de la ciudad, oyó acusaciones que parecían referirse a él. Volviéndose de soslayo, observó que la persona de cuya dirección venían aparentemente las voces acusadoras, era el conductor de un automóvil que pasaba. Sin más aviso, el soldado disparó y mató a ese hombre. En esa forma, mató a una persona que había venido a ser, por proyección, la representación o encarnación de sus propias y no reconocidas cualidades.

Ideas de referencia. Por medio del mecanismo de proyección, se produce también el síntoma conocido como "ideas de referencia". El individuo que sufre estas ideas concluye falsamente que los demás lo observan y lo critican, cuando en realidad es él quien está proyectando sobre otras personas su autocrítica.

La proyección es un fenómeno psicológico que, por su carácter defensivo, ofrece comodidad para el individuo. Es más fácil admitir que alguna otra persona tiene algún instinto indeseable, que aceptar conscientemente que ese instinto existe en uno mismo. La protección contra esos impulsos y deseos repudiados y la angustia que provocan, se obtiene por las mismas negaciones e inversiones paradójicas. Aun en las llamadas personas normales, el mecanismo de la proyección puede ser empleado para funciones de protección, pero puede fácilmente convertirse en un peligro para la serenidad y la integridad de la personalidad. La proyección impide a la persona verse tal cual es en realidad, y conduce al afán exagerado de crítica, al sarcasmo, al pesimismo, al cinismo, a los prejuicios, a la intolerancia y al odio.

Identificación. Es conveniente considerar ahora un mecanismo que en algunos puntos es lo contrario que la proyección. Por este mecanismo, llamado identificación, no negamos o rechazamos algunas cualidades o deseos de nuestra personalidad, imputándoselas a otros como en la proyección, sino que transferimos y adjudicamos a nuestro propio yo algunas cualidades o elementos asociados a la personalidad de otro. En una manifestación ligeramente diferente de este mecanismo, las características reales o imaginarias de una persona, son inconscientemente reproducidas en otra. Por el primer tipo de identificación, nos apropiamos, o absorbemos, dentro de nuestra propia personalidad, algunas cualidades o características de otras personas; por medio de una especie de fusión de nuestra personalidad con personas y objetos del mundo exterior, sus cualidades o propósitos se sienten como propios. Es un proceso de interiorización, en contraposición con la exteriorización descrita como operante en la proyección, y con frecuencia sirve para satisfacer deseos. Se observa, por ejemplo, en el sentimiento recompensante de superioridad que experimenta el criado de un personaje distinguido con quien aquél se identifica, o en el enfermo psicótico que se satisface creyendo que es Cristo, y hasta se deja crecer el pelo y la barba a la manera como Cristo es habitualmente representado, para completar esa identificación. La simpatía exagerada que demuestra a veces una persona por otra (aun cuando la segunda persona esté a veces complicada en algún delito), se debe a identificación, a causa de algún sentimiento inconsciente de puntos en común o tendencias compartidas con esa segunda persona. A través de este mecanismo se pueden satisfacer en forma vicariante algunos deseos o impulsos, o aun reconocer en forma consciente lo que no se quiere permitir abiertamente. Esas falsas confesiones de crímenes cometidos que a veces se leen en los periódicos, resultan de identificaciones basadas en el deseo de cometer la falta que el convicto pretende haber llevado a cabo.

Introyección. Este primer tipo de identificación es, en muchos aspectos, un tipo particular del mecanismo de introyección por el cual los sentimientos y los afectos que se imaginan en la concepción del carácter de otra persona, se incorporan o se reelaboran dentro de nuestra propia personalidad. Es, esencialmente, lo inverso de la proyección, es decir, una "interiorización". En el capítulo sobre Psiconeurosis se discutirá la teoría de que la personalidad se construye con diversas personalidades parciales, una de las cuales, el super-yo, se concibe como formada por la introyección de las costumbres y prohibiciones de la sociedad. Algunos psiquiatras sostienen que cuando los afectos bipolares o ambivalentes, amor y odio, se dirigen hacia un objeto (persona) originando un conflicto intrapsíquico, la introyección puede ser un escape, o puede éste encontrarse volviendo contra uno mismo toda la hostilidad sentida hacia el otro. Esta introyección puede ser uno de los medios de producción de la melancolía, pudiendo llegarse al suicidio si se intenta matar ese enemigo introyectado.

Por el segundo tipo de identificación, identificamos inconscientemente la imagen de una persona con la de otra. La persona conocida más recientemente viene a substituir a la conocida previamente, y se le adjudican las mismas emociones que despertaba la primera. Es en esta forma como se explican nuestros aparentemente injustificados gustos o repulsiones por personas identificadas involutariamente con otras que anteriormente han despertado emociones similares. Así, una persona que representa la autoridad viene a identificarse con un padre tiránico, y el substituto es considerado con el mismo tipo de emociones que la imagen original. Es ésta, sin duda, la determinante dinámica de la actividad que muestran algunas personas que luchan constantemente contra los reglamentos sociales y las instituciones.

Evolución psicosexual. Antes de entrar en la consideración del siguiente mecanismo mental, y con objeto de hacerlo más claro, discutiremos brevemente la teoría del desarrollo y evolución de la personalidad y sus intereses. El punto de vista de Freud, que como todas sus teorías da lugar a controversias, puede sin embargo soportar la crítica en su aplicación; se basa primordialmente sobre la evolución de los intereses sexuales del individuo y el objeto escogido para saciarlos. Debe tenerse presente que Freud no considera la sexualidad forzosamente relacionada con los órganos genitales, sino como un impulso poco específico del cuerpo hacia el placer; por lo tanto, considera que los impulsos sexuales no comienzan en la pubertad sino en la infancia. De acuerdo con Freud, la fase más temprana del desarrollo de esos intereses es la que llama *autoerótica,* en la que un tipo de satisfacción primitiva, que Freud considera ya de naturaleza sexual, se obtiene por la irritación de algunas partes del cuerpo; esa fase del desarrollo de la sexualidad puede establecerse antes que aparezca la conciencia.

Este estadio, normal en esa época, debe ser sobrepasado más tarde, pero cuando proporciona mucho placer puede perdurar por un tiempo indebido; el chuparse el dedo, por ejemplo, debe considerarse como una expresión del autoerotismo. Al siguiente estadio, Freud le dió el nombre de *narcisismo,* nombre sugerido por el mito de Narciso, que cayó dentro de un estanque enamorado de su propia efigie reflejada en el agua. En este estadio la conciencia nace, y el principal interés del niño es su propia personalidad; es un estadio caracterizado por la conciencia de uno mismo, por fantasía, y, a veces, por vanidad. Para Kretschmer, el término narcisismo indica más un tipo temperamental total, que una fase del desarrollo de la vida sexual. De este estadio en que el interés principal de la personalidad es la propia persona, el niño pasa a otro en el que se interesa por otros seres del mismo sexo; empieza ahora a apreciar mejor las diferencias de sexo, pero encuentra poco interés en el sexo opuesto, se siente inclinado a evitar las personas del sexo contrario, sobre las que adopta, a menudo, una actitud de cierta superioridad. Este estadio, conocido como *homosexual,* se ejemplifica típicamente en los cariños exagerados[1] entre las jovencitas adolescentes. Uno de los mejores productos de este estadio es el desarrollo de la autonegación y del sentido de cooperación. A menos que se prolongue demasiado o se acompañe del condicionamiento de respuestas sexuales pervertidas, esta etapa es normal y favorable, pues contribuye a la formación de muchas cualidades sociales. De este período el individuo pasa a la posesión de los intereses normales del adulto, cuando las tendencias instintivas dirigen al individuo hacia personas del sexo opuesto; a este estadio se le conoce como *heterosexual.*

Fijación. Simultáneamente con el desarrollo del aspecto de la personalidad que se refiere al carácter del objeto que se ama o se odia, deben desarrollarse los métodos para pensar, para enfrentarse a las situaciones difíciles o a los deseos frustrados, para aceptar la realidad, y para controlar y expresar las emociones y los instintos. Desgraciadamente, es posible que algunos de los aspectos de la personalidad se detengan en su desarrollo en algún punto intermedio de su evolución, resultando de ello que el adulto tenga algunos elementos de su personalidad incompletamente madurados, y muestre una falta de integración armoniosa; su organización emocional, principalmente, puede permanecer en un nivel inmaturo y existir un desequilibrio entre el estado biológico y la independiencia emocional. Se denomina fijación, precisamente, a esta detención del proceso del desarrollo de la personalidad en un estado incompleto y falto de uniforme madurez. Algunas de las fases del desarrollo no son sobrepasadas satisfactoriamente; tal como el niño que continúa con el lenguaje infantil y la dependencia

[1] *N. del T.* En inglés designados con el término familiar de "crush".

de la madre más allá del período en que estas características debían abandonarse. Es decir, algunas fases de la personalidad se detienen en diversas etapas del desarrollo; algunas tendencias lejanas pueden persistir y, a pesar de la represión, continuar ejerciendo, desde su posición subterránea, una importante influencia en la personalidad.

Ilustremos el mecanismo de la fijación con una analogía de la patología somática. Como se sabe, en la vida intrauterina, la sangre fetal pasa de la aurícula derecha a la izquierda, directamente a través del agujero oval, haciendo un cortocircuito y evitando la circulación pulmonar, cuya actividad no es necesaria durante la vida fetal. En algunas ocasiones persiste patológicamente la comunicación después del nacimiento, y el individuo sufre de una enfermedad congénita del corazón. Este paso entre las dos aurículas es normal en cierto período del desarrollo, pero si esa situación fetal persiste más allá de su etapa de utilidad, su existencia constituye una seria desventaja biológica. De la misma manera, la persistencia de tendencias e intereses que debían haberse abandonado, impide la conquista de la madurez y la integración armoniosa de la personalidad.

Toda persona con experiencia en el estudio de los trastornos de la personalidad reconoce que el desarrollo incompleto e irregular del sexo y de los objetos amorosos elegidos es una causa indudable de algunos de esos trastornos; pues bien, ese concepto debe extenderse a otros aspectos de la personalidad. El proceso se debe a que el individuo puede estar tan satisfecho con la etapa inmatura de algún elemento de su personalidad, sea sexual o no, encuentra en ello tanto placer, que el desarrollo natural se detiene, o deja, al menos, rezagados algunos aspectos de la personalidad. De una manera más o menos inconsciente, se inclina a algún objeto o método inferior. Existe una maduración incompleta e imperfecta de algunos aspectos de la personalidad, y persisten residuos infantiles.

Uno de los problemas más importantes del desarrollo de la personalidad es el que se refiere a la emancipación del niño de la influencia de los padres. La persistencia de los lazos íntimos de unión entre los padres y el niño, con la consiguiente detención en el desarrollo de la personalidad, puede deberse a la astitud demasiado protectora o posesiva de los padres, o a algún otro tipo de experiencias o relaciones durante la niñez. Muy frecuentemente se ve que una madre muy dominante o demasiado indulgente no permite la emancipación de un hijo, y que éste, posteriormente, no es capaz de desarrollar la forma normal de relaciones amistosas o maritales. Esta detención en la evolución psicosexual de la personalidad (es decir, del aspecto emocional de la predisposición del sexo) en el estadio homosexual, con inclinaciones profundamente asentadas, aunque a menudo desconocidas, hacia las personas del mismo sexo, deja en la personalidad puntos débiles que pueden originar graves trastornos psicopatológicos.

Ya se ha hablado de la teoría de Freud de que la evolución de los intereses sexuales pasa por un primer estadio en que son vagos e indiferenciados, para después dirigirse hacia personas del mismo sexo. En forma ocasional, el desarrollo de este aspecto de la personalidad no traspasa esa etapa, y entonces se dice que esa persona ha sufrido una fijación en la etapa homosexual. Existen, probablemente, varios factores que contribuyen a la persistencia de las tendencia homosexuales. En algunos casos, la persistencia parece descansar sobre bases constitucionales, en su mayor parte endocrinas; en otros se debe a experiencias condicionantes muy tempranas, que han hecho muy atractiva esta etapa del desarrollo; en otros casos todavía, la anormalidad resulta de la actuación de mecanismos inconscientes, como la identificación u otros. Dichas tendencias son tan contrarias a los fines biológicos fundamentales y, consecuentemente, a los fines de la colectividad, que la sociedad las rechaza con repugnancia. La persona en cuyo desarrollo de la personalidad ha ocurrido fijación de sus elementos sexuales, sufrirá de serios conflictos mentales, pues las tendencias anormales con contrarrestadas por una fuerte aversión moral. Lo mismo que para los demás tipos de conflictos, éste puede ser resuelto satisfactoriamente o dar lugar a diversos fenómenos psicopatológicos que se describirán más adelante.

Regresión. Se acaba de ver cómo algunos aspectos de la personalidad pueden detenerse en su evolución, resultando de ello la imposibilidad de un desarrollo completo y armonioso. Por medio de otro mecanismo conocido como regresión, la personalidad puede perder algunos de los adelantos ya logrados, y retroceder a un nivel inferior de integración, adaptación y expresión. Es decir, la regresión representa un estado de reacción de la personalidad que es inferior al que ha sido ya alcanzado en cuanto a organización y adaptación, para enfrentarse a la realidad externa y las relaciones sociales. Aun cuando la regresión tiene un fin de adaptación, no puede considerarse un mecanismo constructivo forjado para una adaptación integral, y no da origen a una adaptación favorable. Recurriremos a un ejemplo simple para ilustrar cómo origina y se forma dicho mecanismo: todos hemos podido observar personas que cuando gozan de salud son adaptables, amables y seguras de sí mismas, pero cuando sufren alguna enfermedad física se vuelven irritables, exigentes, caprichosas, necesitan que se las divierta, y se las clasifica, con justicia, como infantiles. Tales personas aceptan fácil y eficazmente la realidad cuando están bien, pero cualquier trastorno de la salud perturba la integración de su personalidad, y los modos maduros de su conducta dejan el lugar para otros más fáciles y artificiales.

Si el individuo no puede enfrentarse, en una forma realista y constructiva, a los diversos problemas y frustraciones de su vida mental, incluyendo

los que se originan fuera de él mismo y, particularmente, los que se originan en su propia vida interior —conflictos, tendencias instintivas y necesidades emocionales— la progresión normal hacia niveles de adaptación más elevados se detiene, y puede descender aun a niveles inferiores de desarrollo de la personalidad, caracterizados por tipos inmaturos de pensamiento, emoción y comportamiento. La regresión, por otra parte, se acompaña habitualmente de una disminución de la ansiedad y sentimientos de culpa. Cuanto más fuertes han sido las fijaciones en el curso del desarrollo, más fácilmente se evaden las frustraciones y las situaciones aflictivas, por medio de la regresión de esas fijaciones. Cuando la regresión se establece en formas y grados extremos, causa una grave desorganización de la personalidad; constituye así un importante elemento en la génesis de la esquizofrenia. Debe tenerse presente, además, que en la regresión la reinstalación de la personalidad previa no se consigue nunca en forma idéntica, aunque puedan observarse muchos detalles comparables y similares.

Fantasía. en la mente normal, el discurrir libre y errante de la imaginación, corregido adecuadamente por la realidad, tiene un útil papel en el pensamiento constructivo. Se llama fantasía al pensamiento que no es controlado por las exigencias de la realidad y constituye una satisfacción regresiva o substitutiva. La fantasía proporciona la ilusión del cumplimiento de los deseos que no pueden ser satisfechos, ya sea por las frustraciones mismas que depara la realidad, o porque los cánones de comportamiento del inviduo prohiben la complacencia de determinadas tendencias o deseos. Frecuentemente, tales tendencias y deseos son de naturaleza tal que ni siquiera se permite una reflexión directa sobre ellos. La fantasía es entonces un mecanismo de escape o de defensa que ofrece calma y alivio ilusorio de la realidad insatisfactoria, o una satisfacción imaginaria de los deseos, una complacencia real de lo que se ha prohibido por la represión; en términos freudianos: "el principio del placer triunfa sobre el principio de la realidad", entendiendo por principio del placer, todos los procesos inconscientes que luchan por el logro de placer afectivo, y por principio de la realidad, la tendencia consciente del individuo al intentar satisfacer sus placeres, tomando en consideración las necesidades prácticas que el mundo exterior impone y, si es necesario, posponiendo la satisfacción de esos placeres. Precisamente por ser tan seductora y satisfactoria, la fantasía tiende a substituir o a amortiguar el esfuerzo dirigido a ajustarse a las realidades de la vida. La fantasía tiene mucho en común con los sueños, y difiere de ellos en que es más coherente y que ocurre durante la vigilia.

La fantasía no es una función aislada, sino una síntesis integrada de ideas, tendencias, sentimientos, interpretaciones y memoria, en la que los elementos instintivos y afectivos predominan y dirigen. Al aportar una

satisfacción substitutiva, la fantasía ayuda en la solución de los conflictos y evita la aparición de la angustia. En casos extremos, la fantasía puede todavía reforzarse con delirios y alucinaciones; los deseos, entonces, particesidades emocionales— la progresión normal hacia niveles de adaptación se proyectan y regresan realizados.

El enfermo psicótico puede vivir simultáneamente en dos mundos diferentes: el de la fantasía y el de la realidad. Un paciente, en el mundo de su fantasía poseía el tesoro nacional de Norteamérica, dirigía el Hospital en que estaba internado, hospital que él había construido, y daba diariamente a su médico un cheque por un billón de dólares al mismo tiempo que le pedía un cigarrillo. Esta coexistencia de la fantasía con la conciencia de la realidad es posible que el mecanismo de racionalización, y su producción se conoce como "compartimiento lógico-cerrado". En cada compartimiento existen ideas afines, imperturbables por las de otros compartimientos, siguiendo cada grupo su curso, segregadas las ideas incompatibles por una barrera que no puede forzar ningún razonamiento o argumentación.

Los compartimientos "lógico-cerrado" y "afectivo-cerrado" producidos por la racionalización, no son privativos de los enfermos psicóticos, sino que pueden observarse entre los que se consideran como gozando de salud mental. En ellos, los compartimientos proporcionan una segregación efectiva de los instintos incompatibles y del material emocional.

Disociación. La disociación es otro mecanismo al que puede el orgamismo recurrir con objeto de proporcionarse un medio de satisfacción cuando los diversos componentes de su personalidad no están bien integrados. Por medio de este mecanismo puede eliminarse una parte de la personalidad que sea fuente de inestabilidad emocional. En la disociación, algunos aspectos o actividades de la personalidad escapan del control del individuo, se separan de la conciencia normal y, una vez segregados, funcionan como un todo unitario. Estamos acostumbrados a considerar todas nuestras percepciones, ideas, emociones, memorias y deseos, como perteneciendo a una sola conciencia, una sola personalidad que no puede dividirse. Ordinariamente, algún tópico nos ocupa la conciencia durante un momento, y algún otro, un momento después, pero se siente que los dos tópicos tienen alguna conexión entre sí, que ambos son parte de nuestra conciencia, que ésta ha sido continua y que la vida mental no ha sido dividida. En forma ocasional, sin embargo, en una persona en quien hay incompatibilidad activa entre los elementos reprimidos de su vida mental y el resto de su personalidad, los componentes reprimidos pueden escapar de las fuerzas que los reprimen, separarse de la conciencia habitual y formar su propia personalidad, o un equivalente, y tener prioridad como determinante de la conducta. Esta nueva *personalidad secundaria* posee su propia con-

ciencia, la que no guarda ningún recuerdo de la personalidad primitiva. La conciencia que posee esta experiencia funcional independiente fué designada por Morton Prince como la co-conciencia. El carácter de la segunda personalidad puede ser completamente diferente al de la primera: este cambio es, por otra parte, muy natural puesto que la personalidad secundaria se formó de material que había sido reprimido, es decir, rechazado por la personalidad primitiva, por ser de una naturaleza que no podía ser satisfecha o contemporizada.

Una de las formas más simples de disociación es el sonambulismo en el que, mientras duerme la personalidad habitual, un fragmento o algún aspecto de la misma personalidad toma el mando y, sin el conocimiento de la personalidad habitual, puede alguien levantarse y ejecutar actos complicados. Otros ejemplos de automatismo, o disociaciones de la personalidad, en que algunos factores inconscientes toman el control temporalmente, actúan independientemente y dirigen la conducta, son la escritura automática, las fugas y las personalidades múltiples. En todos estos estados de disociación, la organización en sistemas de las tendencias y deseos reprimidos es ayudada, habitualmente, por lo sueños diurnos. En la escritura automática la conciencia habitual puede, a veces, tener conocimiento de que se ejecuta un automatismo, pero en todos los otros tipos, la conciencia habitual no tiene ese conocimiento.

Algunas veces el material organizado que se ha desligado de la conciencia para formar la personalidad secundaria, inicia actividades que llevan al enfermo lejos de los lugares y esfuerzos ordinarios de su vida. Esta *fuga,* nombre con el cual se conoce técnicamente, representa un escape del material reprimido previamente, de una situación pesada o dolorosa. La personalidad secundaria logra un alivio que la conciencia normal no podía "conscientemente" llevar a cabo. Puede considerarse como un estado crepuscular en el que se retiene un cierto grado de orientación esencial para la prosecución más o menos ordenada de las actividades. En las fugas de corta duración el enfermo habitualmente vagabundea sin ningún fin, está en un estado altamente emocional, y cuando se le halla se encuentra agitado y confuso. En las fugas de larga duración, viaja lejos, parece seguro de sí mismo, y vive como cualquier persona normal a excepción de que se encuentra donde no debiera.

Ocasionalmente pueden organizarse suficientemente más de un solo cuerpo de represiones o experiencias afectivas, y adquirir actividad independiente: en tal caso habrá varias personalidades secundarias, teniendo cada una de ellas un carácter y una disposición diferentes entre sí, y diferentes de la personaidad primitiva.

Estas personalidades que actúan independientemente se denominan *personalidades múltiples.*

Conversión. La conversión es un mecanismo mental que opera en la histeria, y es, de hecho, privativo y patognomónico de esa enfermedad. Este mecanismo actúa inconscientemente por un proceso psicofisiológico mal entendido, alterando o suspendiendo alguna función física, y creando, por lo tanto, una mutilación que tiene un propósito definido y útil para la persona en quien el mecanismo opera, aunque el hecho no sea reconocido por ella. El fenómeno sugiere que algún contenido mental, cargado poderosamente de afectos, y al que se obstaculiza su salida por los caminos conscientes normales, se desvía hacia sendas artificiales encontrando salida en la inervación somática. El término de conversión se le aplicó considerando que, a través de su acción, el afecto asociado con algún problema o deseo reprimido y perturbador, se expresaba por medio de un disfraz de síntomas. Estos síntomas, a menudo simbólicos, proporcionan al paciente una satisfacción emocional aun cuando él no pueda reconocer que eso sucede. La forma del síntoma en que se convierten las ideas o deseos reprimidos es frecuentemente determinada por la naturaleza de su contenido emocional, y por el carácter de la invalidación que ofrecerá mejor alivio al problema particular con que el paciente se enfrenta. Los síntomas físicos en que pueden convertirse los problemas emocionales perturbadores son: parálisis, temblores, afonía, etc.

En este capítulo se han discutido las diversas técnicas y disfraces protectores por los cuales la personalidad humana trata de reparar sus defectos, enfrentarse a las exigencias exteriores de la vida y a los impulsos instintivos interiores, proveerse de un sentido de seguridad preservando su autoestimación, y satisfacer sus diversas necesidades afectivas. En términos de estos mecanismos mentales que, aunque patológicos, son, no obstante, comprensibles, pueden explicarse muchas de las actitudes y creencias, muchas reacciones autodefensivas, muchas características del comportamiento de la vida diaria, así como muchos síntomas de las neurosis y de las psicosis.

REFERENCIAS

Freud, Anna: The Ego and the Mechanisms of Defense. Traducido por C. M. Baines. London, Hogarth Press, 1937.

Freud, S.: Psychopathology of Everyday Life. Traducido por A. A. Brill. New York, Macmillan, 1923.

Hart, Bernard: The Psychology of Insanity. New York, Macmillan, 1912.

Howe, E. G.: Motives and Mechanisms of the Mind, Lancet *1:* 36, enero 3, 1931; 93, enero 10, 1931; 147, enero 17, 1931; 204, enero 24, 1931; 257, enero 31, 1931; 309, Feb. 7, 1931; 365, Feb. 14, 1931; 425, Feb. 21, 1931; 485, Feb. 28, 1931; 539, Mar. 7, 1931; 601, Mar. 14, 1931; 685, Mar. 21, 1931; 714, Mar. 28, 1931.

Long, Constance: Psychology of Phantasy. London, Ballière, Tindall and Cox, 1920.
MacKinnon, Donald W.: The Structure of Personality. In Personality and the Behavior Disorders. Editado por J. McV. Hunt, pp. 3–48. New York, Ronald Press, 1944.
Malamud, Wm.: Outlines of General Psychopathology. New York, W. W. Norton and Co., 1935.
Nicole, J. E.: Psychopathology: A Survey of Modern Approaches. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1942.
Prince, Morton: Clinical and Experimental Studies in Personality. Cambridge, Sci. Arts Publishers, 1929.
Stengel, E.: On the Etiology of the Fugue States, J. Ment. Sc., *87:* 572–599, Oct. 1941.
Symonds, P. M.: The Dynamics of Human Adjustment. New York, D. Appleton-Century Co., 1946.

CAPÍTULO IV

CAUSAS Y NATURALEZA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La cuestión referente a las causas y a la naturaleza de las enfermedades mentales ha dado lugar a más discusiones y disputas que ningún otro problema en psiquiatría. Precisamente por la importancia que tienen en su educación la bioquímica, la anatomía patológica y otras ciencias impersonales y objetivas, es muy natural que el médico, al enfrentarse a los trastornos de la personalidad, intente situarlos en la misma categoría que las enfermedades orgánicas y busque sus causas utilizando las mismas ciencias. Debe tener presente, sin embargo, que los individuos pueden enfermar tanto por dificultades y anormalidades en las relaciones humanas, como por causas físicas, orgánicas y metabólicas. No obstante, cada día se hace hincapié con mayor energía en que, aun cuando a veces se conocen perfectamente bien las alteraciones anatómicas o fisiológicas de los elementos cerebrales, no pueden explicarse en forma adecuada los trastornos de la conducta que las acompañan; esta conducta, en diferentes grados, estará matizada y expresará los impulsos primitivos, las experiencias afectivas y demás tendencias y objetivos de la vida interior del enfermo. Por lo tanto, el comportamiento no podrá nunca ser descrito en términos de desorganizaciones impersonales de las estructuras celulares o de los procesos fisiológicos. Ya se ha dicho que mientras las otras ramas de la medicina tienen que ver con determinadas partes del organismo, la psiquiatría y la psicobiología estudian al individuo como un todo, como una unidad biológica que vive en un ambiente de naturaleza esencialmente social y lleva una vida biopsíquica, es decir, estudia la conducta total, integrada por todos los elementos del organismo humano. El funcionamiento de este organismo en las expresiones de su personalidad debe estudiarse como parte del campo de la biología.

Fisiogénesis contra psicogénesis. Para que haya salud mental es esencial que exista un equilibrio de las fuerzas que intervienen en la organización de la personalidad, tanto orgánicas como psíquicas. Cuando las perturbaciones de la integración que originan los trastornos de la personalidad y las desadaptaciones pertenecen a la esfera orgánica, los trastornos se designan como fisiógenos; si los trastornos de integración se originan en el campo de las experiencias psíquicas internas, las alteraciones se denominan psicógenas. En los trastornos mentales psicógenos, los factores

bioquímicos, fisiológicos y estructurales están ausentes o son de importancia mínima, mientras que los factores personales o sociales la tienen máxima. Cualquiera que sea el tipo predominante de fuerzas que desorganizan la personalidad, fisiógenas o psicógenas, un estudio cuidadoso de ellas revela que existe un ordenamiento indudable de causa a efecto en sus relaciones. Las desadaptaciones emocionales, los trastornos del comportamiento, así como intentos infructuosos para resolver los problemas de la vida, es decir, todo lo que llamamos enfermedad mental, son síntomas tan susceptibles de un estudio científico como los desórdenes físicos. Aunque los pensamientos, las emociones y los instintos, son de naturaleza psicológica, no dejan de ser hechos de una validez científica similar a las ecuaciones químicas o a los reflejos tendinosos. Cada trastorno mental es un problema individual que para poder ser resuelto necesita un estudio de la personalidad total, física, mental, emocional y social, tanto como de la evolución de cada uno de estos aspectos en la personalidad particular.

El estudio de las causas de las enfermedades mentales no es otra cosa que el estudio de las fuerzas subyacentes que están en las bases de las actitudes, intereses, carácter, creencias, conducta y código de valores del individuo. Por lo tanto, los juicios psiquiátricos no pueden elaborarse con un concepto dualista o quasianimista, que tienda a exagerar la antítesis de cuerpo y espíritu. Esos juicios deben expresarse en términos de factores somáticos, biológicos, psicológicos y sociológicos, que afectan tanto a la actitud como a la conducta. Debe también tenerse siempre presente que las leyes fundamentales, dinámicas, de la conducta y del desarrollo de la personalidad, son las mismas para los estados normales que para los anormales.

Herencia. Parafraseando la anotación de Compoyré, podríamos decir que tanto la personalidad normal como la enferma son trabajos escritos en colaboración entre la naturaleza y la educación, siendo difícil dilucidar qué parte pertenece a cada uno de los colaboradores, entendiendo por educación el conjunto de experiencias de la vida y de factores condicionantes ambientales. Cada estadio del desarrollo está determinado por la cooperación de la herencia y las fuerzas ambientales. Puesto que las primeras fases tienen influencia sobre el desarrollo de las últimas, la herencia y los factores ambientales se compenetran más y más cada vez como factores de desarrollo, hasta que, finalmente, esta interrelación de las influencias biológicas y ambientales es tan compleja que la separación es imposible. Antes de atribuir a la herencia un trastorno mental determinado, el psiquiatra debe recordar que los conflictos y las inclinaciones, aun las más personales, de las figuras más significativas en la niñez del paciente, habitualmente los padres, constituyen parte de su ambiente. No siempre se ha puesto, hasta ahora, la suficiente atención sobre si la enfermedad nerviosa que ha

sufrido algún progenitor era de naturaleza tal que pudiera predisponer al niño para determinado trastorno mental; se ha dado, por ejemplo, el mismo alcance estadístico a la apoplejía y otras enfermedades orgánicas, indudablemente desprovistas de características mentales hereditarias, que a las psicosis caracterizadas por desdoblamiento de la personalidad. Se emplean frecuentemente términosvagos que apenas intentan definir algo como "herencia neuropática" y muchos otros igualmente vacíos de significado. Es cierto que todavía ahora nuestros conocimientos a propósito de la predisposición hereditaria a las enfermedades mentales, lo mismo que para muchos otros problemas referentes a la herencia, es incompleto, y que, por lo tanto, nuestras opiniones deben quedar sujetas a nueva revisión. Tampoco sabemos cómo y en qué grado las disposiciones morbosas pueden ser transmitidas en influir en la posteridad, ni qué factores son capaces de dañar las células germinales, o qué tipos de defectos del desarrollo puedan ellos originar. La tendencia actual de la opinión a ese respecto parece seguir las ideas del profesor H. S. Jennings, que dice: "Las características de un adulto no se encuentran mejor representadas en las células germinales de lo que están las de un automóvil en las minas del metal del que será finalmente construído. Para obtener un organismo completo y normal son necesarias materias primas de buena calidad; pero es igualmente necesario que ellas reaccionen adecuadamente entre sí y con las otras cosas —y *la manera cómo ellas reaccionan* depende de las circunstancias".[1] Los rasgos heredados del individuo establecen, probablemente, límites amplios dentro de los cuales se desarrolla la personalidad, pero el desarrollo particular está determinado por el curso de la historia de la vida del individuo. No hay evidencias concluyentes, exceptuando algunas formas raras de enfermedad mental, como la corea Huntington, de que la transmisión hereditaria siga las leyes mendelianas. Las investigaciones recientes parecen probar que no hay evidencias que apoyen la llamada ley de la anticipación, que asentaba la existencia de una predisposición de la enfermedad mental supuestamente hereditaria, a aparecer más tempranamente en el hijo de lo que había aparecido en el padre.

Aun cuando la prole de un tarado puede no heredar una constitución defectuosa, la enfermedad mental del padre altera tanto las condiciones ambientales del niño que la herencia y las influencias sociales no pueden considerarse factores separados. Por lo tanto, ahora más que nunca debe sostenerse que muchas enfermedades mentales y nerviosas, consideradas como hereditarias o de carácter constitucional, son en realidad debidas a

[1] Eugenical Sterilization: Report of the Commitee of the American Neurological Association for the Investigation of the Eugenical Sterilization, pág. 77, The Macmillan Co., New York. 1936. Esta publicación discute con un juicio muy sano la influencia de la herencia en las enfermedades mentales y nerviosas y el valor de la esterilización eugenésica.

fijaciones invalidantes o a otros factores emocionales, ambientales, o productos de experiencias anteriores. Es por esto que se da cada vez más importancia a la influencia que tienen las relaciones familiares de la niñez sobre las tendencias generales de reacción.

Incidencia de las enfermedades mentales. Las estadísticas que estudian la incidencia de las enfermedades mentales demuestran que, contrariamente a la creencia popular, ha habido apenas un ligerísimo aumento en la morbilidad, exceptuados los grupos senil y arterioesclerótico. Ha habido indiscutiblemente un aumento en el número de internamientos en los manicomios en los últimos años, pero esto se debe en gran parte al aumento de las facilidades hospitalarias. A esto hay que añadir que la población ahora alcanza mayor edad, que se ha urbanizado, y que se muestra más favorablemente inclinada hacia la hospitalización de los enfermos mentales. El único aumento veraderamente importante en las hospitalizaciones durante el último cuarto de siglo ha ocurrido en la admisión de individuos de edad avanzada. En ese período, la incidencia de admisiones en Nueva York, y seguramente en otros estados populosos de Norteamérica, de personas con psicosis por arteriosclerosis cerebral ha aumentado seis veces, aun cuando probablemente la incidencia de hospitalización es mayor en la costa del Pacífico y en Nueva Inglaterra. En los estados de Nueva York y Massachussetts, donde las facilidades de hospitalización son bastante adecuadas, un adulto de cada ciento cincuenta que se hospitalizan, lo es por enfermedad mental. En algunas épocas del año, aproximadamente el uno por ciento de las poblaciones de esos estados se encuentra bajo atención en algún hospital mental, y aproximadamente el cinco o seis por ciento de la población general, alguna vez durante la vida, pasan algún tiempo en un hospital para enfermos mentales.[1]

En 1941 el censo de los hospitales para enfermedades nerviosas y mentales en Norteamérica arrojó la cifra de 603,179 enfermos; el censo promedio de todos los demás hospitales (generales, para tuberculosis, niños, ortopedia, ojos, nariz y garganta, maternidad e infecciosos) fué de 483,860.

Debe llamarse la atención sobre la alta mortalidad que se encuentra en los hospitales para enfermedades mentales; según las estadísticas, la mortalidad en esas instituciones es 4.8 veces mayor que en la población general. La muerte por tuberculosis es particularmente frecuente en tales hospitales: la cifra promedio es de 7 a 10 veces mayor que en la población general; en los manicomios públicos, de un 3.5 a 5 por ciento de los enfermos son tuberculosos.

---

[1] Landis, Carney, y Page James: Magnitude of the Problem of Mental Disease. Trabajo presentado en el simposio sobre salud mental en 1938 en la sesión de la Asociación Americana para el Adelanto de la Ciencia.

Edad. Las psicosis son relativamente raras antes de la adolescencia; en esa edad muestran un brusco aumento en la incidencia y continúan después aumentando progresivamente conforme avanza la edad. El aumento es especialmente marcado en las edades más avanzadas. En los estados del noreste de Norteamérica, el 30 por ciento aproximadamente de las admisiones en los hospitales para enfermedades mentales corresponden a pacientes de 60 o más años. En proporción al número de habitantes, se internan cinco veces más enfermos octogenarios que enfermos de veinte años. Ya se dijo que las psicosis son raras en los niños, pero cuando se presentan tienden a ser fuertemente influídas por las tensiones psicológicas y situacionales. Las épocas cambiantes de la vida, constitucionalmente críticas, como la adolescencia, el climaterio y la senilidad, no solamente entrañan cambios físicos, sino también nuevos problemas psicológicos. El incremento rápido de la psicosis en la adolescencia es indudablemente debido, en gran parte, al hecho de que es entonces cuando por primera vez el individuo se enfrenta a los problemas sociales, de trabajo y de sexo, al mismo tiempo que a la emancipación de los padres; ningún otro período requiere una reorganización más radical en la vida afectiva. En el período involutivo, o climatérico, hay un aumento de las enfermedades mentales debido en parte a la declinación de la actividad de las glándulas endocrinas y reproductivas, así como a otros cambios degenerativos de la involución, y sobre todo, al sentimiento de frustración y otros problemas con que se enfrenta el paciente. El incremento de la enfermedad mental en el periodo senil se debe principalmente a los procesos degenerativos que ocurren en las neuronas corticales en la edad avanzada, aunque la enfermedad pueda deberse, en ocasiones, al hecho de que las nuevas situaciones psicológicas no son enfrentadas satisfactoriamente.

Estado marital. Las enfermedades mentales son más frecuentes, como lo demuestran las estadísticas, en las personas solteras que en las casadas. Aun cuando esto puede deberse a que la persona casada lleva una vida más estable y más regular, además de que tiene un sentido de responsabilidad doméstica, es probable que eso sea sólo una razón de poco valor para explicar la mayor salud mental de las personas casadas. Debe recordarse que la asociación marital es la más importante de todas las asociaciones humanas; proporciona no solamente una satisfacción de las urgencias sexuales sino de una serie de muy importantes necesidades y seguridades, cuya ausencia o pérdida trastorna marcadamente la personalidad. El sentimiento de que uno es deseado como compañero marital, que es apreciado y objeto de interés y cariño, contribuye grandemente a ese sentimiento de seguridad; el saberse a salvo de la soledad, las satisfacciones emocionales de la paternidad y, en las mujeres, muy frecuentemente, el sentimiento añadido de la seguridad económica, proporcionan satisfacciones agregadas. Con el matrimonio el individuo puede verse obligado a adaptarse a un tipo diferente de relaciones personales

y ambiente externo, extraño por completo a aquel en que creció. Claro está que el desarrollo de una enfermedad mental antes del matrimonio baja naturalmente, en forma considerable, las posibilidades del casamiento; es más, muchas personas cuyas limitaciones de la personalidad, emocionales y de otro tipo, son tan aparentes y marcadas que predisponen a la enfermedad mental, nunca son requeridas para el matrimonio por sus notorias desadaptaciones.

Las estadísticas demuestran asimismo que las enfermedades mentales son más frecuentes, considerada la unidad de población, entre los divorciados. En el año de 1940, entre los internamientos por primera vez en los hospitales del estado de Massachussetts, se encontró una cifra de 616 por cada 100,000 habitantes divorciados; comparemos esta cifra con la de 180 que corresponde a los solteros, 110 correspondiente a los casados, y 291 por 100,000 referente a las personas viudas. Hay varias razones para la mayor morbilidad, en cuanto a padecimientos mentales, entre los divorciados; las desadaptaciones que representan los primeros signos de la enfermedad mental son, en muchos casos, las que originan la discordancia doméstica y el divorcio, antes aún que los trastornos de la personalidad se hubiesen desarrollado suficientemente para constituir una enfermedad mental franca; en muchos casos las personas que se divorcian son individuos cuya evolución de la personalidad nunca alcanzó el estado de desarrollo heterosexual. En general, los divorciados representan un grupo en donde los conflictos son tan numerosos e intensos, que no es sorprendente la alta incidencia de la enfermedad mental. Son los mismos mecanismos, profundamente asentados en la conciencia, los que llevan a la psicosis y al desacuerdo matrimonial. Debe recordarse, por otra parte, que el matrimonio es una relación que exige una adaptación sostenida y altamente organizada.

Embarazo. Puede haber asociaciones entre embarazo, o puerperio, y trastorno mental. Las infecciones o las toxemias durante esos períodos pueden, a través de un desequilibrio de la fisiología del organismo, producir delirio o precipitar una psicosis cuya forma estará determinada por la constitución y la organización de la personalidad de la paciente. Además, el llamado "esfuerzo fisiológico" del embarazo, el parto y la lactancia pueden, aun en ausencia de toxemia o infección, reducir a tal grado la energía necesaria para la adaptación, que la personalidad puede explotar por sus puntos débiles y establecerse una psicosis. Hay que tener presente también que esos períodos traen problemas tanto fisiológicos como psicológicos; cualquier situación que origine un conflicto emocional, o aumente el esfuerzo mental durante la época del parto, puede obrar como factor precipitante. No es raro observar cierto tipo de delirios que indican hostilidad, ya sea hacia el esposo o hacia el hijo, que reflejan un conflicto alrededor de la vida marital o de la maternidad; la hostilidad hacia el hijo puede expresarse por la creencia errónea de que ha muerto, por un trato abusivo de él, o aún por el temor de que algo le pase. Las psicosis puerperales se inician frecuentemente al final de la primera semana después del parto. En el Hospital Rotunda, de Dublín, hubo 18 casos de psicosis entre 54,000 casos de maternidad, lo que corresponde al 0.15 por ciento.

Alcohol. El papel del alcohol en la producción de la enfermedad mental contiene muchos elementos muy complejos, y aun cuando nuestros conocimientos, a propósito de algunos puntos, se han clarificado, hay todavía muchos factores variables y desconocidos. Existe, ciertamente, como lo demuestran las estadísticas y la experiencia en Norteamérica durante el último cuarto de siglo, una relación directa entre la cantidad de alcohol consumida por una comunidad y la incidencia de psicosis. Durante tres años (de 1919 a 1921) en que la "ley seca" de la constitución norteamericana fué relativamente bien observada, hubo 720 primeras admisiones por psicosis alcohólica en todos los hospitales para enfermos mentales del estado de Nueva York. Entre 1929 y 1931 el número de esas admisiones aumentó a 2,013, y entre 1939 y 1941 llegó a 3,132. Mientras más cuidadosamente se estudia la historia de los pacientes que tienen alguna enfermedad mental crónica, más frecuentemente se encuentra que el alcoholismo es, o bien un síntoma de la psicosis, o un método adquirido para enfrentarse a los mismos problemas de la personalidad que contribuyeron al desarreglo mental, es decir, cada vez se encuentra menos frecuentemente que el alcohol sea una causa esencial del trastorno. Además, es preciso tener presente que la avitaminosis puede ser otro factor, en el alcohólico crónico, capaz de influir en la producción de la psicosis.

Infecciones. La sífilis es la que puede tener una parte más activa en la etiología de las enfermedades mentales. La psicosis más frecuente, por esa causa, es la parálisis general, que constituye aproximadamente el 5 por ciento de todos los internamientos en los manicomios. En los últimos veinte años ha habido un descenso constante en la prevalencia de la sífilis, con la consiguiente disminución de la parálisis general. Al mismo tiempo el tratamiento de la lúes es cada vez más oportuno y más eficaz.

Drogas. Diversas drogas y productos químicos pueden dar lugar a trastornos mentales, frecuentemente bajo formas de delirios de corta duración, aunque los estados delirantes pueden, ocasionalmente, prolongarse por varias semanas. Los agentes que más frecuentemente producen síntomas mentales son los bromuros, los derivados del ácido barbitúrico, las sulfamidas, la morfina, la cocaína, la marihuana, los tiocianatos, el plomo y el peyote.

Trastornos endocrinos. Indudablemente las anormalidades endocrinas pueden acentuar algunos rasgos psicológicos preexistentes, pero no hay ninguna razón para creer que puedan causar un cambio radical de la perso-

nalidad o producir tipos específicos de psicosis. Sin embargo, hay que aceptar que un trastorno endocrino agudo puede acompañarse de una reacción fisiológica que origina una respuesta psicológica característica del paciente tan extrema que debe considerarse como patológica; los trastornos prolongados del tiroides, al obrar sobre el metabolismo del cerebro, influyen en la velocidad de las reacciones psicológicas. Las alteraciones neuroendocrinas también pueden causar defectos biológicos que separen al individuo, por su apariencia física, del resto del grupo; esta distinción puede contribuir a formar una conciencia del yo que favorezca el desarrollo de mecanismos defensivos y compensadores que deforman la personalidad y perturban el orden social a tal grado que justamente se les considera psicóticos. Las disendocrinias graves de la infancia habitualmente se acompañan de trastornos emocionales. Otras deformidades físicas, aun cuando no debidas a mal funcionamiento endocrino, como las deformidades genitales, el pie bot, escoliosis, cifosis, defectos congénitos de la visión o el oido, etc., pueden provocar ocasionalmente reacciones psicológicas indeseables, particularmente de naturaleza defensiva, compensadora o agresiva. También el labio y paladar leporinos tienden a crear un sentimiento de incapacidad para enfrentarse a las situaciones sociales y llevan a los sentimientos de inferioridad e inseguridad.

Deficiencias vitamínicas. Se sabe que algunas deficiencias vitamínicas producen síndromes encefalopáticos debidos a trastornos metabólicos u orgánicos del cerebro; entre estas reacciones por deficiencia las que más claramente se pueden reconocer son la pelagra y el síndrome de Wernicke. En los trastornos de la personalidad asociados a este tipo de carencias, pueden revelarse tendencias que se han desarrollado al enfrentarse a situaciones angustiosas, pero la parte principal de las manifestaciones clínicas de tales trastornos está constituída por síntomas orgánicos más bien que por factores dinámicos psicológicos.

Traumatismos. Algunas psicosis pueden ser la consecuencia de traumatismos de la cabeza, desde los mínimos que apenas producen una separación ligera, pero difusa, de las estructuras neuronales por medio de edema o hemorragia, hasta los graves que producen destrucción de tejido cerebral y formación de cicatriz. El cuadro clínico corresponde a un síndrome orgánico. También cualquier traumatismo del cuerpo puede provocar como reacción, después de un período latente, una neurosis traumática. La posibilidad de que el traumatismo ofrezca una ventaja o una nueva compensación para el paciente, conduce habitualmente al desarrollo de esa neurosis traumática.

Distribución por sexos. Parece ser que en los manicomios hay más hombres que mujeres; la relación de primeras admisiones, es de seis hombres a cinco mujeres. La parálisis general progresiva, las psicosis alcohólicas, las traumáticas, y las asociadas a epilepsia o a arteriosclerosis, son más frecuentes en los hombres. En cambio la psicosis maníacodepresiva, la melancolía involutiva, la paranoia y las psicosis que se asocian a enfermedades somáticas son más frecuentes en las mujeres. También la esquizofrenia parece ser ligeramente más frecuente en las mujeres.

Experiencias alarmantes. No existen pruebas de que las terribles y arriesgadísimas condiciones que soportó la población civil de Inglaterra durante los bombardeos de los alemanes en 1940 y 1941, hayan provocado un aumento de casos graves de padecimiento mental. Aun en las zonas que más sufrieron durante la última conflagración, hubo relativamente muy pocos casos en que el trastorno mental pudiera atribuirse con certeza a la guerra y a los bombardeos aéreos. Un estudio llevado a cabo por el ministerio de salubridad no halló ni siquiera un aumento significativo en el número de personas que padecían neurosis.

Agotamiento. Antiguamente se atribuía a la fatiga un importante papel en la etiología de las enfermedades mentales. Ahora se considera generalmente, sin embargo, que si la aplicación exagerada al trabajo llega a constituir un esfuerzo agotador, es ya un síntoma de trastorno mental y no su causa. La enfermedad mental, tal como la familia del paciente la reconoce, puede haber ido precedida de un esfuerzo desacostumbrado, pero cuando se llegan a conocer perfectamente las fuerzas motivantes, se descubre que esa aplicación al trabajo representaba una fuga de problemas y conflictos para los que no se había logrado una resolución satisfactoria. Probablemente los factores que en la vida moderna producen las enfermedades mentales y nerviosas están menos en el agotamiento o el exceso de trabajo, menos en la rapidez y la tensión del mismo, menos en las distracciones por el ruido etc., que en las insatisfacciones, en la inseguridad o disgusto en el trabajo y en la falta de incentivo. No existe, por lo tanto, justificación para las sugestiones pesimistas que frecuentemente se hacen de que el ritmo de la vida moderna conduce al trastorno mental.

Ambiente. En los hospitales públicos para enfermos mentales se admiten más enfermos, por unidad de población, de las comunidades urbanas que de las rurales. Esto se debe en parte a la mayor incidencia de la enfermedad mental en la ciudades, y en parte, a que la cifra de admisiones varía en relación inversa a la lejanía de la comunidad de la institución para enfermedades mentales. Las psicosis alcohólicas, la parálisis general progresiva, la paranoia, las psicosis debidas a drogas, las psicosis maníacodepresivas y las psiconeurosis son más frecuentes en las áreas urbanas. En cambio, las psicosis seniles, las debidas a arteriosclerosis cerebral, la melancolía involutiva y las psicosis con déficit mental tienen una frecuencia relativamente mayor en las zonas rurales. La esquizofrenia ocurre aproximadamente con la misma frecuencia en las áreas urbanas y rurales.

Después de la exposición hecha de los que podrían ser considerados como factores más o menos definidos, vamos a comentar en los párrafos siguientes, la influencia de factores menos tangibles, como el social, el constitucional, es decir, los elementos de la experiencia personal, sobre la naturaleza de la enfermedad mental y la manera de obrar de los mecanismos mentales en su producción.

Constitución. Desde el punto de vista psiquiátrico, la constitución debe ser considerada como la fórmula psicofísica innata de la organización individual, como la suma y síntesis de las cualidades temperamentales y afectivas, y tendencias inmanentes, todas las cuales, aunque más particularmente las temperamentales, son influídas por los procesos endocrinos y metabólicos. La constitución, en tanto que representa las potencialidades de reacción del individuo, es de gran importancia en la determinación de los modos de comportamiento que se consideran básicos en la personalidad. Los factores constitucionales y las predisposiciones deben, sin embargo, considerarse como muy complejas y escasamente comprendidas hasta ahora. En los capítulos referentes a la psicosis maníacodepresiva y a la esquizofrenia se hará notar que parece existir una ligera correlación entre el tipo constitucional del cuerpo, las características de la personalidad, y el tipo de los trastornos de esa misma personalidad. Como ya se dijo, es muy difícil distinguir entre los efectos de la herencia y los debidos a influencias sociales, porque las personas de quienes pudieron heredarse ciertas características son las mismas cuyos rasgos de la personalidad han constituído el ambiente de infancia de la persona dada y, naturalmente, han podido también influir grandemente en su propia personalidad. Deben por lo tanto considerarse no solamente las predisposiciones constitucionales, sino también los estados emocionales, las relaciones personales y las experiencias individuales en la vida familiar.

Aunque nuestras teorías sobre la naturaleza, importancia y modo de acción de los factores constitucionales deben, por el momento, ser tomadas en su mayor parte como especulativas, parece claro, sin embargo, que los fenómenos mentales están interrelacionados con otros fenómenos biológicos, y que la estructura y la actividad funcional son mutuamente dependientes. Toda experiencia psíquica tiene lugar dentro del organismo y es, por lo tanto, dependiente de él en un aspecto, aunque lo influya en otro. En cualquier proceso mental hay indudablemente cambios subyacentes o acompañantes de naturaleza bioquímica, biofísica o de algún otro tipo fisiológico, que deben ser elevados a términos superiores para que la conducta humana pueda ser interpretada (términos, precisamente, en que las desadaptaciones psicológicas pueden discutirse).

Causas psicógenas. La enfermedad mental no es un trastorno en el funcionamiento de un solo órgano como el cerebro, sino la desadaptación

y el funcionamiento psicobiológico anormal de un organismo social. Las perturbaciones impersonales de los tejidos no son suficientes para explicar los trastornos de las creencias, el humor y el comportamiento. En muchas formas de trastorno mental no hay, al parecer, ninguna imperfección funcional en el tejido nervioso cerebral; la perturbación mental, como ya se dijo, representa la reacción de una personalidad individual a las situaciones especiales de su vida, incluyendo entre ellas sus experiencias sociales y emocionales. La mayor parte de los trastornos mentales y muchas de las desadaptaciones no pueden adscribirse a alteraciones anatómicas físicas, y sólo se entenderán en términos de psique. Tal tipo de trastornos se describen como psicógenos, es decir, sus factores causales son "mentales". Los factores mentales que pueden producir la alteración del funcionamiento de la personalidad que se denomina enfermedad mental son diversos, aunque tienden a enfocarse alrededor de ciertas situaciones angustiosas, tales como la frustración, las amenazas de la seguridad o de la autoestimación, sentimientos de culpa o impulso primitivos de agresividad, hostilidad, o de otro tipo. Las dificultades asociadas a los problemas psicosexuales, por ejemplo los problemas referentes al aspecto emocional y de disposición del sexo, pueden estimular conflictos o crear sentimientos inconscientes de culpa que originan un deseo de autocastigo. En esta forma la angustia, la agresividad y la inseguridad se entrelazan íntimamente dentro de la personalidad y determinan conductas tan desajustadas o hábitos de pensamiento tan erróneos, que aislan al individuo del mundo ordinario de las relaciones sociales, en otras palabras, llevan al trastorno mental. La tensión emocional sostenida y las ideas sobrecargadas de afectos pueden obligar al individuo a modificar la realidad en un esfuerzo para hacerla tolerable y aceptable.

Los factores sociales, las experiencias de la vida, pueden describirse entre los psicógenos. Es decir, las personas pueden enfermar tanto por causas físicas, tóxicas o metabólicas, como por las relaciones interpersonales. Las experiencias dañosas que resultan de las relaciones interpersonales, tales como las comparaciones, rivalidades, identificaciones o rechazamientos, pueden, por lo tanto, ejercer una influencia marcada sobre la salud mental. De hecho, la experiencia clínica revela que la mayor parte de los estados de ansiedad y, por lo tanto, indirectamente, de las reacciones defensivas utilizadas habitualmente para reducirlos, se originan de las relaciones interpersonales y de las actitudes adoptadas. Un cierto grado de satisfacción en cuanto al sentido de seguridad dentro del grupo, al reconocimiento de los semejantes, y al sentimiento de pertenecer y de ser necesario y solicitado, es esencial para la salud mental. La mayoría de las experiencias que tienen una significación psicológica son sociales o al menos tienen implicaciones y valoraciones sociales. Las enfermedades que llamamos mentales son debidas a factores sociales y emocionales, cuando menos en la misma medida en que las que lla-

mamos físicas lo son al trauma o las bacterias. El ambiente en que uno ha crecido y las influencias que, consciente o inconscientemente, se han soportado desde la niñez, determinan en gran parte la salud de la personalidad. Los conflictos emocionales, presiones, identificaciones, esfuerzos y experiencias traumáticas emocionales de la primera infancia, influyen grandemente sobre la salud mental de los años posteriores. El psiquiatra debe tratar de investigar qué problemas importantes ha habido en la experiencia emocional, social, educacional y del crecimiento mismo del individuo. En el niño, el sentimiento de ser "diferente" de sus camaradas puede dar lugar a reacciones unilaterales que culminarán más tarde en serios trastornos de la personalidad. Las relaciones familiares que desvían insidiosamente la personalidad o interfieren la evolución de algún aspecto fundamental de ella, vuelven imposible un ulterior ajuste integral. Por eso el psiquiatra, en la búsqueda de los factores más tempranos que hayan tenido alguna significación en la producción de la enfermedad mental, debe indagar acerca de la manera de vivir de la familia, sus tradiciones y modos de reacción del padre, de la madre y demás parientes; también el carácter, el temperamento, así como la estabilidad mental y emocional y otros aspectos de la personalidad se forman, en grado muy importante, sobre los lazos que existen entre el individuo, los padres, y todos los parientes o relaciones afectivas inmediatas. La actitud recíproca entre los miembros de la familia, las inclinaciones o antagonismos son, en la misma forma, muy importantes en la determinación del grado de salud mental. Hay muchos psiquiatras que creen que las bases más importantes de la neurosis son las actitudes interpersonales poco edificantes que existieron durante la infancia; indudablemente, muchos trastornos mentales tienen un origen insidioso en las influencias emocionales cotidianas a que se está expuesto durante el crecimiento: temores, resentimientos, rivalidades y frustraciones emocionales, que nacen del contacto con otros seres humanos. De estos factores pueden brotar la hostilidad, la agresividad, la angustia, reacciones cuyo control puede constituir por sí mismo un problema demasiado arduo para resolverse con éxito. A veces se hallan enfermos cuyas relaciones con los padres, hermanos o cónyuges, se caracterizan por una mezcla de amor, odio y culpa; la actitud de algunas madres demasiado solícitas y protectoras, actitud nacida de una tendencia obsesiva de esconder una cierta hostilidad, impide a veces el desarrollo normal de la personalidad en el hijo.

Las fuerzas sociales y psicológicas perturbadoras están, a menudo, relacionadas con los impulsos emocionales e instintivos fundamentales que pueden ser de naturaleza diferente y, a menudo, contradictoria. Desde este punto de vista encontramos que las causas de la enfermedad mental deben buscarse también en las experiencias emocionales, en las ideas cargadas afectivamente, y en la sensibilidad específica del individuo. Factores contribuyentes podrán

ser la frustración de deseos, esperanzas o anhelos instintivos, esfuerzos y tensiones ambientales, fracasos sociales, la amargura de la desilusión, heridas del orgullo o de la vanidad, o la ausencia de satisfacciones emocionales. La ansiedad y el sentimiento de culpa que tienen su fuente en la vida sexual son frecuentes, y llevan fácilmente a la depresión o a otras reacciones neuróticas o psicóticas; la creación de sentimientos de temor, culpa, inseguridad o inferioridad, en los primeros años de la vida, favorece el desarrollo posterior del trastorno mental. Las reacciones anormales son fecundas en su propagación; el resultado de un método erróneo de reacción puede ser la causa de otro. En esta forma, la dificultad de la adaptación aumenta y los medios para enfrentarse a ella son menos eficientes. Un sentimiento de inseguridad, por ejemplo, puede tender a separar un individuo de un grupo social; ese aislamiento, a su vez, contribuye al desarrollo de la fantasía; y de ahí no hay gran distancia a la proyección, en forma de alucinaciones, de los deseos que no pueden satisfacerse en la realidad.

Hay veces que el psiquiatra no puede descubrir los factores sociales o de la experiencia propia del paciente que han contribuído al trastorno mental. Esto no excluye su existencia, sino quiere decir tan sólo que es difícil demostrar su presencia y naturaleza. Debe también recordarse que lo importante no es lo numeroso de las experiencias, sino la significación que ellas han tenido para el paciente; una situación que aparentemente es insignificante, puede movilizar tendencias inconscientes que tienen una gran significación.

Costumbres culturales. Aun cuando el trastorno mental que sufre una persona es un problema eminentemente individual, las presiones y actitudes sociales son factores que juegan un importante papel en la producción de esas perturbaciones. Es muy frecuente que un trastorno particular no pueda ser comprendido sin un escrutinio cuidadoso de las dificultades psíquicas sobrellevadas por los individuos en virtud de su nivel de vida cultural. El hecho de que el hombre, a diferencia de otros seres, está constituído y caracterizado por su gregarismo es indudablemente uno de los factores más importantes en la producción de las formas de reacción que conocemos como psicosis. Las exigencias de su ambiente social, lo excesivo y constante de la competencia, las represiones sexuales y los códigos contradictorios, traen consigo las frustraciones y dilemas que engendran los conflictos psíquicos; el contenido consciente de la mente enferma, los símbolos que utiliza, y la forma de sus ensueños, son determinados por la ideología predominante, las actitudes y las prácticas de todo su ambiente. Desde cierto punto de vista, el enfermo mental es tan sólo la persona que no ha podido captar, en el grado requerido, la cultura en que vive. La psicosis, por lo tanto, representa el fracaso del individuo para sortear las dificultades de su adaptación a la sociedad.

Conflicto mental. Uno de los factores psicógenos más importantes en la producción de la enfermedad mental es el problema de la conciliación de los sucesos antagónicos y las necesidades psicológicas, y el enfrentarse a actitudes incompatibles. Puede haber una enorme variedad de conflictos, pero siempre suelen surgir entre los ideales del individuo, su disposición socialmente condicionada a cumplir con las costumbres y cánones de la sociedad, por un lado, y sus impulsos instintivos, y a menudo desconocidos, motivos, deseos y anhelos por otro; las tendencias agresivas reprimidas y los recuerdos perturbadores pueden persistir detrás del conocimiento consciente. Cualquiera que sea la causa de la desarmonía interna, la mente no ha logrado estar en paz consigo misma: la unificación de la personalidad, en la confusión de las actitudes, ha sido perturbada. A menos que los impulsos opuestos sean fundidos en uno solo, el individuo estará constantemente urgido por sus instintos contradictorios, y desconcertado por la tensión de sus dilemas emocionales. Sobrecargado con material intensamente emocional, será incapaz de alcanzar una armonía funcional de su personalidad.

Cada individuo debe resolver el problema de conciliar y adaptar los menesteres interiores de su personalidad con las exigencias de la realidad. El éxito de esta adaptación depende de la estructura de su misma personalidad, de sus recursos, y de la naturaleza de la realidad a la cual el individuo debe adaptarse. Las frustraciones graves de necesidades y anhelos profundamente asentados llevan al conflicto interno, a la tensión, y a la angustia. En sus esfuerzos para liberarse de estas tensiones y conflictos dolorosos, la personalidad echa mano de varios mecanismos mentales cuyos métodos defensivos producen numerosos síntomas y hasta conductas desconectadas de la realidad.

Cuando la personalidad se enfrenta al conflicto, y la represión de las tendencias instintivas y los deseos prohibidos corre el riesgo de ceder, entonces se desarrolla la angustia: un miedo persistente, engendrado por los factores temidos en lo profundo de la vida mental, acompañado de un sentimiento vago, pero inquietante y anticipado, del desastre que se aproxima. Muchas de las causas de la enfermedad mental son también causas de angustia, y los disfraces psicobiológicos que sirven de defensa contra la angustia constituyen los síntomas de las neurosis y de muchas psicosis. Ahora, mucho más que antes, se cree que entre las causas más comunes de angustia se cuentan las dificultades en las actitudes y relaciones interpersonales. Aun cuando la mayor parte de las satisfacciones nacen de las relaciones emocionales con otras personas, también se origina aquí un gran número de insatisfacciones. Muchas de las reacciones autodefensivas que uno utiliza habitualmente para reducir sus angustias, se desarrollan precisamente para disminuir la angustia que surge de las actitudes y relaciones interpersonales. Por ejemplo, en la agresividad y hostilidad profundamente asentadas, pero desconocidas por la conciencia, se encuentra a veces la causa de una angustia que requiere medios de control. Los medios para enfrentarse a esa angustia pueden ser diversos, y van desde los que tienen un valor social, hasta los que desorganizan en tal forma la personalidad que destruyen toda adaptación y obligan a apartar al individuo de su ambiente para llevarlo a un hospital de enfermos mentales. Los mecanismos menos malos para reducir la angustia son las reacciones neurasténicas, histéricas, obsesivas, hipocondríacas, es decir, las neurosis, que no alteran seriamente la organización de la personalidad. En cambio, los mecanismos, que teniendo el mismo objetivo, desorganizan la personalidad y producen un rompimiento grave con la realidad, son las reacciones paranoides y esquizofrénicas que hacen que el enfermo sea llamado psicótico. Con los primeros, el paciente atribuye a los demás las cualidades agresivas y hostiles, y, culpándolos, alivia su propia angustia y culpa. En la misma forma, por medio de un delirio o una alucinación, el esquizofrénico evita su angustia, aunque también desorganiza su personalidad y se desentiende de la realidad.

Síntomas producidos por los mecanismos mentales. Cuando la sublimación y la represión fracasan, el material que se encuentra detrás del conocimiento consciente puede lograr expresarse en forma enmascarada. Esta transfiguración puede constituir una transacción, pero tan falta de sentido social y de consenso práctico que el paciente que la presenta es llamado psicótico.

Simbolización. Una transacción defensiva se consigue a menudo por medio del mecanismo de la simbolización, cuya naturaleza ya se ha discutido. En muchas psicosis los síntomas son debidos a la acción de este mecanismo y representan la satisfacción, en forma simulada, indirecta, substitutiva y simbólica, de necesidades y anhelos profundamente arraigados. Entre los factores más importantes para la producción de la enfermedad mental están las tendencias dinámicas de las que el paciente no es consciente y que se revelan en forma de símbolos. Pero en muchas de las psicosis observadas no podemos llegar a comprender los símbolos, y la conducta del enfermo nos parece, por lo tanto, muy extraña. Para que el psiquiatra aprenda a comprender el significado de muchos de los símbolos, y llegue a poder interpretar, en un sentido general, el lenguaje de las psicosis, es necesario un análisis de la historia de la vida del paciente, y de los factores emocionales e instintivos que han operado dinámicamente; ese análisis es siempre un requisito previo indispensable para la interpretación total de los síntomas. Por ejemplo, un enfermo que insiste en usar, tanto en invierno como en verano, ropa hecha de tela blanca sobre la que ha inscrito sentencias bíblicas referentes a la santidad, y que emplea todo su tiempo, año tras año, en

buscar por el hospital "evidencias del mal", estará seguramente tratando de purificarse moralmente por ciertas tendencias inaceptables. No puede determinarse, sin embargo, la significación total de los símbolos y la psicodinamia de su génesis y evolución en un paciente mientras no conozcamos sus condicionamientos emocionales y todas las experiencias de su vida. Muchas de las formas peculiares de conducta de los psicóticos, entre las que se cuentan las gesticulaciones y amaneramientos, etc., pueden considerarse como símbolos que tienen una significación concreta e individual, que se comprenderían fácilmente si se tuviera un conocimiento mayor de las necesidades de la personalidad del paciente, y de sus situaciones interiores perturbadoras. Los símbolos constituyen el lenguaje de la psicosis. Cada síntoma en la enfermedad mental, lo mismo que en la enfermedad física, tiene su causa y significado; si, a veces, nuestros esfuerzos para conocer la causa y el significado son más especulativos que cuando se trata de enfermedades físicas, es solamente debido a la naturaleza más subjetiva y menos substancial del material que se estudia, y a las mayores dificultades en la exploración, pero no a que no sea posible una explicación racional o a que sea menos susceptible de interpretación dinámica.

Compensación. Aun cuando la simbolización es uno de los más importantes mecanismos por medio del cual se logra una avenencia en forma de psicosis entre tendencias de naturaleza divergente, existen también otros mecanismos, ya estudiados en otra parte, que pueden participar en la producción de la conducta psicótica, especialmente cuando son exagerados. Sabemos perfectamente que algunos procesos orgánicos que normalmente contribuyen a la salud del individuo, pueden producir resultados morbosos cuando actúan en exceso. Las heridas de la piel, por ejemplo, son reparadas por la producción de tejido conectivo; pero si la producción de las células que forman dicho tejido no cesa una vez que se ha llenado la solución de continuidad, ocurre una sobreproducción que ocasiona un tumor bajo la forma de un queloide. De manera análoga, los mecanismos mentales concebidos para reducir la angustia, para proteger y apoyar al individuo, pueden pasar de cierto límite y ocasionan síntomas psicóticos. El mecanismo de la compensación, por ejemplo, al sobreestimar cualidades opuestas, protege al individuo y le evita el molesto conocimiento de algunos aspectos inferiores de su personalidad; en esta forma puede ofrecerle satisfacciones no asequibles de otra manera pero, llevado a un extremo, este mecanismo conduce a situaciones caracterizadas por rasgos tan antisociales que tienen que considerarse como psicóticos.

Proyección. La proyección, en la misma forma, adjudicando a otros nuestras ideas y cualidades rechazadas, lleva a la producción de ideas alucinatorias. Un hombre convicto de robo de ciertos objetos propiedad del gobierno fué sentenciado a varios años de prisión; algún tiempo después

empezó a creer que, lejos de ser culpable, había sido comisionado para investigar quiénes eran los ladrones. El mecanismo de la proyección le proporcionaba una defensa contra su angustia y sentimiento de culpa, adjudicando a otros sus propias tendencias inaceptables. En las psicosis encontramos corrientemente, en un grado exagerado, la tendencia fundamental de la humanidad a exteriorizar sus dificultades y conflictos interiores.

Otros mecanismos. En la esquizofrenia es común encontrar la introversión llevada a un extremo tal, que enquista eficazmente al paciente y le evita el contacto con la realidad y sus dolorosos problemas. Durante el período de excitación de la psicosis maníaco-depresiva, la extroversión puede expresarse por la fuga en un impulso a la actividad que no permite el acceso de los pensamientos y sentimientos desagradables que harían al enfermo consciente de sus tendencias, deseos e inferioridades previamente rechazados por la conciencia. El mecanismo de la disociación puede eliminar una parte de la personalidad capaz de originar tensión emocional, pero la interrupción de la conducta coordinada impide una adaptación eficiente. La fantasía puede crear un mundo nuevo en el que los deseos más vehementes se realicen haciendo a un lado los hechos reales del medio ambiente, cuando precisamente la aceptación y adaptación de éstos es un requisito para la consumación; el pensamiento se hace entonces dereístico o esencialmente desligado de la realidad. La regresión es otro mecanismo que juega un importante papel en la producción de las psicosis. Aquí tiene lugar una retirada ante las situaciones difíciles y los problemas de la personalidad, y se abandona la lucha por las exigencias de la realidad, substituyéndose por métodos primitivos de pensamiento, de sentimiento y de conducta. En nuestro cuerpo existen muchos órganos, como el apéndice, que son vestigio de un estado biológicamente arcaico que ha sido superado; en la misma forma, es lícito suponer que nuestra mente puede exhibir, en ocasiones, desarrollos de algunas tendencias arcaicas, testimonios de las fases primitivas de su evolución. Con la regresión se pueden revivir las formas de conducta mental que no tienen ninguna utilidad en el estado de desarrollo que hemos adquirido, y, cuando se emplean, son tan objetables socialmente y tan inadecuadas para el logro de una adaptación correcta, que la persona que las adopta es designada como psicótica. La regresión proporciona bienestar al paciente al ofrecerle un sitio en los estadios primitivos del desarrollo donde no hay lucha con el mundo de la realidad; pero significa la segregación de su grupo. Muchos de los fenómenos que se observan en la enfermedad mental se cree que son debidos al hecho de que el individuo nunca logró pasar con éxito ciertas fases primitivas del desarrollo de su personalidad, habiendo quedado fijado en estos períodos inmaturos de adaptación.

La consideración de los mecanismos mentales en las neurosis y psicosis sugiere que sus síntomas significan, no tanto la introducción de nuevos procesos mentales, como la revelación de procesos que ya actuaban invisiblemente. Todas las psicosis leves, y muchas de las principales, no deben considerarse como "enfermedades" en el sentido habitual de la palabra, sino como técnicas defectuosas y nocivas del individuo para su adaptación a las situaciones angustiosas, tensiones y conflictos particulares. Frecuentemente, la finalidad de las psicosis es tan sólo alcanzar objetivos exigidos por las necesidades instintivas y emocionales, objetivos, sin embargo, que no pueden ser logrados sino por métodos que desprecian la realidad o desorganizan la personalidad. Si las normas y sentimientos socialmente condicionados del individuo no permiten la satisfacción franca de impulsos insistentes, éstos se buscarán una expresión tortuosa y encubierta en los síntomas de la psicosis. En otros casos la psicosis crea un mundo irreal en el que la adaptación es factible, cuando el mundo de la realidad es demasiado difícil o aflictivo para ser afrontado con éxito. Por lo tanto, lo que se llama enfermedad mental no es una entidad nosológica sino un problema individual de conducta humana, un problema de desadaptación de la personalidad, un método de reacción de la personalidad a los factores vitales, particularmente a aquellos que producen angustia. Es un modo individual y torcido de respuesta de una persona que se enfrenta a una situación particular.

El trastorno mental como resultado lógico. Frecuentemente, el estudio detenido de las características del comportamiento del paciente revela que la neurosis o la psicosis no son sino el resultado lógico donde culminan los hábitos mentales básicos y los rasgos de la personalidad del individuo, representando una acentuación o deformación de los caracteres premorbosos de su conducta. El trastorno mental revela una agudización tanto de las actitudes que han venido desarrollándose subrepticiamente durante años en respuesta a las situaciones angustiosas, como de los modos y necesidades psicológicas profundamente arraigadas por medio de las cuales la personalidad ha tratado de enfrentarse a sus tensiones. La enfermedad del paciente representa entonces el desarrollo de un tipo de personalidad dentro de un mecanismo *automático* de defensa. Los factores formativos pueden hallarse en los rasgos anteriores y en las tendencias hacia un determinado tipo de respuestas características de la personalidad individual. Por ejemplo, la impulsión a la autoafirmación puede ser una actitud, o un rasgo adquirido de la personalidad, que se encontró útil para enfrentarse a ciertas personas o situaciones angustiantes. Mientras esta actitud sea eficaz en forma adecuada con su propósito, el individuo mantendrá una adaptación personal satisfactoria; pero si deja de proveer el alivio necesario de la ansiedad, la persona puede recurrir a una manifestación exagerada, desequilibrada de autoafirmación en forma de un ataque maníaco que será un factor dinamicogenético de la psicosis. Cuando se descubre el significado de los caracteres de la vida del paciente, la psicosis adquiere un lugar lógico en la evolución de esos rasgos particulares. Las tendencias de la personalidad y los síntomas neuróticos y psicóticos son, a menudo, esfuerzos aliados hacia un mismo fin. La falta de continuidad entre la personalidad prepsicótica del individuo y las características psíquicas del mismo, una vez desarrollada la enfermedad, es sólo aparente. Existe una definida correlación entre la clase de persona que se es durante el estado de salud, y el tipo de trastorno que se desarrollará si se convierte en un enfermo mental. El carácter del trastorno mental de un individuo se relaciona, y en un grado no despreciable, con su filosofía de la vida. La enfermedad mental representa muy frecuentemente el resultado del desarrollo progresivo de ciertas características prepsicóticas a un grado que constituye la caricatura de la personalidad previa, o que la desintegra y la hace explotar. La embriología de las psicosis puede estudiarse en los tipos de reacción habituales empleados por el paciente en su vida prepsicótica. La persona que no puede modificar su manera de pensar, sentir, y comportarse conforme avanza su vida, encuentra que la psicosis es el único medio para adaptarse. A través de la personalidad, en los rasgos del carácter y en la psicosis, corre el mismo tema psicológico; en todos ellos podemos descubrir ciertas actitudes o fórmulas con las que el organismo responde siempre de una manera dada. El neuropsiquiatra inglés Brain, en una hábil selección de caracteres de Shakespeare, señala diversos tipos bien reconocidos de personalidad, y las formas de enfermedad mental en que ellos tienden a culminar. Por una parte, dice, está Cassius, con su aspecto flaco y hambriento y su propensión a pensar demasiado, que es el ejemplo del tipo de personalidad predispuesta a desarrollar una forma maligna de psicosis, la paranoide. Por el otro lado está el obeso y jovial Falstaff, en quien la psicosis, si llega a presentarse, será de tipo benigno, afectivo. Se ve, por lo tanto, que la enfermedad mental no es una expresión parcial de la personalidad, sino una expresión que llega hasta las profundidades mayores de la misma.

Papel de los factores orgánicos. Hasta ahora no se ha demostrado si existen perturbaciones orgánicas subyacentes en todos los casos de trastorno mental, o si algunos tipos de trastornos se originan en ausencia de ellas. En ciertos tipos, como por ejemplo la parálisis general progresiva, los factores orgánicos existen claramente y son capaces de explicar los signos de demencia que se hallan en tal enfermedad; la disminución de la memoria, de la percepción, y otras expresiones más elevadas de la mente que se observan en el curso de la parálisis general progresiva, pueden considerarse como el resultado de la perturbación en la fisiología de las neuronas cor-

ticales. Pero la mayor parte de los psiquiatras aceptará, probablemente, que las alteraciones del ánimo y de la conducta del enfermo, a menudo más sobresalientes en los estadios iniciales del padecimiento que en los que se acompañan ya de demencia, son determinadas por los problemas psicológicos particulares del enfermo, por sus tensiones, y por los tipos de reacción que han caracterizado su personalidad. Cuando los más altos mecanismos orgánicos integradores sufren cambios físicos destructivos, aparecen las desadaptaciones de la personalidad de tipo psicótico y con características determinadas por factores psicógenos. Los factores orgánicos pueden ser los agentes patógenos que alteran tanto la integración de la personalidad que dan lugar a la psicosis, pero los factores psicológicos, los problemas y necesidades de la personalidad, serán los agentes patoplásticos determinantes del cuadro de la psicosis. Hay psiquiatras que creen que todas las psicosis mayores, como la esquizofrenia, la psicosis maníacodepresiva y los estados paranoides, son producidas por trastornos físicos o químicos indeterminados que, aùnque no irreversiblemente destructores como los de la parálisis general, son lo suficientemente perturbadores para obstaculizar las funciones de los mecanismos centrales de integración y permitir las reacciones psicóticas de la personalidad. El campo de las alteraciones estructurales, particularmente las físicoquímicas del sistema nervioso central, no ha sido todavía suficientemente explorado. Se sabe que ciertos estratos corticales son exquisitamente sensibles a la acción de las toxinas y agentes nocivos; esto es especialmente cierto para la tercera capa, cuyas células tienen una necesidad particular de oxígeno y son fácilmente afectadas cuando la oxigenación de la sangre está impedida. Sin embargo, los intentos para encontrar alteraciones en las células ganglionares, características de ciertas enfermedades o lesiones, han fracasado generalmente. No quiere decir esto que probablemente con el tiempo no se llegue a encontrar una correlación más estrecha entre la dinámica psicológica y el funcionamiento del sistema nervioso central.

En gran parte, las causas de la enfermedad mental son las dificultades comunes de la existencia humana. Lo llamado anormal es sólo una expresión exagerada y desequilibrada de lo normal. Hasta el presente, por lo tanto, parece mucho más fructífero considerar la mayor parte de los trastornos mentales no como la expresión o el resultado de alguna "enfermedad", sino como el fracaso para enfrentarse a las pruebas de la vida, como un modo de conducta o de vida que es, aunque desajustado socialmente, la lógica consecuencia de las aptitudes originales y peculiares del individuo, de las influencias modeladoras del hogar, de las tensiones y problemas operantes, tal vez, desde las profundidades de la vida emocional e instintiva, de la incapacidad para enfrentarse a esas tensiones, del tipo de reacciones autodefensivas habitualmente utilizadas para reducir la angustia, y de cualquier sufrimiento corporal que pueda alterar la integridad y la eficiencia del organismo biológico. Es, por lo tanto, completamente errónea la tendencia a considerar a los que manifiestan algún síntoma nervioso o mental, como si fueran diferentes en su organización a aquello que llamamos normal. Los síntomas nerviosos y mentales revelan claramente las fuerzas comunes de la naturaleza humana, especialmente aquellas que derivan de las bases instintivas de nuestra vida, y la notable influencia de las primeras experiencias. Puesto que la conducta no es más que una reacción a los factores vitales y de la personalidad, no es siempre fácil definir exactamente un criterio sobre la enfermedad mental; quizá sea, en gran parte, el grado con el cual la conducta se hace inconvenientemente simbólica y substitutiva, y la extensión con la cual se enfrenta alguien a sus problemas en una forma neurótica y no por decisión racional. Pero como ha hecho notar Meyer, sin embargo, la forma y el colorido de la enfermedad mental son tan amplios como la vida misma.

Psicobiología. En general, el punto de vista que hemos tratado de presentar en este capítulo es el de la psicobiología, concepto introducido por Adolfo Meyer en 1906, quien llamó la atención sobre el papel que la personalidad total jugaba en la producción de la enfermedad mental, y consideró la psicosis como el resultado de determinados factores peculiares al individuo. La psicobiología subraya la importancia de considerar al paciente como persona, como una criatura biológica natural, cuya historia toda de su vida, tanto como sus capacidades físicas y mentales, deben ser estudiadas para comprender su comportamiento y sus problemas. Sostiene que el individuo es un ser en acción, en acción de vivir y comportarse, que es modelado en una forma única por su herencia biológica particular, sus obligaciones intelectuales, el ambiente social, las influencias culturales, y finalmente, sus experiencias personales. Si el individuo, como parece que debemos suponer, es una unidad biológica, todo fenómeno psicológico es una función biológica, y la personalidad debe ser estudiada dentro del campo de la biología. Pero es, también, una unidad biológica en un medio que es social. Meyer ha sido uno de los primeros en insistir en que para comprender al paciente se debe analizar la personalidad enferma y formular, en sus relaciones apropiadas, los factores constitucionales, somáticos y psíquicos, que han cooperado en la producción de la reacción total de su personalidad, incluyendo ahí la psicosis; la concepción razonada de los factores que entran en la estructura de la personalidad la expresa Meyer en su juicio de que la psiquiatría se basa sobre "todas las ciencias que intervienen en la comprensión de los procesos y los problemas de la vida humana". La personalidad, tanto la psicótica como la normal, debe considerarse como el resultado final de todos estos factores. En la organización y expresión de la personalidad, las experiencias emocionales son hechos no menos biológicos que los estados

fisiológicos. Los hechos de la experiencia interior merecen la misma consideración que los de la observación exterior. La historia de la vida y las experiencias de la personalidad están entretejidas dentro de la psicosis, y ésta debe estudiarse como parte de la historia natural del organismo, como persona. Toda la conducta humana, tanto la implícita como la pública, la que se manifiesta en la conciencia normal cuotidiana, como la que se exhibe durante la enfermedad mental, está basada en el principio de causa-efecto; ambas tienen un principio y un desarrollo, y están determinadas por las aptitudes especiales y las experiencias vitales del individuo; ambas representan, según eso, el resultado de causas precursoras. En opinión del psicobiólogo este comienzo y este desarrollo deben ser investigados por un psiquiatra competente, sin necesidad de escudriñar extensamente el "inconsciente" por la técnica psicoanalítica. En tanto que es un resultado lógico de todas las influencias que han contribuído a formar las reacciones de la personalidad, la psicosis representa un intento de adaptación; intento, sin embargo, que queda en un nivel inferior de ajuste psicosocial. Lo mismo que muchos fenómenos estrictamente biológicos, como la fiebre, la inflamación, y otros procesos morbosos, el trastorno mental tiene una finalidad defensiva, protectora y reparadora; pero como en este caso los aspectos interesados del organismo son los afectivos y psicosociales, los fines de adaptación se refieren a las situaciones personales. Lo mismo que la llamada conducta normal, la psicosis es un intento psicobiológico del organismo para conseguir un ajuste en la interrelación de las fuerzas psicológicas, sociales y fisiológicas que obran sobre él; la conducta del hombre, tanto la normal como la anormal, es sólo la expresión o revelación de fuerzas subyacentes; los síntomas pueden representar un esfuerzo para ocultarse a sí mismo la verdad, retroceder ante las situaciones difíciles, enfrentarse a la angustia o cerrar la puerta a la vida, pero siempre con el resultado de emplear métodos substitutivos de adaptación que llevan al individuo fuera de la realidad, la que sacrifica para alcanzar el objetivo que le ofrece calma emocional, mantiene el respeto de sí mismo, y proporciona satisfacción por el camino más fácil. Las comodidades y compensaciones son, sin embargo, enormemente egoístas: tienden a despreciar la realidad y son perjudiciales, y aún objetables, para la sociedad. El recurrir automáticamente a los mecanismos neuróticos o psicóticos de defensa puede incapacitar o mutilar la personalidad.

La división en "escuelas". A causa precisamente del material intangible de que se ocupa, la psiquiatría ha sido dividida en varias escuelas que tienden, plausiblemente, a la simplicidad en la consideración de las causas y naturaleza de la enfermedad mental. Todas las escuelas han hecho florecer razonamientos demasiado ingenuos; no olvidemos que, hasta ahora, ninguna fórmula, sea química, fisiológica, neurológica o psicológica, puede explicar todos los fenómenos observados en los trastornos de la personalidad que se

llaman enfermedades mentales. Recordemos, también, que una gran parte de lo que hemos hablado del inconsciente, de las lesiones orgánicas, y de las alteraciones químicas, es todavía hipotético. La psiquiatría tiene que ver con la vida biopsíquica del individuo condicionada socialmente, y la vida biopsíquica es objeto, evidentemente, de una variedad incalculable de influencias.

REFERENCIAS

American Association for the Advancement of Science: Mental Health; a Symposium. Lancaster, The Science Press, 1939.

Bentley, M.: The Problem of Mental Disorder (Report of Committee on Psychiatric Investigation, National Research Council). New York, McGraw-Hill Book Co., 1934.

Campbell, C. MacFie: A Present-Day Conception of Mental Disorders. Cambridge, Harvard University Press, 1924.

Dayton, N. A.: New Facts on Mental Disorders. Springfield, C. C. Thomas, 1940.

Ebaugh, F. G., y Rymer, C. A.: Psychiatry in Medical Education, pp. 22–42. New York, The Commonwealth Fund, 1942.

Gillespie, R. D.: The Clinical Differentiation of Psychogenic and Physiogenic Disorders. Brain, *51:* 254: junio, 1928.

Henderson, D. K.: A Revaluation of Psychiatry; Annual Maudsley Lecture. J. Ment Sc., *85:* 1–21, enero 1939.

Jacobs, Betty: Etiological Factors and Reaction Types in Psychoses Following Childbirth. J. Ment. Sc., *89:* 242–256, abril, 1943.

Kretschmer, E.: Textbook of Medical Psychology. Traducido por E. B. Strauss. New York, Oxford Univ. Press, 1934.

Malamud, William: Outlines of General Psychopathology. New York, W. W. Norton & Co., 1935.

Malzberg Benj.: Social and Biological Aspects of Mental Disease. Utica, N. Y., State Hospitals Press, 1940.

———: The Increase of Mental Disease. Psychiatric Quart., *17:* 488–507, julio 1943.

Masserman, J. H.: Principles of Dynamic Psychiatry. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1946.

Meyer, Adolf: Scope and Teaching of Psychobiology. J. A. Am. M. Coll., *10:* 93, 1935.

———: Objective Psychology, or Psychobiology with Subordination of the Medically Useless Concept of Mental and Physical. J. A. M. A., *65:* 860, 1915.

———: The "Complaint" as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Teaching in Psychiatry. New England J. of Med., *199:* 360, 1928.

———: The Psychobiological Point of View. In Bentley, N., and Cowdrey, E.: The Problem of Mental Disorders. New York, McGraw-Hill Book Co., 1934.

Meyerson, Abraham: The Inheritance of Mental Diseases. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1925.

Muncie, Wendell: Psychobiology and Psychiatry. St. Louis, the C. V. Mosby Co., 1939.

Pollock, H. M.: Mental Disease and Social Welfare. Utica, N. Y., State Hospitals Press, 1941.

Sprague, Geo. S.: Etiology of Mental Disease, a Changing Concept. Am. J. Psychiat., *100:* 795, 1944.

CAPITULO V

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Los síntomas como reacciones psicobiológicas. Anteriormente se pensaba que los síntomas de la enfermedad mental eran alteraciones de facultades mentales diferentes. Sabemos ahora que la mente no constituye una suma de facultades o funciones independientes y aislables, más o menos distintas entre sí, como la memoria, la voluntad, la asociación, etc. Estos son solamente nombres convenientes para grupos de procesos mentales que parecen tener alguna característica en común, pero que no son en ningún sentido capacidades unitarias, sino diferentes aspectos de un proceso homogéneo. La mente es una función integral del organismo y no puede ser dividida en componentes. Por eso no debemos pensar que es una especie de máquina con partes diferentes, como sentir, percibir, imaginar, recordar, asociar, razonar, desear, elegir, etc. El metabolismo corporal, como se sabe, es un proceso bien integrado, y sin embargo, para describirlo, se deben considerar cada una de sus partes o aspectos por separado. En forma singular, aunque la conducta es una función de toda la personalidad, al discutir qué es lo que comprendemos por enfermedad mental, es conveniente considerar los diversos síntomas como perturbaciones de fases distintas de la mente. Pero queremos insistir, sin embargo, en que esta división, en perturbaciones de la emoción, de las asociaciones, de la memoria, etc. es completamente artificial. Los síntomas, por lo tanto, no constituyen un funcionamiento anormal de facultades unitarias, sino expresiones o reacciones psicobiológicas de todo el organismo en un nivel mental, y deben considerarse bajo un concepto biológico y dinámico; son el resultado de fuerzas múltiples, internas y externas, y traducen los problemas del paciente y el modo bajo el cual se enfrenta a ellos, sus fines, designios y tendencias. Esos síntomas pueden indicar su incapacidad para afrontar problemas como los impulsos instintivos, sus relaciones difíciles con los padres, la esposa, o los hijos, sus sentimientos de culpa o de inseguridad, o las huellas inquietantes de sus experiencias pasadas. Para descubrir el significado de las manifestaciones de la personalidad que denominamos síntomas, y la función que éstos tienen en la historia de la vida del paciente, es necesario evidenciar las necesidades que determinaron su producción; por ejemplo, muy frecuentemente se encontrará que son sólo los disfraces psicobiológicos ideados para mantener la autoestimación. La enfermedad mental debe ser abordada tratando de

correlacionar los síntomas con la historia toda de la vida del paciente y con todas las fuerzas que han tenido algún papel en la formación de la personalidad; se intenta, así, no solamente interpretar los síntomas en su relación con las experiencias pasadas, sino también en su relación mutua. Además, tratando de explicar los síntomas psiquiátricos en función de los métodos de adaptación observados en la vida diaria, o de un modo análogo, se obtienen juicios más claros. A través de los síntomas, en sus fuentes motivadoras y funciones de adaptación, podemos nosotros descifrar el enigma de la vida interior del paciente y ver la personalidad que yace detrás del síntoma.

Origen y función de los síntomas. En el estudio de los síntomas mentales debemos tener siempre presente, por tanto, que sus manifestaciones son signos específicos y reveladores de la vida íntima, y que tienen muy poca significación fuera del lugar donde se han desarrollado. Todos los síntomas tienen una conexión fundamental, de cualquier tipo, con la vida del individuo; frecuentemente, por ejemplo, son expresiones enmascaradas de deseos ocultos, recuerdos reprimidos o temerosos desconocidos. Gran parte del material mental que no puede expresarse francamente, en forma consciente, puede encontrar salida en lo imaginario del síntoma; el síntoma puede representar el último ardid desesperado para derivar la culpa y la angustia. Las ideas delirantes, las alucinaciones, las compulsiones y otros síntomas deben investigarse hasta su fuente, del mismo modo que se siguen, hacia atrás, las causas del dolor físico hasta su origen, para comprender los factores que lo producen y suprimirlos. Al estudiar los síntomas mentales, en las siguientes páginas, veremos que muy a menudo representan defectos en la técnica de la adaptación, arreglos de tipo neurótico con la dura realidad, y el resultado, en fin, de diversos artificios de protección y seguridad adoptados para servir los fines y designios de la personalidad. Desgraciadamente, aun cuando muchos síntomas representan esfuerzos de la personalidad para satisfacer necesidades fundamentales, esto se consigue con situaciones que se acompañan de perturbaciones en la armonía interior y que son inaceptables socialmente. Así mismo veremos que cualquier explicación de los síntomas requiere a menudo la suposición de que el material que se encuentra detrás del conocimiento consciente posee cualidades motivadoras o psicodinámicas que, en grado variable, pueden dominar la personalidad consciente; y también, que un gran número de síntomas poseen una significación simbólica mucho mayor de lo que aparentemente manifiestan. Para comprender los síntomas del trastorno mental es necesaria la previa comprensión de las fuerzas que han intervenido en su formación, y tratar de descubrir qué es lo que el paciente expresa con ellos y qué es a lo que el enfermo reacciona. Es, por lo tanto, indispensable obtener la misma comprensión de los procesos y mecanismos fundamentales psicodinámicos que, en el caso de la enfermedad

física, de los principios biológicos y fisiológicos. Cuanto más se estudian los síntomas se hace más aparente que muchos de ellos tienen su origen en el hecho de que el hombre es un ser social.

TRASTORNOS DE LA PERCEPCION

Ilusiones. Hay que recordar que los órganos terminales o receptores están construídos de tal manera que pueden analizar la energía ambiente y seleccionar ciertas clases de ella para transformarla dentro del mismo receptor y dar origen al impulso nervioso. Este impulso, al llegar a la zona apropiada del cerebro, produce una imagen sensorial, auditiva, visual o de otro tipo, cuya interpretación y significado dependerá de las experiencias e interpretaciones previas del sujeto. La interpretación errónea de la percepción de esas imágenes sensoriales es precisamente uno de los medios por los que la vida mental del individuo puede expresar algunos elementos emocionales que la afectan de una manera particularmente aguda. Los elementos que, sobre todo, pueden dar lugar a esas falsas interpretaciones de imágenes sensoriales, son los estados afectivos profundamente intensos, deseos vehementes, o impulsos y tendencias fuertemente apremiantes. Los elementos reprimidos son altamente dinámicos y tienen una facilidad especial para producir interpretaciones erróneas que reflejan algún afecto o expresan determinada inclinación o deseo. Un enfermo con un sentimiento profundo de culpa, por ejemplo, puede interpretar el crujido de las hojas secas como voces acusadoras; esa interpretación falsa de una percepción es lo que se conoce como ilusión. La naturaleza de las ilusiones es frecuentemente determinada por el carácter previo de las preocupaciones del paciente; la expectación ansiosa, el temor, etc. predisponen a las interpretaciones ilusorias. En la mente sana, pero más particularmente en la enferma, la vida emocional tiende a influir las experiencias perceptivas de acuerdo con las necesidades de la personalidad. En los estados de confusión, tóxicos por ejemplo, ya sean debidos a venenos o infecciones, las percepciones, particularmente las visuales, pueden ser falsamente interpretadas debido a que las impresiones y estímulos sensoriales no están netamente definidos. Tales ilusiones tienen, habitualmente, una significación psicológica menor que las que ocurren en plena conciencia.

Alucinaciones. En la ilusión se forma una imagen, símbolo de un objeto real, pero por razones psicológicas es mal interpretada. En un número mayor de casos se observa una falsificación más seria de las percepciones que consiste en la formación de imágenes-símbolos sin haber impulso creado por la estimulación del receptor. Tal imagen mental que se proyecta hacia fuera como percepción, en ausencia de un estímulo externo, se denomina

alucinación. Aun cuando a las alucinaciones les falta la base de la realidad, constituyen una parte real de la vida mental del paciente; no deben ser consideradas como percepciones espontáneas, sino el resultado de una serie muy larga de procesos mentales morbosos, íntimamente ligados a la personalidad total, como productos mentales que, naciendo dentro, y no teniendo, por tanto, relación con ningún estímulo externo, llegan a poseer el vigor y claridad peculiares que asociamos habitualmente a las impresiones originadas en el mundo externo. Las imágenes son, por lo tanto, formadas por la propia mente del paciente; pueden considerarse como la representación de material preconsciente o inconsciente que se ha abierto paso hasta la conciencia bajo la forma de imágenes sensoriales, en reacción a necesidades o situaciones psicológicas. Las imágenes alucinatorias que el enfermo acepta como realidad representan la proyección hacia el mundo externo de necesidades psicológicas tales como el cumplimiento de deseos, el realce de la autoestimación, la crítica, la censura, el sentido de culpa, el autocastigo, la satisfacción de impulsos reprimidos o rechazados, o hasta el deseo de una realidad más satisfactoria. Algunas veces, cuando hay algún conflicto interno con exteriorización alucinatoria del debate interior, algunas de las alucinaciones expresan aprobaciones y encomios, mientras que otras, que representan el otro lado del problema, son de contenido insultante y antagónico.

La forma en que esas imágenes símbolos proyectadas pueden proporcionar escape de la realidad insatisfactoria y penosa se ilustra claramente en el ejemplo de una mujer cuyas tendencias biológicas naturales se frustraron, y para quien, precisamente por incapacidades de su personalidad, la adaptación económica y social había sido una carga muy pesada; un día, estando sentada a la orilla del río Potomac preocupada con sus problemas y esperando un medio para escapar a ellos, oyó la voz de un antiguo pretendiente que había cesado de cortejarla cuando se hicieron muy patentes las limitaciones de su personalidad. En el estado de zozobra y angustia en que estaba, el mensaje de su admirador le mostraba un medio para el logro total de sus deseos más vehementes; el invisibe enamorado la instaba a que saltase al agua prometiéndole que él la rescataría, la llevaría en lancha hasta Norfolk, y de ahí se irían en un barco de vela a Egipto a vivir en un hermoso castillo; tan vivo era el mensaje, que la paciente, completamente convencida e ignorando la realidad, se arrojó al agua, donde habría perecido a no ser por unas personas que ocasionalmente pasaban por el lugar. La apreciación correcta ulterior de su experiencia habría sido demasiado desilusionante y dolorosa, por lo que ella continuó tomando como reales esas percepciones autógenas.

Cuando se goza de salud mental, la mayoría de las percepciones producidas por los estímulos casuales de nuestro rededor, son ignoradas por su falta de interés, pero el contenido de las percepciones alucinatorias es tan

íntimamente subjetivo que, en sus fases agudas cuando menos, no pueden ser ignoradas y, consecuentemente, no solamente absorben la atención sino que requieren que se forje una realidad que armonice con ellas; se suspende, de hecho, la capacidad para verificar cualquier realidad que no armonice con las alucinaciones.

En las ilusiones y alucinaciones llamadas "anticipatorias", una persona en un estado emocional intenso, por ejemplo de miedo, espera intencionadamente ver u oír el objeto que ha excitado su miedo; el resultado es que esa percepción, esperada de un momento a otro con viva claridad, aparece, pero en una forma proyectada, ilusoria o alucinatoria.

Algunas veces puede haber gradaciones sutiles entre la representación normal y la alucinación, resultando de ello que el paciente mismo no está seguro de si su experiencia mental ha sido de naturaleza perceptiva (irreal), o si ha sido sólo un pensamiento.

Las alucinaciones pueden presentarse en enfermedades tóxicas u orgánicas. Aunque en estos casos hay probablemente una irritación de los centros de asociación conectados con el sentido en el que se efectúa la alucinación, el contenido de ésta es, sin duda, influído por las experiencias psicológicas del enfermo.

El material psicológico puede ser proyectado en imágenes-símbolos a cualquiera de los sentidos, pero en forma característica se manifiesta por el sentido más adecuado para simbolizar el material particular que busca expresión; el sentimiento de culpa, por ejemplo, puede expresarse por medio del lenguaje hablado, y el paciente, entonces, escucha voces acusadoras; el miedo de algún aspecto de la personalidad puede simbolizarse por la vista de objetos terroríficos, y el enfermo verá animales monstruosos, etc. Un enfermo que había tenido una experiencia que él consideraba reveladora de su contaminación moral, se quejaba de sentir constantemente un olor a ácido fénico, el cual había representado siempre, para él, un agente purificador, y su alucinación se adaptaba perfectamente para simbolizar su deseo de un sentimiento de purificación moral.

Las alucinaciones son más marcadas en los estadios iniciales y agudos de la psicosis. Esto se explica fácilmente, pues ése es el período en que la represión falla y la solución al conflicto es ineficaz. Las alucinaciones que ocurren con la conciencia clara son de un pronóstico mucho peor que las que se presentan con la conciencia obnubilada. Por último, las alucinaciones ocurren mucho menos frecuentemente cuando el paciente se ocupa de la realidad que cuando su atención se descuida y empieza a soñar despierto.

1. Alucinaciones auditivas. Como ya se dijo, las alucinaciones auditivas son las más frecuentes. Algunas veces adoptan la forma de diversos ruidos, pero más a menudo son palabras que forman frases más o menos completas; habitualmente estas frases son observaciones referentes al pa-

ciente o dirigidas a él. Esto es lógico, pues el material mental que se exterioriza en forma de alucinación es de naturaleza íntima, subjetiva y personal. A veces, las observaciones son agradables, pero más frecuentemente son desagradables, obscenas, de naturaleza acusadora; los contenidos desagradables representan la proyección de deseos o aspectos rechazados de la personalidad a los que no se les permite la entrada a la conciencia en forma no enmascarada. Las alucinaciones que transmiten una orden son a la vez convincentes y exigentes, y pueden, por lo tanto, guiar peligrosamente a la acción directa; las consideraciones de la realidad tienen muy poco peso en comparación con su influencia.

2. *Alucinaciones visuales.* Aun cuando no son raras, tienen una frecuencia mucho menor que las auditivas. Se presentan típicamente en el delirio de los estados infecciosos agudos y en las psicosis tóxicas; en ambos estados, las alucinaciones visuales se acompañan de cierta obnubilación de la conciencia. Como regla general, las alucinaciones visuales se limitan a la fase aguda de las psicosis. Habitualmente, producen más miedo a los pacientes que las alucinaciones auditivas, puesto que originan una deformación más grande de la realidad. Una de las enfermedades mentales que más frecuentemente se acompañan de alucinaciones visuales es el delirium tremens, y éstas tienden a ser de naturaleza terrorífica.

3. *Alucinaciones olfativas.* Las alucinaciones del olfato no son raras en la esquizofrenia; tienen habitualmente un carácter desagradable o hasta fuertemente repugnante. Su naturaleza repulsiva no es sorprendente, ya que son particularmente aptas para representar sentimientos de culpa.

4. *Alucinaciones del gusto.* Este tipo de alucinaciones es raro, aunque a veces se asocian a las alucinaciones olfativas. En cambio, las ilusiones del gusto son más frecuentes.

5. *Alucinaciones tactiles.* Las alucinaciones del sentido del tacto se presentan principalmente en estados tóxicos, como el delirium tremens y la cocainomanía.

6. *Alucinaciones sexuales.* Las sensaciones sexuales alucinatorias no son de rara observación en la esquizofrenia, y a menudo se asocian a delirios grotescos en relación con los órganos corporales.

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

La función que conocemos como pensamiento está constituída por la asociación de unas ideas con otras mediante la imaginación, la concepción, a inferencia y otros procesos, así como por la formación de nuevas ideas. El pensamiento puede considerarse como una forma de conducta implícita o interior; es la integración psicobiológica más altamente organizada. Al

considerar esta función desde el punto de vista psiquiátrico, debe estudiarse: (a) la producción del pensamiento; (b) la progresión del mismo; (c) el contenido.

Trastornos en la producción del pensamiento. Acabamos de decir que desde el punto de vista psiquiátrico el pensamiento es una forma de conducta, lo que implica la existencia de estímulos y respuestas, estas últimas al servicio de ciertos propósitos psicológicos. Los estímulos del pensamiento, en estado de salud mental, tienen diversas fuentes, algunas afectivas e inconscientes; pero como las respuestas conducen a una adaptación satisfactoria, esos estímulos o proceden de la realidad ambiental o son corregidos por ella; a tal pensamiento se le denomina *realista* o *racional.* Tiene lugar y está dirigido por el conocimiento consciente. En otras condiciones, y particularmente en la enfermedad mental, algunos factores relacionados con la vida interior, y no corregidos por la realidad ambiente, toman un papel dominante en la producción o génesis del pensamiento; esto sucede especialmente en la esquizofrenia, en donde la mayor parte del pensamiento es del tipo primeramente llamado por Bleuler *autístico* y últimamente *dereístico.* En el pensamiento dereístico, en contraste con el realista, las asociaciones son guiadas por tendencias o impulsos que están fuera del conocimiento. Los orígenes del pensamiento autístico se encuentran en complejos, deseos, impulsos y otros motivos no reconocidos conscientemente, y tiene el propósito de procurar formas substitutivas de satisfacción. No está guiado por una atención intencionada o dirigida hacia la realidad, sino que divaga sin corrección por los elementos prácticos.

Trastornos en la progresión del pensamiento. El ritmo y la forma de la actividad asociativa no pueden conocerse, por supuesto, sino por el discurso del paciente. Es de observación familiar que cuando se expresan los pensamiento por medio del lenguaje existe una pertinente sociación, o encadenamiento, de una de las ideas con la que la precede, es decir, el pensamiento se conoce habitualmente con la denominación de *curso del pensamiento* o curso de la conversación. Normalmente hay una ordenación coherente y lógica de las ideas afines, y se pasa ininterrumpidamente y sin disgresión de la idea inicial a la final.

Fuga de ideas. En algunas enfermedades mentales existe una perturbación en la progresión del pensamiento caracterizada por un aumento de la actividad asociativa y por una disgresión rápida de una idea a otra; las ideas, entonces, siguen una sucesión rápida, pero no progresan hacia una idea final, de manera que ésta no es nunca alcanzada. Se llama fuga de ideas a esta alteración del curso del pensamiento en la que la corriente fluye rápidamente pero sin llegar a completar una idea. La fuga de ideas se asocia casi siempre a una aceleración del "tempo" interno, y a una distraibilidad que hace que el paciente sea incapaz de mantener la atención que debe guiarlo para lograr

una idea final. La observación puede descubrir generalmente una conexión entre la idea y algún estímulo fugaz que es, a menudo, una percepción ocasional del ambiente recogida de momento por la vista o el oído; o también puede estar condicionada por recuerdos que no vienen al caso. En ocasiones la asociación se establece con una palabra semejante en sonido, pero no relacionada en significación. Este fenómeno se llama *"asociación por asonancia"*, y da lugar a un juego de vocablos vacío o a una rima sin sentido.

A un paciente con curso rápido del pensamiento se le preguntó si estaba triste, y respondió: "Sí, se tiene que estar callado para estar triste. Todo lo que tiene que ver con a "S" es silencioso: sentarse, sollozar, suspirar, pecar, pesar, acabarse, valor, dulce amor de madre y salvación. Este es mi primer caso, soy un abogado holgazán, o mentiroso, demasiado idiotamente honesto para ser abogado, por lo que tuve que ser mentiroso."[1]

Inhibición o lentificación. Como acabamos de ver, en la fuga de ideas el curso del pensamiento es anormalmente rápido. Existe, además, una alteración en que tanto la iniciación como el movimiento del pensamiento son muy lentos. Se encuentra entonces un enfermo que habla despacio y habitualmente en voz baja. En ocasiones el mismo enfermo expresa que sus pensamientos vienen muy lentamente o que tiene dificultad para pensar. La inhibición se observa más frecuentemente en las fases depresivas de las psicosis afectivas, pero puede encontrarse también en la esquizofrenia.

Perseveración. Por perseveración se entiende una repetición anormalmente persistente en la expresión de una idea. Esta adherencia a un pensamiento se observa frecuentemente en la afasia o en la catatonia.

Prolijidad. La prolijidad es otra de las alteraciones que pueden presentarse en el curso del pensamiento. Aquí el enfermo alcanza finalmente su objetivo ideatorio, pero sólo después de múltiples detalles triviales o innecesarios, que le hacen perderse en tediosas disgresiones. La prolijidad se presenta sobre todo en las personas que no forman conceptos definidos, o que son incapaces de distinguir lo esencial de lo secundario. Es, por lo tanto, frecuentemente observada entre los débiles mentales, epilépticos, y en los casos poco avanzados de psicosis senil.

Incoherencia. Algunas veces la progresión del pensamiento es tan desordenada que, sin ninguna sucesión lógica, una idea va seguida por otra diferente, y el lenguaje está exento de toda norma; de esto resulta una desorganización en la sintaxis con lapsos entre las frases inconexas o aun entre las partes de esas frases. Esto es lo que se denomina incoherencia. Como ejemplo, transcribiremos la respuesta de una esquizofrénica a quien se preguntó cuánto tiempo llevaba en el hospital: "Tres semanas — puesto que

[1] Nota del traductor: En inglés, la letra inicial de triste, *sad*, es la misma que la de todos los otros términos traducidos: *sit, sob, sigh, sin, sorrow, surcease, sought, sand, sweet mother's love* y *salvation.*

se hacen diversos juicios al respecto — porque, claro, hace calor — el señor Smith es un tipo corriente —y el francés— ¿qué tal te va con él?" Hay una cierta tendencia en la incoherencia a que las ideas se originen de una confusión de complejos, es decir, de material reprimido fuertemente cargado de afectividad. La incoherencia se observa, en forma particular, como era de esperarse, en la esquizofrenia, enfermedad en la que el pensamiento está característicamente dominado por complejos. En gran parte el pensamiento del esquizofrénico se describe como "disperso", lo que quiere decir que se encuentra algo menos desordenado que en la incoherencia.

Interceptación. La interceptación es otra perturbación del curso del pensamiento. En este trastorno, que a veces se denomina bloqueo o pérdida del pensamiento, tanto la expresión como el curso del pensamiento cesan bruscamente. Hasta cierto punto, puede considerase que tiene un prototipo en la mente normal en la inhibición súbita del acto de pensar que ocurre a veces con motivo de un afecto muy intenso, como la cólera o el miedo. Después de un cierto tiempo, la interceptación aparente cesa, y el curso del pensamiento continúa. Esta interrupción en la progresión del pensamiento se debe probablemente a la actividad de un complejo dominante al que se asocia un afecto desagradable. Al principio la interceptación puede ser debida a un pensamiento definido, o mejor, al afecto desagradable a que está ligado, pero pronto se generaliza de tal manera que ningún pensamiento puede ser iniciado. Este trastorno es característico de la esquizofrenia.

Trastornos en el contenido del pensamiento. *Inclinaciones e ideas sobredeterminadas.* La evolución asociativa de las ideas y, naturalmente, el contenido del pensamiento, muestra una tendencia a ser determinada más por factores afectivos que por el razonamiento lógico; las ideas que tienen la tonalidad sentimental más fuerte tienden a dominar. Es a esto a lo que se debe que el contenido del pensamiento pueda exhibir una *inclinación,* en otras palabras, una propensión para centrarse alrededor de un tópico especial. Cuando una idea llega a tener una tonalidad sentimental extrema ligada a ella, se denomina *idea sobredeterminada* o *sobrevalorada.* La importancia, o valor, y el significado adjudicado a una idea, son directamente proporcionales a la necesidad interna de tal creencia. Cuando existe una idea sobrevalorada, el individuo se ciega para todo lo demás, y seleccionará únicamente aquellos recuerdos y observaciones que le convengan a su propósito de confirmarla; se niega la admisión a la conciencia a todo lo que está en conflicto con esa idea; toda la personalidad, incluyendo sus aspectos afectivos e intelectuales, es absorbida por la idea, y puesta, como si dijéramos, a su disposición, resultando de ello que la idea sobrevalorada viene a ser el determinante de mayor importancia en la conducta. Las inclinaciones e ideas sobredeterminadas, como los delirios que vamos a describir ahora, sirven para satisfacer alguna necesidad interna apremiante de la per-

sonalidad, tal como el sentimiento de seguridad, la conservación de la autoestimación, etc.

Delirios.[1] El hombre tiene tendencia a desarrollar ciertas ficciones reconfortantes y otras ideas psicológicamente útiles para proporcionar apoyo y seguridad a la personalidad. La humanidad siempre ha adoptado o desarrollado creencias elaboradas en su esfuerzo para satisfacer las necesidades internas. Algunas veces, las demandas de satisfacción de ciertas necesidades interiores de la personalidad pueden ser tan insistentes que las exigencias de la realidad se desestiman y aparecen las ideas delirantes. El delirio se define habitualmente como una creencia falsa. Vamos a ver, sin embargo, al considerar los delirios, su significado, valor y finalidad, que esa definición es inadecuada y falaz. Se dice también que una creencia falsa debe ser considerada como delirante cuando una persona de la misma educación y experiencia la encuentre improbable o imposible, y no se corrige por lógica o razonamiento. Esta definición es también improcedente puesto que ignora toda consideración del importante principio de que la comprensión incorrecta y la utilización de hechos y evidencias, son reacciones con fines y propósitos definidos de la personalidad, y de que los factores predominantes en el control del pensamiento delirante son afectivos y no ideativos o cognoscitivos.

En el siguiente ejemplo se ilustra claramente cómo las necesidades interiores pueden producir malas interpretaciones, negaciones y usos erróneos de los hechos, en una forma que tiene que ser considerada delirante: durante la primera guerra mundial, la Secretaría de Guerra de Norteamérica notificó a una mujer que su esposo había muerto en determinada fecha y que había sido enterrado en algún lugar de Francia; pocos meses después, la mujer se presentó en dicha Secretaría expresando que estaba convencida que su esposo vivía y que el cuerpo enterrado supuestamente como de su esposo era de alguna persona que ella no conocía. Las autoridades militares presentaron pruebas de que no cabía error posible, pero la viuda no fué convencida y exigió que el cuerpo fuese traído a América y examinado; se llevó a cabo el traslado, se identificaron el número y la localización de las heridas, demostrándose que correspondían a los datos archivados en la Secretaría. Pero la mujer seguía resistiéndose a creerlo, hasta que finalmente apareció la razón para su delirio: entre los papeles del soldado, recogidos después de su muerte y enviados a la viuda, había cartas amorosas dirigidas a otra mujer. Lo que sucedía era que la enferma se protegía a sí misma del convencimiento de que no ocupaba el primer lugar en el cariño de su esposo, desarrollando la creencia de que el hombre que había muerto y cuyos papeles se le habían enviado, no era su esposo. Vemos aquí

[1] *N. del T.* Véanse las aclaraciones terminológicas que se hicieron en el prólogo a propósito de las palabras delirio, delirium, ideas delirantes, delirioso y delirioide.

cómo algunas situaciones que poseen factores altamente afectivos se acompañan de un descenso en la facultad de crítica y en el umbral de las creencias. Es por esto que los intentos para convencer a los pacientes de que sus creencias son delirantes, por medio de contrapruebas de los hechos, son rara vez coronados por el éxito. Las experiencias de los pacientes son asimiladas, y el cuadro del mundo externo que les proporciona su pensamiento es falsificado de acuerdo con sus exigencias instintivas y afectivas desajustadas. El enfermo actúa como si su sistema delirante constituyese la realidad, y para él lo es.

Como ya dijimos, el pensamiento que caracterizamos como delirante es completamente semejante en naturaleza, aunque diferente en grado, al que todos utilizamos corrientemente. Todas nuestras creencias tienden a ser coloreadas subjetivamente, y, sin duda, todos recurrimos a ciertas ficciones de seguridad. La utilización por las personas "normales" de esos pensamientos llenos de deseo en la lucha por la realización de las esperanzas o en la racionalización o proyección de los propósitos defensivos, tiene exactamente el mismo objetivo psicológico que el delirio en el enfermo psicótico. El limitar claramente con una línea bien definida en qué lugar el pensamiento normal de naturaleza reactivo-protectora, pasa a ser anormal, es tan difícil, frecuentemente, como decir cuándo un joven se convierte en adulto.

Por lo que se ha dicho, se ve que el delirio es un intento para afrontar las tensiones y problemas especiales de una situación particular de vida. Su tendencia está determinada por los problemas de la personalidad prepsicótica del enfermo; su contenido revela aspectos significativos de los problemas personales. Las fuentes de esos problemas pueden encontrarse, a menudo, en preocupaciones afectivas de índole diversa, como tendencias o impulsos obstaculizados, esperanzas frustradas, sentimientos de inferioridad, incapacidades biológicas, cualidades menospreciadas, deseos atormentadores, sentimientos corrosivos de culpabilidad, etc.; una necesidad intensa de consuelo, por ejemplo, puede resolverse por delirio auto-adulador. Frecuentemente, la finalidad y significación del delirio, y su relación con la situación que lo ha producido, son claras psicológicamente; muchas veces, sin embargo, la intención del delirio dista mucho de ser evidente, y su interpretación queda como punto de especulación. Esto no quiere decir que haya delirios sin significación y finalidad; siempre poseen un valor de adaptación definido, aunque su fuente y objetivo estén ocultos por su mismo contenido simbólicamente enmascarado.

Delirio sistematizado. Las ideas expresadas en el delirio, aparentemente complejas, al ser analizadas cuidadosamente, se reducen a un tema sencillo sobre el que el enfermo ha elaborado con mayor o menor extensión. Cuando este tema central se desarrolla extensamente y se deducen conclusiones lógicas de las premisas asentadas, de forma que se establece una

organización coherente de las ideas, se dice que el paciente tiene un delirio sistematizado.

Como las necesidades y propósitos psicológicos para cuya satisfacción se crea el delirio, pueden agruparse en una clasificación general, y como en su creación intervienen mecanismos mentales bien definidos, tenemos que aceptar, por conveniencia de la descripción, que los delirios pueden clasificarse en diversos tipos semejantes.

Delirio de grandeza. Los delirios de grandeza, o delirios expansivos, se originan de sentimientos de incapacidad, inseguridad o inferioridad, cuyo reconocimiento consciente se impide por los componentes afectivos e ideativos exagerados del delirio; el contenido de los delirios de grandeza indica muy frecuentemente la naturaleza de las frustaciones previas. Su significado simbólico no es, habitualmente, muy complicado y se analiza fácilmente.

Delirio de auto-acusación. Se cree que estos delirios de auto-acusación se originan a causa de que se debilita la represión de tendencias o deseos inaceptables. Cuando esto sucede, aunque la represión no esté destruída verdaderamente, el solo temor de que las tendencias conscientemente prohibidas pudieran encontrar expresión, crea en el paciente un sentimiento vago de culpa; este sentimiento de culpa se racionaliza en la conciencia en ideas de remordimiento y auto-acusación.

Delirio de persecución. Las ideas de persecución son de las más frecuentes y se presentan especialmente en las enfermedades mentales crónicas. La amenaza de los deseos indignos y los aspectos odiosos y detestados de la personalidad se proyectan en forma de hostilidad del medio ambiente. Los descontentos sensitivos de uno mismo, que nacen de los elementos inadaptados de la personalidad, pueden ser proyectados como hostilidad de los demás hacia uno. La formación de delirios de persecución se facilita por el mecanismo de la proyección, que lleva fácilmente a interpretaciones incorrectas de la realidad. Las ideas hostiles y agresivas que el enfermo atribuye a otros reflejan sus propias inclinaciones; las aspiraciones muy elevadas en ausencia de las cualidades necesarias para lograrlas, aunadas a una incapacidad para aceptar la derrota, pueden originar desconfianza, sospechas, falsas interpretaciones, resentimientos e ideas de persecución, acompañadas a veces de agresividad. El delirio de persecución permite un desplazamiento de la responsabilidad, y por lo tanto, sirve para aliviar la ansiedad de la culpa; y como una medida más para contrarrestar el ataque a la autoestimación, el enfermo con ideas de persecución puede desarrollar reacciones compensadoras en forma de una confianza en sí mismo exagerada. Se observa frecuentemente que las personas que presentan delirio de persecución han sido desde pequeñas demasiado críticas, resentidas, suspicaces e infelices; muchas de ellas han sido siempre solitarias, inseguras, murmuradoras, y no han tenido amigos con quienes compartir confidencias. Muy hábiles y prontos a criticar a los demás, han sido incapaces de tolerar la crítica sobre ellos mismos.

No es raro encontrar delirio de grandeza asociado, en el mismo paciente, al de persecución. No es, por otra parte, sorprendente, puesto que ambos sirven a los mismos propósitos y uno tiende a complementar al otro. Por el delirio de grandeza, el paciente se apropia psicológicamente de algo que tiende a acrecentar su autoestimación y magnifica su ego, y, por el delirio de persecución, el mecanismo de la proyección entra en juego y el enfermo rechaza o repudia, adjudicándolo a otros, todo el conjunto de tendencias y aspectos que su respeto propio no admitiría. Ambos tipos colaboran en el alivio de la ansiedad.

Ideas de referencia. Por medio de estas ideas de referencia, algunas acciones u observaciones de otras personas, que no se refieren al observador, son, sin embargo, intepretadas por éste como relacionadas muy significativamente con él, interpretándose, a menudo, en forma de acusación o desprecio. En los estados paranoides, las ideas de referencia representan una proyección de la propia autocrítica hacia el mundo externo. En la depresión, los sentimientos de culpabilidad pueden estimular las ideas de referencia, y éstas, a su vez, fomentar el desarrollo de las ideas paranoides débilmente organizadas.

Delirios depresivos. El delirio depresivo representa frecuentemente la expresión o racionalización ideativa de una depresión afectiva. La depresión se origina fácilmente cuando al debilitarse la represión el material mental, compuesto de deseos, recuerdos e ideas, de naturaleza emocional dolorosa, pasa a la conciencia. El delirio depresivo representa, frecuentemente, la racionalización de una depresión que tuvo origen en una tendencia hostil inconsciente hacia personas contra las que no deberían dirigirse tales sentimientos o tendencias.

Los delirios depresivos se expresan lo más a menudo en ideas de culpabilidad, enfermedad o pobreza; cuando se debilita la represión de tendencias deseadas inconscientemente, pero conscientemente repudiadas, pueden brotar ideas de culpabilidad y de pérdida de la autoestimación. El enfermo, en su afán de racionalizar el vago sentimiento de debilidad que brota en su conciencia, formula ideas de autoacusación. Las tendencias hostiles inconscientes pueden proyectarse hacia fuera dando origen al miedo a ser castigado. En resumen, cualquier factor psicológico que haga sentir al paciente que está colocado fuera de su grupo social por algo indeseable e inaceptable, puede dar lugar a delirios de culpabilidad y, en consecuencia, de depresión.

Las ideas de enfermedad pueden, ocasionalmente, tener origen en trastornos cenestésicos producidos en vísceras que, a través del aparato endocrino y del sistema nervioso autónomo, son influenciadas por los estados

emocionales. Los intentos de racionalización de tales sensaciones cenestésicas pueden originar delirios en los que el paciente cree sufrir distintas enfermedades.

Las ideas de pobreza son habitualmente la representación ideativa de un sentimiento subjetivo de pérdida del valor social; los delirios de culpabilidad pueden ir acompañados de esas ideas de pobreza, desplazándose entonces la idea de indignidad hacia el símbolo de valor más generalmente reconocido: el dinero. Algunas veces, en los delirios depresivos aparecen ideas nihilistas, expresando entonces el enfermo que él no tiene cerebro, o sentimientos, o que está muerto, o que otras partes de la realidad no existen ya; tales ideas nihilistas tienen su origen probablemente en vagos sentimientos de cambio emocional, o en el sentimiento subjetivo de irrealidad y de alteración de la personalidad. Esta sensación subjetiva de ausencia o cambio se racionaliza en las ideas de aniquilación.

Hipocondría. El síntoma hipocondría, aunque contiene elementos afectivos importantes de naturaleza depresiva, puede mejor ser considerado, a causa de su relación exagerada con la salud física, como un trastorno del contenido ideativo. En la hipocondría, la atención del enfermo se concentra anormalmente sobre su propio cuerpo; está deprimido y sus pensamientos están obsesivamente preocupados con algún órgano del cuerpo que él está seguro padece alguna enfermedad incurable, aunque no se pueda demostrar ningún proceso patológico. Puede haber un sentimiento alterado del propio yo. La hipocondría debía, probablemente, ser considerada como una órganoneurosis, y los trastornos neurovegetativos y vasomotores que la acompañan en ocasiones, serían el resultado de una alteración en la función del sistema nervioso autónomo. La angustia, en estos casos, es solamente desplazada de sus fuentes mentales inconscientes a los órganos, que vienen a ser así el centro de la preocupación y malestar afectivo; el órgano donde se fija el sufrimiento corporal suele ser el más adecuado para expresar fisiológicamente la angustia o la tensión muscular en los estados ansiosos. La hipocondría se manifiesta más frecuentemente en aquellas personas que han mostrado previamente una tendencia a solicitar afecto o a evadir las responsabilidades de la vida por enfermedad. En sus formas más ligeras, la hipocondría puede tener origen en un sentimiento de inseguridad que se racionaliza en forma de temor a la enfermedad física. El período involutivo o climatérico puede manifestarse por hipocondría a causa del cambio en la visión psicológica de la vida, por la regresión de los procesos fisiológicos y por el fracaso habitual, en esa época, de la seguridad psicobiológica. Cuando la hipocondría está en armonía con el estado de ánimo, tiende a desaparecer cuando éste se normaliza; pero cuando es simbólica y no tiene relación con el estado de ánimo, como sucede en la esquizofrenia, indica un trastorno serio.

Obsesiones. Se denominan obsesiones a los pensamientos que, por sí mismos, irrumpen en la conciencia contra el deseo consciente del enfermo. Las obsesiones persisten tan tenazmente en la conciencia que los procesos conscientes, la lógica y el razonamiento son completamente ineficaces para deshacerse de ellas. El pensamiento obsesivo está fuertemente cargado de emoción, es involuntario y habitualmente importuna al individuo casi constantemente, sin que éste comprenda por qué está obsesionado con el pensamiento. Las reflexiones obsesivas tienen diversos contenidos: no rara vez la preocupación constante se refiere a alguna cuestión metafísica; el enfermo, por ejemplo, puede verse obligado a preguntarse por qué ha nacido. La explicación del pensamiento obsesivo se encuentra en la actividad del inconsciente y de la represión; una angustia de culpabilidad puede ser desplazada, como reacción defensiva, por una idea inocua, reduciéndose así la angustia. El pensamiento obsesivo, que es conscientemente desagradable, puede estar relacionado con lo que es inconscientemente deseado. Los pensamientos obsesivos están estrechamente relacionados con actos compulsivos en los que, después de una penosa resistencia, el enfermo se siente obligado a llevar a cabo algún acto que, por su naturaleza elaborada y repetida, parece casi ritual.

Fobias. Las fobias, o temores, las dudas y las indecisiones son semejantes a los pensamientos obsesivos. Como éstos, una fobia irrumpe persistentemente en la conciencia, y como la ansiedad morbosa es la acompañante obligada de la fobia, el enfermo que la padece está constantemente angustiado. Entre las fobias más comunes se cuentan por ejemplo, el miedo a la suciedad, a las bacterias, al cáncer o a las aglomeraciones; en general puede decirse que el paciente confiere a ciertas cosas del mundo externo todas las cualidades amenazantes y peligrosas que lo atemorizan desde adentro. El miedo que siente en presencia de cierto objeto o experiencia es, en realidad, el miedo desplazado de algo que está en su propia personalidad; la angustia del enfermo se enfoca sobre algún objeto o situación externa que trata de evitar. Naturalmente que el enfermo no está plenamente consciente de la fuente psicológica o del significado de su miedo, y aun cuando él comprenda que ese miedo es irracional, es completamente incapaz de regular su vida de otra manera que como le dicta la fobia. La fuente real de su miedo puede ser, por ejemplo, sus propios impulsos agresivos, o el miedo al sexo o a los deseos sexuales. El miedo consciente es irracional y de significado simbólico.

Finalmente, antes de concluir la exposición sobre el contenido ideativo, debemos recordar que el pensamiento y la conducta del psicótico son tan "racionales" como los de la personalidad que habitual y pragmáticamente se llama normal, y que se les denomina irracionales porque ignoramos todas las experiencias que han condicionado sus respuestas y, especialmente, los conflictos y angustias que exigen defensa. En conexión, también, con el

tema del contenido ideativo, debemos recordar que el contenido del pensamiento consciente acerca de cualquier tópico puede ser autodefensivo y, consecuentemente, opuesto directamente a lo que las características profundas de la personalidad pudieran dictar.

TRASTORNOS DE LA CONCIENCIA

Desde el punto de vista descriptivo quizá sea más acertada la palabra "claridad mental" para indicar lo que designamos con el nombre de conciencia. El sensorio es claro, es decir, la función de los sentidos especiales está intacta y la aprehensión de los estímulos externos que se presentan no está perturbada. Uno es capaz de captar las condiciones del medio ambiente, como lugar, tiempo, situación personal y general, y de comprender preguntas y reflexionar sobre ellas.

Confusión. La confusión es una alteración de la conciencia caracterizada por embotamiento del sensorio, dificultad de la comprensión, aturdimiento, perplejidad, desorientación, trastorno de las funciones de asociación y pobreza ideativa. La cara de un enfermo confuso presenta una expresión ansiosa, enigmática, y a veces de sorpresa. La confusión está confinada, en gran parte, a la etapa aguda de algunas enfermedades mentales, especialmente de las asociadas a factores tóxicos, infecciosos o traumáticos, aunque puede también ocurrir en los estados crepusculares epilépticos o histéricos y, en ocasiones, en condiciones de gran tensión emocional. Casi todos los psiquiatras piensan que el término de "confusión" no debe aplicarse a los estados depresivos con inhibición ni a los esquizofrénicos con perplejidad, en quienes las respuestas tampoco son rápidas y pertinentes; hay quienes creen que la verdadera confusión se encuentra sólo en las reacciones tóxicas orgánicas.

Obnubilación de la conciencia. Es un trastorno en el cual la claridad mental no es completa debido habitualmente a alteraciones físicas o químicas en el sistema de asociación del cerebro; el umbral de la conciencia es alto y los estímulos sensoriales que ordinariamente producen percepciones claras, no son, entonces, capaces de hacerlo. Se encuentra alterada la capacidad para pensar claramente, para percibir, responder y recordar los estímulos comunes con la rapidez acostumbrada. Puede ser necesario sacudir al paciente para que comprenda una pregunta, gritarle, y hasta repetirle las cosas varias veces antes de que entienda la pregunta lo suficientemente bien para responder. La atención es muy vaga y la aprehensión del medio ambiente es incompleta e inexacta. Este síntoma es de frecuente observación en los hospitales generales en que se ven enfermos de padecimientos infecciosos. La obnubilación de la conciencia se observa también en trastornos psicógenos como la histeria; aquí, la obnubilación y la subsecuente amnesia de hechos ocurridos en el período de obnubilación, puede servir al propósito de excluir del conocimiento el material mental contenido en los deseos profundamente arraigados. La obnubilación de la conciencia puede tener diversos grados, desde el entorpecimiento hasta la somnolencia, estupor o coma.

Estupor. El estupor puede ocurrir tanto en las enfermedades mentales tóxicas y orgánicas como en las psicógenas, pero la semejanza del trastorno de los procesos mentales en los dos grupos es más aparente que real. Se observa estupor en una gran diversidad de padecimientos físicos y mentales, como las intoxicaciones, enfermedades orgánicas del cerebro, apatía intensa, depresión profunda, interceptación, miedo irresistible, y en las reacciones epilépticas e histéricas. El enfermo no puede moverse ni en el estupor causado por las enfermedades orgánicas ni en el que originan las causas psicógenas; en el estupor tóxico-orgánico los procesos del pensamiento consciente están suspendidos, mientras que en el estupor psicógeno hay una intensa preocupación del pensamiento, frecuentemente de naturaleza dereísta, pero no existe suspensión real de la conciencia. Un cambio brusco del estupor a la actividad, a menudo impulsiva o exagerada, sólo ocurre en el estupor psicógeno.

Delirium. Se debe hacer mención aquí del complejo sintomático que se conoce como delirium, aun cuando es algo más que un trastorno de la conciencia. Ordinariamente agudo, tanto en su desarrollo como en su evolución, este síndrome consiste en obnubilación de la conciencia, aturdimiento, inquietud, confusión, desorientación, pensamiento incoherente u onírico, ilusiones y alucinaciones. Se presenta habitualmente en la fiebre o estados tóxicos. Los síntomas prodrómicos más frecuentes son sueño inquieto, dificultad para la comprensión y disminución de la retención; son corrientes las fluctuaciones en el umbral de la conciencia; si la obnubilación ha sido marcada, el enfermo, al recuperarse, no recuerda nada de lo ocurrido durante el delirium. Frecuentemente, sin embargo, la memoria es "moteada", variando con las fluctuaciones que han caracterizado el grado de conciencia. Las ilusiones y las alucinaciones son comunes y, a menudo, al principio son de figuras vagas; en algunos casos, el contenido ideativo se centra sobre tópicos habituales del pensamiento y sobre actividades corrientes y diarias; en otros casos, el contenido está muy influído por los problemas psicógenos, que pueden revelarse apenas enmascarados. El comportamiento del paciente con delirium, incluyendo el carácter de las alucinaciones y el contenido mental, es determinado más por el tipo de personalidad individual que por la naturaleza de las alteraciones fisiológicas del cerebro. El talante de los enfermos con delirium es de duda, de incertidumbre, a veces de angustia, suspicacia y, particularmente, de

miedo. El delirium puede ser seguido o interrumpido por estados estuporosos. Algunas reacciones psicógenas que presentan rasgos deliriosos se discutirán más tarde al tratar la histeria.

Estados oníricos o crepusculares. Un complejo sintomático algo semejante, pero más exagerado, es el trastorno conocido como estado onírico, o crepuscular, como a veces se denomina. Estos estados no se originan, como el delirium, de situaciones tóxicas o infecciosas, sino que tienen un origen afectivo o psicógeno de otro tipo. La conciencia se perturba habitualmente, y en algunos casos es tan confusa u obnubilada que el paciente no se percata de su medio ambiente inmediato. Hay alucinaciones visuales y auditivas en respuesta a las cuales el enfermo puede llevar a cabo actos complejos, como fugas, violencias, etc. Los estados crepusculares pueden durar desde pocos minutos hasta algunos días. Al recobrar la conciencia normal, el enfermo siente como si hubiera soñado, y recuerda muy poco, o nada, de lo que ocurrió durante el estado. Los estados crepusculares se observan sobre todo en la histeria y en la epilepsia; en la histeria, representan el escape de una realidad desagradable, o la satisfacción de deseos frustrados; en la epilepsia, tal tipo de comportamiento es motivado por factores inconscientes más profundos. Por una parte, los estados crepusculares se confunden con el delirium ordinario descrito en el párrafo anterior, y por otra, pasan a los estados disociados, como las fugas y la doble personalidad.

Trastornos orgánicos de la conciencia. En relación con los trastornos de la conciencia debidos a alteraciones fisiológicas de la corteza, debemos recordar que la sensibilidad a la falta de oxígeno es especialmente grande en el tejido nervioso de la corteza cerebral, que puede sufrir alteraciones irreversibles si el oxígeno falta por completo durante cinco a ocho minutos. La oxigenación insuficiente del cerebro puede resultar de la anemia cerebral, ya sea por disminución del aporte sanguíneo o por situaciones en que la saturación de oxígeno de la sangre no basta para las necesidades del cerebro.

TRASTORNOS DE LA APERCEPCION

Los trastornos de esa compleja función designada *apercepción* representan mucho más que una alteración de la conciencia; por medio de ella el pensamiento activo y atento, analiza, sintetiza, integra, valora e incorpora experiencia. Wundt la definió como el "único proceso por medio del cual cualquier contenido psíquico es transformado en concepción"; por ella se formulan nuevas ideas y se relacionan éstas con las ya familiares, resultando así que el individuo es capaz de comprender o "entender" las

nuevas situaciones, sucesos y experiencias. En los trastornos de la apercepción, el enfermo muestra dificultad para comprender las preguntas y las situaciones y experiencias no acostumbradas. Este trastorno se observa en las enfermedades psicógenas que entrañan intensas preocupaciones y otros disturbios de la atención, y también en los estados tóxicos y orgánicos. En la deficiencia mental se encuentra también, naturalmente, una capacidad de apercepción defectuosa.

TRASTORNOS DE LA ORIENTACION

Se llama orientación al proceso por el cual el individuo aprehende su ambiente y se sitúa mentalmente en relación con él. Cuando una persona conoce su posición en el tiempo, aprecia su situación en lo referente a espacio y circunstancias, y comprende su relación para con otras personas, se dice que está orientada. Por el contrario, cuando alguien no llega a reconocerse o localizarse con respecto a ninguno de estos puntos, se dirá que está desorientado en la esfera particular que es incapaz de entender.

La desorientación puede presentarse en cualquier enfermedad mental en la que haya extensos trastornos de la memoria, del alcance y exactitud de las percepciones, o de la atención del paciente. Consecuentemente, los trastornos de la orientación se observan tanto en los padecimientos orgánicos y tóxicos, como en los psicógenos; se presentan más frecuentemente en las perturbaciones tóxicas o cuando existe destrucción de las neuronas, es decir, cuando las funciones de los mecanismos fisiológicos esenciales para la memoria, la percepción y la atención, están alteradas. Menos frecuentemente, la desorientación puede ser debida a conflictos agudos, a factores afectivos intensos, o a falta de interés o atención.

PERTURBACIONES DE LA AFECTIVIDAD

Por afectividad debe entenderse la vida sentimental. Se denominan *afectos* las intensas variaciones temporales, modulaciones y expresiones del propio sentimiento. Aun cuando el término emoción se usa a menudo indefinidamente como sinónimo de afecto,[1] indica más bien el estado fisiológico correlacionado que acompaña o expresa el afecto. Por *disposición de ánimo,* o *talante,* se entiende un estado afectivo constante, sostenido, de considerable duración. La afectividad penetra toda la vida psíquica y de-

[1] Frecuentemente se ha hablado de una posible relación del hipotálamo con los afectos, pero no existen aparentemente bases para la sugestión de que el hipotálamo gobierne o aun sirva de intermediario para las experiencias afectivas.

termina la actitud general, ya sea por rechazamiento o aceptación de cualquier experiencia, promoviendo toda tendencia en armonía con ella o inhibiendo todo impulso en desacuerdo; por lo tanto, puede decirse que contiene un componente dinámico inherente que influye tanto el contenido del pensamiento, como la actividad conativa. Los factores afectivos pueden interferir las tendencias asociativas y prevenir que ciertos impulsos o aspectos conscientes inaceptables de la vida mental lleguen al conocimiento. Parece haber razones para creer que los disturbios profundos de la afectividad pueden llegar a producir perturbaciones de la conciencia, como en los estados de perplejidad y aturdimiento de las depresiones profundas; de hecho, al observar enfermos que sufren de trastornos mentales, se hace evidente que los factores afectivos influyen, no solamente todas las demás funciones psíquicas, sino también las fisiológicas.

El papel de los afectos en la psicopatología ha sido bien resumido por Bleuler: "En la misma forma que las anormalidades que llamamos psicopatías no son sino timopatías (perturbaciones de los afectos), las influencias afectivas tienen un papel tan importante en la psicopatología general, que prácticamente todo lo demás es meramente incidental. Unicamente la debilidad mental, las confusiones, y la mayor parte de los estados deliriosos, son predominantemente perturbaciones del intelecto. Y aun éstas están matizadas por los mecanismos afectivos, y frecuentemente, tanto su significado práctico como teórico son determinados por los factores afectivos".[1]

La literatura psiquiátrica recalca cada vez más la importancia de los factores psicógenos en la producción de la enfermedad mental. Aun cuando no se establece claramente, esos factores etiológicos dinámicos son de naturaleza afectiva. No son las ideas mismas los factores más importantes en la determinación del contenido mental del paciente, o de la forma de su conducta, sino los afectos que están ligados a ellas. Por lo tanto, cuando hablamos de factores psicógenos nos referimos realmente a factores afectivos.

Para valorar del todo la significación de un afecto, o tono afectivo, en los trastornos mentales, no debe reducirse la consideración a las variaciones patológicas, puesto que, directa o indirectamente, los afectos ejercen una profunda influencia sobre el pensamiento y la conducta de todo individuo. No es únicamente el contenido del pensamiento el que está compuesto en gran parte de ideas valoradas afectivamente, sino que el juicio mismo es constantemente forzado y pierde ecuanimidad por las ideas sobrevaloradas por razones afectivas. Las asociaciones son asimismo dirigidas en gran parte por los factores afectivos; éstos facilitan aquellas que tienden a engrandecer al yo o que ayudan a alcanzar algún objetivo, mientras que

[1] Naturgeschichte der Seele, Zweite Auflage, s. 185. Julius Springer, 1932.

inhiben las asociaciones desagradables u opuestas a alguna necesidad psicológica. La alteración del contenido mental por las influencias afectivas se conoce como catatimia; cuando la tensión de la necesidad emocional o el conflicto exceden la capacidad individual para valorar la realidad, para apreciar su significado y permanecer en contacto con ella, las experiencias pueden ser interpretadas de acuerdo con las necesidades afectivas, y se convierten en alucinatorias o delirantes.

Por medio del mecanismo de identificación, un afecto puede extenderse o irradiar del objeto al que estaba originalmente ligado, a otro asociado o sugerido por el primero; si, por ejemplo, un niño odia a una persona que tiene alguna característica física particular y notoria, el niño podrá, de ahí en adelante, sentir adversión por todas las personas que tengan una característica física semejante. En los estados psicopatológicos existe esta tendencia constante a transferir afectos del material que está más allá del conocimiento consciente, al contenido de los pensamientos conscientes. En las psicosis, los estados afectivos de gran intensidad son determinados frecuentemente por factores no reconocidos, pero de características altamente dinámicas. Todos los afectos poseen elementos conativos y por eso se explica que exista una estrecha correspondencia de las asociaciones y la conducta con ellos.

Afectos placenteros. Un afecto moderadamente placentero es conocido como *euforia,* y el enfermo se encuentra en una disposición mental optimista, y se siente invadido subjetivamente por un sentimiento agradable de bienestar. Se observa con mayor frecuencia en los estados hipomaníacos y en algunos padecimientos orgánicos como la parálisis general progresiva, esclerosis múltiple, y en algunos casos de tumor frontal. En el *júbilo,* un aire de gozo y de confianza en sí mismo irradia del paciente; su situación puede ser tal que tenga algunos motivos de infelicidad, pero todo lo que normalmente desencadena ese sentimientos es rápidamente desechado. El júbilo es, no obstante, un tipo de emoción muy lábil y puede cambiar fácilmente a la irritabilidad.

En la *exaltación* hay un intenso júbilo acompañado de una actitud de grandeza. Existe todavía otra alteración placentera de la afectividad, menos frecuente, que se llama *éxtasis,* en el que existe un rapto peculiar, fascinante y pacífico, con un sentimiento sereno de poder; una parte esencial de este estado es el sentimiento religioso. El paciente se identifica con un poder cósmico inmenso; se siente desprendido de las cosas externas, en un plano nuevo de existencia, acompañado a menudo del sentimiento de haber nacido otra vez, de haber alcanzado lo que está más allá, donde no hay nada mejor. Al salir de la experiencia, el paciente tiene un recuerdo muy vivo de ella; dinámicamente, el éxtasis representa probablemente el logro del máximum en la satisfacción de deseos. Algunas veces el éxtasis se presenta

en personas que han tenido un fuerte sentimiento de culpa, y ha sido observado en reacciones afectivas histéricas, epilépticas, y esquizofrénicas.

Depresión. La depresión es un rechazamiento afectivo que se origina de diversas fuentes psicopatológicas que se mencionarán después. Se trata realmente de un estado sintomático y no de una situación inherente fundamental. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en sus formas más ligeras el paciente es infeliz, tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad, y pierde el interés por sus actividades habituales. En la depresión un poco más profunda existe una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena; el enfermo está preocupado con algunos temas y éstos son siempre de naturaleza melancólica. Puede estar temeroso, ansioso o agitado; algunos se muestran perplejos, se quejan de un sentimiento de irrealidad o incapacidad de pensar. Las dolencias corporales, como cefalea, tensión en la cabeza, fatiga, falta de apetito, constipación, etc., son muy comunes, observándose en más de la mitad de los casos; el insomnio, especialmente el caracterizado por despertar muy temprano, es casi la regla; las ideas de referencia son frecuentes, pues el contenido mental, como dijimos, es grandemente influenciado por los estados afectivos; el delirio es común y tiende habitualmente a expresar ideas de culpa, indignidad y autoacusación; la idea de suicidio es muy frecuente; multitud de hechos y "pecadillos" sucedidos anteriormente, son valorados con una nueva interpretación condicionada por la disposición de ánimo; la iniciativa se pierde, las decisiones se tornan difíciles, y las respuestas a preguntas sencillas, breves y tardías. La expresión facial es de decepción, desesperanza y aun de temor; la piel de la frente está arrugada, las comisuras bucales pendientes y la mirada fija. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto desequilibrio, con contracción ligera de los flexores y adductores, de tal manera que el cuello, tronco y extremidades presentan la llamada actitud de "flexión" de la depresión; los movimientos se ejecutan lentamente y con aparente dificultad. La depresión se acompaña a menudo de falta de apetito, pérdida de peso, lengua saburral, mal aliento y constipación, pero el metabolismo cerebral permanece aparentemente normal.

En relación con su causa, las depresiones pueden clasificarse en reactivas y autónomas. Las *depresiones reactivas* son aquellas que se originan como reacción a causas externas evidentes que producirían tristeza en cualquier individuo, tales como desgracias, dificultades en los negocios, enfermedades, etc., y no son por lo regular de larga duración. Las *depresiones autónomas* son originadas por causas endógenas más que por situaciones o experiencias; su origen se encuentra en factores afectivos internos, cuyas fuentes están situadas fuera de la capacidad de comprensión del enfermo, y no rara vez la causa es la angustia asociada a un sentimiento de culpa. La

angustia productora del sentimiento de culpa que origina depresión puede ser debida a factores diversos, contándose entre los principales, el temor a los conflictos que brotan de tendencias y deseos instintivos. La depresión puede también tener sus raíces en un sentimiento de culpa inconsciente originado en las relaciones interpersonales, tal vez en la ambivalencia y hostilidad inconscientes, con impulsos agresivos y resentimiento, dirigidos a personas que deberían ser objeto de veneración (una madre que impide el matrimonio de la hija), o hacia personas de las que uno depende para la propia seguridad. La depresión no solamente puede nacer de la repercusión afectiva de un método psicológico inadecuado para enfrentarse a los impulsos agresivos, como acabamos de indicar, sino que puede originarse directamente de esos impulsos agresivos cuando son dirigidos contra uno mismo. El sentimiento de culpa y remordimiento es más frecuente en las depresiones autógenas que en las reaccionales. En las depresiones simples, de curso lento, la angustia se origina principalmente en hechos pasados, mientras que en las depresiones agitadas, comunes en las personas de edad, se relaciona con la inseguridad del porvenir.

La tensión, el miedo, la angustia, el pánico, la suspicacia, el odio, la petulancia, la perplejidad y la irritabilidad, con todas sus implicaciones ideativas, tienen tanto sentimiento que se les llama, a veces, afectos "impuros".

Tensión. En la tensión el paciente tiene un sentimiento de desasosiego, inquietud, insatisfacción y expectación; presenta una expresión tensa, tirante de la facies, sus dedos son trémulos, y manifiesta una prisa abrupta en los movimientos. Puede experimentar cierta dificultad en la concentración, y se queja de opresión o de alguna otra sensación molesta sobre la cabeza. La tensión puede originarse cuando una persona se debate entre deseos e impulsos contradictorios, en la lucha por su seguridad, o en muchas otras situaciones. Va siempre acompañada, o más bien, es una manifestación de la angustia.

Angustia. Con este nombre se designa un estado de tensión exaltada acompañado de un sentimiento vago, pero muy inquietante, de desastre o peligro inmediato. La angustia tiende particularmente a perturbar las funciones fisiológicas y a encontrar expresión en síntomas picosomáticos; puede, en los estados agudos, a través de una estimulación del sistema nervioso neurovegetativo, producir espasmos en el cardias, el píloro o el intestino, hiperclorhidria, diarrea, constipación, palpitaciones, taquicardia, extrasístoles, cambios bruscos vasomotores y dificultad respiratoria; las manos y la cara transpiran, el enfermo adopta posturas forzadas, muestra una vigilancia excesiva, con intranquilidad motora de manos y pies; la voz puede ser entrecortada y forzada, y las pupilas estar ampliamente dilatadas; está inquieto, duerme muy mal, y padece sueños perturbadores.

La angustia y el miedo tienen mucho en común, pues ambos son respuestas a una situación peligrosa. Las reacciones fisiológicas en las dos situaciones son análogas, si no idénticas, y el tono emocional del individuo es casi el mismo. Existen, sin embargo, algunas diferencias: el miedo es la respuesta a un peligro externo real y presente, y desaparece cuando la situación que le dió origen se elimina, triunfando sobre ella o por la fuga. La angustia, con su persistente sentimiento de espanto, de pavor y de inmediato desastre, es una reacción provocada por la amenaza de los impulsos peligrosos reprimidos profundamente dentro de la personalidad; difiere, además, del miedo en que no se refiere a objetos o hechos específicos, sino que es un pavor irracional de las situaciones que simbolizan subrepticiamente los conflictos inconscientes.

La angustia ocupa uno de los lugares más importantes en la dinámica de la conducta humana; es uno de los estados mentales más penosos e intolerables, y las adaptaciones concebidas para evitarla, enmascararla, o aliviarla, son posiblemente todavía más importantes en el condicionamiento de la conducta. Como se dijo anteriormente, muchos estados de angustia tienen su origen en impulsos reprimidos, que se hacen particularmente amenazantes cuando la represión se debilita. Pero también puede originarse en frustraciones, insatisfacciones, inseguridad y, mucho más frecuentemente de lo que pudiera creerse, directa o indirectamente, en las situaciones interpersonales. En el proceso del desarrollo de la personalidad, todos los hombres desenvuelven ciertas adaptaciones o características de personalidad, que emplean habitualmente para enfrentarse a las situaciones capaces de producir angustia; naturalmente, la eficacia de esas características para resolver los problemas angustiantes varía enormemente. Algunos de esos artificios desarrollados inconscientemente, no solamente sirven para resolver con éxito los conflictos y angustias, sino que llegan a ser los fundamentos de rasgos del carácter que poseen un gran valor social; en otros casos, esos artificios se convierten en mecanismos de defensa tan exagerados y desequilibrados que constituyen las reacciones que denominamos neuróticas o psicóticas

La angustia ordinariamente se transfiere de su fuente original, pero desconocida para el enfermo, a alguna otra situación que le parece poseer motivos razonables de aprensión, es decir, a una situación que excita su miedo difuso y penoso, su desasosiego inconcreto. Algunas veces la angustia no se desplaza sobre otra situación, y se siente como un miedo morboso sin objeto; esto es conocido como angustia flotante. La angustia es el síntoma predominante en las llamadas neurosis de ansiedad, aunque puede manifestarse en otras neurosis. Constituye, por lo tanto, unida a los diversos mecanismos desarrollados para evitarla, un importante factor en la psicopatología de las personalidades anormales, psiconeurosis, psicosis y

enfermedades psicosomáticas; es a través de su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, que muchos síntomas psicosomáticos encuentran expresión.

La angustia ocupa también una posición primordial en la teoría psicoanalítica, en donde su importancia es de dos clases. Sirve primeramente como señal o indicación de conflicto, y también como agente de refuerzo de la represión, proyección y formaciones reactivas. De hecho, puede decirse que todos los artificios y mecanismos mentales que tienen un propósito defensivo ejercen su función por intermedio de su capacidad para reducir la fuerza de la angustia.

Pánico. Elementos claramente afectivos intervienen también en el pánico, del que Diethelm aporta una de las mejores definiciones: "El pánico no es tan sólo un grado más alto del miedo, sino un miedo basado sobre una tensión prolongada, con un clímax súbito caracterizado por temor, inseguridad extrema, desconfianza, y tendencia a la proyección y a la desorganización".[1] Las falsas interpretaciones van seguidas de proyecciones que pueden tomar la forma de alucinaciones de contenido amenazante y acusador, o de delirios de persecución. Las situaciones que dan lugar al pánico son aquellas en que una inseguridad de la personalidad sostenida por largo tiempo ha creado una tensión grave, tornándose particularmente amenazadora. Entre los factores más frecuentes se cuentan las tendencias homosexuales, y ocasionalmente heterosexuales, rechazadas. A causa del sentimiento de inseguridad subyacente, el paciente puede reaccionar con autodefensa, agresividad y precipitación, o exhibir claramente la dilatación de las pupilas y todas las demás manifestaciones simpaticotónicas del miedo, quedando, sin embargo, inmóvil, pues no se atreve a intentar el más leve movimiento; a menudo existe dificultad para pensar, y a veces el aspecto es de aturdimiento. La reacción contiene, habitualmente, componentes afectivos y esquizofrénicos, incluyendo estos últimos una desorganización considerable, aunque temporal, de la personalidad. El suicidio no es poco común en los estados de pánico.

Afecto inadecuado. El embotamiento emocional, en forma de indiferencia o apatía, es un trastorno frecuente de la afectividad que se caracteriza por una sensibilidad inadecuada a las experiencias que normalmente proporcionan placer o dolor emocional. Los enfermos que padecen esta disminución de la afectividad pierden el interés por las cosas que previamente los atraían; la indiferencia para los sentimientos estéticos es muy común; las cualidades como la gratitud, la simpatía, la esperanza, la pena, la compasión, el orgullo o la vergüenza, dejan de formar parte de las experiencias subjetivas del paciente. Esta ausencia de respuesta emocional hace aparecer al paciente fuera del contacto con la realidad.

[1] Diethelm, Oskar: Panic, Arch. Neurol. and Psychiat., 28: 1153, noviembre, 1932.

Falta de propiedad en los afectos. La falta de armonía en los afectos es una perturbación emocional común que se observa particularmente en la esquizofrenia. Esta enfermedad es un resultado lógico de la desorganización de la personalidad y del conflicto entre los complejos dominantes.

Ambivalencia. Reconociendo que cada característica de la personalidad tiene un doble aspecto, de manera que cada rasgo se encuentra conectado íntimamente con el opuesto, Bleuler introdujo en el pensamiento psiquiátrico el concepto de ambivalencia. En la ambivalencia afectiva pueden existir actitudes y sentimientos contradictorios hacia el mismo objeto, ya sea originándose alternativamente, o, lo que es más frecuente, coexistiendo. Una forma de polaridad ambivalente es la combinación sutil de amor y de odio, en que el cariño está ligado a un sentimiento de desprecio; en la ambivalencia de estos dos sentimientos se halla frecuentemente una intensificación consciente del amor para reprimir el odio fundamental. No es raro en la ambivalencia de sentimientos observar que el componente reprimido se proyecta; así, el odio sentido hacia otra persona en un sentimiento ambivalente puede proyectarse, y ser experimentado como odio dirigido hacia uno mismo por parte de la otra.

Despersonalización. El sentimiento de irrealidad, que se conoce a veces como síndrome de despersonalización, puede definirse como un trastorno afectivo en el que los principales síntomas son el sentimiento de irrealidad o de cambio de la personalidad. Los síntomas de irrealidad son de dos clases: el sentimiento de cambio de la personalidad, y el sentimiento de que el mundo externo es irreal. El paciente siente que ya no es el mismo, pero tampoco siente que se ha transformado en otro, diferenciándose así de lo que se llama tranformación de la personalidad; el enfermo experimenta una pérdida total de la respuesta afectiva para cualquier experiencia, resultando de ello que todo, hasta él mismo, le parece irreal. Los sentimientos de irrealidad pueden observarse en las depresiones, en la angustia, en los estados obsesivos, en la histeria y en algunas esquizofrenias. El principio puede ser agudo, a continuación de un choque emocional grave, o puede ser gradual, siguiendo a una tensión prolongada. Se observa más frecuentemente en las personalidades de tipo inteligente, sensitivo, afectivo, introvertido e imaginativo.

El enfermo siente que su cuerpo ha cambiado en alguna forma peculiar, y ya no parece el suyo; puede decir que siente como si su cuerpo estuviese muerto o convertido en madera o alguna otra substancia; que sus pensamientos son extraños, que sus actos, lo mismo que su pensamiento, parecen llevarse a cabo de una manera mecánica, como si él fuera una máquina o un autómata; las gentes y los objetos le parecen irreales, lejanos, y faltos del color y la viveza normales; a veces el enfermo dice que le parece estar en trance o soñando; está perplejo, aturdido por la extrañeza de su sentimiento de irrealidad; muestra dificultad en la concentración y se queja de que su cerebro está muerto o ha dejado de trabajar.

Esta reacción, desde el punto de vista psicopatológico, puede ser considerada como una forma de huida de la realidad, como un escape ante alguna situación intolerable, en una personalidad sensitiva y generalmente inteligente. El síndrome no es influenciado por drogas, pero se obtiene la remisión por medio de electrochoques.

TRASTORNOS DE LOS ASPECTOS MOTORES DE LA CONDUCTA

Conación. Los trastornos que se considerarán bajo este subtítulo son los que antiguamente se describían como trastornos de la volición, hipotética facultad que se creía formaba parte de la voluntad deliberada; son trastornos de la esfera de acción de la personalidad. Aun cuando el aislamiento de cualquier aspecto de la mente es completamente artificial, diremos que las perturbaciones que vamos a considerar caen en el campo de lo que los psicólogos llaman tendencia a la acción o conación. Este término implica afecto y deseo, al mismo tiempo que el concepto que antes se incluía en la palabra voluntad. Inversamente, todos los afectos tienen elementos conativos e impulsos. La conación es en realidad la disposición intencional o el aspecto contendiente de la personalidad. Representa la actividad adaptada a un fin, pero le falta el grado de conciencia que se asocia habitualmente a la idea de voluntad o volición. No es una facultad especial (no hay "facultades" aislables, sino la personalidad toda en acción). A través de toda la conducta y expresiones de la personalidad encontramos las fuerzas correlativas del afecto y de la conación.

Actitud. Mencionaremos brevemente algunos otros términos que tienen que ver con la esfera de acción de la personalidad. Por actitud se entiende una predisposición continuada para reaccionar de una manera característica hacia un tipo dado de persona o de situación. Las actitudes son en gran parte determinadas por el estado sentimental, y pueden adquirirse consciente o inconscientemente.

Disposición. Se entiende por disposición la suma de las tendencias, en tanto que se determina por los componentes afectivos y conativos de la personalidad.

Agresión. Puede definirse como la impulsividad profundamente arraigada o el modo de la personalidad para reaccionar de una manera definidamente enérgica. El término implica no sólo voluntad de poder, sino hostilidad y ataque, aunque estas tendencias no sean necesariamente ex-

presadas en forma evidente. Se origina en respuesta a la frustación de los impulsos y necesidades fundamentales; como las frustraciones y las privaciones son acompañantes inevitables de la vida, la agresión brota constantemente como secuela natural; puede servir también de compensación o enmascaramiento a un sentimiento profundo de debilidad o inseguridad. Las reacciones agresivas con tendencias paranoides pueden originarse como una hipercompensación de la pérdida de la autoestimación; la agresión puede no solamente ser proyectada, reflejándose en ideas de referencia o creencias paranoides, sino que puede ser interiorizada, dirigiéndose hacia el mismo sujeto, y en este caso provoca depresión; es por esto que podemos encontrar depresión y delirio paranoide en el mismo paciente. Cuando los impulsos agresivos se subliman pueden promover formas de adaptación progresivas y constructivas, o encontrar una canalización saludable en los deportes. La agresión es un factor altamente dinámico en el determinismo de los rasgos de la personalidad y del tipo de conducta, no únicamente porque en sí misma es fundamental y penetrante, sino porque el individuo, no atreviéndose a afrontar sus aspectos negativos en la forma de odio y hostilidad, desarrolla una reacción intensamente perturbadora, la angustia.

Ambivalencia. La esfera de acción, de la misma manera que la esfera afectiva de la personalidad, puede estar caracterizada por tendencias ambivalentes, es decir, se puede estar impelido por impulsos contrarios; desear, al mismo tiempo, dos cosas incompatibles; amar conscientemente a una persona y, simultáneamente, experimentar una hostilidad reprimida hacia ella, y cuando no se obtiene una represión completa de esa hostilidad, puede ésta ser revelada por algún acto.

Trastornos de la actividad. *Actividad aumentada.* Los trastornos de la actividad pueden clasificarse convenientemente en tres tipos: hiperactividad (observada típicamente en la manía), hipoactividad (depresión) y disactividad (simple, esquizoide, y paranoide). El aumento del ímpetu para las ocupaciones se denomina actividad psicomotora aumentada; tal actividad tiene un propósito, pero no logra ningún fin, pues el objeto del trabajo es constantemente cambiado; el paciente está muy ocupado, pero sus actividades no son productivas; emprende una nueva actividad antes de haber tenido oportunidad de completar la primera. Esta celeridad es frecuentemente compartida por todos los demás aspectos conativos del individuo, y así se observa que la corriente del pensamiento se caracteriza por la fuga de ideas.

Actividad disminuída. Una lentificación marcada de la expresión conativa tiene lugar en la disminución de la actividad psicomotora, o retardo psicomotor. Existe típicamente un alargamiento del tiempo necesario para iniciar una actividad deseada y, una vez iniciada, se ejecuta lentamente,

como con esfuerzo penoso. En los casos extremos el paciente está mudo, inmóvil y no emprende ninguna actividad espontáneamente. Al igual que cuando está aumentada, en la disminución de la actividad psicomotora los demás aspectos conativos de la conducta participan en la alteración, observándose un retardo en la corriente del pensamiento.

Actividades repetidas. En algunas enfermedades mentales, especialmente en la esquizofrenia, se observa a veces que una vez iniciada una actividad, hay una tendencia a repetirla en la misma manera por un tiempo indefinido. Se llama *estereotipia* a esta constante y persistente repetición de ciertas actividades, y puede ser de la actitud, de movimientos o del discurso. Se denomina *catalepsia* a la inmovilidad constantemente sostenida en una posición dada; una forma cataléptica de inmovilidad, que se observa frecuentemente en la esquizofrenia, y que hay que considerar probablemente como la expresión de un alto grado de sugestibilidad, es la *flexibilidad cérea,* que recibe este nombre por el hecho de que las articulaciones de las extremidades del paciente pueden ser flexionadas o extendidas ofreciendo una resistencia semejante a la de la cera, y permaneciendo en la posición que se les imprime como sucede con los miembros de una muñeca; pueden, así, colocarse los miembros en una posición incómoda, que será mantenida por un tiempo mucho mayor de lo que soportaría una persona normal. Los movimientos estereotipados llamados *amaneramientos* son comunes en la esquizofrenia; pueden tomar la forma de gestos, muecas repetidas, peculiaridades en la marcha o muchos otros diversos tipos. Algunas veces se repite toda una serie complicada de movimientos hasta constituir un claro y definido ritual; otras veces es repetida una palabra, una oración o una frase, y esta reiteración del lenguaje es conocida con el nombre de *verbigeración.* Las estereotipias tienen un significado psicológico bien definido, aunque el simbolismo en cada caso es peculiar al individuo, y está determinado por sus complejos u otras experiencias afectivas. Después de un cierto tiempo, la repetición puede convertirse en hábito, perdiéndose, en gran parte, el valor afectivo original.

Obediencia automática. Lo contrario fenomenológicamente, aunque no psicológicamente, del negativismo, es el automatismo al mandato, por el cual las sugestiones o requerimientos exteriores son compulsiva o automáticamente seguidos; la obediencia automática puede también tomar la forma de repetición de palabras o de frases pronunciadas en presencia del paciente *(ecolalia),* o puede exhibir una forma de imitación de los movimientos observados en otras personas (*ecopraxia*). Las diferentes formas de la obediencia automática con su sugestibilidad extrema representan, probablemente, una tendencia a la disociación.

Negativismo. El negativismo es una perturbación común del aspecto motor de la conducta, y se caracteriza por resistencia del paciente a hacer

lo que se desea de él, o por hacer exactamente lo contrario a lo que se le sugiere; puede tomar la forma de mutismo, ayuno obstinado, desatención a los ruegos y resistencia a los esfuerzos que se hacen por cuidar al enfermo. La inmovilidad y el negativismo pueden ser expresiones de hostilidad, o de reanimación de métodos primitivos de defensa. En el negativismo no se incluye la reacción de inconformidad o incapacidad para aceptar una situación.

Compulsiones. El impulso morboso, y a veces irresistible, para ejecutar un cierto acto, se llama compulsión. El acto puede ser de naturaleza simple, como el tocar dos veces cada cosa, caminar pisando las grietas del suelo, o compleja, y constituir entonces, más o menos, un ritual. La compulsión puede considerarse como el resultado de una obsesión, como una obsesión en acción; de hecho, esos actos están tan ligados a una obsesión, que tal combinación se conoce habitualmente con el nombre de síndrome compulsivo-obsesivo. Los actos no están exentos de significado, pues a través de la acción de los mecanismos de desplazamiento, substitución y simbolización, sirven como defensa contra la angustia. En muchas personas, de las que nadie pensará que sufren de alguna enfermedad mental, pueden encontarse diversos hábitos obsesivo-compulsivos que sirven de reacciones de defensa para mantener la angustia y los sentimientos de culpabilidad en su mínima expresión; entre esos hábitos característicos de la personalidad están el gusto excesivo por el orden, por la limpieza, el ansia de perfección, la tendencia a la argumentación demasiado minuciosa y la adhesión rígida a la rutina. Las personas que poseen tales rasgos son calificadas a menudo como de carácter obsesivo.

Aversión. Adolfo Meyer ha aplicado el término de aversión a la actitud inflexible e intransigente de algunos pacientes deprimidos, ante situaciones inaceptables e insuperables. No representa la simple inconformidad pasiva para aceptar una situación, sino una reacción agresiva, de autoafirmación, que se caracteriza por resentimiento, odio, falta de cooperación, rechazamiento y a veces por reacciones estuporosas o paranoides.

TRASTORNOS DE LA ATENCION

La reacción selectiva, consciente, por la cual el organismo examina el mundo externo en busca de datos útiles, se llama atención; para que el examen sea provechoso se requiere un cierto grado de vigilancia y de tenacidad. La atención es grandemente influída por la conación, los afectos y las asociaciones. Los sentimientos y las tendencias influyen sobre la atención no sólo directa, sino indirectamente, por medio de sus efectos sobre las asociaciones; la fatiga, los estados tóxicos y las lesiones orgánicas modifican fuertemente tanto la vigilancia como la tenacidad, y de esta manera influyen sobre la atención; estos últimos factores pueden, además, interferir las asociaciones y disminuir así la atención. En forma semejante, la pobreza en las asociaciones es en gran parte responsable de los defectos de la atención en los débiles mentales, y aun una persona normal que tiene pocas asociaciones relacionadas con el objeto que se le presente a examen, en ausencia de fuertes factores afectivos, mostrará una atención deficiente. Se llama *distracción* la incapacidad para sostener la atención durante el período requerido para un examen adecuado; en este trastorno, cualquier estímulo fugaz, o una labilidad anormal de los afectos, asumen la dirección de la atención a la que le falta la tenacidad normal. Por el contrario, una depresión profunda puede causar que la *tenacidad* de la atención sea exagerada; ningún estímulo ni nueva experiencia logran que el paciente desvíe la atención de la idea u objeto a que se refiere su estado mental. Por último, hay todavía otro trastorno que disminuye grandemente la atención, la *desorganización emocional,* observada en el esquizofrénico apático.

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

Se denomina memoria a la función por la cual los datos adquiridos y presentados a la conciencia por las observaciones de la atención son almacenados, para ser más tarde convocados y presentados nuevamente a la conciencia. Para claridad en la descripción se considerará que consiste en tres procesos: recepción y *registro* de la impresión mental; *retención* de esa impresión; reproducción o *recuerdo* de la misma impresión. No debemos concluir que la memoria es una facultad o función especial más o menos aislada, sino sólo un aspecto de aquella parte altamente integrada de la conducta del organismo que llamamos mental. Este aspecto tiene también un objetivo de ajuste y tiende a promover la adaptación con el mínimo de esfuerzo, en virtud de la ayuda que presta al individuo para que saque provecho de su experiencia.

Debido en gran parte a las investigaciones de psicología anormal, sabemos ahora que la memoria es también influída por los afectos, que tienden a modificarla en interés del individuo.

Los trastornos de la memoria son tres: la memoria anormalmente pronunciada o *hipermnesia;* pérdida de la memoria o *amnesia;* y falsificación de la memoria o *paramnesia.*

Hipermnesia. Se observa ocasionalmente en los estados maníacos leves y en la paranoia. La capacidad mnemónica excesiva se limita habitualmente a períodos específicos, a eventualidades específicas, o a experiencias relacionadas con afectos particularmente intensos. Las impresiones que se

originan de hechos matizados emocionalmente se registran casi siempre con una intensidad mayor que la habitual y el paciente tiene un recuerdo vívido y detallado.

Amnesia. Puede ser producida tanto por factores orgánicos como psicógenos. En la amnesia orgánica, las perturbaciones fisiológicas de las neuronas por toxinas, traumas o cambios degenerativos, dificultan los procesos asociativos; la pérdida de la memoria por causa orgánica se debe al trastorno en el proceso de registro y de retención, pero especialmente de este último. En la amnesia psicógena se inhibe el recuerdo por razones psicológicas; estrictamente hablando, el paciente de amnesia psicógena no olvida; la ausencia de memoria es un proceso activo de defensa; el enfermo rehusa recordar, pues por intermedio de la amnesia psicógena, que puede ser selectiva o total, logra liberarse de la angustia. La conciencia resulta así protegida de los recuerdos desagradables o inconvenientes. La amnesia psicógena no solamente permite la fuga de la memoria a las experiencias intolerables, sino que sirve como artificio para escapar de las consecuencias de un acto. Las amnesias orgánicas pueden ir seguidas o ser complicadas por la imposibilidad psicógena de recordar; esto se observa sobre todo en los traumatismos de cráneo. Las grandes pérdidas de la memoria de origen psicógeno deben ser consideradas como de naturaleza histérica; la diferencia entre la simulación y la amnesia histérica es sólo de grado.

Otra forma muy frecuente de amnesia psicógena es el olvido de los actos pensados, y es debida a un conflicto en los deseos. Se olvidan deberes, tareas, o compromisos determinados, porque están en conflicto, quizá inconscientemente, con algún otro deseo o interés.

El diagnóstico diferencial entre la amnesia orgánica y psicógena es importante; en la diferenciación hay que investigar la naturaleza de la causa. A menudo ésta es evidente, pero si no lo es, será necesario hacer una historia cuidadosa y una exploración detallada del sistema nervioso antes de concluir que la amnesia es de origen psicógeno, y esto no debe aceptarse mientras no se descubra una necesidad psicológica que la determine; aunque, probablemente, si no ha habido trastorno de la conciencia o alteración de las funciones intelectuales, la amnesia será de origen psicógeno. Una amnesia selectiva en que se olvidan actos o tópicos inconvenientes es seguramente de origen psicógeno; en éstas se observa frecuentemente una brusca y completa recuperación de la memoria, mientras que tal cosa no ocurre en las de causa orgánica, pues aquí, la recuperación tiene lugar, siempre, en forma gradual e incompleta. Las amnesias fragmentarias en donde la pérdida de la memoria es diseminada para detalles no relacionados entre sí, son de origen orgánico, y se observan en la parálisis general progresiva o en la demencia senil. Las amnesias circunscritas a determinados períodos de tiempo pueden ser tanto psicógenas como orgánicas.

Amnesia anterógrada. Es la que progresa coincidiendo con el paso del tiempo y la experiencia; se extiende hacia delante para cubrir un período, siguiendo la recuperación aparente del contacto ambiental. Se observa con cierta frecuencia en los boxeadores cuando han recibido un golpe fuerte en la cabeza. El pugilista continúa peleando después de golpeado, de manera aparentemente normal, pero más tarde se demuestra que hay una laguna en su memoria desde el momento en que recibió el golpe hasta que terminó la pelea o aun después.

Amnesia retrógrada. En la amnesia retrógrada hay una pérdida de la memoria que se extiende hacia atrás, sobre un período anterior al momento en que el acceso ocurrió. En casos de traumatismo craneal puede haber amnesia retrógrada que alcanza un período variable previo al traumatismo, que siempre va acompañado de pérdida de la conciencia. Puede, también, presentarse después de muchas otras formas de alteración orgánica de la función cerebral, como intentos de suicidio por ahorcamiento y por gas, o después de crisis epilépticas; se ve también, a menudo, después del tratamiento con electrochoque, y puede, finalmente, tener origen psicógeno, habiéndose observado casos en que la amnesia alcanza períodos de tiempo muy prolongados.

Paramnesia. La paramnesia o falsificación de la memoria puede ser de varios tipos. En uno de ellos, conocido como *confabulación,* el enfermo llena las lagunas de su memoria con invenciones sin ninguna base, pero que cuando las relata, las acepta como sucedidos reales; esas ficciones cambian de un momento a otro, y pueden frecuentemente ser sugeridas o dirigidas por la persona a quien se las relata. Este tipo de paramnesia se observa ocasionalmente en las psicosis seniles, y particularmente en el síndrome de Korsakoff.

Falsificación retrospectiva. Las falsificaciones retrospectivas, o ilusiones de la memoria, creadas en respuesta a necesidades afectivas, tienen una significación psicológica diferente; de hecho, todos los hombres tienden a adornar la verdad de acuerdo con las necesidades psicológicas e, inconscientemente, seleccionan los recuerdos que cuadran a los intereses. Dos personas con actitudes emocionales diferentes, pero intensas, referentes a un mismo hecho o experiencia, ofrecerán relatos completamente distintos de las circunstancias; ambas personas serán honestas en sus juicios, pero recordarán, cada una, detalles que armonizan con sus necesidades emocionales y olvidarán los que no son concordantes con sus afectos. En las psicosis paranoides se observa esta tendencia en grado exagerado. El enfermo interpreta falsamente un hecho real, le agrega detalles imaginarios, y hasta lo relaciona con experiencias que tienen muy poca o ninguna base de hecho. Esas falsificaciones sirven al propósito de aportar pruebas que apoyen los delirios del paciente que, también, son producto de necesidades afectivas.

"Déjà-Vu". Mención debe ser hecha de la ilusión de la memoria conocida como *"déjà-vu"*. En este fenómeno, existe un sentimiento de familiaridad al observar algo, una escena nueva por ejemplo, que, en realidad, no ha sido previamente observada; nace cuando la situación presente tiene un lazo de asociación con algún sucedido o experiencia pasada, para la que el enfermo es amnésico. El incidente olvidado ha sido el centro de un conflicto psicológico con la consiguiente represión. Por el contrario, en el fenómeno de *"jamais-vu"* existe un sentimiento falso de ausencia de la familiaridad con situaciones que realmente sí se han experimentado. Estos fenómenos pueden observarse en la esquizofrenia, psiconeurosis, epilepsia y en algunos estados de fatiga o intoxicación.

Función de las perturbaciones psicógenas de la memoria. Por lo que hemos dicho, resulta evidente que la pérdida de la memoria, en ausencia de cambios tóxicos o estructurales de las neuronas corticales, es un proceso selectivo y no una cuestión de azar; tiene un papel muy importante en el logro de la autoestimación y la comodidad del individuo.

Se reconoce ahora, principalmente después de las observaciones de Freud y Brill, que muchas equivocaciones del lenguaje hablado o escrito, como palabras erróneas opuestas a lo que se intentaba decir, la pérdida o destrucción de objetos valiosos, olvidos pequeños y una gran cantidad de actos equivocados de la vida diaria que se consideran ordinariamente como "accidentales", son en realidad determinados por motivos inconscientes. Como estos errores aparentemente inmotivados semejan síntomas en su relación con el mecanismo de la represión, se denominan "actos sintomáticos".

DEMENCIA

En cualquier perturbación o degeneración estructural de las más altas neuronas corticales, tales como una desnutrición o intoxicación prolongada, se produce una reducción del caudal mental, una pérdida de la capacidad intelectual, permanente o irreversible, que se denomina demencia. Cuando es de un grado muy ligero, el empobrecimiento se manifiesta por una autocrítica defectuosa, disminución de la capacidad para las discriminaciones finas, para decidir sobre cuestiones delicadas relativas a la moral, o de la capacidad para emplear ideas abstractas. Conforme progresa la demencia, aumenta la pobreza de la iniciativa, se restringe el interés y se entorpecen las inquietudes; las impresiones se captan y asimilan lentamente, con dificultad y, a menudo, inexactamente. Existe, por lo tanto, una imposibilidad para aprovechar la experiencia; la aptitud y la capacidad de aprendizaje están disminuídas; se vuelve cada vez más difícil, y hasta imposible, para el paciente el poder seguir y comprender una conversación. Las preguntas no

obtienen respuesta o lo logran sólo después de varias repeticiones; la memoria es defectuosa y puede haber desorientación y confusión; hay pobreza de la imaginación necesaria para el pensamiento productivo. El contenido de la conciencia se reduce tanto en cantidad como en variedad, y las asociaciones, o no se forman, o lo hacen en forma difícil e imperfecta. La capacidad individual para integrar la experiencia pasada con la presente está reducida, y el juicio se hace defectuoso. Las emociones son inestables e inadecuadas. Sin embargo, se debe tener cuidado en no confundir la inhibición temporal del interés debida a preocupaciones, o el embotamiento de la conciencia debido a venenos externos o internos, con la demencia; ni tampoco la demencia adquirida de las enfermedades orgánicas, con la debilidad mental de la oligofrenia innata.

REFERENCIAS

Brosin, H. W.: Panic States and Their Treatment. Am. J. Psychiat., *100:* 54, 1943.

Campbell, C. M.: Delusion and Belief. Cambridge, Harvard Univ. Press, 1926.

———: Hallucinations; Their Nature and Significance. Am. J. Psychiat., *9:* 607, 1930.

Diethelm, Oskar: Aversion and Negativism. Arch. Neurol. and Psychiat., *37:* 805, 1937.

Fairbairn, W. R. D.: Some Points of Importance in the Psychology of Anxiety. Brit. J. M. Psychol., *9:* 303, 1930.

Freud, S.: Psychopathology of Everyday Life. Traducido por A. A. Brill. London, Ernest Benn, 1935.

Gillespie, R. D.: Clinical Differentiation of Psychogenic and Physiogenic Disorders. Brain, *51:* 254, 1928.

———:Hypochondria, Its Definition, Nosolgy and Psychopathology. Guys' Hospital Reports, 1928.

Good, Rankine: Depression. Brit. J. M. Psychol., *20:* 344, 1946.

Jones, Ernest: The Psychopathology of Anxiety. Brit. J. M. Psychol., *9:* 17, 1929.

Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Julius Springer, Berlin, 1927.

———: Textbook of Medical Psychology. Traducido por E. B. Straus. New York, Oxford Univ. Press, 1934.

Lennox, W. G.: Amnesia, Real and Feigned. Am. J. Psychiat., *99:* 732–743, 1943.

Lewis, A. J.: Melancholia: A Historical Review. J. Ment. Sc., *80:* 1, 1934.

———: Depression. J. Ment. Sc., *90:* 256–265, 1944.

Linderman, Erich: Symptomatology and Management of Acute Grief. Am. J. Psychiat., *101:* 141–148, 1944.

Parfitt, D. N. y Gall, C. M. C.: Psychogenic Amnesia: The Refusal to Remember. J. Ment. Sc., *90:* 511–527, 1944.

Wiersma, E. D.: Psychology of Dementia. J. Ment. Sc., *76:* 1, 1931.

CAPITULO VI

CONSTITUCION PSICOBIOLOGICA Y TIPOS DE REACCION

Unidad psicobiológica. El estudio de las diversas fases de la personalidad indica que puede haber una tendencia a que la personalidad se construya sobre un cierto tipo de estructura constitucional. Efectivamente, si existe esa cierta correlación entre los diferentes aspectos psicobiológicos del organismo, puede ello mismo ser considerado como una prueba de su unidad psicofísica. El proceso dinámico dentro del organismo tiende, aparentemente, a producir una reacción específica: morfológica, metabólica y psicológica. Ciertos tipos psicológicos, con sus actitudes particulares ante la vida, parecen tener relación con ciertos caracteres físicos. Podría ocurrir que el sistema endocrino y el sistema nervioso vegetativo representasen un lazo de unión entre los procesos metabólicos por una parte, y la organización y características de la personalidad por la otra. Esto no significa que los tipos de reacción psicológicos y psiquiátricos estén siempre correlacionados con tipos corporales específicos, sino que parece haber tipos de constitución psicofísica que presentan una tendencia a responder en una forma particular, pero no puede sacarse ninguna conclusión diagnóstica, definitiva, de la mencionada correlación. Kretschmer, profesor de psiquiatría de la Universidad de Marburgo, reconoce diversos tipos físicos que están en relación con ciertos tipos de temperamento; describe cuatro variedades fundamentales de constitución corporal: pícnica, leptosómica, atlética y displásica.

Constitución pícnica. El tipo pícnico se caracteriza por baja estatura, cuello corto y ancho, y figura rechoncha y redondeada. Las extremidades son cortas y anchas, las manos cuadradas y poco diestras, la piel rozagante, la cabeza y el tórax anchos, y la cara redonda. Las personas de este tipo frecuentemente acumulan grasa, particularmente en la pared abdominal, y tienden a ser del tipo energético, emprendedor, llamado extrovertido (pág. 104).

Constitución leptosómica. El leptosómico se describe como enjuto, angular, delicado, caído de hombros, y tórax largo, angosto y aplanado. El cuello y las extremidades son largas y colgantes, y las prominencias óseas marcadas. La estatura es habitualmente normal, aunque algunos pueden ser bajos; a veces tienen una expresión facial poco desarrollada, infantil, aunque muchos de ellos con la cara aguda y delgada, pueden parecer más viejos de lo que son en realidad. La visceroptosis no es rara. Los leptosómicos están predispuestos a la introversión. Sus caracteres sexuales secundarios

son poco pronunciados. Muchos autores prefieren el término de asténicos, en lugar de la designación de Kretschmer.

Constitución atlética. Este tipo está caracterizado por un desarrollo fuerte del esqueleto y músculos, particularmente de los trapecios y de los de las extremidades inferiores; en la cara se marcan muy bien las prominencias óseas, los hombros son anchos, el pecho amplio, la pelvis angosta y las manos grandes. La piel es por lo regular gruesa y firme. Hay quienes consideran que los tipos atléticos y leptosómicos son sólo los extremos de un mismo grupo.

Constitución displásica. Este tipo se caracteriza por aberraciones, entre las que se encuentran el mixedema producido por el hipotiroidismo, los trastornos del crecimiento por perturbaciones de la pituitaria, el infantilismo y el eunucoidismo. Una gran parte de los pertenecientes a este grupo sufre de perturbaciones endocrinas; algunos displásicos son biológicamente invertidos, y no son raros otros tipos de anomalías en la personalidad. La psicosis maníaco-depresiva parece ser más frecuente entre los pícnicos, mientras que la esquizofrenia tiene una incidencia mayor entre los leptosómicos, atléticos y displásicos.[1]

Temperamento. El temperamento, segundo aspecto de la constitución psicobiológica, es un factor complejo, difícil de definir. Quizá pueda ser considerado como el temple inherente y predominante, el talante vital, la efectividad reactiva y el temple peculiar a la personalidad individual, matizados en gran parte por factores bioquímicos generales del organismo, determinados principalmente por las glándulas endocrinas, el sistema nervioso vegetativo y, probablemente, por el estado del tálamo óptico; es, en una palabra, la propensión o "disposición afectiva" característica del individuo. Esta cualidad especial que le da a la personalidad las tonalidades sentimentales innatas, fué acertadamente caracterizada por Wilson en 1553 como "la temperatura de la mente". Se han hecho muchas clasificaciones del temperamento, pero la de Kretschmer nos parece la más recomendable. Establece los tipos ciclotímico y esquizotímico o esquizoide; el primero se asocia frecuentemente a la constitución pícnica, y el segundo a los tipos leptosómico, atlético y displásico. Aun cuando todas las clasificaciones tienen un valor descriptivo, no logran explicar las diferencias temperamentales.

Temperamento ciclotímico. Entre las personas de temperamento ciclotímico se observan dos cualidades opuestas de la disposición. El talante puede ser vivaz y alegre, o sobrio y serio, y el tempo de la personalidad, rápido o retardado. Aun cuando puede haber oscilaciones, el talante y el

---

[1] *N. del T.* Según las investigaciones de la escuela de Kretschmer, la psicosis maníaco-depresiva predomina entre los pícnicos, la esquizofrenia entre los leptosómicos, y la epilepsia entre los displásicos y atléticos.

tempo conservan la armonía, y todos los diversos componentes de la personalidad funcionan como una unidad en sus reacciones y expresiones. Kretschmer llama "cicloides" a aquellas personas que presentan variaciones cíclicas del talante, y parecen oscilar del júbilo a la depresión, sin llegar a extremos patológicos. Como era de esperar, los ciclotímicos o cicloides están predispuestos a desarrollar psicosis maníaco-depresivas o afectivas. El temperamento ciclotímico suele subdividirse en los tipos hipomaníaco y melancólico.

Temperamento hipomaníaco. Los hipomaníacos son abiertos, alegres, gozadores de la vida; están libres de las inhibiciones internas, son vivaces, desenvueltos y de reacción ruidosa, sostenida, confiada, agresiva, optimista, tal vez hasta jubilosa. Habitualmente son enérgicos, gregarios, amantes del placer, inestables, dados a entusiasmos fugaces y fácilmente influídos en el ánimo por nuevas impresiones; algunos son fanfarrones, dominantes, amantes de la discusión e hipercríticos; su juicio es superficial y tienen siempre una excusa pronta para sus fracasos. El hipomaníaco no puede subordinarse a sí mismo, resiente mucho las frustraciones y desilusiones, y generalmente habla de sus propias cosas sin dificultades. La mujer hipomaníaca es a menudo una habladora.

Temperamento melancólico. Los ciclotímicos que pertenecen al polo melancólico son por lo regular personas calladas, amables, simpáticas y de buen carácter, que no son dadas a las excentricidades, pero tienden a menudo a deprimirse fácilmente. Gozan muy poco de la alegría normal de la vida, se inclinan a la soledad y solemnidad, son tristes, sumisos, pesimistas y se subestiman a sí mismos; expresan sentimientos de insuficiencia y desesperanza, son frecuentemente escrupulosos, perfeccionistas y hasta demasiado conscientes; preocupados por el trabajo, sienten intensamente su responsabilidad y se desalientan fácilmente ante nuevas condiciones; temen la desaprobación y tienden a sufrir en silencio y hasta a llorar fácilmente, aunque casi nunca en presencia de otras personas. La tendencia a la duda, la indecisión y la precaución indican un sentimiento inherente de inseguridad; algunas son irritables y paranoides. Muchos psiquiatras creen que el temperamento melancólico se desarrolla como una formación reactiva contra la agresividad.

Temperamento esquizoide. El temperamento esquizoide de Bleuler, o esquizotímico de Kretschmer, se caracteriza por incongruencias de la vida afectiva, asociadas característicamente a una personalidad escasamente sociable. Se observa frecuentemente en la vida prepsicótica de los esquizofrénicos, que se caracteriza precisamente por las tendencias esquizoides. En el temperamento esquizoide le falta a la vida sentimental la resonancia y simpatía que caracterizan al clicotímico. Sus polos afectivos de contraste son, por una parte, la sensibilidad, y por la otra, la frialdad o el embotamiento. El esquizoide sensitivo se siente solo, incomprendido y aislado; tímido, corto,

reconcentrado, a menudo insatisfecho, inflexible, reservado y suspicaz, es constantemente herido. En su niñez es atormentado por sus compañeros de juego que lo consideran como extraño; en la escuela, rara vez toma parte en los juegos ordinarios, y lucha por sentirse seguro por medio de superioridad en el estudio. Silencioso e insociable, su amor a los libros es frecuentemente un substituto de la camaradería; escoge temas abstractos y filosóficos en lugar de los de tipo objetivo y concreto, y puede ser imaginativo e idealista, con esquemas vagos para el mejoramiento de la humanidad; no pocos esquizoides de este grupo se consagran al arte o a la poesía, y algunos obtienen éxito transformando sus sueños en valores culturales. Muchos de ellos sufren de un sentimiento de aislamiento; sus pensamientos son desconocidos aún para sus amigos, pues raramente admiten a alguien en sus confidencias; hablando de estos esquizoides sensitivos, Kretschmer dice que cierran las persianas de sus casas para llevar una vida de sueños. Muchos sienten un amor genuino a la naturaleza, y los que han tenido oportunidades de cultivarse muestran un exquisito gusto estético, modales refinados y repugnancia a todo lo grosero y vulgar. Frecuentemente son también ambiciosos, concienzudos, escrupulosos y perfeccionistas; pero la rectitud exagerada de los esquizoides tiende, sin embargo, a ejercer un efecto paralizante sobre la iniciativa o la variación, resultando de ello que frecuentemente llevan a cabo sus tareas de una manera estereotipada, casi ritual. Algunos esquizoides son demasiado escrupulosos y, al hacer una virtud de la represión, se tornan ascetas y mojigatos; para muchos de estos individuos sensibles y frágiles, la realidad y las experiencias frustradas de la vida les son tan dolorosas que prefieren retirarse al mundo de la fantasía.

Muchos esquizoides, aun cuando observan una actitud imaginativa ante la vida y sus experiencias, no poseen la sensibilidad refinada del tipo que acabamos de describir. En este segundo grupo, los tipos agradables son bondadosos y honestos, pero emocionalmente muestran frialdad, son insociables, taciturnos y dados a ritos y cultos; a causa de su falta de espontaneidad se vuelven personalidades indiferentes, indolentes, descoloridas. Los miembros menos atractivos de este grupo son frecuentemente fríos, reservados, insensibles y a menudo envidiosos de los adaptados y felices; algunos se encierran dentro de sí mismos y se preocupan con pensamientos malsanos; en la adolescencia, son habitualmente voluntariosos, desobedientes, obstinados, testarudos, caprichosos, irritables, y se ofenden y resienten fácilmente con las correcciones o consejos. La confianza en sí mismos, que no raramente caracteriza a estos individuos desconfiados e insensibles, es de origen compensador, y nace del sentimiento de inseguridad que, a su vez, estimula las actitudes y reacciones defensivas que tienden a aumentar y complicar los problemas de la adaptación; se sienten obligados a mostrar al mundo lo vigorosos y fuertes que son, para no descubrir su timidez e inseguridad.

El esquizoide desconfiado que espera o recibe insultos y desaprobaciones se siente más seguro cuando soporta en silencio sus limitaciones y enojos, vengándose en el soñar despierto, al forjar fantasías de cómo podría él castigar y destruir a sus adversarios. En otros tipos menos marcados, la falta de sensibilidad estética puede mostrarse por descuido en la apariencia personal, en la apariencia del hogar o de la familia, por falta de tacto o de muchas otras amenidades y atractivos sociales. No es raro, por último, observar un idealismo moral rígido expresado en reglas inflexibles de conducta asociadas a una intolerancia egoísta.

En realidad sólo muy pocos esquizoides pertenecen en forma pura al grupo sensitivo o al grupo anestésico; en la mayoría de ellos encontramos características de ambos tipos; no raramente, para nuestra sorpresa, hallamos naturalezas sensitivas y tiernas que se esconden detrás de un exterior insensible y frío. En forma semejante, no podemos concluir que el temperamento esquizoide exista siempre en forma pura. Muy a menudo no es claramente diferenciable del ciclotímico, habiendo entre ambos transiciones insensibles.

Bleuler prefiere el término "sintónico" al "cicloide" de Kretschmer para designar la personalidad con tendencias opuestas en sus características al esquizoide. La persona sintónica se halla en contacto vital con su ambiente, es emocionalmente animada y sensible, sus afectos son versátiles en cuanto a la expresión y apropiados en cuanto a la ocasión. Las características sintónicas alcanzan su desarrollo máximo en las personas normales y bien adaptadas, mientras que los elementos esquizoides logran su máximo desarrollo en las psicosis esquizofrénicas.

Actitudes de la personalidad. Introversión y extroversión. Hemos descrito las constituciones psicobiológicas y los tipos de reacción desde el punto de vista de la estructura corporal y del temperamento, pero pueden también discutirse con provecho desde el punto de vista de las características, innatamente determinadas, de las tendencias de la energía y de la actitud general, puesto que éstas, también, conducen a tipos de personalidad bien reconocidos. Hablamos de *extroversión* e *introversión* precisamente en relación con la energía psicobiológica y la dirección de los intereses. El *extrovertido* es aquel que dirige su interés hacia objetos y sucesos externos a él, que se ocupa de la realidad y responde pronto y fácilmente a los estímulos exteriores; el contacto del extrovertido con la vida es a través de los objetos externos, de las actividades y de los hechos materiales concretos, y no a través de pensamientos o sentimientos, los que, en él, fluyen libremente en la expresión sin ser inhibidos; tiene un punto de vista pragmático y tiende a la actividad abierta y pública mejor que a la reservada u oculta; se interesa más por las personas que por las ideas abstractas; es característicamente enérgico, agresivo, amistoso, sociable y confiado en sí mismo; es también. a menudo, de espíritu emprendedor y sus reacciones son más inmediatas que

lógicas; frecuentemente es líder, pero más por camaradería y humanidad que por ideas creadoras; su expresión emocional es espontánea y natural, pero sin la delicadeza de sentimientos del introvertido. Los intereses y la energía psicobiológica del *introvertido* se dirigen no hacia los objetos y personas que están a su alrededor, sino hacia sí mismo, hacia su vida subjetiva, sin que por esto tenga que ser egoísta en el sentido de que busque sus propias ventajas a expensas de los demás. Vive principalmente dentro de sí, y es incapaz de hacer contactos tan fácil y libremente como el extrovertido; de hecho, a menudo parece frío y distanciado. La introversión debe considerarse cuestión de dirección de la energía y no una incapacidad para hacer esos contactos sociales, aunque, en realidad, el instinto gregario del introvertido está menos desarrollado que el del extrovertido. El introvertido tiende a ser serio, sensitivo, falto de audacia y de confianza en sí; tiene una mente menos práctica que el extrovertido, reacciona a menudo con fantasías ante los fracasos y conflictos, y puede a veces observarse que se enmascara con difraz de extrovertido. Cuando se encuentra incapaz de obtener el reconocimiento que trata de forjar y no logra enfrentarse satisfactoriamente a las exigencias de la realidad, puede triunfar por medio de un gran esfuerzo, vertiendo toda su energía hacia fuera; al intentar escapar de su verdadera naturaleza, puede sobrecompensarse y asumir una actividad artificial que lo vuelve dominante y despótico. En esas personas la apariencia de la personalidad puede ser engañosa, al grado que un introvertido puede pasar por un extrovertido, pero ese disfraz es precisamente el factor esencial en la determinación del comportamiento posterior. Cuando el extrovertido se convierte en psicótico está predispuesto a desarrollar reacciones afectivas o maníaco-depresivas, mientras que cuando el introvertido se enferma mentalmente desarrolla por lo general esquizofrenia.

REFERENCIAS

Bleuler, E.: Die Probleme des Schizoiden und des Syntonen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., Band 78, 1922.

Jung, C. S.: Psychological Types. New York, Harcourt, Brace & Co., 1923.

Kretschmer, E.: Textbook of Medical Psychology. Traducido por E. B. Strauss. New York, Oxford Univ. Press, 1934.

———: Physique and Character. New York, Harcourt, Brace & Co., 1925.

MacKinnon, D. W.: The Structure of the Personality. In Personality and the Behavior Disorders. Editado por J. McV. Hunt, pp. 3–48. New York, Ronald Press, 1944.

Nicole, J. E.: Psychopathology. 3ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1942.

Rorschach, H.: Psychodiagnostics. Traducido por Paul Lemkau y Bernard Kronenberg. New York, Grune & Stratton, 1942.

Stockard, C. R.: The Physical Basis of Personality. New York, W. W. Norton & Co. 1931.

Capítulo VII

EXAMEN DEL ENFERMO

Objeto del examen. El propósito del examen psiquátrico es descubrir el origen y la evolución de los trastornos de la personalidad que dificultan la felicidad, las satisfacciones, la eficiencia y la adaptación social del enfermo; se trata, por lo tanto, de obtener una perspectiva biográfico-histórica de la personalidad, puesto que se sabe que hay una continuidad lógica en todas sus manifestaciones, tanto en las llamadas normales como en las anormales. Las leyes fundamentales, dinámicas, de la conducta y del desarrollo de la personalidad son las mismas para ambos tipos. Al obtener el máximo conocimiento posible acerca de la personalidad del paciente y de los problemas concretos de su vida, encontraremos que es perfectamente factible aplicar, al tratar de elucidar la conducta del enfermo, los mismos principios que utilizamos para entender la conducta corriente y diaria de nuestros camaradas. Todos los fenómenos del comportamiento, incluyendo los de la enfermedad mental, son acontecimientos naturales y deben estudiarse como cualquier otro tema de investigación en historia natural. Una vez organizado el material histórico de la vida del paciente, el psiquiatra debe descubrir los resortes dinámicos que han sido puestos en juego y encontrar que el caso puede formularse en términos de fuerzas corrientes de la vida diaria, y que el desarrollo del trastorno de la personalidad es compatible con los principios que explican la adaptación humana en general. Esto requiere la reconstrucción de la conducta del paciente a la luz de la mayor información posible referente a los factores e influencias físicas, químicas, anatómicas, fisiológicas, patológicas, sociales, psicológicas y educativas. Se ve, por lo tanto, que el examen mental debe ser un estudio de la dinámica de la personalidad, y que debe ser llevado a cabo por el método genético, y no por el método de sección transversal. Solamente por una investigación genética y dinámica podremos averiguar cómo el individuo ha llegado a expresarse en su forma particular de conducta, es decir, la neurosis o la psicosis. El psiquiatra no necesita, por lo tanto, tratar de hacer un "diagnóstico" en términos nosológicos, sino que, después del análisis de las circunstancias concretas de la vida del individuo y de los factores complejos que han intervenido en la organización de su personalidad, formulará las dificultades particulares del enfermo y reconstruirá la historia de su vida interior. La formulación del cuadro clínico

del paciente se hará, por lo tanto, en forma de hechos y no de etiquetas diagnósticas; estos hechos, sin embargo, deben ser ordenados en forma inteligible. El psiquiatra debe evitar toda inferencia interpretativa y no caer nunca en la tentación de explicar lo obscuro en términos de lo desconocido.

Pero para que el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento sean efectivos, el médico no debe conformarse con el descubrimiento, descripción y clasificación de las manifestaciones o reacciones patológicas mentales, sino que tratará de llegar a comprender el significado del comportamiento psicopatológico y determinar su función en relación con los objetivos de la personalidad. Los síntomas deben considerarse como fenómenos superficiales, y debemos siempre tratar de determinar las fuerzas dinámicas y personales que ellos manifiestan. Como ya dijimos esto requiere un estudio cuidadoso de la personalidad y de su evolución, así como una investigación minuciosa de todos los factores somáticos. El médico integra y coordina los datos obtenidos por la investigación biológica, psicológica y social, y, a la luz de toda la información obtenida, intenta formular un concepto acerca del trastorno de la personalidad del enfermo, analizando y reconstruyendo los factores que han actuado en su producción; trata de organizar estos datos en un patrón comprensible que, con muy pocas variaciones, se repite constantemente a través de toda la vida del paciente; el estudio de la personalidad revela siempre algunos temas o sucesos vitales recurrentes o conflictos determinados, que se suceden a través de toda la vida del enfermo, y a los que, en ocasiones, puede responder en la forma que llamamos enfermedad mental.

Los hechos significativos que van a ser analizados y reconstruídos se obtienen de dos fuentes: primero, de la anamnesis proporcionada por otras personas; segundo, del examen del paciente. Es habitualmente recomendable recoger datos de más de un amigo o pariente, no sólo porque la historia que ofrece el primer informante puede ser suplementada por las demás, sino porque el informante puede, llevado por factores emocionales, ocultar algunos datos o hacer demasiado hincapié en otros. Habitualmente en la primera conversación se obtiene la mejor historia; conforme pasa el tiempo, el informante tiende a omitir incidentes que no considera importantes o, cuando es pariente cercano, a callar datos muy significativos por pena o remordimiento, tal vez, de actitudes previas hacia el paciente, o por miedo de que el enfermo se resienta por el descubrimiento de ciertas informaciones, o, finalmente, porque en su deseo para que el paciente se recobre, se siente inclinado a dar de lado algunos hechos que cree que el médico consideraría de mal pronóstico.

Historia psiquiátrica. Al obtener la historia de un enfermo se trata de determinar qué factores ambientales, sociales, emocionales y psicológicos

de otras clases, han contribuído a la organización de la personalidad del paciente. Esto quiere decir que la historia psiquiátrica no debe ser meramente la historia de los síntomas del paciente, sino una biografía; en otras palabras, un expediente psicobiológico.

Deberá empezar con la historia familiar, que ayuda no solamente a delinear las debilidades y potencialidades constitucionales del enfermo, sino que revela el tipo de relaciones interpersonales (tales como disentimiento paternal o la protección exagerada de la madre), la existencia de peculiaridades anormales en la personalidad de otros miembros de la familia y muchos otros factores que la determinan y la forma en que él ha luchado por lograrla. familiar. Es útil informarse de cuáles enfermedades se padecieron en el período de formación de la personalidad. Hay que averiguar no solamente qué influencias actuaron sobre el niño, sino cuáles experiencias significativas pudieron ocurrirle durante los estados sucesivos de la formación de su personalidad; a este respecto debe recordarse que no son sólo las experiencias de la niñez las más significativas, sino también todas las experiencias, situaciones y relaciones de la vida adulta en cuanto poseen algún significado para el paciente. Por la historia familiar se conocerán algunas de las fuerzas dinámicas psicológicas, pero no será sino hasta después del estudio cuidadoso del paciente mismo cuando se descubran las fuerzas que actúan de una manera más sutil.

Conforme se va integrando la historia, se notará la forma como el paciente ha reaccionado a las exigencias de la vida en sus diversos aspectos. El psiquiatra debe tratar de averiguar los motivos dinámicos que han formado la personalidad del enfermo, cuál ha sido la meta de su vida, los factores que la determinan y la forma en que él ha luchado por lograrla. La historia debe mostrar en qué forma el paciente ha afrontado sus desventajas, sus dificultades personales, y cuál ha sido su actitud general ante la vida; debe intentar descubrir los aspectos significativos de su personalidad y la manera cómo el enfermo los ha utilizado. Deberemos averiguar asimismo, cuáles han sido las actitudes y modos de reaccionar especiales que el enfermo ha adoptado a través de las experiencias de toda su vida; tal información nos sugerirá el tipo de defensa que habrá empleado contra la angustia. Por el estudio detallado de la historia de su vida encontraremos que la situación presente del enfermo no es sino el resultado final, acumulativo, de una evolución larga y gradual en el curso de la cual tipos de reacción y actitudes de la personalidad semejantes, aunque más leves, ya se patentizaron. El examen de la historia del paciente mostrará que los mismos mecanismos mentales, los mismos temas psicológicos que se descubren en la psicosis, han sido los determinantes activos de los rasgos de su carácter, mucho tiempo antes de que la psicosis apareciera, tal vez desde la niñez. En la mayoría de las personas, las formaciones reactivas que resultan de la

acción dinámica de estos temas bajo la forma de rasgos del carácter, son suficientes para afrontar las necesidades emocionales de la personalidad. Podríamos decir que estos rasgos de carácter forman la primera línea de defensa; desgraciadamente, si ellos son ineficaces, la personalidad utiliza una segunda línea de defensa constituída por la neurosis o la psicosis. Observamos, por lo tanto, que existe una relación continua del modo de ser y la experiencia, que corre a lo largo tanto de la vida prepsicótica como de la psicótica. En el análisis de los diversos datos de la vida del paciente, el psiquiatra descubre a menudo una conexión íntima entre ellos; pero, insistimos, deberá siempre tratar de comprender al paciente en los términos de su propia y estrictamente individual historia. La psicosis es una secuela lógica de la vida previa del paciente, y podrá por lo tanto ser comprendida sólo a través del estudio de la vida toda del individuo, de la cual la enfermedad presente es sólo un episodio.

GUIA PARA LA OBTENCION DE LA HISTORIA

Motivo de la consulta o el envío:

Relación breve de las quejas del paciente o de las circunstancias que han obligado a su envío para examen o tratamiento. La historia familiar deberá ser obtenida de algún miembro de la familia que tenga un conocimiento íntimo de los factores que pudieran haber tenido una significación importante; esa persona deberá ser entrevistada en privado y antes de que el paciente sea examinado.

Informante:

Nombre, dirección, teléfono, parentesco, tiempo que lleva de conocer al enfermo, franqueza y veracidad probables; otras características y actitudes del informante; comprensión aparente del enfermo.

Herencia, desarrollo y factores del hogar:

Historia de enfermedades mentales en la familia, alcoholismo, delincuencia, inestabilidad emocional, excentricidades o suicidio en la línea familiar directa o colateral. Deben anotarse únicamente los datos considerados como positivos.

Datos patológicos relacionados con el nacimiento, edad en que empezó la dentición, iniciación del habla y de la marcha, ritmo del desarrollo (físico y mental) y enfermedades o defectos orgánicos.

Influencias y experiencias del niño durante la formación de la personalidad:

Crecimiento en el hogar paterno, en uno extraño, o en alguna institución; primeras relaciones emocionales que satisfacen los deseos naturales del niño; divergencias entre los padres; solicitud o severidad exageradas; padres extremadamente autoritarios o débiles; consentimientos o durezas de parte de los padres; padrastros; condiciones económicas; características temperamentales de la familia; coacción religiosa; hijo único, favorito o indeseado; magnitud de la estimación y reconocimiento otorgados durante la niñez y la adolescencia; rivalidades fraternales; antagonismos o dependencias hacia cualquiera de los padres, represiones o estímulos a la expresión espontánea; exposición crónica a personas desadaptadas; actitud familiar respecto al sexo.

Características de la infancia:

Frustraciones o sentimientos de disgusto por el nacimiento de otros hermanos; afición a soñar despierto; retraído, tímido, vergonzoso; sentido de seguridad; sentimiento de ser diferente a otros niños; egoismo; presunción; rivalidades entre hermanos; crueldad, rebeldía, terquedad; irritabilidad, sensibilidad exagerada; agresividad, sumisión; tipo de juegos favoritos; fantasías, reacción ante el éxito y el fracaso; inclinación al afeminamiento o a la masculinización; disposición; métodos para "salirse con la suya"; apodos; hábitos sexuales; rasgos neuróticos como chuparse el dedo, terrores nocturnos, convulsiones, miedo; tartamudeo, caprichos o "berrinches", enuresis persistente, hábitos peculiares, melindrosidades para la comida; delincuencias diversas como mentiras, robos, etc.

Historia escolar:

Edad al ingreso; cursos reprobados; edad al salir; título o grados obtenidos; actitud hacia la escuela; vagancia o cualquiera otra desadaptación en la escuela; materias o temas que más han despertado su curiosidad o interés.

Historia ocupacional:

Naturaleza de las diferentes ocupaciones, posiciones adquiridas, sueldo devengado, razones para los cambios de empleo; períodos de descanso y razones para haberlos tenido; estacionamientos, progresos y atrasos en la eficiencia y posiciones; sentido de responsabilidad respecto al trabajo, satisfacción que despierta el mismo; hábitos de ahorro o despilfarro de dinero; fracaso o logro de las metas de la vida.

Historia médica:

Anotar todas las enfermedades y traumatismos, su duración, gravedad y secuelas; interrogar particularmente respecto a sífilis, encefalitis epidémica y convulsiones; sobre ataques previos de trastorno mental, sus síntomas, duración y resultado.

Alcohol u otros tóxicos; cantidad exacta y naturaleza del alcohol bebido, duración del hábito, reacción al alcohol antes y después del hábito y de la enfermedad; uso de narcóticos, hipnóticos o medicinas de patente; intoxicaciones profesionales (plomo, arsénico, mercurio).

Enfermedades somáticas crónicas; defectos físicos y ardides psicológicos utilizados para afrontarlos.

Historia psicosexual:

Actitud hacia el sexo (franqueza o pudor); conflictos a propósito de la masturbación o de otras actividades sexuales; caprichos sexuales; impotencia; inclinaciones homosexuales; sentimientos de culpa referentes a relaciones extramaritales e hijos o embarazos ilegítimos. *Historia marital*: circunstancias del casamiento; características del cónyuge; grado de afecto; intereses divergentes; suegra; adaptación marital general; actitud de cada uno de los cónyuges hacia las relaciones sexuales, y grado de satisfacción; si es divorciado, por qué razón; abortos provocados, medidas anticonceptivas y preocupaciones nacidas de su uso; niños indeseados; esterilidad; edades y características de los hijos; problemas familiares, conflictos y distanciamientos.

Adaptabilidad social:

Adaptación personal con los diferentes miembros de la propia familia, con los asociados y superiores en el trabajo; facilidad para hacer amigos; edad, sexo, nivel social y carácter de ellos; características y actitudes sociales (amistoso, tímido, suspicaz, hostil, envidioso, temeroso, inclinado a la crítica, vergonzoso o desenvuelto en presencia de extraños, etc.); actitud hacia la autoridad; número de arrestos y naturaleza de los cargos; vagabundo o perezoso. ¿Ha tenido el paciente respeto y afecto hacia otros que le hayan proporcionado seguridad emocional y confianza en sí mismo? Como las relaciones interpersonales, con sus sentimientos positivos y negativos, tienen una significación tan importante, es preciso interrogar res-

pecto a la actitud que se ha observado corrientemente ante los padres, los hermanos, el cónyuge y todas las personas asociadas íntimamente con el paciente; por ejemplo, habrá que preguntar si la devoción filial para cualquiera de los padres ha sido extrema, etc.

Actividad general e intereses:

Grado de iniciativa, de actividad; fluctuaciones de la actividad, indolencia, gustos y caprichos o "manías"; interés en la religión, en los deportes; aficiones desmedidas a actividades especiales en el trabajo o en los momentos de recreo; magnitud del interés general; manera de utilizar el tiempo de ocio; el enfermo ¿es preocupado, alerta, platicador, taciturno? ¿Cuál ha sido la finalidad de la vida del paciente y cómo ha luchado para lograrla?

Características de la personalidad y constitución:

Fluctuaciones emocionales; el enfermo es alegre, despreocupado, optimista, o pesimista y triste; tímido y medroso, o precavido, o confiado; con confianza en sí o dependiente; busca apoyo, tranquilización y aprobación de los demás; impasible o demostrativo; abierto o encerrado en sí; franco o reservado y reticente; vergonzo o desenvuelto en presencia de extraños; platicador, o taciturno, agresivo o sumiso, generoso o mezquino; honesto o falso; suspicaz, dado a las malas interpretaciones, fácilmente ofendido, tendiente al resentimiento, cínico, inclinado a culpar a los demás, discutidor, testarudo, envidioso, cruel, o respetable, meticuloso, inclinado a culparse a sí mismo, perfeccionista, ordenado en exceso, delicado y escrupuloso; jactancioso, fanfarrón, resentido, arrogante; calmado o irritable; preocupado con sus dolencias corporales; rígido, o adaptable en opinión y hábitos; acepta o rehuye la responsabilidad; prejuicios especiales característicos; sentimientos de ineptitud; tendencia a soñar despierto; actitud ante la autoridad; sentido del humor; modo de reacción a las desventajas, los fracasos y las frustraciones; tendencia a evadir la realidad y método empleado. Los ejemplos concretos de comportamiento que ilustren una característica reacción del enfermo son de un gran valor informativo; es también muy útil verificar los datos con las personas hacia quienes el paciente manifiesta algunas de las características de la personalidad antes descritas; las características muy sorprendentes representan a menudo la manera cómo el enfermo ha respondido habitualmente a las relaciones interpersonales.

Experiencias traumáticas psicológicas:

Todo lo referente a los momentos en que la vida no ha sido satisfactoria psicológicamente; la necesidad de afecto del niño ¿fué adecuadamente satisfecha? Frustraciones de deseos y esperanzas; heridas del orgullo, de la vanidad o de otros sentimientos; experiencias amorosas y sexuales de significado emocional; experiencias que hayan "estrangulado" la tensión emocional; dificultades domésticas, económicas, sociales, situaciones poco usuales afrontadas. Habrá que ser siempre muy precavido para atribuir un episodio de trastorno mental a un solo acontecimiento o a una sola causa.

Enfermedad actual:

Interrogar acerca de cambios insidiosos del carácter, de los intereses, talante y actitud hacia los demás, cambios en los hábitos personales, sociales, o cambios en la salud física. Asentar cuándo fueron notados los primeros cambios y en qué forma se han desarrollado y progresado; obtener información completa de todo lo referente a cambios del carácter y la emoción. ¿Ha habido tensiones o angustia? Detallar el grado del cambio en la actividad, la conducta, la atención, el discurso o la memoria. ¿Entiende el enfermo las preguntas y las nuevas situaciones tan rápidamente como antes? ¿Es su juicio correcto? Anotar ejemplos. ¿Dice el paciente, o ha hecho algo que sugiera que oye voces inmaginarias, o que tiene algún otro falseamiento sensorial? ¿Existen ideas depresivas o expansivas, ideas de pecado, de indignidad, de persecución, de celos o de infidelidad; tendencias homicidas o suicidas; ha habido cambios recientes en los hábitos alimenticiós, en la actividad sexual o en el interés prestado a ella?

Fijarse si conforme se sondea más atrás en la historia de la vida del enfermo se nota, poseyendo ya un conocimiento del presente, algo a lo que no se le dió significación en la apreciación original.

La información que se obtiene de la historia no debe ser muy general; es preciso concretar los datos. Algunas veces la descripción directa del informante a propósito de diversas actitudes significativas del paciente, expresarán más vívidamente la idea deseada que la narración más formal obtenida en la historia. La comprensión lógica de la evolución de la personalidad es frecuentemente la clave para la interpretación del comportamiento que, de otra forma, resulta obscuro; en muchos casos se descubrirá que la psicosis es un esquema dotado de movimiento que desarrolla los propósitos de la personalidad. Sólo conociendo las raíces, características y necesidades de la personalidad y la estructura del carácter del paciente,

podremos comprender la psicosis. En otras palabras, muy a menudo, una situación presente será sólo comprendida en términos del pasado.

Una vez que ha obtenido de los amigos y los parientes toda la información posible que arroja luz sobre el desarrollo de la personalidad, y permite conocer todos los sucedidos y situaciones importantes que han sido presenciadas por ellos, el médico procederá a entrevistar al enfermo. En las formas más típicas de trastorno mental una sola entrevista permitirá frecuentemente diagnosticar el trastorno en términos de clasificación, aunque no en términos de una formulación genéticodinámica de las experiencias vitales concretas del paciente.

Naturalmente que el examen del paciente debe incuir una exploración física y neurológica completa y los exámenes de laboratorio indicados para descubrir los factores estructurales, funcionales, somáticos y metabólicos que puedan estar presentes, pero esto no es de la incumbencia de un libro de texto de psiquiatría. Debe recordarse que los pacientes psicóticos pueden no quejarse de nada y, sin embargo, sufrir enfermedades orgánicas serias; aun los signos físicos pueden ser escasos, o faltar completamente, en enfermedades graves médicas o quirúrgicas que darían indudablemente, en el individuo normal, cuadros clínicos inconfundibles; no es raro tampoco encontrar una falta de cooperación o hasta resistencia activa que hace imposible una exploración física completa.

Se ve, por lo que acabamos de decir, que el estudio de las psicosis, ya sean mayores o menores, graves o benignas, debe ser dinámico, analítico y sintético. Con esto queremos decir que la perturbación de la personalidad es un resultado lógico de las influencias constitucionales, somáticas, psicógenas y sociales a las que ha estado expuesta la personalidad; que sus perversiones y desviaciones diversas resultan ordenadamente de una relación de causa a efecto. Basados en este concepto, analizaremos la historia de la vida del individuo esforzándonos por descubrir los factores que han contribuído al desarreglo de la personalidad, y, después, por síntesis, reconstruiremos la cadena de eslabones por la que se ha producido la perturbación en la personalidad del paciente. Por este método se trata de seguir todo el trayecto desde el síntoma particular que el enfermo presenta, hasta su origen, tal vez en ideas, deseos y sentimientos profundamente arraigados, en hostilidades, agresiones, inferioridades, ansiedades y culpas. Se hace en esta forma un estudio objetivo del comportamiento del enfermo, tanto de su vida interior como de la que se expresa en palabras y actos. El psiquiatra trata de poder ver, por detrás de las apariencias superficiales, las necesidades profundas, los impulsos, los motivos de la personalidad del paciente; se juntan y correlacionan en un retrato comprensivo y unificado de la personalidad, los hechos constitucionales, fisiológicos, psicológicos y psicobiológicos de todas clases.

EXAMEN MENTAL

El examen mental, que es fundamentalmente un estudio de la personalidad, debe empezar, en los enfermos encamados en un hospital, tan pronto casi como son admitidos. Aun cuando en la primera entrevista no es necesario llevar a cabo el examen formal con todos los subcapítulos clasificados (que por otra parte está ideado sólo para el que se inicia en esta disciplina o para el archivo de expedientes), el examen del paciente debe ser completo, puesto que no solamente dará indicaciones para investigaciones futuras complementarias, sino que muy frecuentemente el enfermo habla más libremente ese día que en las entrevistas subsecuentes; sin embargo, la libertad con que habla el paciente depende en gran parte de la manera cómo es abordado por el médico. El psiquiatra debe ser franco, cortés, mostrar un interés genuino por el enfermo, y, por medio de los elementos implícitos de su carácter, ser capaz de imponer respeto al paciente; muy rara vez hablará abiertamente el enfermo si el psiquiatra no muestra signos de interés y de comprensión progresiva. Debe hacérsele ver al enfermo que se le está tomando seriamente, que se le trata de igual a igual, y que se otorga la debida consideración a sus opiniones y juicios. Si el médico es psiquiatra de una institución, puede no nada más ser un extraño para el paciente, sino el representante de un nuevo ambiente hostil; es, por lo tanto, esperar demasiado que el enfermo confíe en esta primera entrevista sus sentimientos más profundos y queridos. El psiquiatra debe tratar gradualmente de ganarse la confianza del enfermo tan completamente que éste no vacile en relatar las experiencias y deseos de su vida que ha guardado para sí, no confiándoles ni siquiera a sus íntimos. Habitualmente, el enfermo siente que es comprendido y que su punto de vista es apreciado, si el médico le permite contar su propia historia con sólo preguntas y cambios de dirección corteses y con todo tacto. Es, efectivamente, un arte difícil el saber interrogar juiciosa e inteligentemente para obtener la revelación completa del contenido mental psicopatológico; sin embargo, si el psiquiatra manifiesta interés genuino y comprensión, rara vez dudará el enfermo (y a menudo lo hará gustoso) en confiar su problema presente; la sola formulación del problema será frecuentemente reveladora. Cuando el psiquiatra pone al paciente en defensiva, quiere decir que ha errado la técnica y tal vez no podrá ya llegar a ser el consejero útil que el enfermo necesita. No queremos decir que un sentido de delicadeza debe impedirnos sondear lo suficiente para descubrir lo que hay detrás de las escenas aparentes, sino que, una vez ganadas la cooperación y la confianza del paciente, las preguntas deben ser formuladas con discreción y respeto, tanto de la inteligencia como de los sentimientos del enfermo. Debe po-

nerse especial cuidado en no plantear las cuestiones de manera que puedan ser interpretadas como acusaciones. De la misma manera, nunca debe permitir el psiquiatra verse envuelto en una discusión con el enfermo. El principiante tiende a pensar que el principal objeto del examen es verificar si hay material delirante, y a despreciar la significación que debe adjudicarse a cualquier cambio en la afectividad, o el carácter, o a las alteraciones del sensorio y las tendencias. Para ser buen psiquiatra debe adquirirse una visión penetrante de la dinámica de la personalidad, y poseer esa suma subconsciente de conocimientos y experiencia que se llama habitualmente intuición.

Aun cuando no debe seguirse un esquema rígido de examen y, menos que nada, dar la impresión al paciente de que se le está interrogando con una lista fija de preguntas, se debe, sin embargo, llevar un cierto orden en el examen mental, el cual no revelará el *status praesens* de los aspectos importantes de la mente si no se conduce con arreglo a ciertos principios y objetivos. Es siempre muy útil prestar espontaneidad y un cierto grado de informalidad a la primera parte de la entrevista. El médico sin gran experiencia encontrará sin duda que, aunque variándolo de acuerdo con las circunstancias del caso individual, el esquema de investigación que se sugiere en las siguientes líneas, le proporcionará los suficientes datos (síntomas) para examinar con éxito a los enfermos.

Conforme se observa al paciente y se desarrolla el examen se anotan las diversas características de la sintomatología, que sugieren en cuál de los dos tipos generales de reacción cae la perturbación de la vida mental: la orgánica o la psicógena. En el tipo orgánico de reacción anormal de la personalidad, o más extensamente tóxico-orgánico, existe una perturbación de las funciones fisiológicas de las neuronas corticales, temporal o permanente, reversible o irreversible. El *síndrome tóxico-orgánico* tiende a asumir dos formas diferentes: cuando existen cambios irreversibles de la neurona que dan por resultado pérdida permanente de la función, los síntomas predominantes son de defecto, tal como se observan en la parálisis general progresiva o en la demencia senil, con disminución de la apercepción, de la memoria, de la retención y del juicio; el segundo tipo de reacción tóxico-orgánica se caracteriza por estados confusionales debidos, lo más frecuentemente, aunque no en forma exclusiva, a interferencia tóxica de la función, y, clínicamente, por dificultad en la comprensión y obnubilación de la conciencia. No es, en absoluto, insólito que se encuentren los dos tipos de fenómenos, los de defecto y los confusionales, asociados en el mismo enfermo.

En los *trastornos mentales psicógenos* el carácter esencial de los factores y procesos causales es mental, es decir, no estructural, químico o fisiológico, ni, por lo tanto, neurológico. Estos factores mentales son los responsables de toda la secuela de fenómenos psíquicos y de comportamiento, y únicamente pueden ser comprendidos en términos psicológicos. En muchas ocasiones, también, tales factores pueden controlarse y modificarse por influencias psicológicas.

ASPECTO GENERAL, MODALES Y ACTITUD. Se observará la forma cómo el paciente penetra en el cuarto y saluda al médico; la facies del enfermo y las diversas tensiones psicomotoras a través de las cuales se expresan las emociones; las peculiaridades de la apariencia física; los ademanes correspondientes al sexo; debe ponerse atención en la vestimenta, la marcha, la posición adoptada, los gestos, la voz, así como al cuidado que el enfermo presta a su propia persona y vestido. La indumentaria revela muy a menudo cosas importantes de la personalidad. Debe también tomarse nota de la accesibilidad, franqueza, o evasividad del paciente, si está a la defensiva, si se le nota suspicaz, engreído, superior, desdeñoso, irritable; su actitud hacia el que lo examina y hacia el ambiente; ¿tolera, rehusa o acepta de buen grado la entrevista? Debe, al mismo tiempo, tenerse presente que las actitudes superficiales son frecuentemente compensadoras o reacciones protectoras de algún otro tipo; una actitud superficial agresiva, rabiosa y dura, por ejemplo, puede ser una defensa crónica contra la angustia interna. Los datos a que estamos haciendo referencia deben registrarse en la historia al iniciar la entrevista, aun cuando después deban ser modificados o ampliados.

Conciencia. Aquí debe observarse el sensorio, o estado funcional de los sentidos especiales, principalmente en relación con el estado de conciencia, que puede ser clara o borrosa; los estados más profundos de obnubilación de la conciencia son la confusión, el estupor y la inconsciencia. Cuando sea necesario, debe pedirse al paciente que determine su orientación en cuanto a tiempo, lugar y persona. Es muy importante determinar si los síntomas que se observan se producen en estado de claridad o de obnubilación mental.

Apercepción. Bajo este término algo técnico se entiende la capacidad para reconocer, explicar e interpretar lo nuevo a través del conocimiento previo; por la apercepción se reconoce lo nuevo por lo viejo; por intermedio de ella, el enfermo formula nuevas ideas y las relaciona con otras ideas y experiencias. Para la correcta apercepción, la capacidad de comprensión y reflexión debe, naturalmente, estar relativamente intacta. Cuando la apercepción está perturbada, el enfermo pierde parte de su capacidad para utilizar su conocimiento habitual; en la demencia está disminuida permanentemente, y en los estados de intoxicación, temporalmente disminuída o suspendida. El estado de la apercepción puede probarse someramente haciendo que el enfermo lea y comprenda un periódico ordinario. La manera cómo entiende el significado de su situación actual, inmediata, debe observarse y anotarse.

Afectividad y talante. Con esto nos referimos a la tonalidad particular de la vida sentimental del paciente. El tono predominante es sugerido, a menudo, por la expresión facial, la tensión muscular y la actitud del cuerpo. Debe, sin embargo, preguntarse al enfermo acerca de su estado emocional; esta pregunta no debe hacerse de entrada ni indiscretamente; por ejemplo, no hay que empeorar la confianza de un paciente palmariamente deprimido, preguntándole si es feliz. Frecuentemente la pregunta "¿qué tal se siente?", provoca la descripción deseada. Interrogaciones discretas, dirigidas a conocer la autoestimación del enfermo, pueden no solamente provocar una respuesta que denuncie el estado de su talante, sino que contenga mucha información significativa. Una vez que el paciente ha manifestado su estado de ánimo, puede preguntársele por la causa de sus sentimientos, aunque la respuesta representa, frecuentemente, la racionalización de factores no conocidos conscientemente. Además de las importantes observaciones que se refieren a la intensidad de los afectos, su propiedad, adecuación y variabilidad, deben anotarse, si existen, estados tales como euforia, júbilo, exaltación, éxtasis, depresión, tristeza, irritabilidad, apatía o indiferencia. Deben asimismo buscarse los estados un tanto más complejos que caracterizan algunos trastornos afectivos, como el miedo, el temor, la desesperación, la insatisfacción crónica, la irritabilidad, la suspicacia, la cólera, el odio. Las expresiones fisiológicas de angustia tales como humedad de las manos, sudoración profusa, dilatación de las pupilas, posiciones forzadas, inquietud de manos y pies, la voz esforzada, la atención vigilante e intensa, deben también ser observadas cuidadosamente.

Conación y aspectos motores de la conducta. En esta fase del examen se observa la actividad general del enfermo en lo que se refiere especialmente a impulsos, tendencias y hábitos que determinan esta actividad. Se anotará si el enfermo evita o acepta gustoso los esfuerzos, y cuál actividad inicia él espontáneamente. Hay que cuidarse de no confundir la inquietud y el desasosiego indirecto, con la tensión puesta en la actividad en que gustosa y voluntariamente se vierte la energía. Anotar, si las hay, otras perturbaciones de la actividad como su reducción, estupor, negativismo, estereotipias, amaneramientos, gesticulaciones, obediencia automática (flexibilidad cérea, ecopraxia), retozonería, impulsividad, combatividad o tendencias destructivas. Naturalmente que el estupor que se considera en este momento del examen, no incluye el debido a la obnubilación extrema de la conciencia, sino el asociado a depresiones profundas, a negativismo o resistencia, o el producido por el resentimiento.

Deberán anotarse todos los actos compulsivos o ceremoniosos asociados a los pensamientos obsesivos; se describirá, también, cualquier rasgo de personalidad compulsiva como la escrupulosidad, el interés excesivo en la limpieza o el orden, etc.

El hacer que el enfermo escriba una frase de dictado proporciona frecuentemente información muy valiosa; pueden descubrirse temblor fino o elisiones diversas, por ejemplo, en el paralítico; el maníaco escribe frecuentemente en caracteres atrevidos, subrayando muchas palabras y aun añadiendo sus propias ocurrencias; el negativismo, el retardo o el ímpetu en la actividada puede demostrarse por la forma cómo el paciente acomete la tarea. Se deberá tomar nota de si el paciente está alerta y atento, si permanece mudo, si es necesario darle de comer con cuchara o por sonda, si asume posiciones extrañas o sostiene la inmovilidad de la catalepsia. Cuando el enfermo sea un deprimido debe hacerse un esfuerzo cuidadoso para averiguar inclinaciones posibles al suicidio. Las actitudes que conciernen al sexo, los hábitos observados a ese respecto, incluyendo coqueterías, exhibicionismos, masturbación pública u oculta, deben en igual forma investigarse y anotarse cuidadosamente.

Los trastornos de la atención, ya sea bajo forma de distracciones, tenacidad excesiva, o ausencia de ella, deben incluirse en este aspecto de la exploración.

Asociaciones y curso del pensamiento. En este campo de la exploración se observa, no el contenido del pensamiento, sino la manera y la forma cómo es expresado. Deberá tomarse nota de cualquier facilidad exagerada de la asociación del pensamiento, como sucede en la fuga de ideas, o de cualquier dificultad como el retardo del pensamiento; las demás perturbaciones son, como se recordará, la prolijidad, la incoherencia, la interceptación, la improcedencia y el uso de neologismos; todos los trastornos en este campo de las asociaciones ideativas y del curso del pensamiento, como fuga de ideas, incoherencia, etc., deben ser también minuciosamente descritos en la historia.

Vida del pensamiento y tendencias mentales. En la investigación de este campo tan importante del examen, frecuentemente se comete el error de limitar la exploración a la búsqueda de delirios. Los sueños, el contenido de las fantasías, las ambiciones, temores e identificaciones constituyen insinuaciones importantes de las preocupaciones y problemas personales del enfermo. En el examen psiquiátrico debe anotarse también la magnitud de las interpretaciones incorrectas de los hechos y la realidad, en los esfuerzos inconscientes que hace el enfermo para afrontar sus necesidades emocionales; debe siempre estarse alerta para descubrir el carácter o tema general que correlacione, tienda a determinar e impregna todas las creencias y la conducta. Algunos pacientes se muestran muy dispuestos a expresar las creencias que centraliza ese tema, mientras que otros son muy evasivos o suspicaces; a este respecto mucho depende del médico, de su experiencia, y de las relaciones que establece con el enfermo, principalmente en aquellos casos en que el enfermo se muestra

accesible desde todos puntos de vista, pero que se resiste a divulgar los contenidos del pensamiento que teme van a ser considerados como indebidos y desordenados.

Algunas veces las pautas para el examen psiquiátrico contienen una lista de preguntas dirigidas a descubrir los tipos más comunes de delirio, cuando éstos existen, pero el paciente descubre a menudo rápidamente su naturaleza estereotipada, su falta de espontaneidad, y puede tomar una actitud defensiva o de resentimiento; por lo tanto, su empleo es discutible. Habitualmente, si el enfermo ha elaborado pensamientos delirantes en su esfuerzo para enfrentarse a los problemas de la personalidad y las situaciones difíciles, lo dirá espontáneamente al hacer el relato de la historia de su vida y de sus últimas experiencias. Cuando se ha llegado a este punto de la exploración y el enfermo no ha hecho ninguna referencia a material que sugiera ser delirante, puede a veces obtenerse el dato de su existencia, y aun la naturaleza del mismo, preguntándole si no ha sufrido, en los últimos tiempos, experiencias desusadamente extrañas o molestas. Cuando se sospecha que se ha valido de la proyección como artificio protector, se le puede preguntar si la gente ha andado divulgando mentiras a propósito de él, o si personas mal intencionadas han tratado de dañarlo. Como para solucionar algunas necesidades especiales de la personalidad, se efectúan esfuerzos no solamente en forma de proyecciones y delirios de persecución, sino también en forma de mecanismos de compensación, debe interrogarse acerca de ciertas creencias autoaduladoras cuya misión es aumentar la estimación que tiene el enfermo de sí mismo. Si el talante del enfermo es deprimido, puede preguntársele si ha hecho algo malo o si ha pecado más que otras personas; los delirios consoladores pueden proporcionar un modo de escape ante una realidad intolerable. Debe alentarse el desarrollo espontáneo del contenido mental del paciente, interrumpiéndolo lo menos posible con preguntas que vayan guiando el relato; tales preguntas deben ser cuidadosamente individualizadas, pertinentes y en lógica relación con el contenido que ya ha sido expresado. La construcción de las preguntas dirigidas con objeto de buscar el material delirante debe determinarse principalmente por la inteligencia, la cultura y el estado social del enfermo. Conforme avanza la entrevista, el médico se va percatando de la capacidad del paciente para diferenciar entre la realidad y las experiencias mentales subjetivas, y va dirigiendo sus preguntas de acuerdo con esto.

El contenido mental psicopatológico comprende preocupaciones especiales, ideas sobrevaloradas, énfasis desproporcionado sobre ciertos tópicos, ideas depresivas con expresiones de autodesprecio, de pecado y de autoacusación, ideas hipocondríacas, de enfermedad o de pobreza, ideas de irrealidad con sentimientos de extrañeza o de falta de naturalidad en sí mismo o en el ambiente, ideas nihilistas con negación de la existencia de las cosas,

falsas interpretaciones, ideas de referencia, ideas y sentimientos de influencia, creencia de que se es perseguido, sentimientos de celos, acusaciones de infidelidad, convicciones expansivas y grandiosas con ideas de riqueza, poder, etc. Habrá que consignar si las ideas delirantes son transitorias o persistentes. El contenido de las fantasías del enfermo puede frecuentemente revelar material muy significativo; sin embargo, habitualmente se exteriorizan sólo después de un interrogatorio lleno de tacto. La existencia de obsesiones puede averiguarse preguntando al enfermo si es asaltado frecuentemente por el mismo pensamiento. En la historia deben también anotarse todos los actos compulsivos que se observen asociados a las obsesiones, como por ejemplo, el lavado de las manos repetido, etc..

Conforme el enfermo revela el contenido ideativo consciente, el médico lo analiza tratando de descubrir el significado real, aunque escondido o enmascarado, de lo que se expresa. Debe recordarse constantemente que en el delirio el material mental del enfermo ha sido eficazmente enmascarado y el contenido consciente es a menudo contrario a su significado real; en forma semejante, los motivos adjudicados a otros representan frecuentemente los propios deseos y tendencias del enfermo. El delirio de grandeza resulta muchas veces de frustraciones previas.

Si se requiere del paciente que escriba un relato de su vida, puede no raramente descubrirse material psicopatológico muy importante. Algunas veces, el contenido mental que ha permanecido oculto durante el examen se descubre con cierta facilidad en cartas o escritos de otros tipos.

Percepción. En las enfermedades orgánicas o en los estados de intoxicación profunda, la conciencia puede estar tan seriamente perturbada que los procesos mentales para integrar una percepción sean imposibles. Cuando se sospecha la existencia de enfermedad mental, particularmente en los estados deliriosos o en situaciones de fuerte conmoción afectiva, debe investigarse el grado de las experiencias perceptivas del enfermo, y sus reacciones hacia ellas, para descubrir si son de naturaleza ilusoria. Las falsas interpretaciones ilusionales que no tienen un origen psicopatológico, son habitualmente reconocidas como erróneas por el individuo, a la luz de pruebas razonables; cuando, sin embargo, las ilusiones han nacido de necesidades de la personalidad o de una angustia profundamente arraigada, no se corrigen por el razonamiento. La facilidad con que podemos descubrir la existencia de alucinaciones varía grandemente; primero deben buscarse las alucinaciones auditivas, y el método para interrogar sobre ellas depende de muchos factores, principalmente de la aparente integridad de la personalidad del paciente y de su propio reconocimiento a que esas alucinaciones son mentalmente patológicas; cuando la valoración de la realidad por el paciente está considerablemente perturbada puede preguntársele francamente si ha oído voces; otras veces puede abordarse el tema en forma algo indirecta pregun-

tándole si ha observado que se le llame por nombres insultantes o que se le hagan reprensiones molestas. Frecuentemente alguna observación del paciente da alguna guía que puede indicar con veracidad si existen o no las alucinaciones; a veces cuando se pregunta al paciente si ha imaginado algo, nos describe perfectamente sus experiencias alucinatorias; otras veces esa pregunta, cuando el enfermo se da ligeramente cuenta de que su contenido mental es anormal, nos revela claramente la existencia de delirios. Esto no es sorprendente puesto que la reacción unitaria del enfermo utiliza frecuentemente la percepción y el contenido mental para el mismo propósito; efectivamente, el contenido ideativo y alucinatorio es tan recíproco y complementario, que en una guía para el examen mental pueden ser considerados en el mismo capítulo. En el capítulo V se llamó la atención sobre el hecho de que tanto las alucinaciones como los delirios representan una falsificación interna del mundo exterior, de acuerdo con las necesidades y deseos de la personalidad. A veces, cuando el paciente niega la existencia de alucinaciones, la sospecha puede ser confirmada por una enfermera que descubre al paciente en actitud de escuchar algo atentamente o de responder a algo; ya dijimos anteriormente que como las alucinaciones, en su forma proyectada y enmascarada, expresan material mental íntimamente ligado a las necesidades y problemas de la personalidad, el enfermo durante su experiencia alucinatoria se muestra intensamente preocupado. En algunos estados de intoxicación el comportamiento del paciente puede sugerir una reacción a alucinaciones visuales y, a veces, la ratificación se obtiene con sólo preguntar si ha tenido visiones. Desde el punto de vista diagnóstico, es de enorme importancia determinar si las alucinaciones han ocurrido en estado de claridad de conciencia, sea cual fuere el tipo y el sentido de la expresión; si la conciencia no ha estado muy clara, es muy posible que la causa sea una alteración orgánica, degenerativa o inflamatoria, de los centros corticales, o un estado de intoxicación.

Memoria. Si se pide al paciente, como es frecuentemente muy recomendable, que nos haga un relato cronológico de su vida, puede determinarse razonablemente el estado de su memoria remota, estimando la certeza y seguridad de los datos proporcionados a propósito, por ejemplo, de las fechas en que entró y salió a la escuela, fechas y lugares donde ha trabajado, nombre de las personas que han sido sus jefes, etc. La memoria en lo que concierne a sucedidos de menor interés personal puede probarse preguntando al paciente sucesos bien conocidos locales o nacionales que hayan ocurrido durante la vida del enfermo, y de los cuales, cualquier persona de la comunidad tendría conocimiento. A menudo, y sobre todo cuando existe el antecedente de algún traumatismo craneal, de delirium, epilepsia, fugas histéricas o cualquier disociación, se pondrá atención tratando de averiguar si existe alguna laguna en la memoria por algún período de tiempo circunscrito.

La memoria reciente puede probarse fácilmente preguntando al enfermo cuándo llegó al hospital, de dónde venía, quién lo acompañó o cualquier otro dato del pasado inmediato.

En los enfermos que tengan disminuída la memoria para los sucesos recientes, debe investigarse si hay tendencia a llenar los huecos de la memoria con pseudorreminiscencias (confabulación); algunas veces los incidentes y actividades que refiere pueden ser sugeridos por el que interroga. En las psicosis paranoides, principalmente, debe determinarse si los incidentes referidos son elaborados con lujo de detalles, ficticios en realidad, pero tomados como hechos por el paciente. En algunos casos se puede comprobar fácilmente que todo el relato es una falsificación retrospectiva de la memoria.

La capacidad para retener y recordar puede probarse dando una serie de cuatro o cinco números no consecutivos, y rogando al enfermo que los repita en el mismo orden o en sentido inverso; otra prueba frecuente es dar una dirección o algunos nombres de objetos conocidos, pidiéndole que los recuerde; después de un cierto tiempo, de cinco minutos a una hora, se ruega al enfermo que los repita.

Caudal de información. Esto se obtiene por las contestaciones que el paciente hace a preguntas sobre sucesos corrientes del conocimiento general, o interrogando sobre los conocimientos adquiridos en la escuela. El carácter de las preguntas dependerá naturalmente de las oportunidades que el enfermo ha tenido de adquirir la información y del nivel general de su cultura.

Juicio. Por juicio se entiende la capacidad para comparar hechos o ideas, comprender sus relaciones y sacar conclusiones de ellos. La propiedad de las estimaciones e interpretaciones que el paciente hace sobre cuestiones objetivas, y el grado con que se da cuenta de la interrelación de factores e incidentes significativos, son un buen índice de la calidad de su juicio. El juicio se integra en todas las funciones de la personalidad, pero es particularmente influído por la comprensión general del enfermo y por factores emocionales. El concepto de juicio podría bien extenderse, e incluir la estimación que hace el mismo enfermo de su propio trastorno mental, pero este "juicio subjetivo" es tan importante que se considerará en otro subcapítulo del examen bajo el nombre de introspección. Cuando el juicio objetivo está perturbado, tratará de averiguarse si el defecto es debido a una alteración tóxica del sensorio, a alteraciones degenerativas o inflamatorias de los centros corticales, o si la perturbación se debe a influencias emocionales y está confinada a cuestiones en conflicto con rasgos delirantes y necesidades emocionales. Al apreciar el juicio de un enfermo hay que averiguar también si sus asuntos se conducen con prudencia y propiedad, y si cumple con sus obligaciones familiares.

Introspección.[1] Por introspección entendemos la capacidad del enfermo para comprenderse a sí mismo, para entender y saber de sus propios cambios psicológicos, y para estimar el grado y modo cómo estos cambios dificultan su adaptación social y el cumplimiento acertado de sus deberes habituales. El psiquiatra debe intentar averiguar si el paciente reconoce sus limitaciones en la adaptación; se le preguntará por qué fué traído al hospital, si él lo deseaba, si necesita tratamiento, si padece en la actualidad de algún trastorno mental o si lo ha padecido con anterioridad; es bueno preguntar si ha notado algún cambio en sí mismo o en su visión del mundo y de la vida; si ha habido algún cambio en sus sentimientos, intereses, memoria o pensamientos. Se tratará de saber si el paciente desea ser ayudado, y si ha intentado, y en qué grado, adaptarse a su situación. Muchos dirán que están o han estado "nerviosos" o que han tenido un "ataque de nervios" y no se darán cuenta de que han sufrido un trastorno marcado de su mente; no pocos enfermos tienen, al recobrarse, lo que podría llamarse una introspección psicológica, es decir, la apreciación correcta de los motivos y la génesis de sus síntomas. Admiten fácilmente que han padecido un trastorno mental, pero no se dan cuenta de qué síntomas han tenido y cuáles son los factores que han actuado en la producción de su enfermedad mental. La ausencia de la introspección psicológica no es sorprendente, puesto que habitualmente hay una gran resistencia al descubrimiento de las tendencias dinámicas que han actuado por detrás de la esfera del conocimiento consciente; los enfermos no están preparados emocionalmente para apreciar completa y claramente la existencia de conflictos o la naturaleza de la manifestaciones para cuya defensa se crearon los síntomas; evitan reconocer que han adoptado y creído actos delirantes, que han despreciado en alguna forma la realidad para alcanzar sus fines. La pregunta de si el paciente ha tenido experiencias imaginarias origina a menudo una contestación que mostrará la forma de considerar el paciente sus propias ideas delirantes o experiencias alucinatorias. Interrogando al enfermo por qué se le ha detenido tanto tiempo en la institución, frecuentemente proporciona abundante e importante información; preguntando qué es lo que el enfermo se propone hacer al salir del hospital podremos frecuentemente conocer si se da cuenta de alguna perturbación que todavía tiene. Es, en ocasiones, igualmente bueno preguntar al enfermo qué significan para él los diversos fenómenos psicopatológicos descubiertos y por qué hizo esto o aquello; naturalmente que no podrá ni querrá dar las explicaciones verdaderas, pero sus racionalizaciones podrán revelar factores significativos, o áreas psicológicas que necesitan defensas.

Examen psicométrico. En muchos casos, con pacientes accesibles, es

[1] *N. del T.* El concepto que aquí se comprende bajo el nombre de introspección equivale, en realidad, a lo que la mayor parte de los tratadistas llama conciencia de enfermedad.

altamente deseable determinar si es débil mental, o, al menos, si su grado de inteligencia es inferior al normal, para lo cual es necesario el examen psicométrico. No se darán aquí los detalles de su aplicación o interpretación, porque las conclusiones que pueden obtenerse con tales pruebas son de muy escaso valor, si no son llevadas a cabo por personas bien entrenadas y experimentadas; sin embargo, el interesado podrá encontrar una breve descripción de su naturaleza en el capítulo intitulado Deficiencia Mental. Frecuentemente el enfermo psicótico está imposibilitado para utilizar su inteligencia en forma efectiva, por lo que no debemos esperar, habitualmente, que las pruebas psicométricas nos indiquen con certeza el nivel de desarrollo de su inteligencia; no obstante, en muchas ocasiones le interesa al médico saber qué grado de inteligencia puede el enfermo utilizar, y qué peculiaridades e inconsistencias tiene la que posee en ese momento. Por lo tanto, puede decirse que, en general, a pesar del hecho de que en muchos estados psicóticos el enfermo es incapaz de demostrar la inteligencia que realmente posee, el examen psicométrico proporciona frecuentemente una información muy valiosa e interesante.

Deterioro mental y su medida. No debe olvidarse que el trastorno mental grave no es incompatible con respuestas excelentes de las pruebas psicométricas; de hecho, los pacientes que sufren paranoia frecuentemente tienen un cociente intelectual alto. Por otra parte, algunos trastornos mentales se acompañan de una disminución de la capacidad original de funcionamiento mental, manifestándose particularmente esta mengua en la dificultad para las nuevas asociaciones, o para las asociaciones correctas, en la capacidad de retención de recuerdos recientes, y en la capacidad para fijar la atención; algunas funciones se deterioran más rápidamente que otras, resultando de ello que puede observarse una gran variedad en el grado en que cada una de las funciones está disminuída. La mayor "dispersión" tiende a presentarse en las psicosis de causa orgánica. Babcock ha ideado un método para medir el grado de deterioro mental, para lo cual es necesario estimar primeramente el nivel original de función mental y compararlo con el actual; la prueba de Babcock se basa en el concepto de que el conocimiento mecánico, aprendido de memoria, como el vocabulario, se afecta mucho menos en las enfermedades cerebrales degenerativas o destructivas, que los conocimientos adquiridos más recientemente. El método de Terman determina lo que se supone es el nivel mental original del paciente, y éste se compara con el nivel mental actual determinado por la serie de veinte pruebas que comprenden la memoria, el control motor, la agilidad en las respuestas y la capacidad para fijar la atención y formar nuevas asociaciones. La diferencia entre el nivel actual determinado por la prueba de Babcock, y el patrón establecido por el nivel original, se denomina "índice de eficiencia", y se cree que expresa cuantitativamente el grado de deterioro mental. En general

se considera que la prueba de Babcock es un método aceptable para medir el grado de deterioro mental, solamente cuando el nivel original de inteligencia del enfermo es aproximado al medio, cuando no hay dificultades para el lenguaje, cuando la demencia no es muy acentuada, y cuando el enfermo tiene menos de sesenta años de edad.

Prueba de Rorschach. Aun cuando esta prueba proporciona abundante información referente a la capacidad intelectual congénita del enfermo, es particularmente valiosa para descubrir la estructura y las características fundamentales de la personalidad. Para su aplicación se muestran al enfermo diez cuadros en cada uno de los cuales hay una ilustración tipo de una "mancha de tinta" con dos mitades simétricas; cinco de esos cuadros son gris oscuro con multitud de sombras diferentes, dos son gris oscuro y rojo, y las tres restantes son de varios colores. Las manchas de tinta tienen una gran variedad de formas, sombras y colores, y han sido escogidas de manera que tengan un valor muy sugerente para el que las ve. En la prueba se le pregunta al enfermo lo que ve en la relativamente informe mancha, qué le semeja, en qué le hace pensar o qué le sugiere; al crear formas llenas de significados del material informe, revela los rasgos fundamentales de su personalidad. La prueba, en efecto, es en principio proyectiva, y sirve como medio de exploración de la personalidad; el enfermo, en sus interpretaciones, exterioriza las actitudes de su personalidad, sus conflictos, y los aspectos significativos de su mente. Con esta técnica proyectiva el médico obtiene un retrato de la personalidad y puede descubrir indicios de psicopatías subyacentes. Las respuestas del paciente se catalogan y se valoran de acuerdo con un sistema complicado en el que las percepciones y las asociaciones de las manchas se correlacionan empírica pero lógicamente con ciertas características de la personalidad. La prueba de Rorschach no explica cómo la personalidad se desarrolló en determinada forma, pero revela la estructura subyacente que hace comprensible el comportamiento del enfermo. El psiquiatra obtiene de la prueba conocimientos referentes a "configuraciones básicas de la personalidad", y aspectos de la inteligencia y de la emotividad.

Prueba de la apercepción temática. La prueba de la apercepción temática de Murray es también proyectiva, y se ideó sobre la teoría de que la necesidad es madre de la fantasía. Se le muestran al paciente veinte fotografías de diversas escenas dramáticas y se le pide que invente una historia sobre cada una, diciendo cómo se originó la escena, qué es lo que está sucediendo, cuáles son los sentimientos de los personajes, y cuál será el resultado de la misma. Impulsado por el cuadro, el enfermo imagina situaciones humanas, motivos humanos que probablemente representan proyección de sus propios impulsos, sentimientos, pensamientos, frustraciones, conflictos y situaciones. La historia que relata nos proporciona la clave del

nivel de su inteligencia, del tipo de sus intereses y de sus tendencias inconscientes. Cuando menos en cierto grado, la interpretación del enfermo representa la proyección de su propia personalidad; el conflicto que aparece con la prueba puede ser utilizado como punto de partida de la psicoterapia.

Examen del paciente inaccesible. El estudiante se siente a veces perdido para obtener datos de significación clínica cuando el enfermo no puede o no quiere hablar ni cooperar en el examen mental. Los diversos estados estuporosos, sin embargo, se caracterizan por rasgos más o menos bien definidos que poseen valor clínico diferencial, y el enfermo que no puede articular palabra o se resiste a discutir algunos temas, revela involuntariamente muchas cosas de alto significado psicológico. Los estados inaccesibles, cuando el enfermo es visto por primera vez por el psiquiatra, son frecuentemente manifestaciones muy agudas, y proporcionan datos de mucho valor, tanto en sí mismos como en consideración a sus conexiones con los síntomas que se observarán subsecuentemente en una etapa tardía de la evolución de la psicosis.

Como las reacciones clínicas del enfermo inaccesible son, por lo menos en ciertos aspectos, menos bien definidas que las del cooperador, su dirección e interpretación requieren un método sistemático de estudio. El siguiente plan de examen puede servir de guía para el estudio de las expresiones de la personalidad del enfermo inaccesible.

Reacción general, movimientos y postura. Después de describir las reacciones del enfermo de acuerdo con el plan anotado en el párrafo intitulado "Aspecto general, modales y actitud", deberá registrarse lo siguiente: grado y forma de respuesta al saludo; ¿Toma el enfermo la mano que le tiende el médico? ¿Habla espontáneamente? Las preguntas, ¿son ocasionalmente seguidas de respuesta? ¿Hay algún esfuerzo para contestar, ya sea con palabras, cuchicheos, movimientos de labios o de la cabeza? ¿Se contestan únicamente las preguntas impersonales? ¿Hay ciertos tópicos que el enfermo se rehusa a discutir? Si no quiere hablar, ¿acepta al menos escribir cuando se le ofrece papel y lápiz? ¿parece el enfermo suspicaz, en guardia, preocupado, poco atento o evasivo? ¿Se le ve a veces hablando solo? Si así es, ¿cuál es el estado emocional entonces?

Habrá también que observar si las actitudes corporales son asumidas voluntaria o pasivamente, si son naturales, afectadas, cómodas, o forzadas, y describir cualquier posición extraña que se sostiene por un cierto tiempo. Observar si el enfermo se resiste a cambiar de posición, si sus músculos están relajados o tensos cuando se mueven pasivamente las extremidades, si sus respuestas al intentar movimientos pasivos o sugeridos se caracterizan por resistencias negativas o por movimientos en dirección opuesta: observar asimismo lo que hace el enfermo cuando se le coloca en una posición incómoda, y anotar su actividad espontánea, su magnitud y velocidad, etc..

Ver si el enfermo obedece las órdenes, si sus reacciones son influídas por distracciones o exigencias, si presenta movimientos de defensa a estímulos dolorosos.

Se observarán los modales del paciente al comer, su modo de vestir, si, una vez rehusada la comida, es más tarde tomada cuando se la ha dejado cerca de él, si se ha hecho necesario alimentarlo con cuchara o por sonda, y también lo relativo a las necesidades excretoras.

Anotar finalmente si las diversas características de la actitud, el lenguaje y la conducta, son constantes o varían de tiempo en tiempo y, si son variables qué es lo que parece influirlas.

Expresión facial y respuestas emocionales. Registrar si la expresión facial del enfermo es alerta, apática, vacía, plácida, impasible, ceñuda, aburrida, insolente, áspera, colérica o aprensiva. Si su cara expresa aversión, odio, atolondramiento, perplejidad o ansia, si la expresión cambia, si hay lágrimas, sonrisas u otros signos de emoción y en qué ocasiones aparece ésta. Si el paciente parece preocupado, angustiado, temeroso, si se observan muecas, gestos o amaneramientos.

Anotar si la mirada es fija o furtiva. Si se manifiestan algunos sentimientos cuando se menciona la familia del enfermo, o cuando se habla de ciertas cuestiones o experiencias; y cuando los haya, anotar cómo son.

La reacción mostrada cuando lo visita algún familiar debe describirse detallando cuidadosamente si esa reacción es sorprendente, y si es provocada por algunos miembros de la familia en particular o por otros individuos.

Examen bajo narcosis. Si por motivo de mutismo, amnesia, o dificultades para establecer relaciones con el paciente, el médico no logra obtener datos de significación, puede frecuentemente aumentarse la accesibilidad por medio de la técnica del examen bajo narcosis. Pueden usarse diversas formas de barbituratos para provocar el sueño, pero los que actúan lentamente, como el amital sódico, son los más frecuentemente usados; una solución al 10 por ciento de amital sódico preparado recientemente, se inyecta por vía intravenosa a razón aproximadamente de 1 c.c. por minuto; la inyección se continúa hasta que el paciente esté semidormido, teniendo cuidado de no permitir que llegue al estupor; habitualmente con 0.20 a 0.40 grm. de la droga se puede obtener respuesta a las preguntas. En este estado de semiinconsciencia, entre la vigilia y el sueño, los procesos inhibidores pierden fuerza, se establece la relación, y el material de conflicto y reprimido es traído a la conciencia. El contenido mental del paciente puede entonces obtenerse, pues su resistencia psicótica es temporalmente vencida. Esta situación puede también utilizarse con propósitos psicoterapéuticos. Como el amital sódico en dosis elevadas produce caída de la tensión arterial y depresión respiratoria, es muy útil tener listo siempre sulfato de efedrina y picrotoxina. La técnica de la narcosis no debe ser empleada en los síndromes orgánicos cerebrales ni en las intoxicaciones, pues la accesibilidad de los enfermos en esas condiciones no se aumenta con esta exploración.

Formulación del diagnóstico. El examen mental conducido conforme a los lineamientos indicados servirá de guía para la investigación de los signos y síntomas de la perturbación de la personalidad, y habitualmente, con una cierta experiencia, permite al médico determinar si el paciente es psicótico o no. Para las cuestiones médico-legales esto es frecuentemente lo único necesario, pero para el médico, cuando intenta de una manera inteligente guiar las funciones de la personalidad, es necesario saber cuáles problemas vitales han originado la desorganización y qué métodos antisociales ha utilizado el enfermo para enfrentarse a ellos, es decir, intentará organizar los datos obtenidos en una forma comprensible. Deberemos, por lo tanto, considerar y valorar todos los factores constitucionales, neurológicos, fisiológicos, sociales y psicógenos que nos hayan revelado la historia del paciente, la exploración física, el laboratorio y el examen mental. Estos complejos factores proporcionan las bases para el estudio de los síntomas. El objeto es obtener, no una visión estática, como un corte transversal, de la psicosis, sino un corte longitudinal, dinámico, del funcionamiento de la personalidad. Se comprende, por lo tanto, que el examen total no debe centrarse en la búsqueda de síntomas, sino en la de los factores y fuerzas que hayan actuado como en una cadena continuada de circunstancias, de la cual la neurosis o la psicosis es sólo un incidente. Se encontraría frecuentemente que las necesidades psíquicas del enfermo han estado encontrando expresión desde mucho tiempo antes en los rasgos más característicos de su vida. Finalmente, al formular un diagnóstico trataremos de coordinar y correlacionar los diversos síntomas con las manifestaciones de la conducta, y articularlos uno a otro para que resulte un retrato comprensivo, significativo y natural de la personalidad.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Antes de concluir este capítulo vamos a decir unas cuantas palabras referentes a la clasificación de las enfermedades mentales. Siguiendo la práctica de las otras ramas de la medicina en que las entidades patológicas son más demostrables, la psiquiatría ha intentado clasificar las perturbaciones de la personalidad como si fueran entidades claramente distintas, basándose en la semejanza de los hechos descriptivos o en el pronóstico. Desgraciadamente, al esforzarse en este intento se pueden fácilmente cometer errores haciendo entidades nosológicas de modos de reacción. Desde un punto de vista descriptivo el problema puede simplificarse dividiendo las enfermedades mentales en grupos, basándose en las diferencias clínicas y

de comportamiento. No obstante, es conveniente evitar el pensar tan sólo en categorías o entidades patológicas, y tratar únicamente de presentar resúmenes de los orígenes y tipos de reacción. Aun cuando las clasificaciones son necesarias para diversos propósitos, los estadísticos entre otros, ha habido, tal vez ocasionalmente, una propensión exagerada a considerar que se alcanzaba el objetivo cuando se formulaba un diagnóstico clasificado. En verdad, los trastornos de la personalidad que se desarrollan sobre bases de lesiones estructurales clásicas, tales como la parálisis general progresiva o la demencia senil, entran fácilmente dentro de un esquema de clasificación, pero aun en estas enfermedades, el estudio del funcionamiento de la personalidad, previo a la enfermedad, hace claros muchos puntos que no pueden ser explicados por la neurohistología; se encuentra a menudo, por ejemplo, que la enfermedad mental orgánica ha permitido la liberación de multitud de impulsos previamente inhibidos o reprimidos. No debe olvidarse que catalogar a un enfermo dentro de un comportamiento diagnóstico no lo ayuda mayormente, pero si se determina cómo y por qué ha llegado a su estado actual, estaremos en mucha mejor situación para asistirlo. No es siquiera recomendable pensar en "neurosis" y "psicosis" en términos rígidos, pues no existe claramente una separación estricta entre ellas. El diagnóstico deberá plantearse, en tanto que es posible, en términos de los problemas individuales del enfermo y de los métodos con que éste ha intentado enfrentarse a ellos.

Decimos esto, a propósito de las clasificaciones, tanto para hacer hincapié en que muchos trastornos mentales en lugar de ser entidades patológicas son en realidad métodos adoptados por la personalidad para afrontar sus problemas, como para insistir en que no debemos esforzarnos en introducir los síntomas dentro de un esquema de clasificación, sino en conocer cuáles son los problemas del paciente y cómo es que ha llegado a afrontarlos en la manera que observamos.

En este libro seguiremos la clasificación de las enfermedades mentales adoptada por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1934, no solamente porque es la clasificación oficial, sino porque, indudablemente, desde el punto de vista descriptivo y estructural, es la más racional, aunque le falte una visión dinámica de las perturbaciones de la personalidad; tampoco indica los factores psicológicos o psicobiológicos que son comunes tanto en la conducta y las reacciones cotidianas de la personalidad, como en el funcionamiento desadaptado de ésta que se conoce habitualmente con el nombre de enfermedad mental.

La clasificación es la siguiente:

Psicosis de la meningo-encefalitis sifilítica (parálisis general progresiva).
Psicosis de las otras formas de sífilis del sistema nervioso central.

Tipo meningo-vascular (sífilis cerebral).
Con goma intracraneal.
Otros tipos (a especificar).
Psicosis de la encefalitis epidémica.
Psicosis de otras enfermedades infecciosas.
De la meningitis tuberculosa.
De la meningitis en general.
De la corea aguda (de Sydenham).
De otras enfermedades infecciosas (a especificar).
Psicosis postinfecciosas (especificar la infección).
Psicosis alcohólicas.
Intoxicación patológica.
Delirium tremens.
Psicosis de Korsakow.
Alucinosis aguda.
Otros tipos (a especificar).
Psicosis debidas a drogas o venenos exógenos diversos.
Debida a metales (a especificar).
Debida a gases (a especificar).
Debida al opio o sus derivados.
Debida a otras drogas (a especificar).
Psicosis traumáticas.
Delirium traumático.
Trastornos post-traumáticos de la personalidad.
Deterioro mental post-traumático.
Otros tipos (a especificar).
Psicosis de la arteriosclerosis cerebral.
Psicosis de otras perturbaciones de la circulación.
De la embolia cerebral.
De la enfermedad cardio-renal.
Otros tipos (a especificar).
Psicosis de los trastornos convulsivos (epilepsia).
Deterioro epiléptico.
Estados crepusculares epilépticos.
Otros tipos.
Psicosis seniles.
Deterioro simple.
Tipo presbiofrénico.
Tipos delirioso y confuso.
Tipos deprimido o agitado.
Tipos paranoides.
Psicosis involutivas.
Melancolía.
Tipos paranoides.
Otros tipos (a especificar).
Psicosis debidas a otras enfermedades, metabólicas, etc.
Asociadas a enfermedades de las glándulas de secreción interna (a especificar).
Delirium del agotamiento.
Enfermedad de Alzheimer.
Psicosis de la pelagra.

Asociadas a otras enfermedades somáticas (a especificar).
Psicosis debidas a neoplasias.
Asociadas a neoplasmas intracraneales.
Asociadas a otros neoplasmas (a especificar).
Psicosis asociadas a cambios orgánicos del sistema nervioso.
A la esclerosis múltiple.
A la parálisis agitante.
A la corea de Huntington.
A otras enfermedades del cerebro o nerviosas (a especificar).
Psiconeurosis.
Histeria (histeria de ansiedad, histeria de conversión y subgrupos).
Psicastenia o estados compulsivos (y subgrupos).
Neurastenia.
Hipocondría
Depresión reactiva (reacción simple situacional, otras).
Estados de angustia.
Psiconeurosis mixtas.
Psicosis maníaco-depresiva.
Tipo maníaco.
Tipo depresivo.
Tipo circular.
Tipo mixto.
Tipo perplejo.
Tipo estuporoso.
Otros tipos.
Demencia precoz (esquizofrenia).
Tipo simple.
Tipo hebefrénico.
Tipo catatónico.
Tipo paranoide.
Otros tipos.
Paranoia y estados paranoides.
Paranoia.
Estados paranoides.
Psicosis de la personalidad psicopática.
Psicosis de la deficiencia mental.
Psicosis no diagnosticadas.
Trastornos mentales sin psicosis.
Epilepsia.
Alcoholismo.
Toxicomanía.
Deficiencia mental.
Trastornos de la personalidad debidos a encefalitis epidémica.
Personalidades psicopáticas.
Con sexualidad patológica.
Con emotividad patológica.
Con tendencias antisociales y amorales.
Tipos mixtos.
Trastornos primarios de la conducta.
Desadaptación simple del adulto.

Trastornos primarios de la conducta en los niños.
Perturbaciones de la conducta.
Perturbaciones de los hábitos.
Rasgos neuróticos.

REFERENCIAS

Babcock, H.: An Experiment in the Measurement of Mental Deterioration. Am. J. Psychol., *18:* 68, 1930.

Dunbar, E. Flanders: Psychosomatic History and Techniques of Examination. Am. J. Psychiat., *95:* 1277–1305, 1939.

Hart, W. L., Ebaugh, F. G., y Morgan, D. W.: The Amytal Interview. Am. J. M. Sc., *210:* 125, 1945.

Klopfer, B., y Kelley, D. M.: The Rorschach Technique. New York, World Book Co., 1942.

Lewis, N. D. C.: Outlines for psychiatric Examinations. 3ª ed. Utica, N. Y., State Hospitals Press, 1943.

Menninger, W. C., Menninger, K. A., y Knight, R. C.: The Psychological Examination: An Outline of Procedure in the Determination of the Mental Status of the Psychiatric Patient. Bulletin of the Menninger Clinic, *5:* 97–110, 1941.

Meyer, Adolf: The Aims and Meaning of Psychiatric Diagnosis. Am. J. Insan., *74:* 163, Oct. 1917.

———: The "Complaint" as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Teaching in Psychiatry. New England J. Med. *199:* 360, August 23, 1928.

Murray, H. A.: Explorations in Personality. New York, Oxford University Press, 1938.

Piotrowski, Z. A.: On the Rorschach Method of Personality Analysis. Psychiatric Quart., *16:* 480–490, 1942.

Preu, Paul: Outline of Psychiatric Case Study. 2ª ed. New York, Paul B. Hoeber, 1943.

Rorschach, Hermann: Psychodiagnostics. Traducido por Paul Lemkau y Bernard Kronenberg. New York, Grune & Stratton, 1942.

Shipley, W. C., y Burlingame, C. C.: A Convenient Self-Administering Scale for Measuring Intellectual Impairment in Psychotics. Am. J. Psychiat., *97:* 1313–1325, 1941.

Statistical Manual for the Use of Institutions for Mental Diseases. 6ª ed. New York, National Committee for Mental Hygiene, 1934.

Whitehorn, J. C.: Guide to Interviewing and Clinical Personality Study. Arch. Neurol. & Psychiat., *52:* 191–216, 1944.

Wilbur, C. B.: Use of Barbiturates Intravenously in Neuropsychiatry. Dis. Nerv. System, *5:* 369–371, 1944.

Capítulo VIII

PSICOSIS DE LA MENINGOENCEFALITIS SIFILITICA

La parálisis general o progresiva, o demencia paralítica, es un trastorno psicosomático producido por una meningoencefalitis sifilítica progresiva que produce una degeneración del parénquima con infiltración de los elementos intersticiales. Clínicamente se caracteriza por un síndrome comprensible, pero variable, de perturbaciones neurológicas y mentales asociadas a cambios serológicos bastante constantes.

Historia. Aun cuando Haslam, del Hospital Bethlehem, describió en 1798, en una monografía intitulada "Observaciones sobre la locura", los síntomas físicos y mentales asociados a la parálisis general progresiva, todo el crédito por su reconocimiento como entidad clínica y patológica corresponde al psiquiatra francés A. L. J. Bayle, que publicó su tesis en 1822 a la edad de 23 años, sobre ese tema. La creencia de que el cuadro era debido a la sífilis la expresaron por primera vez, en 1857, Esmarch y Jessen. En un principio esta teoría recibió muy poco crédito, pero finalmente se aceptó en forma general que la sífilis era la causa, al menos en muchos de los casos, aunque muchos psiquiatras continuaron creyendo que existían otras diversas causas que podían actuar; esa opinión fué sostenida hasta que Alzheimer y Nissl en 1904 demostraron la histopatología de la enfermedad. Más tarde el desarrollo de la reacción de Wassermann indicó la existencia de lúes prácticamente en todos los casos. Las dudas que quedaban de que la sífilis fuese la única causa determinante se desvanecieron en 1913, cuando Noguchi y Moore encontraron el treponema pálido en el cerebro de los paralíticos. Ahora es posible observar los treponemas en cerebros frescos de paralíticos recogidos de autopsias y estudiados con iluminación al campo obscuro pueden también encontrarse en tejido cerebral obtenido por punción de individuos vivos. Se ha sugerido que existe una cepa neurotropa del treponema pálido que determina la localización de la enfermedad en el sistema nervioso central, pero esto no es aceptado por la mayor parte de los sifilólogos.

El fracaso de la terapéutica con arsfenamina sobre las lesiones cerebrales, en comparación con la manera cómo responden los signos y síntomas luéticos de lesiones en otras partes del cuerpo, estimuló la investigación de otras formas de tratamiento. En 1917 Wagner-Jauregg, de Viena, encontró que la fiebre artificial producida por inoculación de paludismo ocasionaba una

detención del proceso paralítico y mejoría del enfermo. En los años siguientes se desarrollaron otros métodos para producir fiebre artificial, algunos de los cuales demostraron ser igualmente efectivos. El descubrimiento de la triparsamida, un arsenical pentavalente, por Jacobs y Heidelberger, del Instituto Rockefeller, en 1919, añadió un valioso agente quimioterapéutico; en 1943 se encontró que la penicilina era un agente treponemicida muy activo, y ha demostrado ser, desde entonces, un medio muy eficaz en el tratamiento tanto de la sífilis en general como de la neurolúes. Gracias a estos descubrimientos y al uso más amplio de la punción lumbar con miras diagnósticas, la parálisis general, en lugar de ser una enfermedad invariablemente fatal, puede ahora prevenirse en la gran mayoría de los casos si el tratamiento de la lúes es oportuno y activo. Cuando por ausencia de tratamiento o técnica defectuosa del mismo se desarrolla la parálisis general, ésta puede, no obstante, ser estacionada en el 70 a 80 por ciento de los casos, si el tratamiento es establecido oportunamente, y en el 30 por ciento de los casos el enfermo puede ser reintegrado a la sociedad en estado normal.

Frecuencia. Antes de 1920, del 8 al 10 por ciento de los enfermos que ingresaban a los hospitales públicos de Norteamérica tenían parálisis general progresiva; en la actualidad apenas el 6 por ciento de los ingresos lo son por esta enfermedad. Malzberg, para determinar la incidencia de la parálisis general progresiva en relación a la población, codificó las cifras de primeros ingresos en los manicomios públicos de Nueva York sobre la base de individuos mayores de quince años, escogiendo este límite de edad porque no hay, prácticamente, casos de este trastorno más precoces; el promedio anual de admisiones en 1920 fué 12.94 por 100,000 habitantes, y en 1940 la cifra bajó a 8.94. Esta reducción es debida probablemente, tanto a una baja en la incidencia de la sífilis como a la práctica de tratamiento más oportuno y adecuado. Se estima que sólo el 4 ó 5 por ciento de las personas infectadas con sífilis desarrollan eventualmente la parálisis general progresiva; esto sugeriría que la enfermedad debiera ocurrir en un promedio de 3 a 4 personas por cada 1,000 habitantes adultos. La razón de por qué la parálisis se desarrolla en algunos sifilíticos, mientras que otros no la presentan nunca, es desconocida, pero tal vez la incidencia está determinada por la virulencia de la infección y los factores inmunológicos del portador; no hay, probablemente, una cepa especial neurotropa del treponema. Alrededor del 50 por ciento de los sifilíticos no tratados muestran cambios en el líquido céfalorraquídeo dentro de los primeros diez y ocho meses después del contagio, pero en muchos casos estas alteraciones son pasajeras y no van seguidas del desarrollo de ninguna forma de neurolúes. Si el líquido céfalorraquídeo no muestra alteraciones en los dos primeros años posteriores a la infección, o si es primeramente anormal, y después, espontáneamente o por tratamiento, se vuelve normal, el paciente no desarrollará parálisis general

progresiva. Cuando las anormalidades del líquido céfalo raquídeo persisten por más de dos años después de la infección indican que el sistema nervioso central ha sido atacado seriamente, y aun cuando el enfermo no muestre signos o síntomas clínicos de neurolúes, está extremadamente predispuesto para presentarlos más tarde y desarrollar particularmente una parálisis general progresiva. Es, por lo tanto, extraordinariamente importante, que los exámenes del líquido céfalorraquídeo se continúen durante los tres primeros años después de la infección, y si se encuentran positivos se administre tratamiento hasta negativizarlos. Con el tratamiento apropiado en las fases tempranas de la enfermedad y la observación prolongada después, puede evitarse la parálisis general en casi el cien por ciento de los casos. Si el líquido céfalorraquídeo es normal durante cinco años después de la infección, continuará seguramente en ese estado y la parálisis no se presentará. Esta complicación de la sífilis ocurre cuatro veces más frecuentemente en los hombres que en las mujeres. La causa de esta sorprendente preponderancia en los hombres es desconocida, pues el promedio probable de infección por sífilis en los hombres es apenas el doble del de la mujeres (Moore y Merritt). La neurosífilis parenquimatosa es también mucho menos frecuente entre los negros que entre los blancos, a pesar de la mayor incidencia de la sífilis en los primeros. Hay que recordar que no son pocas las personas que desarrollan meningoencefalitis de origen sifilítico sin el conocimiento previo de su infección luética.

Anatomía patológica. La base anatomopatológica de la parálisis general progresiva es una meningoencefalitis luética crónica. La pía está típicamente engrosada, edematosa e infiltrada, y presenta a menudo un aspecto borroso y deslustrado; frecuentemente se adhiere con firmeza a la superficie del cerebro, de tal manera que cuando se trata de despegarla se desprenden porciones de substancia gris que hacen que la corteza presente un aspecto descamado. El engrosamiento de las meninges se debe en gran parte a infiltración de células plasmáticas y linfocitos, y a la proliferación de las células endoteliales. A consecuencia de la atrofia difusa de la corteza cerebral, los surcos se ven ensanchados y las circunvoluciones del cerebro normal son menos bien delineadas. La atrofia es mayor en los lóbulos frontales y decrece progresivamente hacia los polos posteriores de ambos hemisferios. Tanto el líquido céfalorraquídeo del espacio sub-aracnoideo como el de los ventrículos está aumentado. El epéndimo ventricular está engrosado y presenta a menudo, particularmente en el piso del cuarto ventrículo, un aspecto granuloso o escarchado que se llama ependimitis granulosa.

Microscópicamente los espacios linfáticos perivasculares están llenos de células endoteliales proliferadas, ocasionalmente células cebadas, y principalmente, células plasmáticas y linfocitos. La pía se encuentra también infiltrada por linfocitos y células plasmáticas. La neoformación de capilares produce un aumento de la vascularización, y la infiltración perivascular mencionada de estos capilares es una de las características histopatológicas más importantes de la parálisis general progresiva, aunque su hallazgo no se limite estrictamente a esta enfermedad, pues puede también ocurrir en la encefalitis epidémica y en la tripanosomiasis. Las células ganglionares son turbias, sufren degeneración, llegando muchas a desaparecer, particularmente en la capa media de la corteza frontal. No ha llegado a determinarse todavía si los cambios degenerativos son causados por la acción de las espiroquetas mismas o de sus productos tóxicos. La arquitectura habitual de la corteza con sus capas y columnas de neuronas está desorganizada. La *neuroglia* prolifera abundantemente. Repartidas por toda la corteza se encuentran numerosas células de apariencia cilíndrica conocidas como células en bastón o "stäbchenzellen", que describió primeramente Franz Nissl: "una célula extraordinariamente larga cuyo cuerpo no se aprecia claramente o se une a los dos polos en forma de un solo filamento". Cuando la atrofia es muy grande pueden observarse ocasionalmente, tanto en la substancia blanca como en la gris, células en forma de corpúsculos esféricos con protoplasma vacuolar y reticulado que se conocen con el nombre de células en reja, células gránuloadiposas o corpúsculos granulosos compuestos. Ninguna de estas células es peculiar de la parálisis general, y se derivan de la microglia, que es un elemento de origen mesodérmico. Como la microglia representa el sistema retículo-endotelial del sistema nervioso, posee todas las propiedades de ese sistema, particularmente la capacidad de recoger ciertos coloides y fagocitar los hematíes y los productos de la degeneración celular. Juega, por lo tanto, un papel muy importante en los procesos degenerativos e inflamatorios de la parálisis general. Si la necesidad de su actividad macrofágica se desarrolla lentamente, como en la parálisis general, la microglia toma la forma de células en bastón que tienden a ocupar una posición más o menos perpendicular a la superficie; si la actividad fagocitaria es urgente, como en el traumatismo, la encefalitis intensa o el reblandecimiento, los elementos de la microglia toman la forma de células gránuloadiposas o en reja. En los procesos crónicos, como en la parálisis general, los corpúsculos granulosos compuestos son, por lo tanto, menos frecuentes que las células en bastón, pero pueden hallarse, en pequeño número, en la substancia blanca, o en áreas donde la atrofia haya sido especialmente marcada, como sucede en el tipo de parálisis llamado de Lissauer que se mencionará más tarde. Las células de la microglia, numerosas en el cerebro de los paralíticos generales y difíciles de encontrar en la corteza cerebral normal, proporcionan aparentemente un índice bastante seguro de la actividad de los procesos patológicos; conforme la actividad patológica disminuye, el número de elementos de la microglia se reduce paralelamente.

Otro hallazgo constante en el cerebro de estos enfermos es la presencia de pigmento férrico en la pared de los vasos sanguíneos y en la microglia cortical. Muchos patólogos consideran que la presencia en las células en bastón de una substancia que da la reacción del azul de Prusia debe considerarse como característica patognomónica de la parálisis general progresiva. Las espiroquetas se encuentran en aproximadamente el 80 por ciento de los casos no tratados; son más numerosas, por regla general, en la segunda y tercera capa de la corteza frontal, pero pueden hallarse en casi toda la materia gris del cerebro. Nunca se han encontrado libres en la substancia blanca ni, de acuerdo con Jahnel, en las células ganglionares. Los hemocultivos de los enfermos con parálisis general progresiva nunca han mostrado desarrollo de treponemas.

El grado de alteración del cerebro parece depender de la multiplicación de los parásitos y, tal vez, de la producción de una toxina. Es probablemente muy importante el aumento de la permeabilidad observado por Malamud en la barrera que existe entre los vasos sanguíneos y el líquido céfalorraquídeo. El hecho de que en la parálisis general progresiva esté disminuída esta resistencia de las paredes de los capilares cerebrales o, dicho de otra manera, el hecho de que la permeabilidad sangre-líquido céfalorraquídeo esté aumentada (como se determina por el paso de bromuro) indica que las toxinas de la sífilis pueden más fácil y libremente penetrar en el tejido cerebral. Es posible que el índice de permeabilidad indique el estado de los capilares y vasos pequeños, y sea, por lo tanto, el eslabón entre el cuadro clínico y el histológico. Para Bielschowsky, la alteración de la permeabilidad se debe a cambios inflamatorios en las paredes de los vasos.

Período de incubación. *Parálisis asintomática.* La parálisis general se desarrolla entre los cinco y treinta años después de la infección sifilítica. En la mitad de los casos el período de incubación es de diez a veinte años; el acmé de la curva de la incidencia ocurre entre los treinta y cinco y cuarenta y cinco años de edad. Este largo período de incubación no significa que el sistema nervioso de las personas que desarrollan parálisis general progresiva no haya sido invadido mucho tiempo antes de la aparición de los síntomas clínicos; la invasión, de hecho, ocurre probablemente en los primeros meses después de la infección, aunque los cambios serológicos del líquido céfalorraquídeo característicos de la enfermedad no aparezcan hasta más tarde; se ignora por cuánto tiempo estos cambios serológicos del paralítico anteceden a la aparición de los síntomas. Se ha establecido, no obstante, que existe un período preclínico en el que la serología del líquido céfalorraquídeo es positiva aun cuando no haya signos o síntomas clínicos de ataque al sistema nervioso central; se puede decir que en este período el enfermo padece una parálisis general asintomática, y debe ésta ser considerada como el heraldo de la parálisis general clínica. Es importante esto, porque sería muy

conveniente que se pudiera en todos los casos descubrir y tratar la enfermedad durante este período asintomático; por esto, en todo paciente que tenga serología positiva en la sangre debe examinarse el líquido céfalorraquídeo aunque no existan signos o síntomas de ataque al sistema nervioso central. Hay muchos sifilólogos que creen que el tratamiento insuficiente de la sífilis temprana, aunque no aumenta en realidad la incidencia de la parálisis general progresiva, sí acorta el período de incubación.

Trauma y parálisis. Ocasionalmente, a propósito de accidentes de trabajo o por cualquier otro dictamen de tipo médico-judicial, se confronta la cuestión de si el traumatismo puede tener un papel precipitante en la producción de la parálisis general en un individuo que tiene sífilis. Hay evidencias y precedentes de tipo médico y legal que relacionan efectivamente un traumatismo craneano con el desarrollo o la aceleración del proceso paralítico; los límites que habitualmente se establecen para esta relación de causa a efecto es de seis semanas a tres meses como mínimo, y de dos a tres años como máximo. Existe una divergencia de opinión, sin embargo, en cuanto a la intensidad del traumatismo necesario para que pueda establecerse tal relación entre el trauma y el desarrollo de la enfermedad; para justificar una opinión de que el trauma ha precipitado, o agravado, una parálisis general, debe demostrarse que el traumatismo fué, primeramente, craneano y, en segundo término, que fué de una intensidad suficiente para provocar conmoción, o mejor, contusión cerebral. No es probable, sin embargo, que en todo caso el traumatismo haya iniciado el proceso paralítico; cuando más habrá activado una parálisis asintomática y provocado la aparición de los síntomas clínicos; no puede nunca decirse si esa persona, en ausencia del traumatismo, hubiera desarrollado la parálisis general progresiva. Algunas veces el traumatismo no activa un proceso patológico, sino que tal vez agrava uno ya existente cuyos síntomas no se han reconocido previamente. La mayor parte de los psiquiatras son de opinión que la participación del trauma en la precipitación o agravamiento de la parálisis general progresiva no se ha establecido todavía sobre bases estrictamente científicas. Puesto que existen todavía bases para controversia aun en los casos individuales, debemos ser muy prudentes en cuanto a expresar conclusiones a propósito de la relación existente; la relación más frecuente, y con amplio margen, es que el traumatismo se produce en un accidente motivado por la disminución del juicio, apercepción y coordinación, debidas a la existencia de la enfermedad. Tales accidentes deben servir para llamar la atención sobre la amenaza que representa en las fábricas un paralítico general cuyos síntomas no hayan sido reconocidos.

Signos y síntomas. La descripción de los síntomas de la demencia paralítica vamos a dividirla en los tres subtítulos siguientes: (a) síntomas mentales; (b) signos neurológicos; (c) alteraciones serológicas.

Síntomas mentales. Aun cuando las alteraciones neurológicas y serológicas tienen lugar previamente, adelantándose a veces por un período de tiempo considerable, los síntomas mentales son por lo regular los primeros en llamar la atención sobre la enfermedad. Con frecuencia tales síntomas mentales se desarrollan tan insidiosamente que la familia del enfermo no nota cuándo empiezan los cambios de la personalidad; el médico mismo tiene a veces grandes dificultades para determinar el momento exacto de la iniciación de la sintomatología. Los síntomas más tempranos consisten, en gran parte, en una acentuación o exageración de los rasgos previos de la personalidad; puede haber, además, irritabilidad, fatiga, dificultad en la concentración, depresión, períodos confusionales, perturbaciones del sueño y cefalea. No rara vez el paralítico en su iniciación es discutidor y pendenciero. Frecuentemente se vuelve descuidado en la apariencia y el vestir, desconsiderado para los demás, olvidadizo o poco respetuoso de la propiedad y buenas maneras sociales, y manifiesta una relajación insidiosa de los sentimientos éticos y culturales más elevados; el que toma alcohol moderadamente puede volverse disipado a ese respecto; las actividades sexuales pueden tornarse obsesivas; el hombre cuya vida previa ha sido bastante ejemplar puede, no solamente mostrar un cambio súbito y sorprendente en su carácter, sino sentir que tal cambio no le importa nada. A menudo en los primeros tiempos de la enfermedad hay una disminución de la capacidad profesional, se observan errores y fracasos en la ejecución de las tareas ordinarias, y la consecuencia de esos errores no se prevé. Otras veces el enfermo puede concebir planes ambiciosos completamente impracticables y extravagantes. El hombre de negocios no sólo no muestra ya su anterior capacidad para las empresas de éxito, sino que a causa de su falta de criterio, puede disipar las fuentes sobre las que descansa la subsistencia de su familia. A veces se observa una indiferencia resignada, una apatía y desenfado que pueden tomarse por pereza; no rara vez se encuentra una tendencia a la somnolencia. El enfermo se vuelve incapaz de someter sus impresiones y conclusiones a un examen crítico, y no reconoce el menoscabo insidioso de los aspectos social, intelectual y sentimental de su personalidad. El individuo que previamente ha sido considerado como dueño de un criterio sano y una mente aguda y bien entrenada, sorprende a sus conocidos por la incapacidad para entender algo o por alguna observación inepta y pueril. Las asociaciones se caracterizan por su lentitud, superficialidad y pobreza; el cambio del carácter es común en los estadios iniciales de la enfermedad y casi siempre se produce en el sentido de la apatía y depresión. Algunas veces las etapas primeras se caracterizan por ansiedad; en otras se observa euforia y expansividad, aunque lo más frecuente es que estas manifestaciones aparezcan un poco más tarde. Los períodos de confusión momentánea y de incapacidad para comprender una situación y actuar rápida y correctamente, son causa no pocas veces de accidentes automovilísticos en los paralíticos cuyos trastornos mentales han permanecido ignorados; un enfermo a quien no se le había notado nada anormal previamente, abandonó su casa vestido solamente con ropa de cama, sombrero y abrigo para ir a los funerales de un amigo. En forma ocasional, especialmente en los estadios primeros de la enfermedad, puede haber una tendencia a la confabulación del tipo de Korsakoff, cuyo contenido está caracterizado por la narración de fantásticas experiencias.

En la mayoría de los paralíticos, en algún período de su enfermedad, se observa la aparición de ideas delirantes. Se ha insistido habitualmente en que sus delirios son casi siempre de grandeza, pero en realidad apenas el cincuenta por ciento de los paralíticos expresan sus delirios en esta forma; no obstante, el delirio expansivo puede alcanzar la cima de lo absurdo; el enfermo puede declarar, por ejemplo, que posee un ferrocarril en el que cada carro está atiborrado de cheques de un millón de pesos. Otras veces se expresan ideas de una gran benevolencia con planes fantásticos para la felicidad de la humanidad. No raramente, sin embargo, los delirios son depresivos, autoacusadores, nihilistas o persecutorios. Las alucinaciones se presentan ocasionalmente, pero no tienen una significación diagnóstica definida. Algunas personas que antes del desarrollo de la psicosis mostraban una tendencia definida a las manifestaciones esquizoides o ciclotímicas, al iniciarse la perturbación mental paralítica pueden exhibir rasgos muy sugestivos de esquizofrenia o psicosis maníaco-depresiva.

La demencia de la parálisis general progresiva, aun en sus etapas relativamente tempranas, tiende a ser de tipo difuso, interesando la memoria, el juicio, la vida emocional y las expresiones conativas. No se limita, al principio, a diferencia de la demencia senil, a las facultades de la memoria, y conforme la enfermedad avanza, la demencia es progresiva. La afectividad y la respuesta emocional se empobrecen, la falta de propiedad de las percepciones dificulta el contacto con el ambiente, la memoria falla, las asociaciones son lentas y limitadas, la apercepción se pierde, la actividad espontánea cesa y, al final, los procesos mentales desprovistos de la participación de la conciencia, se encuentran reducidos al nivel vegetativo y de reflejos.

Signos físicos y neurológicos. Los signos físicos y neurológicos que existen en la parálisis general progresiva son tan numerosos y tan variados como los síntomas mentales. En la iniciación del padecimiento, el enfermo puede fatigarse fácilmente, y algunas veces hay pérdida de peso; son frecuentes las dolencias somáticas referidas a diversos sistemas corporales; muchos paralíticos han sido diagnosticados de neurasténicos en el comienzo de su enfermedad. Otros enfermos se quejan de cefalea, debida probablemente a engrosamiento de las meninges o a un aumento de la presión en el líquido céfalo-raquídeo. A consecuencia de la pérdida del tono de los músculos faciales,

las líneas de expresión de la cara se borran; esta relajación de los músculos faciales, aunada al embotamiento de la emotividad, da a la facies una apariencia vacía o insensata. Parece haber razón para creer que esta pérdida de la expresión, los temblores y la espasticidad que se mencionarán más tarde, son debidas a alteraciones en los ganglios basales y en la substancia nigra.

Casi forzosamente se presentan, en algún período de la evolución de la enfermedad, perturbaciones en los ojos, de diverso grado, en su inervación o en sus reflejos: puede observarse edema papilar, retinitis sifilítica o atrofia óptica primaria; las alteraciones pupilares más frecuentes son la desigualdad en el tamaño e irregularidad en el contorno; la reacción a la luz es frecuentemente muy lenta o nula y puede a veces perderse también la reacción a la convergencia. La pupila que describió primeramente Argyll Robertson en 1869 se encuentra en más o menos la mitad de los enfermos; se trata de una pupila miótica que se contrae cuando los ojos convergen y reacciona a la acomodación, pero no se contrae cuando una luz fuerte hiere súbitamente el ojo. En forma ocasional puede encontrarse ptosis de un párpado o debilidad de alguno de los músculos externos del ojo, principalmente del recto externo.

Progresivamente se establece debilidad e incoordinación de todos los músculos voluntarios. En la cara es frecuente encontrar temblor de los músculos faciales, principalmente en los labios, cuando el enfermo intenta hablar o se le pide que muestre los dientes. Conforme la enunciación de las palabras se hace más difícil, los músculos faciales son más activos durante el discurso. En la lengua se encuentra temblor amplio, más notable al sacarla fuera de la boca. La debilidad muscular y la incoordinación originan perturbaciones del discurso que, asociadas a la expresión facial anormal antes anotada, constituyen un síndrome tan característico que un psiquiatra experimentado puede hacer fácilmente el diagnóstico con oír hablar al enfermo. Al principio el defecto del discurso se manifiesta en forma de duda, arrastrando las palabras y pronunciándolas lentamente; más tarde se encuentran omisiones, repeticiones y transposición de sílabas. Las perturbaciones del lenguaje se demuestran fácilmente haciendo repetir al enfermo palabras polisilábicas o frases que contienen muchas consonantes de tipo labial o dental (como "tres, treinta y tres, trescientos treinta y tres"). Haciendo que el enfermo repita la palabra tres o cuatro veces, se hace aparente la omisión de sílabas o la supresión de las terminaciones de las palabras y aun el olvido de algunas de ellas. Conforme la enfermedad progresa el discurso se vuelve ininteligible. En ocasiones, en el comienzo de la enfermedad pueden observarse ataques pasajeros de afasia incompleta.

La escritura muestra generalmente trastornos al comienzo de la enfermedad; es, a menudo, temblorosa debido a la pérdida de la coordinación muscular delicada. Pueden observarse también repeticiones u omisiones de letras o sílabas. Es frecuente encontrar irregularidad de los caracteres en el espacio y tamaño de las letras, siendo particularmente comunes las letras demasiado pequeñas. En las etapas finales de la enfermedad el enfermo es incapaz de escribir al dictado, y cuando intenta escribir espontáneamente lo hace en forma totalmente ininteligible.

La incoordinación muscular da origen también a muchos otros síntomas; entre los más tempranos se encuentran la incoordinación temblorosa de los movimientos finos de las manos. Más tarde los enfermos son incapaces de abotonarse sus vestidos o aun de vestirse por sí mismos. Posteriormente la estación de pie y la marcha se hacen inciertas, los movimientos son torpes, y, finalmente, a causa de su debilidad y ataxia, el enfermo tiene que guardar cama. Los músculos de la deglución no escapan a estas alteraciones, resultando de ello una dificultad para tragar los alimentos que es muy común.

Los trastornos en los reflejos tendinosos profundos son la regla. Al principio están frecuentemente exagerados y se encuentra clonus y espasticidad, pero si, como no es poco frecuente observar, coexiste un proceso tabético, hay ausencia del reflejo rotuliano. Las perturbaciones de los esfínteres rectal y vesical son comunes en los períodos finales; la vejiga puede distenderse grandemente y haber micción por rebosamiento. Puede producirse la ruptura de la vejiga con motivo de traumatismos ligeros. Los trastornos tróficos de los huesos originan en ocasiones que éstos sean fácilmente fracturados.

No rara vez se observa que los paralíticos desarrollan bruscamente fiebre elevada sin evidencia de infección o de ninguna otra enfermedad somática; ésta es debida probablemente a perturbaciones de los centros reguladores de la temperatura.

Aproximadamente el 75 por ciento de los enfermos presentan convulsiones en algún momento de la evolución de su enfermedad. A veces, particularmente en el tipo abortivo, una convulsión puede ser el primer síntoma que llame la atención hacia la enfermedad, aunque lo más frecuente es que las convulsiones no se presenten sino hasta que la enfermedad está bien desarrollada. La aparición de una crisis convulsiva en una persona en la edad media de la vida que nunca haya tenido previamente trastornos de esta clase debe sugerir la posibilidad de la parálisis general progresiva. Las crisis pueden mostrar numerosas variaciones en su tipo, pero lo más frecuente es que sean de naturaleza epileptoide. Las convulsiones en la demencia paralítica deben ser consideradas de mal pronóstico, pues muchos enfermos mueren durante o después de una crisis. La causa de estas convulsiones es desconocida, pero se debe tal vez a una falta súbita de oxígeno en alguna área del cerebro a consecuencia de las perturbaciones vasculares.

Otra forma de trastornos episódicos es el tipo llamado apopletiforme. Estos ataques son de comienzo brusco, se acompañan de perturbaciones de la

conciencia, y van seguidos de hemiplejía o parálisis más localizadas, que son por lo general temporales y desaparecen en pocos días sin dejar huellas. Menos frecuentemente puede observarse hemorragia cerebral que origina una parálisis permanente.

Serología. Las alteraciones serológicas proporcionan datos diagnósticos de importancia. En casi todos los casos de parálisis general no tratada, la reacción de Wassermann en la sangre es positiva. De mayor importancia, puesto que indican no sólo la existencia de neurosífilis sino su naturaleza parenquimatosa, son las alteraciones en el líquido céfalorraquídeo. Los enfermos de parálisis general progresiva sufren habitualmente menos cefalea y trastornos generales después de la punción lumbar y extracción del líquido, que las personas con el sistema nervioso intacto. Los límites normales de presión del líquido céfalorraquídeo, con el paciente acostado, se consideran entre 90 y 160 mm. de agua. En la parálisis general progresiva la tensión puede estar elevada, y en aproximadamente el 8 por ciento de los casos pasa de los 200 mm. de agua. Las pruebas más importantes en el examen del líquido son: la reacción de Wassermann, la cantidad de proteínas, la cuenta celular y las reacciones coloidales, especialmente la del oro. En la demencia paralítica no tratada la reacción de Wassermann es positiva con 0.2 c.c. de líquido en el 90 por ciento de los casos, y con 1 cm. en el 100 por ciento. La positividad de la reacción de Wassermann no significa, naturalmente, que la neurosífilis sea de tipo paralítico. En condiciones normales el contenido en proteínas del líquido céfalorraquídeo es principalmente albúmina y globulina en proporción de 4 a 1. El aumento de las proteínas de 50 a 150 mgr. por 100 c.c. (lo normal es de 15 a 45 mgr.), unido a una elevación desproporcionada de las globulinas, se observa casi constantemente en la parálisis general, pero estas alteraciones indican tan sólo un trastorno del sistema nervioso que puede ser no sifilítico. Sin embargo, las proteínas totales y las globulinas están más aumentadas en la parálisis general progresiva que en cualquier otro tipo de neurosífilis, exceptuando la meningitis aguda; cuanto más activo es el proceso paralítico, mayores serán los valores encontrados para esas substancias. Normalmente el número de células por milímetro cúbico en el líquido céfalorraquídeo es de 1 a 5 linfocitos; en la parálisis general el número de células puede permanecer normal o elevarse hasta alcanzar cifras de 100 por milímetro, siendo lo habitual encontrar entre 25 y 50; la superación de este número indica que existe además una meningitis sifilítica.

Con la reacción de Wassermann positiva en el líquido céfalorraquídeo y otras alteraciones de neurosífilis, una de las pruebas más importantes para determinar el tipo es la descrita por Lange en 1912 llamada del oro coloidal. Esta prueba depende de la precipitación y decoloración, en grado diverso, de una solución de cloruro de oro por una serie de diluciones de

líquido cefalorraquídeo. La naturaleza exacta y el mecanismo de esta reacción es todavía desconocido, pero se cree generalmente que las curvas de precipitación del oro coloidal dependen de la cantidad relativa de globulinas y albúminas en el líquido aracnoideo; se piensa que la globulina precipita la solución coloidal y la albúmina protege esa precipitación. Como la parálisis general es la forma de neurolúes en que existen cantidades mayores de globulina en el líquido céfalorraquídeo, era de esperar que la precipitación mayor del cloruro de oro se encontrase en la demencia paralítica; esto es, de hecho, verdadero, y ha llegado a describirse la curva de precipitación paralítica, o curva de la primera zona. La precipitación es completa en los primeros tres a seis tubos que contienen más líquido céfalorraquídeo, y se hace progresivamente menos completa en las diluciones mayores; los grados de precipitación muestran diferentes cambios en el color de la solución que normalmente es rojo salmón. Los cambios oscilan desde el rojo poco más obscuro, púrpura, violeta, rojo azulado, hasta la solución casi incolora que representa la precipitación completa del oro. Por conveniencia, estos colores se gradúan en números, representando con 5 el líquido incoloro de la precipitación total, el rojo azulado con 4, violeta 3, morado 2, rojo obscuro 1 y la transparencia brillante del color salmón que corresponde a la ausencia de precipitación con 0. Los cambios graduados con 1 ó 2 no tienen una significación patológica, pero del grado 3 en adelante indican siempre anormalidad en el líquido céfalorraquídeo. Una reacción intensa de tipo paralítico puede ser como sigue: 5555554432; una un poco menos marcada sería 55432111000. En la esclerosis mútiple, en la enfermedad de Schilder, y en otros tipos de neurosífilis la curva de decoloración del oro coloidal puede parecerse a la de la parálisis general progresiva. Por lo tanto, ya no se considera a la reacción del oro coloidal como un procedimiento diagnóstico de una enfermedad particular del sistema nervioso central, sino simplemente como una evidencia de anormalidad en el contenido proteico del líquido céfalorraquídeo.

Formas clínicas. Se describen habitualmente diversas formas clínicas de la demencia paralítica, según el predominio de algunos síntomas. Tal división es artificial y únicamente tiene el mérito de la conveniencia descriptiva. Algunos casos no caben dentro de esa clasificación, y en otros, los síntomas pueden cambiar en el curso de la enfermedad.

Forma demencial simple. En esta forma clínica el síntoma capital es una demencia insidiosa y progresiva, con poco delirio y sin trastorno psicomotor, a excepción de una declinación en la actividad que indica disminución del interés y de la capacidad. Poco después de la pérdida gradual de la iniciativa y de la agilidad mental, aparece la facies fláccida y vacía, integrando un síndrome que difícilmente se confunde. Este tipo de parálisis se acompaña a menudo de aumento de peso durante los primeros tiempos

de la enfermedad, que dura hasta cuando el trastorno es muy avanzado. La remisión es muy poco frecuente en esta forma. Alguien ha dicho que los paralíticos progresivos viven con indiferencia en el presente mientras que los de demencia senil viven en el pasado.

La siguiente historia clínica resume típicamente el cuadro clínico general que se observa en la forma demencial simple:

Una mujer de 26 años fué traída al hospital porque se había perdido al regresar a su casa desde una tienda inmediata. Siete meses antes de su internamiento, el esposo había notado que se hacía descuidada y olvidadiza en su apariencia personal y deberes caseros; a menudo olvidaba preparar la comida familiar o, con aparente preocupación, dejaba quemar los alimentos. La enferma parecía estar poco enterada del tiempo y no sabía cuándo había que acostarse o levantarse; otras veces se sentaba en alguna parte de la casa y miraba hacia el espacio incomprensiblemente.

En el hospital la enferma entró en la oficina de admisión con una marcha incierta. Al saludarla el médico le preguntó: "¿Cómo está usted?", a lo que ella respondió en voz monótona y temblorosa: "N-si-i, mme oppe-ra-ronn dde appendicci-tiiss". No hizo ninguna otra observación espontánea y poco días después de su internamiento, al ser interrogada por el médico si estaba triste o contenta, miró vagamente, y sonriendo tontamente respondió: "sih". La enferma estaba sentada en la sala durante horas sin interesarse lo más mínimo por las actividades de su alrededor. Algunas veces tomaba algún libro y volvía las páginas sin ningún fin; no leía nada, pero a veces señalaba algún grabado, como un niño, demostrando satisfacción cuando encontraba alguna nueva figura que mostrar. Por la exploración neurológica se encontraron las pupilas dilatadas y respondiendo muy ligeramente a la luz y a la convergencia; había temblor en los músculos faciales y de los labios al intentar hablar; al sacar la lengua se encontró temblor amplio de ésta; los reflejos tendinosos profundos estaban exaltados. La reacción de Wassermann fué fuertemente positiva, tanto en la sangre como en el líquido céfalorraquídeo; había 24 células por milímetro cúbico en el líquido y las reacciones de Pandy y de Ross-Jones fueron positivas con dos cruces; la curva del oro coloidal fué 5555543210.

Forma expansiva. Aun cuando ya no se considera como la forma más distintamente característica, la expansiva es, sin embargo, uno de los tipos clínicos más importantes. En las fases iniciales el enfermo se encuentra satisfecho de sí mismo, tiene buen humor superficialmente, pero se irrita con facilidad; si se le maneja con tacto es obediente a las sugestiones, pero cuando se le contrarían sus deseos llega fácilmente a la violencia. El paralítico no ve en sus ideas de grandeza, por muy absurdas que sean, nada increíble.

El siguiente ejemplo ilustra el juicio defectuoso y las ideas de grandeza del tipo expansivo.

M. A., de 41 años de edad, vendedor de materiales para techos, fué enviado al hospital del Estado desde la cárcel, en la que estaba sentenciado por violación de las leyes de tránsito Los síntomas prodrómicos de la enfermedad fueron aparentemente muy ligeros, a juzgar por lo dicho por una hermana, quien, sin embargo, lo veía

rara vez; el individuo había parecido siempre perfectamente normal, pero desde un año antes se le notaba ligeramente "preocupado". En febrero, el enfermo, sin hacer caso del cobrador a la entrada de un puente, atravesó éste con su automóvil a gran velocidad; al ser alcanzado por un policía se encontró que no tenía licencia para manejar automóvil, pues el permiso le había sido negado años antes. Tres días más tarde, mientras se esperaba el juicio por esta falta, fué detenido otra vez por manejar automóvil sin licencia. Se le sentenció a prisión por corto tiempo y el médico de la cárcel reconoció prontamente el trastorno y lo envió al hospital del Estado. Al llegar al hospital dijo a la empleada que le iba a regalar un millón de dólares porque era "una bella dama". Al ser interrogado sobre los datos habituales para la admisión, empezó a hacer alarde de su riqueza, sosteniendo que tenía tres automóviles, millares de dólares en el banco, "un reloj de diamantes", y muchas otras joyas muy valiosas; decía que su hijo era vicegobernador del Estado, que pronto sería gobernador y más tarde Presidente de la República; después de expresar diversos planes absurdamente grandiosos añadió: "Tengo otro plan; voy a ir a ver a los custodios de las prisiones de este Estado y de todos los otros Estados, y voy a comprar los prisioneros. Haré un contrato con los guardianes para tomar sus prisioneros y ponerlos a trabajar en mis haciendas; le cobraré a cada prisionero $300.00 por sacarlos de la cárcel. Ya gané $105,000.00 con prisioneros la semana pasada, y dentro de poco voy a hacer mucho dinero". Los signos neurológicos correspondieron todos a la demencia paralítica y la serología fué también típica de la enfermedad.

Puede incluirse, como subgrupo del tipo expansivo, una forma galopante o agitada, en donde se observa una gran excitación motora y a menudo confusión. Algunos de estos casos tienen un curso rápido, agotan a los enfermos y ocasionan la muerte pocas semanas después de la aparición de la agitación.

Forma depresiva. La forma depresiva no es rara y está caracterizada por melancolía, y frecuentemente por hipocondría y delirios nihilistas. Algunos de estos enfermos tienen ideas persecutorias y muchos de ellos padecen sentimientos de indignidad y llegan a intentar el suicidio. A pesar de la depresión se observa a menudo un elemento de apatía, y la exploración descubre habitualmente un cierto grado de demencia.

B. J. Sexo femenino, de 37 años de edad, internada en el hospital en septiembre de 1929. La fecha del contagio de la lúes es incierta, pero en 1919 se le había descubierto en un Dispensario Público serología positiva. Recibió tratamiento arsenical durante dos años y lo suspendió definitivamente. Seis meses antes de su internamiento, la enferma empezó a estar deprimida diciendo que padecía de tuberculosis, negándose a comer, pues argüía que su estómago era muy pequeño para contener ninguna comida; en una ocasión ingirió yodo con intenciones suicidas, y pocos meses después volvió a intentar el suicidio, pero falló por falta de resolución.

Al ingreso al hospital se le notaba una facies inexpresiva, el pelo suelto, sus vestidos desarreglados y sucios, la actitud quieta y los movimientos lentos. La reacción de Wassermann era positiva tanto en la sangre como en el líquido céfalorraquídeo; este último contenía 97 células por milímetro cúbico, proteínas aumentadas, globulinas positivas y la curva del oro coloidal era como sigue: 554432100. A menudo era imposible obtener respuestas a las preguntas y las que se obtenían eran

lentas e incompletas. La enferma no tomaba su comida, pues decía que "su estómago ya no trabajaba más"; la mirada estaba fija en el suelo, y a menudo declaraba que su estado era desesperado, pues "toda su sangre se le había ido". "Mire usted que confusión he originado aquí. El único lugar donde estaré feliz es allá abajo" y señalaba a la tierra. En una ocasión, al extraérsele sangre para una prueba de laboratorio, se mostró contenta y añadió "debo sufrir". Más tarde se volvió agresiva, agredía frecuentemente a las enfermeras, a quienes decía que Dios le había ordenado matar.

Forma circular. Las formas circulares de la parálisis general son interesantes, aunque no muy comunes, y presentan alternativas en el talante, que en su evolución y manifestaciones clínicas semejan las de la psicosis maníaco-depresiva. Se ha supuesto que se deben a que la enfermedad orgánica se ha desarrollado sobre una personalidad ciclotímica.

J. T. sexo masculino, es admitido en el hospital a la edad de 53 años. Un informante que, o bien no conocía bien al paciente o no quería divulgar mucho de lo concerniente a su vida anterior, expresó tan sólo que desde tres meses antes éste se había vuelto irritable, infantil, olvidadizo y que se dormía con frecuencia en las reuniones. El enfermo había ido a una ciudad de un Estado vecino en busca de trabajo, pero fué detenido por la policía por llevar armas prohibidas, pues al visitar la comisaría de la ciudad exhibió un revólver. Después de un corto tiempo en la cárcel fué remitido a una institución para enfermedades mentales y de ahí enviado al hospital del Estado. En la oficina de admisión se mostró amigable, exaltado y platicador; con lenguaje impresionante insistía en contar sus diversas actividades como detective en diversos departamentos de policía del gobierno norteamericano; alegaba ser un cruzado contra los anarquistas y poseer el arsenal más grande del mundo, que usaba únicamente para divertir a sus amigos. En el pabellón sus modales eran de superioridad. Cuando no parecía estar muy ocupado, se ponía a escribir cartas a oficiales de diversas organizaciones y a mujeres conocidas suyas, especialmente a las enfermeras del hospital donde había estado previamente. Decía estar enamorado de ellas y propuso matrimonio a dos. Los hallazgos neurológicos y serológicos fueron típicos de la parálisis general progresiva.

A los dos meses de haber sido internado el enfermo estaba tan mejorado que se le permitió pasear libremente por los jardines del hospital y se le encargó el laboratorio de animales. Durante un mes estuvo prácticamente bien, pero empezó a deprimirse paulatinamente, dormía mal y perdió mucho peso; estaba constantemente preocupado por su organismo y empezó a presentar ideas delirantes, nihilistas y persecutorias. "Algo hay malo en mi cuerpo. Me han cortado la molleja; apenas si puedo respirar ese gas que me están dando. Soy la peor persona del mundo. Quisiera que me llevaran fuera y me mataran". Un día se le encontró con un mantel amarrado a su cuello. Después, recuperó progresivamente el peso y la fuerza, pero dieciocho meses más tarde la depresión y la melancolía reaparecieron.

Forma de Lissauer. Esta forma es atípica tanto clínica como anatomopatológicamente, y lleva el nombre del patólogo que, en colaboración con Storch, la describió por primera vez. Anatomopatológicamente, además de las lesiones habituales de la parálisis general, se caracteriza por áreas

de atrofia localizadas unilateralmente, macroscópicamente apreciables, y situadas particularmente en las zonas precentral, postcentral y occipital, originando así la sintomatología de foco que se mencionará más adelante. Una característica específica de estas lesiones es su distribución laminar. Desde el punto de vista microscópico estas áreas atróficas se caracterizan por alteraciones anatómicas extremadas de la corteza que las hacen aparecer como hechas con sacabocado; este aspecto de la corteza recibe el nombre de estado esponjoso. En dichas áreas todos los componentes parenquimatosos de la corteza están destruídos y sólo se encuentra neuroglia fibrosa. La desmielinización de la substancia blanca infracortical puede ser muy extensa. La causa del estado esponjoso es desconocida y tal vez sea de origen vascular local. Clínicamente, además de los síntomas habituales de la parálisis general común, existen signos de localización y síntomas determinados por los focos de atrofia máxima. Se pueden, por lo tanto, encontrar trastornos afásicos del lenguaje, ataques epileptiformes de una mitad del cuerpo, parálisis facial unilateral, hemiplejía, hemianopsia, hemianestesia, apraxia, astereognosia unilateral, sordera cortical, etc.

Tabo-parálisis. No rara vez los enfermos de neurolúes muestran manifestaciones no solamente de ataque parenquimatoso del cerebro sino signos y síntomas de ataque a los cordones posteriores de la medula, tal como se observan en la tabes dorsal. Se denomina taboparálisis a la coexistencia de ambas enfermedades, y los síntomas de la tabes habitualmente preceden a los de la parálisis.

El enfermo, entonces, muestra, no únicamente los síntomas mentales de la parálisis general, sino también la ataxia y demás manifestaciones físicas de la tabes. Se encuentra frecuentemente historia de dificultad para la marcha en la obscuridad y de dolores lancinantes de las piernas. Los reflejos rotulianos no existen; el signo de Romberg es positivo y hay pérdida del sentido de la posición de las extremidades inferiores. Puede observarse atrofia óptica primaria. La curva del oro coloidal puede ser del tipo llamado de la segunda zona.

Parálisis juvenil. En 1887 Clouston describió por primera vez esta forma de parálisis que puede aparecer en niños o adolescentes con sífilis congénita. Se cree que alrededor del 1 por ciento de los casos de sífilis congénita desarrollan parálisis general. La edad del comienzo de los síntomas corresponde aproximadamente al período de incubación en la parálisis del adulto; se ve aparecer, por lo tanto, entre los 5 y los 20 años de edad. En aproximadamente la tercera parte de los casos hay un retardo en el desarrollo físico; muchos, tal vez el 40 por ciento, son también débiles mentales. En los que son marcadamente débiles mentales, la iniciación es habi-

tualmente tan vaga que es imposible determinar el momento de principio; en los moderadamente débiles mentales, y en los que han tenido un desarrollo normal previamente, se observa una disminución insidiosa, pero definida, del caudal de conocimientos últimamente adquiridos, seguida de una demencia progresiva. Frecuentemente, por lo tanto, la historia que se obtiene es la de un niño que ha ido a la escuela y ha adquirido conocimientos con facilidad hasta la edad de 12 o 14 años, momento en que se inicia el desarrollo de la demencia. Muchos enfermos muestran confusión, inquietud y una conducta sin sentido. A causa de la disminución de la inteligencia y de la aparición de convulsiones muchos de ellos son diagnosticados de epilepsia simple o epilepsia con idiocia; la euforia y las ideas delirantes son menos frecuentes en la parálisis general juvenil que en la de los adultos; los trastornos tróficos o neurológicos de otro tipo son a menudo muy aparentes; la atrofia óptica no es rara. Las remisiones en estos enfermos, tal como se observan en la parálisis debida a sífilis adquirida, son de muy rara observación. La duración media de la enfermedad es de 4 a 5 años; en las fases finales el niño pierde el lenguaje, llega a la emaciación y vive únicamente en el nivel vegetativo. El tratamiento es mucho menos eficaz que en las formas adultas.

El siguiente ejemplo es un caso muy demostrativo de parálisis juvenil:

J. C., admitido en el Hospital del Estado en 1929, a la edad de 17 años. Fué el segundo hijo de sus padres, y su hermano mayor, nacido a las 7 meses de vida intrauterina, murió casi inmediatamente después de nacer. El desarrollo durante la primera infancia fué al parecer normal; asistió a la escuela de los 6 a los 12 años sin ser reprobado nunca. Los primeros síntomas aparecieron en octubre de 1925 en que el muchacho empezó a parecer "desaliñado y marchito" como decía el padre, pues "no quería seguir el carril como antes". En diciembre del mismo año el profesor informó que el muchacho no respondía en la forma como acostumbraba previamente. Durante la primavera de 1926 el enfermo "empezó a hablar de una manera chistosa, torpemente". Prácticamente al mismo tiempo los padres le notaron debilidad en el brazo y pierna del lado izquierdo. Su dificultad para caminar aumentó, el lenguaje se volvió casi ininteligible y algunas veces se ensuciaba en la ropa.

Al ingresar al hospital se le encontró de estatura reducida, pero con un estado de nutrición bastante aceptable. Su marcha semejaba algo a la de una muñeca mecánica, con los codos apoyados en las costillas, los antebrazos extendidos hacia adelante y los dedos separados; los pasos eran cortos y los pies se separaban ampliamente para conservar el equilibrio. Las pupilas estaban dilatadas, más la derecha que la izquierda, eran irregulares y no reaccionaban a la luz, contrayéndose ligeramente a la convergencia. Ambos nervios ópticos fueron hallados ligeramente atróficos; los reflejos tendinosos estaban exagerados, había Babinsky bilateral y temblor fino de los dedos de la mano. Los movimientos finos de cordinación eran defectuosos; no se pudo llevar a cabo la prueba dedo-nariz, pues el enfermo fué incapaz de comprender las instrucciones. La reacción de Wassermann fué positiva tanto en la sangre como en el líquido céfalorraquídeo. Este último contenía 19 células, globulinas aumentadas y la curva de oro coloidal fué de 5555422210.

Mentalmente el paciente parecía un idiota; su cara era inexpresiva y frecuentemente se le notaba una sonrisa estúpida. Trataba de cooperar en la forma deseosa e ineficaz del defectuoso mental, respondiendo a todas las preguntas con "¡Huh!" No podía articular ninguna palabra inteligible, pero obedecía órdenes como "cierra los ojos", o, "abre la boca". La reacción de Wassermann en el suero sanguíneo del padre fué positiva.

Consideraciones psicológicas. Las alteraciones orgánicas del sistema nervioso central producidas por el proceso paralítico permiten una expresión menos restringida a los desajustes previos de la personalidad y a menudo liberan tendencias que habían sido hasta entonces bien reprimidas. Por lo tanto, en las primeras fases de la enfermedad los síntomas importantes pueden no ser resultado directo de la alteración del cerebro, sino deberse en gran parte a las experiencias previas, a los problemas y a los motivos que han organizado la personalidad individual, y algunos de los síntomas pueden ser la expresión de los intentos de la personalidad para afrontar los temores respecto a su propia integridad; las ideas delirantes, por ejemplo, pueden ser consideradas como procesos defensivos y reparadores psicológicamente de una personalidad cuya integridad está amenazada de desorganización a causa de las lesiones destructivas en su aspecto orgánico. Finalmente, los otros síntomas de defecto sobre el cerebro, originados por el progreso de la enfermedad orgánica, vienen a ocultar la desviación subyacente de la personalidad. En el paralítico juvenil, como consecuencia de su edad, el ansia de riqueza y de distinción social no son puntos de mayor importancia, y por lo tanto, sus ideas delirantes son rara vez de carácter expansivo.

El paralítico no es consciente de la disolución paulatina que sufre su personalidad. Kinnied Wilson relata el caso de un psiquiatra enfermo de parálisis general, que nunca llegó a darse cuenta de que estaba muriendo de una enfermedad en cuya histopatología era un verdadero experto.

Curso y pronóstico. La meningoencefalitis luética, si no es tratada, origina inevitablemente demencia y muerte, y si su curso no es detenido en un período razonable de tiempo, produce cuando menos demencia parcial y dependencia económica. Sin tratamiento, la muerte ocurre habitualmente entre los dos y los cinco años después de la aparición de los síntomas. Sin embargo, la evolución se interrumpe en aproximadamente el diez por ciento de los casos en una forma espontánea. La mejoría clínica que se observa en estas remisiones puede parecer milagrosa, y a menudo hace que los familiares de los enfermos concluyan erróneamente que el alivio va a ser permanente. Las remisiones son más frecuentes en los casos cuyo principio ha sido brusco y tormentoso. La duración de estas remisiones es muy variable y se extiende de uno a dos meses hasta cinco o seis años. Antes que se adoptaran los métodos modernos de tratamiento, la duración me-

dia de la enfermedad, después del internamiento en un hospital, era de uno a uno y medio años. Ahora se acepta universalmente que si se inicia pronto el tratamiento, particularmente con penicilina y quimioterapia, más del 60 por ciento de los enfermos mejoran a tal grado que pueden regresar al trabajo. En los hospitales en que se admiten enfermos en todas las fases de la enfermedad, el número de los que se recuperan después de la quimioterapia y la fiebre artificial no excede el 30 por ciento, la mortalidad es del 20 al 30 por ciento, y el estacionamiento del proceso se obtiene en un 30 a 50 por ciento.

Los síntomas que se describen como orgánicos son debidos a alteraciones que producen las espiroquetas en el sistema nervioso central, alteraciones que pueden ser tanto de naturaleza inflamatoria como degenerativa. Si las espiroquetas son destruídas por el tratamiento, probablemente la inflamación causada por ellas desaparecerá y, consecuentemente, desaparecerán los síntomas atribuíbles a las lesiones inflamatorias; pero los causados por alteraciones degenerativas persistirán fatalmente. El pronósito depende, por lo tanto, de la extensión relativa en que hayan ocurrido los cambios degenerativos antes de que la actividad del proceso paralítico sea detenida por el tratamiento. Frecuentemente, la extensión relativa de estos procesos no puede saberse sino por la prueba terapéutica. Los resultados de la lesión estructural ya sufrida son irremediables. Una terapéutica pronta y activa prevendrá el desarrollo de los síntomas clínicos en el 85 por ciento de los casos de parálisis asintomática.

Diagnóstico. Los síntomas mentales y neurológicos y el examen serológico, constituyen un síndrome que puede difícilmente confundirse. Si consideramos los signos neurológicos aisladamente, podría confundirse a veces la arteriosclerosis cerebral con la demencia paralítica. En las fases iniciales de la enfermedad los síntomas mentales pueden sugerir neurastenia o alguna de las fases de la psicosis maníaco-depresiva. La demencia, la disartría, los temblores y aun las crisis epileptiformes y las alteraciones pupilares, pueden observarse en el alcoholismo crónico, pero los cambios serológicos de la demencia paralítica faltan naturalmente. Por último, el diagnóstico de demencia paralítica no debe formularse sino hasta que se tengan a mano los resultados del estudio mental, neurológico y serológico; si estos exámenes no se llevan a cabo, la parálisis general podría confundirse con la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Pick, la esclerosis múltiple, la demencia senil, o algunos tumores cerebrales particularmente de los lóbulos frontales.

La diferenciación entre las formas meningovasculares de la sífilis cerebral puede a veces requerir atención profunda. Si los síntomas aparecen dentro de los primeros tres años después de la infección, la sífilis cerebral no es probablemente de forma parenquimatosa o paralítica. Las parálisis focales y demás signos de ataque local sugieren la forma meníngea o vascular de la neurolúes. El tipo de alteraciones de líquido céfalorraquídeo, especialmente la curva del oro coloidal, puede ser sugestiva, pero no absolutamente determinante, en el diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO. Durante muchos años el tratamiento de la meningoencefalitis sifilítica se llevó a cabo por medio de algún tipo de fiebre artificial o quimioterapia, o, preferentemente, la combinación de ambos métodos. La experiencia reciente sugiere que un tratamiento activo de penicilina combinado a la fiebre artificial, y seguido por la quimioterapia, produce resultados tan benéficos, cuando menos, como los métodos anteriores de tratamiento. Cualquiera que sea la terapéutica empleada es importante que sea instituída tan pronto como sea posible, antes de que las alteraciones degenerativas irreversibles hayan tenido lugar.

Malarioterapia. El paludismo fué la primera forma de fiebre terapéutica empleada. El profesor Julius Wagner-Jauregg (1857-1940) de Viena, concibió en 1887 la idea de combatir las infecciones sifilíticas con la hiperpirexia artificial. Después de muchos años de investigación de diversos métodos para provocar fiebre en los paralíticos pudo finalmente, en 1917, demostrar ante la Sociedad Médica de Viena, dos enfermos que habían sido curados por la inoculación terapéutica del paludismo. En Norteamérica la malarioterapia se empleó por primera vez en el Hospital St. Elizabeth de Washington, en diciembre de 1922. El profesor Wagner-Jauregg recibió en 1927 el premio Nóbel en Medicina en reconocimiento a su contribución para el tratamiento de esta enfermedad. Aunque muy valiosa la malarioterapia en muchos casos de parálisis general progresiva, no es un procedimiento que deba usarse universalmente y sin ningún criterio. Existen varias contraindicaciones, entre las que mencionaremos como más importantes las enfermedades orgánicas del corazón, hipertensión arterial elevada, tuberculosis, nefritis y debilidad física marcada. A veces es conveniente hacer un tratamiento preparatorio particularmente con el bismuto, triparsamida, yoduros y cardiotónicos. Hay autores que no aconsejan el uso del paludismo en personas mayores de 50 años de edad.

Métodos de inoculación. Puede hacerse ya sea por medio del mosquito o directamente de sangre a sangre. Este último método es el más ampliamente usado en Norteamérica. El germen de elección es el Plasmodium vivax, el parásito que produce el paludismo terciano benigno; el Plasmodium malariae, productor de la fiebre cuartana, se usa en algunos enfermos, particularmente en los negros, que son inmunes al parásito de la terciana. El período de incubación de la cuartana es largo y la temperatura puede no elevarse suficientemente. El germen estivo-otoñal no debe usarse nunca. En Inglaterra se acostumbra a hacer la inoculación por medio del mosquito; los insectos son capturados en su ambiente natural, se conservan

bajo condiciones especiales, y se les permtie que chupen sangre de individuos infectados de paludismo para que después de un lapso necesario para el desarrollo de los esporozoitos, piquen a las personas a quienes se desea inocular. En el método directo de sangre a sangre se toman de 3 a 5 cc. de un paralítico que ya ha sido inoculado de paludismo, y sin usar anticoagulante, se inyecta directamente en el paciente que se va a tratar; la sangre se aplica habitualmente en forma subcutánea, ocasionalmente intramuscular, y a veces por vía intravenosa. Aun cuando el período de incubación varía grandemente, el promedio, con inyecciones subcutáneas es de 15 a 20 días, mientras que el promedio de incubación cuando se usa la vía intravenosa es de 3 a 7 días. Si no puede obtenerse fácilmente un donador, se puede citratar la sangre para un envío por correo aéreo; en esas condiciones se añaden a 10 c.c. de sangre, 1 c.c. de solución de citrato de sodio al 2.5 por ciento. Como los parásitos tienen reproducción asexuada no es necesario el aislamiento del enfermo inoculado. La mortalidad relativamente elevada de los primeros tiempos con este tipo de tratamiento, se ha reducido grandemente con la selección juiciosa de los enfermos y el cuidado atento de ellos durante el estado agudo de su infección palúdica. La mortalidad en la actualidad varía del 1 al 15 por ciento, y depende precisamente de la selección y del cuidado durante el tratamiento.

Es conveniente por lo general permitir que la temperatura del enfermo se eleve a 40 ó 40.5° C. Si el enfermo es robusto puede soportar de 8 a 12 paroxismos. El paciente debe guardar cama durante la fiebre y se le puede permitir levantarse cuando la temperatura es normal; la presión arterial debe ser tomada dos veces diarias; si la máxima baja de 100 mm. de mercurio debe aplicarse 0.02 grm. de sulfato de efedrina dos veces al día. Si la presión arterial continúa baja o el pulso es mayor de 120 cuando la temperatura es normal, o mayor de 150 cuando ésta es alta, o si el estado general del enfermo se debilita, debe interrumpirse temporalmente la malarioterapia e inyectar tiobismol en dosis de 0.10 a 0.20 grm. Cuando haya peligro inminente por el paludismo, puede recurrirse a la inyección intravenosa de una solución al 20 por ciento de biclorhidrato de quinina a la dosis de 0.60 grm. Debe tenerse cuidado de curar definitivamente el paludismo una vez que el número deseado de elevaciones febriles es completo; para erradicarlo se pueden dar 0.6 grm. de clorhidrato de quinina cada cuatro horas durante tres días, y 0.30 tres veces al día durante dos semanas. La arsfenamina destruye también el plasmodio, pero la triparsamida no tiene ningún efecto sobre él. Ocasionalmente, después de algunos paroxismos la fiebre cesa espontáneamente, pero si el paciente es reinoculado, los paroxismos reaparecen.

EFECTOS DE LA MALARIOTERAPIA. El beneficio que proporciona la malarioterapia no se hace a menudo aparente sino hasta tres a seis meses después de la infección. Los cambios serológicos más precoces, cualquiera que sea la forma de piretoterapia empleada, consisten en un descenso del número de células en el líquido céfalorraquídeo; el contenido globulínico disminuye también, pero más tardíamente, y con frecuencia no llega a lo normal como el número de células. La reacción de Wassermann en la sangre y en el líquido céfalorraquídeo tiende también a negativizarse, pero habitualmente no se vuelve completamente negativa sino hasta después de cuatro o cinco años de tratamiento. En el líquido céfalorraquídeo la reacción de Wasserman, como regla, se negativiza más pronto que en la sangre. La curva del oro coloidal es, por lo general, la reacción serológica que es influída en forma favorable en último término, y lo más a menudo muestra una reducción en la altura, pero no un retorno a lo normal. Habitualmente se observa que no hay una relación constante entre la mejoría clínica y serológica, aunque hay casos en que éstas son paralelas. El concepto antiguo de que el plasmodio del paludismo ejercía un efecto específico benéfico en la neurosífilis, fuera de la producción de la fiebre, no es ya aceptado.

Piretoterapia por proteínas extrañas. Se han utilizado diversas proteínas extrañas como medios para producir fiebre terapéutica. En la actualidad la única que se emplea es la vacuna tífica; generalmente se aplica la triple vacuna tifoparatífica A y B por vía intravenosa. La dosis inicial es generalmente de 50 a 100 millones de bacilos muertos; esta dosis origina calosfrío y fiebre que empiezan una hora después de la inyección; la duración de la fiebre varía en cada enfermo. En algunos dura apenas una o dos horas, mientras que en otros persiste por doce o más horas. Es necesario que la temperatura se eleve a más de 39° y que se hagan de diez a doce aplicaciones en el curso del tratamiento. Las inyecciones se dan habitualmente a razón de cuatro por semana. Como casi todos los pacientes desarrollan un aumento en la tolerancia a la vacuna, la dosis debe aumentarse progresivamente; en las últimas inyecciones, para obtener una reacción febril satisfactoria, es aconsejable aplicar dosis divididas aplicando la segunda inyección en el momento en que la temperatura esté más alta a consecuencia de la primera. Al igual que a propósito de la malarioterapia, se han formulado muchas teorías para explicar el efecto benéfico del "choque proteínico"; se ha sugerido que se debe a la hiperpirexia, al aumento de la circulación, a la estimulación de la resistencia de los tejidos y de la formación de anticuerpos, y a la destrucción de linfocitos con liberación de sus propios anticuerpos.

Métodos físicos de producción de fiebre terapéutica. Se han empleado varios métodos físicos para producir un aumento artificial de la temperatura. La fiebre producida por estos métodos puede controlarse más completamente en cuanto a tiempo, grado y duración, que la fiebre producida por paludismo. Se utilizan a veces corrientes de alta frecuencia en forma de dia-

termia, radiotermia, o inductotermia, pero la mayoría de los médicos prefieren el gabinete de energía radiante, siendo el más usado el llamado de Kettering. Este aparato está construído de tal manera que el enfermo se coloca acostado y desnudo dentro del gabinete, con la cabeza fuera de él, y con una pieza de hule alrededor del cuello, que aisla; el paciente descansa sobre un colchón soportado por una armazón de madera; en un lado del gabinete hay bisagras que permiten levantar y cerrar fácilmente la cubierta. El aire es calentado por un pequeño radiador eléctrico y la temperatura se controla por un termostato; la humedad es también regulada por medio de un higrómetro, para lo cual existe un pequeño calentador eléctrico de agua dentro del gabinete. La producción de la fiebre se obtiene haciendo circular aire húmedo caliente y evitando la pérdida normal de calor del cuerpo por radiación y evaporación. La temperatura rectal del enfermo se eleva a 40 o 41° en una hora y se mantiene habitualmente en 40.5° durante tres horas. Es importante dar al enfermo durante este tiempo grandes cantidades de solución clorurada fisiológica (de cuatro a seis litros) para reemplazar los cloruros perdidos y mantener el balance hídrico. Estos tratamientos se dan por lo general dos veces a la semana hasta completar 36 horas de fiebre a 40.5 ó 41° en el recto. Debe examinarse previamente a los pacientes para excluir aquellos que padezcan alguna enfermedad cardiovascular, respiratoria, renal o hepática. El método tiene peligros definidos y debe suspenderse inmediatamente: (1) si la presión arterial máxima baja de 100 mm. de mercurio; (2) si el pulso pasa persistentemente de 160 por minuto; (3) si hay más de 50 respiraciones por minuto; (4) si la temperatura llega a 41.5° por un cuarto de hora; (5) si hay marcada inquietud del enfermo; (6) si éste cae en coma; (7) si aparece cianosis; (8) si hay vómitos persistentes. Una inyección intramuscular de 100 mgr. de demerol durante la hipertermia, repetida tres horas más tarde, proporciona al enfermo comodidad, y facilita su manejo.

Valor relativo de la malarioterapia y de la fiebre producida por medios mecánicos. Se ha discutido ampliamente si la fiebre artificial es superior al paludismo en el tratamiento de estos enfermos. La fiebre artificial se controla más fácilmente y algunos pacientes no apropiados para la malarioterapia pueden recibir sin peligro la fiebre artificial; otros, que no han respondido bien al paludismo, se han beneficiado con el segundo método. Hay autores, sin embargo, que creen haber obtenido mejores resultados con el paludismo. Creemos que cualquiera de los dos métodos, sobre todo si se asocian a la penicilina, son bastante eficaces cuando se manejan con cuidado.

Terapéutica combinada de fiebre y penicilina. Una experiencia muy amplia en el tratamiento de la sífilis con penicilina, ha mostrado evidentemente que este antibiótico es un agente terapéutico muy satisfactorio en esta enfermedad. Los resultados obtenidos en el tratamiento de la neurosífilis en general, incluyendo la parálisis general progresiva, han sido aparentemente tan buenos como los obtenidos con la fiebre, y ahora se cree que el método más efectivo es el uso combinado de la penicilina y la fiebre seguidas de la quimioterapia; la acción espiroqueticida de la penicilina parece aumentarse con el aumento de la temperatura del cuerpo. Tan pronto como se establece el diagnóstico de parálisis general progresiva, se inocula al enfermo paludismo, o se le aplica fiebre artificial inducida mecánicamente; al mismo tiempo que se provoca la primera elevación de la temperatura se empiezan a administrar 50,000 unidades de penicilina sódica por vía intramuscular cada tres horas hasta completar seis millones, o mejor, ocho millones de unidades. Si el estado físico del paciente imposibilita la aplicación de fiebre, la penicilina se administra en la misma cantidad y forma que en el tratamiento combinado. Cuando después del tratamiento con fiebre y penicilina los trastornos continúan, puede controlarse la conducta anormal por medio de electrochoques. Después del tratamiento combinado o de penicilina sola, se encuentra habitualmente mejoría marcada en las anormalidades del líquido céfalorraquídeo; hay un rápido descenso en el número de células y en la cantidad de proteínas, y se necesita una cantidad mayor de líquido para obtener un Kolmer positivo (modificación de la reacción de Wassermann).

Quimioterapia suplementaria. Antes del descubrimiento de la penicilina era costumbre administrar agentes quimioterápicos a continuación tanto de la malarioterapia como de la fiebre artificial, alternando habitualmente triparsamida y bismuto. Hasta que no se conozcan más perfectamente los resultados que se obtienen con la penicilina sola y en combinación con la piretoterapia, es aconsejable continuar estos procedimientos con quimioterapia, de rutina. Terminado el tratamiento combinado de penicilina y fiebre se administra semanalmente durante cinco meses una inyección intravenosa de 2 o 3 grm. de triparsamida; al terminar esta serie se administra, durante cinco meses, también, una inyección semanal de suspensión oleosa de subsalicilato de bismuto por vía intramuscular a la dosis de 2 c.c. (0.20 grm.) Estas series se repiten alternativamente hasta completar tres de triparsamida y tres de bismuto. A veces se administra mafarsén, en dosis de 0.04 a 0.06 grm., en lugar de triparsamida, pero parece menos efectivo en la parálisis general progresiva. Si no se nota mejoría en tres años de tratamiento continuado, no son ya de esperarse resultados benéficos. Durante el tratamiento con triparsamida debe tenerse especial cuidado en prevenir alteraciones sobre los nervios ópticos; los síntomas más tempranos de tal alteración aparecen dentro de las primeras veinticuatro horas después de la inyección, y consisten en visión borrosa generalmente cuando se han aplicado unas diez inyecciones. Si se continúan las inyecciones, una vez que estos síntomas han aparecido, puede originarse ceguera completa; para evitar el posible daño

es aconsejable empezar con una dosis no mayor de 0.5 grm. e ir aumentándola de 0.5 en 0.5 grm. hasta alcanzar la dosis de 3 grm. Antes de empezar el tratamiento debe hacerse un examen oftalmoscópico y de campo visual, y repetirse periódicamente después.

Consultas subsecuentes. Después de iniciada la quimioterapia, cada seis meses debe practicarse una exploración neurológica y mental completas y exámenes serológicos en sangre y líquido céfalorraquídeo. Son necesarios exámenes repetidos de líquido céfalorraquídeo, y no uno solo, para conocer el estado del proceso en el sistema nervioso central. El primer signo de mejoría en el líquido céfalorraquídeo es habitualmente el descenso en el número de células. Cuando el número de células se hace normal, pero la proteína total se mantiene alta, es probable que el elemento inflamatorio esté cediendo en favor de una alteración parenquimatosa degenerativa. No siempre existe una estrecha relación entre los cambios serológicos y clínicos. Los hallazgos del líquido céfalorraquídeo reflejan los procesos anatomopatológicos del sistema nervioso central, y son una guía más segura para juzgar el estado del paciente que los signos y síntomas clínicos. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento debe ser conseguir un líquido céfalorraquídeo normal.

Empleo del paralítico recuperado. Frecuentemente se plantea el problema de cuándo puede reasumir sus actividades un paralítico que, gracias al tratamiento, ha quedado asintomático, sin peligro para los demás. Es de aconsejarse no permitirle que maneje automóvil hasta que su líquido céfalorraquídeo sea completamente normal. Si su ocupación es de gran responsabilidad, tal como conducir una locomotora, no debe permitírsele que la reanude nunca.

Tratamiento de la parálisis juvenil. El tratamiento de la demencia paralítica juvenil es menos satisfactorio que el de la forma adulta. Se considera, no obstante, que las remisiones más completas y persistentes se obtienen con las mismas formas de terapéutica que se recomiendan para el tratamiento de las formas adultas. En todos los casos de sífilis congénita debe hacerse punción lumbar y, si el líquido indica ataque del sistema nervioso, debe instituirse inmediatamente el tratamiento en la forma descrita.

Tratamiento de las formas asintomáticas. Ya se ha llamado la atención sobre el hecho de que un porcentaje relativamente alto de enfermos con sífilis no tratada, tienen líquido céfalorraquídeo anormal en algún momento durante los primeros dos años después de la infección. Debe ser prácticamente un axioma el que todo paciente que se trata de sífilis, no debe ser dado de alta, sea cual fuere el resultado de la serología en la sangre, sin un examen de líquido céfalorraquídeo con datos absolutamente normales. En muchos individuos se observa que, sin tratamiento, las espiroquetas son eliminadas del sistema nervioso central en los primeros cinco años después de la infección, pero si en algún momento de la evolución el líquido céfalorraquídeo muestra los cambios típicos de la parálisis general progresiva, aun en ausencia de signos y síntomas debe aplicarse inmediatamente el tratamiento combinado de penicilina y fiebre, continuándose con quimioterapia, y el tratamiento debe prolongarse hasta obtener normalidad en el líquido céfalorraquídeo. Con tratamiento adecuado, el pronóstico de la parálisis asintomática es excelente. Al parecer la parálisis asintomática es mucho menos frecuente en los que recibieron penicilina como terapéutica para la sífilis temprana, que en los que recibieron arsenicales.

REFERENCIAS

Alzheimer, A.: Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde, Bd. 1. Jena, G. Fischer, 1904.

Bayle, A. L. J.: Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastroentérite chronique, et la goutte, considérées comme causes de l'aliénation mentale, Didat Le Jeune, Paris, 1822.

Blalock, J. R., y Hinsie, L. E.: Serology in General Paresis. Psychiatric Quart., *12:* 84–116, 1938.

Bruetsch, W. L.: Wagner-Jauregg, J.: The History of the Malaria Treatment of General Paralysis. Am. J. Psychiat., *102:* 577, 1946.

Clouston, T. S.: A Case of General Paralysis at the Age of Sixteen. J. Ment. Sc., *23:* 419–420, 1877.

Dattner, Bernhard: The Management of Neurosyphilis. New Yoak, Grune & Stratton, 1944.

Ewalt, J. R., Parsons, E. H., Warren, S. L., y Osborne, S. L.: Fever Therapy Technique. New York, Paul B. Hoeber, Inc., 1939.

Galbraith, A. J., y Meyer, A.: Lissauer's Dementia Paralytica. J. Neurol. & Psychiat., *5:* 22–36, 1942.

Haslam, J.: Observations on Insanity with Particular Remarks on the Disease and an Account of the Morbid Appearance on Dissections. London, 1798.

Jahnel, F.: Die progressive Paralyse, ihre Pathogenese, ihre Diagnose und Therapie. In Berl. Klinik. Leipzig, Fischer, 1930.

Krusen, F. H.: Physical Medicine. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1941, pp. 45–143.

Lissauer, H., y Storch, E.: Ueber einige Fälle atypischer progressiver Paralyse. Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol., *9:* 401, 1901.

Menninger, W. C.: Juvenile Paresis. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1936.

Merritt, H. H., y Fremont-Smith, Frank: The Cerebrospinal Fluid. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1937.

———, Moore, M., y Solomon, H. C.: The Iron Action in Paretic Neurosyphilis. Am. J. Syph., *17:* 387, 1933.

———, y Solomon, H. C.: Relation of Trauma to Syphilis of the Nervous System. Annals of Surgery, *117:* 623, 1943.

———, Adams, R. D., y Solomon, H. C.: Neurosyphilis. New York, Oxford Univ. Press, 1946.

Moore, J. E.: The Modern Treatment of Syphilis, 2ª ed. Springfield, C. C. Thomas, 1944.
Moore, Merrill, y Solomon, H. C.: Contributions of Haslam, Bayle, y Esmarch y Jessen to the History of Neurosyphilis. Arch. Neurol. and Psychiat., *32:* 804, 1934.
Nissl, F.: Zur Histopathologie der paralytischen Rindenerkrankung. Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde, Bd. 1. Jena, G. Fischer, 1904.
Noguchi, H., y Moore, J. W.: A Demonstration of Spirochaeta Pallida in the brain in Cases of General Paralysis, J. Exper. Med., *17:* 232, 1913.
O'Leary, P. A., Bruetsch, W. L.; Ebaugh, F. G.; Simpson, W. M.; Solomon, H. C.; Warren, S. L.; Vonderlehr, R. A.; Usilton, Lidia J., y Sollins, I. V.: Malaria and Artificial Fever in the Treatment of Paresis. J.A.M.A. *115:* 677–681, 1940.
Robertson, G. M.: Discovery of General Paralysis. J. Ment. Sc., *69:* 1, 1923.
Rose, A. S., y Solomon, H. C.: Penicillin in the Treatment of Neurosyphilis; a Study of One Hundred Cases Followed Twelve Months or More. J.A.M.A., *133:* 5, 1947.
Simpson, W. M., Kendell, H. W., y Rose, D. L.: The Treatment of Syphilis; Artificial Fever Combined with Chemotherapy. U. S. Public Health Service, 1942.
Wagner-Jauregg, Julius: Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. Jahrbuch f. Psychiat., 7*:* 94, 1887.
———: Ueber dic Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. Psychiat-Neurol. Wchnschr., *20:* 132–134 y 251–256, 1918.
———: The Treatment of General Paralysis by Inoculation with Malaria. J. Nerv. and Ment. Dis., *55:* 369, 1922.

Capítulo IX

PSICOSIS EN OTRAS FORMAS DE SIFILIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

En la demencia paralítica, las lesiones anatomopatológicas más importantes están limitadas en gran parte a la corteza cerebral encontrándose principalmente las alteraciones inflamatorias y degenerativas en el parénquima. Frecuentemente, sin embargo, las lesiones neuroluéticas tienen un predominio intersticial y el parénquima parece escapar al proceso sifilítico. A excepción de los casos, relativamente raros, de gomas discretos, el ataque intersticial tiene una distribución meningovascular. Hay acuerdo general para denominar sífilis cerebral a las formas meningovasculares de ataque lúetico del cerebro, para distinguirlas de las formas meningoencefalíticas de la misma etiología; las reacciones psicóticas asociadas a las primeras se denominan psicosis de la sífilis cerebral. Esta distinción de las formas de ataque sifilítico del cerebro es importante no únicamente desde el punto de vista anatomopatológico, sino también porque los síntomas, evolución y pronóstico de la sífilis cerebral meningovascular son muy diferentes de los que se observan en la demencia paralítica. En muchos casos, tanto las meninges como los vasos sanguíneos están interesados por el proceso en forma difusa, pero hay otros en donde las lesiones están limitadas a una de estas dos estructuras de origen mesoblástico. Las formas mesoblásticas de sífilis del sistema nervioso central tienden a producir un grupo bastante patognomónico de síntomas, aunque no siempre pueda hacerse una distinción clara de ellos; en parte por esta tendencia, y en parte por la facilidad en la descripción de los síntomas de los procesos patológicos más característicos, se presentarán éstos como si la línea de distinción fuese más claramente marcada de lo que en realidad es habitualmente. Debe recordarse, sin embargo, que aun cuando la sífilis del sistema nervioso central se clasifique anatomopatológicamente en meníngea, vascular y parenquimatosa, de acuerdo con el elemento más seriamente dañado, en muchos casos se observan mezclas de dos o tres tipos diferentes.

Meningitis sifilítica. Ha sido costumbre dividir la meningitis sifilítica en tres diferentes tipos, dependiendo del sitio de ataque.

Hidrocefalia sifilítica aguda. Esta forma de neurosífilis es relativamente rara y no está caracterizada por una localización electiva. Los signos y síntomas más comunes son cefalea, náuseas, vómitos, estrangulamiento del dis-

co óptico, rigidez de la nuca y signo de Kernig. La sintomatología se debe a una formación excesiva del líquido céfalorraquídeo, con perturbación en la absorción del mismo, ambos procesos determinados por la reacción inflamatoria.

Meningitis basilar. En esta forma el proceso inflamatorio está concentrado en la base del cerebro. Es una de las formas más comunes de neurolúes, y se desarrolla de uno a tres años después de la infección primaria. Existe un engrosamiento e infiltración de la pía a nivel del ángulo pontocerebeloso y del espacio interpeduncular. La infiltración del ángulo pontocerebeloso origina ataque del sexto, séptimo y octavo pares craneales, y, como a nivel del espacio peduncular existe un proceso exudativo, el segundo y tercer pares son también atacados. Se observa cefalea y a veces mareo; el paciente muestra torpeza mental, debilidad de la memoria para los acontecimientos recientes, somnolencia, dificultad para la comprensión, y a veces obnubilación de la conciencia, confusión y delirio, y ocasionalmente estupor. El grado de perturbación de la conciencia y de disminución de las funciones intelectuales más estrictas varía casi paralelamente con el grado en que la presión intracraneal está aumentada y el grado de ataque a la corteza cerebral. Los síntomas mentales, no obstante, cuando se presentan son habitualmente de tipo orgánico y están asociados a signos neurológicos tan patentes, que los enfermos son puestos bajo tratamiento rápidamente y muy pocos llegan a ser internados en la clínica psiquiátrica. Al principio de la enfermedad se observan síntomas debidos al ataque del nervio óptico y de los nervios que controlan los músculos extrínsecos del ojo, signos que a veces varían y son inconstantes; encontramos entonces ptosis, diplopia, estrabismo, trastornos pupilares, edema de la papila y estrangulación del disco; puede haber pérdida del reflejo corneal, anestesia facial, paresia facial periférica, sordera, o signos de ataque a otros nervios craneales. Aun en ausencia del tratamiento los síntomas mentales desaparecen en corto tiempo, por lo general, pero sólo para reaparecer algún tiempo después.

Meningitis de la convexidad. Este tipo de sífilis cerebral ocurre, por lo general, más tardíamente que las formas más localizadas de meningitis luética, y ataca las meninges de la convexidad más bien que las de la base. Son comunes en este tipo las cefaleas paroxísticas intensas, a menudo agravadas durante la noche; el mareo es frecuente. Algunas veces los síntomas mentales son indefinidos, y se acompañan de una ineficiencia de la personalidad tal, que se toma al enfermo por un neurasténico. Más frecuentemente se encuentra irritabilidad, pérdida de la capacidad para el esfuerzo sostenido, entorpecimiento progresivo, pensamiento lento, inercia, amnesia y otros síntomas de menoscabo intelectual. A menudo hay una gran irregularidad en esta mengua de las funciones intelectuales, y algunas son conservadas mucho mejor que otras; el núcleo de la personalidad es menos afectado que en la parálisis

general progresiva. Se observa a veces lenguaje retardado, ataques pasajeros de afasia, o algunas otras alteraciones del discurso; convulsiones generalizadas o de tipo jacksoniano pueden aparecer, y la hemiplejía no es de rara observación; en los casos relativamente agudos puede presentarse confusión, delirio y estupor. En ésta, como en las otras formas no parenquimatosas de sífilis cerebral, pueden existir reacciones paranoides, pero aquí los trastornos en la conducta, juicio y reacciones sociales son menos marcados que en la parálisis general.

La meningitis sifilítica se acompaña de reacción de Wassermann positiva tanto en la sangre como en el líquido céfalorraquídeo; las células en este último están marcadamente aumentadas y hay también un exceso de albúmina y globulinas. La precipitación del oro coloidal es mayor en la llamada segunda zona, constituyendo lo que se llama la "curva luética" (0123443210).

Neurosífilis vascular. Este tipo de sífilis cerebral puede originar síntomas pocos meses después de la infección, o hasta diez o doce años después del chancro; en la mayoría de los casos los síntomas aparecen entre los tres y los cinco años de la enfermedad. Las lesiones vasculares de las fases iniciales de la lúes acompañan generalmente a la meningitis sifilítica y consisten en trombosis secundarias a la reacción inflamatoria perivascular. Los síntomas vasculares tardíos de la lúes son debidos al engrosamiento de la íntima y adventicia que causa la trombosis, obliteración, aneurismas miliares o hemorragias, dando lugar a atrofia, reblandecimiento y degeneración de la substancia cerebral.

Síntomas. Los síntomas iniciales son cefalea intermitente, a menudo acentuada durante la noche, y agravada por los esfuerzos físicos y mentales. Otros de los síntomas más molestos son el mareo y el insomnio. En ocasiones puede haber períodos de somnolencia o estupor; el paciente se vuelve irritable, inestable emocionalmente, muestra una falta de interés y capacidad para el trabajo, y apatía progresiva con disminución de la memoria. Existan o no esos síntomas prodrómicos mencionados, en la mayoría de los casos de sífilis vascular cerebral se observan posteriormente síntomas y signos neurológicos de naturaleza focal. Como los accidentes vasculares son por lo general trombóticos, los signos que originan son ordinariamente de iniciación lenta y muy variables en su intensidad y duración; a menudo se pierde la conciencia y existe una tendencia sorprendente para la recuperación de los trastornos neurológicos más serios. La hemiplejía es común y su síndrome particular depende del sitio de la lesión: cortical, capsular, protuberancial, etc. Es frecuente observar afasias, habitualmente pasajeras. Después de estos ataques apopléticos el enfermo queda frecuentemente con cierta disminución de la eficiencia y capacidad del intelecto. Las hemorragias subaracnoideas pueden también ocurrir, y se deben a sífilis en los vasos meníngeos. La reacción de Wassermann en la sangre es, naturalmente, positiva en la gran

mayoría de los casos; en el líquido céfalorraquídeo es también frecuentemente positiva, pero hay ocasiones en que es completamente negativa, hecho que debe siempre tenerse presente; la proteína total y las células pueden estar aumentadas o ser normales; la reacción del oro coloidal en la neurolúes de tipo vascular es muy incierta, puesto que a veces da una curva de tipo luético y a veces es completamente normal. Se ve, por lo tanto, que la serología en la sífilis cerebral de tipo vascular no es concluyente, y que la ausencia de hallazgos positivos no excluye de ninguna manera su existencia.

La historia siguiente ilustra claramente un caso de trastorno mental debido a sífilis cerebral intersticial cuya lesión era probablemente de naturaleza vascular.

J. L. fué internado en el Hospital del Estado en octubre de 1928, a la edad de 48 años. En 1920 contrajo la sífilis; en mayo de 1924 tuvo, según le dijeron, una "embolia retiniana"; estuvo casi ciego por un corto período, pero se recuperó pronto. Al mismo tiempo presentó un cambio en su personalidad; perdió el interés hacia su casa, comenzó a beber excesivamente y a jugar dinero, por lo que fué despedido de un empleo que había desempeñado satisfactoriamente por veintidós años. En octubre de 1924 sufrió un ataque apoplético con hemiplejía derecha; estuvo semiinconsciente por tres o cuatro semanas, y después le quedó dificultad para hablar. A consecuencia de otro ataque semejante, en febrero de 1925, el enfermo se volvió irritable, suspicaz, amenazador, y a veces ultrajaba a su mujer. En octubre de 1928 amenazó a su hija con una navaja y arrojó a la familia de su casa; al día siguiente rehusó alimentarse declarando que su comida estaba envenenada.

Al llegar al hospital el enfermo estaba bien orientado y en contacto con el ambiente. Su memoria era buena, pero su caudal de información era pobre y su capacidad de apercepción estaba disminuída. Neurológicamente se encontró ptosis ligera de ambos párpados superiores, estrabismo externo poco marcado del ojo izquierdo, pupilas desiguales, pero que reaccionaban a la luz y a la convergencia; su lenguaje se caracterizaba por disartria; la pierna y el brazo derechos estaban moderadamente espásticos y había exageración en los reflejos tendinosos y clonus en el pie derecho. La reacción de Wassermann en la sangre fué positiva; en el líquido céfalorraquídeo esa reacción fué negativa, conteniendo dos células por milímetro cúbico, con reacción de Pandy "dudosa", y la siguiente curva del oro coloidal: 1122110000. Con el tratamiento la serología se negativizó. Cuatro años más tarde el enfermo estaba todavía en la Institución, pero su conducta era normal, se le permitía la libertad dentro del recinto y trabajaba en las diversas actividades del hospital. Sus funciones intelectuales elevadas estaban evidentemente disminuídas, sin embargo, y era totalmente incapaz de bastarse a sí mismo o de organizar su vida independientemente de la comunidad.

Tratamiento. Debemos tener siempre presente que ninguno de los síntomas clínicos de la neurolúes, ya sean meníngeos, vasculares o parenquimatosos (parálisis general progresiva), se desarrollan sin evidencias previas de laboratorio de la invasión del sistema nervioso central. Es, consecuentemente, de la más alta importancia que la neurosífilis sea reconocida durante la etapa asintomática, es decir, antes de que la infección se haya

extendido a los vasos, al parénquima cerebral o a las meninges, en grado suficiente para producir síntomas clínicos. Por esta razón, repetimos que debe hacerse el examen del líquido céfalorraquídeo en todo enfermo de sífilis; aquellos a los que se trata por sífilis temprana debe hacérseles el examen del líquido después del tratamiento, periódicamente, durante un año o año y medio. El resultado negativo de un examen antes del primer año no quiere decir que seguramente ese enfermo no desarrollará neurolúes eventualmente; de la misma manera, la positividad antes de ese período no influirá fatalmente en el tratamiento. La positividad del líquido céfalorraquídeo en un enfermo sometido durante año y medio a tratamiento, o en alguien que no haya sido tratado, pero cuya lesión inicial haya tenido lugar diez y ocho meses antes del examen actual, es una condición formal para continuar el tratamiento hasta normalizar por completo el líquido céfalorraquídeo, aun cuando no haya habido, hasta entonces, síntomas clínicos de neurosífilis, o la serología en la sangre se haya negativizado. El tratamiento de las formas asintomáticas de sífilis vascular o meníngea es esencialmente el mismo que el recomendado para la demencia paralítica, excepto en que habitualmente se da la penicilina sola al iniciar la terapéutica; la mayor parte de los médicos reservan la piretoterapia para los casos en que después de dos años de tratamiento el líquido céfalorraquídeo continúa inmodificado. Es además muy recomendable dar varias series de arsénico y bismuto una vez que se ha administrado la penicilina, y, por lo general, se utiliza el mafarsén a dosis de 0.04 a 0.06 grm., en lugar de triparsamida. Esta última droga se puede usar si después de un año de tratamiento el líquido céfalorraquídeo no muestra ningún signo de mejoría. Los exámenes periódicos de rutina en sangre y líquido céfalorraquídeo deben practicarse cada seis meses.

REFERENCIAS

Dattner, Bernhard: The Management of Neurosyphilis. New York, Grune & Stratton, 1944.

Merritt, H. H.: Neurosyphilis and Its Treatment. New England J. Med., *221:* 817–819, 1939.

———: The Early Clinical and Laboratory Manifestations of Syphilis of the Central Nervous System. New England J. Med. *223:* 446–450, 1940.

———, y Fremont-Smith, F.: The Cerebrospinal Fluid. Philadelphia, W. B. Saunders, Co., 1937.

———, Adams, R. D., y Solomon, H. C.: Neurosyphilis. New York, Oxford Univ. Press, 1946.

Moore, J. E.: The Modern Treatment of Syphilis. 2ª ed. Springfield, C. C Thomas, 1944.

Stokes, J. H., Beerman, H., e Ingraham, Jr., N. H.: Modern Clinical Syphilology, 3ª ed. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1944.

Capítulo X

PSICOSIS DE LA ENCEFALITIS EPIDEMICA

Esta enfermedad infecciosa del cerebro que apareció en Rumania en 1915, pero que fué descrita e identificada por primera vez en 1917 por Constantin Von Economo, de Viena, se extendió a América en 1919, y subsecuentemente atrajo mucha atención, tanto por sus devastadoras características epidemiológicas como por su peculiar sintomatología. Economo denominó a esta enfermedad encefalitis letárgica, pero como no siempre se acompaña de letargia se conoce ahora generalmente como encefalitis epidémica. Aunque desde 1927 no ha habido ninguna epidemia, continúa siendo de interés clínico debido a los casos crónicos que aún se observan.

Etiología y anatomía patológica. Parece ya claramente establecido que el agente etiológico es un virus filtrable, a pesar de que su medio de transmisión no se conoce todavía. No se ha reportado ningún caso agudo de la enfermedad en los últimos años. La lesión anatómica más común es una reacción inflamatoria de los espacios perivasculares caracterizada por infiltración de linfocitos; aunque esto puede observarse en la corteza, hipotálamo y aun en los nervios periféricos, la localización más frecuente son los ganglios basales; a veces se ven hemorragias petequiales; las células ganglionares degeneran y pueden llegar a desaparecer; la neuroglia prolifera y las células de microglia aumentan. Secundariamente a los cambios parenquimatosos puede haber congestión y engrosamiento de las meninges.[1]

En las formas crónicas el revestimiento perivascular de linfocitos y las demás reacciones inflamatorias son menos aparentes. La mayor parte de las células ganglionares afectadas desaparecen y las que son todavía visibles están en período de degeneración. Como las alteraciones anatómicas son frecuentemente progresivas, los síntomas originados por ellas no deben ser descritos como post-encefalíticos. El virus probablemente permanece activo en el tejido nervioso durante años, en forma similar al treponema pálido en la neurosífilis. No se sabe si alguna vez la evolución del padecimiento se detiene espontáneamente.[2]

[1] *N. del T.* La localización más electiva del proceso inflamatorio en la encefalitis epidémica es el mesencéfalo. La substancia nigra y el núcleo rojo resultan constantemente atacados; pero el proceso invade siempre las regiones vecinas en mayor o menor proporción.

[2] *N. del T.* Es difícilmente sostenible que el virus se mantenga activo durante años en el tejido nervioso. Por otra parte, el cuadro neuropatológico de la enfermedad, pasado el período agudo, es de tipo residual, sin signos de actividad. El hecho de que algunos síntomas puedan mostrar tendencia a la progresión lenta es fácilmente explicable porque muchos elementos celulares degeneran lentamente y son causa, a su vez, de degeneraciones secundarias.

Síntomas. *Forma aguda.* No hay ninguna enfermedad del sistema nervioso central y periférico, excepto la sífilis, que pueda dar manifestaciones clínicas tan polimorfas. Después de los síntomas habituales de cualquier enfermedad infecciosa, aparecen síntomas de invasión del sistema nervioso que pueden perturbar cualquiera de sus funciones. La diversidad de las posibles manifestaciones de la enfermedad sugiere una división en tipos anatómicos y sintomáticos como pretende Riley: cortical y subcortical, de núcleos basales, hipotalámico, mesencefálico, cerebeloso, medular, neurítico, del sistema nervioso autónomo, miasténico, meningítico, neoplástico, psíquico, endocrino y formas mixtas.

Clínicamente, como Stern ha señalado, las formas agudas tienden a caer dentro de dos tipos: la hipersómnica oftalmopléjica, y la hiperquinética irritativa. En el primero, o tipo negativo, los síntomas más notables son somnolencia, que puede llegar al letargo, estupor o coma, lentitud de las funciones intelectuales, fenómenos paralíticos de origen cortical, afasia y agrafia; puede haber también astereognosia y pérdida de la sensibilidad profunda en las piernas por lesiones paralíticas de la corteza parietal; es frecuente encontrar ptosis, estrabismo, y otras perturbaciones del aparato ocular, lo mismo que fenómenos paralíticos indicadores de localización de las lesiones en el tronco cerebral. La letargia y demás trastornos del sueño pueden ser los síntomas principales en la forma aguda; el enfermo puede dormir durante días enteros o hasta semanas, y cuando es despertado vuelve a dormirse otra vez. Los estados catalépticos acompañan en ocasiones a la letargia; a menudo se encuentra debilidad muscular generalizada en la fase aguda. El tipo irritativo hiperquinético, positivo, se caracteriza por inquietud, irritabilidad, excitabilidad, insomnio, crisis convulsivas jacksonianas o generalizadas, hiperestesia muy desagradable de tipo talámico, y otros fenómenos de irritación. Los fenómenos hiperquinéticos debidos al ataque de los núcleos basales se presentan en la forma aguda de la enfermedad, y pueden ser de una gran variedad; entre ellos se cuentan los temblores, las mioclonias, y los movimientos coreicos y atetósicos. Además de estas disquinesias e hiperquinesias pueden encontrarse diversos fenómenos hiper e hipotónicos. En forma ocasional un síntoma único, aislado, tal como corea persistente, mioclonias o hipo, es toda la manifestación de la forma aguda. Es también de observación ocasional en las formas agudas, aunque más frecuentemente se presenta en las crónicas, el síndrome parkinsoniano.

Toda esta descripción podría bien hacerse en tiempo pasado, pues la forma

aguda con sus síntomas dramáticos arriba anotados, no se ha observado desde la epidemia de 1919.

Forma crónica. Después de la gran epidemia mencionada, muchos de los pacientes que sobrevivieron a la fase aguda continuaron presentando síntomas que se creyeron en un principio debidos a lesiones residuales. Paulatinamente, sin embargo, se ha hecho aparente que tales síntomas no permanecían estacionarios, y pudo observarse una actividad crónica continuada y persistente. Otros pacientes que se suponía se habían recobrado completamente, mostraron después de un intervalo variable, de meses o años, el desarrollo de un síndrome de Parkinson o alguna otra manifestación de la continuación del proceso. Además, desde los años de la epidemia, muchas personas entre cuyos antecedentes había alguna infección, tal vez influenza, no asociada a síntomas de encefalitis aguda, desarrollaron una encefalitis crónica; otros, todavía, sin historia previa de infección han desarrollado una encefalitis insidiosa que ha sido crónica desde su principio.

Los síntomas de la encefalitis crónica del tipo de von Economo son muy variados, y dependen de las zonas en que los cambios progresivos inflamatorios y degenerativos tienen lugar, aunque los sitios más frecuentemente afectados son los núcleos motores basales extrapiramidales. El más común es el síndrome parkinsoniano (Cap. XXII). Se observan frecuentemente temblores, tics, miotonías, y movimientos atetoides y coreicos; además pueden existir síntomas paroxísticos, como perturbaciones en la frecuencia y ritmo de la respiración, y bostezos. Entre los fenómenos paroxísticos más frecuentes se cuentan las crisis oculógiras, en las que los ojos se vuelven espasmódicamente hacia arriba; puede haber también narcolepsia y ataques epilépticos; por último, es frecuente ver seborrea, producción exagerada de saliva y obesidad.

Síntomas mentales. Las manifestaciones psíquicas de la fase aguda de la encefalitis epidémica han sido estudiadas especialmente por Kirby y Davis quienes encontraron que presentan las características generales del tipo orgánico de reacción mental de origen toxinfeccioso, es decir, embotamiento del sensorio, disminución de la capacidad para la aprehensión, para las impresiones detalladas o para la memoria activa. En la mayor parte de los enfermos se encuentra delirium, aunque en un número grande de casos éste no es reconocido a causa del estupor, síntoma mucho más patente, pues en casi todos los casos agudos se presenta estupor de algún grado. La torpeza y rigidez de la facies no debe ser confundida con catatonia, con la que no tiene ningún punto en común. En una gran proporción de casos se presentan alteraciones emocionales después de la fase aguda, y pueden constituir la única evidencia de la falta de recuperación. Entre estas alteraciones del carácter se encuentran la irritabilidad, las reacciones explosivas, testarudez y apatía; algunos enfermos pueden estar eufóricos y llegar a estados semejantes

a la manía aguda, mientras que otros muestran reacciones depresivas con miedo intenso y tendencias suicidas. En la forma de encefalitis que Riley llama psíquica, la primera manifestación del trastorno puede ser una psicosis cuyos síntomas serán, o bien el delirium, o una reacción afectiva o esquizofrénica atípica, apareciendo más tarde los signos neurológicos.

Habitualmente los defectos intelectuales no siguen inmediatamente a la enfermedad, excepto cuando la infección ocurre a una edad muy temprana —cuatro años o menos—. En esos casos, la inteligencia se detiene o disminuye hasta convertir al paciente en un idiota. En el parkinsonismo la rigidez muscular, la facies en máscara, y la lentitud en las respuestas dan la impresión de que el enfermo tiene un déficit intelectual grande, lo cual no ocurre verdaderamente. Frecuentemente, sin embargo, la encefalitis crónica ocasiona una falta de interés y una disminución de la atención voluntaria y espontánea. Las perturbaciones emocionales bajo forma de depresión, euforia, angustia o inestabilidad son comunes.

Trastornos de la conducta. En los niños la fase crónica de la encefalitis epidémica se acompaña a menudo de alteraciones graves del carácter y de la conducta cuya severidad no guarda relación con las presentadas durante la fase aguda. De hecho, en muchos casos es difícil obtener una historia clara del ataque agudo. La hiperactividad, la irritabilidad emocional y la impulsividad de la primera fase van seguidas, en un gran número de casos, de manifestaciones anormales de conducta, como tendencia a mentir y a robar, fugas, crueldad, delitos sexuales, etc., comparables a las que muestra el niño psicopático. Estos enfermitos expresan a menudo arrepentimiento por su conducta impulsiva, pero eso no previene sus explosiones posteriores. Los trastornos del comportamiento que muestran los niños encefalíticos pueden ser muy diferentes, y habitualmente asientan sobre una constante hiperactividad; aun cuando muchos de ellos son eufóricos, su hiperactividad no posee la excitación jubilosa que se observa en el enfermo maníaco. Sin embargo, ciertas alteraciones de la emoción son bastante constantes y constituyen aparentemente un elemento determinativo de importancia. La conducta o el grado de adaptación social no muestran correlación con los signos neurológicos. La personalidad del niño puede ser cambiada completamente, aunque sus funciones intelectuales no sean afectadas en lo más mínimo. Se ha sugerido la posibilidad de que en un ataque de encefalitis epidémica la infección lesione las vías de control cortical, de tal manera que la corteza no pueda ejercer más su efecto inhibidor sobre las tendencias agresivas.

Parece haber razón para creer que los factores psicógenos juegan un cierto papel en la producción de estos trastornos de la conducta. Por ejemplo, los profanos en medicina consideran frecuentemente la "enfermedad del sueño" como algo misterioso y tienden a creer que sus víctimas son en cierta forma tipos raros. Los niños enfermos se dan pronto cuenta de esta actitud. Cuando

los enfermos sufren de estrabismo, temblor, ataques narcopléticos o parkinsonismo, unido esto a la ausencia de movimientos expresivos en la cara, la rigidez y actitud durante la marcha, la lentitud en el discurso, etc., hacen que los demás niños los llamen "locos", tontos o multitud de otros apodos que los convierten en el hazmerreír de sus compañeros; en estas circunstancias los sentimientos de inferioridad e inseguridad del muchacho lo pueden llevar al desarrollo de muchas reacciones defensivas indeseables. En forma ocasional, después de la enfermedad se desarrollan distrofias adiposas que dan una apariencia singular al enfermo y le obligan a apartarse de los demás. Durante la convalecencia el niño es a veces muy mimado, se olvida su educación, sus faltas se perdonan demasiado liberalmente y se permiten o alientan algunas tendencias regresivas. Puesto que en otras enfermedades prolongadas se permite una cierta relajación en la disciplina y educación de los enfermitos, estos factores no pueden ser tomados como la causa verdadera del grado y persistencia de los trastornos de la conducta que siguen a la encefalitis, trastornos tan graves que únicamente se observan, fuera de estos casos, en los estados post-traumáticos, y, ocasionalmente, en los casos de hemorragia cerebral ligera durante el nacimiento o en las enfermedades infecciosas de la niñez que se acompañan de síntomas cerebrales. Nos sentimos inclinados a creer que tanto las lesiones ocasionadas por la enfermedad como los errores en el manejo de los pequeños y en su educación emocional, son factores de igual importancia que llevan a producir la conducta anormal posterior. A veces, los resultados mismos de esa conducta anormal tienden a perpetuarla; por ejemplo, el niño, a causa de su comportamiento indebido es aislado o rechazado por los demás, por sus compañeros, y aun por los otros miembros de su familia. El sentimiento de inseguridad previo y las reacciones defensivas indeseables pueden en esa forma acentuarse, estableciéndose un círculo vicioso. Muchos psiquiatras son de opinión, como resultado de la observación de los cambios de la personalidad que siguen a la encefalitis epidémica, que la vida emocional y volitiva del hombre está dirigida subcorticalmente en un grado mucho mayor de lo que se creía antiguamente.

Aquí se plantea la interesante cuestión acerca de los puntos de semejanza o diferencia entre los post-encefalíticos y los psicópatas, puesto que muchos de los actos cometidos por ambos grupos son los mismos. Gibbs señala que la conducta del encefalítico es más simple, abierta e impulsiva; y habitualmente menos maliciosa o astuta que la del psicópata; él cree que el comportamiento del encefalítico es motivado por mecanismos psicológicos menos complicados. El psicópata, a diferencia del encefalítico, escoge un tiempo conveniente para sus maldades, mientras que el último obedece más a los caprichos momentáneos.

Diagnóstico. Debe recordarse que la encefalitis de von Economo es un tipo completamente diferente de las otras formas de encefalitis (la de St. Louis, la Japonesa B, o la equina) en las que los mosquitos son probablemente los vectores. El diagnóstico diferencial puede ser difícil en la fase aguda y los estudios inmunológicos pueden servir de ayuda. En la encefalitis que se presenta a consecuencia de infecciones o vacunas, el antecedente, naturalmente, es de gran utilidad.

La encefalitis crónica debe diferenciarse de un gran número de enfermedades del sistema nervioso central. Como el parkinsonismo es uno de los síntomas más frecuentes en la encefalitis crónica de von Economo, debe siempre intentarse evidenciarlo; como es sabido, el parkinsonismo se presenta también en la parálisis agitante degenerativa y en procesos vasculares, pero éstos son padecimientos de personas de edad avanzada. Hay otras lesiones inflamatorias y degenerativas de los ganglios basales que parecen ser patognomónicas de la encefalitis epidémica. La ausencia del antecedente franco de un ataque agudo en la niñez puede dificultar grandemente la determinación de la etiología de un trastorno de la conducta.

Pronóstico. La mortalidad durante la fase aguda de la enfermedad es del 10 al 50 por ciento, y generalmente se debe a parálisis respiratoria: el promedio de las cifras aportadas por diversos investigadores en diferentes países es aproximadamente el 20 por ciento. De los supervivientes casi el 75 por ciento desarrollan, en un período variable, que oscila de unas semanas a seis años, signos de evolutividad y actividad de la infección manifestados por alteraciones neurológicas, endocrinas, metabólicas, o de la conducta, carácter y personalidad. El único grupo en donde se puede esperar que las secuelas de la enfermedad pueden mejorarse es el constituído por los niños con trastornos principalmente de la conducta, pero aun en estos casos nunca puede aventurarse un pronóstico optimista.

Tratamiento. En casos de parkinsonismo, particularmente si existe astenia, es útil la administración por vía oral de sulfato de benzedrina en dosis de 20 a 30 mgr. dos a tres veces al día. Su efecto mejora el de la atropina, el estramonio, o la escopolamina, y debe ser usada en unión a estas últimas.[1] La benzedrina es útil también en las crisis oculógiras y puede usarse en la narcolepsia en dosis de 10 a 40 mgr.

En cuanto a los trastornos de la conducta, la experiencia ha demostrado que la técnica y el ambiente ideados para la educación del niño normal, no convienen para el adiestramiento y la disciplina de los encefalíticos. Una gran proporción de ellos son intolerables en su casa y en las escuelas ordinarias a causa de su conducta exasperante, perturbadora y destructora.

---

1. *N. del T.* Actualmente se dispone de algunas drogas sintéticas de gran eficacia para combatir la hipertonía y el temblor del parkinsonismo. Las principales son: el diparcol, el parpanit y el artane.

La vida ordinaria de hogar satisface las necesidades de los adultos; es preciso que el hogar de estos niños "perversos e inquietos" se adapte a sus propias necesidades. Los mayores éxitos en su educación se han obtenido con escuelas e instituciones con personal adiestrado psiquiátricamente para reconocer que los trastornos del comportamiento son manifestaciones de dificultades en la dinámica de adaptación de la personalidad. La actitud emocional del hogar frente a la delincuencia debe de ser reemplazada por la actitud imparcial de una institución que no trata al niño con críticas o castigos, sino que los rodea de una atmósfera en la cual es preferible el comportamiento correcto. Aun cuando son más fácilmente manejados por una institución cuya actitud es impersonal, cada niño sin embargo debe ser tratado de acuerdo con las necesidades de su personalidad individual. El estudio de las fantasías de cada niño, sus dibujos, sueños y conversación, indicarán a menudo los problemas particulares emotivos y los fines de su personalidad. La educación, por lo tanto, debe dirigirse de acuerdo con los motivos y mecanismos especiales en cada caso; tal estudio sugiere el tipo de los diversos premios o castigos que se usarán con mayor ventaja. Uno de los pasos más importantes en la reeducación del niño, de sus hábitos, y de sus actitudes, es el establecimiento de un programa que abarque todas las horas del día: debe haber trabajo de escuela, labores manuales, jardinería, enseñanza de oficios y una inspección cuidadosa de las actividades recreativas. El grupo puede usarse como un medio social, pero la enseñanza individual, la amistad dirigida en forma de pláticas espontáneas y confidenciales, y el conocimiento de las experiencias interiores así adquirido, unido al adiestramiento especializado de acuerdo con los moldes particulares de la personalidad, son de todo punto fundamentales. El mejoramiento de la conducta de estos casos es siempre lento y puede casi ser imperceptible. Sin embargo, el tratamiento de grupo con individualización, y una rutina un tanto elástica, parece proporcionar los mejores resultados. Los departamentos especiales para niños establecidos recientemente en varios de los hospitales norteamericanos proporcionan las mejores facilidades que se pueden obtener para los casos más difíciles.

REFERENCIAS

Association for Research in Nervous and Mental Diseases: Acute Epidemic Encephalitis. New York, Paul B. Hoeber, Inc., 1921.

Bender, Loretta: Organic Brain Conditions Producing Behavior Disturbances. In Modern Trends in Child Psychiatry, by Lewis, N. D. C., y Pacella, B. L. New York, International Universities Press, 1945.

Bond, E. D., y Appel, K. E.: The Treatment of Behavior Disorders Following Encephalitis. New York, Commonwealth Fund, Division of Publications, 1931.

Gibbs, C. E.: Behavior Disorders in Chronic Epidemic Encephalitis. Am. J. Psychiat., *9:* 619, 1930.

The William J. Matheson Commission: for Encephalitic Research. First Report, 1929; Second Report, 1932; Third Report, 1939. New York, Columbia University Press.

Neal, Josephine B.: Encephalitis: A Clinical Study. New York, Grune & Stratton, 1942.

Riley, Henry A.: Epidemic Encephalitis. Arch, Neurol. and Psychiat., *24:* 574, 1930.

Von Economo, Constantin: Encephalitis Lethargica, Its Sequelae and Treatment, traducido por K. O. Newman. New York, Oxford Press, 1931.

Von Witzleben, H. D.: Methods of Treatment in Postencephalitic Parkinsonism. New York, Grune & Stratton, 1942.

Capítulo XI

PSICOSIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Se han discutido en los capítulos anteriores los trastornos mentales debidos a la invasión de la substancia cerebral o las meninges por el treponema pálido y el virus de la encefalitis epidémica. En este capítulo describiremos los síntomas mentales causados por otras enfermedades infecciosas, en algunas de las cuales los gérmenes invaden directamente el sistema nervioso, ya sea el parénquima cerebral o las meninges, en la misma forma que la espiroqueta de la lúes o el virus de la encefalitis; hay otras, sin embargo, en que los gérmenes se localizan en otros lugares del organismo, pero, a pesar de eso, se desarrollan síntomas mentales principalmente en forma de delirium durante la fiebre o, más raramente, en el período postfebril de la enfermedad.

PSICOSIS EN LA MENINGITIS TUBERCULOSA

Tanto en los niños como en los adultos, la meningitis tuberculosa tiene una iniciación insidiosa; el niño previamente muy activo empieza a cansarse fácilmente, se ve decaído, irritable, displicente y poco inclinado a hablar o a jugar; su sueño es inquieto y perturbado por delirium ligero. Conforme se eleva la presión intracraneal aumenta la dificultad para comprender, se establece obnubilación de la conciencia y aparecen cierta confusión y cefalea intensa y progresiva. Algunas veces al momento de despertarlo se nota al enfermo en bastante buen contacto con el ambiente, pero casi siempre parece resentir después cualquier molestia que se le ocasiona. En los adultos no es raro ver confusión agitada, y cuando se agrava la situación aparece letargo, siendo imposible para el paciente reconocer a sus amigos, hasta que cae en coma.

PSICOSIS EN OTRAS FORMAS DE MENINGITIS

La forma de meningitis que más importancia tiene para el psiquiatra es probablemente la meningitis cerebroespinal epidémica, que es, en realidad, una complicación de la septicemia debida a la infección por meningococos.

Durante los primeros días de la enfermedad se observa habitualmente delirium con confusión, musitaciones, desorientación e inquietud, pero los síntomas mentales varían con el tipo de la enfermedad, aguda, subaguda, crónica o fulminante. El delirium es al principio únicamente nocturno o se presenta sólo cuando se perturba al paciente; en los casos agudos el enfermo está por lo general inquieto, ruidoso y hasta violento; los casos desfavorables desarrollan coma terminal y éste es de observación muy precoz en las formas fulminantes. En los casos subagudos, en cambio, los síntomas principales son somnolencia, confusión y delirium ligero; puede haber completa recuperación de las funciones mentales, pero a veces se encuentran alteraciones definitivas de algún órgano sensorial acompañadas de diversos tipos de parálisis motoras o de un cierto grado de deficiencia mental; esto último puede consistir tan sólo en mal humor, dificultad para la concentración, perturbaciones ligeras de la memoria, irritabilidad, o, especialmente cuando la enfermedad ocurre en la infancia, déficit grave de la inteligencia. El tratamiento oportuno y adecuado con sulfas y penicilina ha ocasionado una reducción muy grande en la mortalidad de esta grave enfermedad.

PSICOSIS DE LA COREA AGUDA (SYDENHAM)

La corea de Sydenham se considera actualmente como una encefalitis infecciosa que interesa la corteza cerebral y los ganglios basales, debida a la invasión del agente que produce la fiebre reumática. Los movimientos involuntarios y reflejos, la incoordinación muscular y los gestos, tan característicos e importantes, no serán discutidos aquí, donde nos reduciremos a describir los síntomas mentales.

Síntomas. Muchos síntomas psíquicos pueden asociarse a la corea, además de la simple fatiga mental observada corrientemente, y uno de los más constantes es la inestabilidad emocional; el niño coreico se vuelve preocupado, irritable, sensitivo, inquieto, pendenciero y resiente notablemente las correcciones; puede haber insomnio, terrores nocturnos y sonambulismo. Es frecuente observar negligencia y dificultad para la atención y la concentración, y disminución aparente de la memoria. La mayor parte de estos niños son miedosos, lloran a la menor provocación, son displicentes y caprichosos; en muchos es frecuente ver una falta de interés por sus deberes y obligaciones ordinarias. En forma ocasional se encuentra depresión considerable. A veces se describe la facies de estos enfermos como anhelante o ansiosa; el egoísmo y la desobediencia son comunes, y muchos médicos creen que la asociación frecuente de estos trastornos de la conducta con un cierto grado de delincuencia, es algo más que una pura coincidencia. Algunas veces las perturbaciones del comportamiento no son muy diferentes a las

que se observan después de la encefalitis o de un trauma craneano. Puede haber episodios delirantes. La familia en muchos casos, desgraciadamente, no aprecia la seriedad y significación de la enfermedad, y consecuentemente regañan y castigan al niño por sus características emocionales o de otro tipo; este trato erróneo tiende a agravar las reacciones de la conducta y de la emotividad del enfermo. En los mejores casos la enfermedad origina apenas algunas reacciones defensivas.

Diagnóstico. El antecedente de reumatismo, de ataques repetidos de amigdalitis y la presencia de enfermedad orgánica del corazón, o fiebre, son de gran ayuda para establecer el diagnóstico. Debe sin embargo diferenciarse de la histeria, de una hiperactividad general, tics, movimientos atetósicos o la simple inquietud. La corea de Sydenham se prolonga habitualmente unos dos o tres meses, y sólo rara vez dura períodos más largos; no obstante, las recaídas no son raras. Es mucho más frecuente entre las niñas que entre los niños. Hay numerosos datos que sugieren que después de la corea puede establecerse una encefalopatía postinfecciosa que se acompaña de alteraciones permanentes de la personalidad bajo forma de síntomas neuróticos, hiperquinesia y otras peculiaridades del carácter y del temperamento.

Tratamiento. Uno de los puntos esenciales en el tratamiento es el reposo físico y mental. Cuanto más pronto se hace guardar cama al niño, más corto es, por lo general, el curso de la enfermedad. No debe permitirse la presencia de otras personas que molestan al enfermo. A menudo es aconsejable el internamiento en un hospital para alejar al enfermo de las influencias del hogar. Durante mucho tiempo se han usado el salicilato de sodio y la aspirina en el tratamiento de la corea de Sydenham. Después de los trece años de edad puede usarse la piretoterapia por medio de aire acondicionado, con control termostático, y a veces se obtienen sorprendentes resultados; se administran sesiones de dos horas con elevación de la temperatura hasta 40 ó 40.5° diariamente. Por lo general con ocho o diez sesiones es suficiente. En los niños más pequeños se puede usar la fiebre, pero provocándola por medio de la vacuna tífico-paratífica por vía intravenosa; algunos pediatras son de opinión de que nunca debe utilizarse la piretoterapia bajo ninguna forma cuando existe lesión cardíaca. A veces se requieren sedantes del tipo de los bromuros, el cloral o el amital sódico, cuando la inquietud es muy marcada. El tratamiento del reumatismo, toda vez que la corea es meramente un síntoma de éste, debe continuarse hasta lograr detener su evolución y actividad, a satisfacción de todos los diferentes criterios.

PSICOSIS EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

En las psicosis descritas hasta ahora, asociadas o debidas a diversas enfermedades infecciosas, el germen infectante se localiza en el cerebro o sus envolturas. Hay, sin embargo, muchos casos en que se asocia un trastorno mental a determinadas infecciones, sin que el agente causal invada el sistema nervioso central. En tales infecciones, las perturbaciones mentales aparecen en forma particular durante el período febril y toman la forma del delirium. Como se recordará, pues fué ya descrito en el capítulo Síntomas de la Enfermedad Mental, el *delirium*[1] es un síndrome que consiste en obnubilación de la conciencia, entorpecimiento, confusión, desorientación, inquietud, pensamiento incoherente, ilusiones, alucinaciones y no rara vez miedo intenso. Puede observarse en un gran número de perturbaciones del metabolismo cerebral y puede ser de naturaleza más o menos reversible. A menudo se presentan síntomas premonitorios en forma de sueño intranquilo, fatigabilidad mental, dificultad para la comprensión y disminución de la capacidad de retención. El delirium es habitualmente más marcado en la noche y puede a veces limitarse a ella, mostrándose el paciente aparentemente normal durante el día. En las reacciones delirioides más ligeras el enfermo muestra cierta vaguedad espontánea, pero cuando se le habla, su mente es clara; conforme el delirium se acentúa, el enfermo se muestra torpe y ofuscado. Son comunes las fluctuaciones de la comprensión y de la conciencia, y la confusión puede mostrar diversos grados de profundidad.

La existencia de tales fluctuaciones debe siempre sugerir la posibilidad del delirium. A menudo coexisten otras oscilaciones en el cuadro clínico que son también muy sugestivas; la calma y la lucidez, por ejemplo, van seguidas de períodos alternativos de inquietud y actividad impulsiva. El talante del paciente puede variar rápidamente y caracterizarse por dudas, perplejidad, irritabilidad, aprensión y particularmente miedo; los sueños terroríficos no son raros, las ilusiones y defectos en la interpretación son muy comunes, observándose, por ejemplo, imposibilidad para identificar a las personas. Las alucinaciones son también corrientes y con la mayor frecuencia visuales, como figuras indefinidas que se mueven alrededor. El enfermo y sus experiencias alucinatorias se desenvuelven como en un escenario. Los defectos de interpretación visual y las alucinaciones hacen al paciente suspicaz y temeroso; es común observar murmuraciones y cuchicheos dirigidos a sus

1. El cuadro clínico del delirium ha sido bien ilustrado por Shakespeare al describir la muerte de Falstaff. "Cuando le vi juguetear con sus sábanas, y jugar con las flores, y sonreir a las puntas de sus dedos, comprendí que no quedaba sino un camino; su nariz se afilaba como una pluma y despotricaba sobre los campos verdes". Escena III, Acto II, *El Rey Enrique V*.

alucinaciones o a los objetos circundantes. La imaginación del paciente puede centrarse alrededor de tópicos familiares o actividades ocupacionales. Los rasgos del contenido ideativo se determinan en gran parte por los problemas, tendencias y conflictos previos de la personalidad. En otras ocasiones se circunscriben alrededor de costumbres y ocupaciones. El delirium es por lo general pasajero y poco sistematizado; si se acentúa demasiado llega a la somnolencia y finalmente al coma.

Rara vez el delirium dura más de un mes en las enfermedades infecciosas; es casi siempre fugaz, y los episodios deliriosos tardíos tienden a semejar los primeros, tanto en su contenido como en su evolución. Durante su enfermedad, el enfermo delirioide está por lo general sin introspección, y al recuperarse describe sus experencias deliriosas y alucinatorias como si fueran sueños. De hecho, el delirium tiene muchas de las características del sueño, tales como la determinación o condicionamiento de las formaciones imaginarias o ideativas por los problemas, tendencias y conflictos de la personalidad. Después de su recuperación, el enfermo apenas si tiene escasos recuerdos de sus propias acciones o de lo sucedido a su alrededor.

Aun cuando el delirium ocurre más frecuentemente en las enfermedades infecciosas, y particularmente en el período febril de ellas, no está por ningún motivo confinado a tal asociación. Las reacciones delirioides tóxicas se presentan en la edad senil y en una enorme variedad de enfermedades físicas; las psicosis postoperatorias son mucho más frecuentes en los pacientes viejos que en los jóvenes. Sus síntomas semejan habitualmente los de los cuadros infecciosos y de agotamiento tóxico, y consisten en su mayor parte en confusión, alucinaciones, ideas delirantes, inquietud y agitación que se acompañan a menudo de depresión. Las psicosis puerperales, aun aquellas que son fundamentalmente afectivas o esquizofrénicas, muestran rasgos delirioides en su comienzo. A consecuencia del abuso del alcohol, bromuros u otras drogas, puede haber también reacciones delirantes, y lo mismo se observa en los padecimientos cardíacos y en una variedad de padecimientos que producen trastornos graves de la nutrición o de la circulación del cerebro; en todos ellos actúa probablemente un proceso tóxico. No existe ninguna prueba acerca de una relación específica entre el agente particular que produce el delirium, y la forma y el contenido de éste. En los estados confusionales y deliriosos que se deben a infección o agotamiento, los caracteres delirantes indican el modo habitual de respuesta del enfermo a las situaciones y personas productoras de angustia o ansiedad. Los distintos episodios de delirium en la misma persona muestran una sorprendente similaridad en cuanto a naturaleza y contenido.

En relación con el momento de su aparición en la fase febril de la infección, el delirium de las enfermedades infecciosas se divide en *delirium inicial, delirium febril y delirium postfebril.*

Delirium prefebril. El delirio inicial o prefebril es muy raro, y se desarrolla durante el período de incubación o prodrómico de las enfermedades infecciosas antes de que haya habido alza de la temperatura. Se observa más frecuentemente en la fiebre tifoidea, en la influenza, en el paludismo y, antes de la erupción, en la viruela. La causa del delirium no puede, naturalmente, determinarse hasta que los síntomas diagnósticos de la infección aparecen, y el delirium en esos casos es habitualmente acentuado y significa pronóstico serio.

Delirium febril. Es el que ocurre durante la fase febril de una infección. La intensidad de sus síntomas depende no tanto de la altura de la fiebre como del grado de integración de la personalidad y de la importancia de los factores psicógenos. Su forma, así como de las otras reacciones delirioides, está determinada por factores de la personalidad individual. En los grados más ligeros puede haber sólo inquietud, sensibilidad exagerada a la luz o al ruido, sueños perturbadores, etc.; en los casos más serios hay alucinaciones, confusión que puede llegar a ser muy intensa, musitaciones incomprensibles, estupor, contracciones, carfología, coma y muerte.

Delirium postfebril. Este puede ser sólo la continuación de un delirium previo durante el período postfebril de la enfermedad infecciosa, o puede hacer su aparición inicial una vez que la temperatura ha vuelto a lo normal. En estos casos la conciencia está obnubilada en grado variable, pudiendo llegar al estupor. En los casos en que hay una gran postración al descender la fiebre de la infección, los síntomas pueden tomar una forma tan grave que constituyen lo que H. Weber en 1866 denominó *delirium de colapso;* se encuentra entonces obnubilación de la conciencia o un estado estuporoso, o, en ocasiones, confusión marcada con gran exitación motora motivada, al parecer, por miedo, y que puede llegar a la violencia con impulsos destructivos. En cuanto al curso del pensamiento hay casi siempre incoherencia y fuga de ideas. La emaciación y el agotamiento progresan rápidamente hasta constituir un estado tifoso seguido por estupor y coma. En la mayor parte de estos tipos malignos de delirium, la muerte ocurre en pocos días aunque hay algunos pacientes, pocos, que logran recuperarse.

PSICOSIS POSTINFECCIOSAS

Estas psicosis difieren algo del delirium postfebril que acabamos de describir. De hecho, el delirium no es habitualmente uno de los síntomas más aparentes y, cuando existe, consiste en confusión ligera con alucinaciones fugaces. Lo más típico de los trastornos mentales postinfecciosos son los estados de agotamiento, con reducción de la atención, irritabilidad inquieta, dificultad en el pensamiento, suspicacia, depresión angustiosa e ideas

hipocondríacas. El enfermo por lo general se asusta muy fácilmente, es hipersensible a la luz y al ruido, irascible, quejumbroso y preocupado por su sentimiento de debilidad física. Existe, en realidad, un estado de agotamiento y de postración física, pero el delirium de agotamiento es debido a otras causas, diferentes de la infección, y que son indudablemente factores muy importantes en el desarrollo de la perturbación mental. Cuando ha existido una avitaminosis prolongada puede haber una falsificación retrospectiva de la memoria que sugiere el síndrome de Korsakoff, el que puede en ocasiones completarse con la existencia de polineuritis. En raros casos se observa que después de este trastorno se establece un cierto grado de debilidad mental.

Debemos recordar aquí que ocasionalmente pueden presentarse perturbaciones mentales en las triquinosis (aunque esta esta enfermedad no es nada comparable con las que hemos mencionado antes) cuando los nematodos jóvenes invaden el cerebro. Los síntomas que producen son los del síndrome tóxico orgánico a saber: confusión, obnubilación, desorientación, delirium, entorpecimiento, y a veces confabulación.

Tratamiento del delirium. El tratamiento del delirium es primordialmente el tratamiento de la infección o intoxicación que lo ha originado. No quiere esto decir que no debe tratarse el delirium mismo. Puede a veces hacerse abortar un delirium por medio del obscurecimiento del cuarto del enfermo, bolsa de hielo en la cabeza, el buen trato de una enfermera y el uso de algún hipnótico como el paraldehido. Deben también tomarse precauciones contra las heridas accidentales o el suicidio; si no es vigilado cuidadosamente el enfermo delirioso, por lo general desorientado y con miedo intenso, puede ponerse inconscientemente en peligro o intentar escapar a enemigos imaginarios por medio del suicidio. Los baños continuos o las compresas frías son muy preferibles a la sujeción mecánica; todo procedimiento que perturbe o confunda al paciente debe omitirse. Los cambios de ambiente, de médicos o enfermeras, son fácilmente perturbadores. La administración de sedantes debe limitarse a la noche y para esto lo mejor es de 10 a 15 c.c. de paraldehido en agua fría, té o vino. Cuando el paraldehido no es eficaz puede recurrirse al amital sódico por vía intravenosa a razón de 0.10 grm. por minuto con una dosis total de 0.50 a 1 grm. Una vez que el paciente se ha recuperado, el médico puede hacer una interpretación retrospectiva de las experiencias delirantes y alucinatorias.

REFERENCIAS

Ebaugh, F. G.: Neuropsychiatric Aspects of Chorea in Children. J. A. M. A., *87:* 1083, 1926.

Fantus, Bernard: The Therapy of Acute Delirium. J. A. M. A., *115:* 929–933, 1940.
Hart, Bernard: Delirious States. Brit. M. J., *3954:* 745–749, 1936.
Krauss, S.: Postchoreic Personality and Neurosis. J. Ment. Sc., *92:* 75, 1946.
Robinson, G. Wilse, Jr.: The Toxic Delirious Reactions of Old Age. Am. J. Psychiat., *99:* 110–115, 1942.
Wolff, H. G., y Curran, D.: Nature of Delirium and Allied States. Arch. Neurol. and Psychiat. *33:* 1175–1215, 1935.

CAPITULO XII

PSICOSIS ALCOHOLICAS

"En la bebida, el descontento busca consuelo,
el cobarde, valor, y el tímido confianza".

Samuel Johnson (1709-1784)

El tema que se refiere al uso y efecto de las bebidas alcohólicas, ya se considere desde el punto de vista sociológico, fisiológico o psiquiátrico, provoca todavía muchas discusiones y divergencias de opinión muy amplias. Aquí nos limitaremos, sin embargo, a los aspectos psiquiátricos del problema.

Factores psicógenos en el alcoholismo. El conocimiento y la experiencia psicológicas nos demuestran que esta práctica, tan universal, existe porque satisface alguna necesidad psicológica profundamente arraigada. Esta necesidad, según se ve con frecuencia, es el alivio de las tensiones producidas por la ansiedad, frustraciones y conflictos. La angustia es una experiencia tan constante y universal de la humanidad, y el alcohol es tan eficaz para aliviarla, que es muy comprensible que su uso se haya extendido tanto. La persona normal puede afrontar sus angustias sin tener que recurrir a medios que perturben su personalidad, la cual está relativamente bien organizada, y su tolerancia para la angustia, el sentimiento de culpabilidad y las frustraciones, es adecuada. Su necesidad para el alivio de estos factores es pequeña. Por el contrario, si las tensiones del individuo son extremas o su tolerancia para la angustia y la frustración es pequeña, puede recurrir a la bebida en exceso, al grado de la intoxicación y huída de la realidad, como un fácil medio para escapar a sus dificultades. Cualquier acto que reduce con cierta facilidad la angustia tiende a convertirse en un hábito; demasiado frecuentemente, por lo tanto, el uso del alcohol como medio de escape y alivio, se vuelve un hábito, y la fuerza de ese hábito depende del grado de angustia que neutraliza. Al mismo tiempo el alcohólico desarrolla, por detrás de su conocimiento consciente, un núcleo obsesivo de pensamientos y sentimientos de que la bebida, y sólo la bebida, puede eficazmente silenciar las desadaptaciones que le hacen la vida incómoda e insostenible. Además, el alcohol mismo ayuda a crear un círculo vicioso que fija el hábito; su uso tiende a liberar inhibiciones; el temor de esa liberación estimula a su vez la

angustia, y para aliviar ésta se requiere más alcohol. En esta forma el alcohol sobrepasa así los fines para los que se toma.

Por qué un individuo hace uso del alcohol, habiendo tantos métodos de defensa o escape—neuróticos, psicosomáticos o psicóticos— igualmente utilizables, no es fácil de saber. De hecho, el alcohólico puede también utilizar uno de esos métodos; con no poca frecuencia se encuentran pacientes que después de haberse entregado por largo tiempo al alcohol como una medida que les reduce la angustia, hallan que el método ha llegado a ser inadecuado e ineficaz, y recurren a la psicosis, en forma de esquizofrenia o reacciones paranoides, en busca de un medio más drástico para enfrentarse a sus angustias, frustraciones y conflictos. Efectivamente, el alcoholismo o la psicosis, aislados o combinados, son medios para afrontar la tensión psíquica. De lo que acaba de decirse se desprende, naturalmente, que para comprender los estados psicóticos asociados al alcoholismo se necesita tomar en consideración toda la personalidad del individuo, así como el origen de su angustia, y no tratar de imputar las particularidades del caso a características específicas dañinas del alcohol. No existe, sin embargo, un tipo único de personalidad frecuente en los alcohólicos; el alcoholismo se asocia a muchos tipos diferentes de trastornos de la personalidad, y el ebrio consuetudinario no puede situarse en una categoría simple.

Charlotte Buhler sugiere, como conclusión de su investigación sobre alcohólicos con la prueba de Rorschach, que el alcohólico se caracteriza por una angustia y aprensión significativamente elevadas, unidas a una tolerancia para la tensión muy baja. Su angustia parece resultar de la pérdida del control en las situaciones agudas de tensión que no puede soportar, y de las que intenta escapar inmediatamente,

Conforme los mecanismos defensivos psicológicos del alcohólico se debilitan y la tensión de sus conflictos, o de la realidad, aumenta, pueden aparecer signos muy acentuados de angustia. Es por eso que cuando no ha bebido, el alcohólico está inquieto, irritable, aprensivo, triste o deprimido, y cuando la angustia se desvanece y los impulsos reprimidos se liberan bajo los efectos del alcohol, aparece una tonalidad afectiva eufórica, un sentimiento de autoconfianza y de liberación de responsabilidad, una tendencia a la fantasía y a las compensaciones, todo lo cual proporciona un falso sentido de seguridad.

Efectos fisiológicos. El alcohol es el gran impostor. Produce euforia, un sentimiento de estimulación mental y debilitamiento de los factores inhibidores. A resultas de esto, el enfermo se expresa más libremente y actúa con mayor facilidad y menos restricciones. Al elevarse los umbrales sensoriales, disminuye la fatiga; engañado por estos factores, cree que su eficiencia y fortaleza han aumentado. Pero de hecho el alcohol tiene un efecto depresor sobre todas la funciones psicológicas, y el grado de depresión de estas

funciones depende de la cantidad de alcohol absorbido, del intervalo de tiempo transcurrido desde su ingestión, de la susceptibilidad específica del paciente y, en cierto grado, de la complejidad de las funciones mentales interesadas. El efecto depresor del alcohol sobre el cerebro se acompaña de una disminución de oxígeno tomado por el mismo.

Se exagera fácilmente el papel del alcohol en la producción de las enfermedades físicas. Aun cuando el alcoholismo crónico produce no pocas incapacidades físicas, el problema más importante originado por el uso excesivo del alcohol es la ebriedad, cuya trascendencia más importante es social: el esposo, o el padre, o el conductor de automóvil borrachos. El peligro social para los demás excede siempre al daño que el alcohólico se proporciona a sí mismo.

Alcoholismo y crimen. Durante mucho tiempo se ha sostenido que el alcoholismo es responsable en gran parte, quizá la mayor, de la criminalidad. Ahora se acentúa la tendencia a considerar que tanto el alcoholismo como la criminalidad son causados por los mismos factores sociales y psicológicos. La inestabilidad emocional, y demás expresiones de una personalidad mal integrada, caracterizan al delincuente recidivante y al adicto al alcohol. La relación entre el alcohol y el crimen es, más frecuentemente, la de causa común que la de causa a efecto. Debe, no obstante, aceptarse que la intoxicación con alcohol tiende a acompañarse de una liberación de impulsos sexuales y agresivos.

Alcoholismo y psicosis. La relación entre el alcohol y las llamadas psicosis alcohólicas no es tan simple como se creía antiguamente. En muchos casos el alcohol sirve únicamente para activar una reacción que es primordialmente psicógena y debida a factores intrínsecos de la personalidad; en otros casos hay una interacción tal entre los factores psicógenos y metabólicos, que el cuadro se torna muy complejo. En el síndrome de Korsakoff y en el deterioro mental por alcoholismo crónico, la psicosis no se debe probablemente, como se creía antes, al efecto tóxico del mismo alcohol, sino a una deficiencia en vitamina B; y aun en esos casos la estructura de la personalidad influencia mucho el cuadro de la psicosis. Debe recordarse que el alcoholismo puede ser a veces un síntoma (en ocasiones el más patente) de otra psicosis como la parálisis general progresiva o los cuadros maníaco-depresivos.

Incidencia de las psicosis alcohólicas. La incidencia de las psicosis alcohólicas está en relación directa con la proporción del consumo de alcohol. Disminuyó notablemente y alcanzó su punto más bajo en 1921 como resultado de la aplicación eficaz de la prohibición en tiempo de la guerra. Desde entonces la incidencia ha aumentado progresivamente. Malzberg[1] publica

1. Malzberg, B. *The Increase of Mental Disease. Psychiat. Quart., 17:* 489–507, 1943.

el aumento en el número de primeras admisiones por psicosis alcohólica en los hospitales para enfermos mentales del Estado de Nueva York, de un promedio anual de 3.58 por 100,000 habitantes mayores de veinte años en el período comprendido entre 1919 y 1921, a 7.95 entre 1929 y 1931, y a 10.60 entre 1939 y 1941. La incidencia en otras partes de Norteamérica ha sido muy semejante.

INTOXICACION PATOLOGICA

Ocasionalmente una persona mentalmente inestable puede, al tomar una cantidad pequeña de alcohol, presentar un estado mental transitorio sorprendente en la naturaleza y severidad de los síntomas, que son mucho más intensos que la ebriedad ordinaria, y que recibe el nombre de intoxicación alcohólica patológica. El principio es dramáticamente brusco; este estado, descrito primeramente por Kraft-Ebing en 1869, es, de hecho, un estado crepuscular producido súbitamente por el alcohol y ocurre más frecuentemente en las personas de temperamento histérico o epileptoide. La conciencia está muy alterada y el enfermo, generalmente confuso y desorientado, sufre ilusiones, alucinaciones visuales e ideas delirantes transitorias; su actividad es exagerada, impulsiva y agresiva, hasta llegar a la violencia destructiva; las perturbaciones emocionales son muy profundas y pueden consistir en angustia o depresión, que llega a veces hasta el intento de suicidio. Este trastorno dura desde unos minutos hasta un día o más, y va seguido por lo general de un sueño profundo y prolongado del que, al despertar, hay casi siempre amnesia para todo el episodio.

El siguiente caso ilustra en muchos aspectos el tipo de reacción observada en la intoxicación patológica.

N. W., de veintiocho años de edad, es visto en la cárcel mientras espera su juicio por una acusación de ebriedad y conducta escandalosa. El padre del enfermo se suicidó cuando estaba a punto de ser enviado a un hospital para enfermos mentales. El paciente se había caracterizado por ser amigable, pero de temperamento fácilmente irritable e inquieto; su matrimonio había terminado en pronto divorcio. Nunca había sido particularmente alcohólico, pero el 4 de julio de 1931 celebró el día de la fiesta nacional bebiendo dos botellas de cerveza y una copa de vino; poco después intentó arrojarse de una altura de 25 metros, y estaba tan excitado, que la policía lo detuvo esa noche; a la mañana siguiente no recordaba nada de lo sucedido. En mayo de 1932 el enfermo visitó una tarde a unos amigos, quienes lo invitaron a que probara lo que llamaban unas marcas selectas de whisky y ginebra; él aceptó la invitación y bebió un poco más de lo habitual. Poco después de salir de la casa de sus amigos, fué observado por un policía, pues actuaba de una manera extraña, y al llamarle la atención, el enfermo le atacó, obligándole a pedir auxilio, dando tiempo al paciente para escapar; quince minutos más tarde asustó a dos mujeres metiendo la cabeza por una ventana cerrada y gritando: "¡Auxilio! ¡Asesinos!". El enfermo corrió a otra casa, y llamando a la puerta ruidosamente, gritó a la persona que le con-

testaba desde dentro: "¡Al asesino!". Después, todavía corrió por la calle, rompió los parabrisas y faros de varios automóviles estacionados, desgarró los asientos y arrancó cosas de otros. En ese momento fué detenido y llevado a la comisaría, en donde, al despertar a la mañana siguiente, no recordaba ninguna de sus experiencias de la noche anterior.

Tratamiento del alcoholismo agudo. Uno de los métodos más satisfactorios usados en el tratamiento de los casos graves de alcoholismo en los últimos años ha sido la insulina. Se hace primeramente una exploración física cuidadosa para asegurar que no existe ninguna contraindicación para la administración de dosis grandes de insulina, y en estas condiciones se pone al enfermo en cama y se aplican de 40 a 60 unidades de insulina por vía subcutánea. Si esta dosis no es suficiente para producir somnolencia, sed y diaforesis en una hora u hora y media, se aplican 20 unidades más por vía intravenosa; una enfermera debe estar constantemente cerca del enfermo por el peligro de que presente convulsiones, y cuando la dosis inicial produzca convulsiones o coma profundo, deben darse de 5 a 10 grm. de glucosa por vía endovenosa o un vaso de jugo de fruta endulzado, por la boca. El tratamiento, que produce relajación y sueño, se continúa por dos horas y media y al terminar se da un vaso de jugo de frutas con 30 grm. de azúcar; mientras está bajo la influencia de la insulina, el enfermo debe recibir grandes cantidades de agua para beber, y al terminar el tratamiento se dará una comida completa. Habitualmente con un tratamiento es suficiente, pero en ocasiones son necesarios dos, tres o cuatro, y a veces hay que hacer más de un tratamiento en veinticuatro horas.

Después de intoxicaciones menos serias es útil dar 10 mgr. de benzedrina después del desayuno y después de la comida, y administrar por la noche, a la hora de acostarse, 0.10 grm. de fenobarbital durante varios días. Es también muy aconsejable administrar 15 mgr. de tiamina diariamente.

Cuando la intoxicación no es muy profunda hay muchos médicos que prefieren los sedantes a la insulina. El sedante de elección es el paraldehido a razón de 8 a 15 c.c. por vía oral cada tres o cuatro horas. La morfina no debe usarse nunca. Deben darse abundantes líquidos, tanto por su ayuda eliminando el alcohol, como para corregir el estado de deshidratación que por lo general existe.

DELIRIUM TREMENS

El delirium tremens es una psicosis aguda que puede desarrollarse en el alcohólico crónico después de una ingestión exageradamente intensa y prolongada. El término fué usado por primera vez por Thomas Sutton en 1813, quien hizo una descripción de la enfermedad que se considera como clásica. No es bien conocida todavía la naturaleza de los factores que actúan en la producción del delirium tremens; sin embargo, probablemente se debe a trastornos metabólicos principalmente de los hidrocarbonados con disminución de la función antitóxica del hígado, perturbación también del metabolismo de las proteínas, acidosis, oxigenación defectuosa del cerebro, trastorno del balance hídrico y de varios otros mecanismos nutritivos particularmente relacionados con la vitamina "B". El hecho de que habitualmente el enfermo se ha alimentado casi únicamente con alcohol durante varios días previos al desarrollo de la enfermedad, contribuye a esta deficiencia; además, por lo general hay deshidratación e hipocloruremia.

El delirium tremens se observa rara vez antes de los 30 años de edad, y antes de tres o cuatro años de alcoholismo crónico. Algunos psiquiatras creen que el delirium tremens puede precipitarse en el alcohólico crónico a quien se le suspende súbitamente el alcohol, pero esto no parece ser cierto. Factores que sí pueden actuar como precipitantes del ataque son las fracturas, las infecciones, las heridas o enfermedades agudas que bajan la resistencia a los procesos tóxicos en el individuo. Habitualmente el delirium va precedido de aversión a la comida, inquietud, irritabilidad y sueño inquieto. Las ilusiones y alucinaciones que se han presentado hasta entonces en forma ocasional, se vuelven más frecuentes y de naturaleza terrorífica; las figuras ornamentales se toman por objetos animados; las manchas de tinta se convierten en insectos que el enfermo trata de destruir. Las alucinaciones visuales son a menudo de objetos que parecen moverse y representan especialmente animales repugnantes de formas fantásticas que despiertan pavor en el enfermo, quien trata de luchar contra ellos o huir. Algunas veces estos animales imaginarios son de un tamaño diminuto. Otras veces las alucinaciones pueden ser en cierta fórma sugeridas: puede, por ejemplo, darse al paciente un hilo imaginario y, si se le ordena, éste lo enredará cuidadosamente alrededor de su dedo. Las alucinaciones táctiles no son raras y pueden asociarse a las visuales; el paciente puede sentir y ver insectos sobre su piel. Las alucinaciones olfativas ocurren también ocasionalmente; hay casos en que el enfermo grita aterrorizado que están descargando gas en el cuarto. Aun cuando las alucinaciones visuales son las más frecuentes, las auditivas, sin embargo, se añaden en no pocos casos.

Como ya se dijo, el ánimo es habitualmente irritable, con miedo, aprensión y aun terror; ocasionalmente, sin embargo, se encuentra euforia, buen humor y una simpleza bien intencionada que se acompaña de narración de fabulaciones absurdas.

La conciencia está obnubilada y casi siempre hay gran confusión y desorientación en tiempo y espacio; las personas que rodean al enfermo no son reconocidas; la atención es fugaz y las impresiones sólo se retienen por un momento. No rara vez el delirium toma un tipo ocupacional; la inquietud motora es muy marcada y el enfermo se levanta repetidamente de la cama

para arreglar algún detalle de su supuesta ocupación o para asir algún objeto imaginario. El sueño es por lo general imposible.

A la exploración física se encuentra ordinariamente congestión de la cara y las conjuntivas. Las pupilas están dilatadas y reaccionan a la luz muy lentamente. En casi todos los casos se encuentra temblor de amplios movimientos, que se aumenta con la tensión muscular o al extender simplemente los dedos de la mano. La lengua es temblorosa, e igualmente los músculos de los labios y la cara en los casos muy avanzados. El lenguaje es poco claro. El pulso rápido, a menudo irregular y débil. La temperatura es siempre anormal y en algunos casos puede ser muy alta; la piel es húmeda y la cara está por lo general sudorosa. Los reflejos tendinosos están exaltados, aunque a veces no existen a consecuencia de neuropatía previa. En la mitad de los casos hay albuminuria. Algunas veces los troncos nerviosos y los músculos son dolorosos a la presión. Pueden observarse crisis epileptiformes.

Anatomía patológica. Pueden ocurrir alteraciones tanto de naturaleza degenerativa como inflamatoria. El cerebro está por lo general edematoso; hay degeneración más o menos marcada de las células nerviosas y aumento de la glía con infiltración poco extensa de células redondas. Las vainas mielínicas están degeneradas particularmente en el cerebelo. Suele haber hemorragias puntiformes y un cierto grado de leptomeningitis.

Pronóstico y evolución. El delirium tremens tiene habitualmente un curso agudo, terminando en un plazo de tres a diez días. La convalecencia va frecuentemente precedida por un sueño profundo, a continuación del cual la conciencia se aclara, las alucinaciones desaparecen, aunque ocasionalmente el delirium reaparece por breves períodos por la noche durante un cierto tiempo. El pronóstico depende en gran parte de la presencia o ausencia de alguna enfermedad coexistente; la degeneración miocárdica no es rara en los alcohólicos crónicos y el pronóstico se ensombrece. La mortalidad en el tipo de casos que llegan al hospital varía entre el 5 y el 15 por ciento, y las dos causas de muerte más frecuentes son la insuficiencia cardíaca y la neumonía. En algunos casos que no terminan por muerte ni recuperación del estado normal, los enfermos desarrollan una psicosis de Korsakoff.

Tratamiento. El alcohol se suspenderá de inmediato. Debe tomarse especial cuidado en conservar la fuerza del enfermo con delirium tremens. Los pacientes que sufren esta enfermedad deben ser puestos en cama inmediatamente y vigilados muy de cerca, tranquilizándolos a propósito de sus temores y alucinaciones. Muchos enfermos mueren de agotamiento al luchar con la sujeción mecánica o por la acción depresora de los sedantes. La sujeción física, por lo tanto, no debe emplearse nunca. Si la temperatura del paciente no es muy alta, la hidroterapia en forma de baño permanente es

muy aconsejable. Las compresas húmedas rara vez son de utilidad, pues no solamente ejercen un efecto depresivo, sino que limitan físicamente la movilidad del enfermo lo que le ocasiona agotamiento al luchar para desasirse. Los hipnóticos ligeros son muy recomendables, principalmente el paraldehido en dosis de 12-15 c.c. de una a tres veces al día. La morfina no debe usarse nunca.

Se acepta generalmente que el enfermo debe recibir grandes cantidades de dextrosa, el material nutritivo normal del cerebro; ésta puede darse en forma de jugo de naranja en cantidades grandes y repetidas, o administrando 100 c.c. de solución al 50 por ciento de glucosa por vía intravenosa, repetida, si es necesario, cada tres horas. El alcohol desaparece de la sangre más rápidamente si el enfermo recibe insulina en dosis de 155 unidades tres a cuatro veces al día. La administración de cloruro de sodio es muy aconsejable, tanto para combatir la deshidratación como para aumentar la reserva alcalina; se pueden dar cápsulas de 2 grm. de cloruro de sodio, una cada cuatro horas.

A menos que el enfermo esté en insuficiencia cardíaca, o que exista otra contraindicación de orden médico general, deben darse de 3,000 a 4,000 c.c. de líquidos diariamente. La forma más recomendable de darlos es el jugo de naranja, puesto que además de combatir la acidosis, aporta minerales, vitamina "C" y ayuda tal vez a combatir la infección. Muchos médicos recomiendan el uso de enemas altos dos veces al día, tanto para corregir la constipación crónica que existe habitualmente, como para proporcionar mayor cantidad de líquidos. El antiguo método de la deshidratación del enfermo basado en la teoría del edema cerebral no es seguido en la actualidad; en la misma forma, son muy pocos los médicos que recomiendan todavía la punción lumbar con extracción de líquido céfalorraquídeo. Como muchos de los alcohólicos son también sifilíticos, la punción lumbar, con fines diagnósticos, debe hacerse si el Wassermann en el suero sanguíneo es positivo. El enfermo en delirium tremens por lo general no ha comido nada durante varios días; hay habitualmente una inflamación catarral de todo el tracto gastrointestinal debida al alcohol mismo que provoca falta de apetito y estado nauseoso. Es, sin embargo, muy importante ordenar que se ingiera una dieta blanda abundante; debe ésta contener de 3,000 a 4,000 calorías diarias y ser rica en vitaminas. Algunos médicos aconsejan suplementar la dieta con compuestos medicamentosos que contengan vitaminas A, B y C. La administración de complejo B es particularmente aconsejable para prevenir el síndrome de Wernicke y la encefalopatía por deficiencia de ácido nicotínico. No debe dudarse, cuando se crea indicado, en alimentar al enfermo por medio de un tubo en el estómago.

PSICOSIS DE KORSAKOFF

En casos de delirium tremens que sólo se diferencian de los demás por la ausencia de sueño en la fase crítica, se observa a veces que desaparecen las alucinaciones y el delirio agudo, pero el cuadro clínico se convierte en otro caracterizado por amnesia, desorientación en el tiempo y en el espacio, y falsificaciones de la memoria, en unión de signos y síntomas de neuropatía periférica. El cuadro se desarrolla a veces en un alcohólico crónico que no ha sufrido delirium tremens. Este síndrome fué descrito en 1887 por el psiquiatra ruso Sergio Korsakoff, y se ha clasificado desde hace largo tiempo entre las psicosis alcohólicas por su frecuente asociación con el alcoholismo crónico, aunque, estrictamente hablando, no debería pertenecer al grupo. Es tan sólo uno de los varios síndromes que resultan de la deficiencia en vitamina B, deficiencia que habitualmente tiene el alcohólico crónico debido a la absorción gastrointestinal defectuosa, a la dieta limitada casi esclusivamente al alcohol, y al requerimiento aumentado de vitaminas por el gran efecto calórico del alcohol. Naturalmente la deficiencia de vitamina B puede existir en numerosas circunstancias, y aunque en la producción de estos síndromes intervengan todos los elementos constitutivos del complejo vitamínico B, la deficiencia de tiamina y niacina parece ser la responsable más específica de ellos. La diversidad de los síndromes depende en gran parte de la región del sistema nervioso en que la degeneración neuronal se localiza; si ocurre principalmente en el cerebro y los nervios periféricos, se encuentra el síndrome de Korsakoff; si los cambios degenerativos ocurren en los nervios periféricos largos se produce la llamada "neuritis alcohólica"; si la deficiencia mayor es de niacina y la degeneración más marcada en el cerebro, menor en la medula y menor todavía en los nervios periféricos, la encefalopatía por deficiencia vitamínica toma la forma de pelagra; si el tronco cerebral es el asiento principal del proceso degenerativo, el síndrome que se presenta es el de la enfermedad de Wernicke. Frecuentemente estos síndromes no están muy claramente delimitados, y el cuadro clínico pasa de uno a otro, dependiendo su carácter del elemento vitamínico en que la deficiencia es mayor, del sitio y grado de la degeneración. Pueden, por ejemplo, observarse con frecuencia cuadros caracterizados por síntomas de la psicosis de Korsakoff, y de la enfermedad de Wernicke, o encontrarse esta última enfermedad asociada a la pelagra. De hecho en la encefalopatía carencial se pueden ver, en el mismo individuo, delirium tremens, psicosis de Korsakoff, encefalopatía por deficiencia en niacina, y síndrome de Wernicke.

La encefalopatía nutritiva se debe probablemente al hecho de que en la deficiencia de tiamina el cerebro no puede metabolizar la glucosa y el ácido

láctico con la velocidad normal; como la oxidación del ácido pirúvico es acelerada por la tiamina, una deficiencia de este factor permite la acumulación de dicho ácido en los tejidos.

La histopatología de la psicosis de Korsakoff consiste en cambios parenquimatosos difusos, entre los que se encuentran alteraciones de los cilindroejes, depósitos excesivos del lipocromo normal en las células nerviosas, en la glía, en la microglía, y alrededor de los vasos sanguíneos en la corteza motora y prefrontal, además de cromatolisis aguda de las grandes células nerviosas de estas áreas, particularmente de las células de Betz.

Síntomas. Ya se han mencionado los síntomas más salientes. Superficialmente la conciencia parece clara y no se sospecha la seriedad del trastorno mental. Al interrogar al paciente, sin embargo, nos sorprendemos a menudo al descubrir el grado de alteración mental. El enfermo posee una comprensión relativamente buena de lo que está bajo su vista, pero está desorientado en relación con lo que no queda bajo su observación inmediata, es decir, respecto de lo que depende de su memoria. Al principio la pérdida de la memoria es más marcada para los sucesos ocurridos desde la iniciación de la enfermedad, pero más tarde se pierde también la memoria para los sucesos lejanos. La amnesia es anterógrada y el enfermo no puede frecuentemente recordar lo que se le acaba de decir. En su confabulación el paciente relata recuerdos falsos que llenan superficialmente la amnesia real; esas confabulaciones pueden a menudo ser sugeridas y guiadas por el interrogatorio, haciendo narrar al enfermo cuantas reminiscencias falsas se le proponen. Estos enfermos se caracterizan por su humor jovial, y a menudo no pueden identificar a las personas que están a su alrededor. La polineuropatía, que en ocasiones puede faltar, es más marcada en las piernas, y se caracteriza por dolor, sensibilidad sobre el trayecto de los nervios, ausencia de los reflejos rotulianos, y, en los casos severos, por caída del pie o de la mano. Esta enfermedad es relativamente más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Evolución y pronóstico. En muchos casos la sintomatología desaparece en seis u ocho semanas y la recuperación de la salud mental es completa. Cuando el proceso no es íntegramente reversible, la enfermedad dura varios meses con mejoría gradual, pero sin recuperarse completamente la memoria. En algunos casos queda una disminución permanente de la eficiencia, y deterioro intelectual, emocional y estético de cierto grado. La neuropatía habitualmente se mejora con bastante rapidez y llega a desaparecer completamente. En los traumatismos cerebrales, en la parálisis general progresiva y en otras enfermedades tóxicas u orgánicas del cerebro (estados en los que la patogenia no parece relacionarse con deficiencias dietéticas), se encuentra a veces amnesia del tipo de Korsakoff con confabulaciones para llenar las lagunas de la memoria.

Tratamiento. El primer paso del tratamiento debe ser la suspensión del uso del alcohol. Para corregir la deficiencia de vitamina B_1 se dará cloruro de tiamina a dosis de 20 a 50 mgr. diariamente por una semana, seguidos de levadura de cerveza en polvo a razón de 20 gr. tres veces al día en leche fría. La dieta debe contener cantidades grandes de leche, fruta, huevos, carne y otros alimentos ricos en complejo B. Es aconsejable también administrar ácido ascórbico. Cuando se han establecido cambios irreversibles en las estructuras nerviosas, las vitaminas no tienen ninguna acción sobre los síntomas. En la neuropatía aguda el reposo en cama es de aconsejarse, teniendo cuidado de prevenir un pie "caído" permanente. Tan pronto como el dolor y la hiperestesia han desaparecido, debe iniciarse el tratamiento con masaje y electricidad, e instar al paciente a que mueva sus pies.

ALUCINOSIS AGUDA

Este síndrome se ha clasificado habitualmente entre las psicosis alcohólicas en vista de que su causa es casi siempre la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, pero la tendencia actual es a considerarlo como una reacción psicógena liberada por el exceso de alcohol y no como una expresión de tipo estrictamente tóxico. Se puede asegurar con suficiente fundamento que los factores propios de la personalidad determinan las características clínicas del cuadro. Hay muchos elementos que sugieren una relación muy estrecha entre este cuadro y la esquizofrenia, y en muchos casos se siente uno inclinado a pensar que el trastorno es tan sólo una reacción esquizofrénica desencadenada por el alcohol. De hecho, algunos enfermos que han sido diagnosticados como padeciendo alucinosis alcohólica crónica, muestran más tarde claras reacciones de tipo esquizofrénico paranoide.

Síntomas. En la misma forma que el delirium tremens, la alucinosis alcohólica aguda se desarrolla sólo después del uso excesivo y prolongado del alcohol, aunque habitualmente sea precipitada por la ingestión de cantidades desusadas. Su descripción puede resumirse diciendo que se trata de una reacción con alucinaciones auditivas, que se presentan con un sensorio claro, y acompañadas afectivamente por miedo marcado. El contenido de las alucinaciones es, por lo general, acusador o atemorizante; las voces tienden particularmente a acusar al enfermo de homosexualidad y a llamarlo por nombres indecentes. En las mujeres, lo mismo que en los hombres, las alucinaciones son casi siempre de contenido sexual y acusadoras, pero las voces acusan entonces de delitos heterosexuales, más bien que homosexuales, como sucede en los hombres. Las voces se refieren a menudo al paciente en tercera persona, y le amenazan con expresiones tales como "tírale, ahora" "vamos a colgarle hoy en la noche"; el enfermo puede oír disparos de pistola u otros ruidos amenazantes. No rara vez, cuando el paciente es operador de algún equipo mecánico, las alucinaciones parecen venir de la máquina y ser sincrónicas con el sonido rítmico del mecanismo. Frecuentemente se asocian alucinaciones olfativas, y las ilusiones de la vista tampoco son raras. Pueden entremezclarse alucinaciones visuales en cierto grado, pero son raras en los casos típicos.

El contenido ideativo y la conducta del enfermo están determinadas por la aceptación de las alucinaciones como realidades. Es común encontrar ideas de referencia y falsas interpretaciones. Cuando se añaden rápidamente elaboraciones, se desarrolla todo un sistema delirante; los enfermos llegan a llamar en su defensa a la policía o a armarse para su propia defensa.

La conciencia, contrariamente a lo que sucede en el delirium tremens, permanece clara en la alucinosis aguda alcohólica, y el enfermo continúa estando orientado y proyecta sus alucinaciones en su ambiente verdadero. Hay todavía otro aspecto en que la alucinosis difiere del delirium tremens: después de la crisis no existe amnesia para los sucesos ocurridos durante su evolución.

Existe habitualmente una perturbación del talante pronunciada, y se caracteriza por miedo y aprensión. El enfermo puede llegar a atentar contra su propia vida dominado por el terror y las amenazas de sus perseguidores imaginarios, reducido a la desesperación por las voces acusadoras y el pánico. El miedo va a veces acompañado de angustia y depresión; no en pocas ocasiones existe además un elemento de irritabilidad, pero cuando temporalmente cesan las alucinaciones el humor característico del alcohólico puede manifestarse.

Curso. La alucinosis alcohólica dura por lo regular de cinco días a un mes, y las recidivas son frecuentes si el enfermo vuelve a beber alcohol en forma excesiva. A diferencia del delirium tremens, la alucinosis no va nunca seguida del síndrome de Korsakoff, pero a veces un episodio alucinatorio se prolonga más allá de su duración habitual y se transforma en una esquizofrenia manifiesta.

Factores psicológicos. Ya se ha hecho mención al hecho de que la alucinosis no es una psicosis alcohólica simple. Parece haber razones evidentes para creer que si un individuo con cierto tipo de personalidad toma grandes cantidades de alcohol durante un período de tiempo considerable, puede desencadenarse una reacción psicógena de naturaleza esquizofrénica aguda. El antecedente encontrado con tanta frecuencia de una adaptación heterosexual desafortunada y el carácter homosexual de las alucinaciones en el enfermo con alucinosis aguda alcohólica, sugiere que los conflictos (de naturaleza homosexual) para cuyo alivio se ha recurrido probablemente al alcohol, son los factores psicógenos más importantes. En cuanto a la determinación psicógena del talante en la alucinosis alcohólica se puede sugerir, especulativamente, que el sentimiento inconsciente de temor de la personalidad ante el

impulso homosexual biológicamente destructivo y socialmente prohibido, es mayor que el sentimiento de culpa que este impulso reprimido origina, y entonces el talante es más bien de miedo que de depresión. Desde el punto de vista del autorrespeto, el miedo es también psicológicamente preferible a la vergüenza. Si el sentimiento de culpa es relativamente intenso, el paciente puede exhibir la depresión que ocasionalmente se observa en la enfermedad.

Tratamiento. El tratamiento consiste en colocar al paciente bajo un cuidado tal que no pueda ni cometer actos indiscretos, ni intentar hacerse daño a sí mismo. Debe, naturalmente, proscribirse el uso del alcohol. El baño continuo ayuda mucho para calmar el miedo y la ansiedad. La administración de alimentos no es por lo general tan difícil como en el delirium tremens, y debe hacerse en abundancia y regularmente. Es también muy aconsejable dar grandes cantidades de jugo de naranja y de complejo vitamínico B.

PARANOIA ALCOHOLICA

Aunque no esté justificado reconocerla como una verdadera psicosis alcohólica, es clínicamente muy conveniente describir ahora la paranoia alcohólica. También hay aquí, probablemente, un factor común (el impulso homosexual reprimido) detrás del alcoholismo y de la psicosis. Generalmente los enfermos no han podido lograr una madurez normal en sus relaciones heterosexuales. Se encuentran casi siempre en la vida prepsicótica del enfermo los mismos desarrollos incompletos, fijaciones, rasgos de la personalidad, y procesos psicopatológicos que en otras psicosis paranoides, en cuya base, al menos de gran parte de ellas, existen probablemente impulsos homosexuales reprimidos. En la paranoia alcohólica, el uso del alcohol, requerido por esas mismas tendencias, debilita la represión y ocasiona el círculo vicioso psicopatológico del conflicto homosexual, abuso del alcohol, y delirio paranoide, que se continúa sin interrupción. Psicológicamente las condiciones ya eran favorables para el desarrollo de una psicosis aun antes de que el uso del alcohol fuera excesivo; en algunos casos podría decirse que ya existía una psicosis latente y que el alcohol no hizo más que acelerar su aparición. Efectivamente, rasgos previos de la personalidad se han caracterizado por obstinación, suspicacia, resentimiento, proyecciones, y muchos otros mecanismos defensivos. La historia del futuro enfermo demuestra casi siempre que ha aceptado difícilmente la disciplina y ha preferido la sociedad exclusiva de hombres.

Síntomas. Las manifestaciones clínicas se caracterizan típicamente por delirio de celos e infidelidad. Primeramente el paciente es irritable, desconfiado y amante de encontrar defectos y faltas en todo. A estas desagradables características defensivas se añaden más tarde acusaciones de infidelidad

marital, y para demostrarlas se aducen argumentos completamente insignificantes y absurdos. Estos celos, motivados por sentimientos de miedo y culpa no reconocidos, y que se basan en impulsos y tendencias repugnantes de su propia personalidad, hacen que el suspicaz marido invente numerosos ardides para sorprender a su mujer y a su supuesto amante. Un oficial del ejército americano, que se había alistado probablemente por intereses homosexuales inconscientes, alegaba no ser el padre de un niño que su mujer acababa de dar a luz porque había nacido doscientos setenta y nueve días, en lugar de doscientos ochenta, después del contacto marital con la esposa, y como evidencia de que el médico de la familia era el verdadero padre del niño, aducía que en una ocasión el doctor no había mandado la cuenta con la acostumbrada prontitud; en varias ocasiones amenazó la vida del médico, y al final intentó de hecho dispararle.

A causa de su incompleto desarrollo y de la mala integración de su personalidad, estos pacientes son peculiarmente poco aptos para soportar las exigencias sociales de adaptación que ocasiona el matrimonio. Al imputar a la mujer el interés que ellos mismos sienten por otros hombres, se proporcionan alivio para la propia angustia; las ideas que siguen a eso, son psicológicamente protectoras, pero rompen su adaptación. Algunas veces, con el uso excesivo de tóxicos, la impotencia que el alcohol produce a través de su acción sobre el sistema nervioso central, aumenta el sentimiento de inseguridad e incompetencia del paciente, y para evitar el reconocimiento de este nuevo sentimiento desarrolla todavía más ideas de infidelidad.

Pronóstico. El pronóstico de los estados paranoides alcohólicos no es bueno. A veces basta con internar al enfermo en un hospital, con lo que disminuyen las exigencias de adaptación, para obtener mejoría y hacer desaparecer las ideas delirantes. Otras veces al observar que la expresión de sus ideas le priva de la libertad, las disimula y parece reconocer que estaba en un error, declarando que ya no duda de la fidelidad de su mujer; pero al volver a su antigua situación, las ideas previas reaparecen y su conducta vuelve a ser peligrosa.

SINDROME DE WERNICKE

Esta encefalopatía, debida a carencia de vitamina B, puede asociarse al hábito del alcohol o a otras enfermedades en que existe tal deficiencia, y su descripción detallada se hará en el capítulo XX, intitulado Psicosis Debidas a Enfermedades Metabólicas y Endocrinas.

DETERIORO ALCOHOLICO

Un número muy considerable de personas de las que consumen grandes cantidades de alcohol durante un período de tiempo prolongado, llegan finalmente a sufrir un cierta desintegración de la personalidad, que oscila desde un trastorno de la estabilidad y control emocional hasta la demencia evidente. El principal daño orgánico que el alcohol ocasiona en el sistema nervioso del hombre se debe a la avitaminosis más que al efecto tóxico primitivo. Desde el punto de vista de la anatomía patológica se encuentra, en los casos más graves, una degeneración crónica y progresiva del parénquima nervioso, que afecta a veces una parte considerable del neuroeje. Como ya se dijo anteriormente la llamada demencia alcohólica es debida a alteraciones degenerativas difusas de las células nerviosas de la corteza cerebral que se producen como resultado de una deficiencia nutritiva profunda.

Síntomas. Uno de los síntomas más precoces del abuso del alcohol es una tendencia exagerada a actuar impulsivamente, de acuerdo con las fuerzas instintivas primitivas y con la afectividad del momento. Aunque cuando menos por un período de tiempo considerable se conserva la capacidad de los sentimientos éticos, éstos no son sostenidos ni aplicados, resultando de ello que los mandatos y propósitos de tipo ético se debilitan, la perseverancia se pierde, y el enfermo se torna una persona incapaz de despertar confianza. Su tendencia a la decepción y a comentar cualquier cosa que sea ignominiosa en el comportamiento o en el carácter, es sólo una parte de su incapacidad fundamental para enfrentarse a los hechos de la realidad y a su propia situación. Culpa a los demás de sus fracasos y se considera víctima de las circunstancias de las que él no se cree en ningún aspecto responsable, y al mismo tiempo exagera sus pequeños éxitos. Toda capacidad de afecto se pierde y la ambición desaparece; el alcohólico se torna descuidado en cuanto a su apariencia personal y es poco responsable de su familia. Su antiguo sentimiento de lo social y demás responsabilidades, al aumentar su egoísmo, desaparece, o mejor, es evitado por el proceso evasivo de tratarlo de una manera jactanciosa y superficial. Habitualmente el carácter del enfermo es de una euforia injustificada, pero la menor palabra que implique una reprobación puede provocar una explosión violenta de irritabilidad; las palabras de conmiseración provocan, a su vez, un llanto fácil, pero basta a menudo una palmada en la espalda para que la risa alegre retorne. Con sus amigos el alcohólico puede congeniar bien y ser un compañero agradable en los placeres, pero en su casa se vuelve brutal y desvergonzado. En casi todos los casos la vida sexual del paciente está mal adaptada, y muchas veces ese fracaso es la causa del alcoholismo; en otras, es un efecto. Esta desadaptación opera en no pocos casos como un círculo vicioso. Se toma casi siempre una actitud defensiva hacia los que no son alcohólicos, y en presencia de las personas que se sabe no aprueban los excesos, el paciente es sensitivo, irritable y mordaz. Existe una pobreza progresiva en las ideas, una incapacidad ascendente para sostener la atención, y para las diferenciaciones delicadas. Después de un cierto tiempo la memoria disminuye, hasta que la demencia insidiosa llega a ser extremada. Un enfermo, médico, cuya clientela lo había abandonado a causa de sus hábitos, maltrataba a sus hijos y había acusado a su mujer de infidelidad; no podía recordar cuánto tiempo había estado en el hospital, ni dar el nombre del médico que lo había atendido y al que había visto diariamente durante meses. Los exámenes psicométricos de los enfermos alcohólicos indican que hay una alteración en el funcionamiento mental de varias capacidades antes de que sea evidente ninguna alteración anatómica en el cerebro.

Curso y terminación. Si el uso del alcohol se suspende tan pronto como aparecen los cambios más precoces del carácter, puede haber una recuperación de la salud mental y moral casi completa, aunque por lo general el alcohólico nunca puede después adaptarse completamente a la vida. Además, a pesar de sus protestas en sentido contrario, el alcohólico rara vez quiere verdaderamente curarse del todo, puesto que el alcohol le proporciona el medio de escape más fácil ante las dificultades en que lo coloca su imperfecta integración de la personalidad. El deterioro de la personalidad es permanente, y como consecuencia, la demencia es irremediable.

Tratamiento. Desgraciadamente durante mucho tiempo se ha considerado al alcoholismo como un problema puramente moral, resultando de ello que los complejos factores que lo condicionan no han recibido la atención científica que merecían, ni se ha aplicado a la terapéutica una atención en correspondencia con la magnitud del problema social. "Aun a la enfermedad mental, uno de los problemas sociales más tenazmente incomprendidos y abandonados, se le proporciona mejor tratamiento que a la ebriedad. El esquizofrénico, el paralítico general, el maníaco-depresivo, etc., cuando se convierten en problemas suficientemente nocivos para ser declarados legalmente "locos", son hospitalizados y tratados en alguna institución gubernamental. Pero el ebrio consuetudinario, que además puede ser esquizofrénico, paralítico o maníaco-depresivo, y que sin duda es más nocivo, es tan sólo severamente amonestado para que se enmiende, o sentenciado a prisión, para que reflexione sobre su conducta.".[1]

El alcoholismo debe ser considerado como una enfermedad psíquica arraigada en un trastorno o inmadurez de la personalidad. En la misma for-

---

1. Hewitt C. C.: *A personality Study of Alcohol Addiction. Quart. J. of Studies on Alcohol, 4:* 368–386, 1943.

ma que en las psiconeurosis, con las que el alcoholismo tiene mucho en común, el enfermo es habitualmente inconsciente de los problemas particulares de su personalidad, ante los que pretende escapar por medio de los mecanismos mitigadores de la angustia que el alcohol le proporciona. Teóricamente, por lo tanto, el objeto del tratamiento debería dirigirse a prevenir al enfermo contra el deseo del alcohol, mejor que a alejarlo de él. Sin embargo, sólo en muy contadas ocasiones, aun en los primeros tiempos del hábito, el enfermo coopera en un estudio dinámico de su personalidad y de su adaptación, o ayuda en la adopción de compensaciones emocionales o substitutos psicológicos sociales que lo liberen de la angustia y demás tensiones. Debe abordarse al enfermo con la actitud con que se llega a quien padece un trastorno de la personalidad y no de la moralidad. La atención debe dirigirse no al alcoholismo, sino al individuo en quien aquél ocurre. El tratamiento psiquiátrico debe tener una rutina básica de ejercicios físicos activos, trabajo ocupacional constructivo, y descansos agradables y sociales. La vida mental y las experiencias del enfermo se revisarán con el propósito de descubrir los factores principales que le han convertido en alcohólico; el análisis constructivo de las dificultades de la personalidad irá acompañado de un esfuerzo prolongado para la reeducación. Deben evitarse por completo los métodos primitivos de sujeción mecánica que aumentan en el enfermo el sentimiento de ser hostilizado y agitan su agresividad y resentimiento. Es, por lo general, necesario que el tratamiento se lleve a cabo en una institución, pero es aconsejable que ésta permita llevar al enfermo, dentro de lo posible, una vida casi normal. Como es de comprenderse, la psicoterapia sólo será posible en el enfermo en quien la capacidad intelectual sea todavía suficiente. Cuando la demencia existe, debe remitirse a una institución en donde ya no pueda conseguir el tóxico, y donde tanto el enfermo como la sociedad estén protegidos de sus defectos morales e intelectuales.

Recientemente una organización establecida en Akron, Ohio, en 1935, denominada Alcohólicos Anónimos, dirigida por antiguos alcohólicos, ha logrado muchas curas temporales y aun prolongadas. En la actualidad existen grupos en muchas ciudades de los Estados Unidos de Norteamérica; aun cuando están organizados sin dirección psiquiátrica y su movimiento se limita en gran parte a un programa social y religioso, han adquirido un gran valor en la reorientación de muchos alcohólicos en la vía social y eficiente de la existencia. El programa, aunque cargado de un optimismo demasiado irreal, ha utilizado constructivamente muchos de los principios de la psicoterapia de grupo. Por lo general los miembros de Alcohólicos Anónimos tienen una inteligencia superior a la media, su educación y posición social son elevadas, y tienen una actitud tolerante y constructiva para el adicto. La organización le ofrece al adicto consignado una oportunidad de escapar de su aislamiento psicosocial, de su sentimiento de que nadie le entiende ni se

preocupa por él, y de que no puede confiar en nadie. Dentro de su grupo, el alcohólico tiene un sentimiento de pertenecer a algo, de ser comprendido y aceptado, y de compartir convicciones comunes; por lealtad a su grupo los miembros desarrollan un fervor religioso notable, y al acudir al llamado para ayudar a otro alcohólico a costa de inconveniencias y renunciamientos, su devoción religiosa se interioriza constructivamente, originándose un deseo profundo de llegar a los demás y crearse un sentido de responsabilidad; en esta forma la organización misma contribuye a la curación del enfermo. La oportunidad para hablar de sí mismo en las sesiones de su grupo le ofrece al alcohólico una ocasión de satisfacción narcisista, de autoexpresión que le sirve de catarsis terapéutica. No puede predecirse si la asociación de Alcohólicos Anónimos sobrevivirá mucho tiempo, pero hasta ahora ha escapado ya a los peligros del sentimentalismo y del entusiasmo mal dirigido. Sus métodos de pensamiento son ingenuos, pero indudablemente han contribuído al éxito.

Terapéutica de aborrecimiento del alcohol. Haggard y Jellinek estiman, basados en estadísticas tomadas de diferentes fuentes, que entre 40.000,000 de personas que toman bebidas alcohólicas en Norteamérica, hay de 1.400,000 a 1.800,000 bebedores inmoderados, de los que aproximadamente 600,000 ya han sufrido cierto daño somático o mental por el abuso del alcohol. Se ve, por lo tanto, que el número de personas que son incapaces, sin el alcohol, de afrontar sus conflictos, y la angustia que esos conflictos provocan, es extraordinariamente grande. Y, además, aun cuando son liberados de la angustia por el alcohol, estas personas son incapaces de lograr una adaptación correcta en la vida mientras lo toman. El tratamiento ideal sería, consecuentemente, corregir o aliviar el trastorno subyacente de la personalidad del alcoholismo. Pero, por muchas razones, esto es, a menudo, imposible. Como, no obstante, muchos alcohólicos pueden de hecho lograr una adaptación regular sin recurrir a la bebida, sería de desearse que pudieran ser curados de su afición, aun cuando los problemas de su personalidad quedaran sin solución. No hay ningún método, sin embargo, que logre curar la afición al alcohol en todos los casos, pero el tratamiento que utiliza el principio de la formación de reflejos condicionados, ha sido empleado en los últimos años con bastante éxito. El tratamiento del aborrecimiento, o de los reflejos condicionados, consiste en tratar de crear una repugnancia hacia las bebidas que contengan alcohol, por la asociación de su sabor con la aparición de náuseas y vómito. Su objeto es establecer una respuesta condicionada por medio de una droga vomitiva que sea el estímulo no condicionado. Es, claro está, un tratamiento sintomático, que aun cuando crea un antagonismo para las bebidas alcohólicas, no extirpa los conflictos ni las demás causas de desadaptación. Cuando tiene éxito, elimina los efectos más graves de la ebriedad consuetudinaria, con todos sus acompañantes, el cata-

clismo emocional, el sentimiento de culpa, el remordimiento, y la pérdida de la autoestimación. Y aunque su único efecto sea interrumpir el ciclo del alcohólico, puede hacer posible el tratamiento más eficaz por la psicoterapia.

Para el tratamiento con respuestas condicionadas del alcoholismo crónico, puede usarse la técnica introducida por Voegtlin en 1940, o alguna de sus modificaciones. Es necesario el internamiento en un hospital y requiere habitualmente unos catorce días. No debe iniciarse mientras el paciente no esté completamente asintomático de intoxicación aguda o delirio. Inmediatamente que es hospitalizado el enfermo se inicia el tratamiento, porque esto facilita el condicionamiento dando 0.005 grm. de benzedrina en la mañana y al mediodía, y dosis altas diarias de vitamina B. Para el tratamiento se hace sentar al enfermo en una silla cómoda y se coloca a su lado una cubeta para vómitos, y toallas; al frente, se pone una mesa con botellas de diversos licores. Antes de la primera sesión se explica al enfermo el fundamento racional del método y se le dice que va a desarrollar una aversión a la bebida, y que su resolución de abstinencia se fortalecerá. Se le dan entonces dos vasos de un cuarto de litro de agua tibia con 0.10 grm. de emetina y 1 grm. de cloruro de sodio; inmediatamente después se le inyecta por vía subcutánea, de 3 a 4 décimos de centímetro cúbico de una solución acuosa que contiene en 40 c.c., 3.25 grm. de clorhidrato de emetina, 1.65 grm. de clorhidrato de pilocarpina, y 1.5 grm. de sulfato de efedrina. En la primera sesión se sirve licor en las copas en el momento de mayor náusea y se obliga al enfermo a verlas, y aun a oler y gustar de su contenido, pero sin permitirle que degluta nada. De esta manera se establece un condicionamiento de los sentidos de la vista, el olfato y el gusto. En la segunda o tercera sesión se obliga al enfermo a beber en el momento en que la emetina va a producir vómito; la bebida alcohólica es entonces inmediatamente devuelta al entrar al estómago. Por lo general se hacen unas ocho sesiones. Desde la 4a. ó 5a. sesión se insta al enfermo a beber en el momento de la náusea sin obligarle a beber más, una vez que ha vomitado; sólo en las últimas sesiones, cuando el estímulo condicionado (el alcohol) ha adquirido el mismo efecto que el estímulo no condicionado (la emetina), se alienta al paciente a beber varias veces licor provocándole vómito cada vez. Una vez que el deseo de gozar la estimulación del alcohol se ha abolido o se ha tornado en aborrecimiento, el conflicto para el cual se buscaba alivio pierde mucha de su potencia dinámica. Es muy recomendable repetir a los tres o seis meses el examen y el recondicionamiento por tres o cuatro días.

El hecho de que el tratamiento por el condicionamiento de reflejos de la afición desmedida al alcohol es realizado por un procedimiento tan sugerente, impresionante y dramático es, indudablemente, un factor psicológico en el éxito, pero es fundamental siempre que el enfermo tenga un sincero deseo de suspender el hábito. La psicoterapia se reduce habitualmente a discutir los problemas personales más inmediatos y presionantes del enfermo; debe hacérsele ver que nunca podrá ya beber moderadamente, y que la primera copa lo llevará inevitablemente al exceso. Los resultados obtenidos con pacientes de menos de 30 años de edad, son por lo general malos.

N. del T. En la actualidad se condiciona el reflejo de aversión al alcohol mediante la substancia llamada disulfuro de tetraetiltiouranol (Antabuse). Hald, Jacobsen y Larsen observaron que cuando una persona que está bajo el efecto de esta droga, la cual no produce trastornos por sí misma, ingiere alcohol, presenta al poco tiempo una serie de manifestaciones desagradables, que consisten principalmente en vasodilatación intensa de la cara, cuello y conjuntivas, palpitaciones con aceleración del pulso, sensación de falta de aire, desasosiego y malestar, a veces marcado descenso de la presión sanguínea y, en ocasiones, náuseas y vómitos. Para emprender el tratamiento con esta substancia es necesario que el enfermo se encuentre en condiciones somáticas aceptables, y una contraindicación formal es la existencia de afecciones cardiovasculares. La cura se inicia manteniendo al enfermo durante tres o cuatro días en privación absoluta de alcohol, y a continuación se administra la droga en dosis de uno a dos gramos diariamente en tres tomas durante tres o cuatro días. Después se reduce la dosis a medio gramo diario durante un par de días, en una sola toma, y en estas condiciones se le invita a que tome una cantidad moderada de la bebida alcohólica de su predilección, con lo cual se provoca el estado de malestar descrito. Esto se repite unas cuantas veces para condicionar el reflejo de aversión. Es necesaria una vigilancia médica cuidadosa durante este estado. A continuación se mantiene al enfermo con una dosis de sostenimiento de un cuarto a medio gramo diario durante un período más o menos largo que se aprovechará para una psicoterapia adecuada. (Hald, Y., Jacobsen E., y Larsen, V.: Sensitizing Effect of Tetraethylthiuram Disulphide (Antabuse) to Ethyl Alcohol, Acta Pharmacol. et Toxicol. *4*:285 (Dic.) 1948. Jacobsen, E., y Martensen-Larsen, O.: Treatment of Alcoholism with Tetraethylthiuram Disulphide (Antabuse). J.A.M.A. 139:918 (abril 2), 1949.

REFERENCIAS

Alexander, L.: Neuropathological Findings in the Brain and Spinal Cord of Chronic Alcoholic Patients. Quart. J. Stud. on Alcohol, *2:* 260, 1941.

Allen, E. B.: Hospital Psychotherapy of the Nonpsychotic Alcoholic. Quart. J. Stud. on Alcohol, *5:* 394–404, 1944.

Bales, R. F.: Alcoholics Anonymous as Seen by a Sociologist. Quart. J. Stud. on Alcohol, *5:* 267–278, 1944.

Banay, R. S.: Pathologic Reaction to Alcohol. Quart. J. Stud. on Alcohol, *4:* 580–605, 1944.

Bowman, K. M., y Jellinek, E. M.: Alcoholic Mental Disorders. Quart. J. Stud. on Alcohol, *2:* 312, 1941.

Bowman, K. M., Wortis, H., y Keiser, S.: The Treatment of Delirium Tremens. J. A. M. A., *112:* 1217–1219, 1939.

Caldwell, W. A., y Hardwick, S. W.: Vitamin Deficiency and the Psychoses. J. Ment. Sc., *90:* 95–108, 1944.

Goldfarb, W., Bowman, K. M., y Wortis, J.: The Effect of Alcohol on Cerebral Metabolism. Am. J. Psychiat., *97:* 384–386, 1940.

Gray, M. G., y Moore, M.: The Incidence and Significance of Alcoholism in the History of Criminals. Am. J. Psychiat., *98:* 347–353, 1941.

Haggard, H. W., ed.: Alcohol, Science and Society. New Haven, Quart. Jour. of Studies on Alcohol, 1945.

———: The Physician and the Alcoholic. Quart. Jour. Stud. on Alcohol, *6:* 213, 1945.

———, y Jellinek E. M.: Alcohol Explored. New York, Doubleday, Doran & Co., 1943.

Jolliffe, N., y Wortis, H.: Encephalopathia Alcoholica. Am. J. Psychiat., *98:* 340–346, 1941.

Knight, R. P.: Psychodynamics of Chronic Alcoholism. J. Nerv. and Ment. Dis., *86:* 645, 1937.

Korsakoff, S. S.: Ueber eine besondere Form psychischer Störung, combiniert mit multipler Neuritis. Allg. Ztschr. f. Psychiat., *46:* 475, 1890.

Meyer, A.: On Parenchymatous Systemic Degenerations, Mainly in the Central Nervous System. Brain, *24:* 47–115, 1901.

Rotman, D. B.: Alcoholism. J. A. M. A., *127:* 564–567, 1945.

Strecker, E. A., y Chambers, F. T., Jr.: One Man's Meat. New York, The Macmillan Company, 1938.

Sutton, Thomas: Tracts on Delirium Tremens, on Peritonitis, and on Some Other Internal Inflammatory Affections and on the Gout. London, Thomas Underwood, 1813.

Tiebout, H. M.: Psychological Factors Operating in Alcoholics Anonymous. In Current Theories of Personality Disorders, Glueck, B., ed. New York, Grune & Stratton, 1946.

Tillim, S. J.: Acute Alcoholism Treated with Insulin. Am. J. Psychiat., *101:* 396–399, 1944.

Voegtlin, W. L.: Conditioned Reflex Therapy of Alcohol Addiction. Am. J. Med. Sci., *199:* 802, 1940.

Wernicke, Karl: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Berlin, Theodor Fischer, vol. 2, p. 229, 1882.

Wortis, H., et al.: Pyruvic Acid Studies in the Wernicke Syndrome. Arch. Neurol. and Psychiat., *47:* 215, 1942.

CAPITULO XIII

PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS U OTROS TOXICOS EXOGENOS.

PSICOSIS POR METALES

Plomo. El plomo es, entre los diversos metales venenosos, el que origina más frecuentemente síntomas mentales. El envenenamiento por plomo no es raro, debido a su extenso uso en la industria, particularmente en aquellas en que puede haber inhalación de vapores o polvo que contiene el metal. Los síntomas mentales del envenenamiento por plomo pueden ser de dos tipos: episodios deliriosos agudos o deterioro mental progresivo. El tipo delirioso puede ocurrir tanto en el envenenamiento agudo como en el crónico; tiene un principio brusco y se caracteriza por confusión, insomnio, inquietud, temor, explosiones de violencia, alucinaciones visuales, ideas delirantes que frecuentemente son de naturaleza persecutoria, temblores y, a veces, convulsiones. En la forma crónica se observa generalmente apatía, depresión, trastornos del lenguaje, olvidos, y, en ocasiones, confabulaciones que semejan el síndrome de Korsakoff; el deterioro mental progresivo puede parecerse al de la parálisis general progresiva. En forma ocasional, el cuadro clínico es el de la neurastenia: el enfermo está irritable, deprimido y se queja de debilidad, fatigabilidad y mareo. Deben investigarse los síntomas habituales, signos neurológicos y de laboratorio del envenenamiento por el plomo. El tratamiento de la encefalopatía saturnina debe dirigirse primero a la extracción del plomo de la corriente sanguínea, facilitando su depósito en los huesos, donde produce pocos efectos, y no mortales, y de donde puede, subsecuentemente, acelerarse su eliminación por medio de una dieta pobre en calcio y rica en fósforo. La fijación y depósito del plomo libre en los huesos se puede obtener por una dieta láctea con vitamina D y aceite de hígado de bacalao, y la administración de lactato de calcio a dosis de 2 grm. diarios.

Mercurio. Entre los síntomas mentales que manifiestan las personas que tienen un envenenamiento por mercurio se cuentan: irritabilidad, timidez, desaliento, pérdida de la confianza en sí, miedo, y, ocasionalmente, explosiones de ira. Menos frecuentemente se encuentra apatía, somnolencia y pérdida de la memoria.

Manganeso. Los trabajadores que están expuestos al manganeso pueden padecer signos v síntomas neurológicos y mentales que producen inca-

pacidad permanente. Entre los principales síntomas neurológicos están los debidos al ataque de las vías extrapiramidales y ganglios basales. Habitualmente se hallan perturbaciones de la marcha y el lenguaje, temblor de la lengua y extremidades, y debilidad muscular. Aproximadamente en el 20 por ciento hay síntomas mentales, entre los que se cuentan inquietud, euforia, y risa o llanto incontenibles.

Bisulfuro de carbono. El extenso uso del bisulfuro de carbono en la fabricación de telas de algodón ha ocasionado la producción de muchas psicosis tóxicas, debido a su acción destructora sobre los lipoides del tejido nervioso. Entre los síntomas más comunes y tempranos están el insomnio, las pesadillas, la fatiga, la impotencia, la indiferencia y pérdida de la iniciativa, depresión, irritabilidad, ira incontrolable y pérdida de la memoria. Desde el punto de vista neurológico puede haber síntomas de cualquier parte del sistema nervioso central y periférico; entre ellos se encuentran más frecuentemente la sensibilidad en el trayecto de los grandes troncos nerviosos, zonas de hiperestesia con pérdida ulterior de la sensibilidad al tacto y al dolor, signos de irritación de los nervios motores con fibrilaciones y contracturas espasmódicas. Otros signos motores son la fatiga fácil, debilidad y parálisis fláccida. El ataque a los ganglios basales origina parkinsonismo, síndrome talámico y córeoatetosis. Es común observar también disminución o pérdida de los reflejos corneales y pupilares.

PSICOSIS DEBIDAS A GASES

Monóxido de carbono. Este es el gas que más frecuentemente produce perturbaciones mentales. Sus efectos deletéreos son causados por anoxia del cerebro debida a la combinación de la hemoglobina con el monóxido de carbono, que impide la absorción de oxígeno por los glóbulos rojos; la corteza cerebral y los cuerpos estriados son particularmente susceptibles a la falta de oxígeno; sin embargo, en relación con el número de intoxicaciones agudas, las secuelas mentales graves son poco frecuentes. En los casos agudos, los síntomas mentales ocurren sólo cuando la intoxicación ha sido acentuada, con pérdida completa de la conciencia; de las personas que desarrollan sintomatología mental, aproximadamente las dos terceras partes pasan del estado comatoso a la confusión y delirium. En el resto, existe un período de claridad, de una semana o más, entre la recuperación del estado comatoso y la aparición de síntomas mentales, entre los que se cuentan la apatía, falta de iniciativa e indiferencia a los deberes y responsabilidades. Algunos enfermos presentan durante todo el tiempo cierta confusión, torpeza y disminución de la memoria. En los casos muy acentuados el paciente cae al nivel de la existencia vegetativa, con incontinencia, irresponsabilidad e imposibilidad para llevar a cabo ninguna actividad voluntaria; en algunas ocasiones se ven afasias auditivas. Otras veces, la complicación neurológica toma la forma de un síndrome de Parkinson modificado, con rigidez de las extremidades, debida a hipertonía muscular. La mayoría de los pacientes con envenenamiento por monóxido de carbono empiezan a mejorar pocas semanas después de la exposición al tóxico, y se recuperan completamente a los dos años. Los que no curan en ese período de tiempo quedan en un estado de debilidad mental ligero, o, en raros casos, bastante grave.

Ya se han mencionado las formas de secuelas mentales inmediatas o tardías originadas por la anoxia aguda debida al monóxido de carbono. Las personas que están expuestas repetidamente a intoxicaciones mínimas o moderadas por el gas, durante períodos de meses o años, pueden desarrollar síntomas nerviosos y mentales. Entre las manifestaciones encontradas en estos pacientes están la inestabilidad emocional, depresión, agitación, ansiedad, disminución de la comprensión y la memoria y, a veces, confusión; puede haber también cefalea, vértigo, dolores neuromusculares, trastornos digestivos, disnea y palpitaciones.

PSICOSIS DEBIDAS A DROGAS

Aproximadamente el uno por ciento de todos los internamientos en los hospitales para enfermedades mentales se deben a psicosis producidas por el uso excesivo de drogas. Los bromuros y los barbitúricos son, entre las drogas de automedicación, las más frecuentemente responsables de perturbaciones mentales. Los derivados opiáceos provocan hábito muy fácilmente, pero rara vez producen psicosis. Las psicosis debidas a drogas son cuatro veces más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. Como las psicosis por drogas son de corta duración, sólo una minoría de los enfermos requiere hospitalización, y muchos de ellos que usan habitualmente las drogas nunca desarrollan síntomas mentales.

Psicosis debidas al opio y sus derivados.

Los adictos a la morfina desarrollan ocasionalmente estados deliriosos o alucinosis visual aguda cuando se les suspende la droga, pero la mayor parte de las reacciones psicóticas que se imputan a la supresión de la morfina son en realidad debidas a los tratamientos con hioscina y atropina o a la administración de hipnóticos; el uso habitual de la morfina probablemente nunca causa una psicosis crónica. Naturalmente que se encuentran a veces psicosis crónicas en los adictos, pero éstas son independientes del hábito a la droga y caen dentro de las categorías diagnósticas usuales;

no deben tomarse equivocadamente como psicosis por drogas. Las pruebas psicológicas para la medida del deterioro intelectual muestran que éste no se produce ni aun en el hábito prolongado.

El hábito a la morfina es ocasionado por los mismos motivos que el uso del alcohol, es decir, para aliviar conflictos, escapar de la angustia, reducir insatisfacciones profundamente arraigadas y ayudar a la adaptación dificultada por la inestabilidad de las emociones, ineptitudes de la personalidad y el sentimiento de inseguridad. La morfina cumple un propósito psicológico por un medio un poco diferente del alcohol, tendiendo a borrar la realidad mejor que a liberar los impulsos que han sido reprimidos.

Una persona bien integrada rara vez llega a ser adicto a la morfina, aun cuando la droga le sea administrada por enfermedad física durante largo tiempo. La mayor parte de los habituados tenían ya una adaptación poco adecuada antes de que comenzaran a usar la morfina; no más del cinco por ciento de los adictos son sujetos cuya estabilidad de la personalidad es media, y han adquirido el hábito por tratamiento médico incorrecto. Los que adquieren hábito de esta manera son siempre personas en quienes era visiblemente peligroso intentar aliviar sus tensiones por medio de drogas. La mayor parte de los adictos adquiere el hábito por asociación con otros adictos, muchos de los cuales obtienen una cierta satisfacción —o clientes provechosos— al hacer prosélitos. Es difícil separar las tendencias psicopáticas originales del adicto inestable, de las tendencias producidas por el deterioro moral ocasionado por la ocultación furtiva del hábito, por los compañeros indeseables y por el impulso irresistible a obtener la droga a cualquier precio para prevenir los sufrimientos que acompañan a la abstinencia. Uno de los resultados más serios e insidiosos del hábito es el desarrollo de otro hábito por alguna otra droga para evitar no solamente el malestar particular y la ansiedad de llevar al primer hábito, sino para prevenir la infelicidad y la angustia. Contrariamente a la creencia común, hay muy poca relación entre los crímenes violentos y la afición a la morfina u otras drogas.

La cantidad de morfina que toman los adictos varía grandemente; algunos no toman más de 0.12 grm. diarios. DeQuincey dice en sus "Confesiones de un Opiómano" que durante un período de tiempo de su toxicomanía llegó a tomar 500 c.c. de láudano, aproximadamente 4 grm. de morfina, diariamente. El promedio de los adictos toma de 0.60 a 1.20 grm. por día; hay personas entre ellos que toleran, sin síntomas desfavorables, siete veces la dosis a la que están acostumbrados. Esta tolerancia desaparece cuando ceden los síntomas provocados por la suspensión; después de la suspensión, durante doce a catorce días, los adictos reasumen su hábito con dosis no superiores a 0.005 a 0.02 grm., pues las cantidades mayores provocan síntomas tóxicos graves y hasta la muerte.

Al recurrir a la droga el habituado tiene un sentimiento de alivio, y tal vez de euforia, asociados a un definido aumento de la eficiencia; el alivio y el bienestar obtenidos son tan grandes que cuando sus efectos placenteros disminuyen, el deseo por la satisfacción que la droga proporciona puede difícilmente ser resistido. Aun cuando la administración continuada de pequeñas cantidades de la droga previene los síntomas tan molestos de la suspensión que se describirán más tarde, un aumento progresivo de la dosis es no obstante necesario para obtener la euforia deseada y el sentimiento de mejoría en la capacidad. A resultas de esto la cantidad que se toma se aumenta gradualmente, hasta requerir enormes cantidades de la droga.

Eventualmente el hábito determina una disminución de los sentimientos éticos más elevados. La regresión ética y social no se debe ál efecto directo de los narcóticos, sino que es el resultado de las consecuencias sociales de la vida del adicto. El enfermo se vuelve poco digno de fe y hasta notoriamente falso. En los primeros tiempos esta falsedad se origina ya por el deseo de conseguir la droga o por vergüenza y miedo de las consecuencias del hábito. Más tarde el adicto miente respecto a muchas otras cosas y se acostumbra a tejer grandes enredos sin ninguna razón justificada. Muchos de los adictos son capaces de cualquier cosa para conseguir la droga. La continuación del hábito tiende a volver asocial al adicto. Las tendencias a la inestabilidad emocional, las ineptitudes de la personalidad y las reacciones neuróticas se intensifican; la mayor parte de los adictos se interesan morbosamente por sus dolencias corporales y síntomas subjetivos que ellos interpretan como necesidad de más morfina. El adicto se convierte en la más egocentrista de las personas; se olvida de los negocios y de sus obligaciones, y demuestra una indiferencia acentuada por las necesidades y derechos de los que están ligados a él por lazos familiares o de otro tipo.

El adicto a la morfina niega frecuentemente el uso de la droga y la existencia de su hábito se identifica a menudo con dificultad; muchos enfermos han tenido el hábito durante años sin ser descubiertos. El primer paso al intentar descubrir el hábito presente o antiguo es la investigación de induraciones debidas a la administración intravenosa repetida de la droga. No hay síntomas inequívocos que indiquen la existencia del hábito a la morfina, aunque la aparición de períodos de inquietud, irritabilidad y angustia demasiado súbitos, y a veces sorprendentes, seguidos de euforia y fases de aparente alivio, los períodos alternativos de torpeza y languidez, deben despertar grandes sospechas. Muchos de los habituados parecen completamente normales al examen físico, mientras que otros se encuentran pálidos o hasta caquécticos. Como muchos de ellos no comen bien, es frecuente observar desnutrición de diverso grado.

Parece ser de observación común que las propiedades formadoras de hábito de la *heroína* son más desorganizantes que las de las otras drogas.

Ni la morfina sobrepasa su potencia para producir un cambio de la personalidad con disminución del criterio y desprecio singular para los convencionalismos sociales y morales. Es, en opinión de muchos, el hábito más difícil de curar. El *dilaudid,* un derivado de la morfina, que ha sido extensamente empleado terapéuticamente en los últimos años, no está tampoco completamente libre de cualidades formadoras de hábito. En los últimos años se han encontrado muchos casos de afición al clorhidrato de meperidina (demerol); sus manifestaciones son semejantes a las observadas en el hábito a los derivados del opio.

Síntomas de abstinencia. Siempre que el opio, o alguno de sus derivados capaces de formar hábito, son suspendidos bruscamente, aparece un conjunto definido de manifestaciones que se denominan síntomas de abstinencia. Si unas horas después de la administración de morfina no se repite la dosis, el paciente se torna inquieto, pesimista, malhumorado, infantil, amante de encontrar faltas, irritable, ansioso, y muestra una actividad psicomotora aumentada y desagradable; a las doce o diez y ocho horas de abstinencia, la mayor parte de los pacientes empiezan a presentar anorexia, náuseas, vómitos, calambres intestinales y diarrea; se quejan también de cefalea, dolores musculares, calambres, y dolor de las articulaciones y espalda. Hay lacrimeo, bostezos, temblor, estornudos, oleadas de calor y frío, sudoración profusa y prurito. El sueño es inquieto, breve, y a veces imposible; hay una sensibilidad aumentada a los estímulos dolorosos y térmicos; se encuentra también un sentimiento subjetivo acentuado de debilidad y postración. A veces puede haber descargas emocionales muy marcadas que expresan particularmente la insatisfacción extrema, y pueden tomar la forma de reprimendas airadas, llanto, impulsividad destructora o intentos de herirse a sí mismo. Los síntomas de abstinencia alcanzan su acmé al tercer día, y ceden rápidamente hasta desaparecer al cabo de una semana o diez días. La inquietud, el sufrimiento, la incomodidad subjetiva intensa y el ayuno, que siempre acompañan al cuadro, rara vez llegan a provocar colapso y a poner en peligro la vida. Algunos pacientes pasan el período agudo de abstinencia relativamente con pocos signos de trastorno; la intensidad de los síntomas puede controlarse en gran parte por el enfermo mismo. Cualquier enfermo que se sienta desusadamente bien durante el período de abstinencia debe despertar la sospecha de que ha conseguido ilícitamente el narcótico. Cuando los adictos son internados en un hospital para tratamiento, llevan frecuentemente un suplemento de la droga hábilmente escondido, a veces en las cavidades corporales accesibles; también los visitantes, aun los más solícitos para la cura del enfermo, pueden llevarle drogas, por lo que debe tenerse especial cuidado con ellos.

Aun cuando la patogenia de los síntomas de abstinencia no se ha aclarado todavía completamente, la siguiente teoría es generalmente aceptada: como

las funciones del sistema nervioso simpático son deprimidas por la morfina, se desarrolla durante el hábito una reacción estimulante contra esa depresión, que tiene la finalidad de restituir y conservar las funciones normales del sistema. Esta actividad estimuladora del sistema simpático originada para neutralizar la acción inhibidora de la droga, aumenta conforme la morfina es aumentada, resultando de esto que cuando la droga es suspendida bruscamente y la depresión o inhibición mantenida por largo tiempo cesa, hay una actividad exagerada de ciertas funciones que controla el sistema nervioso simpático. La reacción exagerada de los órganos sometidos al control de este sistema ocasionan la sudoración profusa, los bochornos, la secreción gastrointestinal aumentada, que da lugar a los vómitos y a la diarrea, la elevación de la glicemia por secreción exagerada de adrenalina, y todos los demás síntomas conocidos de la abstinencia debidos a la perturbación del sistema nervioso órgano-vegetativo. Indudablemente todo el sistema nervioso central reacciona también de la misma manera, resultando de esto que los centros reciben estímulos desusadamente intensos; de esta manera el habituado, al suspenderse la droga, tiene insomnio, dolor, inquietud e hipersensibilidad a todos los estímulos.

La dependencia física del adicto a la morfina se relaciona probablemente, por lo tanto, con la sobrecompensación del sistema nervioso autónomo para mantener la homeostasis de ciertas funciones vitales que la droga ha perturbado; al suspender la droga, el síndrome de la abstinencia con sus signos y síntomas característicos aparece de inmediato. Cuando la actividad del sistema nervioso es restituída a lo normal, el síndrome de la abstinencia desaparece.

Pronóstico. El número de adictos que llega a obtener una curación definitiva constituye una minoría, aunque probablemente supera a lo creído comúnmente. Hay muchos habituados que pretendiendo no sentir ya ningún deseo por la droga, en realidad sólo buscan una oportunidad para volver a ella, e inventan mil pretextos para salir del hospital. Aun aquellos que creen desear sinceramente curarse, vuelven a la droga por el más mínimo pretexto, racionalizando sus defectos emocionales y sus necesidades psicológicas para deformar la realidad y resolver sus problemas. Se sienten perdidos sin el narcótico y no pueden pasar sin el sentimiento físico de comodidad que les otorga. Muchos también se sienten incomprendidos, están en un estado constante de insatisfacción ligera, y desean volver a la acostumbrada camaradería con los otros adictos por quienes ellos creen ser comprendidos y junto a los cuales tienen un sentimiento de seguridad. Frecuentemente también otros adictos, tal vez por buscar una autojustificación, o por tratarse de vendedores de morfina que ven en su infeliz compañero un cliente potencial del cual obtener provecho, alientan al recientemente "curado" a que vuelva al vicio.

Tratamiento. El internamiento en una institución en donde las actividades del enfermo y el abastecimiento de la droga pueda ser controlado, es verdaderamente esencial en el tratamiento del hábito del opio. El tratamiento puede ser por suspensión brusca de la droga o por su reducción gradual; este último es más recomendable. Con este método el enfermo, sin importar la cantidad que haya estado tomando, es colocado de inmediato bajo una dosis suficiente para evitar los síntomas de abstinencia; ésta es habitualmente de 0.18 a 0.24 grm. diarios, repartidos en cantidades iguales cada cuatro horas. Una vez que se ha dado esta cantidad durante cuatro o cinco días, la dosis es reducida diariamente en 1 centigramo, de tal manera que a los doce días aproximadamente el enfermo no recibe ya nada de morfina. Desde el quinto día puede empezarse a substituir la morfina por inyecciones alternantes de 0.30 grm. de codeína; la dosis de codeína es también gradualmente reducida hasta su supensión dos o tres días después de la morfina. No debe decirse nada al enfermo acerca de la dosis de droga que se le está dando. En el curso de esta reducción el enfermo puede estar suspicaz, presentar reacciones paranoides y creer que recibe menos dosis de la que debiera. El comité de Nueva York contra la toxicomanía considera poco recomendable prolongar el tratamiento de reducción al grado de no producir síntomas de suspensión; aconseja también que los adictos débiles y de edad avanzada deben continuar recibiendo, bajo inspección estrecha, una dosis suficiente de morfina indefinidamente, porque la suspensión de la droga pone en peligro su vida. Al principio del tratamiento debe darse al enfermo 30 grm. de aceite de ricino, y después, varias veces durante el tratamiento, de 15 a 30 grm. de sulfato de magnesia. La práctica, no poco común, de administrar grandes dosis de barbitúricos o atropina durante la suspensión parece tan sólo aumentar los sufrimientos del enfermo. La aspirina, el piramidón, la fenacetina, etc., sólo sirven de placebos. La mejor manera de combatir el insomnio es el paraldehido en dosis de 12 a 20 c.c. en aceite de oliva por el recto. Para controlar la diarrea es útil administrar subcarbonato de bismuto. En caso de colapso después de la suspensión súbita de derivados del opio, el mejor estimulante es la morfina; la adrenalina puede mejorar la circulación, pero la estricnina, la cafeína o las preparaciones de digital no parecen tener ningún valor particular como estimulantes. La inquietud, los dolores y los calambres musculares se mejoran frecuentemente con baños continuos o duchas calientes; el masaje proporciona también bastante alivio.

De vez en cuando se recomiendan diversos métodos especiales de terapéutica; así se ha hablado de la hioscina, la belladona, el narcosán, el suero autógeno de Modino (tratamiento de las flictenas), la insulina, etc., como tratamientos específicos, pero probablemente ninguno de esos métodos es de utilidad, y a veces son francamente nocivos.

A causa de la inestabilidad y de la mala integración de la personalidad que caracteriza a la mayoría de los adictos y su consecuente tendencia, ya mencionada, a reincidir en el uso de las drogas, debe hacerse un esfuerzo sostenido de rehabilitación, al que por lo general se opone el mismo enfermo. En un número reducido de casos ellos desean sinceramente la curación permanente, para lo cual la psicoterapia, con análisis más o menos profundo de la personalidad, puede ser de alguna ayuda. La experiencia que tiene el Departamento de Salubridad de Norteamérica en el Hospital de Lexington, Kentucky, es probablemente la mayor de todas las de los hospitales norteamericanos; se ha encontrado que el programa mejor de tratamiento para los adictos debe constar de hospitalización por no menos de dos, y no más de cinco meses, y conseguir un empleo aceptable para el enfermo antes de darlo de alta; además es preciso ejercer una supervisión adecuada fuera del hospital, cuando menos por tres años, con exámenes periódicos.

Psicosis debidas a otras drogas

Bromuros. Varias drogas pueden producir reacciones psicóticas cuando son administradas en cantidades tóxicas; entre las más frecuentes están los bromuros. Con el desarrollo de métodos de determinación del contenido en bromuros de la sangre, se ha encontrado que las psicosis debidas a éstos son más frecuentes de lo que se pensaba; en algunas clínicas psiquiátricas, aproximadamente el dos por ciento de las admisiones se debe a psicosis por bromuros. Si la concentración de bromuros en la sangre pasa de 0.15 grm. por 100 c.c. de suero sanguíneo, pueden aparecer síntomas de intoxicación, aunque hay una enorme variabilidad en cuanto a susceptibilidad a la droga. Los enfermos de edad avanzada y los arterioscleróticos tienen poca tolerancia y pueden desarrollar síntomas tóxicos aun cuando el contenido en sangre sea relativamente bajo. Los bromuros se excretan lentamente, y la psicosis puede aparecer a las dos o tres semanas después de haber comenzado a tomar cantidades pequeñas de la droga, de 2.5 a 3.5 grm. La desnutrición, la deshidratación y la arteriosclerosis vuelven al paciente más susceptible a los efectos de los bromuros. Su uso se asocia frecuentemente al alcoholismo. En la intoxicación ligera puede haber un sentimiento de cansancio o debilidad, irritabilidad, sueño difícil, lentitud mental, incapacidad para la concentración, mala memoria, somnolencia y disminución de la atención. A la exploración física se descubre piel seca, lengua saburral, trastornos digestivos, impotencia o trastornos menstruales, marcha insegura, temblor de lengua y manos, y exaltación, disminución o ausencia de los reflejos profundos. Habitualmente no hay acné.

En la intoxicación más grave, el cuadro clínico está caracterizado por delirium con fiebre, confusión, obnubilación de la conciencia, desorientación, dificultad marcada para la comprensión, alucinaciones visuales "a distancia" (Curran), falsas interpretaciones, inquietud motora, miedo, y pérdida de la memoria acompañada de confabulaciones. El lenguaje es torpe, vacilante, la pronunciación incompleta, y la cara no tiene expresión. El talante es a menudo de espanto o depresión; el contenido ideativo del delirium está por lo general matizado por los factores psicógenos individuales. Las ideas paranoides son frecuentes. El delirium por bromuros puede durar de diez días a dos meses.

El tratamiento consiste en la supresión de la droga, administración de líquidos y 2 a 3 gramos de cloruro de sodio cuatro veces al día. Los enfermos muy agitados por el delirium deben ser colocados en baño continuo. Cuando hay estreñimiento acentuado es necesario dar purgantes, y durante la noche es recomendable dar paraldehido.

Cocainismo. Durante muchos años la afición a la cocaína constituyó uno de los mayores problemas de drogas, pero debido a la legislación apropiada su uso entre los toxicómanos está mucho menos extendido que anteriormente. En la actualidad casi todos los cocainómanos han adquirido el vicio a través de otros habituados. Estrictamente hablando, la cocaína no es un narcótico; produce excitación acentuada, euforia, júbilo, confianza en sí, aceleración del curso del pensamiento, del lenguaje y de la actividad. Durante este período de excitación y sentimiento de competencia puede haber en realidad un aumento en la capacidad de trabajo, pero en cuanto el estímulo de la droga cesa, el enfermo se siente débil, deprimido, inquieto e irritable; entre los síntomas debidos a la abstinencia hay que contar los trastornos digestivos, temblor, palpitaciones, motitas en los ojos, debilidad muscular, confusión ligera e impotencia.

Entre los que usan grandes dosis de cocaína durante un período de tiempo prolongado, es común encontrar francos síntomas psicóticos; presentan, por lo general, alucinaciones visuales aterrorizantes, se vuelven suspicaces y, a veces, muestran agitación extrema. Son también comunes las ideas delirantes de celos y de persecución, y pueden originar actos violentos. Un fenómeno muy característico es la existencia frecuente de parestesias del tipo del hormigueo, en relación con las cuales puede haber interpretaciones delirantes, creyendo el enfermo que efectivamente hay insectos debajo de la piel, cuya presencia trata de demostrar.

El deterioro moral en el adicto a la cocaína es aún mayor que en el morfinómano, y la posibilidad de una cura permanente del hábito es todavía menos favorable que en el caso de la morfina. Sin embargo, la suspensión de la droga no se acompaña de las experiencias dolorosas y la tendencia al colapso que ocurren en la suspensión de los derivados del opio.

Barbituratos. De las formas ligeras de hábito a drogas, la más frecuente en la actualidad consiste en el uso de algunos de los miembros del grupo del ácido barbitúrico, de los que probablemente el más extensamente usado es el barbital (ácido dietilbarbitúrico). No se produce un aumento de la tolerancia cuando se administran los barbituratos durante largo tiempo, como sucede con el opio. A causa de su lenta eliminación y de su fijación en los tejidos, su efecto tiende a ser acumulativo. La suspensión de los compuestos derivados del ácido barbitúrico no origina síntomas de abstinencia que indiquen que el organismo haya desarrollado una dependencia fisiológica hacia ellos, comparable a la del opio.

Los barbituratos son frecuentemente utilizados por muchas personas para aliviar el insomnio, contrarrestar los efectos del alcoholismo crónico acentuado, mitigar la tensión emocional, o con intenciones suicidas. De acuerdo con las estadísticas de las compañías de seguros, el seis por ciento de los suicidios se llevan a cabo con barbitúricos, y el 18 por ciento de todas las muertes accidentales de asegurados se deben también a barbitúricos.

Síntomas. Debe distinguirse el cuadro clínico que se observa en la intoxicación aguda con intenciones suicidas, del que se encuentra en la intoxicación debida a la medicación barbitúrica por tiempo prolongado.

En el caso agudo el enfermo cae habitualmente en coma profundo, que puede durar de pocas horas a varios días; el pulso es rápido y filiforme; la piel está húmeda y cianótica; los reflejos profundos se hallan deprimidos y puede haber Babinsky positivo. Son comunes los síntomas cerebelosos como nistagmus, asinergia, adiadococinesia e hipotonía. Puede haber también convulsiones. Cuando la intoxicación es menos intensa el enfermo está somnoliento, obnubilado, desorientado y habitualmente eufórico. El delirium y las alucinaciones no son comunes.

En la intoxicación crónica por barbituratos el enfermo está somnoliento, desorientado, y muestra habitualmente dificultad para concentrarse y una euforia estúpida; la escritura es atáxica, con omisión de letras y sílabas. Además de los signos cerebelosos anotados en la intoxicación aguda, puede haber inclinación y aun caída hacia algún lado o hacia atrás. A veces se encuentran estados paranoides hipomaníacos o querulantes. Los síntomas mentales desaparecen por lo regular pocas semanas después de suspendida la droga.

Tratamiento. En el envenenamiento agudo por barbitúricos debe lavarse el estómago, e introducir de 30 a 60 grm. de sulfato de magnesia a través del tubo; aplicar picrotoxina por vía endovenosa en solución al 0.3 por ciento (cada c.c. contiene 0.003 grm.) a una velocidad de 1 c.c. por minuto hasta que los reflejos corneales reaparecen y el enfermo responda a los estímulos fuertes. Esto debe repetirse con intervalos de una a dos horas. Es aconsejable también la inyección endovenosa de glucosa al 5 por ciento.

Mariguana. Debe prestarse atención a este tóxico, cuyo principio activo es un aceite, a causa de su uso cada vez más extendido. Lo que se utiliza es la flor de la planta hembra, y su acción es la misma que la del *cannabis indica;* habitualmente se emplea en forma de cigarrillos. A propósito de esta droga ha existido una gran confusión y conceptos erróneos que han creado una alarma injustificada respecto a los adictos. No da origen, como el opio y sus derivados, a dependencia biológica, no hay síndrome de abstinencia, y su hábito puede ser suspendido sin gran dificultad. No es causa, tampoco, de degradación física, mental o moral, aun después de su uso por tiempo prolongado. Al inhalarla, el individuo tiene un sentimiento de euforia y muestra aumento de su actividad psicomotora y volubilidad, que van seguidos de un sentimiento subjetivo de calma, de relajación placentera; el paciente puede dormir de una a seis horas y al despertar no se siente ya eufórico. La mariguana se usa probablemente con el objeto de obtener sensaciones comparables a las que produce el alcohol. Lo mismo que éste, no altera la personalidad básica, pero al relajar las inhibiciones puede permitir que tendencias antisociales, reprimidas previamente, se manifiesten en completa libertad. Reichard sugiere que como es una creencia profusamente extendida que la mariguana disminuye las inhibiciones, y como el que la usa espera sentirse temerario y sin frenos, los efectos "particulares" que produce la droga entre las personas jóvenes se explican por la misma expectación que tienen los individuos y no por razones de su acción farmacológica. Es muy probable, sin embargo, que la mariguana pueda precipitar una psicosis en individuos con personalidad pobremente organizada.

Peyote. Haremos una breve mención del peyote porque en los últimos años parece haber habido un aumento en el uso de esta droga, aunque todavía no se ha extendido mucho entre los toxicómanos por su acción narcótica. La forma cruda de la droga es la semilla (peyote, botón de mezcal) de diversas cactáceas que crecen en México y la zona sudoeste de los Estados Unidos. Contiene por lo menos seis alcaloides, de los que el más importante es la mezcalina.[1] El uso de esta droga estaba anteriormente limitada a ritos de tribu entre los indios para quienes la droga ha poseído siempre un significado legendario y místico. Gran parte de su efecto entre ellos se debe a la fuerza de sugestión asociada a su empleo en cultos religiosos. Su acción es, por lo tanto, tanto fisiológica como psicológica; primeramente produce una excitación psíquica, un sentimiento de liberarse

[1] *N. del T.* El cuadro psicopatológico que produce la mezcalina fué cuidadosamente estudiado por Beringer, en la Clínica Psiquiátrica de Heildelberg. Los síntomas principales son: alucinaciones visuales, pérdida de la sensación de gravedad, pérdida de la noción del tiempo, alteraciones del pensamiento y alteraciones del yo. El cuadro tiene marcados caracteres esquizofrénicos.

de la fatiga, y posteriormente, una gran variedad de ilusiones y alucinaciones visuales. Se liberan multitud de sueños y fantasías relacionadas con las tendencias afectivas e instintivas del sujeto.

Drogas diversas

En forma ocasional varias drogas de las de uso corriente dan lugar a síntomas mentales; entre ellas hay que mencionar la efedrina, las sulfas y los tiocianatos.

Efedrina. La efedrina puede provocar síntomas muy parecidos a los de la tirotoxicosis; entre los estrictamente mentales se cuentan el insomnio, inquietud, ansiedad, aprensión, alucinaciones y temblor.

Sulfamidas. La administración de sulfas puede algunas veces ocasionar cefalea, mareo, confusión, entorpecimiento, imposibilidad para la concentración y alucinaciones.

Tiocianatos. Es perfectamente conocido el peligro que pueden tener las intoxicaciones por el uso del tiocianato de potasio. El nivel tóxico de esta droga en el suero sanguíneo se considera ya en 0.015 grm. por 100 c.c. Entre los síntomas mentales tóxicos deben mencionarse el lenguaje incoherente y arrastrado, confusión, desorientación, delirium, alucinaciones visuales y auditivas, inquietud, agitación, resistencia, ideas persecutorias y convulsiones. Se han comunicado varias muertes debidas a intoxicación por tiocianato.

Otras drogas. Hay todavía otras drogas, particularmente la belladona, el cloral y el paraldehido, que pueden producir ocasionalmente delirium. De éstas, la que más frecuentemente provoca síntomas tóxicos es probablemente la belladona; se observa a veces, especialmente en niños, desarrollo de un estado delirioso a consecuencia de la administración de gotas de atropina en los ojos, y se encuentra entonces, además de los síntomas habituales de tipo fisiológico, un delirium marcado singularmente por miedo, excitación acentuada, y alucinaciones visuales y auditivas. El uso prolongado del hidrato de cloral puede también originar delirium que dura hasta dos o tres semanas.

En los últimos años se han comunicado casos de hábito a la benzedrina (sulfato de anfetamina). Esta droga produce un sentimiento de bienestar y euforia, que suscita deseo de que se prolongue, pues la estimulación que provoca la benzedrina va seguida de fatiga y depresión, y el recuerdo de ese bienestar producido por la droga puede llevar a la formación de hábito en los individuos de personalidad mal organizada. Como hay un aumento de la tolerancia a la droga, la dosis tiene que aumentarse progresivamente para producir la estimulación deseada. Debe evitarse su empleo en el tratamiento del alcoholismo crónico.

REFERENCIAS

Allentuck, S., y Bowman, K. M.: The Psychiatric Aspects of Marihuana Intoxication. Am. J. Psychiat., *99:* 248–251, 1942.

Braceland, F. J.: Psychiatric Aspects of Carbon Disulphide Intoxication. In Survey of Carbon Disulphide and Hydrogen Sulphide Hazards in the Viscose Rayon Industry. Harrisburg, Pa., Bulletin No. 46, Dept. of Labor and Industry, 1938.

Curran, F. J.: Current Views on Neuropsychiatric Effects of Barbiturates and Bromides. J. Nerv. & Ment. Dis., *100:* 142–169, 1944.

Felix, R. H.: An Appraisal of the Personality Types of the Addict. Am. J. Psychiat., *100:* 462-467, 1944.

Flinn, R. H., *et al:* Chronic Manganese Poisoning in an Ore-Crushing Mill. U. S. Public Health Service Bulletin 247, Government Printing Office, 1940.

Gray, M. G., y Moore, M.: A Comparison of Alcoholism and Drug Addiction with Particular Reference to the Underlying Factors. J. Crim. Psychopath., *4:* 150, 1942.

Himmelsbach, C. K.: Clinical Studies of Drug Addiction. Arch. Int. Med., *69:* 766–772, 1942.

———: Morphine Abstinence Syndrome; Its Nature and Treatment. Ann. Int. Med., *15:* 829, 1941.

Kolb, Lawrence, y Ossenfort, W. F.: The Treatment of Drug Addicts at the Lexington Hospital. South. Med. J., *31:* 914–922, 1938.

Mayor's Committee on Marihuana: The Marihuana Problem in the City of New York. Lancaster, Pa., Jacques Cattell Press. 1944.

Moore, M., y Gray, M. G.: Drugs as a Factor in the Production of Mental Disease. J. Crim. Psychopath., *2:* 271–295, 1941.

Parran, Thomas: The Problem of Drug Addiction. U. S. Public Health Reports, *53:* 2193, 1938.

Pfeffer, A. Z., y Ruble, D. C.: Chronic Psychoses and Addiction to Morphine. Arch. Neurol. and Psychiat., *56:* 665, 1946.

Reichard, J. D.: Addiction: Some Theoretical Considerations as to its Nature, Cause, Prevention and Treatment. Am. J. Psychiat., *103:* 721, 1947.

Shillito, F. H., Drinker, C. K., y Shaughnessy, T. J.: The Problem of Nervous and Mental Sequelae in Carbon Monoxide Poisoning. J. A. M. A., *106:* 669–674, 1936.

Stockings, G. T.: Clinical Study of the Mescaline Psychosis. J. Ment. Sc., *86:* 29–47, 1940.

CAPÍTULO XIV

ALTERACIONES MENTALES TRAUMATICAS

La opinión popular de que las lesiones de la cabeza son una causa frecuente de psicosis es un error. Indudablemente que los traumatismos graves de cualquier parte del cuerpo pueden servir ocasionalmente como agentes precipitantes inmediatos de esquizofrenia y psicosis maníaco-depresiva, en personas predispuestas respectivamente a estas reacciones. En ocasiones también los traumatismos de la cabeza, sin lesiones reconocibles del cerebro, pueden activar un proceso asintomático de parálisis general progresiva y producir una demencia paralítica clínicamente activa. Sin embargo, estas psicosis no se incluyen entre las traumáticas.

El problema de las alteraciones mentales traumáticas. Con el aumento en el número de accidentes debidos a la industria y al tránsito, y con la promulgación de leyes industriales de compensación, ha habido un marcado aumento de las alteraciones mentales traumáticas y de su importancia médico-legal. Por estas razones, la relación del traumatismo craneano con el desarrollo de trastornos mentales ofrece, con mucha frecuencia, un problema importante y difícil; no es raro que la dificultad de este problema aumente por el hecho de que el cuadro clínico pueda complicarse por la suma de síntomas psicógenos a un síndrome orgánico. Para llegar a un diagnóstico exacto es necesario con frecuencia hacer no sólo un examen mental y neurológico detallado, sino obtener también la historia precisa, anterior a la lesión, del estado mental del enfermo.

Clasificación. Los trastornos mentales asociados a traumatismos craneales no se prestan fácilmente a clasificación. La clasificación oficial de las alteraciones mentales, adoptada por las asociaciones médicas norteamericanas, agrupa los estados mentales debidos a traumatismos bajo las siguientes divisiones y subdivisiones:

Psicosis debidas a traumatismos (Psicosis traumáticas)

- Delirium traumático
- Alteración postraumática de la personalidad
- Deterioración mental postraumática
- Otros tipos (que serán especificados)

Esta clasificación, desde muchos puntos de vista, no es adecuada, pues parece establecer que todos los trastornos mentales asociados a traumatismos craneales se clasifican entre las psicosis y constituyen entidades

patológicas específicas. La consideración de estos trastornos mentales demuestra que hay un número de síndromes mentales diferentes que se presentan después de traumatismos en la cabeza; sin embargo, no deberían considerarse como entidades patológicas, ya que en muchos casos estos síndromes se mezclan y no es raro que un mismo enfermo pase de un síndrome al otro; los síntomas que constituyen algunos de estos síndromes se deben a lesiones encefálicas, mientras que en otros los síntomas se deben más a factores psicógenos asociados al traumatismo que a la lesión misma. Puede hacerse la crítica de que no debería establecerse una clasificación siguiendo los principios mencionados, ya que se incluirían tanto las psicosis como las neurosis traumáticas. Sin embargo, parece lógico que las distintas secuelas de los traumatismos craneanos se incluyan en un solo capítulo. Aquí seguiremos la clasificación de secuelas mentales de traumatismos de la cabeza, modificación de la sugerida por Bowman y Blau:[1]

A. Alteraciones mentales traumáticas primarias.

I. *Agudas y subagudas*
- Síndrome de conmoción
- Coma traumático
- Delirium traumático
- Síndrome de Korsakoff o amnésico-confabulatorio

II. *Crónicas*
- Trastornos postraumáticos de la personalidad
  - *a)* en adultos
  - *b)* en niños
- Estados postraumáticos de defecto
- Tipos mixtos
  - Encefalopatía traumática de los pugilistas
  - Trastornos convulsivos traumáticos (epilepsia traumática)

B. Alteraciones mentales traumáticas secundarias.
Psiconeurosis con traumatismos craneanos.

Síndrome de conmoción. La conmoción puede definirse como un trastorno de la conciencia producido instantáneamente por un traumatismo de la cabeza; no sólo hay pérdida de la memoria para el momento de la lesión, sino también para un período, generalmente de segundos o minutos, anterior al golpe (amnesia retrógrada); el período de inconsciencia puede ser momentáneo o durar varias horas. Aparentemente no hay relación entre la gravedad de la conmoción, medida por la duración de la inconsciencia, y la gravedad de las secuelas psiquiátricas. Al recuperar la conciencia, el enfermo puede despertarse repentinamente, o pasar por un estado de conciencia obnubilada y confusión; el enfermo perderá subsecuentemente el recuerdo de este período, aun cuando parece alerta y capaz de llevar una conversación (amnesia postraumática). Generalmente la curación es completa en corto tiempo, pero ocasionalmente puede resultar un trastorno crónico de la personalidad.

1. Bownam, K. M., y Blau, Abram: A Revised Classification of Mental Sequelae of Trauma of the Head. Arch. Neurol. and Psychiat., 41: 1270-1274, 1939.

En la conmoción no complicada no hay lesiones reconocibles vasculares, o cerebrales de otros tipos; el líquido céfalorraquídeo no está teñido con sangre y su tensión no está aumentada; no hay contusión de la substancia cerebral. La conmoción puede ser considerada como una parálisis transitoria de las funciones nerviosas; los fenómenos paralíticos de la conmoción se deben probablemente a la violencia mecánica o sea al daño molecular de la neurona, que causa una pérdida inmediata de la función, pero que es reversible. Denny-Brown, que ha estudiado muy minuciosamente la conmoción, cree que el cambio repentino de situación del cerebro, dentro de su continente cerrado, produce las lesiones. Las heridas penetrantes que provocan compresión no producen conmoción por sí mismas, aunque pueden asociarse a ella; por otra parte, puede haber lesión grave sin conmoción. El diagnóstico de conmoción no complicada sólo puede ser hecho retrospectivamente; sólo después de la recuperación de la conciencia puede uno estar seguro de que no habrá secuelas orgánicas.

Coma traumático. La conmoción grave sin otras lesiones, o más frecuentemente la conmoción acompañada de contusión (colección de pequeñas hemorragias debidas a la ruptura de vasos sanguíneos) o de laceración, pueden producir coma prolongado. Naturalmente, el coma se caracteriza por ausencia de respuestas a la estimulación; puede durar horas o varios días, lo que depende del grado y extensión de la lesión. En ausencia de signos de localización de laceración o de compresión (como en la hemorragia subdural), el coma que dura más de veinticuatro horas indica generalmente una contusión grave. Después del coma hay un período de estupor, inquietud y obnubilación de la conciencia, del que el enfermo puede salir, recuperando la claridad de la conciencia, o pasar a veces al delirium traumático. Frecuentemente el coma se ve interrumpido por intervalos de semiestupor. El coma prolongado es seguido con frecuencia por un período de delirium y después por un intervalo mayor de amnesia, o por el síndrome de amnesia confabulatoria conocido como síndrome de Korsakoff.

Delirium traumático. Cuando después del traumatismo craneano se presenta delirium, generalmente empieza en el momento en que el enfermo sale, gradualmente, del estupor o coma traumático. En la mayoría de los casos el delirium es ligero y consiste en obnubilación, irritabilidad, pensamiento onírico, inquietud y alteraciones ligeras de los sentidos. El

enfermo no capta sutilezas de las situaciones y de los acontecimientos de su alrededor. Aunque la mayor parte del tiempo se da cuenta de que está en un hospital, no recuerda cómo llegó ahí, no reconoce a las personas que le rodean, ni comprende por qué se le detiene. Otros pacientes pueden estar completamente ofuscados, y no pocos se encuentran ansiosos y temerosos. En algunos casos, el delirium es de naturaleza ocupacional. Muchos enfermos son resistentes, escandalosos, irritables, y verbalmente insultantes; si hay alucinaciones, son generalmente de naturaleza visual; en los casos más graves puede haber tal excitación confusional e inquietud de tipo motriz, que puede hacer necesario sujetarlos; pueden aparecer brotes violentos e impulsivos que hacen al enfermo peligroso para él mismo y para los demás. Conforme desaparece el delirium ruidoso, algunos enfermos continúan locuaces y muestran perseveración verbal. A veces, después de la fase de irritabilidad, el estado emocional puede caracterizarse por alegría y felicidad pueriles; en algunos casos el síndrome puede ser el de un estado crepuscular u oniroide en lugar del delirium. Con o sin delirium precedente, en las contusiones mayores, con degeneración difusa de neuronas, pueden aparecer diversos grados de alteraciones postraumáticas. El delirium que se prolonga más de una semana indica una lesión considerable.

No debe hacerse la estimación del defecto residual final hasta que han pasado, por lo menos, seis meses. El delirium o coma de más de un mes de duración generalmente indica que ha habido una destrucción grave de tejido; la estimación final del menoscabo mental y otros resultados de la destrucción de tejido no debe hacerse sino hasta doce o diez y ocho meses después del traumatismo. El defecto mental final no es generalmente tan grave como pudieran hacer pensar los primeros síntomas.

Síndrome de Korsakoff o amnéstico-confabulatorio. Un síndrome relativamente frecuente es el descrito por primera vez por Korsakoff en el alcoholismo crónico. La característica más saliente de este síndrome es la confabulación, aunque se acompaña de desorientación y disminución de la percepción y de la memoria reciente. Las elaboraciones de la memoria pueden ser una mezcla de verdad y ficción, o invenciones puras. Las preguntas sugestivas pueden muy frecuentemente obtener respuestas contradictorias. El enfermo puede aparecer atento, superficialmente, pero al examinarlo más de cerca se encontrará que la percepción está grandemente trastornada. Muchos pacientes con síndrome de Korsakoff muestran serenidad o ligera euforia, o hasta gracia, pero se irritan rápidamente cuando se les interroga. La polineuritis que se ve en algunos síndromes de Korsakoff del alcoholismo crónico debida a deficiencia de tiamina, no se observa en el síndrome postraumático; debido a que la polineuropatía no está presente como en el síndrome originalmente descrito por Korsakoff, el término "síndrome amnéstico-confabulatorio" nos parece más apropiado. El síndrome que se presenta después de traumatismos es de duración más corta que el de naturaleza alcohólica.

En la práctica se encontrará que los síntomas agudos y subagudos de las alteraciones mentales traumáticas no se presentan comúnmente en la forma clara de tipos clasificados en que han sido descritos; en las formas graves se observan con frecuencia tipos de reacción mixtos y de transición; lo más a menudo se asocian síntomas delirioides al síndrome de Korsakoff.

Tratamiento de las alteraciones mentales traumáticas agudas. El primer objetivo es calmar al paciente; esto requiere reposo en cama y quizá drogas, de las que el paraldehido es la menos indeseable. No debe haber tal restricción de sal y líquidos como para producir acidosis y deshidratación; el miedo al edema cerebral no debe llevar a su restricción exagerada; si se da cantidad suficiente de sal, no hay por qué restringir los líquidos; además, en el tratamiento del delirium es aconsejable forzar tanto la sal como los líquidos. Una parte importante del líquido debe ser adiministrada en forma de jugo de naranja, ya que así se da ácido ascórbico y se combate la acidosis. En los trastornos prolongados debe darse vitamina B.

ALTERACIONES MENTALES TRAUMATICAS PRIMARIAS CRONICAS

En general, los trastornos mentales crónicos debidos primariamente a traumatismos del encéfalo consisten en alteraciones postraumáticas de la personalidad, en adultos y en niños, defectos mentales (demencia) debidos a lesiones encefálicas, deterioración debida a traumatismos leves repetidos (común en los pugilistas) y epilepsia traumática. Los trastornos mentales crónicos (psiconeurosis traumáticas), debidas secundariamente a traumatismos encefálicos, serán considerados posteriormente.

Se han aplicado varios nombres a las secuelas de lesiones craneanas caracterizadas por trastornos de la personalidad más que por disminución del intelecto (demencia). Aunque estos trastornos son debidos primariamente a lesiones del contenido del cráneo, generalmente participan, en grado variable, factores psicológicos. No siempre es fácil decidir acerca de la importancia relativa de las lesiones encefálicas, de los factores ambientales y de la personalidad previa del enfermo; algunas veces se tiene la impresión de que el paciente siempre ha tenido una actitud inmadura, o que, como resultado del accidente, ha regresado a una actitud inmadura hacia la vida, acompañada de desgana para enfrentarse a sus responsabilidades anteriores; algunas veces los síntomas mentales son casi o completamente

psicógenos y se deben sólo indirectamente al traumatismo cerebral. Entonces se habla de psiconeurosis secundaria a la lesión craneana (neurosis traumática).

Entre los nombres aplicados al síndrome de la personalidad debido a traumatismos de la cabeza se encuentran "síndrome post-conmocional", "síndrome general cerebral postraumático" (Forester), "síndrome de contusión menor" (Symonds), "constitución traumática" (Meyer), "constitución psicopática traumática" (Ziehen), "encefalopatía traumática", y otros más. En los adultos, este síndrome primario de la personalidad puede asumir dos formas: (a) una forma más benigna y frecuente conocida como síndrome post-conmocional, y (b) una alteración más grave, a la que se le aplica el término de alteración postraumática de la personalidad, en sentido más estricto y específico.

Síndrome postconmocional. Ya sea que la lesión que precedió a este síndrome haya sido leve o grave, el síntoma más saliente es la ansiedad; otros son el dolor de cabeza, vértigo, fatigabilidad, inestabilidad emocional, hipersensibilidad a estímulos sensoriales fuertes, insomnio, disminución de la memoria y de la capacidad de concentración, disminución del interés y de la espontaneidad, agravación de los síntomas por el calor, la excitación o el ejercicio, y tolerancia reducida al alcohol. El dolor de cabeza y el vértigo se agravan por los movimientos rápidos y por la estación de pie; algunos enfermos se "sienten la cabeza". Si la lesión ocurrió bajo condiciones de descontento o insatisfacción, es fácil que aparezcan síntomas psicógenos. El síndrome postconmocional puede no aparecer sino hasta después de que los síntomas agudos han desaparecido y el enfermo regresa a su trabajo.

Diagnóstico y pronóstico. El problema más importante del diagnóstico es la diferenciación de síntomas psiconeuróticos sobreañadidos; la mayoría, pero no todos, de los casos de síndrome postconmocional se curan si no se complican con síntomas psiconeuróticos demasiado numerosos o demasiado graves; la recuperación puede retrasarse uno o dos años. Aunque el síndrome postconmocional debería ser considerado como de base orgánica, los factores psicológicos, como la compensación o el disgusto en la ocupación, pueden agravar los síntomas producidos orgánicamente y crear otros nuevos, neuróticos, que se acompañan de ansiedad.

Tratamiento. En ciertos aspectos, las facetas más importantes del tratamiento consisten en la atención médica y quirúrgica adecuada y cuidadosa en el momento de la lesión, y un manejo subsecuente discreto para adaptar al enfermo a sus síntomas y a la situación general con la que se enfrenta. No debe permitirse que regrese demasiado pronto a un trabajo extenuante; por otro lado, el paciente no debe hipervalorar sus síntomas y desempeñar el papel de un inválido.

Trastornos postraumáticos de la personalidad en adultos. En algunos casos, la secuela más saliente de los traumatismos craneanos es un cambio en la personalidad original del enfermo; un individuo plácido y cariñoso puede transformarse en un sujeto irascible, irritable e impulsivo; puede volverse pendenciero y presentar brotes de rabia, agresión y excitación motora; no atiende las obligaciones familiares ni otras responsabilidades; se pierden la ambición y la iniciativa. El enfermo se vuelve petulante, resentido, concentrado en sí mismo, voluntarioso y egoísta; algunos se vuelven morosos y tienden a desarrollar reacciones paranoides hacia las personas que les rodean; otros pierden todo interés en sus actividades y se retraen de los contactos sociales. No es raro que algún grado de deterioración mental orgánica acompañe a estos cambios en la estructura psicológica de la personalidad.

Alteraciones postraumáticas de la personalidad en niños. En general, los niños soportan las lesiones de la cabeza mejor que los adultos; sin embargo, no es raro que los niños, especialmente los que están entre los tres y los diez años de edad, sufran un cambio en la personalidad después de traumatismos graves del cráneo. Este trastorno se presenta generalmente en forma de alteraciones de la conducta, semejantes a las que ocurren después de la encefalitis epidémica. El niño, previamente normal, se vuelve desobediente, agresivo, destructivo, cruel y pendenciero. La inquietud y la hiperactividad constantes son la regla; el niño está dominado por impulsos instintivos y emocionales y no manifiesta ningún interés por el bienestar de los otros; aunque hay poca disminución de la capacidad intelectual original, el niño no se concentra, muestra poco interés en el trabajo escolar, y se comporta mal en el salón de clases, en el que es intolerablemente molesto. Los métodos usuales de educación y disciplina son inefectivos, y los delincuentes más graves tienen que ser educados en instituciones especializadas.

Estados de defecto postraumáticos. La deterioración mental (demencia) que sigue a los traumatismos graves del cráneo, puede o no haber sido precedida por delirium traumático. No raramente acontece que conforme se recobra la conciencia después de un delirium, se hace aparente una disminución de la capacidad mental previa; en las formas más benignas esto puede consistir solamente en pérdida de la iniciativa, lentitud mental y disminución de la capacidad para captar relaciones abstractas. En los trastornos un poco más serios, la memoria está disminuída, la atención reducida, el tiempo de reacción se alarga y puede haber confabulaciones defensivas; el juicio disminuye y los sentimientos afectivos más finos se encuentran embotados. No se aprecian los valores sociales. Las tareas que antes se ejecutaron con facilidad se vuelven difíciles o imposibles. El enfermo puede considerarse normal a sí mismo, aunque para sus parientes

es claro que no ha vuelto a ser el mismo hombre desde el accidente. El grado de demencia varía grandemente de acuerdo con el sitio de la lesión, la naturaleza y extensión del traumatismo, y sus resultados secundarios (atrofia, adherencias meningoencefálicas, distorsión de los ventrículos). La deterioración mental permanente que alcanza un grado que requiere cuidado hospitalario es rara después de las contusiones. Si la laceración ha sido extensa, la demencia puede ser grande y asociarse a convulsiones epilépticas, parálisis, afasia, sordera y otros signos neurológicos.

Algunas veces se encuentran dificultades en la diferenciación de la deterioración mental postraumática de las psicosis de origen arteriosclerótico complicadas con traumatismos craneanos. Debe investigarse cuidadosamente la presencia de signos de arteriosclerosis previos a la lesión; debe recordarse la posibilidad de que la confusión de la arteriosclerosis o un ataque de apoplejía pueden haber conducido al traumatismo.

Aunque la demencia grave y crónica es definitiva, debe tenerse cuidado al expresar el pronóstico en casos agudos, o subagudos, ya que muchos enfermos muestran una mejoría sorprendente después de un tiempo.

Encefalopatía traumática de los pugilistas (borrachera por golpes). Martland describió por primera vez una alteración postraumática crónica de la personalidad a la que dió el nombre de "borrachera por golpes" ("punch drunk"). Este síndrome se presenta entre pugilistas que han recibido repetidos golpes graves en la cabeza durante unos cuantos años por lo menos. Cuanto más hábil sea el boxeador, más probable será que escape de las lesiones causales o que permanezca relativamente libre de ellas durante un período considerable de tiempo. El trastorno resulta probablemente de hemorragias petequiales sucesivas y acumuladas profundamente en el cerebro. El enfermo muestra una disminución progresiva de la habilidad, lentitud de los movimientos musculares, ligera inseguridad del equilibrio, confusión moderada y disminución de la atención, concentración y memoria. El lenguaje se vuelve torpe e inseguro; el enfermo "se parece" constantemente a una persona que está un poquito bebida"; la mayoría de los pacientes son volubles y eufóricos. La confusión y los defectos de la memoria se hacen más marcados, y la disminución de la capacidad intelectual continúa hasta un grado incapacitante; pueden presentar temblor, marcha propulsiva y la facies de máscara del síndrome parkinsoniano; los síntomas progresan durante un año aproximadamente y se vuelven estacionarios. El grado de la deterioración depende de la extensión y grado de las lesiones cerebrales.

Epilepsia traumática. Una de las secuelas de las lesiones cerebrales puede ser la epilepsia. Las publicaciones varían mucho en relación con la incidencia de la epilepsia traumática consecutiva a lesiones encefálicas, pero el análisis hecho varios años más tarde de los casos de lesiones craneales

ocurridas durante la primera guerra mundial indica que aproximadamente el 25 por ciento de los veteranos que sufrieron lesiones del cerebro por armas de fuego desarrollaron epilepsia; la incidencia es mayor en los que sufrieron heridas penetrantes de la duramadre. Penfield demostró que la lesión epileptógena más frecuente en el estado convulsivo postraumático es una cicatriz cerebral o cerebromeníngea con atrofia focal. Por lo tanto, la epilepsia es más común después de heridas penetrantes que de traumas cerrados, y no resulta de un daño generalizado al cerebro.

La lesión que causa un estado convulsivo lo hace como resultado de la irritación de áreas adyacentes del cerebro. El tipo del ataque y la marcha de los fenómenos motores durante la convulsión pueden revelar el foco epileptógeno de origen; también la electroencefalografía puede ser de mucho valor en la localización. En la convulsión focal o jacksoniana típica no se pierde el conocimiento. Las contracturas clónicas se desarrollan en una parte del cuerpo, y se difunden consecutivamente a otras partes del mismo lado. Sin embargo, en un gran por ciento de casos, la conciencia se altera del mismo modo que en el pequeño o gran mal. También puede haber los mismos períodos paroxísticos de depresión o de exaltación, o fugas. La deterioración mental puede ser ligera o extrema.

ALTERACIONES MENTALES TRAUMATICAS SECUNDARIAS; PSICONEUROSIS

Aunque el Capítulo XXIII se dedicará a la descripción de las psiconeurosis, las que acompañan a los traumatismos craneales tienen rasgos suficientemente importantes para justificar una mención especial en la discusión de las alteraciones mentales que se presentan después de traumatismos de la cabeza. No se considera, en general, que las neurosis traumáticas constituyan el resultado de alteraciones anatómicas o fisiológicas producidas por el traumatismo, pero un síndrome postconmocional con perturbaciones subjetivas, u otros síntomas postraumáticos, puede facilitar actitudes neuróticas o volverse el núcleo de ellas. Esto es especialmente cierto si el traumatismo se presenta bajo circunstancias en las que hay factores psicológicos inherentes, aunque en general inconscientes. Si, por ejemplo, se obtienen beneficios económicos por medio de síntomas neuróticos en forma de compensaciones de incapacidades, o se escapa de dificultades domésticas, responsabilidades indeseables o insatisfacciones ocupacionales, las secuelas neuróticas, que aun pueden estimular otras orgánicas, se presentan fácilmente después de la lesión. También hay un elemento coadyuvante en el hecho de que la cabeza, particularmente el cerebro, es un órgano al que el enfermo asigna un valor especial. Si, por lo tanto, la lesión va seguida de mareos,

dolor de cabeza u otros síntomas físicos asociados, se desarrolla fácilmente un sentimiento de inseguridad con su ansiedad correspondiente. No es raro que tensiones situacionales que se derivan de la lesión o que se relacionan con ella, no sólo tiendan a crear, sino también a perpetuar, los síntomas neuróticos. Los sentimientos de descontento o de malestar predisponen a su desarrollo. El miedo, la sugestión y el pensamiento ansioso pueden ser factores psicológicos importantes en la producción de los síntomas que acabamos de describir.

La aparición de una psiconeurosis postraumática no es inmediata a la lesión, sino que se presenta cierto tiempo después de ella. No raramente se encuentra la historia de que el enfermo se recuperó de los síntomas orgánicos producidos por el traumatismo, y que estaba a punto de regresar a su empleo habitual, o hasta reanudó su trabajo durante un breve período, cuando la reaparición de los dolores de cabeza, mareos y otros síntomas hicieron imposible su continuación. Este período, entre el momento de la lesión y la aparición de la incapacidad neurótica, se describe frecuentemente como de "incubación y contemplación". El enfermo, que había tenido una actitud de resentimiento e insatisfacción hacia su trabajo, es protegido de reanudar sus responsabilidades por los síntomas físicos iniciales; con la pérdida de la incapacidad física protectora, deben buscarse otros medios para evitar el regreso a una situación molesta; estos medios son procurados fácilmente por el retorno psiconeurótico de los dolores de cabeza, vértigo, disminución de la memoria, fatigabilidad, irritabilidad y otros síntomas. De manera semejante, tanto el individuo que es fundamentalmente ambicioso e indolente, o el que estaba lleno de deudas u otras obligaciones financieras antes de la lesión, como el hombre aprensivo y sugestionable, temeroso de perder la compensación si regresa a su trabajo, pueden desarrollar síntomas psiconeuróticos semejantes para asegurarse la continuación de la compensación. El trabajador, con gente que depende de él y sin reservas económicas, es una víctima fácil de la neurosis, mientras que un atleta lesionado difícilmente lo sería. La simpatía y la solicitud de los amigos, la falta de ocupación y de interés, los exámenes sugerentes, el tratamiento equivocado, la compensación continuada y otras motivaciones subconscientes tienden a fijar los síntomas. Entre éstos, además del dolor de cabeza y los mareos, la ansiedad es con frecuencia el más saliente, y puede manifestarse hasta en pesadillas postraumáticas. Hay varios factores que contribuyen al desarrollo de la ansiedad, como el miedo relacionado con la lesión, cenestesias craneales, y la acentuación y elaboración de los conflictos preexistentes relacionados con problemas ocupacionales y económicos. Otros síntomas son fatigabilidad física y mental, depresión, reacciones neurasténicas e hipocondríacas, y volubilidad y elaboración en la expresión de las molestias.

Indudablemente, el síndrome orgánico de conmoción, con su trastorno de la conciencia, los mareos subsecuentes y el sentimiento de inseguridad relacionado con ellos, facilita la producción de los síntomas neuróticos y determina su naturaleza. Cuando los síntomas orgánicos continúan, tienden con frecuencia a adquirir un tinte de psiconeuróticos. Frecuentemente, el síndrome de conmoción postraumática es la base de elaboraciones psicológicas de tipo histérico. Como resultado, los síntomas psicógenos pueden coincidir o estar mezclados con las secuelas orgánicas de las lesiones de la cabeza. Con esta tendencia de las actitudes neuróticas a cristalizar alrededor del núcleo de los traumatismos craneales, no siempre es fácil la diferenciación entre síntomas orgánicos y psicógenos; de hecho, pueden existir todas las combinaciones de síntomas orgánicos y psiquiátricos, y la importancia relativa de cada uno de estos dos grupos puede ser un asunto de opinión personal.

Aunque la gravedad de la lesión craneana es naturalmente de importancia en la determinación del período de incapacidad que sigue a un accidente, las complicaciones mentales postraumáticas son la causa principal de incapacidad crónica para el trabajo que se presenta después de lesiones civiles del cráneo. Las dificultades ocupacionales y hogareñas, y los problemas de litigio e indemnización, se relacionan con una alta incidencia de síntomas mentales postraumáticos, entre los que predominan los del tipo de la ansiedad.

Debido a que el ambiente y sus circunstancias asociadas son con mucha frecuencia más importantes que la gravedad de la lesión, en la producción de incapacidad mental postraumática, ni el médico ni los parientes del enfermo deben aparentar preocupación. El reposo prolongado en cama después del traumatismo craneal sugiere que la lesión es grave, engendra ansiedad y predispone al desarrollo de un síndrome postraumático. El consejo del médico, o de parientes preocupados, de que un enfermo convaleciente debe tomar un descanso prolongado en cama, puede producir recaída por medio de la sugestión. La permanencia en el hospital no debe ser prolongada y el enfermo debe regresar a su trabajo tan pronto como sea posible; es conveniente dirigir las actividades aun antes de que se regrese al trabajo habitual. Ya se ha hecho referencia al hecho de que las preocupaciones ocupacionales y hogareñas y el deseo de indemnización favorecen la persistencia de los síntomas. El hecho de obtener ventajas de cualquier forma de la lesión retrasa la curación. Es aconsejable el arreglo rápido de cualquier problema de indemnización. Debido a que la asociación entre el traumatismo craneal y los factores psiquiátricos es íntima, es aconsejable hacer psicoterapia preventiva en el "intervalo preneurótico" entre la lesión y el desarrollo de la neurosis.

REFERENCIAS

Adler, Alexandra: Mental Symptoms Following Head Injury. Arch. Neurol. & Psychiat., *53:* 34–43, 1945.

Association for Research in Nervous and Mental Diseases, Vol. XXIV: Trauma of the Central Nervous System. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1945.

Blau, Abram: Mental Changes Following Head Trauma in Children. Arch. Neurol. & Psychiat., *35:* 723–769, 1936.

Brock, Samuel, *et al.:* Injuries of the Skull, Brain and Spinal Cord. 2ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1943.

Denny-Brown, D.: The Sequelae of War Head Injuries. New England J. Med., *227:* 771–780 y 813–821, 1942.

———: Disability Arising from Closed Head Injury. J.A.M.A., *127:* 429–436, 1945.

Denny-Brown, D., y Russell, W. R.: Experimental Cerebral Concussion. Brain, *64:* 93–164, 1941.

Ebaugh, F. G., y Brosin, H. W.: Traumatic Psychoses. Ann. Int. Med., *18:* 666–696, 1943.

Foerster, O.: Commotionsneurose. Beitr. z. klin. Chir., *137:* 647, 1926.

Friedman, A. P., y Brenner, Charles: Amnestic-Confabulatory Syndrome (Korsakoff Psychosis) Following Head Injury. Am. J. Psychiat., *102:* 61–66, 1945.

Guttman, E.: Psychiatric Aspects of Head Injury. J. Ment. Sc.: *90:* 328–350, 1944.

———: Late Effects of Closed Head Injuries. J. Ment. Sc., *92:* 1, 1946.

Huddleson, J. H.: Accidents, Neuroses and Compensation. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1932.

Kasanin, J.: Personality Changes in Children Following Cerebral Trauma. J. Nerv. & Ment. Dis., *69:* 385, 1929.

Kozol, H. L.: Pretraumatic Personality and Psychiatric Sequelae of Head Injury. I Arch. Neurol. & Psychiat., *53:* 358–364, 1945. II. Arch. Neurol. & Psychiat., *56:* 245–275, 1946.

Martland, H. S.: Punch Drunk. J. A. M. A., *91:* 1103–04, 1928.

Meyer, Adolf: The Anatomical Facts and Clinical Varieties of Traumatic Insanity. Am. J. Insanity, *60:* 373–441, 1904.

Moore, B., y Ruesch, J.: Prolonged Disturbance of Consciousness Following Head Injury. New England J. Med., *230:* 445–452, 1944.

Penfield, W.: The Mechanism of Cicatricial Contraction in the Brain. Brain, *50:* 499, 1927.

———: Epilepsy and Surgical Therapy. Arch. Neurol. & Psychiat., *36:* 499, 1936.

Ruesch, J.: Intellectual Impairment in Head Injuries. Am. J. Psychiat., *100:* 480–496, 1944.

Ruesch, J., y Bowman K. M.: Prolonged Post-Traumatic Syndromes Following Head Injury. Am. J. Psychiat., *102:* 145–163, 1945.

Schaller, W. F.: After-Effects of Head Injury. J. A. M. A., *113:* 1779–1785, 1939.

Schilder, P.: Psychic Disturbances after Head Injuries. Am. J. Psychiat., *91:* 155, 1934.

Strauss, Israel, y Savitsky, Nathan: Head Injury: Neurologic and Psychiatric Aspects. Arch. Neurol. & Psychiat., *31:* 893, 1934.

Symonds, C. P.: Mental Disorder Following Head Injury. Proc. Roy. Soc. Med., *30:* 1081–1094, 1937.

Capítulo XV

PSICOSIS EN LA ARTERIOSCLEROSIS CEREBRAL

La causa de estas alteraciones mentales es una esclerosis de los vasos sanguíneos cerebrales que ocasiona una disminución, frecuentemente fluctuante, de las capacidades mentales. La arteriosclerosis cerebral puede ser parte de un proceso generalizado, o las alteraciones esclerosantes pueden estar principalmente limitadas a los vasos del encéfalo; de manera semejante, puede haber esclerosis de los vasos en ciertas partes del cuerpo mientras que los del cerebro permanecen relativamente indemnes. Todavía no se conoce el factor localizante responsable de la selección aparente de los vasos cerebrales que se ve algunas veces. No hay pruebas de que el cerebro de personas dedicadas al trabajo intelectual resulte particularmente predispuesto al tipo encefálico de arteriosclerosis. En realidad, parece que las pruebas están en contra, pues entre las personas consagradas a la actividad intelectual se observa una longevidad poco común y funciones mentales relativamente inalteradas.

Incidencia. La incidencia de las psicosis en la arteriosclerosis es alta, especialmente entre las admisiones a hospitales públicos de enfermedades mentales. El aumento sorprendente observado en el Departamento de Higiene Mental de Nueva York coincide con datos de otras partes; este departamento reportó que las admisiones anuales de enfermos que sufren psicosis por arteriosclerosis cerebral a los hospitales que dependen de él, ascendió de 2.4 por 100,000 de población general, en 1913, a 22 por cada 100,000 habitantes en 1943.

Anatomía patológica. La esclerosis progresiva de las arteriolas y precapilares produce engrosamiento de sus paredes, con alteración hialina y a veces tumefacción endotelial, lo que acarrea una disminución del aporte sanguíneo, comprometiendo seriamente la nutrición del parénquima. Las neuronas se deterioran gradualmente, y se desarrollan áreas de atrofia alrededor de las arteriolas obstruídas. En otros casos, las lesiones arterioscleróticas de la íntima de los grandes vasos pueden ocasionar trombosis, o ruptura de las paredes vasculares y hemorragia, lo que determina una apoplejía con destrucción considerable de tejido.

Sintomatología. La edad de principio de la psicosis arteriosclerótica varía ampliamente, pero en general está entre los cincuenta y sesenta y cinco años. Son comunes los síntomas prodrómicos en forma de dolores de ca-

beza, mareos, y una disminución insidiosa de la capacidad física y mental; no es raro que aparezcan rasgos latentes del carácter; cualquier alteración clara del carácter en una persona de más de cincuenta años debe sugerir la posibilidad de arteriosclerosis cerebral, una vez excluída la demencia paralítica. En un poco más de la mitad de los casos, el primer síntoma mental aparente es un ataque repentino de confusión. Hay obnubilación de la conciencia, incoherencia e inquietud, algunas veces extrema; en otros casos el principio es insidioso. Entre los síntomas precoces se encuentra una fatigabilidad mental fácil, disminución de la iniciativa, disminución de la atención, inestabilidad emocional con brotes de llanto o risa, y quizá tendencia a la depresión; algunos enfermos se hacen irritables, agresivos, pendencieros, entrometidos y tercos; pueden perderse los sentimientos más finos, y algunos enfermos se hacen muy locuaces. La memoria disminuye en grado variable; al principio puede haber solamente dificultad para recordar nombres, pero posteriormente el trastorno puede generalizarse. A veces se observan ataques nocturnos de confusión, delirio, estados de ansiedad o de violencia. No es raro que el arteriosclerótico se vuelva descuidado en su apariencia personal no preocupándose del aseo normal. Puede haber ideas delirantes, y son especialmente de naturaleza persecutoria, aunque no son raras las ideas de ruina y las hipocondríacas; especialmente molestas pueden ser las ideas de celos en relación con la esposa o, a veces, con otros miembros de la familia. Del mismo modo que otras expresiones de su psicosis, el contenido ideativo del enfermo está influído grandemente por tipos previos de mecanismos mentales y otras características de la expresión de la personalidad. A veces se encuentran enfermos que expresan ideas de grandeza, que representan una compensación de la capacidad sexual frustrada. Del mismo modo que en la demencia senil, los defectos del juicio y la disminución de la inhibición pueden determinar indiscreciones o delitos sexuales.

En caso de esclerosis de los grandes vasos cerebrales, el primer síntoma puede ser un ictus apoplético, un ataque de afasia u otros trastornos focales, aunque generalmente aparecen primero otros signos de alteración vascular. Las jaquecas verticales, que empeoran en la mañana, vértigos, cortos períodos de confusión, y pérdida transitoria de la fuerza de un brazo o de una pierna, o afasias o apraxias momentáneas, generalmente son avisos de lesiones focales subsecuentes más graves; la cara se vuelve progresivamente más inmóvil e inanimada. La estación de pie se vuelve insegura, y el enfermo necesita ampliar la base de sustentación; la marcha se hace incierta y los pasos son cortos y espásticos; la desigualdad pupilar es común y los vasos retinianos exhiben la esclerosis. Pueden aparecer temblores amplios, y finalmente el enfermo experimenta grandes dificultades para alimentarse; son comunes las alteraciones cardiovasculares en forma de hipertrofia cardíaca, esclerosis coronaria o lesiones valvulares crónicas. Aparecen numerosas lesiones paralíticas, que indican destrucción focal del tejido nervioso por oclusión o ruptura de vasos de tamaño considerable; las más frecuentes son parálisis de neurona motora superior, diversas afasias y apraxias; puede haber parafasia, o confusión de palabras; la deterioración y la demencia son favorecidas por estas lesiones focales, especialmente las que acarrean perturbaciones graves del lenguaje; ciertas funciones intelectuales pueden estar muy disminuídas, mientras que otras permanecen comparativamente intactas; puede haber ataques epileptiformes, de tipo jacksoniano o generalizado, debidos, según algunos, a anemia o edema transitorios.

Sands ha llamado la atención sobre el hecho de que es particularmente fácil que los enfermos con arteriosclerosis cerebral, con motivo de una infección ligera, sufran de episodios caracterizados por confusión, desorientación, confusión de personas, ansiedad, reacción de miedo, suspicacia y tendencias delirantes.

En un poco más de la mitad de los casos la presión arterial es alta, pero de ninguna manera la presión normal excluye la existencia de arteriosclerosis cerebral; la presencia de esclerosis en los vasos retinianos indica con seguridad la existencia de esclerosis en los vasos cerebrales. En un grupo de enfermos que mostraban esclerosis de las arterias retinianas, Moore encontró que más de la mitad murieron posteriormente de alguna lesión de los vasos cerebrales.

A diferencia del senil, el demente arteriosclerótico, al menos durante las fases precoces de su deterioración, reconoce que hay una declinación en la rapidez y exactitud de sus funciones mentales; frecuentemente siente con agudeza su dificultad al tratar de encontrar una palabra, en la disminución de su memoria y de su capacidad física y mental.

Pronóstico. El pronóstico es naturalmente desfavorable, pero la evolución no siempre es ininterrumpidamente progresiva. Frecuentemente acontece que el paciente, en especial si tiene también una enfermedad cardíaca o vascular, es internado en una institución en estado de gran confusión, quizá excitado y con aspecto de demente; con el reposo y el régimen simple de vida del hospital el enfermo, después de varios días o semanas, puede recobrar la conciencia, y aunque a veces manifiesta amnesia del episodio, puede ser capaz otra vez de una buena adaptación.

Diagnóstico. La alteración mental de la que con mayor frecuencia se requiere diferenciar la arteriosclerosis cerebral es la demencia senil. Debido a que ambas formas de deterioración están frecuentemente asociadas, y a que las manifestaciones de las dos son igualmente prominentes, la diferenciación puede ser difícil o imposible; en tales casos debe darse preferencia a los trastornos arterioscleróticos por motivos estadísticos. La psicosis arteriosclerótica se presenta con mayor frecuencia en la mujer; generalmente hay menos disminución intelectual en la arteriosclerosis; en

aproximadamente la mitad de los casos de psicosis arteriosclerótica hay dolores de cabeza, mareos o fenómenos de apoplejía; del mismo modo, las lipotimias, convulsiones o ataques de insuficiencia cardíaca sugieren un origen arteriosclerótico, al igual que los ataques súbitos de confusión. En personas más jóvenes, el cuadro clínico debe hacer pensar en la demencia paralítica, pero las pruebas de laboratorio proporcionan rápidamente los datos diferenciales. Cuando hay depresión y ansiedad, la diferenciación de una fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva o de la melancolía involutiva puede no ser fácil; aunque en las tres alteraciones el cuadro clínico puede ser de tipo afectivo, en la arteriosclerosis generalmente se encuentran pruebas de un disminución orgánica de la capacidad mental o signos de lesiones vasculares incipientes. Las fluctuaciones del sensorio y otras manifestaciones episódicas son con frecuencia indicativas de lesión de los vasos cerebrales. Hay que poner especial cuidado en diferenciar los estados deliriosos súbitos tóxicos, que no son raros en los viejos, de las psicosis arterioscleróticas.

Tratamiento. Debido a que nuestro conocimiento de las causas de la arteriosclerosis cerebral es tan limitado, poco puede hacerse para evitar su desarrollo. Las psicosis más benignas con arteriosclerosis cerebral pueden ser atendidas en el hogar; las graves requieren tratamiento hospitalario. En cualquiera de ambos casos, un método cuidadosamente regulado de vida es un requerimiento fundamental del tratamiento. Aunque no deben permitirse ni trabajos manuales pesados ni tareas mentales de gran responsabilidad o tensión emocional, debe alentarse la continuación, por todo el tiempo que sea posible, de una ocupación agradable de tipo sencillo, y aconsejar las distracciones y el descanso físico. Hay que recordar que el suicidio no es raro en las depresiones arterioscleróticas. El arteriosclerótico debe prescindir completamente del alcohol. Es necesario atender cualquier complicación de tipo cardiorrenal; puede aconsejarse la hidroterapia en forma sencilla, cuidadosamente supervisada, pero las medidas demasiado largas o vigorosas pueden ser dañinas. Los barbitúricos pueden agravar algunas veces la confusión asociada a la arteriosclerosis cerebral y a la encefalopatía hipertensiva. Reese y Kant reportaron que los mareos, dolores de cabeza, insomnio y estados confusionales que se presentan en estas alteraciones son frecuentemente aliviados por la administración de aminofilina en dosis de 0.24 gramos cuatro veces al día.

REFERENCIAS

Malzberg B.: The Expectation of Psychoses with Cerebral Arteriosclerosis in New York State. Psychiatric Quart., *19:* 122–138, 1945.

Reese, H. H., y Kant, Fritz: The Use of Aminophylline in Neuropsychiatric Disorders Associated with Cerebral Arteriosclerosis and Hypertensive Encephalopathy. Am. J. Psychiat., *103:* 731, 1947.

Rothschild, David: Neuropathologic Changes in Arteriosclerotic Psychoses and Their Psychiatric Significance. Arch. Neurol. & Psychiat., *48:* 417–436, 1942.

———: Premorbid Personality in Arteriosclerotic Psychoses. Am. J. Psychiat., *100:* 501–505, 1944.

———: The Clinical Differentiation of Senile and Arteriosclerotic Psychoses. Am. J. Psychiat., *98:* 324–333, 1941.

Capítulo XVI

PSICOSIS EN OTROS TRASTORNOS CIRCULATORIOS

Psicosis en la embolia cerebral. Los émbolos que se desprenden de la circulación pulmonar, de vegetaciones en las válvulas cardíacas o de trombos del cuello o de la cabeza, pueden ocluir los vasos cerebrales, con los trastornos consiguientes de la circulación y reblandecimiento; sin embargo, ésta no es una causa común de alteraciones vasculares cerebrales. Cuando se presenta, los síntomas neurológicos y mentales dependerán del tamaño y de la localización de los vasos ocluídos. El principio tiene la forma de apoplejía, acompañada con frecuencia de pérdida del conocimiento, seguida de un período de confusión; a estos síntomas agudos siguen otros trastornos orgánicos de grado y duración variables; entre los más comunes se encuentran irritabilidad, cambio del carácter, alteración del juicio, trastornos de la memoria, dificultad en la comprensión y orientación, y quizá confusión.

Psicosis en las enfermedades cardiorrenales. En el 5 al 10 por ciento de los pacientes que sufren enfermedades cardíacas o cardiorrenales graves, especialmente con insuficiencia cardíaca congestiva, se observan síntomas mentales, muchas veces de carácter leve; entre los más frecuentes se encuentran el insomnio y la inquietud nocturna, con la aparición repentina de estados de temor y alarma si el enfermo se duerme. La irritabilidad, el mal humor y la inestabilidad emocional son comunes; con frecuencia el enfermo presenta estados de confusión y desconoce a los que lo rodean; del mismo modo que otros síntomas mentales, éstos son más marcados de noche. La ansiedad es otro acompañante particularmente común, y la agitación se hace a veces tan grande que el enfermo no puede ser atendido en su casa. Quizá la presencia de ansiedad no sea inexplicable. Además de todos los posibles factores psicológicos de origen más profundo, el enfermo se siente constantemente agobiado por molestias físicas y amenazado por el desenlace fatal de su estado, que parece estar esperándole. Muchos enfermos se vuelven locuaces y pueden expresar ideas paranoides no sistematizadas de aprensión y persecución. En algunos casos puede haber alucinaciones auditivas y visuales, lenguaje incoherente y hasta musitación ininteligible. En los estados delirioides de las cardiopatías, lo mismo que acontece frecuentemente en otros tipos de reacciones orgánicas, la configuración del trastorno está determinada por los problemas y conflictos psíquicos prepsicóticos del enfermo. La

depresión es un síntoma bastante frecuente y puede haber intentos de suicidio.

Uremia. En la uremia es común una somnolencia que progresa hasta el coma; sin embargo, ocasionalmente puede haber delirium con exitación y alucinaciones. En ocasiones también los trastornos en la esfera somática pueden liberar estados reactivos, encontrándose depresión, ansiedad, suspicacia, delirio de persecución, euforia con ideas de grandeza, negativismo y hasta catatonia.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las psicosis cardíacas incluye, naturalmente, reposo, estimulación cardíaca apropiada, especialmente con preparados de digital; cuando el enfermo inquieto no puede ser controlado por una enfermera especial, debe ser tratado con baños prolongados. Deben evitarse las drogas hipnóticas; con demasiada frecuencia se administran, ocasionando a veces un delirium tóxico en el que el enfermo puede morir.

En las cardiopatías, así como en muchos otros trastornos en los que no hay duda que existe una enfermedad orgánica, el médico olvida con demasiada frecuencia que también puede haber factores psíquicos; se supone que el hallazgo de alteraciones orgánicas excluye la participación de factores psicológicos en el cuadro total de la enfermedad. Debido a este error común en el pensamiento médico, puede olvidarse el hecho de que con una función cardíaca ya muy trastornada por lesiones somáticas graves, una ligera carga adicional agregada del lado psíquico puede ser suficiente para desviar la balanza del lado de la descompensación. Si se encuentra que un enfermo tiene fallas frecuentes en la compensación, cuando solamente existe un daño ligero del músculo cardíaco, deben buscarse factores psíquicos cuya eliminación puede determinar la evolución del padecimiento. La existencia de una neurosis de ansiedad o de factores psíquicos como miedo, resentimiento reprimido o enojo, pueden determinar una agravación seria de la incapacidad clínica, aunque la lesión orgánica misma sea de tal naturaleza que permita al enfermo vivir cómodamente.

En las enfermedades cardíacas, especialmente en la trombosis coronaria, el médico debe tratar de disipar el miedo del enfermo hacia el padecimiento. Demasiado frecuentemente las predicciones sombrías del médico fomentan un miedo injustificado.

REFERENCIAS

Drewry, P. M. Jr., y Wall, J. H.: Mental Reactions and Their Management in Patients with Cardiac Disease. Am. J. Psychiat., *94:* 561–576, 1937.

Gibson, A. G.: Mental Changes in Cardiac Disease. J. Ment. Sc., *76:* 632–640, 1930.
Lewis, N. D. C.: Psychic Phenomena with Cardiac Failure. Arch. Neurol. & Psychiat., *37:* 782–795, 1937.
Sprague, H. B.: Mental Adjustments to Heart Disease, J. A. M. A., *112:* 2384, 1939.
Wolfe, T. P.: Dynamic Aspects of Cardiovascular Symptomatology. Am. J. Psychiat., *91:* 563–574, 1934.
———: Emotions and Organic Heart Disease. Am. J. Psychiat., *93:* 681-691, 1936.

CAPÍTULO XVII

PSICOSIS CON TRASTORNOS CONVULSIVOS (EPILEPSIA)

El término "epilepsia", derivado de la palabra griega que quiere decir "agarrar, coger o echarse sobre", se aplica desde hace tiempo a un grupo de reacciones explosivas que antes se creía constituían una enfermedad *sui generis*. El nombre ha persistido aunque ahora se sabe que no hay una entidad patológica a la que se limite específicamente la palabra; más bien se trata probablemente de un síntoma de una alteración de la actividad electrofísicoquímica de las células que descargan en el cerebro, alteración que puede ser producida por numerosos trastornos neurológicos, especialmente del cerebro. La epilepsia puede ser considerada como una alteración recurrente de la electrofisiología del impulso nervioso cerebral, expresada en forma de: (a) alteración en el potencial eléctrico que se registra en el electroencefalograma; (b) trastorno de la conciencia; (c) funcionamiento desordenado del sistema nervioso autónomo, y (d) movimientos convulsivos o alteraciones psíquicas. La causa última de la desorganización del impulso nervioso es probablemente físicoquímica, pero no se conoce; parecería que hay varios factores que pueden producir los trastornos físicoquímicos que desordenan los impulsos. [1]

---

[1] *N. del T.* En los últimos años se ha descubierto algunos hechos de interés en el campo de la experimentación animal, que quizá puedan proporcionar orientaciones en el futuro sobre la patogenia de la epilepsia humana. Hace tiempo que se conocía la "histeria canina" (Running fits, Fright disease) o epilepsia canina, que se presenta espontáneamente en los perros bajo la forma de crisis de excitación con desconocimiento del ambiente, comparables a estados crepusculares, o de ataques epileptiformes. En 1944 Wagner produjo experimentalmente estas crisis alimentando perros con gluten de trigo (Wagner, J. R. J.: Nutrition, *28:* 431, 1944). En 1946, Mellanby pudo demostrar con absoluta seguridad que la harina blanqueada con tricloruro de nitrógeno, que se utiliza con este fin en la industria, desencadenaba estas crisis en los perros (Mellanby, E.: Brit Med. J. *2:* 885-887, 1946). Silver y col. encontraron que los perros alimentados con harina tratada con tricloruro de nitrógeno mostraban alteraciones electroencefalográficas semejantes a las que se encuentran en la epilepsia humana (Arch. Neurol. & Psychiat. *60:* 405, 1948). H. R. Bentley y colaboradores (Nature *163:* 657 (1949) han aislado un factor de la zeina tratada con tricloruro de nitrógeno, cuya administración a los perros produce las crisis epileptiformes. Los mismos autores en otro trabajo posterior (Nature *164,* 438 (1949) comunican el aislamiento del factor tóxico en forma cristalina. Se ha llegado a determinar también que el factor tóxico parece actuar como un antimetabolito de la metionina (L. Reiner, F. Misani y P. Weiss: Arch Biochem. *25,* 447 (1949)). Estos trabajos habren nuevos horizontes para la interpretación de la patogenia de la epilepsia.

Electroencefalografía. En 1929, Hans Berger, de Jena, descubrió que se podían registrar los potenciales eléctricos del cerebro a través del cráneo intacto, y que durante las convulsiones epilépticas se presentaban alteraciones de estos potenciales. Estudios posteriores demostraron que normalmente se originan aproximadamente diez impulsos eléctricos en el cerebro por segundo, y que cuando estas corrientes se registran en el electroencefalograma (EEG) muestran rasgos de voltaje y frecuencia (altura y frecuencia de las ondas), más o menos característicos para cada individuo. En la epilepsia hay alteraciones paroxísticas de los procesos electrofisiológicos del cerebro que producen cambios en el ritmo del electroencefalograma, indicadores de anormalidades tanto en la frecuencia como en el voltaje de estas corrientes. Por esta razón, Lennox introdujo la denominación "disritmia cerebral paroxística" como aplicable a la epilepsia. Aunque en muchos otros estados, aparte de la epilepsia, se observan anomalías del electroencefalograma, en este trastorno las anomalías tienden a adoptar ciertos tipos; además, los tipos son característicos para ciertas formas de ataques.

Lennox estima que el 10 por ciento de las personas normales exhibe anormalidades en el electroencefalograma, semejantes a las que se ven en la epilepsia; se cree que estas personas están predispuestas a la epilepsia, aunque el trastorno de la electrodinámica cortical representado por el EEG, no es tan serio como para producir ataques, a menos que el cerebro sufra alguna alteración patológica. También se ha encontrado que aproximadamente el 85 por ciento de las personas con historia de epilepsia muestran anormalidades del ritmo electroencefalográfico en un registro hecho durante quince minutos en el intervalo entre las convulsiones; cuando tales anomalías del EEG existen en el período interparoxístico, tienden a ser del mismo tipo general que las que se observan en la forma de ataque que habitualmente sufre el enfermo; estos tipos serán descritos posteriormente. Sin embargo, hay epilépticos indudables en los que nunca se han obtenido trazos anormales aun después de exámenes repetidos.

Epilepsia idiopática y sintomática. En muchos casos los ataques clínicos se desarrollan en personas con disritmias cerebrales preexistentes, pero en las que no puede descubrirse ninguna alteración visible del tejido cerebral. Tales ataques, sin lesión cerebral aparente a la que pueda atribuírse la precipitación del ataque, se conocen como *epilepsia esencial o idiopática.* En otros casos, un tumor, un traumatismo, inflamaciones u otras lesiones descubribles, determinan los ataques en una persona que puede haber tenido o no una disritmia cerebral previamente; tales ataques, en los que una lesión cerebral hizo aparente la disritmia subclínica o produjo convulsiones en ausencia de disritmias preexistentes, se conocen como *epilepsia sintomática.*

Epilepsia postraumática. Debido a que frecuentemente existe la tendencia a atribuir la epilepsia a lesiones previas de la cabeza, deben mencionarse ciertos hechos relacionados con la epilepsia postraumática. En menos del uno por ciento de los casos de epilepsia existe una historia auténtica de lesiones durante el parto; cuando una lesión del parto determina epilepsia, generalmente los ataques no aparecen sino hasta varios años más tarde. Como epilepsia postraumática se entienden generalmente los ataques que siguen a los traumatismos de la cabeza durante la infancia o la vida adulta. En general, la epilepsia es una complicación poco frecuente de las lesiones de la cabeza. Las convulsiones epilépticas postraumáticas pueden quizá presentarse después de heridas cerradas del cráneo, pero son mucho más frecuentes después de lesiones abiertas, con penetración de la duramadre y laceración del cerebro; Denny-Brown establece que toda la información actual indica que la laceración del cerebro es un factor esencial; las lesiones que producen una cicatriz meningocerebral son la causa más frecuente de epilepsia postraumática. Si la epilepsia se presenta después de lesiones de la cabeza, las convulsiones aparecerán aproximadamente en la mitad de los casos, después de seis meses del traumatismo.

Frecuencia de la epilepsia. Generalmente se estima que la incidencia de epilepsia en los Estados Unidos es de 0.5 por ciento; esto quiere decir que hay aproximadamente 650,000 epilépticos en ese país, y se cree que un poco menos del 5 por ciento se encuentran en instituciones. En su mayor parte son enfermos crónicos y mentalmente deteriorados. La incidencia es un poco mayor en los hombres que en las mujeres, lo que probablemente se debe a la mayor frecuencia de los traumas craneanos en el hombre, tanto durante el parto como en la vida adulta.

Edad de principio. En aproximadamente el 75 por ciento de los casos de epilepsia idiopática, los ataques aparecen antes de la edad de veinte años. La mayoría de los pacientes hospitalizados han empezado antes de los cinco años de edad, mientras que la mayor parte de los enfermos que no están en hospitales desarrollaron los ataques entre los diez y los quince años. Las convulsiones infantiles que aparecen sin una causa manifiesta deben ser enjuiciadas con reserva. Thom afirma que las convulsiones infantiles aumentan cinco veces las probabilidades de epilepsia. Las convulsiones infantiles pueden algunas veces producir alteraciones cerebrales que afectan el desarrollo normal del cerebro y conducen a deficiencia mental.

Herencia. Lennox, Gibbs y Gibbs encontraron en el examen electroencefalográfico de padres de epilépticos, que éstos tenían ondas cerebrales anormales con mucha mayor frecuencia que los testigos; en opinión de estos autores, "la presencia de ondas cerebrales anormales en los padres de epilépticos es posiblemente una prueba de que las disritmias cerebrales asociadas a la epilepsia son hereditarias, y que los padres con tales disritmias corticales son "portadores" del trastorno". Estos autores encontraron que el 60 por ciento de los parientes cercanos de los epilépticos no internados te-

nían disritmias, y que el 2.4 por ciento de ellos tenía una historia de ataques; de sus testigos, el 10 por ciento mostraba disritmia, y, naturalmente, ninguno tenía ataques. Se ha comprobado que entre gemelos univitelinos, la epilepsia idiopática se presenta con treinta veces mayor frecuencia en ambos individuos de la pareja que entre los gemelos bivitelinos. Se estima que la epilepsia es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los parientes cercanos de epilépticos que en la población general; sin embargo, la persona que sufre de epilepsia y se casa con otra persona normal debe esperar que sólo un niño de cada cuarenta sufrirá convulsiones. No obstante, la persona que muestra una disritmia electroencefalográfica debería tener hijos sólo si el esposo tiene un electroencefalograma normal. Naturalmente que la epilepsia *per se* no se hereda, sino solamente la tendencia o predisposición a ella. Si la epilepsia se debe a lesiones que ocurrieron después del nacimiento, no hay razón para creer que la alteración se transmitirá a los hijos.

Tipos y sus síntomas. Generalmente se describen tres tipos principales de ataques clínicos: gran mal, pequeño mal y ataques psicomotores o equivalentes psíquicos. Los ataques de todos los tipos son irregulares e imprevisibles. Otras reacciones que se conocen mal, como la migraña, la narcolepsia y la cataplejía, con frecuencia pasan clínicamente entre las consideradas como epilépticas indudables. No es raro que una crisis epiléptica típica aclare repentinamente el significado de eventos menores, oscuros, que pueden haber existido durante años, tales como espasmos musculares locales, mioclonias, defectos de la atención, "ausencias", estados oníricos, o breves períodos de inhibición mental en que los procesos mentales parecen detenerse y la mente queda en blanco.

Gran mal. Los ataques de gran mal, con su actividad neuronal espontánea intensa, constituyen la más dramática de todas las manifestaciones epilépticas. Los ataques de este tipo tienden a acompañarse de aumento en la velocidad y voltaje de las ondas cerebrales que se registran en el electroencefalograma como espigas agudas, frecuentemente a una velocidad de veinticinco por segundo. Desde un momento hasta varios segundos antes de la pérdida del conocimiento, aproximadamente la mitad de los enfermos epilépticos tienen un *aura* o advertencia de que el ataque es inmediatamente inminente; el aura puede consistir en entumecimiento, hormigueo, sensaciones molestas, sentimiento de malestar en el epigastrio que puede propagarse a la cabeza, o alucinaciones de los órganos de los sentidos, como resplandores, ciertos ruidos o alucinaciones olfatorias. Habitualmente, el aura es afectivamente desagradable. Algunas veces es de naturaleza motora, y consiste en sacudidas o rigidez de ciertos grupos de músculos, que preceden a la pérdida de la conciencia; ésta es repentina y completa. El enfermo se cae inmediatamente, y como es raro que haya oportunidad de protegerlo puede sufrir lesiones graves; conforme cae, toda la musculatura voluntaria sufre una contracción tetánica, permaneciendo en esta *fase tónica* durante diez a veinte segundos; los músculos del tórax se contraen frecuentemente al mismo tiempo que los de la laringe, por lo que el aire es expelido fuertemente y produce el ruido peculiar conocido como grito epiléptico. Al principio la cara está pálida, pero conforme los músculos se contraen rígidamente, las venas superficiales se ingurgitan, y al mismo tiempo el tórax se fija y la aireación de la sangre se suspende, lo que contribuye a la cianosis de la cara. Durante esta fase tónica y, después, durante un período variable, las pupilas están dilatadas, no reaccionan a la luz y no existe el reflejo corneano; el reflejo de Babinski está presente, y los tendinosos ausentes o disminuídos. Durante la contracción muscular generalizada se vacía la vejiga y algunas veces el recto. El estado tónico es seguido por las convulsiones clónicas, que al principio son rápidas, pero que después se hacen gradualmente menos frecuentes; si en este momento, durante una relajación, la lengua queda entre los dientes, puede ser mordida al sobrevenir la contracción clónica siguiente. Debido a que la respiración devuelve la saliva que no ha podido ser deglutida, puede mezclarse con aire y aparecer como espuma, quizá teñida con sangre. En el *coma postconvulsivo* las pupilas están rígidas, los reflejos tendinosos ausentes, la respiración estertorosa, la cara congestionada y cubierta de sudor y los labios cianóticos; si se levanta un miembro y se suelta, la extremidad cae pesadamente como si estuviera en parálisis fláccida; si no se le molesta, el enfermo puede dormir una o dos horas, y al despertar se queja de dolor de cabeza, cansancio y, quizá, de dolor en la lengua; al salir del coma el enfermo está a veces confuso y puede realizar actos semiautomáticos, moverse sin propósito, masticar, agarrarse la ropa o tratar de quitársela.

Muchos enfermos tienen ataques durante el sueño, así como en las horas de vigilia, mientras que en otros siempre son nocturnos; a veces se presenta el ataque en el momento en que van a quedarse dormidos.

Estado epiléptico. Algunas veces el enfermo puede pasar de un ataque a otro sin recuperación intermedia de la conciencia; esta situación, conocida como *estado epiléptico,* siempre entraña peligro para la vida. Algunas veces se precipita por la retirada brusca de medicamentos, especialmente si el enfermo estaba tomando fenobarbital. Puede seguir al alcoholismo o a la fatiga excesiva, pero con frecuencia no se descubre ningún factor causal; no es raro después de operaciones cerebrales en epilépticos. Si no se toman medidas preventivas, la temperatura puede alcanzar cifras peligrosas; el enfermo puede estar profundamente agotado, caer en coma y morir de dilatación del corazón o edema pulmonar.

Pequeño mal. Algunas veces se presentan ataques frustrados de varios tipos y grados, en todos los cuales hay generalmente alguna alteración de la conciencia. La más frecuente de las formas benignas es el pequeño mal.

El electroencefalograma del pequeño mal se caracteriza por ondas lentas y redondeadas, seguidas de una espiga rápida y aguda; los grupos formados por estas dos ondas aparecen a razón de tres por segundo; es el más claro de todos los registros de ondas epilépticas del cerebro. Los detalles de estos ataques menores varían ampliamente en cada enfermo, pero frecuentemente consisten en pérdidas momentáneas de la conciencia, aunque el enfermo raramente se cae; puede ponerse pálido quedándose inmóvil, con los ojos fijos y sin expresión, suspendida su atención, interrumpiéndose su actividad o dejando caer lo que tenía en las manos. Generalmente hay ligeras contracciones rítmicas de los párpados, cejas o cabeza. Después de unos cuantos segundos, la conciencia regresa bruscamente y el enfermo reanuda sus actividades. La mayoría de los pacientes reconocen que han tenido un ataque, pero algunos permanecen sin darse cuenta de esta "ausencia". Los ataques de pequeño mal generalmente se presentan con mucha mayor frecuencia que los ataques de gran mal; en un día pueden haber de uno a dos hasta cientos de ataques. Dos de cada tres enfermos con pequeño mal desarrollan subsecuentemente gran mal.

Picnolepsia. Un tipo especial de ataque breve que se parece al pequeño mal, pero que tiene pronóstico favorable debido a la curación completa y espontánea, es el que se conoce como picnolepsia. Su nombre, derivado de la palabra griega que quiere decir cerca o frecuente, indica una de sus características. La definición dada por Adie[1] es especialmente comprensiva: "Una enfermedad con principio explosivo entre las edades de cuatro a doce años, con ataques muy frecuentes, cortos, muy leves y monótonos, del tipo del pequeño mal, de intensidad uniforme, que se repiten casi diariamente durante semanas, meses o años, que no son influídos por los remedios antiepilépticos, no afectan el desarrollo físico y mental normal, y que finalmente cesan espontáneamente y no reaparecen nunca". El lenguaje y los movimientos voluntarios se suspenden, pero el conocimiento no se pierde completamente; todos los procesos mentales superiores se inhiben durante un período de cinco a diez segundos. La picnolepsia no es común, y debe distinguirse cuidadosamente al diagnosticarla, ya que los ataques breves y pequeños de la infancia con frecuencia pasan al tipo adulto de epilepsia de la forma de pequeño mal.

Ataque psicomotor. La crisis psicomotora, o equivalente psíquico, se caracteriza por un período de conciencia alterada o amnesia, con movimientos aparentemente intencionales, algunas veces acompañados por manifestaciones de excitación emocional, especialmente miedo o rabia; puede haber otras alteraciones episódicas del ánimo, más prolongadas, en forma de irritabilidad extrema, depresión, mal humor o intemperancia; también puede haber

1. Pyknolepsy: A Form of Epilepsy Occurring in Children with a Good Prognosis. Brain. *47:* 96-101, 1924.

equivalentes en forma de estados oníricos durante los cuales se ejecutan automatismos complejos; pueden llevarse a cabo actos cuyo propósito aparente requiere tal coordinación y habilidad en su ejecución que parecen implicar cierta responsabilidad; algunos enfermos que ejecutan estas actividades automáticas parecen ofuscados, mientras que en otros no es patente el grado en el que la conciencia normal está alterada; algunos enfermos que se encuentran en estado crepuscular pueden superficialmente dar la impresión de normalidad, pero cuando se observan más de cerca o por más tiempo se encuentra que sufren un estado onírico. En algunos casos estos automatismos adoptan la forma de *fugas,* mientras que en otros el paciente muestra excitaciones repentinas y extremas, inmotivadas, furiosas, y comete actos impulsivos y quizá violentos; estas excitaciones violentas se acompañan frecuentemente de miedo y se conocen como *furor epiléptico,* acompañándose frecuentemente de alucinaciones, especialmente de naturaleza visual, no raramente en forma de visiones de fuego. Los actos de violencia cometidos durante estos furores son muchas veces de naturaleza extraordinariamente brutal, llevando el enfermo su crimen a los extremos más repugnantes. Otras veces, en lugar de miedo puede presentarse un estado de éxtasis con exaltación religiosa. Estos furores se caracterizan por su aparición repentina, ausencia de premeditación o de precauciones, y por amnesia para ellos. El grado extraordinario de discriminación de juicio aparentado hace difícil muchas veces aceptar el hecho de que el autor del crimen no es responsable de sus actos. Generalmente estas alteraciones psíquicas se mantienen durante unos cuantos minutos, pero pueden durar horas y hasta días.

El rasgo distintivo del electroencefalograma en el ataque psicomotor es la presencia de ondas de alto voltaje, lentas y de forma cuadrada, de una frecuencia de cuatro a ocho por segundo.

El siguiente caso ilustra muy bien el tipo de epiléptico que ingresa al hospital de enfermedades mentales.

T. C. es internado en un hospital a la edad de treinta y un años. Fué descrito por su familia como de mal carácter, algo terco e inclinado a vanagloriarse. A los diecisiete años empezó a sufrir ataques leves con pérdida de la conciencia, pero sin movimientos convulsivos generalizados, que tenía dos o tres veces al año, hasta que llegó a los veintisiete, en que empezaron a presentarse una o dos veces al mes. A los veintinueve años los ataques se hicieron más graves, con movimientos convulsivos marcados y períodos más largos de inconsciencia. Debido a que tuvo un ataque en el sitio donde estaba empleado, perdió su puesto en una fábrica de hielo; incapaz de encontrar otro trabajo, el enfermo se volvió algo deprimido, preocupado, irritable, y era difícil "llevarse con él". Los ataques se hicieron más frecuentes y graves. Un día, después de un período de preocupación malhumorada, durante el cual parecía no darse cuenta de la presencia de su mujer, le dijo: "Catalina, hoy lo he hecho bien; he hecho mi fortuna", y agregó: "Llama al médico y al cura; creo que voy a morir". Aquella noche la pasó caminando, hablando de hacerse rico, citando pasajes de las instrucciones de venta publicadas por una compañía a la que había soli-

citado empleo, y sin hacer caso de su medio ambiente. La siguiente noche se puso tan incontrolable, que, a petición de su familia, fué llevado al departamento de policía, y al siguiente día, internado en el hospital del Estado; fué traído a esta institución amarrado, y en la oficina de admisión gritó en voz alta: "Bebí mucho; no necesito a ese tipo. He pensado mucho en ese tipo. Pienso mucho en mi madre. Les dije bastante; dije no, ¡no!". En algunos momentos luchó violentamente para escaparse de los dos ayudantes que lo estaban deteniendo. Cuando se le preguntaba algo, gritaba: "No es nada que le importe".

Cuando se le examinó en el hospital, se encontró que era un individuo alto, desgarbado, de orejas grandes, que hacían prominencia en ángulo casi recto sobre el cráneo, y la conformación de su cara sugería que se trataba de una variante biológica. Permaneció obnubilado durante aproximadamente seis semanas, a veces, aparentemente alucinado, y otras preocupado, silencioso y teniendo que ser alimentado por sonda; otras veces, hablaba en tono alto y enojado. Cuando no estaba en el baño permanente, generalmente se le encontraba en su cuarto, con frecuencia con su rosario colgando de la boca, desnudo, y cuando se le acercaban, decía espontáneamente frases como: "Estoy, estoy tratando de resolver el problema; estoy tratando de encontrar la solución. Escocés, ¡escocés! O mayúscula, ojo por ojo y diente por diente. He tratado de salvar mi alma".

Después de este estado de obnubilación prolongado, el enfermo permaneció bien durante dos meses, en los que sufrió algunos ataques. Cuatro meses después de su admisión, volvió a obnubilarse; a veces estaba estuporoso, a veces excitado, y en varias ocasiones intentó suicidarse. Nueve meses después de su admisión, se le dió de alta bajo palabra a su familia, y durante siete meses permaneció bien, excepción hecha de algunos ataques leves ocasionales. Al final de este período, estando una vez en la iglesia, se levantó repentinamente y empezó a rezar en voz alta; sostuvo un crucifijo por encima de su cabeza, y cuando se le sacó del templo, parecía muy confuso; el enfermo reingresó al hospital, en donde su evolución fué muy semejante a la de su primer ingreso.

Narcolepsia. La narcolepsia se ha descrito frecuentemente como una variedad de epilepsia; sin embargo, probablemente esto no es así y debería considerarse como un tipo clínico especial del grupo de los trastornos del sueño. Se ha observado con mayor frecuencia en los últimos años y en muchos casos se encuentran antecedentes de encefalitis epidémica; en algunos casos, la narcolepsia puede ser una secuela o la continuación de esta enfermedad. La narcolepsia se caracteriza por un deseo repentino e irresistible de dormir. Sin importar la situación en que se encuentre o la actividad a la que esté dedicado, el enfermo se duerme rápidamente. El sueño es aparentemente natural; puede despertarse al enfermo, pero el sueño dura generalmente de unos cuantos segundos a treinta minutos; los ataques pueden ser diarios. Después de que ha despertado, el enfermo dice generalmente que se siente refrescado; el sueño nocturno no se modifica. La narcolepsia es más frecuente en enfermos jóvenes del sexo masculino; no es raro que se acompañe de impotencia sexual, obesidad y linfocitosis. Generalmente se cree que existen alteraciones anatómicas, debidas a encefalitis localizada, traumatismos o tumores, en la substancia gris que rodea al tercer

ventrículo, a nivel de los núcleos de los nervios oculares o en el hipotálamo; puede haber lesiones secundarias de las hipófisis. Sin embargo, se han reportado casos aparentemente psicógenos; muchos consideran la narcolepsia como un síndrome que puede presentarse en varios estados patológicos, y probablemente no constituye una entidad morbosa *sui generis*. Los electroencefalogramas no muestran la disritmia cerebral de la epilepsia; por el contrario, son prácticamente iguales a los observados en el sueño nocturno normal. La narcolepsia no responde a los bromuros, fenobarbital u otros sedantes, pero se controla con sulfato de anfetamina.

Cataplexia. Los ataques paroxísticos conocidos como cataplexia están aparentemente relacionados con la narcolepsia, y son aquellos en los que, bajo la influencia de una excitación emocional, hay un colapso postural de todo el cuerpo. El enfermo pierde repentinamente el poder y el tono de los músculos esqueléticos, se le doblan las rodillas y cae al suelo; muchos pacientes son incapaces de hablar durante el episodio, aunque el conocimiento se conserva completo durante el ataque; especialmente la risa parece provocar el ataque, aunque el enojo, la ansiedad y el malestar parecen actuar de modo semejante. La narcolepsia y la cataplexia son probablemente reacciones asociadas, ya que se han encontrado muchos casos de transición, incluyendo ataques narcolépticos provocados por emociones.

Personalidad epiléptica. Frecuentemente se hace referencia a la llamada personalidad epiléptica. Muchos epilépticos, pero de ninguna manera todos, muestran características anormales de la personalidad; sin embargo, no está justificado afirmar que siempre se encuentra una constelación de rasgos de la personalidad en sujetos con epilepsia, que no se encuentra en otros. Indudablemente que algunos niños epilépticos son irritables, inquietos, hiperactivos, malhumorados, obstinados, hipersensibles, tímidos, y pueden mostrar alteraciones de la conducta tales como mentiras, robos, peleas, anomalías sexuales, crueldad y destructividad. Pero en modo alguno muestran todos los niños epilépticos estas características. Si las presentan se deben probablemente al mal ambiente en el hogar, frustraciones, desprecios, estados de inseguridad, inquietudes constantes y otras dificultades emocionales que se derivan del defecto del niño. Los psiquiatras cuyo contacto con epilépticos adultos se limita a enfermos hospitalizados, generalmente aceptan que el epiléptico tiene una personalidad desagradable, irritable, rígida y egocéntrica, inclinada a la ira en las frustraciones; por otro lado, los médicos que no ven otros epilépticos que los que acuden a sus consultorios particulares observan que sus pacientes no tienen rasgos más anormales que los que manifiestan otras personas sin la enfermedad; sin embargo, es indudable que el enfermo que se siente con una desventaja debida a su padecimiento, que teme que se lo descubran, y que está convencido de que está destinado a ser un miembro anormal de la familia, tiene

períodos de irritabilidad y depresión. El resentimiento le hace sentirse infeliz, y a esto se suma el problema de su adaptación, originándose así las tendencias antisociales; el desaliento y la desesperanza pueden conducir a la limitación de sus intereses y a la lentitud mental. La religiosidad manifestada por algunos epilépticos puede tener su origen en la búsqueda de seguridad, solaz y autoestimación.

Deterioración epiléptica. En cierto número de epilépticos, los horizontes del interés vital se estrechan a medida que continúan los ataques convulsivos; se desarrolla cierta lentitud mental; la atención, los procesos intelectuales y las respuestas emocionales se vuelven progresivamente más obtusas, y disminuyen la comprensión y la memoria. El enfermo sufre de pobreza de ideas, muestra tendencia a recalcar lo trivial tanto como lo importante, expresándose con una prolijidad cargante; no hace caso de los intereses de otros, se vuelve egoísta, emocionalmente satisfecho de sí mismo, jactancioso, perezoso, descuidado en su aspecto y con expresión facial vacía; el lenguaje se vuelve lento y monótono, con escasas variaciones de acento y tono, y su vocabulario se limita. El grado a que llega la demencia, si se presenta, varía grandemente; en los casos extremos esta demencia es profunda y el enfermo vive a un nivel puramente vegetativo, sin interés y sin comunicaciones inteligibles con su medio social. La demencia es un resultado mucho más frecuente en los que sufren la epilepsia desde la primera infancia, que en los que la contraen ya mayores; la deterioración se presenta con menos frecuencia en los enfermos que nacieron mentalmente normales, o cuyos ataques son del tipo del pequeño mal, o del gran mal, pero esporádicos; es más común en enfermos hospitalizados; entre los pacientes no hospitalizados, aproximadamente la tercera parte muestran algún grado de deficiencia mental, aunque sólo aproximadamente en el 10 por ciento es tan importante como para ser inmediatamente evidente.

La deterioración se deriva probablemente, en parte, de las alteraciones cerebrales que son resultado, acompañamiento o causa de las convulsiones; en parte, del efecto tóxico prolongado de las drogas; en grado considerable, como respuesta a los problemas y situaciones que crea la naturaleza misma de la enfermedad. El ostracismo social e intelectual al que frecuentemente es empujado el enfermo, la privación de las ventajas de una educación normal, los sentimientos de inferioridad, desaliento y desesperanza, reducen el campo de sus intereses y conducen a un empobrecimiento de la personalidad.

DIAGNOSTICO

Si es visto por el médico, o por un observador experimentado, el diagnóstico del gran mal típico, con su pérdida de la conciencia, contracciones tónicas, cianosis, movimientos convulsivos clónicos separados por intervalos de duración gradualmente creciente, respiración estertorosa, quizá actividad automática, estupor y embotamiento, es relativamente fácil. En el caso del pequeño mal o de un ataque atípico e incompletamente desarrollado, el diagnóstico puede ser difícil. Debe preguntarse por antecedentes de migraña, ataques con pérdida del conocimiento, e indagar si cualquier trastorno de la conciencia se ha acompañado de mordedura de lengua, relajación de esfínteres, o lesiones de otro tipo. Si es observado por el médico, la comprobación de pupilas dilatadas y fijas, pérdida del reflejo corneano y presencia del reflejo de Babinski, pueden confirmar la sospecha acerca de la naturaleza epiléptica del paroxismo.

El electroencefalograma es de ayuda para establecer el diagnóstico, pero las pruebas proporcionadas por él deben ser complementadas por la observación clínica; debe recordarse que aproximadamente el 5 por ciento de las personas que nunca sufren convulsiones de ningún tipo muestran disritmia menor en el EEG, y que ocasionalmente el EEG de tales personas puede ser característico de los registros hechos en epilépticos entre los ataques; esto es particularmente cierto en los parientes de los epilépticos. En casos raros, un epiléptico con ataques clínicos claros puede, en los intervalos entre los ataques, mostrar un EEG completamente normal. Se estima que nueve de cada diez personas que muestran trastornos de cualquier tipo de la conciencia con EEG positivo son epilépticas.

Histeria. Los enfermos histéricos, con ataques parecidos a la epilepsia, tienen generalmente electroencefalogramas normales; los ataques del histérico se presentan en presencia de otros y frecuentemente persiguen alguna ganancia evidente o el logro de cierta ventaja con el paroxismo; el histérico raramente se lesiona durante el ataque; debe recordarse el modo de ser del histérico, con su tendencia a las actitudes histriónicas y a la simulación de síntomas. Aunque puede haber el antecedente de una perturbación emocional inmediatamente anterior al ataque epiléptico, cualquier aparato dramático del ataque debe hacer pensar en la histeria; el ataque histérico es generalmente grotesco en sus manifestaciones, no tiene la "marcha" característica de las fases que se ve en la epilepsia verdadera, no se acompaña de los signos oculares descritos en el párrafo anterior, de incontinencia de esfínteres, de signo de Babinski o de pérdida de la conciencia tan profunda. En la histeria nunca hay mordedura de la lengua como en la epilepsia.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

El médico de hospital puede adquirir un punto de vista demasiado pesimista en relación con el pronóstico de la epilepsia. Un gran por ciento de

los enfermos vistos por un médico privado no sufren ninguna deterioración, o muy ligera. Esto no quiere decir que la epilepsia esencial no sea un complejo sintomático grave, en el que el pronóstico siempre debe ser reservado, y en muchos casos absolutamente desfavorable. El pronóstico es generalmente más desfavorable si empieza en la infancia o después de los veinticinco años de edad; es mejor si el enfermo se encuentra entre los catorce y los veinticinco años (Hodskins). El pronóstico en relación con la curación es peor en el pequeño mal que en el gran mal, pero, en contra de la opinión general, la vida mental no sufre tanto en el pequeño mal. Existe la impresión de que si los ataques se han presentado durante más de cinco años, el pronóstico de que cesen es malo; el pronóstico depende, en una extensión considerable, de la precocidad del diagnóstico y del tratamiento. Tanto la frecuencia como el grado de deterioración varían grandemente, pero tienden a ser influídas por la edad de principio, la frecuencia de los ataques y el esfuerzo hecho para mantener el interés y una ocupación saludable, constructiva, satisfactoria y altruista. En muchos casos, los ataques mismos pueden ser controlados, pero el enfermo es incapaz de adaptarse con éxito desde los puntos de vista social y económico. La desventaja emocional producida por actitudes defectuosas, como vergüenza o protección exagerada por parte de la familia del enfermo, pueden obrar en contra de la curación. En sus formas más malignas, la deterioración puede progresar hasta que el enfermo vive a un nivel esencialmente vegetativo. Unos cuantos enfermos se vuelven psicópatas y es necesario atenderlos en un hospital para enfermedades mentales.

Deterioración neurosomática. Hodskins y Yakovlev han demostrado que en ciertos casos crónicos y deteriorados pueden aparecer alteraciones neurológicas progresivas, especialmente del sistema motor extrapiramidal. Las modificaciones del tono muscular y de la postura son rasgos salientes de un complejo sintomático hipertónico-aquinético. Ellos consideran que hay algún proceso anatómico subcortical responsable de esta deterioración neurosomática, y encontraron que conforme se desarrollan los síntomas extrapiramidales los ataques tienden a disminuir.

TRATAMIENTO

Cuidados generales. Aunque sin negar de ninguna manera su significado siniestro, puede decirse que la profesión médica debería modificar su actitud fatalista en relación con el síndrome epiléptico. En una minoría de casos, la epilepsia conduce a un empobrecimiento devastador de la personalidad, pero con mucha mayor frecuencia no es incompatible con el desenvolvimiento del enfermo como un ciudadano normal. La desventaja social está fuera de toda proporción con la seriedad de la enfermedad.

Una de las reglas fundamentales del tratamiento es el mantenimiento de la salud física óptima. Las actividades físicas y mentales deben ser alentadas, especialmente las que ofrecen una combinación de ejercicio muscular, interés intelectual y placer; los niños no deben ser objeto de excesivas precauciones y protección exagerada; deben evitarse peligros innecesarios, pero la seguridad no debe lograrse sacrificando una participación activa en la vida. Debe insistirse en la liberación de tensiones emocionales o de otros tipos psíquicos, y en la promoción de una vida normal, dentro de los límites de la dotación psicobiológica del enfermo; debe dársele oportunidad para que desarrolle una correcta estimación de sí mismo y despliegue sus capacidades. Muchos epilépticos tienden a soñar despiertos y a caer en una disipación ociosa que aumenta la frecuencia de sus ataques y acelera la deterioración. El epiléptico debe ser alentado a planear su propio trabajo, estudio y actividades; el trabajo sostenido es con frecuencia un hábito difícil de establecer, pero de gran importancia.

Con demasiada frecuencia se ha impuesto una restricción innecesaria en la dieta del epiléptico; ordinariamente, debe comer la misma comida que los otros miembros de la familia; la cantidad de alimento debe ser moderada, y debe evitar el alcohol. Antes se creía que una dieta cetógena, o que provocara la formación de ácidos cetónicos, reduciría la frecuencia de los ataques. Tal dieta es monótona y cara, y no se ha encontrado que sea efectiva en los adultos; sin embargo, más de la tercera parte de los niños epilépticos son aliviados con ella. Se trata de una dieta rica en grasas y pobre en proteínas e hidratos de carbono; por lo tanto, los alimentos principales son tocino, mantequilla, crema, aceite de oliva y yema de huevo; en lugar de azúcar se usa sacarina. Con frecuencia es difícil obtener la cooperación del niño, al que debe tenérsele suficiente confianza como para saber que no va a comer alimentos prohibidos.

Tratamiento con drogas. Durante más de sesenta años los *bromuros*, sugeridos por primera vez en 1857 por Sir Charles Locock, constituyeron la forma principal de medicación. Aunque substituídos en gran parte por drogas más nuevas, todavía tienen un valor evidente en el tratamiento de la epilepsia, especialmente cuando otras han sido inefectivas o han producido síntomas tóxicos. No ofrece ventajas combinar las distintas sales de bromuro; debido a que la sal de sodio es menos amarga y menos irritante que las otras, quizá debe preferirse. La dosis común es de un gramo tres veces al día, después de las comidas. Debido a que en la sangre se mantiene una relación recíproca entre los cloruros y los bromuros, la cantidad de sal de mesa de la dieta del epiléptico que está recibiendo bromuros debe ser menor que la normal.

Los enfermos que reciben bromuros deben ser vigilados para evitar síntomas tóxicos; una de las manifestaciones más comunes es una erupción

parecida al acné, en la cara y en la espalda, cuya aparición se evita o se reduce administrando 0.20 c.c. de licor de arsenito de potasio; otros síntomas tóxicos pueden ser entorpecimiento mental, confusión y otras manifestaciones mentales descritas en el Capítulo XIII. Los síntomas tóxicos aparecen fácilmente cuando la concentración de bromuro en la sangre sobrepasa 150 mgr. por 100 c.c. de suero.

El *fenobarbital,* o luminal (ácido feniletilbarbitúrico), que fué recomendado por primera vez por Hauptmann en 1912, es una de las drogas más ampliamente usadas para elevar el umbral convulsivo del epiléptico; la dosis usual es de 0.10 gramos una vez al día; si las convulsiones son nocturnas puede administrarse a la hora de acostarse, y si son diurnas, puede tomarse en la mañana. Si los ataques son frecuentes y graves el enfermo puede tomar el medicamento tres veces al día. Hasta las dosis ordinarias pueden producir somnolencia al principio de su uso, pero este efecto desaparece generalmente en unas cuantas semanas. Las dosis tóxicas pueden producir apatía, entorpecimiento mental, ataxia, lentitud en el lenguaje y debilidad muscular; la suspensión repentina de su uso conduce comúnmente a un aumento en el número de ataques y hasta a un estado de mal epiléptico. El fenobarbital posee su mayor valor en los ataques de gran mal; es de poco valor en el pequeño mal, que generalmente se trata con tridione.

En 1938 Merrit y Putnam introdujeron el difenil-hidantoinato de sodio, conocido generalmente como *dilantin sódico,* un anticonvulsivante que ha demostrado ser de gran valor. Como no es hipnótico, no produce somnolencia, tan frecuente en el caso del fenobarbital; la dosis usual es de una cápsula de 0.10 gramos tres veces al día, dosis que puede aumentarse un poco para controlar los ataques en caso necesario. Es la más eficaz de las drogas antiepilépticas para las crisis psicomotoras, y puede ser efectiva en el gran mal en algunos casos en que el fenobarbital ha fracasado. Administrado en cantidades tóxicas, el dilantin sódico produce trastornos gástricos, que generalmente cesan después de una o dos semanas de tratamiento; con menor frecuencia causa mareos, ataxia, temblor, nistagmus, diplopia, somnolencia e hiperplasia de las encías. La suspensión completa y repentina puede provocar estado epiléptico. [1]

El trimetil-oxazolidin dione, introducido en 1945 bajo el nombre comercial de tridione, produce resultados satisfactorios en el tratamiento del pequeño mal; se prepara en cápsulas que contienen 0.30 gramos, y se administra en dosis de 0.90 a 1.80 gramos al día. Puede producir síntomas tóxicos en forma de erupciones de la piel, fotofobia, visión borrosa, somnolencia, mareos y dolor de cabeza; se han reportado muertes consecutivas la acción tóxica del tridione sobre los elementos hematopoyéticos de la médula ósea (agranulocitosis). El tridione, administrado solo o en combinación con fenobarbital o dilantin, es con frecuencia efectivo en el control de las crisis psicomotoras.[2]

[1] *N. del T.* En los últimos años se ha utilizado otro cuerpo del grupo de las hidantoinas, llamado mesantoina (3-metil-5, 5-fenil-etil-hidantoina), que parece ser menos tóxico y de gran poder anticovulsivante. Se administra en dosis de 0.3 a 0.6 grm. diariamente.

Debido al peligro de que se presente estado de mal epiléptico, las drogas anticonvulsivantes no deben ser suspendidas bruscamente; en caso de que este estado se desarrolle, hay que administrar de 0.30 a 0.70 gramos de fenobarbital sódico soluble por vía intravenosa, que puede repetirse después de seis horas en caso necesario. Si el estado se prolonga, puede administrarse una solución al 5 ó 10 por ciento de glucosa lentamente por vía intravenosa, para mantener el balance líquido; con frecuencia se recomienda la punción lumbar.

En los casos de ataques secundarios a la formación de cicatrices meningocerebrales consecutivas a traumatismos o infecciones, algunas veces se ha obtenido éxito por medio de la extirpación quirúrgica de la cicatriz (Penfield), practicando la escisión a partir del tejido cerebral normal adyacente. La extirpación no debe dejar tejido dañado y, cuando sea factible, debe penetrar al ventrículo para dejar un espacio lleno de líquido.

El sulfato de benzedrina parece ser la droga de mayor valor en los síndromes narcolépticos y catapléxicos.

Recientemente se ha sugerido un tratamiento de la epilepsia por medio de ataques provocados con electrochoque, en condiciones controladas de tiempo y lugar. La frecuencia de los ataques provocados depende del ritmo que tengan las crisis de gran mal en cada enfermo. Generalmente el tratamiento consiste en provocar dos ataques a la semana durante dos o tres meses, y después una vez cada siete a diez días. Este tratamiento debe ser aplicado como una forma de terapéutica continua de substitución, ya que sus efectos son transitorios.

Debido a los peligros a que está expuesto el epiléptico debe ser vigilado de los riesgos manifiestos, ambientales y ocupacionales. Debe recordarse que ocasionalmente un epiléptico, que sufre convulsiones nocturnas, puede ahogarse al apretar la cara contra la almohada durante el ataque.

[2] *N. del T.* Ultimamente se ha descubierto un derivado del tridione, llamado paradione (3, 5-dimetil-5etiloxazolidin-2, 4-diona), con propiedades semejantes para el tratamiento del pequeño mal. La dosis para adultos es de 0.90 grm. al día. En muchas ocasiones, las crisis de pequeño mal responden bien al tratamiento con ácido glutámico en dosis altas (4 a 8 grm. al día), y este producto carece de toxicidad.

REFERENCIAS

Adrian, E. D., y Yamagiwa, K.: The Origin of the Berger Ryhthm. Brain, *58:* 323–351, 1935.

Association for Research in Nervous and Mental Diseases, vol. VII: Epilepsy and the Convulsive State. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1931.

Berger, H.: Ueber das Elektronkephalogram des Menschen, Arch. f. Psychiat., *87:* 527–570, 1929.

Caplan, Gerald: Electrical Convulsion Therapy in Epilepsy. J. Ment. Sc. *92:* 784, 1946.

Cobb, Stanley: Causes of Epilepsy. Arch. Neurol. & Psychiat., *27:* 1245–1263, 1932.

Denny-Brown, D.: The Clinical Aspects of Traumatic Epilepsy. Am. J. Psychiat., *100:* 585–592, 1944.

Foerster, O.: The Motor Cortex in Man in the Light of Hughlings Jackson's Doctrines. Brain, *59:* 135, 1936.

Fox, J. T.: Social Aspects of Epilepsy. Lancet, *1:* 775, 1947.

Gélineau, J. B. E.: De la narcolepsie. Gazette des hopiteaux, *53:* 626–628, 1880.

Gibbs, F. A., y Gibbs, E. L.: Atlas of Electroencephalography. Cambridge, Mass., L. A. Cummings Co., 1941.

———, ———, y Lennox, W. G.: Cerebral Dysrhythmias of Epilepsy. Arch. Neurol. & Psychiat., *39:* 298–314, 1938.

———, Lennox, W. G., y Gibbs, E. L.: Inheritance of Cerebral Dysrhythmia and Epilepsy. Arch. Neurol. & Psychiat., *44:* 1155–1183, 1940.

———, Merritt, H. H., y Gibbs, F. A.: Electroencephalographic Foci Associated in Epilepsy. Arch. Neurol. & Psychiat., *49:* 793–801, 1943.

Gill, A. W.: Idiopathic and Traumatic Narcolepsy. Lancet. *1:* 585–592, 1944.

Hodskins, M. B., y Yakovlev, P. I.: Neurosomatic Deterioration in Epilepsy. Arch. Neurol. & Psychiat., *23:* 986–1031, 1930; *27:* 113–137, 1932.

Jasper, H. H., y Kershman, John: Electroencephalographic Classification of the Epilepsies. Arch. Neurol. & Psychiat., *45:* 903–943, 1941.

———, y Penfield, W.: Electroencephalograms in Post-traumatic Epilepsy. Am. J. Psychiat., *100:* 365–377, 1943.

Lennox, W, G.: Science and Seizures, 2ª ed. New York, Harper & Brothers, 1941.

———: The Drug Therapy of Epilepsy. J.A.M.A., *114:* 1347-1354, 1940.

———: Amnesia, Real and Feigned. Am. J. Psychiat., *99:* 732-743, 1943.

———: The Genetics of Epilepsy. Am. J. Psychiat., *103:* 457, 1947.

———: Tridione in the Treatment of Epilepsy, J.A.M.A., *134:* 138, 1947.

Merritt, H. H., y Putnam, T. J.: Sodium Diphenyl Hydantoinate in the Treatment of Convulsive Disorders. J.A.M.A., *111:* 1068–1073, 1938.

Penfield, Wilder, y Erickson, T. A.: Epilepsy and Cerebral Localization. Springfield, Illinois, C. C. Thomas, 1941.

Price, J. C., y Putnam, T. J.: The Effect of Intrafamily Discord on the Prognosis of Epilepsy. Am. J. Psychiat., *100:* 593–597, 1944.

Putnam, T. J.: Convulsive Seizures: A Manual for Patients, Their Families and Friends. Philadelphia, J. B. Lippincott, 1943.

Taylor, James: Selected Writings of John Hughlings Jackson. London, Hodder and Stoughton, 1931.

Temkin, Oswer: The Falling Sickness. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1945.

CAPÍTULO XVIII

PSICOSIS SENILES

La duración de la vida del hombre ha aumentado de cuarenta años que era en 1890, a aproximadamente sesenta y cinco en la época actual; por consiguiente, ahora llegan más personas que antes a la edad senil. En 1942, el promedio de primeras admisiones de personas que sufren demencia senil en los hospitales mentales de Nueva York, se duplicó con relación a 1920, y el aumento en otros Estados es semejante.

Cierta disminución gradual de la energía, declinación de la sensibilidad, decadencia de la iniciativa y de la imaginación creadora, disminución de los intereses, un grado discreto de egocentrismo y alguna desviación de la personalidad, deben ser considerados como procesos involutivos normales que actúan conforme pasa el tiempo; la soledad, el descontento, el aislamiento y la falta de adaptabilidad contribuyen a éstas y otras alteraciones mentales; factores tanto biológicos como socio-psicológicos coadyuvan a las modificaciones de la personalidad en la vejez. A partir de estas ligeras alteraciones mentales seniles hay una escala continua que llega hasta el empobrecimiento extremo de los recursos mentales que caracteriza a la demencia senil; la línea divisoria es sólo una cuestión de criterio individual.

Con mucha frecuencia, la demencia senil se encuentra en individuos que han llevado una vida retraída durante mucho tiempo; la persona de disposición alegre, que mantiene contacto con el mundo externo, parece escapar más fácilmente a la demencia en la senilidad. Desde hace mucho se ha reconocido que los entretenimientos psíquicos saludables pueden retardar la senilidad mental; en uno de sus famosos diálogos, Cicerón dijo: "Los hombres viejos retienen su intelecto bien conservado si mantienen sus mentes activas y bien empleadas".

Anatomía patológica. En la senilidad normal se observan lesiones anatómicas nerviosas cualitativamente semejantes a las encontradas en la demencia senil; no ha sido posible establecer diferencias cuantitativas importantes que expliquen por qué algunos viejos sufren demencia y otros no; hay muchos factores desconocidos en la producción de la demencia senil, que no son sólo resultado de la edad avanzada, sino también de naturaleza constitucional predisponente.

La anatomía patológica macroscópica de la demencia senil se caracteriza por la atrofia cerebral; el peso del cerebro puede disminuir en 150 ó 200

gramos. La atrofia es mayor en los lóbulos frontales, en donde los surcos profundos y las circunvoluciones adelgazadas le dan al encéfalo una apariencia arrugada; los ventrículos están dilatados y el epéndimo muestra excrecencias granulosas; al corte, la substancia gris está menos atrofiada que la blanca.

Una de las alteraciones histopatológicas más importantes es la reducción en el número de células. Otros elementos celulares muestran lesiones atróficas y degenerativas. En algunos casos, la proliferación de la neuroglia puede desordenar la estratificación cortical; hay numerosas células con la alteración fibrilar de Alzheimer, que consiste en el engrosamiento de las neurofibrillas, que se tiñen con plata, y forman haces en marañas intrincadas y espirales. Aunque estas alteraciones fibrilares se presentan más frecuentemente en las psicosis senil y presenil, pueden aparecer independientemente de la edad avanzada.

Dispuestas de manera regular en toda la corteza se encuentran áreas de densificación, que se tiñen profundamente con plata, y que fueron descritas por Blocq y Marinesco en 1892, conocidas como placas seniles, "las marcas negras del encéfalo viejo". Con el objetivo de pequeño aumento pueden encontrarse de 10 a 100 por campo, tienen de 20 a 60 micras de diámetro, y se encuentran repartidas tanto en la corteza como en los núcleos grises centrales; aunque no existe una lesión que pueda ser llamada típica de la senilidad, estas placas son el hallazgo más frecuente, pero pueden encontrarse en el cerebro senil, en ausencia de cualquier demencia. La histogénesis de estas placas es todavía desconocida y los patólogos no se han puesto unánimemente de acuerdo sobre su interpretación. No siempre existe correlación entre el grado de alteración histológica y el grado de deterioración intelectual.

Siendo una enfermedad de gentes de edad avanzada, las alteraciones seniles del encéfalo se acompañan muy frecuentemente de esclerosis de las arterias cerebrales; aunque la presencia simultánea de estos dos procesos es más frecuente que su existencia aislada, cuando menos teóricamente deben ser considerados como procesos independientes; clínicamente, es común que sea difícil decidir cuál es el más importante en la producción de los síntomas en un caso dado.

Síntomas. La transición de la senilidad corriente a la demencia senil es generalmente gradual y cualquier decisión acerca de cuándo se pasa la línea divisoria imaginaria es con frecuencia arbitraria. La reducción en la ambición y en la actividad, el aumento en el tiempo y en el esfuerzo necesarios para ejecutar deberes familiares, la dificultad progresiva para adaptarse a las nuevas circunstancias, la disminución del interés por ideas y puntos de vista nuevos y la tendencia a las reminiscencias y a la repetición, apenas si pueden considerarse como signos de demencia senil, y sin embargo

pasan imperceptiblemente a la indigencia mental y a la regresión de la personalidad. Las enfermedades físicas o los trastornos emotivos graves pueden acelerar la deterioración mental.

Es raro que los síntomas de disminución de la capacidad mental sean lo suficientemente marcados como para permitir el diagnóstico de demencia senil antes de los sesenta años de edad. La impresionabilidad disminuída, el descenso en la agudeza de la percepción y la pérdida de interés hacia el medio ambiente y acontecimientos presentes predisponen a la pérdida de memoria para hechos recientes, que frecuentemente sirve como el criterio clínico más precoz para el diagnóstico. La limitación de las ideas y la disminución de la capacidad de pensamiento abstracto aparecen generalmente tan pronto como pueden hacerlo también la indiferencia para las ceremonias y cortesías de la vida social. Los enfermos se duelen de que se les considere como estorbos por las personas más jóvenes y pueden quejarse de que no se les hace caso; los afectos naturales se vueleven obtusos y pueden transformarse en odio; hay cierta tendencia a la soledad. Los sentimientos altruístas se pierden pronto, mientras que los envidiosos y egoístas se intensifican y, como los institivos, pueden manifestarse crudamente. La irritabilidad es común, sea como expresión de tendencias egocéntricas o como una reacción de defensa a la pérdida de la memoria. Las actividades sexuales exageradas o las indecencias sexuales no representan en general sólo un debilitamiento de las inhibiciones, sino que, del mismo modo que las ideas falsas, absurdas y frecuentes, de infidelidad conyugal, constituyen un esfuerzo defensivo de compensación psicológica de la disminución de una función fundamental. Algunos viejos se vuelven descuidados en sus hábitos de limpieza y vestido; el orgullo de la apariencia personal se olvida. Algunas veces hay tendencia a ser desconfiados, entrometidos y suspicaces; las exageraciones y caricaturas de la personalidad indican sus tendencias previas.

Aunque no es raro que se presenten en algún grado, estas regresiones de la personalidad son menos constantes y menos progresivas que la disminución de funciones más estrictamente psíquicas. Acompañando, y a veces hasta precediendo, a la amnesia, hay cierta tendencia a las remembranzas, con un tema característicamente personal; conforme la memoria de la vida reciente desaparece cada vez más del pensamiento, los límites del recuerdo se alejan más y más hasta que el enfermo, perdida su capacidad para asimilar nuevas ideas y experiencias, llega a vivir en un pasado distante, con frecuencia en épocas de su infancia. El paciente puede hablar de sus padres o abuelos como si todavía vivieran, y con frecuencia confunde a las personas; cualquier recuerdo de los acontecimentos más sencillos de la vida reciente puede perderse. La orientación es defectuosa, y en su confusión el enfermo puede caminar lejos y perderse. El juicio disminuye; no se reconocen los peligros del tránsito o algunas otras situaciones; frecuentemente olvida dón-

de ha colocado objetos y acusa a otras personas de haberlos robado; el paciente puede dejar el mechero de gas ardiendo, y es descuidado con los cerillos y el fuego; puede ser víctima de personas sin escrúpulos, especialmente si sus engaños incluyen halagos a la vanidad del enfermo, ya sea respecto de su competencia o en materia sexual. Muchos están inquietos en la noche y vagan por la casa o se dedican a actividades sin sentido, quizá destructivas, de manera confusa; por otra parte, durante el día el enfermo duerme la mayor parte del tiempo. Es común que acumulen artículos sin valor; el enfermo lleva los bolsillos llenos de objetos inútiles o los oculta celosamente en algún lugar escondido. Las alucinaciones no son raras y en algunos casos hay ideas delirantes absurdas.

Síntomas físicos. Físicamente, el enfermo presenta, en general, signos salientes de senilidad; la piel es delgada, atrófica y arrugada; los sentidos especiales pierden su agudeza, hay descenso de peso, los músculos se adelgazan, la marcha se vuelve torpe, arrastrando los pies; la voz es áspera y el lenguaje lento; hay temblor de manos y cabeza, y la escritura es temblorosa. La esclerosis de las arterias cerebrales, coexistente con frecuencia, da lugar a dolores de cabeza, mareos y a las alteraciones pasajeras y focales que se presentan en los accidentes vasculares.

Tipos clínicos. Se describen diferentes tipos clínicos, como deterioro simple, formas deliriosas y confusas, deprimidas y agitadas, paranoide y presenil, pero con demasiada frecuencia se mezclan de tal modo que la inclusión en cualquier grupo particular de un caso dado es arbitraria.

La *deterioración simple* es la forma más frecuente de psicosis senil, y se caracteriza principalmente por disminución progresiva de la memoria, estrechamiento de los intereses, pérdida de la iniciativa, lentitud de pensamiento, apatía, irritabilidad e inquietud nocturna. Los contactos con el medio ambiente son cada vez menores y finalmente puede desarrollarse un estado vegetativo estuporoso ligero.

La naturaleza del tipo *delirioso y confuso* está indicada por su nombre; el principio de esta reacción es relativamente agudo y puede acompañar a numerosas enfermedades mentales; el enfermo está perplejo, desorientado e inaccecible; la conciencia está obnubilada, las alucinaciones son frecuentes y el insomnio es marcado; el enfermo está inquieto, indócil y puede agotarse.

El tipo *agitado y deprimido* exhibe no sólo pérdida de la memoria y, alternativamente, empobrecimiento intelectual, sino también una marcada egocentricidad, agitación persistente e ideas hipocondríacas, nihilistas o melancólicas.

El tipo *paranoide* se distingue por la importancia de las ideas delirantes, que muy frecuentemente son de naturaleza persecutoria; casi siempre expresan quejas de malos tratos. Este tipo se presenta generalmente

en personas cuya personalidad prepsicótica se ha caracterizado por insatisfacción, proyección y otros mecanismos de defensa; conforme su substrato físico sufre las alteraciones degenerativas de senilidad, la personalidad ya no es capaz de enfrentarse a sus problemas y se exageran sus mecanismos previos de compensación y defensa; las creencias delirantes falsifican la realidad para proteger a la personalidad y mantener la autoestimación. Puede no haber pérdida de la memoria o ser relativamente insignificante durante largo tiempo; conforme aparece la disminución de la memoria pueden extenderse las ideas delirantes y acentuarse las reacciones emocionales defensivas, en un intento para compensar la alteración psicobiológica adicional. De manera simultánea al empobrecimiento del juicio, las ideas delirantes se vuelven más absurdas, en parte debido a que las creencias ya no están sujetas a ninguna crítica, y en parte porque la personalidad desintegrada requiere más creencias fantásticas para poder sostenerse. Las alucinaciones y las ilusiones se presentan más frecuentemente que en ningún otro tipo de psicosis senil; la conciencia no está perturbada y la orientación permanece generalmente intacta. De los distintos tipos mencionados de psicosis senil, la forma paranoide aparece como el más claramente diferenciado. Las transiciones y las mezclas de los varios tipos descritos son comunes.

Presbiofrenia. El tipo presbiofrénico se caracteriza principalmente por un defecto de la retención con confabulación; es discutible si constituye un tipo especial; más bien debería ser considerado como una forma algo precoz de demencia senil con ciertos síntomas clínicos. Se presenta un poco más frecuentemente en mujeres que en hombres; generalmente se encuentra que la personalidad premórbida se caracterizó por alegría, actividad enérgica, cierta vivacidad y buena adaptabilidad. La personalidad previa se conserva muy bien y el enfermo continúa manifestando una respuesta emocional cálida, pero con tendencia a vacilar entre afabilidad e irritabilidad. La mayoría de los presbiofrénicos son individuos locuaces, con la atención aparentemente alerta. Sin embargo, cuando se les habla, compruébase que están completamente desconectados del medio ambiente. La impresionabilidad y la rentención son defectuosas, y la memoria está muy disminuída. Sin darse cuenta en absoluto de su falta de memoria, el enfermo suple las deficiencias con confabulaciones, aceptando de buen humor y exagerando hasta presentar como hechos las invenciones que le son sugeridas; las contradiciones absurdas y y las repeticiones le pasan inadvertidas. Muchos presbiofrénicos están constantemente ocupados en una actividad inquieta, improductiva y a veces hasta destructiva; con cierto entusiasmo, como si estuviera consagrado a su quehacer habitual, el enfermo desarregla o destruye su cama. Las fabulaciones y las alteraciones de la memoria sugieren el síndrome de Korsakoff, pero la edad del enfermo, el principio gradual, la locuacidad complaciente, la de-

terioración progresiva y la ausencia de síntomas neuríticos sirven para diferenciar la presbiofrenia de la psicosis de Korsakoff.

Enfermedad de Alzheimer. En 1906, Alzheimer describió el caso de una mujer que murió a los cincuenta y un años de edad, después de una demencia de evolución más bien rápida, y en cuyo cerebro se encontraron lesiones importantes que consistían en la presencia de unas estructuras en forma de bucles enmarañados que acupaban casi todo, o todo, el cuerpo de muchas células nerviosas corticales. Estas alteraciones fibrilares pueden afectar hasta la cuarta parte de las neuronas, aunque actualmente se sabe que no están limitadas a esta enfermedad, sino que pueden observarse en la demencia senil y aun en los cerebros de los viejos normales. Otra alteración histopatológica que existe prácticamente siempre, es la presencia de placas seniles con el centro amorfo y homogéneo; estas placas son más frecuentes en la corteza frontal y en el asta de Ammon. En la enfermedad de Alzheimer, la degeneración cortical es difusa y hay una extensa pérdida de neuronas con desorganización de la citoarquitectura normal.

Comienza generalmente entre los cincuenta y los sesenta años de edad, aunque en ocasiones se ha observado más precozmente. La enfermedad empieza insidiosamente, con pérdida de la memoria, especialmente de palabras; la pronunciación es difícil, el lenguaje hablado es poco comprensible y se cometen equivocaciones al leer o escribir. El enfermo comete errores en los detalles rutinarios de su vida cotidiana, olvida palabras y con frecuencia tiene trastornos de lenguaje. Una alteración no rara es la perseveración del lenguaje en forma de logoclonía. En los casos avanzados de la enfermedad, el lenguaje se convierte en una jerga incoherente, sin formación de frases; puede haber períodos prolongados de hiperactividad sin reposo, ansiedad y depresión, y apraxia, agnosia y debilidad transitoria, hemipléjica o parapléjica; son comunes los ataques epilépticos y los síncopes. La hipertonicidad de los musculos es frecuente y en las fases finales puede haber contracturas de las extremidades; en este período el enfermo está extremadamente demenciado, no tiene ningún contacto con su medio ambiente y está reducido a una existencia meramente vegetativa. La duración media de la enfermedad es de cinco a diez años. La evolución puede estar caracterizada por remisiones.

Aunque clínicamente la enfermedad de Alzheimer puede ser considerada como una demencia presenil, poco se sabe acerca de los factores que la causan. El diagnóstico diferencial con la enfermedad de Pick es frecuentemente difícil; ciertos hechos diferenciales serán mencionados en la discusión de este último trastorno.

Enfermedad de Pick. Esta forma rara de demencia presenil, que fué descrita por primera vez por Pick, de Praga, en 1892, se debe a atrofia y gliosis de las áreas de asociación; las áreas motoras, sensitivas y de proyección están relativamente indemnes. Varias comunicaciones de casos múltiples en una familia sugieren que la enfermedad es un trastorno heredodegenerativo.

Las lesiones se encuentran en las áreas corticales que son relativamente más jóvenes filogenéticamente, áreas relacionadas con funciones altamente diferenciadas de asociación. Los mecanismos del lenguaje y del pensamiento están, por lo tanto, especialmente afectados. Se ha sugerido que la enfermedad es un envejecimiento prematuro y localizado de las neuronas, un proceso senil limitado a áreas filogenéticamente más jóvenes. La sintomatología clínica es el resultado de la combinación de los procesos difusos y localizados. La mayoría de los casos se han observado entre personas de cuarenta y cinco a sesenta años de edad, y el más jóven ha sido de treinta y uno. Algunas áreas locales del cerebro pueden estar profundamente atrofiadas, y el peso total del encéfalo ser de menos de 1000 grm. (el cerebro normal del hombre caucásico pesa 1340 grm.).

Microscópicamente, las lesiones son de naturaleza degenerativa y no inflamatoria; generalmente hay un desarreglo de la disposición en capas de la citoarquitectura de las circunvoluciones atróficas; la cromatolisis de las células nerviosas es marcada, con desaparición progresiva de la substancia cromática, el núcleo es pálido, está desplazado hacia la periferia y las granulaciones se pierden. La desaparición de neuronas es marcada, y muchas de las que quedan están hinchadas y muestran granulaciones argentófilas; hay hipertrofia de la neuroglia, y la microglia muestra aspecto tumefacto con gotitas de grasa relativamente abundantes. Raramente se encuentran placas seniles y alteración fibrilar de Alzheimer, que frecuentemente se presentan en la demencia senil y en la enfermedad de Alzheimer. La substancia blanca se atrofia precozmente.

La enfermedad de Pick es dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Entre los síntomas más precoces se encuentra la disminución insidiosa de la capacidad intelectual, dificultades en el pensamiento y en la concentración, y embotamiento emocional; se pierden la iniciativa y la espontaneidad. Los síntomas afásicos y apráxicos aparecen tempranamente. El enfermo se vuelve aturdido y es incapaz de enfrentarse a situaciones nuevas. La memoria relacionada con la ejecución de tareas concretas normales está relativamente bien conservada, pero la capacidad de comportamiento abstracto está seriamente alterada; por lo general, la demencia se establece completamente en un año; se pierde la iniciativa, se reduce la producción mental, la atención sufre, y el enfermo se vuelve taciturno e indiferente. Algunos enfermos muestran alegría eufórica, mientras que otros son irritables, deprimidos y suspicaces. La apraxia, la alexia, la agrafia o la afasia, son síntomas focales comunes durante un tiempo, porque después son borrados por la demencia generalizada; el enfermo puede tener difi-

cultades para nombrar objetos, aunque recuerda su uso y propiedades. Una característica importante de esas afasias es que son de principio gradual más que repentino y que los enfermos no presentan la logorrea espontánea que frecuentemente se encuentra en la afasia debida a alteraciones vasculares. No son raras la ecolalia y las reacciones estereotipadas; las pupilas, los reflejos tendinosos y el líquido céfalorraquídeo no están modificados.

Conforme progresa la enfermedad el paciente se vuelve asténico, confinado a la cama y casi sin movimiento; la demencia se hace extrema, hay incontinencia de esfínteres, la capacidad para hablar prácticamente desaparece, la caquexia es marcada y el enfermo generalmente muere de alguna infección intercurrente en cuatro a seis años.

Diagnóstico. La diferenciación clínica de esta enfermedad de la de Alzheimer es extremadamente difícil. La edad de principio, la evolución lentamente progresiva y la deficiencia intelectual son semejantes en ambas enfermedades. Las convulsiones y las rigideces musculares son raras en la enfermedad de Pick; la perseveración y la logoclonía son comunes en la enfermedad de Alzheimer y raras en la de Pick; la impulsividad motora y la agresividad son más comunes en la enfermedad de Alzheimer; la indiferencia es común en la enfermedad de Pick, y la ansiedad, en la de Alzheimer. La disminución de la memoria parece presentarse antes en la enfermedad de Alzheimer, y en las fases avanzadas de esta última enfermedad, la memoria puede estar prácticamente extinguida, mientras que en la enfermedad de Pick se conserva parte de ella. Los estudios encefalográficos en la enfermedad de Pick muestran agrandamiento de los ventrículos y colecciones de aire en las regiones frontal y temporal, mientras que en la de Alzheimer, las colecciones se encuentran en toda la convexidad. Las ideas delirantes, las alucinaciones y las fabulaciones, que son frecuentes en esta última, no lo son en la enfermedad de Pick. Finalmente, la enfermedad de Pick es mucho más rara que la de Alzheimer.

La arteriosclerosis cerebral puede ser diferenciada comúnmente por los antecedentes de jaqueca, mareos, fenómenos apopléticos y por la presencia de arteriosclerosis generalizada y retiniana.

PRONOSTICO Y EVOLUCION

El pronóstico de las psicosis seniles es manifiestamente desesperado. No deben esperarse remisiones claras, aunque en los tipos excitados puede haber épocas de calma. La evolución es progresiva, y el enfermo se hace cada vez más demente, aunque la vida puede continuar por diez años y aun más, antes de que sobrevenga la muerte.

DIAGNOSTICO

En la demencia senil simple bien desarrollada, la edad del enfermo, el egocentrismo progresivo y la pérdida de la memoria característica, especialmente para acontecimientos recientes, hacen el diagnóstico fácil. En la forma paranoide, la pérdida de memoria y las pruebas de demencia pueden ser relativamente escasas. Debido a que estos paranoides seniles generalmente han tenido formas de reacción de tipo defensivo paranoide, el decidir cuándo estas características exageradas cruzan la línea psicótica puede ser una decisión arbitraria, determinada principalmente por el criterio social y la interpretación y valoración de acuerdo con la realidad. En tales personalidades paranoides, la exageración a un grado psicótico puede, tanto en las lesiones seniles como en las arterioscleróticas del cerebro, derivarse de la amenaza a la integridad de la personalidad que entrañan las alteraciones degenerativas y estructurales del órgano que constituye el substrato físico más importante de la personalidad. Cuando la base de tales psicosis paranoides son las lesiones arterioscleróticas del cerebro, más que las seniles, el enfermo generalmente sufre de fácil fatigabilidad mental, mareos o ligera confusión que indican lesiones en los vasos finos del cerebro. Algunos tipos deprimidos y agitados hacen pensar en melancolía involutiva. La diferenciación debe ser hecha por la edad del enfermo y, principalmente, por la presencia o ausencia de deterioración. La diferenciación de las psicosis arterioscleróticas se discute en el Capítulo XV. Las dietas restringidas de los ancianos pueden conducir a una avitaminosis semejante a una psicosis senil; las psicosis tóxicas se confunden frecuentemente con la demencia senil. Debe recordarse que en los ancianos pueden presentarse otros trastornos mentales, aparte de la demencia senil. La diferenciación de la presbiofrenia con la psicosis de Korsakoff ya ha sido discutida.

TRATAMIENTO

Las formas más benignas de psicosis senil pueden frecuentemente ser atendidas en el hogar. La incapacidad del enfermo para reconocer su decaimiento físico y mental puede plantear serios problemas a la familia. A menos que las circunstancias sean tales que pongan en peligro la seguridad del enfermo o de la familia, conviene tratar de atender al paciente en el ambiente familiar común; el enfermo está ordinariamente más contento ahí que con la rutina rígida y extraña de una institución, donde hay que cambiar los hábitos de toda una vida. Sin embargo, en no pocos casos el cuidado hospitalario se hace necesario debido a agitación nocturna, reaccio-

nes perturbadoras por las ideas paranoides, irritabilidad marcada, agresividad, actividades sexuales con niños, exhibicionismo o planes de matrimonio. La disminución del juicio para los negocios puede hacer necesario que se nombre un tutor oficial. Debe tenerse mucho cuidado para evitar que el enfermo confuso prenda fuego a las ropas o a los muebles, que se vaya de la casa o que se caiga y se fracture el cuello del fémur. Debido al peligro del suicidio, los pacientes que sufren de los tipos deprimido o agitado deben recibir cuidado hospitalario; en la noche pueden requerirse hipnóticos ligeros; si ha disminuído el apetito o se ha restringido la dieta, es aconsejable recetar ácido ascórbico, cloruro de tiamina y niacina. Las vitaminas son frecuentemente de valor en los estados confusos y de delirio.

BIBLIOGRAFIA

Alzheimer, A.: Ueber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Centralbl. f. Nervenheil. u. Psychiat., *18:* 177, 1907.

———: Ueber eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., *4:* 356, 1911.

Cowdrey, E. V.: Problems of Ageing. 2ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1942.

Diethelm, O., y Rockwell, F. V.: Psychopathology of Ageing. Am. J. Psychiat., *99:* 553:556, 1943.

East, W. Norwood: Crime, Senescence y Senility. J. Ment. Sc., *90:* 835–850, 1944.

Ferraro, A., y Jervis, G. A.: Clinicopathologic Study of a Case of Pick's Disease. Psychiatric Quart., *14:* 17-19, 1940.

Grünthal, E.: Zur hirnpathologischen Analyse de Alzheimerschen Krankheit. Psychiat. -Neurol. Wchnschr., *30:* 401, 1928.

———, y Wenger, O.: Nachweis von Erblichkeit bei der Alzheimerschen Krankheit nebst Bemerkungen über den Altersvorgang im Gehirn. Monatschr. f. Psychiat. u. Neurol., *101:* 8, 1939.

Halstead, H.: A. Psychometric Study of Senility. J. Ment. Sc., *89:* 363–373, 1943.

Jervis, Geo, A.: The Presenile Dementias. Capítulo IX in Mental Diseases in Later Life, editado por O. J. Kaplan. Stanford University, 1944.

———: Alzheimer's Disease. Psychiatric Quart., *11:* 1-18, 1937.

Kaplan, O. J.: Mental Diseases in Later Life. Stanford University, Stanford University Press, 1944.

Lewis, N. D. C.: Mental Hygiene of the Senium. Ment. Hyg., *24:* 434–444, 1940.

Malamud, N., y Waggoner, R. W.: Genealogic and Clinicopathologic Study of Pick's Disease. Arch. Neurol. & Psychiat., *50:* 288-303, 1943.

Mayer-Gross, W.: Arteriosclerotic, Senile and Presenile Psychoses. J. Ment. Sc., *90:* 316, 1944.

Palmer, H. D., Braceland, F. J., y Hastings, D. W.: Somatopsychic Disorders of Old Age. Am. J. Psychiat., *99:* 856–863, 1943.

Pick, A.: Ueber die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasia. Prag. Med. Wchnschr., *17:* 165, 1892.

———: Ueber einen Symptomenkomplex der Dementia senilis bedingt durch umschriebene Hirnatrophie. Monatsch. f. Psychiat. u. Neurol., *19:* 97, 1907.

Robinson, G. Wilse, Jr.: Psychiatric Geriatrics. J.A.M.A., *116:* 2139–2141, 1941.

———: The Toxic Delirious Reactions of Old Age. Am. J. Psychiat., *99:* 110:115, 1942.

Rothschild, D.: Pathologic Changes in Senile Psychoses and their Psychobiologic Significance. Am. J. Psychiat., *93:* 757–784, 1937.

———: The Clinical Differentiation of Senile and Arteriosclerotic Psychoses. Am. J. Psychiat., *98:* 324–333, 1941.

Stengel, E.: A Study on the Symptomatology and Differential Diagnosis of Alzheimer's Disease and Pick's Disease. J. Ment. Sc., *89:* 1–20, 1943.

Wechsler, David: Intellectual Changes with Age. U. S. Public Health Service, Suppl. No. 168, 1941.

Capítulo XIX

PSICOSIS INVOLUTIVAS

La clasificación oficial actual de las alteraciones mentales incluye las psicosis involutivas entre las debidas a trastornos del metabolismo, crecimiento, nutrición o funcionamento endocrino. Aunque las alteraciones en el nivel somático de integración contribuyen indudablemente, directa o indirectamente, a los trastornos de la personalidad comprendidos entre las psicosis involutivas, el autor considera que otros factores, que no son las alteraciones en estas funciones, son más importantes en su producción.

Aunque anteriormente sólo se incluía un tipo, la melancolía, en las psicosis involutivas, la clasificación actual reconoce como una entidad separada aquellos casos en los que los rasgos paranoides constituyen los síntomas más aparentes.

MELANCOLIA INVOLUTIVA

El problema de si debería reservarse un sitio aparte en cualquier clasificación de enfermedades mentales a la melancolía involutiva ha sido objeto de muchas discusiones. Muchos psiquiatras han pensado que este trastorno afectivo debería ser considerado como una forma modificada de psicosis maníaco-depresiva, que se presenta en una época fisiológica especial.[1] Sin embargo, además de sus características afectivas, hay factores psicológicos y fisiológicos de tal importancia dinámica y tan peculiares a la época de la

[1] *N. del T.* Según rigurosas investigaciones genéticas de Kallmann, en un extenso material gemelar, los factores hereditarios son de importancia en las psicosis involutivas. La frecuencia de estas psicosis en el término medio de la población es de 1.0%. La frecuencia entre padre y hermanos es, en conjunto, de 10%, con la siguiente diferenciación: entre los padres de los enfermos se encontró una frecuencia de 6.4%, entre los medio-hermanos, 4.5%; entre los hermanos, 6.0%; entre los cogemelos dizigóticos (bivitelinos), 6.0%; y entre los gemelos monozigóticos (univitelinos), 60.9%. Por otra parte, en el círculo familiar de las psicosis involutivas se encuentra la esquizofrenia con una frecuencia de 4.3%; y en el círculo familiar de la esquizofrenia se encuentran las psicosis involutivas y seniles con una frecuencia de 6.6%. En cambio, en el círculo familiar de las psicosis involutivas se encuentra la psicosis maníaco-depresiva con una frecuencia tan baja como de 0.8% Esto representa un argumento de una fuerza extraordinaria que habla a favor del parentesco biológico de las psicosis involutivas con la esquizofrenia y no con la psicosis maníaco-depresiva (Kallman, F. J. The Genetics of Psychoses. Congrés International de Psychiatrie. Paris 1950. VI. Psychiatrie Sociale. Génetique et Eugenique. Hermann & Cie, Editeurs, Paris 1950).

vida del individuo durante la que se presenta la alteración mental, que se justifica su consideración separada.

Los factores de la edad. Aunque la edad de aparición de la melancolía involutiva está sujeta a considerables variaciones individuales, se presenta con mayor frecuencia en la mujer durante la última fase de los cuarenta años, y en el hombre al final de los cincuenta. Se observará que éste es el período en que las glándulas endocrinas y reproductoras empiezan a sufrir una disminución en su actividad funcional, edad que generalmente se conoce como período de involución. Conforme declina la actividad de estas glándulas hay cambios extensos en las actividades metabólicas y vegetativas del organismo. No se sabe con exactitud qué papel desempeñan estas alteraciones de las funciones fisiológicas esenciales en la génesis de la psicosis, pero hay muchos datos que sugieren que no son tan importantes *per se* como por sus implicaciones psicológicas. No se ha podido demostrar ninguna alteración importante en la excreción de hormonas ováricas. La amenaza a la personalidad que significa la pérdida de funciones biológicas altamente valoradas, y la inminencia del proceso de envejecimiento con todas sus implicaciones, pueden ser más perturbadoras para la personalidad que las alteraciones endocrinas. El período es de tensión psico-fisiológica, y el aumento de peligro a una personalidad insegura puede provocar fácilmente ansiedad, depresión y reacciones paranoides.

Personalidad prepsicótica. En un número importante de casos de melancolía involutiva encontramos cierto tipo general de conformación de la personalidad y de costumbres de vida. El estudio de la personalidad y el temperamento previo del enfermo muestra con frecuencia que se ha tratado de un tipo inhibido de individuo, con tendencia a ser callado, discreto, serio, crónicamente preocupado, intolerante, reticente, sensitivo, escrupulosamente honesto, modesto aun hasta la penuria, obstinado, de código moral inflexible y estricto, falto de humor, demasiado cuidadoso e inclinado a los autocastigos; tales personas han sido apacibles, sumisas y sensibles para los sentimientos de los otros; nunca han sido jactanciosos, sino que han despreciado su propio valor, que en verdad ha sido alto, y no es raro que hayan sido explotados por otros egoístas. La personalidad prepsicótica se caracterizó por una rigidez que representaba una defensa neurótica, y el enfermo había sido perfeccionista, riguroso con sus propias normas de conducta, afectado y fácil de caer en sentimientos de culpabilidad. Muchos enfermos involutivos no se han tomado en cuenta a sí mismos y se han sacrificado, y a veces se observan tendencias obsesivo-compulsivas; en algunos casos, los impulsos hostiles y agresivos han sido reprimidos con dificultad. De hecho, muchos psiquiatras consideran que el melancólico involutivo se desarrolla como una formación reactiva en contra de la agresión; no es raro que la vida sexual del enfermo haya sido inadecuada o

pobremente ajustada. Con frecuencia, sus intereses han sido estrechos, sus hábitos estereotipados, no se ha preocupado por las diversiones, ha evitado el placer y ha tenido muy pocos amigos íntimos. Frecuentemente el paciente ha sido un subalterno leal, cuidadoso de los detalles, más que un jefe agresivo y confiado. Muchos han sido personas impacientes, enojonas y aprensivas, mientras que otros se han caracterizado por precavidos o indecisos. Las adaptaciones a las situaciones y circunstancias nuevas ya no son fáciles a la edad a la que se desarrolla la psicosis; quizá la vida no ha traído el éxito o las satisfacciones que se esperaban. En esta época hay un reconocimiento más o menos consciente de que los primeros sueños y deseos no pueden ser ya llevados a cabo, de que la mejor época de la vida ha pasado y de que la ambición y las fuerzas vitales se están desvaneciendo. El hecho de que ya no existe oportunidad para reparar viejos errores o alcanzar nuevos éxitos crea un sentimiento de frustración y aumenta el de inseguridad; en la mujer, la soledad o el miedo a la pérdida de los atractivos físicos pueden ser factores coadyuvantes. No es fácil la transición a otra etapa de la vida, con sus problemas nuevos y difíciles, tanto psicológicos como biológicos; los arrepentimientos y la sensación del fracaso contribuyen a forjar el talante prevalente; las compensaciones adquiridas empiezan a fallar. La disminución de la potencia en el hombre y el conocimiento de la mujer de que su posesión biológica más altamente valorada, la de tener hijos, quizá frustrada durante largo tiempo, es ahora solamente una capacidad perdida, significa para el enfermo más que la pérdida de una de las funciones más fundamentales: es el símbolo de que han fallado ya tanto las fuentes como los fines de la energía. Algunas veces los deseos sexuales, que habían sido reprimidos o estaban controlados, aumentan perturbadoramente y amenazan la seguridad. Conforme desaparece la plenitud de la madurez, empiezan a surgir pensamientos de muerte que contribuyen a la ansiedad, tan común en esta enfermedad. Con la disminución de la fuerza física, las fuerzas inconscientes, los viejos conflictos y los complejos se vuelven relativamente más poderosos, y regresan para amenazar y atormentar; su amenaza al ego es incesante y debido a que el peligro es interno, es imposible escapar de él, lo que conduce a la intensificación de la aprensión, la tensión y la inquietud de la ansiedad. En cierto número de casos, el retiro de los negocios significa la renunciación a intereses estimados durante mucho tiempo y la pérdida de energía psíquica; por lo tanto, no es sorprendente que con motivo de alguna experiencia perturbadora, como la ruptura del hogar, la pérdida de la posición o la muerte de la persona de la que se dependía, se precipite la psicosis con su depresión patológica, aprensión, ideas de muerte, e ideas delirantes nihilistas e hipocondríacas.

Síntomas. Los síntomas manifiestos de la psicosis van a menudo precedidos por un período de varias semanas o unos cuantos meses durante los

cuales el enfermo exhibe tendencias hipocondríacas, se hace irritable, impertinente, pesimista, sufre insomnio, quizá es suspicaz, muestra cierto disgusto por el esfuerzo y tiene brotes de llanto; es incapaz de concentrarse y muestra dudas e indecisiones; frecuentemente hay un estrechamiento de los intereses y un empequeñecimiento del medio ambiente. El enfermo se queja de sensaciones molestas en la cabeza, come poco, pierde peso, se preocupa acerca de la salud o de los negocios y se vuelve aprensivo e inquieto. En un caso más o menos típico, los síntomas más salientes son depresión profunda, ansiedad, agitación, hipocondría e ideas de pecado, de indignidad y de muerte inminente; el aspecto del enfermo es de dolor emocional intenso y miseria. El miedo, la aprensión y la inquietud aumentan; el enfermo se tuerce las manos, se pasea nerviosamente, llora, puede golpearse la cabeza en la pared, se pellizca la cara, se muerde las uñas y rasga el pañuelo o su ropa, se lamenta y en voz baja dice constantemente: "¿Por qué lo hice?", "¡Oh, Dios, qué irá a ser de mí!" o alguna otra expresión estereotipada que indica desesperanza y tensión afectiva. El enfermo puede molestar constantemente a los médicos y a las enfermeras con preguntas, quejas o peticiones de tranquilidad.

Falsas interpretaciones e ideas delirantes están casi siempre presentes; los sentimientos de culpa explican en parte la gran depresión emocional y muchas de las ideas delirantes. Las indiscreciones sin importancia de la juventud o los pequeños pecados se transforman en el "pecado imperdonable". El enfermo está a un paso de ser horriblemente apuñalado, un destino que dice merecer, pero que espera con miedo intenso y con súplicas de misericordia, que indican su deseo ambivalente tanto de morir como de vivir. La idea de que está a punto de ser destruído puede ser la racionalización de su sentimiento de que las fuerzas de la vida están declinando. El desasosiego interior y la insatisfacción se racionalizan como enfermedades físicas, que producen la hipocondría tan frecuentemente observada; de este modo, el enfermo llega a creer que tiene obstruído el intestino, que no tiene estómago o que su cerebro se "está secando"; también puede haber alucinaciones, aunque son menos frecuentes que las ilusiones. La conciencia permanece clara y el enfermo está orientado, aunque en algunos casos la absorción subjetiva de la atención es tan grande que puede aparecer confuso y no completamente en relación con el ambiente; algunos enfermos están perplejos y aturdidos; rehusan alimento, algunas veces con deseo de morir, y otras veces porque creen que no lo merecen, debido a ideas de autoacusación; también pueden rehusarlo porque creen que está envenenado, o por ideas nihilistas de que no tiene estómago o intestino. No hay otra enfermedad mental en que los intentos de suicidio, frecuentemente impulsivos, sean tan comunes; tales intentos pueden representar algunas veces esfuerzos para destruír algún aspecto de la personalidad.

Aunque el enfermo nunca tiene una visión discriminadora, generalmente se da cuenta de cualquier manera de que mentalmente no está igual que antes. Precozmente en esta enfermedad mental, el sentimiento mal comprendido de aprensión y las tensiones afectivas son tan grandes y se reconoce que son tan diferentes de los sentimientos anteriores, que el enfermo expresa con frecuencia el miedo de que está perdiendo la cabeza; sin embargo, permanece completamente convencido acerca de lo correcto de las ideas que expresa. La mayoría de los enfermos pierden peso y en los casos graves están seriamente deshidratados; las manos son generalmente frías y cianóticas. El pulso es rápido y las respiraciones superficiales; hay constipación intestinal y la orina es escasa.

El siguiente resumen ilustra muchas de las características comunes de la melancolía involutiva:

E. M., una mujer soltera, de aproximadamente cincuenta años de edad, fué internada en el manicomio del Estado después de un intento de suicidio. Se la describió como que había sido una niña cariñosa, sensible y tímida. Aunque de joven asistió a bailes, nunca se supo que hubiera tenido amigos; siempre dijo que deseaba "vivir sola y no ser molestada por la compañía de un hombre". Después de venir a América, de Irlanda, a los 23 años de edad, obtuvo un empleo como sirvienta. Parece que fué bien considerada por sus patrones, a los que se aficionó mucho y con los que generalmente permaneció durante muchos años trabajando continuamente. Se dijo, también, que siempre empleaba su tiempo libre en "hacer pequeñas cosas en la casa, zurciendo calcetines, limpiando algo y planchando". Era concienzuda, agradable, cariñosa y ambiciosa, pero obstinada y difícil de convencer. Observaba cuidadosamente lo que consideraba sus deberes religiosos e iba a la iglesia con regularidad.

A su llegada al hospital, su cara denotaba miedo y aprensión; aunque agitada, suministró los datos generales de admisión, y cuando se le preguntó si era casada, al principio contestó afirmativamente, pero un momento después dijo que no. Algún tiempo después, cuando fué vista en la sala, la enferma preguntó repetidamente si estaba en la cárcel, y cuando se inquirió la razón de tal pregunta, contestó: "Porque la cárcel es el lugar más seguro. Espero que no me maten". Se puso cada vez más ansiosa, agitada y aprensiva, y al día siguiente de su admisión, intentó meter la cabeza en una ventana cerrada. Siempre que el médico entraba a la sala, se le acercaba repitiendo constantemente y con pocas variaciones: "Tengo miedo, doctor. ¡Oh, Dios mío!, tengo miedo de los hombres que están arriba. (No había hombres en esa parte del edificio.) Mire esas grandes víboras. Mire esos perros grandes". La enferma siempre había vivido modestamente y depositado metódicamente todos sus ahorros en un banco, en el que había acumulado varios miles de dólares; sin embargo, sostenía que había perdido todo su dinero y que la habían despedido. Varios días después de su admisión, la enferma fué llevada ante los médicos de la sala para hacer el diagnóstico; mostró la misma depresión y agitación ansiosa que había caracterizado toda su estancia en el hospital. Poco después de llegar a la sala de médicos, preguntó si la puerta de la antesala, donde esperaban pacientes de ambos sexos, estaba cerrada con llave, y cuando se le preguntó por qué quería saberlo, contestó: "Tengo miedo de los hombres". Aunque tenía la conciencia perfectamente clara, estaba tan intensamente preocupada subjetivamente, que se refirió al año como 1920 (era 1931).

Muchos de los factores que produjeron la psicosis de esta mujer son relativamente simples y evidentes; el medio ambiente rígido en el que había crecido desalentó el interés normal por las personas del sexo opuesto; el hecho de que había reprimido todos los intereses instintivos hacia el hombre fué revelado por su aseveración, de que no quería ser "molestada por la compañía de un hombre". Se volvió una sirviente fiel, concienzuda y escrupulosa para los detalles, pero con una limitación progresiva de los intereses externos, y todo continuó de esta manera simple, pero difícilmente satisfactoria, hasta que empezaron a declinar las capacidades físicas. El hecho de que la vida no le había traído todo lo que deseaba se hizo más o menos vagamente consciente, así como la certeza de que la fuerza estaba desapareciendo y que todo aquello que no se había alcanzado ya no se obtendría nunca. Conforme la energía física disminuía con los cambios involutivos, la represión del material, mantenida previamente con dificultad, empezó a fallar; con el debilitamiento de la represión, las tendencias instintivas, a las que siempre se les había negado escrupulosamente cualquier reconocimiento consciente, empezaron a hacerse amenazantes desde dentro; como no hay escape posible, se desarrolla ansiedad, miedo, depresión y aprensión. El miedo se proyectó como temor a los hombres, debido a que fué el interés reprimido de la enferma hacia ellos lo que le dió origen; esta sensación de peligro se racionalizó hacia una de amenaza de la vida, y el material afectivo y subjetivo pasó a tener la viveza que la enferma siempre había experimentado en relación con experiencias sensoriales, con el resultado de que oía voces que decían que iban a matarla. Indudablemente la ansiedad y la depresión de la paciente representaban mucho más que el debilitamiento en la represión de las tendencias instintivas de naturaleza psicosexual; el acercarse a una edad en que el vigor físico y los medios de vida estaban declinando, el sentido de soledad, los sentimientos vagos de decepción y fracaso, y quizá de culpa, contribuían todos a la sensación de inseguridad, que se sumó a la tensión y aprensión emocionales.

De este modo se verá que no debemos pensar en la melancolía involutiva como una entidad patológica circunscrita, resultante de alteraciones orgánicas claramente evidentes, sino más bien en una personalidad que, generalmente, ha intentado durante largo tiempo enfrentarse a problemas perturbadores, conflictos que corroen y amenazas a la seguridad, por medio de defensas neuróticas.

Pronóstico. Antes de la introducción del tratamiento con choques eléctricos, aproximadamente el 40 por ciento de los casos de melancolía involutiva se curaban. Sin embargo, la convalecencia era lenta y los que se recuperaban estaban enfermos durante dos o tres años; con el uso de los choques eléctricos más del 90 por ciento muestran una mejoría inmediata. Cuanto más se parecen las manifestaciones generales de la enfermedad a las

que se ven comúnmente en la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, mejor es el pronóstico; cuanto mayor es la deterioración de los habitos personales, más grotescas las ideas delirantes e hipocondríacas, más marcada la pobreza de pensamiento y la tendencia a la aversión, despersonalización o formación de hábitos rígidos con escasa reacción afectiva, peor será el pronóstico; cuanto más rígida y estrecha haya sido la personalidad prepsicótica, más oscuro el pronóstico.

Diagnóstico. Las enfermedades mentales que pueden presentar características que requieren la consideración de diagnóstico diferencial con la melancolía involutiva son la psicosis maníaco-depresiva, la arteriosclerosis cerebral y los estados de ansiedad que se presentan en las psiconeurosis. En la *psicosis maníaco-depresiva,* no es necesario considerar el problema de la melancolía involutiva a menos que la edad del paciente sea compatible con este último diagnóstico; en este caso generalmente existe la historia de ataques previos, ya sea de excitación o de depresión; con frecuencia el maníaco-depresivo ha sido de temperamento ciclotímico, mientras que no es raro que el deprimido involutivo haya tenido un tipo obsesivo de personalidad; en la depresión de una psicosis puramente afectiva, típicamente se encuentra inhibición en el curso del pensamiento y en la actividad. La presencia de ansiedad, agitación e ideas hipocondríacas y nihilistas, mal humor y alucinaciones, orientan hacia la melancolía involutiva; en ésta, el temor, la aprensión y las ideas de destrucción inminente son más marcadas. Las estereotipias en la conducta y en el lenguaje, y las mezclas con otros síntomas esquizofrénicos, están más de acuerdo con la melancolía involutiva.

Algunas veces, el *arteriosclerótico* es aprensivo y agitado, pero no tiene miedo profundo y sostenido; si están afectados principalmente los vasos finos, los dolores de cabeza y las sensaciones craneales molestas pueden sugerir ideas hipocondríacas de melancolía involutiva, pero la fatigabilidad mental fácil, el ligero entorpecimiento de la compresión, la disminución de la iniciativa en lugar de preocupación, y una ligera pérdida de la memoria deben indicar el origen orgánico del trastorno mental.

Aunque frecuentemente existe una ansiedad sostenida de tipo ligero, en la *neurosis de ansiedad* no hay miedo, o muy poco, excepto en los ataques agudos; aún entonces, no hay una depresión afectiva genuina y la labilidad emocional está bien conservada durante el período interparoxístico. En las psiconeurosis no hay alucinaciones o verdaderas ideas delirantes, y el interés por el mundo exterior está relativamente bien conservado; en la ansiedad de las psiconeurosis, el mecanismo esencial consiste en un desplazamiento a partir de alguna insatisfacción emocional o de algún deseo que no se admite en la conciencia debido a que pugna con los ideales conscientes, encontrando expresión en una idea o situación indiferentes. En la melancolía involutiva, el sentimiento de seguridad del enfermo está amenazado, el

miedo es más intenso; la lucha continua frente a la frustración o el peligro futuro es mayor; se acompaña de depresión patológica y las relaciones con la realidad pueden estar trastornadas. En opinión de muchos psicoanalistas, el fundamento de la melancolía en estas reacciones depresivas, al igual que en otras, se encuentra en el hecho de que las tendencias agresivas, que no pueden encontrar otro medio de expresarse, se vuelven en contra del mismo individuo; a pesar de que algunas veces parece encontrarse alguna evidencia de que está actuando este mecanismo psicológico, en la generalidad de los casos parece poco aplicable; sin embargo, muchos psiquiatras que rechazan no pocas de las teorías psicoanalíticas no pueden menos que estar de acuerdo en que, algunas veces, el suicidio se debe a que los impulsos agresivos del individuo se vuelven en contra de él mismo, en lugar de dirigirse en contra del mundo externo.

Tratamiento. El enfermo que sufre de melancolía involutiva debe ser atendido, por lo general, en una institución para enfermedades mentales, debido principalmente a que no hay otra enfermedad mental con un porcentaje tan alto de suicidios. Las líneas generales de tratamiento son las mismas que las empleadas en la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, pero poniendo especial atención en mejorar el estado físico del enfermo, que frecuentemente es precario; al llegar al hospital, muchos pacientes están gravemente deshidratados y casi siempre desnutridos; por lo tanto, hay que procurar que el enfermo reciba abundancia de líquidos y de alimentos. Debido al miedo y a la aprensión, uno debe explicar cuidadosamente a estos enfermos el propósito de cualquier procedimiento o cambio en la rutina.

El baño continuo puede ser útil para aliviar el insomnio y vencer la agitación, pero algunas veces los intentos de hacer que el enfermo entre en el baño excitan su aprensión e inquietud; las envolturas calientes sirven para el mismo propósito, pero pueden ser demasiado deprimentes para enfermos débiles. Debe instruirse a la enfermera en el sentido de no luchar con pacientes resistentes o negativistas. La piel del enfermo involutivo se lesiona fácilmente y necesita supervisión cuidadosa para evitar que se lastime durante la agitación; si se les permite hacerlo, muchos enfermos caminarán por la sala vestidos inadecuadamente, cosa particularmente peligrosa en el caso de la melancolía, debido a que por la disminución de la resistencia y del metabolismo, contraen fácilmente infecciones que pueden ser fatales.

Aunque las hormonas estrógenas sirven para aliviar los síntomas menopáusicos, como bochornos, sudoración, tensiones, molestias vagas y dolores de cabeza, son de poco o ningún valor en la melancolía involutiva verdadera.

Antes de que se iniciara el tratamiento con electrochoque, la terapia convulsiva con metrazol se usaba extensamente; debido a que el tratamiento

con electrochoques se aplica más fácilmente, produce fracturas con menor frecuencia y se acompaña de mucha menos aprensión de parte del enfermo, ha substituído al metrazol. Ambas formas de terapia convulsiva se describen en el Capítulo XXX. Una prueba sorprendente de la efectividad del tratamiento con choque eléctrico se obtiene con frecuencia cuando se demuestra que muchos enfermos silenciosos y alimentados por sonda durante largo tiempo, hablan y se comportan normalmente después de menos de cinco sesiones. Debido a que es tan benéfico en la mayoría de los casos, el tratamiento con electrochoques es ahora el más usado, si las condiciones físicas del enfermo lo permiten; si después de 8 a 10 sesiones no hay mejoría, no es aconsejable seguir con el tratamiento.

Como la melancolía involutiva se presenta en una edad en que hay frecuentemente alteraciones degenerativas del sistema cardiovascular deben hacerse exámenes electrocardiográficos y de otros tipos antes de que se empiece el tratamiento convulsivo. Si debido a alteraciones de estructuras óseas, o por otros motivos, se desea modificar la intensidad de la convulsión, puede administrarse curare en forma de Intocostrin (Squibb) por vía intravenosa, aproximadamente dos minutos antes de la inducción de la convulsión, a la dosis de 1 mgr. por kilo de peso corporal. El tratamiento con choques eléctricos debe ir acompañado y seguido de psicoterapia.

PSICOSIS PARANOIDE INVOLUTIVA

Algunas personas desarrollan una psicosis paranoide durante el período involutivo; aunque nunca han sufrido psicosis previamente, casi todos estos individuos han tenido una personalidad caracterizada por rasgos defensivos. Lo mismo que en el caso de la melancolía involutiva, los rasgos de la personalidad previa en los sujetos que enferman de una psicosis paranoide involutiva revelan, desde tiempo atrás, un sentimiento subyacente de inseguridad al que han tratado de sobreponerse por medio de ciertas tendencias del carácter. Generalmente se encontrará que se ha tratado de una persona inclinada a culpar a otros de sus fracasos y que ha visto desaires donde no los había; probablemente era considerado por los que le rodearon como de opinión obstinada, celoso, inflexible, infeliz, insatisfecho, dado a cultivar sus penas, resentido y suspicaz. Estas características, o formaciones reactivas, prestan suficiente apoyo a la personalidad hasta que llega el período involutivo, en que se suman las cargas psicológicas y fisiológicas que puede traer el climaterio; entonces dejan de ser adecuadas, por lo que se recurre a medidas compensadoras y defensivas, proporcionadas por la psicosis paranoide, con sus ideas delirantes y falsas interpretaciones. Las ideas delirantes generalmente se mueven alrededor de un solo tema, están bien organizadas y no tienen el contenido fantástico que se observa en la esquizofrenia. El pronóstico es menos favorable que en la melancolía involutiva, y el tratamiento con choques eléctricos produce beneficios limitados.

REFERENCIAS

Brew, M. F., y Davidoff, E.: The Involutional Psychoses. Psychiatric Quart., *14:* 412–434, 1940.

Davidoff, Eugene: The Involutional Psychoses. Capítulo VIII in Mental Disorders in Later Life, O. J. Kaplan, ed. Stanford University, 1944.

Freeman, Walter y Watts, J. W.: Psychosurgery. Springfield, Illinois, C C. Thomas, 1942.

Kalinowsky, L.: Electric Convulsive Therapy. Arch. Neurol. & Psychiat., *50:* 652–660, 1943.

Palmer, H. D., y Sherman, S. H.: The Involutional Melancholia Process. Arch. Neurol. & Psychiat., *40:* 762–768, 1938.

———: Hastings, D. W., y Sherman, S. H.: Therapy in Involutional Melancholia. Am. J. Psychiat., *97:* 1086–1115, 1941.

Titley, W. B.: Prepsychotic Personality of Patients with Involutional Melancholia. Arch. Neurol. & Psychiat., *36:* 19–33, 1936.

Capítulo XX

PSICOSIS PRODUCIDAS POR ALTERACIONES METABOLICAS Y ENDOCRINAS

Aunque complejas y poco conocidas, es seguro que existen interrelaciones entre el sistema nervioso central, las reacciones mentales y las glándulas endocrinas. Del mismo modo, parece razonable suponer que las emociones y otros factores mentales pueden producir alteraciones endocrinas, y éstas, a su vez, afectar las funciones cerebrales y las reacciones mentales. Cuando las alteraciones endocrinas producen cambios en las funciones del cerebro, lo hacen alterando su metabolismo. Esto se ilustra bien en el caso del hipertiroidismo, que aumenta el metabolismo cerebral y acelera las reacciones psicológicas, mientras que en el mixedema se reduce el consumo de oxígeno y la velocidad de expresión en la esfera psicológica.

ALTERACIONES MENTALES DE ORIGEN TIROIDEO

Hipertiroidismo. Debe tenerse en cuenta que en los casos de trastornos mentales asociados al hipertiroidismo, generalmente parece haber existido un tipo especial de personalidad mucho antes de que se manifestaran los signos clínicos de la enfermedad de Graves. Este padecimiento se presenta principalmente en personas sensibles e impresionables, que reaccionan intensamente, que tienen marcado sentimiento de inseguridad y exagerado sentido de responsabilidad. Las amenazas a la seguridad personal se experimentan con tensiones emocionales muy agudas que, sin embargo, no se exteriorizan. Si las personas con esta conformación de personalidad se someten a una tensión emocional prolongada o a traumas psíquicos graves, puede precipitarse el hipertiroidismo. La hiperemotividad general, la excitabilidad emocional, la hipersensibilidad para cualquier sonido o impresión, la tendencia a caminar, comer y hablar rápidamente, y la ligera ansiedad, aprensión e irritabilidad que se observan comúnmente en la enfermedad de Graves, y que el profano conoce como "nerviosidad", representan en muchos aspectos una simple exageración de rasgos previamente existentes de respuesta a los problemas ordinarios de la vida cotidiana.

Si bien los síntomas mentales comúnmente asociados al hipertiroidismo consisten en la tensión, hiperactividad e inestabilidad emocional previamente

mencionados, en los casos extremos se desarrolla una excitación maníaca muy típica, de acuerdo con el ritmo aumentado de todos los procesos orgánicos. En otros casos puede haber estados de depresión, perplejidad, ansiedad y agitación.

Además de estos dos tipos de reacción, en casos extremos en que aparecen alucinaciones visuales y auditivas pueden presentarse estados paranoides con ideas delirantes bien sistematizadas. En general, los síntomas presentados por el enfermo son exageraciones y caricaturas de la personalidad previa. En la tirotoxicosis aguda, ya sea durante un padecimiento del tiroides o después de la tiroidectomía, puede aparecer delirium alucinatorio agudo acompañado de gran inquietud, insomnio e incoherencia, que termina en coma y a veces con la muerte.

Mixedema. Aunque Ord, en 1877, propuso por primera vez el término "mixedema", cuatro años antes Gull publicó un trabajo llamado "Sobre un estado cretinoide que aparece en la vida adulta en la mujer". Los síntomas mentales concomitantes fueron señalados en las primeras descripciones de la enfermedad; entre los más frecuentes están la lentitud y dificultad para la comprensión, el pensamiento y la acción. Estos síntomas, juntamente con la indiferencia y la indecisión, pueden hacer pensar en una depresión. La memoria puede estar disminuída, siendo esta alteración más marcada para los acontecimientos recientes. Puede haber lentitud de pensamiento y acción, como en las depresiones; el lenguaje es frecuentemente lento y puede haber trastornos en la articulación. Junto con su embotamiento, muchos enfermos muestran una imperturbabilidad poco común, mientras que otros, por el contrario, exhiben una actitud enojadiza, infantil y pendenciera, irritabilidad exagerada y tendencias paranoides. El cuadro clínico está determinado en parte importante por factores emocionales individuales y de personalidad. No es raro observar ligeros grados de hipotiroidismo en personas adultas que se quejan de fatiga, dolores, jaquecas y que son pesimistas.

DELIRIUM DE AGOTAMIENTO

En este grupo se encuentran las reacciones delirioides agudas, confusionales, debidas al agotamiento y no ligadas a infecciones. El delirium de agotamiento no es común, pero algunas veces se ve con hemorragias, ejercicio físico exagerado y sostenido, ayuno o insomnio prolongados y otras situaciones de fatiga o tensión emocional, y por el efecto debilitante de enfermedades crónicas caquectizantes como los carcinomas. Esta confusión alucinatoria aguda ("confusión mentale") fué descrita por Chaslin bajo el término de confusión mental primaria, y por Meynert con el nombre de *amencia,* término que todavía se aplica a este síndrome por los ingleses y

los alemanes, pero no por los psiquatras norteamericanos, que algunas veces emplean la palabra como sinónimo de debilidad mental.

Generalmente principia con insomnio, obnubilación de la conciencia, confusión ligera, dificultad para ordenar los pensamientos propios, perplejidad, quizá de tipo angustioso, temores vagos, inquietud, ilusiones, alucinaciones pasajeras e ideas delirantes cambiantes. El talante del enfermo varía de acuerdo con el contenido de su pensamiento. El ambiente se presenta oscuro y desfigurado. Conforme aumenta la gravedad del padecimiento, el enfermo se vuelve más confuso, sus percepciones disminuyen más, confunde personas y objetos y se desorienta. Algunas veces habla como si estuviera haciendo preguntas y respuestas, y otras veces parece como si el enfermo anduviera a ciegas en la obscuridad mental, intentando diferenciar su mundo confuso y de sueños, del de la realidad, y de establecer un punto de contacto con su vida normal previa. De cuando en cuando puede tener cierta claridad mental relativa durante un tiempo, sólo para volver a su confusión previa. Este estado confuso, de agotamiento tóxico, puede continuar durante varias semanas, hasta que finalmente se desvanece. Después de su curación, el enfermo puede ser capaz de dar una interpretación retrospectiva de sus ideas delirantes y experiencias alucinatorias.

REACCIONES POR CARENCIA DE VITAMINAS

Recientemente se ha reconocido que hay un factor común actuando en varios fenómenos mentales y neurológicos, que anteriormente se consideraban como entidades no relacionadas; este factor común es una carencia vitamínica, especialmente de vitamina B. La localización de las alteraciones anatómicas producidas en distintas partes del sistema nervioso por la hipovitaminosis determina los síntomas neurológicos y libera los síntomas mentales. La naturaleza del síntoma o síndrome depende de la naturaleza particular del elemento del complejo B del cual la carencia es mayor, y de la parte del sistema nervioso afectada predominantemente por la deficiencia. Si la deficiencia mayor es de ácido nicotínico, el cuadro clínico que se produce es el de la pelagra; si, como no es raro, se encuentra una "neuritis" periférica asociada, o si hay un síndrome de Korsakoff, habrá también deficiencia de tiamina. Si, debido al alcoholismo crónico, el enfermo sufre de carencia de tiamina pero no de niacina, puede presentar una neuropatía dolorosa o "neuritis alcohólica"; si al mismo tiempo hay degeneración de las células nerviosas de la corteza cerebral debida a la deficiencia de otro elemento o elementos del complejo B (probablemente niacina), el enfermo presentará un síndrome alcohólico de Korsakoff. Si la deficiencia de tiamina produce lesiones de las neuronas y de los capilares, limitadas a la substancia gris

periventricular, es decir, el cuadro de la polioencefalitis aguda hemorrágica superior, el resultado será el síndrome de Wernicke con oftalmoplejía, obnubilación de la conciencia y ataxia. Debe añadirse que el síndrome de Wernicke probablemente no representa una carencia de tiamina, sino que generalmente va precedido de delirium, y cuando los enfermos se restablecen, la regla es que se presente un síndrome de Korsakoff. Si la deficiencia de tiamina produce neuropatía periférica, hipertrofia cardíaca, debilidad circulatoria y edema, el cuadro clínico es el del beriberi, que es una forma de deficiencia sin síntomas mentales. La carencia de tiamina, no complicada con fenómenos neurológicos aparentes, puede producir un síndrome neurasténico caracterizado por sensación de debilidad, fatiga fácil, inestabilidad emocional, irritabilidad, mal humor, agresividad, depresión ligera y temores vagos.

En la encefalopatía nutricional casi nunca existe una sola carencia vitamínica; en el mismo individuo puede verse delirium tremens (la causa del delirium tremens no es conocida, pero puede ser debido en parte a avitaminosis), psicosis de Korsakoff, encefalopatía de ácido nicotínico (pelagra) y síndrome de Wernicke. También puede haber neuropatía en forma de "neuritis alcohólica".

PSICOSIS PELAGROSA

Aunque la pelagra fué descrita por primera vez en 1735 por un médico español, Gaspar Casal, con el nombre de *mal de la rosa,* no fué sino hasta muy recientemente que la naturaleza general de la enfermedad se estableció, y en 1937 se descubrió que el ácido nicotínico (niacina) es la vitamina que evita la pelagra. Como ya se ha indicado, hay muchos datos que sugieren que la pelagra es una poliavitaminosis en la que la falta de ácido nicotínico no es el único factor, ya que existen pruebas de que la carencia de tiamina y riboflavina existe en la gran mayoría de los casos; además, frecuentemente hay también cierto grado de carencia de ácido ascórbico. Es seguro que muchos de los signos y síntomas neurológicos de la pelagra se deben a la deficiencia de tiamina.

La pelagra se presenta con mayor frecuencia en las comunidades donde la mala situación económica conduce a deficiencias nutritivas importantes; los casos aislados se presentan en alcohólicos crónicos cuyo alimento ha sido principalmente el alcohol y cuya dieta es, por lo tanto, deficiente en complejo B. No es raro que gente vieja y abandonada sufra de carencia vitamínica debido a la vida solitaria y a las privaciones. Algunos casos esporádicos pueden presentarse también en personas que sufren de lesiones intestinales que dificultan la absorción de alimentos.

No debe olvidarse que la pelagra puede desarrollarse en personas que ya son psicóticas. En otras épocas, esto era común en instituciones para enfermedades mentales; gracias a las dietas más abundantes y mejor equilibradas, estos casos hospitalarios ya son raros.

Anatomía patológica. Hay pocas pruebas experimentales que indiquen que la carencia aislada de niacina produce lesiones en el sistema nervioso central. En los casos bien desarrollados, las lesiones de las neuronas y de los capilares se encuentran distribuídas por todo el neuroeje, pero son generalmente más marcadas en el cerebro. En los lóbulos frontales y en el hipocampo, las neuronas pierden los grumos de Nissl y eventualmente desaparecen; puede haber proliferación de la neuroglia y del endotelio capilar. La semejanza de estas alteraciones con las de la "neuritis central" de Meyer y las del síndrome de Wernicke se ha señalado desde hace tiempo; actualmente parece haber razones para creer que el mismo factor es común a estas enfermedades, que las alteraciones histopatológicas se deben a la carencia de tiamina o a la poliavitaminosis del complejo B, ya que se sabe que las deficiencias de vitaminas aisladas ocurren muy raramente.

Síntomas. Los primeros síntomas mentales de la pelagra se consideran frecuentemente como neurasténicos y consisten en jaquecas vagas, irritabilidad, sensaciones de quemadura, laxitud, insomnio, aprensión emocional y sensación de incapacidad para los esfuerzos mentales y físicos. A los síntomas precoces siguen los de un síndrome orgánico, que consiste en alteraciones de la memoria, confusión, desorientación, delirium, síndrome de Korsakoff y demencia; algunos enfermos muestran excitación maníaca, mientras que otros están deprimidos, ansiosos, aprensivos o paranoides. Aunque producido orgánicamente, el tipo particular de estas reacciones estará determinado por las características de la personalidad previa del enfermo. Posteriormente puede haber signos de lesiones neurológicas graves, debidas a encefalopatía carencial avanzada, que pueden presentarse en forma de estupor, convulsiones, incontinencia, rigidez muscular, movimientos involuntarios, hipertonía, trastornos en las sensaciones y parálisis.

Generalmente las primeras manifestaciones de pelagra son los síntomas mentales ligeros, pero después de algunos meses aparecen la estomatitis y la glositis, en la cual la lengua se pone roja y dolorosa y las papilas están atróficas; las alteraciones digestivas con anaclorhidria y diarrea son comunes; el eritema de principio es seguido por formación de escamas gruesas y pigmentación pardo-rojiza; la dermatitis aparece característicamente en las superficies extensoras de las extremidades, vulva y cara interna de los los muslos.

Pronóstico. Si el tratamiento se principia antes de que haya alteraciones irreversibles de las neuronas, el pronóstico es bueno; pero en los casos tardíos hay pérdida permanente de la memoria y demencia persistente.

Tratamiento. Los casos ligeros y ambulantes de pelagra se curan con dosis de 100 mgr. de niacina tres a seis veces al día. Los casos extremadamente graves deben recibir de 1200 a 1500 mgr. durante varios días. El nicotinato de sodio puede darse por vía intravenosa o intramuscular en dosis de 100 mgr. Como generalmente también existe una carencia de tiamina, se administrará ésta en forma de 40 a 200 gramos diarios de levadura de cerveza en polvo, que se tolera mejor en leche helada. La dieta debe ser variada y constará de un litro de leche al día, trigo, carne magra, hígado, y verduras y hortalizas como lechuga, espinacas, espárragos, chícharos, repollo y tomate.

PSICOSIS EN LA ANEMIA PERNICIOSA

Aunque Addison, en su descripción original de la anemia perniciosa en 1855, habló de un "extravío de la mente" ocasional, las alteraciones mentales asociadas a esta enfermedad han recibido menos atención que los trastornos neurológicos ocasionados por la degeneración de la medula espinal, reconocida por primera vez por Lichtheim en 1886. Sin embargo, los síntomas mentales no son del todo raros en esta enfermedad; se estima que el 35 por ciento de los pacientes con anemia perniciosa manifiestan ligeros síntomas mentales. Es posible que la carencia del complejo vitamínico B participe, junto con la anemia, en la producción de los síntomas psíquicos. En varias clínicas se señala que los síntomas que alcanzan un grado suficiente como para ser llamados psicóticos se presentan en el 4 al 15 por ciento de los enfermos que sufren anemia perniciosa. Los síntomas mentales pueden aparecer solos o asociados a las alteraciones neurológicas de predominio medular de las que se ha hecho mención.

Anatomía patológica. Barret demostró por primera vez la existencia de focos de degeneración en la substancia blanca del cerebro, semejantes a las placas degenerativas de la medula, aunque no siempre están presentes. Las áreas de degeneración aparecen también en la substancia gris, en donde las células piramidales se desintegran y hay células en bastoncito y otras alteraciones, especialmente proliferación de la neuroglia, aumento de los depósitos lipoideos de las células, tumefacción y proliferación de las células de la íntima de los vasos sanguíneos cerebrales, y hemorragias miliares. Todavía no existen pruebas de que alguna avitaminosis especial produzca las alteraciones anatómicas observadas en esta enfermedad, aunque la semejanza de las lesiones con las que se presentan en las avitaminosis sugiere que hay, o una carencia de algún componente esencial de la dieta, o incapacidad de absorberlo o utilizarlo. Ferraro y colaboradores han señalado que las alteraciones anatómicas, tanto por su localización como por su naturaleza, son análogas

a las encontradas en la encefalopatía de Wernicke, que actualmente se acepta es producida por una avitaminosis.

Síntomas. La época de principio de los síntomas mentales en relación con la evolución de la anemia perniciosa es variable. Aunque antes se pensaba que cualquier psicosis asociada era un estado terminal, actualmente se reconoce que los síntomas mentales también pueden presentarse tempranamente, aun antes de que se establezca el cuadro clínico típico de la anemia perniciosa. Con la excepción de algunos casos de confusión, no hay relación entre el grado de la anemia y los síntomas mentales. Aunque no hay un síndrome mental característico de anemia perniciosa, el cuadro clínico tiende a caer en cualquiera de los siguientes grupos: (a) estado confusional agudo, (b) estado paranoide, (c) reacción afectiva, (d) deterioración orgánica. Probablemente las alteraciones orgánicas desencadenan una psicosis cuyo tipo está determinado por factores psicógenos y mecanismos psicológicos de conducta previos.

Las características de cada grupo son las siguientes: (a) El estado agudo confusional, delirioide, es la forma más frecuente de psicosis; se caracteriza por fluctuaciones en el grado de conciencia, ilusiones y alucinaciones transitorias y terroríficas; el estado delirioide puede durar varias semanas o más. Debido a que algunas veces no se reconoce el origen de este estado en la anemia perniciosa, en el caso de una reacción de tipo toxinfeccioso de origen indeterminado en una persona de más de cuarenta años de edad, debe buscarse la glositis, trastornos del sentido vibratorio y otros signos de esclerosis medular, y hacer un examen cuidadoso de la sangre. (b) Los enfermos con reacciones paranoides ligeras presentan una actitud irritable, de queja constante, con cierta tendencia a abusar verbalmente de las personas encargadas de cuidarlos; otros se hacen suspicaces, dicen que sus alimentos están envenenados o desarrollan otras ideas de persecución basadas en factores afectivos o de otros tipos psicológicos. Como resultado de estas ideas delirantes el enfermo puede volverse inquieto, escandaloso y abusivo; no es raro que las ideas del paciente se enfoquen hacia los miembros de su familia; uno de los casos del autor desarrolló delirio de persecución hacia sus hermanas, por lo que las borró de la lista de beneficiarios de su testamento. (c) Las reacciones afectivas se presentan generalmente en forma de depresión, agitación y aprensión, y en casos raros el enfermo puede suicidarse. (d) En pacientes con síndrome de deterioración orgánica hay una desintegración gradual de las funciones intelectuales con disminución manifiesta de la memoria y de la capacidad de juicio y, algunas veces, períodos de confusión aguda.

Parece haber ya bastante evidencia de que los síntomas mentales mejoran con dosis grandes de extracto hepático, pero la adición de levadura es siempre aconsejable.

PSICOSIS EN LA HIPOGLICEMIA

Actualmente se acepta que hay estados hipoglicémicos espontáneos que pueden presentarse ocasionalmente, en contraposición a los inducidos terapéuticamente. Algunas veces el cuadro clínico de estos ataques hipoglicémicos puede estar dominado por síntomas mentales, generalmente de naturaleza pasajera. No hay un síndrome psíquico aislado característico de esta enfermedad; entre los muchos fenómenos mentales que pueden ser notados se encuentran los siguientes: apatía, irritabilidad, inquietud, ansiedad, negativismo, sonambulismo, confusión, desorientación, fugas, delirium, síncope, estupor y coma; el pensamiento puede ser confuso y retardado, con perturbaciones del lenguaje; hay disminución en la capacidad para darse cuenta de las cosas, y las emociones son inestables, pudiendo haber ideas delirantes y alucinaciones. El enfermo puede quejarse de debilidad, fatigabilidad y hambre; suda, puede tener temblores, trastornos de la marcha, diplopia y convulsiones, y no recuerda los ataques. Existe cierta tendencia a que los síntomas aparezcan después del ejercicio o cuando el enfermo tiene hambre. Hay un alivio completo de los síntomas después de la administración de azúcar. Siempre debe sospecharse hipoglicemia como la causa de cualquier síntoma mental que aparece en un diabético que está recibiendo insulina, y deben hacerse estudios de la glucosa sanguínea.

PSICOSIS Y NEUROSIS POSTOPERATORIAS

Ya que algunas alteraciones metabólicas (acidosis, acetonuria, glicosuria, hipoglicemia e insuficiencia hepática) pueden en algunos casos actuar como agentes coadyuvantes, la clasificación oficial de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría incluye las psicosis postoperatorias entre las debidas a enfermedades del metabolismo y de las glándulas endocrinas. Sin embargo, es probable que otros factores, tanto somáticos como psicógenos, sean de igual o mayor importancia; también es cierto que la ansiedad postoperatoria y otros estados neuróticos son más frecuentes que las psicosis postoperatorias. Su origen debe buscarse en factores emocionales.

Además de las alteraciones metabólicas, hay agentes físicos, como los anestésicos o los sedantes, capaces de provocar síntomas mentales al igual que las complicaciones tóxicas o infecciosas o las alteraciones nutritivas que se acompañan de deshidratación, acetonemia o avitaminosis. Entre los factores psicológicos se encuentran el miedo y la aprensión preoperatorias: el miedo a la operación, a la pérdida de una parte del cuerpo y a la posible muerte. Lo extraño del ambiente, las luces y los ruidos en la sala de opera-

ciones, y todos los otros procedimientos preoperatorios incluyendo la anestesia, con el miedo a la pérdida del conocimiento, contribuyen a la tensión y a la aprensión. La importancia que tiene para el enfermo el órgano particular operado influye en la posibilidad de una psicosis postoperatoria y puede influir sobre el carácter y contenido de las ideas psicóticas; las psicosis son más frecuentes después de operaciones en los ojos y en los órganos genitales. Generalmente hay un intervalo de tres a diez días antes de la aparición de la psicosis. El tipo más frecuente de psicosis postoperatoria es el delirium con desorientación, confusión, alucinaciones, ideas paranoides, miedo, aprensión e inquietud. Una forma no rara de psicosis postoperatoria es la que ocasionalmente se presenta después de la extirpación de una catarata; el enfermo se vuelve suspicaz y confuso, y manifiesta miedo y exitación semejante al pánico, especialmente en la noche. La pérdida de rasgos familiares contribuye a la sensación de inseguridad.

Los riesgos propios de la operación, como emociones o intoxicaciones, pueden liberar estados maníacos, depresiones y reacciones esquizofrénicas determinadas por factores previamente existentes en la personalidad.

La cirugía puede significar no sólo un traumatismo para el cuerpo, sino también para la personalidad. Factores psicológicos como los arriba mencionados, que algunas veces contribuyen a las reacciones psicóticas, pueden actuar también en la producción de ansiedad y ocasionalmente de síndromes histéricos. Además de los factores poco tomados en cuenta por el cirujano y sus ayudantes, las discusiones técnicas en la cabecera del enfermo o el examen de radiografías, que crean aprensión por parte del paciente, pueden producir alarma en una personalidad insegura. La histerectomía en una mujer muy deseosa de tener hijos puede ser tan frustradora que produzca una neurosis permanente. Aunque casi no tiene relación con el tema presente, debe recordarse que muchos de los fracasos de la cirugía para aliviar un síntoma incapacitante, se deben a que se ha hecho un intento de extirpar quirúrgicamente la expresión somática de una enfermedad emocional; con demasiada frecuencia tales intentos sólo conducen a la repetición del síntoma.

REFERENCIAS

Abeles, Milton M.: Postoperative Psychoses. Am. J. Psychiat., *94:* 1187–1200, 1938.

Addison, T.: Anemia: Disease of the Suprarenal Capsules. London Med. Gaz., *43:* 517, 1855.

Association for Research in Nervous and Mental Disease, Vol. XXII: The Role of Nutritional Deficiency in Nervous and Mental Disease. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1943.

Bailey, F. W.: Histopathology of Polioencephalitis Haemorrhagica Superior (Wernicke's Disease). Arch. Neurol. & Psychiat., *56:* 609, 1946.

Barrie, H. J.: Wernicke's Encephalopathy in Surgical Practice. The Lancet, *2:* 278, 1947.

Bowman, Karl M.: Psychoses with Pernicious Anemia. Am. J. Psychiat., *92:* 371–392, 1935.

———, y Jellinek, E. M.: Alcoholic Mental Disorders. Quart. J. Stud. on Alcohol, *3:* 312, 1941.

Brown, W. T., y Gildea, E. F.: Hyperthyroidism and Personality. Am. J. Psychiat., *94:* 59–72, 1937.

Caldwell, W. A., y Hardwick, S. W.: Vitamin Deficiency and the Psychoses. J. Ment. Sc., *90:* 95–108, 1944.

Ferraro, A., Arilti, S., y English, W. H.: Cerebral Changes in the Course of Pernicious Anemia and their Relationship to Psychic Symptoms. J. Neuropath. & Exper. Neurol. *4:* 217–239, 1945.

Harris, Seale: Clinical Pellagra. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1941.

Ingham, S. D., y Nielson, J. M.: Thyroid Psychoses. J. Nerv. y Ment. Dis., *74:* 271, 1931.

Jolliffe, N.: The Treatment of Neuropsychiatric Disorders with Vitamins. J. A. M. A., *117:* 1496–1502, 1941.

———, Wortis, H., y Fein, H. D.: The Wernicke Syndrome. Arch. Neurol. & Psychiat., *46:* 569–597, 1941.

Kepler, E. J., y Moersch, F. P.: The Psychiatric Manifestations of Hypoglycemia. Am. J. Psychiat., *94:* 89–108, 1937.

Wernicke, C.: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, vol. 2, p. 229. Berlin, T. Fischer, 1881.

Youmans, J. B.: Nutritional Deficiencies, 2ª ed. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1943.

Capítulo XXI

PSICOSIS EN LOS TUMORES CEREBRALES

Los tumores cerebrales con alteraciones mentales concomitantes parecen ser más frecuentes que lo que se creía antes. Revisando los archivos de 2000 autopsias consecutivas en el Hospital de Santa Isabel, en el período de 1923 a 1935, Hoffman[1] encontró que había habido 69 tumores cerebrales descubiertos en la serie, lo que daba una incidencia de 3.45 por ciento, cifra un poco más alta que la que generalmente se acepta. El número de tumores cerebrales descubiertos en la autopsia es mucho mayor que el de los diagnosticados correctamente antes de la muerte. Probablemente en sólo una minoría de casos de tumores cerebrales los síntomas mentales son tan pronunciados como para formar una parte importante del cuadro clínico de la neoplasia, aunque son pocos los casos que están completamente libres de manifestaciones de alteración mental. Reina gran disparidad estadística tanto sobre la frecuencia como sobre la naturaleza de los síntomas mentales de los tumores cerebrales.

No se discutirán la génesis, estructura anatómica, signos neurológicos y electroencefalográficos de los tumores cerebrales. Si bien es cierto que las reacciones mentales anormales son elementos importantes en la sintomatología de un tumor cerebral, no hay un solo síntoma mental que sea exclusivo de tales tumores; también es cierto que no hay síntomas mentales que tengan valor en la localización.

Aunque los síntomas mentales pueden presentarse en cualquier período de la evolución de la enfermedad, con mayor frecuencia aparecen tardíamente. Si aparecen precozmente, hablan más a favor de neoplasia supratentorial que infratentorial. Generalmente los primeros síntomas mentales consisten en ligeros cambios de conducta, irritabilidad, pérdida de la memoria y disminución del interés por las actividades habituales.

El enfermo, que previamente era de buen temperamento, puede volverse de carácter violento, y si era activo e industrioso se hace perezoso e indolente. En otros casos, los síntomas más precoces pueden ser alteraciones de la personalidad, cuya forma está determinada psicogenéticamente por el tipo de personalidad premorbosa del enfermo y por las tensiones o conflictos particulares que han constituído durante mucho tiempo problemas para el individuo. En los tumores, como en otras enfermedades orgánicas del cerebro, la lesión puede situar las tendencias inconscientes más cerca de la superficie; en esta etapa, la base orgánica del trastorno de la personalidad puede pasar inadvertida y los síntomas se atribuyen a "demasiado trabajo", o se diagnostican como "neurastenia" o "depresión reactiva"; el enfermo puede quejarse de pérdida de la libido.

[1] Hoffman, J. L.: Intracranial Neoplasms; Their Incidence and Mental Manifestations. Psychiatric Quarterly, *11:* 561–575, octubre, 1937.

Los trastornos del sensorio son comunes y pueden deberse a aumento de la presión intracraneal. Frecuentemente hay elevación en el umbral de la conciencia con embotamiento, somnolencia, dificultad en la comprensión, confusión o estupor. Las fluctuaciones de la conciencia son comunes. En aproximadamente la mitad de todos los casos de tumor cerebral se presentan trastornos emotivos, entre los que se encuentran inestabilidad emocional, irritabilidad, depresión y ansiedad. La euforia y la moria (*Witzelsucht,* de Oppenheim) son probablemente un poco más frecuentes en los tumores del lóbulo frontal, pero no son específicas de ninguna localización cerebral. Bien puede ser que esta lucidez de espíritu y tendencia al chiste sea solamente una reacción de defensa en contra de la amenaza a la integridad del organismo por el crecimiento destructivo.

Frecuentemente existen trastornos de la memoria, sobre todo en enfermos con tumores supratentoriales. A veces el enfermo inventa hechos como en la psicosis de Korsakoff; también puede haber desorientación, fatigabilidad mental, disminución de la capacidad de cálculo y razonamiento y de la atención, así como otros síntomas de deterioración intelectual; con frecuencia hay inhibición psicomotora; en una minoría de los casos se encuentran alucinaciones auditivas pasajeras, que es más fácil que se presenten en forma de repiqueteo, silbidos o crujidos que como voces habladas. Las alucinaciones visuales se observan con mayor frecuencia en tumores supratentoriales y consisten en relámpagos de luz o luces de colores, u objetos que se mueven. Las alucinaciones complejas, visuales y auditivas, son más frecuentes en tumores del lóbulo temporal; en casos de tumores de la superficie inferior de los hemisferios puede haber alucinaciones olfatorias en forma de olores desagradables. Generalmente se acepta que los tumores del cuerpo calloso se acompañan de disminución de la capacidad intelectual, dificultad en la concentración y en el pensamiento, e insuficiencia para responder a estímulos, especialmente auditivos.

La importancia de los síntomas, y hasta cierto punto su naturaleza, están determinadas por el ritmo de crecimiento del tumor; en casos de meningiomas de crecimiento lento puede haber una lenta deterioración mental; en los gliomas de crecimiento rápido (espongioblastomas), delirium activo que sugiere un estado tóxico con confusión, desorientación y quizá hasta estupor; en los que se desarrollan con rapidez extraordinaria, los síntomas, tanto mentales como neurológicos, pueden sugerir una lesión inflamatoria.

Si el aumento en la presión intracraneal aparece súbitamente y se desarrolla con rapidez, generalmente se producen síntomas mentales que pueden ser graves; si la presión aumenta lentamente puede no haberlos. Muchos tumores, debido a su localización y a las estructuras especiales que lesionan, producen signos neurológicos de gran valor para la localización; por otro lado, los síntomas mentales tienen poco o ningún valor por sí mismos en la localización de los tumores cerebrales; si los tumores son múltiples, si están afectados ambos lóbulos frontales o si hay un tumor en el cuerpo calloso, los síntomas son generalmente variados y pronunciados. Se dice que los síntomas mentales son dos veces más frecuentes en los tumores supratentoriales que en los infratentoriales. Las reacciones psicógenas están más determinadas por la organización de la personalidad y las tendencias del individuo, que por la localización del tumor en cualquier parte del cerebro; algunas veces los síntomas sugieren un debilitamiento de las inhibiciones, y toman la forma de comportamiento rudo, desvergüenza, tendencias egoístas, embotamiento de los sentimientos morales o sociales, o control insuficiente del sexo; en tales casos, las alteraciones de la conducta pueden atribuirse erróneamente a parálisis general progresiva. En caso de que el tumor cerebral produzca convulsiones puede ser difícil valorar los síntomas mentales, que pueden ser atribuídos a epilepsia idiopática; las mismas dificultades surgen si el enfermo ya sufría de arteriosclerosis cerebral, antes de la aparición de los síntomas mentales. Si el enfermo tiene afasia sensorial o motora, o apraxia, debido a la localización del tumor, su incapacidad para comunicar sus ideas de manera adecuada puede hacer difícil la determinación de la presencia y extensión de los síntomas mentales. En la fase terminal, el paciente puede estar estuporoso y se pierde el control de los esfínteres rectal y vesical.

REFERENCIAS

Alpers, Bernard J.: A Note on the Mental Syndrome of Corpus Callosum Tumors, J. Nerv. & Ment. Dis. *84:* 621–627, 1936.

Association for Research in Nervous and Mental Disease, Vol. XVI: Tumors of the Nervous System. Baltimore, Williams and Wilkins, 1937.

Bailey, P.: Intracranial Tumors. Springfield, Illinois, C. C Thomas, 1933.

———, Buchanan, D. N., y Bucy, P. C.: Intracranial Tumors of Infancy and Childhood. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1939.

Davidoff, L. M.: Mental Symptoms among Brain Tumor Patients, and Brain Tumors among Insane. New York State J. Med., *30:* 1205, 1930.

Henry, G. W.: Mental Phenomena Observed in Cases of Brain Tumor. Am. J. Psychiat., *12:* 415, 1932.

Kanzer, Mark: Personality Disorders with Brain Tumors. Am. J. Psychiat., *97:* 812–830, 1941.

Keschner, Moses, Bender, Morris B., y Strauss, Israel: Mental Symptoms in Cases of Tumor of the Temporal Lobe. Arch. Neurol. & Psychiat., *35:* 572, 1936.

———, ———, ———: Mental Symptoms in Cases of Subtentorial Tumor. Arch. Neurol. & Psychiat., *37:* 1–18, 1936.

———, ———, ———: Mental Symptoms Associated with Brain Tumor. J.A.M.A., *110:* 714–718, 1938.

Strauss, Israel, y Keschner, Moses: Mental Symptoms in Cases of Tumor of the Frontal Lobe. Arch. Neurol. & Psychiat., *33:* 986, 1935.

CAPÍTULO XXII

PSICOSIS ASOCIADAS A ALTERACIONES ORGANICAS DEL SISTEMA NERVIOSO.

ESCLEROSIS MULTIPLE

En la esclerosis múltiple no siempre aparecen síntomas mentales, aunque se presentan en un gran número de casos, ni existe un síndrome característico determinado por las alteraciones orgánicas de la enfermedad. La naturaleza general de los síntomas tiende a depender de la conformación de la personalidad de cada paciente; por lo tanto, no es raro observar reacciones paranoides, depresivas, hipomaníacas o expansivas.

Las características previas de la personalidad de estos individuos pueden, a través del daño sostenido en el nivel orgánico de la personalidad, exagerarse hasta alcanzar un grado psicótico. Frecuentemente se encuentra un estado de bienestar, alegría y hasta euforia patológica como reacción psicológica compensadora frente al efecto destructivo y desorganizador de la enfermedad; estos síntomas se presentan con tanta frecuencia que han sido considerados erróneamente como una característica particular del proceso patológico mismo. Algunas veces, la reacción del enfermo a su incapacidad se expresa por irritabilidad o inestabilidad emocional, que perturba seriamente las relaciones interpersonales; es común que se rían tontamente y de manera forzada a la menor provocación.

Las placas escleróticas que aparecen en la substancia blanca del cerebro anterior pueden llevar a deterioración intelectual y a demencia parcial. Si hay lesiones en los núcleos grises centrales pueden presentarse risa o llanto explosivos y forzados, pero el enfermo no siente ninguna emoción, como podrían indicar los signos que manifiesta. Algunos pacientes muestran trastornos serios de la conducta. Estos se observan ocasionalmente en enfermos que son impotentes, pero que de todos modos tienen una exaltación del deseo sexual. Debido a que los síntomas que se observan en casos tempranos de esta enfermedad son frecuentemente transitorios, no es raro que se interpreten como histéricos.

PSICOSIS EN LA PARALISIS AGITANTE

En sus "Ensayos sobre la Parálisis Agitante", publicados en 1817, James Parkinson, víctima él mismo del padecimiento, describió esta enfermedad que aparece al finalizar el período medio de la vida. Los síntomas neurológicos son las características más salientes del cuadro clínico, con sus lesiones degenerativas en el *globus pallidus* y en la substancia *nigra,* que aparentemente se deben a alteraciones vasculares o parenquimatosas seniles. La rigidez muscular crónica progresiva, la facies inmóvil, la postura de flexión de la nuca, tronco y extremidades, y el temblor lento y rítmico que afecta a las extremidades en grado variable constituyen un síndrome sorprendente; en muchos casos no hay síntomas mentales. Muchos enfermos muestran un bienestar de aspecto natural, pero algunos, como reacción a su incapacidad, se hacen irritables, impertinentes e insatisfechos. Si las alteraciones vasculares o seniles que produce la enfermedad existen también en la corteza, pueden aparecer varias manifestaciones de demencia senil. No hay ningún tratamiento de valor.

Como las alteraciones en los núcleos basales pueden ser producidas por infecciones (virus, espiroquetas), por tóxicos (monóxido de carbono, manganeso) y por traumatismos, puede haber un parkinsonismo sintomático causado por varios agentes patógenos.

PSICOSIS EN LA COREA DE HUNTINGTON

La corea de Huntington es una enfermedad hereditaria del sistema nervioso central, aparentemente abiotrófica, con síntomas motores y mentales. La primera descripción clara de la enfermedad fué hecha en 1872 por el Dr. George Huntington, cuyo padre y abuelo habían practicado la medicina en East Hampton, Long Island, durante un período que cubría entre todos juntos setenta y ocho años, y habían observado familias en cuyos miembros adultos existía corea incurable por generaciones. No se ha sabido de ningún caso que, no descendiendo de padres afectados, haya sufrido la enfermedad. Aproximadamente la mitad de los hijos de cada generación sufren la enfermedad, que se transmite en un solo gene dominante. Las alteraciones anatómicas esenciales consisten en degeneración lenta de las células del núcleo caudado, del putamen y de la corteza cerebral.

Síntomas. El principio de la corea de Huntington es insidioso, y generalmente se presenta entre los treinta y los cuarenta y cinco años de edad; con frecuencia se observa un cambio del carácter, que precede o acompaña a los síntomas coreiformes. El enfermo puede ser irritable, obstinado, mal-

humorado y no tener iniciativa; en otros casos, el cuadro puede ser de euforia fatua; los sentimientos estéticos y éticos están embotados. Muchos enfermos se vuelven quisquillosos, rencorosos, irascibles y hasta destructivos y violentos. Se hace patente una falta de espontaneidad en la actividad, de atención hacia la enfermedad, y de la solicitud debida a las obligaciones de conciencia, afectos o ideales; aparecen suspicacia, celos y tendencias paranoides que pueden llegar al grado de ideas de persecución bien desarrolladas, y algunos enfermos experimentan alucinaciones. Coincidiendo con el aumento en la deterioración emocional hay disminución de la atención, memoria y juicio. El interés hacia la vida se estrecha progresivamente; también llega a haber pobreza de ideas y desorden del pensamiento, y la demencia puede hacerse extrema.

Los movimientos coreiformes aparecen generalmente al principio en las extremidades superiores, cuello y cara; estos movimientos son involuntarios, irregulares y contráctiles. En las fases precoces parece como si el enfermo estuviera solamente desatento o descuidado en sus movimientos, pero gradualmente aumentan en intensidad e incoordinación. Las contracciones de los músculos faciales se manifiestan como muecas, mientras que los de la lengua, labios y músculos respiratorios producen un tipo de lenguaje interrumpido, explosivo y mal articulado que se hace ininteligible en casos avanzados. Los movimientos coreiformes dan lugar a una marcha arrastrada, de danza, asociada a movimientos irregulares del tronco; generalmente los movimientos cesan durante el sueño. Conforme la enfermedad progresa hay dificultad en la deglución y la marcha se vuelve imposible; los reflejos tendinosos están exaltados. El suicidio no es raro.

Tratamiento. No hay tratamiento efectivo. La duración media es de quince años.

REFERENCIAS

Dunlap, C. B.: Pathologic Changes in Huntington's Chorea. Arch. Neurol. & Psychiat., *18:* 867–943, 1927.

Huntington, George: On Chorea, Med. and Sug. Reporter, *26:* 317, abril 13, 1872.

Longworthy, O. R., Kolb, L. C., y Androp, S.: Disturbances of Behavior in Patients with Disseminated Sclerosis. Am. J. Psychiat., *98:* 243, 249, 1941.

Parkinson, J.: An Essay on the Shaking Palsy. London, Sherwood, Neely, and Jones, 1871.

Wilson, George, Rupp, Chas., y Bartle, Harvey: Emotional Factors in Organic Disease of the Central Nervous System. Am. J. Psychiat., *99:* 788–792, 1943.

CAPÍTULO XXIII

PSICONEUROSIS

Consideraciones generales. Las psiconeurosis comprenden un grupo relativamente benigno de alteraciones de la personalidad que pueden ser consideradas como intermedias o formando un lazo de unión entre los distintos métodos de adaptación utilizados inconscientemente por la mente media, por un lado, y los métodos extremos y con frecuencia desorganizadores que se observan en psicóticos, por el otro; por ejemplo, la histeria es con mucha frecuencia la exageración o deformación de mecanismos protectores comparables a los observados en la vida diaria. Las alteraciones psiconeuróticas de la personalidad se derivan de un esfuerzo para enfrentarse a problemas específicos, emocionalmente difíciles y que producen ansiedad con mucha frecuencia, con situaciones que se han incorporado profundamente en la personalidad, y que pueden ser experimentadas subjetivamente o manifestadas como síntomas físicos. Los síntomas del enfermo representan su reacción a la situación que encuentra imposible afrontar por otros medios. Sin considerar la forma que pueden adoptar, ahora se acepta que sólo son inteligibles en términos psicológicos, o más bien psicobiológicos. La relación que existe entre los conflictos emocionales y las situaciones perturbadoras del enfermo, por un lado, y el funcionamiento de la personalidad alterada, por el otro, no es reconocida por el paciente; por ejemplo puede, sin ninguna razón aparente y sin ningún contenido ideativo, desarrollar un ataque de ansiedad, o, sin ninguna razón suficiente manifestar una reacción parecida al pánico en una aglomeración o en un sitio despejado; también, y sin reconocerle su función liberadora, el paciente puede manifestar una invalidez que le procura escape de una situación difícil; otro enfermo puede experimentar la repetición persistente de un pensamiento aterrador o desagradable, o sentir un impulso irresistible a ejecutar algunos actos repetidos, de tipo ritual, que sirven para mantener alejada la angustia. Muchas personas que presentan gran variedad de síntomas, y que el no profesional conoce como "enfermos de los nervios", sufren en realidad alteraciones psiconeuróticas; naturalmente, el término "nervioso" es eufemístico y evasivo, ya que de hecho no hay trastorno fisiológico del sistema nervioso. Cada caso es un problema de dinámica emocional.

Hablando en general, las psiconeurosis representan reacciones psicológicas a problemas situacionales de la persona, especialmente a problemas relativos a

conflictos emocionales; en muchos casos representan intentos de reprimir y transformar impulsos rechazados; como técnicas de adaptación son tan inefectivas que la tensión persiste. Las reacciones son motivadas inconscientemente y pueden expresarse en una variedad extremadamente amplia de formas; algunas reacciones son los tipos clásicos señalados antes; otras veces, la tensión emocional asociada conduce a una expresión somática en forma de alteraciones fisiológicas del aparato digestivo, cardiovascular y otros sistemas viscerales, y obliga al enfermo a consultar al médico por síntomas físicos.

Los problemas que producen reacciones psiconeuróticas son muy variados, pero son los comunes a la existencia humana: experiencias del desarrollo infantil, frustraciones, miedos no reconocidos, conflictos entre tendencias fundamentales y restricciones culturales, necesidades de defensa o seguridad, sentimientos de culpa, etc. Por lo tanto, se verá que los síntomas psiconeuróticos son modos individuales de reaccionar a tensiones específicas; el papel que desempeñen estará determinado por la naturaleza de la necesidad psicológica que les ha dado origen. La psiconeurosis ofrece al enfermo un escape de su conflicto, un alivio de su ansiedad, frecuentemente de nivel simbólico; siendo así, el síntoma psiconeurótico puede contener una indicación de la naturaleza del conflicto oculto.

La ansiedad, que moviliza las defensas de la personalidad, es una de las fuentes más comunes e importantes de alteraciones psiconeuróticas. Si la ansiedad "flota libremente", o sea, si es directamente sentida y expresada, difusa, y no está unida y limitada a situaciones definidas o a objetos, se conoce como estado de ansiedad; si en lugar de ser expresada y sentida directamente, es inconsciente y automáticamente controlada por mecanismos psicológicos de defensa como la conversión, el desplazamiento y la represión, se tienen reacciones psiconeuróticas como la histeria de conversión, la neurosis obsesivo-compulsiva, las fobias y las reacciones psicosomáticas. Los síntomas pueden constituir satisfacciones disimuladas de tendencias e inclinaciones internas que pueden no llegar a la conciencia como deseos, intenciones y realizaciones; los síntomas también pueden representar defensas en contra de estos deseos. Aunque los síntomas del enfermo pueden parecer desagradables, proporcionan una ganancia secundaria.

Psiconeurosis versus psicosis. En este sitio puede ser útil considerar algunas de las características más importantes en las que las psiconeurosis se distinguen, como grupo, de las psicosis. En muchos casos hay semejanza en la génesis de los dos grupos, pero hay una diferencia en la dinámica de su evolución y especialmente en su resultado final por lo que se refiere a la integridad de la personalidad; en las psicosis, la distorsión o desorganización es con mucha frecuencia grande, mientras que en las psiconeurosis la personalidad permanece socialmente organizada; en las psiconeurosis las

experiencias internas no trastornan la conducta externa en la extensión o en la manera anormal en que esto ocurre en las psicosis; en el psicótico, la capacidad de discriminación entre las experiencias subjetivas y la realidad puede estar grandemente impedida, mientras que en el psiconeurótico no hay un trastorno grave en la apreciación de la realidad; la parte de la personalidad que el analista refiere como ego permanece sana; cualquier evasión de la realidad es parcial y con sufrimiento relativamente pequeño de la personalidad. "La neurosis no niega la existencia de la realidad, sino que sólo trata de ignorarla; la psicosis la niega y trata de substituírla por alguna otra cosa"[1]. La apreciación de las relaciones sociales y del mundo externo no está alterada; el psicótico crea un nuevo ambiente al que atribuye las fuerzas y propiedades de la realidad; puede deformar o falsificar la realidad en forma de ideas delirantes o alucinaciones. Las relaciones sociales son tan mal abordadas que se destruye la adaptación social. El ambiente del psiconeurótico permanece inalterado, aunque puede investir a ciertos elementos con valores afectivos anormales. El pensamiento del psicótico puede ser dereístico, lo que no ocurre en el psiconeurótico. El contenido del pensamiento del psiconeurótico puede estar temporalmente restringido por ideas hipervaloradas, pero no se forman verdaderas ideas delirantes; las asociaciones están frecuentemente trastornadas en el psicótico, pero permanecen inalteradas en el psiconeurótico; los deseos y motivos son frecuentemente proyectados por el psicótico, pero nunca tan exteriorizados por el psiconeurótico, o por lo menos no al grado de producir ideas delirantes; en el psicótico, la represión puede ser destruída y el ego está tan alterado que tolerará sin criticar impulsos reprimidos o fantasías, o será incapaz de reconocer que tienen su origen en él mismo; en la psiconeurosis la represión parece ser mantenida, pero el material reprimido regresa, aunque en forma tan desfigurada que se hace aceptable al ego. No hay deterioración persistente y duradera de las funciones intelectuales en la psiconeurosis, como puede ocurrir en algunas psicosis; la conación puede estar profundamente alterada en el psicótico, y sólo sufre en grado ligero en la psiconeurosis. En el psicótico, los cambios de la afectividad pueden ser grandes y la modulación afectiva se encuentra disminuída con frecuencia, mientras que en el psiconeurótico las alteraciones afectivas son discretas y la modulación se mantiene. Cualquier depresión en las psiconeurosis depende más del ambiente que lo que es el caso en las psicosis, y se acompaña de un mayor grado de introspección y ausencia de entorpecimiento mental. El psiconeurótico generalmente conserva su interés en el mundo externo y, como señala Devine, mantiene su "sentido gregario", y permanece sensible a cambios en la atmósfera social, mientras que el psicótico puede perder el interés. La regresión del

[1] Freud, S.: The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis. Collected Papers, II, p. 278, New York, 1924

psicótico puede ser extrema, pero no constituye un mecanismo importante en el psiconeurótico, que nunca, si la conciencia es clara, regresa al nivel infantil con su tendencia a ensuciarse con las excreciones. Hablando en general, el psicótico no reconoce que está enfermo y por lo tanto no desea cambiar su estado subjetivo; el psiconeurótico, por el contrario, siente claramente su sufrimiento subjetivo y desea conscientemente curarse, aunque sabemos que su deseo inconsciente más poderoso es el contrario. Meyer describe la psiconeurosis como una "reacción de parte", un cambio parcial de la personalidad, y la psicosis como una "reacción total". En la primera, sólo una parte de la personalidad se ve afectada en la lucha, mientras que en la segunda es toda la personalidad la que se ve envuelta. Finalmente, debe hacerse hincapié en que no hay una clara línea de división entre las psiconeurosis y las grandes psicosis, sino que se pasa de un grupo al otro por medio de peldaños intermedios casi imperceptibles; las diferencias son principalmente descriptivas. Ciertos factores psicógenos pueden, en un individuo, llevar a reacciones y defensas caracterizadas como psiconeuróticas, y en otro a aquellas clasificadas como psicóticas. No es raro que una reacción calificada de neurótica adopte posteriormente una forma descriptivamente conocida como psicótica.

DESARROLLO DE LA PSIQUIATRIA PSICOGENICA

Debido al creciente reconocimiento de la importancia de las fuerzas mentales en la producción de reacciones psiconeuróticas durante la última parte del siglo XIX y la primera del siglo XX, conviene revisar brevemente algunas de las teorías más importantes de este período sobre la dinámica de las reacciones psicopatológicas.

Charcot. Por haber reconocido la profunda influencia de las ideas y por sus estudios sobre hipnotismo, Charcot (1825-1893) puede considerarse como el que preparó el camino para el abordamiento psicológico de las causas de las enfermedades mentales. Aproximadamente por esta época, Weir Mitchell (1829-1914) empezó activamente a tratar psiconeuróticos, aunque al parecer no reconoció de manera exacta la influencia de los factores psíquicos, ni apreció que su método de tratamiento estaba en muchos respectos admirablemente bien adaptado para fijar permanentemente el carácter de invalidez que deseaba hacer desaparecer; creyó que las psiconeurosis se debían a fatiga y las trató por medio de descanso y sobrealimentación. Gracias a su fuerte personalidad, ciertos elementos de persuasión, y a la confianza y estimación que le tenían los enfermos, muchos de ellos ganaron cuando menos una remisión de sus síntomas; probablemente el factor más importante en estas mejorías fué la actitud emocional hacia el médico que

los psicoanalistas llaman transferencia. Con frecuencia el mejoramiento era solamente breve, lo que no es de extrañar ya que ahora sabemos que la psiconeurosis es un producto inconscientemente creado con finalidades utilitarias, y que por lo tanto un tratamiento que rodea al paciente de todos los cuidados que se imparten a un enfermo encamado, haciéndolo el centro de la atención y aumentando su dominio sobre el medio ambiente, sirve para hacer de la psiconeurosis un medio más efectivo y atractivo para la obtención de los objetivos para lograr los cuales fué creada. En la época de Mitchell no se reconocía de manera adecuada que las psiconeurosis están motivadas psicológicamente, y que no puede esperarse una curación permanente hasta que el deseo de restablecimiento supere al de enfermedad, o hasta que el enfermo se da cuenta de sus motivaciones y es capaz, a través de reflexión consciente, de resolver las exigencias en conflicto que le afligen.

Bernheim. La obra de Bernheim (1840-1919), profesor de clínica médica en Nancy, sobre histeria, hipnosis y psicoterapia, fué de importancia sobresaliente. Liberó a la hipnosis de mucho de su misterio, hizo desaparecer todas las ideas acerca de poderes hipnóticos e influencias magnéticas, y demostró que los enfermos eran susceptibles a la sugestión, y aun a la autosugestión, en estado de vigilia. Propuso la teoría del origen mental de la histeria, y fué el primero en usar el término "psiconeurosis" para la histeria y otros estados semejantes. Cuán de cerca se aproximó a la comprensión moderna de la causa y el tratamiento de la histeria se revela en su expresión: "La terapia de la histeria no es la sugestión sino la desugestión".

Janet. Atraídos por su obra sobre la histeria y el hipnotismo, un grupo brillante de alumnos, entre los que Pierre Janet y Sigmund Freud fueron después los mejor conocidos, se reunió alrededor de Charcot en la Salpêtrière de París. Conforme pasó el tiempo estos dos discípulos no sólo agregaron cosas nuevas a la obra de Charcot, sino que llegaron a diferir claramente de él y entre ellos mismos. Janet (1859-1947) hizo un intento para diferenciar distintos tipos de psiconeurosis, e introdujo el término "psicastenia", que consideraba como un agotamiento de la mente; bajo este término incluyó las reacciones caracterizadas por fobias, ansiedad, obsesiones y compulsiones; de hecho, todos los trastornos mentales benignos que no había incluído ya bajo el término de histeria. Reconociendo que las fuerzas mentales deben actuar en la producción de los fenómenos manifestados en las psiconeurosis, Janet postuló lo que llamó "tensión psíquica", con lo que expresaba una energía psicológica integrante que, en tanto que abundante y adecuada, mantenía unida la corriente de actividad consciente gracias a su fuerza de cohesión, resultando de ello una personalidad integrada.

Si esta fuerza de acción cohesiva es constitucionalmente deficiente, o se hace deficiente debido a la fatiga, tensión o choque, la integración de los elementos de la conciencia se hace defectuosa, y la deficiencia se manifiesta

en los fenómenos de la psiconeurosis. Si esta disminución de la tensión psíquica es general, las manifestaciones son las de la psicastenia; si la disminución es localizada, limitada a cierto nivel, entonces los fenómenos son los de la histeria. De acuerdo con Janet, como las emociones pertenecen a un nivel bajo en la jerarquía psíquica, agotan grandes cantidades de energía y por lo tanto disminuyen la tensión y debilitan las fuerzas sintetizantes. No concedió valor, o muy poco, a los conflictos intrapsíquicos como causas. Basado en su concepto de una disminución o deficiencia de la cohesividad o tensión, Janet formuló la idea de la disociación, como resultado de la cual ciertos elementos de la conciencia viven una existencia independiente o separada, manifestándose como personalidades alternantes, fugas, parálisis, anestesias y otras expresiones histéricas. Su concepto de la disociación, con una parte de la conciencia separada del núcleo principal, tiene un lugar establecido en psicología anormal. Janet, que fué profesor de psicología en el Colegio de Francia, estudió especialmente los distintos fenómenos de sugestión, fobias, automatismos y actos compulsivos, y reunió en un armazón sistemático todos los extraños fenómenos de la histeria.

Además de los conceptos de disociación y de tensión psicológica, Janet introdujo el del subconsciente; reconoció que algunos factores de los que el enfermo no se da cuenta eran importantes en la producción y manifestaciones de la histeria, pero supuso que ciertos procesos mentales van en el subconsciente, independientes de (disociados de) la corriente principal de la conciencia; creyó que esta disociación se debía a deficiencia constitucional de una tensión psicológica hipotética. La separación era, por lo tanto, principalmente mecánica y debida a la falta de tensión o energía psicológica y no a la represión, concepto que no aceptó. Aunque las teorías de Janet siguen siendo puramente descriptivas, de todos modos puso las bases para una psicopatología explicativa; no construyó una psicología penetrante y dinámica de las neurosis; sin embargo, demostró que las ideas producen síntomas, como la parálisis después de choques emocionales, y que el hipnotismo podía usarse para llamar a la memoria del enfermo y descubrir el origen de los síntomas. Sus contribuciones como iniciador de la medicina psicológica merecen gran reconocimiento.

Freud. En 1885, Sigmund Freud (1856-1939), atraído por la fama de Charcot, fué a París y estudió con él durante un año; se impresionó mucho con la aplicación del hipnotismo por Charcot para tratar la histeria, y cuando regresó a Viena lo empleó como su método más importante de tratamiento, pero sin éxito satisfactorio. Entonces se asoció a Josef Breuer para estudiar las neurosis; Breuer descubrió que si a un enfermo, mientras estaba hipnotizado, se le permitía "hablar" de sus dificultades emocionales se sentía mejor después. A pesar del principio prometedor que tuvieron Freud y Breuer en la extinción de emociones ocultas por medio de este

método, este último se sintió poco satisfecho y dejó de practicarlo, dejando a Freud solo para continuarlo.

PSICOANALISIS

Ya solo, Freud abandonó pronto el hipnotismo y continuó con el método de dejar hablar. Ya había observado que los acontecimientos que producen vergüenza, o alteraciones emocionales semejantes, eran violentamente reprimidos y se hacían así "inconscientes" o se olvidaban. Freud trató de relacionar las características de la conducta de una persona con aquellos hechos de la experiencia pasada del individuo, que en su mayor parte están ocultos. Basando sus conceptos en observaciones hechas durante la exploración del inconsciente y sus relaciones con la conciencia, pronto se apartó Freud ampliamente de Charcot y Janet y gradualmente desarrolló lo que en muchos sentidos era un sistema completamente nuevo en psicología. Freud dió el nombre de "psicoanálisis" a este nuevo sistema psicodinámico que empleó primero para tratar alteraciones psiconeuróticas, pero que pronto se transformó en una teoría psicológica y un método de investigación psíquica y, finalmente, en algunos aspectos, en una filosofía especulativa. Algunos de los conceptos de esta teoría psicológica, y todavía más, su terminología, que inmediatamente se prestó a malas interpretaciones, son de tal tipo que han despertado críticas y hasta hostilidad, y por lo tanto han tendido a obscurecer su valor como contribución a la ciencia psicobiológica. Una de las exposiciones más claras de los conceptos psicobiológicos que tienen como base el psicoanálisis es la de Healy: "(a) Los desarrollos biológico y psicobiológico están inseparablemente relacionados. (b) La naturaleza esencial del individuo consiste en tendencias y deseos, innatos o no aprendidos, que en un principio son bastante independientes del medio ambiente. (c) Cualquier cosa que el individuo sea o haga en un momento dado está muy principalmente determinado por sus primeras experiencias y sus reacciones a ellas. (d) Los primeros años de la vida representan el período en que las experiencias mentales y biológicas influyen más profundamente al individuo, porque entonces está menos preformado o condicionado. (e) Hay una gran cantidad de vida mental en el individuo, que existe activamente y de la que no es consciente. (f) La constitución biológica y, por lo tanto, la psicológica, varían en diferentes individuos"[1]. Probablemente un gran número de psiquiatras, aunque repudien verbalmente el psicoanálisis, aceptan en la actualidad las ideas básicas de estos conceptos. Aunque tanto Freud como algunos de sus continuadores han aplicado y recalcado, lo que a muchos

[1] Healy, Wm., *et al.*: The Structure and Meaning of Psychoanalysis, p. XX. Knopf, New York, 1930.

parece en grado absurdo, ciertas conclusiones y derivaciones que han deducido de los conceptos fundamentales, estos conceptos han contribuído más a la comprensión de la personalidad y de la psicogénesis de las alteraciones mentales que ningún otro sistema de psicología. Gracias a su hincapié en el período formativo de la infancia, en la importancia de la historia previa del individuo y en facilitar el estudio y la discusión de los problemas del sexo, el psicoanálisis ha abierto un camino para abordar el estudio de los problemas de la personalidad; ha sido de valor especial en la investigación de los aspectos que motivan en lo hondo la conducta humana.

Concepto psicoanalítico de la estructura de la personalidad. Aunque no se intentará discutir los conceptos estrictamente filosóficos que entran en la teoría del psicoanálisis, hay un grupo de conceptos metapsicológicos a los que hay que hacer referencia porque intervienen frecuentemente en teorías psicoanalíticas, especialmente en las que se relacionan con las psiconeurosis. Estos conceptos ofrecen medios convenientes de interpretación acerca de ciertos procesos psicológicos. Freud dividió la personalidad en tres partes, arbitrariamente concebidas, cada una de las cuales está hipotéticamente dotada de funciones especiales. Estos campos mentales conceptuales, o partes de la personalidad, son el *ello* (das Es)[1], el *ego* (das Ich), y el *super ego;* debe recordarse que estas divisiones de la mente son puramente hipotéticas, y que muchos de los términos usados para describir sus relaciones dinámicas son completamente figurados.

El Ello. La primera de estas partes de la personalidad es el ello, formado por la suma total de las tendencias o tensiones orgánicas. Compuesto de impulsos instintivos primitivos, es un reservorio de fuerza psíquica y constituye una parte grande e importante del inconsciente; su energía se deriva de los deseos instintivos y emocionales, incluyendo los agresivos y los sexuales.

El Ego. El ego es la parte consciente, reguladora de la personalidad. Nos pone en relación con el medio ambiente a través de nuestros sentidos y tiene que ver con pensamientos, sentimientos y acciones. Una de sus funciones es probar y tratar con las realidades de la vida y adaptar la conducta a ellas; también debe mantener una adaptación realista, racional y social entre las tensiones externas y las fuerzas inconscientes que están dentro de la personalidad. La personalidad más primitiva está formada enteramente por elementos del ello, pero gracias a la conciencia y a la influencia del mundo externo algunos se modifican y vienen a constituir la parte de la personalidad que conocemos como el ego. El ego actúa como un agente de ajuste entre los deseos instintivos y su control por el super-ego. Para el desarrollo y funcionamiento normal de la personalidad, el ego debe ser capaz de modificar tanto las tendencias del ello como las exigencias de una conducta aceptable del super-ego, sin sacrificios extremos en las necesidades emocionales o instintivas o en los ideales éticos. Por medio de represión, proyección, sublimación y racionalización, el ego triunfa parcialmente en ocultar, transformar o excusar algunos de los componentes activos del ello; dirige la conducta hacia compromisos aceptables entre las tendencias ciegas del ello y las inhibiciones del super-ego. Los conflictos intrapsíquicos se desarrollan cuando no puede hacerse una adaptación satisfactoria entre estas dos demandas opuestas. Si la formación reactiva y otros mecanismos de defensa en contra del retorno de impulsos reprimidos fracasan, aparecen los síntomas neuróticos acompañados de ansiedad; del éxito de tales adaptaciones depende la salud mental del individuo. El ego puede debilitarse por fatiga y enfermedad, y especialmente por la tensión de una represión continua. El principio de gobierno del ello es el principio del placer, mientras que el del ego es el principio de realidad.

[1] *N. del T.* En inglés se emplea el término *Id*, derivado del griego Idios, que significa propio de uno. Sin embargo, en español se empleó siempre la palabra ello, que traduce exactamente la designación alemana original de Freud: *das Es*.

El super-ego. La tercera parte, o división de la personalidad, es el super-ego, que desempeña el papel de represor y juez. Algunos de los conceptos de Freud acerca del super-ego son vagos y altamente metafísicos, pero generalmente se concibe como un derivado y una modificación del ego que, sin embargo, tiene como funciones principales criticar, refrenar y algunos creen que hasta castigar. Representa la incorporación dentro de la personalidad de normas y costumbres paternas y culturales que han sido transmitidas de generación en generación y que se vuelven parte de nuestra herencia social. En la formación del super-ego, las actitudes de prohibición de la gente autoritaria, como por ejemplo los padres, se transforman en componentes organizados de la personalidad; las exigencias morales y ascéticas y las prohibiciones del grupo social de cada uno se introducen y organizan en una ley interna, inhibidora e incorruptible, de la que el super-ego es la personificación. El super-ego censura y juzga inconscientemente desde el punto de vista de las exigencias sociales; puede ser considerado como una conciencia inconsciente. Actúa como supervisor de las tendencias internas, inconscientes y, por lo tanto, como el agente de represión de la personalidad. Muchas características de la personalidad son determinadas por el super-ego; por ejemplo, el miedo al super-ego y la necesidad de castigo pueden ser manifestadas por perfeccionismo y religiosidad; este temor al super-ego puede llevar no sólo a rigidez de la personalidad sino también a neurosis. Sin embargo, si las relaciones entre el ego y el super-ego son armoniosas, se desarrolla una personalidad bien integrada y caracterizada por aspectos espirituales más elevados. De acuerdo con los conceptos psicoanalíticos, la formación y la conducta de la personalidad están determinadas por la interrelación entre el ego, el super-ego y el ello.

Los freudianos, con su concepto de la personalidad construída por el ello, el ego y el super-ego, describen los conflictos neuróticos como luchas entre estas partes de la personalidad. Conciben a las partes de la personalidad como esforzándose en favor o en contra una de la otra, y a una parte como rindiéndose a otra o castigándola, en formas altamente figuradas y especulativas.

Complejo de Edipo. Algunos otros conceptos fueron introducidos por Freud. Para su completo conocimiento el estudioso debe recurrir a los muchos y excelentes libros que tratan del psicoanálisis. Otro concepto, conocido como complejo de Edipo, ocupa un sitio tan importante en la teoría del psicoanálisis que será mencionado brevemente. Relacionado con el desarrollo progresivo de los intereses amorosos del niño se presenta, de acuerdo con Freud, lo que llamó el complejo de Edipo, así llamado por la leyenda de rey Edipo que, movido por fuerzas sobre las que no tenía ningún control, y sin conocimiento de la identidad de sus padres, mató a su padre y se casó con su madre. Durante la sucesión de las fases del desarrollo del amor, o como Freud lo designaría ampliamente, de los aspectos sexuales de la personalidad, los primeros objetos amorosos del niño se encuentran, naturalmente, dentro del círculo familiar; de este modo se origina una actitud de amor en el niño hacia el padre del sexo opuesto, y de rivalidad hacia el del mismo sexo; el niño alcanza esta fase aproximadamente durante el tercer año de la vida, y normalmente la soluciona satisfactoriamente cuando llega a los cinco años. Freud consideró éste como el complejo central de todo el inconsciente, como el núcleo de todas las relaciones humanas; en su opinión, el modo con que el niño se enfrenta a él determina, más que cualquier otra cosa, las características y el temperamento individual, así como cualquier neurosis que desarrolle.

Evaluación de las contribuciones de Freud. Puede hacerse la crítica de que los conceptos de Freud sobre la estructura de la personalidad sugieren el animismo de la psicología precientífica; sin embargo, si se descuentan sus conceptos más ultraespeculativos y su énfasis en la sexualidad infantil (una teoría que ha estado sujeta a muchos malos entendimientos, debido en parte a nuestro hábito de pensar en términos de sexualidad adulta, y en parte a que Freud ha llegado a dar a la palabra sexualidad un significado tan singularmente amplio que muchos piensan que ha perdido gran parte de su utilidad para pensarla), encontraremos en sus teorías muchas de las interpretaciones más iluminantes y ampliamente aceptadas de las psiconeurosis. Para hacer justicia a Freud debe decirse que al hablar de sexualidad infantil nunca tuvo en la mente el deseo sexual adulto que se centra en los órganos genitales, sino simplemente la satisfacción placentera que el niño obtiene de la estimulación sensorial de su propio cuerpo. En esta etapa (pregenital de Freud) los órganos genitales no se han transformado en la zona más importante de placer. Aunque aceptando en sus partes más importantes las teorías que Freud ha presentado, muchos psiquiatras prefieren suplementarlas con otras observaciones y teorías. Muchos piensan que Freud, a pesar de la importancia indudable de los conflictos intrapsíquicos, no ha recalcado suficientemente el papel desempeñado por las relaciones humanas alteradas, por los tonos de sentimiento, y por las reacciones emocionales que representan respuestas condicionadas. Probablemente los psiquiatras no deben tanto a otra persona como a Freud por el reconocimiento del hecho de que en la ciencia mental, como en la ciencia física, ningún evento o fenómeno debe ser considerado como aislado, sino sólo como un eslabón de una cadena de secuencia inevitable.

CLASIFICACION DE LAS PSICONEUROSIS

No sólo hay falta de uniformidad en la designación colectiva de este gran grupo de modos de reacción substitutivos, que sirven propósitos defensivos y de adaptación y que se consideran como relativamente benignos debido a que no trastornan el núcleo de la personalidad o impiden seriamente su capacidad de apreciar la realidad, sino que tampoco se está de acuerdo sobre cuáles son las subdivisiones clínicas del grupo que deberían ser reconocidas. Actualmente, el Comité de Estadísticas de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría reconoce los siguientes tipos clínicos: histeria (histeria de ansiedad, histeria de conversión), psicastenia o estados compulsivos, hipocondría, estados de ansiedad, neurastenia, depresión reactiva (reacción situacional simple) y psiconeurosis mixtas. La clasificación de las psiconeurosis en varios tipos es con frecuencia artificial; los llamados "tipos" no son entidades patológicas bien definidas en su génesis, mecanismos y manifestaciones. Más bien deberían ser consideradas como una serie variable de tipos de reacción, provocados por múltiples factores causales que varían de un caso a otro. Clínicamente, un caso dado mostrará con frecuencia tal confusión de síntomas que su clasificación definida en cierto tipo puede ser difícil o arbitraria; por ejemplo, la ansiedad, que es el síntoma más conspicuo y característico de los estados de ansiedad, frecuentemente forma parte importante de otros tipos; por otra parte, de la misma manera que no hay una clara línea de división entre las psiconeurosis y las grandes psicosis, tampoco la hay entre las psiconeurosis y muchos rasgos caracterológicos de la persona llamada "normal". Con mucha mayor frecuencia de lo que uno piensa, los rasgos de carácter más salientes son en realidad formaciones reactivas neuróticas que sirven como defensa o sobrecompensación. Como se señalará más adelante, existe una tendencia creciente a no clasificar los estados psiconeuróticos en tipos claros y definidos, sino a dividirlos de acuerdo con la naturaleza de la reacción, es decir, la forma del

mecanismo mental que el paciente emplea en su intento para deshacerse de la ansiedad que se origina en impulsos reprimidos; por ejemplo, en la reacción de conversión (histeria de conversión) el impulso reprimido que produce la ansiedad se "convierte" en síntomas funcionales de órganos o partes del cuerpo; en las reacciones fóbicas (fobias) la ansiedad se libera apartándola de alguna idea o situación específica y desplazándola en forma de miedo neurótico a algún objeto o situación que sirve como símbolo de la idea o de la situación que originalmente ha dado lugar a la ansiedad. Las distintas formas o mecanismos de reacciones liberadoras de ansiedad serán discutidas cuando se traten los diferentes estados psiconeuróticos.

CAUSAS

Cuando buscamos las causas de las psiconeurosis debemos concluir que los factores emocionales desempeñan un papel predominante y, en sentido amplio, quizá exclusivo. Generalmente desde las primeras fases de la vida el psiconeurótico ha mostrado rasgos de la personalidad tan profundamente arraigados a la estructura del individuo que algunos psiquiatras los consideran como constitucionales; sin embargo, probablemente estos rasgos no son hereditarios sino adquiridos precozmente en la vida durante los años impresionables, a través de la asociación íntima con distintos miembros de la familia y su dependencia de ellos; muchos psicoanalistas creen que las psiconeurosis dependen básicamente de conflictos que se originan en la infancia. Posiblemente sea ésta una aseveración demasiado dogmática y, sin embargo, no es raro encontrar que la infancia del psiconeurótico estuvo caracterizada por alteraciones como sonambulismo, llanto durante el sueño, enuresis, trastornos del lenguaje, idiosincrasias alimenticias, delirio acompañado a ligeras elevaciones de la temperatura, destructividad, excitabilidad emocional, carácter violento, fobias, compulsiones, timidez, onicofagia y otros rasgos considerados como problemas de la personalidad y de la conducta. Probablemente estas manifestaciones deberían ser consideradas como pruebas de que algunos conflictos específicos y factores situacionales ya han producido ansiedad, determinando síntomas y rasgos de carácter neuróticos. Sin embargo, no sólo se tendrá en cuenta el fondo infantil, sino los acontecimientos significativos, problemas personales y, especialmente, las relaciones interpersonales importantes.

De cualquier modo que hayan sido determinadas sus personalidades, parece haber individuos que son exageradamente sensibles a la tensión y a los conflictos, personas que en realidad nunca se han enfrentado a sus problemas, y que están especialmente inclinadas a reaccionar a sus tensiones, deseos y conflictos, con las reacciones inapropiadas que conocemos como

síntomas neuróticos. Aunque la eficiencia de la mayoría de las gentes resulta trastornada por las tendencias psiconeuróticas, muchas de las mejores obras del mundo han sido hechas por neuróticos que subliman sus problemas en producciones creadoras.

De las causas inmediatas del desarrollo de las psiconeurosis puede decirse que frecuentemente se encuentran en sentimientos que deben ser reprimidos, deformados o desplazados, en las frustraciones críticas de necesidades eróticas, de dependencia o seguridad, y en la incapacidad para establecer orden y paz en la vida personal del enfermo. Muchos psiquiatras consideran que éstos y otros factores semejantes, con frecuencia de naturaleza productora de conflictos, crean ansiedad, que es una de las fuentes más comunes e importantes de trastornos psiconeuróticos; señalan que la ansiedad, que se origina primariamente a partir de una amenaza que viene de dentro de la personalidad pero que quizá sea estimulada por una situación externa, moviliza las defensas de la personalidad. El modo por el cual el enfermo trata de liberarse de esa ansiedad, de protegerse de ella, determina el tipo de reacción psiconeurótica. Si la ansiedad es sentida y expresada directamente, es decir, si "flota libremente" y no se limita a situaciones u objetos definidos, entonces la neurosis se conoce como estado de ansiedad o neurosis de ansiedad. Si el deseo o impulso reprimido que produce la ansiedad se "convierte" en síntomas funcionales de órganos o partes del cuerpo, el cuadro clínico es el de la histeria de conversión. Si la ansiedad vence y controla temporalmente al individuo, el cuadro clínico es el de la disociación histérica, en forma de estupor, fuga o amnesia histéricas. En la neurosis compulsiva el enfermo controla su ansiedad por medio de una actividad reiterativa; esta actividad o ritual protege al enfermo de la amenaza de los impulsos reprimidos. En las fobias, la ansiedad se controla separándola de alguna idea o situación y, por medio del desplazamiento, el miedo se une a algún objeto o situación específicos que sirven como símbolos. No se debe aceptar precipitadamente la sugestión de que un solo factor de la estructura, ambiente o experiencias del individuo, produce su personalidad neurótica o su psiconeurosis; la neurosis es más bien el resultado de una "constelación" de factores que al combinarse unos con otros tienden a crear los rasgos neuróticos. Aunque las pruebas más patentes de desadaptación pueden hallarse en campos aparentemente impersonales, generalmente se encontrará al hacer un examen cuidadoso que el psiconeurótico, como cualquier otro enfermo mental, deriva su significación de relaciones personales importantes.

Las psiconeurosis son más frecuentes en la mujer que en el hombre, debido en parte al hecho de que en la mujer se requiere una represión más rígida de las necesidades e instintos biológicos y, por lo tanto, su expresión debe hacerse más frecuentemente en forma de síntomas neuróticos; sin embargo, la vida

psicosexual, con sus muchos tabús y restricciones sociales no es, ni con mucho, el único factor, ya que cualquier deseo o tendencia fundamental contra cuya expresión deba construirse una barrera, o cuya satisfacción deba ser vicariante, puede dar origen a síntomas neuróticos. Los sentimientos de culpa, las situaciones sociales o los sentimientos irritantes que agobian la capacidad de adaptación, o el matrimonio con sus nuevas responsabilidades, son ejemplos de los muchos factores que pueden contribuir a la neurosis. En una mujer casada, la insatisfacción marital crónica puede contribuir al desarrollo de una neurosis; el esposo puede no haber resultado el compañero ideal que se esperaba, las demostraciones deseadas de afecto pueden haber faltado, o el matrimonio no ha sido el romance sostenido que ella había soñado; la esposa puede negar su insatisfacción, que sólo reconocería conscientemente si se enfrentara con franqueza a sus sentimientos. Otra mujer, absorbida por un negocio o carrera profesional, que de joven no manifiesta interés hacia el sexo opuesto o una conducta que conduciría al matrimonio, puede demostrarlo al llegar a una edad en que las oportunidades de matrimonio son escasas; el sentimiento de frustración y de cierto vacío en la vida pueden llevar a una reacción neurótica. También el período involutivo, con sus implicaciones psicológicas aceptadas reticentemente, puede acompañarse de ansiedad, depresión o irritabilidad, que se convierten fácilmente en síntomas psicosomáticos.

Algunas veces puede desarrollarse una psiconeurosis como resultado indirecto de una enfermedad física de larga duración; en tal caso, la enfermedad prolongada, y quizá grave, amenaza el sentimiento de seguridad del enfermo, le empuja a renunciar a intereses y actividades que han sido altamente valoradas, o disminuye su capacidad de funcionamiento a su nivel previo; tales factores pueden estimular una ansiedad que antes hubiera sido fácilmente eliminada.

La mayoría de las neurosis de los adultos se desarrollan entre las últimas fases de la adolescencia y los treinta y cinco años de edad. Este es el período en el que el individuo se enfrenta con los problemas de adaptación y responsabilidad de la vida adulta, cuando deben establecerse situaciones sociales, económicas y sexuales satisfactorias. Las frustraciones en estos campos críticamente importantes pueden llevar a conflictos, ansiedad y tensión que sólo pueden ser afrontados por medio de mecanismos neuróticos.

Hay que recalcar que el diagnóstico de las psiconeurosis no puede hacerse meramente por la exclusión de factores orgánicos; sólo puede hacerse basándose en pruebas positivas, y estas pruebas se encuentran en la conducta y en la historia del enfermo, que deberán mostrar indicaciones no sólo acerca de la existencia de conflictos, sino de los factores que determinan los síntomas. En general puede decirse que el enfermo neurótico reprime sus deseos y sentimientos en conflicto a menos que provoquen más ansiedad

y culpa de la que puede soportar; el enfermo resuelve el conflicto por medio de una conducta simbólica, de cuyo significado no es consciente.

HISTERIA

Debido a sus manifestaciones sorprendentes y hasta dramáticas, la histeria fué la primera de las psiconeurosis que recibió atención. Debe ser considerada como un tipo de reacción o modo psicológico adoptado con un propósito bien definido, pero nunca completamente consciente; los síntomas son producidos inconscientemente y, en general, con el objeto de obtener una ganancia real o imaginaria de ellos. Por lo tanto, su forma está muy frecuentemente determinada por alguna característica de la situación para la que fueron creados; algunas veces la forma del síntoma está determinada por una predisposición del enfermo para cierta incapacidad particular; la situación de la que busca escape es comúnmente de las que producen ansiedad. En muchos respectos, los métodos de defensa de la histeria no son sino exageraciones de los métodos normales de reaccionar a dificultades.

Si una persona fingiera conscientemente algún signo o síntoma físico o alguna alteración mental con el propósito de obtener determinado objetivo, diríamos que está simulando; sin embargo, el reconocimiento consciente de su intención no es necesario para que su conducta tenga un fin. En la histeria los síntomas, sin que el enfermo se dé cuenta, proveen alguna forma y grado de solución para sus problemas y le confieren cierto alivio de la ansiedad envuelta en la situación perturbadora. Los métodos de la naturaleza no son de carácter claramente definido y delimitado, sino que forman una serie imperceptiblemente gradual en la que encontramos todos los grados de conciencia y muchos tipos de reacción, desde la simulación, adoptada conscientemente para resolver alguna dificultad externa claramente definida, de la que el individuo se da perfecta cuenta, hasta la histeria, en la que tienen lugar reacciones semejantes para satisfacer necesidades internas no reconocidas, sin participación de la conciencia. Algunos fenómenos histéricos se encuentran en los límites de la psiconeurosis y la simulación; dónde, en relación con la conciencia, debe trazarse la línea de separación entre la histeria y la simulación es, por lo tanto, frecuentemente arbitrario; ambas están dirigidas a conseguir un propósito, generalmente de naturaleza protectora o de satisfacción de deseos.

Causas. Con la excepción frecuente de las histerias traumáticas, encontramos que las histerias de la vida civil tienden a desarrollarse en cierto tipo de personalidad caracterizado por infantilismo en las esferas psicosexual y emocional. La pubertad es el período favorito para la aparición de la histeria, y las que pueden ser llamadas características psíquicas normales

de esta edad se encontrarán frecuentemente persistiendo en la vida mental del histérico adulto; por ejemplo, las tendencias de maduración pueden permanecer en un estado anterior fijo, infantil, del desarrollo, al que algunas veces ayuda el fracaso en la obtención de la independencia emocional de los padres. Los impulsos, sentimientos y demás bases de la personalidad no están integradas en un sistema armonioso. Frecuentemente se comprobará que las huídas y mecanismos de retirada se hicieron habituales en las primeras fases de la vida. El narcisismo, que caracteriza el desarrollo incompleto de la personalidad, da al histérico una tendencia al exhibicionismo que se expresa frecuentemente de manera dramática. Kretschmer divide las personas de carácter infantil, psicobiológicamente inhibidas o histéricas, en dos grupos; en el primero coloca a las personas de desarrollo intelectual normal, pero cuyas otras características psíquicas, especialmente las emocionales, son de tipo puberal, inmaduro; son egocéntricas, egoístas, vanas, les gusta ser el centro de la atención, gozan exhibiendo sus virtudes, son hipersensibles, irritables, petulantes, muestran caprichosidad emocional, humor inestable, actitudes y pathos histriónicos, y entusiasmos pasajeros que en realidad representan identificaciones. Los individuos de personalidad de tipo histérico desean satisfacción inmediata de sus deseos, pero evitan los esfuerzos para obtenerla; exigen mucho y dan poco; se ofenden por nimiedades; exigen simpatía y atención, y son dados a gestos suicidas y a la exageración de los síntomas; su vida interior, de fantasía infantil, les hace poco aptos para la realidad adulta. Craig llama la atención sobre el hecho de que los histéricos raramente reaccionan con temor, reverencia, asombro o piedad; que pueden exhibir desprecio de sí mismos, remordimiento o pena, pero si es así es porque esas emociones son las que les proporcionan mayor atención de los demás o con las que obtienen el dominio deseado sobre el ambiente. El histérico crónico desarrolla egocentrismo infantil.

En el segundo grupo de personas con personalidad histérica, Kretschmer coloca los que se caracterizan por tener una mentalidad retrasada; son personas inferiores, inmaduras, emocionalmente indiferentes, tímidas, temerosas, excitables, de inteligencia más bien inferior, y pueden convertirse en defectuosos sociales, criminales y prostitutas. Es en estas personas de estructura mental inferior y no en las mejor dotadas donde se observan las más amplias variedades de histeria.

En la vida civil ordinaria, los deseos, las luchas y las decepciones relacionadas con la vida sexual forman, especialmente en la mujer, el grupo más importante de experiencias que produce las formas mayores de histeria; el impulso sexual, aunque frecuentemente activo, puede no desarrollarse hacia una meta natural, y satisfacerse en la fantasía o en actos autoeróticos; con frecuencia existe una mezcla confusa de deseo y aversión sexual, de deseos eróticos y actitudes púdicas. Entre los problemas sexuales que en la

mujer pueden dar lugar a histeria se encuentran una experiencia amorosa fracasada; celos, quizá por el matrimonio de una hermana; un casamiento no deseado; el miedo al embarazo; dificultades en el coito o un matrimonio infeliz. En el hombre es más frecuente que las amenazas a la autoestimación, al éxito económico o a la conservación de sí mismo, presenten situaciones de las que busque escape a través del síntoma histérico. Formas sorprendentes de reacciones histéricas, como amnesias, incapacidades funcionales, fugas y síntomas con rasgos teatrales, ocurren principalmente entre gente joven. Tales estados histéricos raramente se presentan durante o después del período medio de la vida, época en la que se han establecido mecanismos de protección más permanentes y menos dramáticos.

Los enfermos histéricos son notablemente sugestionables y sus síntomas tienden a seguir la moda; raramente se ven ahora las posturas dramáticas que eran comunes en la clínica de Charcot, o la astasia-abasia de las mujeres de la época victoriana; son frecuentemente imitaciones de acciones o incapacidades que han sido vistas o leídas. Si un enfermo, que se enfrenta con alguna situación difícil o desagradable, observa la evasión con éxito de otra persona de una situación semejante, puede desarrollar los mismos síntomas como medio de escape; estas imitaciones de síntomas fueron tan frecuentes en las guerras mundiales I y II, que se intentó aislar de la observación de sus compañeros al soldado que se había librado del servicio de combate gracias a su incapacidad histérica.

Síntomas. La histeria es caleidoscópica en sus manifestaciones y puede aparecer en forma de síntomas físicos o mentales; la naturaleza de los síntomas está frecuentemente determinada por alguna necesidad o característica de la situación que los produce, por el tipo de incapacidad que será más útil para satisfacer el propósito subconsciente al cual sirve. Como regla, mientras más turbulentas sean las corrientes emocionales subyacentes y mayor sea el trastorno de las fuertes tendencias impulsivas, más agudas y sorprendentes serán las manifestaciones y mayor la evidencia de ansiedad.

Alteraciones físicas. Los síntomas físicos pueden ser sensoriales, motores o viscerales. Los *síntomas sensoriales,* como otras alteraciones físicas, son generalmente los de incapacidad funcional; entre los más frecuentes están las anestesias, parestesias, trastornos de órganos especiales de los sentidos como ceguera, dolores, jaquecas y otras alteraciones subjetivas como debilidad y fatiga. La anestesia histérica no sigue la distribución de un nervio, sino que afecta una extremidad hasta cierta línea por encima de la cual la sensación es normal; no sigue la distribución real del nervio, sino la que el enfermo cree que es, lo que en la mente del enfermo se representa como una unidad funcional. La mitad del cuerpo puede estar anestesiada, en cuyo caso los sentidos especiales, oído, gusto, sabor y tacto, pueden perderse del mismo lado; el área de anestesia histérica puede aumentar por los procedimientos

repetidos y sugestivos de examen del médico; probablemente no puede ser producida *de novo* por el examen médico, aunque Babinski así lo pensaba; el área y el grado de la anestesia pueden variar de un examen a otro. Los trastornos histéricos de la visión son de distintas formas, siendo las más frecuentes la ceguera y la disminución de los campos visuales; la ceguera histérica generalmente tiene un principio súbito, las pupilas continúan reaccionando a la luz y generalmente, pero no siempre, el enfermo evita chocar con objetos que le lesionarían. El principio está en general íntimamente relacionado con alguna experiencia visual molesta o tiene relación y significado manifiestamente simbólicos.

Los *trastornos motores* de la histeria son variados. Las parálisis pueden aparecer en forma de monoplejía, hemiplejía o paraplejía, y pueden ser fláccidas o espásticas; los reflejos profundos no se pierden en las formas fláccidas y pueden estar exagerados en las formas espásticas, pero no hay clonus verdadero ni signo de Babinski. En la hemiplejía, la parálisis de los músculos proximales es mayor que la de los periféricos, siendo, en este respecto, lo contrario de lo que acontece en las hemiplejías orgánicas; el antebrazo está extendido en lugar de un poco flexionado como en la orgánica; la pierna se arrastra en lugar de describir un arco con ella; no hay adelgazamiento de las extremidades paralizadas. El mantenimiento de reacciones eléctricas normales en la parálisis fláccida es un signo diagnóstico, como la ausencia de síntomas vesicales o tendencia a las úlceras de decúbito en la paraplejía. Las contracturas no son raras; una forma muy frecuente es la del puño fuertemente cerrado. En la parálisis histérica los músculos afectados pueden usarse para un movimiento voluntario y no responder a otro. El intento de ejecutar la función paralizada se acompaña de esfuerzos excesivos; también se presentan tics, temblores generalmente amplios y movimientos coreiformes o clónicos. La afonía, en la que el enfermo no puede pronunciar palabras pero es capaz de toser como antes, no es rara; en la afonía no hay dificultad para comunicarse por medio de cuchicheo, mientras que el paciente con mutismo histérico no puede pronunciar palabras, aunque se expresa libre y correctamente por medio de la escritura, lo que sirve para distinguirlo de la afasia. Un enfermo que desarrolló mutismo histérico en la cárcel soñó que la institución para enfermedades mentales a la que había sido transferido se estaba quemando, gritó y después habló normalmente. Las neurosis ocupacionales, como el calambre del escribiente, pertenecen generalmente a las reacciones histéricas. El tic histérico consiste en un movimiento coordinado y espasmódico que se limita a un pequeño grupo de músculos funcionalmente relacionados; frecuentemente toma la forma de contracciones espasmódicas de los músculos faciales, parpadeo, torsión repentina de la cabeza o movimientos y ademanes de las manos; estos tics pueden representar dramatizaciones de experiencias y tendencias psíquicas; debido a la sugestión

de defensa que manifiestan pueden aparecer como intencionales. Debe tenerse cuidado en no confundir los tics histéricos con movimientos semejantes a los tics, complejos y coordinados, que se ven después de encefalitis epidémica y ciertas otras enfermedades orgánicas del cerebro.

Los *trastornos viscerales* constituyendo reacciones histéricas son comunes. Muchos de ellos poseen un significado simbólico; por ejemplo, el afecto conectado con algún incidente cuyo recuerdo ha sido reprimido puede expresarse de manera simbólica en síntomas histéricos. Un caso no raro de esto se presenta cuando el incidente da lugar a un sentimiento de disgusto y se expresa por vómitos histéricos; a veces hay hipo histérico; en mujeres jóvenes puede haber retención de orina; la dismenorrea puede ser histérica.

Una reacción psiconeurótica poco común es la que se conoce como *anorexia nervosa;* generalmente se incluye entre las manifestaciones viscerales de la histeria, aunque algunos psiquiatras prefieren clasificarla entre las neurosis compulsivas, debido a que el tipo de personalidad premorbosa es semejante al que caracteriza al neurótico compulsivo; estos autores también recalcan los rasgos compulsivos, obsesivos y de ansiedad de la neurosis.

La enfermedad fué descrita por primera vez en 1874 por Sir William Gull, quien en un artículo clásico llamó la atención sobre sus peculiaridades neuróticas. Se presenta principalmente en mujeres jóvenes y solteras y se caracteriza por una pérdida persistente del apetito, o más bien disgusto por el alimento, con vómitos si éste es forzado; igualmente característica es la emaciación extrema con preservación notable del vigor del cuerpo, lo que, según fué señalado por Gull, no puede conciliarse con la inanición debida a una enfermedad constitucional. Otros síntomas son amenorrea, constipación, metabolismo basal bajo, deshidratación, sequedad de la piel y caída del pelo. Los estudios radiológicos gastrointestinales son negativos y no hay evidencias de alteración de la hipófisis, demostrables con rayos X; frecuentemente hay una historia de obesidad y sobrealimentación, con la sensación de vergüenza de ser gorda; generalmente hay situaciones tirantes en el hogar, que comúnmente toman la forma de hostilidad entre la madre y la hija; también puede haber rivalidad y celos entre hermanas. En un número sorprendente de casos existe historia de una frustración en la adaptación heterosexual. Respecto a su personalidad, la mayoría de las enfermas son introvertidas, intelectualmente superiores, obstinadas, egoístas, meticulosas, hipersensibles, fanáticas de la perfección, y muestran una conducta compulsiva y de autocastigo. Como podría esperarse, la enfermedad proporciona una ganancia secundaria, generalmente en forma del afecto, atención y simpatía deseados de la familia, y algunas veces la distracción de la atención familiar hacia un hermano supuestamente más popular; también puede permitir al enfermo la liberación de hostilidades y provocar un ambiente de castigo que elimina un sentimiento de culpa; en muchos casos la fantasía de un embarazo parece

haber impulsado a la enferma a empezar la dieta. Debe tenerse cuidado de no confundir la *anorexia nervosa* con la caquexia hipofisaria descrita por Simmonds. El tratamiento consiste en psicoterapia superficial con un esfuerzo asociado para mejorar la adaptación total de la personalidad; durante el tratamiento debe evitarse hacer referencia a la anorexia y no debe tratarse de persuadir al enfermo de tomar alimento. La separación del ambiente familiar puede ser aconsejable.

Alteraciones mentales. Los trastornos mentales que se presentan en la histeria pueden ser de muchas formas. Uno de los más comunes es la *amnesia.* Olvidar es una excusa sencilla; por lo tanto, no es sorprendente que la amnesia impida recuerdos, especialmente durante períodos claramente circunscritos de tiempo. Por otro lado, la amnesia histérica no es simple olvido; es un proceso activo en que se borran de la conciencia los recuerdos desagradables. La amnesia histérica puede ir precedida de períodos de estupor o estado crepuscular; tiende a hacerse selectiva y a limitarse a la experiencia o elemento particular que la provocó. Entre las amnesias de este tipo están la relacionadas con experiencias intensas de gran terror, como la guerra, o con períodos y vivencias vergonzosas u otros estados afectivos delicados. Cuán satisfactoriamente ejerce la amnesia su propósito protector y de escape, se demuestra por la manera imperturbable con que el enfermo acepta su pérdida de memoria. Aunque algunas amnesias son de corta duración, algunas veces borran largos períodos y hasta toda la vida previa del paciente.

La histeria puede caracterizarse por síntomas mentales del tipo de los *trastornos de la conciencia,* que pueden presentarse como estupor o en distintas formas de "estado crepuscular"; este último con frecuencia indica delirium. Los estados deliriosos histéricos van generalmente precedidos de marcadas experiencias o manifestaciones emocionales, y consisten en estados oníricos acompañados de confusión más o menos intensa, actividades y posturas dramáticas, y un flujo excesivo de lenguaje en apariencia sin sentido, pero en el que hay referencias a experiencias fuertemente afectivas. El delirium histérico representa frecuentemente la realización en sueños de un deseo o la liberación dramática, por medio de la fantasía, de una experiencia afectivamente traumática; la obnubilación de la conciencia, las ilusiones y las alucinaciones pueden excluír la realidad del mundo externo y falsificarla, de acuerdo con motivos recónditos y con deseos insatisfechos; algunas veces el paciente histérico teje historias fantásticas. Estos casos representan comúnmente un esfuerzo para alimentar imaginativamente una vida vacía de satisfacciones emocionales.

Algunas veces el escape psíquico puede tomar la forma de una *fuga,* en la que el enfermo abandona repentinamente el sitio de sus actividades usuales, y sin ningún propósito aparente se va a algún sitio lejano; al final de la fuga tiene completa amnesia de su viaje, hasta que por medio de la hipnosis u otros medios psiquiátricos se restablece la memoria. El examen del enfermo por medio de la narcosis con amital sódico u otros métodos de revelación del contenido mental subconsciente generalmente revela los factores emocionales personales que precipitaron un mecanismo de escape en forma de huida automática, inconsciente e incontrolable.

Otros estados psíquicos histéricos son el coma y las reacciones de pánico y terror; la ansiedad acompaña a estas reacciones agudas que generalmente tienen un propósito protector. Mecanismos histéricos actúan también en la "doble personalidad", el sonambulismo, la escritura automática, y otros de los llamados estados de disociación.

Por medio de la sugestión, los síntomas histéricos se pueden adquirir de otra persona; si la atención está emocionalmente ligada a la enfermedad de otro con el que existen lazos afectivos, el histérico puede desarrollar síntomas semejantes; del mismo modo, si las dificultades experimentadas por otro en condiciones similares a las que se encuentra el enfermo son evitadas con éxito por medio de ciertos síntomas, se observa que el histérico puede desarrollar las mismas alteraciones.

Síndrome de Ganser. El síndrome de Ganser con su combinación de elementos instintivos, racionales, intencionados y falaces, y con su comportamiento teatral, es una alteración histérica de la conciencia, del mismo grupo que la simulación y los estados histéricos oníricos; en este síndrome, que se presenta principalmente entre prisioneros detenidos en espera de juicio, el enfermo, que se encuentra en una situación que se vería resuelta o mitigada por la irresponsabilidad, desea aparecer irresponsable, y aunque probablemente no sea consciente de ello, desarrolla una alteración mental. Las características salientes de este trastorno consisten en la ejecución infantil y ridícula de actos sencillos con cuya manera correcta de realizar el enfermo ha estado completamente familiarizado; las respuestas del enfermo a preguntas son erróneas, pero no demasiado, y tienen una relación evidente con la pregunta; sus contestaciones demuestran que comprendió el significado de las preguntas, pero se salen del asunto y son de la naturaleza de las respuestas aproximadas, fenómeno conocido como paralogia o "Vorbeireden". Es tan patente que el propósito de la conducta del enfermo es aparecer irresponsable, que puede creerse que está fingiendo; como ya se ha mencionado, el síndrome de Ganser es una reacción histérica, pero como las circunstancias en las que ocurre son tales que las ventajas obtenidas por una incapacidad mental son mayores que por una incapacidad física, la reacción se efectúa en términos de la primera y no de la última, que en general es más frecuente en la histeria. Como en muchos otros estados histéricos, el alejamiento completo de la conciencia de su situación proporciona al enfermo un alivio relativo de su ansiedad, que de otra manera sería intolerable.

Factores orgánicos e histeria. La existencia de síntomas orgánicos no excluye la presencia de otros histéricos; los síntomas de enfermedad orgánica que todavía existan pueden ser exagerados o persistir después de que su base orgánica ya no esté actuando. En tales casos, los síntomas producidos por la enfermedad sirven a un propósito psicológico y poseen valor por sí mismos; debido a su utilidad para proporcionar protección, escape o ventaja, son inconscientemente exagerados o prolongados. Los síntomas histéricos de esta naturaleza se presentan especialmente en neurosis industriales, de seguros y traumáticas, pero de ninguna manera están limitados a ellas, ya que hay muchas situaciones en las que los síntomas físicos pueden tener alguna función útil. A veces, la enfermedad orgánica impone tal esfuerzo adicional que se hace imposible enfrentarse a los problemas emocionales de un modo realista. El agotamiento, ya sea debido a la fatiga o a la ansiedad producida por indecisión prolongada o conflicto emocional, puede predisponer a la la huída histérica ante una situación, que de otra manera podría haber sido afrontada con facilidad. Frecuentemente la persona que ya tiene una enfermedad orgánica, si su situación no exige algún otro síntoma especial, escogerá uno relacionado con el trastorno orgánico con el que ya está familiarizado. El síntoma orgánico puede transformarse imperceptiblemente en histérico.

Psicopatología de la histeria. No es sorprendente que las teorías formuladas para explicar la etiología y la naturaleza de un trastorno de la personalidad que puede manifestarse en formas aparentemente no relacionadas, como incapacidad funcional somática y estados de amnesia y oníricos, sean tan variadas. Como podría esperarse, estas teorías han sido influídas por los conceptos que han prevalecido en determinado período en relación con los fenómenos naturales en general y con la conducta humana en particular. De este modo encontramos la doctrina de Hipócrates de que la histeria se debe a la emigración del útero en busca de humedad; la creencia del siglo XVII de que las asombrosas manifestaciones vistas en aquella época se debían a posesión por el demonio o las brujas, y la convicción ahora generalmente aceptada de que se trata de una técnica de adaptación a la que la personalidad puede recurrir.

Entre los que han contribuído más a nuestra comprensión de la histeria están Charcot, Janet, Bernheim, Babinski y Freud. Aunque su punto de vista era completamente neurológico, Charcot fué el primero en demostrar que las manifestaciones dramáticas de la histeria podían ser producidas y reprimidas por medio de sugestión hipnótica; de este modo demostró que las influencias psicológicas pueden influir en los mecanismos somáticos, aunque con su falta de aptitud para la investigación psicológica, supuso que una degeneración hereditaria era requisito esencial para los fenómenos hipnóticos o histéricos; sin embargo, su descubrimiento sentó los fundamentos para otras investigaciones.

Janet, un discípulo de Charcot, al intentar explicar los fenómenos de la histeria, desarrolló los conceptos de disociación, subconsciente y tensión psicológica; se recordará que Janet creía que la integración del organismo, ya se considere desde el punto de vista de la conciencia o de la función, depende de una energía que denominó tensión psíquica. Si esta tensión psíquica es adecuada, hay unidad de la personalidad, con síntesis de la conciencia y de los procesos funcionales; si, en otra forma, hay un debilitamiento de esta tensión o energía, provocado por choques emocionales y recuerdos traumáticos, disminuye el nivel del trabajo psicológico y ciertos procesos mentales continúan en el subconsciente, independientemente de (disociados de) la corriente principal de la conciencia. De acuerdo con este punto de vista, la histeria se consideraría como un defecto, un proceso negativo, y no como un proceso dinámico y con finalidad.

Bernheim hizo hincapié en la importancia de la sugestión y expresó la opinión de que todos los síntomas histéricos eran el resultado de ella. Babinski también creyó que en el histérico hay una susceptibilidad a los estímulos que, por lo tanto, son particularmente potentes para inhibir o disociar los procesos mentales; añadió la opinión de que los fenómenos histéricos no sólo podían ser producidos por sugestión, sino que podían ser extirpados por la persuasión.

En la actualidad se reconoce universalmente que la histeria es de orígen psicogéno; la influencia más grande en la creación de este punto de vista se encuentra en las contribuciones de Freud, aunque muchos psiquiatras prefieren modificaciones de sus conceptos. La mayoría de las teorías psicogénicas acerca de la naturaleza de la histeria se basan en los conceptos de conflicto y represión; de acuerdo con Freud, el deseo u otro material reprimido, aunque no se le permite expresión franca, la obtiene en forma disfrazada a través del mecanismo de conversión, por medio del cual el conflicto psíquico se transforma en un síntoma psíquico o mental. Freud explicó los síntomas psíquicos como causados por un conflicto entre el super-ego y algún deseo que debido a su naturaleza conscientemente objetable es reprimido por aquél; sin embargo, esta represión no tiene un éxito completo y el deseo obtiene expresión disfrazada por medio de su "conversión" o transformación en un síntoma. La naturaleza y localización del síntoma así producido será tal que simbolizará o facilitará la expresión disfrazada del deseo reprimido, y al mismo tiempo procurará algún grado de satisfacción o de alivio del conflicto emocional. Muchos psiquiatras que aceptan el papel de la represión en la producción del síntoma histérico, dudan en aceptar la creencia de Freud de que un complejo de Edipo reprimido es una condición esencial para el desarrollo de la histeria.

En la actualidad, la explicación más ampliamente aceptada del mecanismo conocido como conversión es que elementos inconscientes de la personalidad,

inadaptados y reprimidos, cargados de componentes instintivos y emocionales productores de ansiedad, producen inervaciones inusitadas que dan lugar al síntoma histérico. Estas inervaciones excepcionales producen una alteración involuntaria de funciones motoras y sensitivas que indica conflictos emocionales y que está relacionada con las necesidades inconscientes del enfermo. Las incapacidades sensoriomotoras sirven con frecuencia como soluciones simbólicas de sus conflictos.

Muchos psiquiatras consideran la alteración histérica como una reacción substitutiva que ocurre cuando el enfermo se enfrenta a deseos y tendencias en conflicto o a otras experiencias incompatibles; cuando éstas son suprimidas o reprimidas, se presentan las reacciones y síntomas substitutivos, que en su naturaleza aparecen como el producto de autosugestiones más o menos inconscientes. La conexión entre estas incompatibilidades reprimidas y la reacción o síntoma substitutivo no se reconoce, o es "olvidada", y el síntoma es despreciado o aceptado con indiferencia y complacencia.

En la histeria crónica la incapacidad funcional puede ser considerada como un medio de adaptación; la incapacidad permite al enfermo evadir la situación o la parte de su ambiente a la que no desea enfrentarse. Poca gente no se ha valido alguna vez de una incapacidad física poco importante para evitar un deber desagradable o explicar algún fracaso. La diferencia entre el uso común de la enfermedad como un mecanismo de ventaja y su uso patológico, es sólo de grado y de la extensión en que es inconsciente. Frecuentemente el refugio histérico en la incapacidad puede servir como una huída de la realidad.

La manera cómo la conversión o transformación de un conflicto emocional en un síntoma específico ofrece un mecanismo de escape a una persona que se enfrenta a un problema aparentemente insoluble, se ilustra en el siguiente caso.

M., un joven que había sido bailarín y acróbata de circo, se alistó en el ejército mucho tiempo después de la Primera Guerra Mundial, donde encontró la disciplina rígida, los deberes fastidiosos y las experiencias monótonas. Extrañaba los viajes, la excitación, la atención y la oportunidad de exhibirse de que gozaba en su vida anterior. La situación se hizo intolerable, pero la huída significaba que sería tratado como un desertor. Una reacción histérica de conversión, inducida por dos motivos en conflicto, el uno aceptar los requerimientos de la vida militar, y el otro escapar de una situación odiada, proporcionaron una solución que le permitió obtener su fin: huir de experiencias y tareas desagradables y, al mismo tiempo, mantener el respeto de sí mismo. Al llegar al hospital mental, no podía caminar ni estar de pie, y sus piernas estaban anestesiadas aún para vigorosos piquetes de alfiler. Al mismo tiempo, exhibió una actitud significativa de desprecio a su incapacidad, aunque, hasta donde él se daba cuenta, era completa e incurable. Su falta de preocupación se explica por el hecho de que la pena era menor que la ganancia, aunque no debe concluirse que esta consideración de ventajas y desventajas era en modo alguno un asunto de reflexión consciente. Unos cuantos meses más tarde, fué dado de baja del ejército con un certificado médico de incapacidad. Pronto empezaron a regresar las funciones motoras y sensitivas perdidas. Los esfuerzos persistentes para caminar tuvieron cada vez más éxito, y en otros tres meses abandonó el hospital prácticamente sano.

En el caso de este soldado tenemos una conversión o disociación histérica simple.

Otro caso de tipo menos dramático, pero más frecuente, y que muestra cómo la "fuga en la enfermedad" puede substituir conflictos y problemas por trastornos funcionales, establecer el hábito de invalidez como medio de evadir responsabilidad y proporcionar una ganancia morbosa, es el siguiente:

Durante algunos años antes de la Primera Guerra Mundial, una enfermera, debido a incapacidades de personalidad y otras desventajas, había alcanzado una situación económica y profesional apenas mediana; su experiencia en el servicio no tuvo una importancia especial. Cuando recibió su baja del ejército, se encontró enfrentada, no sólo a sus incapacidades previas, sino acercándose a una edad en que la lucha por la vida sería más difícil. Era una época en que un gobierno agradecido estaba recompensando generosamente a los que habían sido heridos o incapacitados en la guerra. A medida que los fracasos se repitieron, la enfermera empezó a sufrir dolores de cabeza, síntomas gastrointestinales y otras molestias incapacitadoras. Exámenes repetidos y cuidadosos no revelaron patología orgánica; mecanismos puramente mentales habían producido los síntomas de incapacidad que dieron derecho a la enferma a obtener beneficios económicos del gobierno, le procuraron un hogar cómodo en un hospital, y no sólo la libraron de su lucha por una vida algo insegura, sino que le dieron cierto reconocido prestigio sobre su medio ambiente; desarrolló síntomas que en sí mismos eran indeseables para obtener una meta que era deseable, fenómeno que constantemente encontramos en la histeria. El hecho de que no mostrara ninguna mejoría con el tratamiento era de esperarse, ya que, como las necesidades psicológicas que crearon sus incapacidades seguían existiendo, había un deseo de no curarse de los síntomas determinados mentalmente; rehusaba dejar una enfermedad que así la recompensaba.

Ya que una alteración como la exhibida por esta mujer no representa un retiro temporal o la adaptación a una tensión, sino una alteración más gradual y permanente en el método de adaptación de la enferma, puede preguntarse si no debería ser clasificada más como un trastorno psicosomático que como histeria. Probablemente la respuesta estaría determinada según que los síntomas fueran principalmente de origen vegetativo o del sistema nervioso sensitivomotor.

La reacción histérica permite al enfermo mantener el respeto a sí mismo, y al mismo tiempo obtener algún propósito cuyo alcance por otros medios estaría prohibido por la autoestimación. Puede hacer posible la huída de una situación intolerable, proporcionar la exoneración de uno mismo, ser excusa para los fracasos, permitir la evasión de algún deber, evitar una responsabilidad, expresar algún odio, servir como método para llamar la atención, o realizar algún propósito que no soportaría el escrutinio de la conciencia.

Como ya se ha dicho, la histeria tiene su análogo en numerosos actos de la vida cotidiana en que tienen lugar muchos procesos psicológicos considerados como normales, sin conciencia de sus métodos y motivos, especialmente si hay alguna razón para esconder la verdad a uno mismo. El histérico nunca desea descubrirse la naturaleza real de su enfermedad, esfuerzo en el cual tiene éxito ya que la personalidad consciente no tiene acceso a la causa de su padecimiento; también es universal la tendencia a proyectar las dificultades propias en algo tangible; de modo semejante, cualquier base física para la explicación de un síntoma es bienvenida y se le asigna un lugar importante.

Los dos casos mencionados, uno con la aparición repentina de un síntoma más bien sorprendente, la paraplejía, y el otro de desarrollo más insidioso, con su postración, dolor de cabeza, sensaciones dolorosas y molestias gastrointestinales, ilustran de manera general los dos tipos de principio y de manifestación de los síntomas de la histeria. El primer caso pertenece a las "histerias mayores", caracterizadas por estados oniroides, estupores y parálisis; dramático en sus manifestaciones y frecuentemente repentino en su principio. El segundo caso representa la forma crónica y más frecuente; sus incapacidades, de naturaleza vaga, se desarrollan lentamente y tienden a estimular enfermedades orgánicas crónicas. El enfermo acepta de buena gana la invalidez como solución de sus dificultades.

En conexión con las neurosis de conversión, tanto agudas como crónicas, como las antes citadas, debe recordarse el hecho de que generalmente son varios los factores que desempeñan un papel en la determinación de la naturaleza específica de la reacción neurótica. Esta concurrencia e integración de funciones de adaptación, servidas inconscientemente por los síntomas, se conoce como *sobredeterminación;* gracias a este proceso, un solo síntoma o reacción neurótica puede ser una formación compleja en cuya producción intervienen varias necesidades simultánea e inconscientemente. Si se analiza un proceso de sobredeterminación se verá que en una neurosis de conversión hay valores que alivian la ansiedad y que han sido producidos por ciertas determinaciones dinámicas, junto con ventajas posteriores que el enfermo obtiene secundariamente, una vez que su enfermedad se ha establecido; estas dos series de valores derivados de la neurosis se conocen como ventajas *primarias* y *secundarias*. Generalmente el elemento de la "ganancia secundaria" obtenida de los síntomas trastornantes de conversión observados todos los días en la práctica de la medicina general, es menos aparente que en el caso de la mujer antes citada. De hecho, frecuentemente, cuando los síntomas de la ansiedad también están presentes, el elemento de ganancia secundaria puede ser pequeño.

En el caso del soldado con la paraplejía, ya señalamos la actitud de despreocupación manifestada hacia la incapacidad. Esta indiferenci satisfecha y

tranquilidad patológica de la mente, caracterizada por Janet como *la belle indifférence,* es de importancia diagnóstica en la histeria; una vez que se ha resuelto el conflicto y se ha liberado la ansiedad por medio de la conversión de los impulsos y deseos reprimidos en síntomas funcionales, aparece una calma extrema.

Neurosis por accidentes. Aunque las neurosis por accidentes y compensación pueden presentar ansiedad y otras características, generalmente se clasifican entre las histerias. Antes se pensaba que un deseo para el cual el enfermo consideraba justa la compensación era el principal, si no el único factor, en la producción de neurosis después de accidentes del trabajo. Recientemente, estudios más detenidos de la personalidad del enfermo han demostrado que también otros factores tienen importancia dinámica. Las personas de tendencia paranoide, las que están inseguras y las que buscan simpatía y atención son las predispuestas a sufrir neurosis de compensación; lo mismo vale para el individuo que se encuentra en una situación que se está haciendo cada vez más insoportable. La necesidad, debido a obligaciones económicas, de continuar trabajando más allá de las capacidades mentales o físicas, o el fracaso en la obtención de satisfacciones en el trabajo, pueden predisponer a una neurosis traumática. Alguna ventaja incidental que resulte de la lesión, como la huída de condiciones de empleo monótonas y aburridas, puede ser un factor contribuyente importante; la solicitud exagerada de la familia del enfermo o un comentario poco juicioso del médico durante los primeros días o semanas después de la lesión en relación con su gravedad, pueden predisponer al desarrollo de una neurosis; las experiencias relativas a una impotencia orgánica o trastornos en los negocios que resultan del accidente, o la preocupación acerca de la curación pueden determinar su desarrollo; no sólo el deseo de ventaja económica puede ser un factor motivante, sino también la convicción por parte del enfermo de que tiene derecho a esperar una compensación. Las costumbres sociales y la opinión pública tienden a fomentar el desarrollo de neurosis por accidente por su actitud hacia el problema de la responsabilidad. La probabilidad de desarrollar una neurosis traumática después de una lesión relativamente ligera es mayor que si la lesión es tan incapacitante como para ser indiscutiblemente compensada. Las secuelas traumáticas ligeras pueden exagerarse mucho con elaboraciones histéricas. Las neurosis traumáticas o de accidente raramente se presentan cuando la víctima de la lesión debe tomar la responsabilidad económica del accidente, como en el caso de las lesiones deportivas. Generalmente hay un período de incubación entre la lesión y la aparición de los síntomas determinados mentalmente; este intervalo, anterior al desarrollo de las incapacidades crónicas, es de valor para excluir un origen orgánico; está generalmente ocupado por meditaciones vagas que tienden a ser de naturaleza imaginativa, afectiva, sugestiva y determinadas por deseos.

Síntomas de las neurosis por accidentes. Los síntomas de las neurosis por accidentes son variados y no se distinguen de los que se encuentran en otras neurosis más que en lo que se refiere a la compensación. Frecuentemente los síntomas consisten en irritabilidad, obstinación, tendencia a las discusiones, brotes de llanto, ansiedad, depresión, insomnio, dolor de cabeza y mareos; el enfermo es locuaz al describir sus síntomas y puede quejarse de pobreza de memoria e incapacidad para concentrarse. No debe olvidarse el hecho de que la reacción histérica puede superponerse a una lesión orgánica que quizá es difícil de reconocer. Algunas veces los síntomas neuróticos no producen trastornos serios hasta que el enfermo ha regresado a su trabajo, y entonces se agravan tanto que renuncia a su empleo; se presentan temblores, parálisis y otros síntomas motores y sensoriales. Algunas veces la forma necesaria de tratamiento de la lesión previa puede servir para sugerir una incapacidad en una persona de tipo histérico; la inmovilización de una extremidad lesionada por medio de férulas, por ejemplo, puede ir seguida de parálisis. Como en otras psiconeurosis, los síntomas pueden fijarse firmemente por demasiados exámenes médicos o por tratamiento exagerado, basado en premisas equivocadas. El desarrollo de síntomas por sugestión no está limitado, de ninguna manera, a las neurosis traumáticas orientadas hacia la compensación; la repetición de exámenes físicos puede agravar los síntomas cuando existe una enfermedad orgánica, y producirlos cuando la enfermedad no existe. El hecho de que las palabras y los actos del médico puedan tener un efecto sugestivo sobre el enfermo le impone una responsabilidad especial. En los casos en los que la compensación es un motivo participante, el enfermo permanece sin darse cuenta de tal influencia y niega que desea una compensación, declarando que de buena gana rechazaría cualquier compensación si se le devolviera la salud; se queja de sus síntomas, pero raramente pregunta cómo puede librarse de ellos; los sentimientos subyacentes de culpa pueden sobrecompensarse y ser experimentados como compensación de sí mismo.

Las leyes de compensación para los trabajadores y los seguros contra accidentes han aumentado mucho la incidencia de las neurosis traumáticas. El efecto que sobre el trabajador ha tenido la costumbre general de dar compensación por las lesiones ha sido crear un estado mental receptivo, de modo que cuando la lesión ocurre es seguida de un deseo inconsciente de compensación. Esto no quiere decir de ninguna manera que el trabajador que después de un accidente se queja de síntomas sin base orgánica está fingiendo o no amerita la compensación; es cierto que la incapacidad no se hubiera presentado si los resultados de la lesión no poseyeran beneficios potenciales de alguna forma; lo malo es que el accidente en la histeria traumática ocurrió en una persona que estaba psicológicamente predispuesta a la neurosis. La existencia de litigio tiende a mantener la atención del

paciente hacia su lesión, especialmente si el proceso legal es prolongado; en contra de la creencia frecuente, el término del litigio no acaba por lo general rápidamente con los síntomas; la terminación, sin embargo, tiene un efecto saludable sobre éstos, eliminando un factor que ha tendido a mantener la atención del enfermo enfocada sobre sí mismo.

Deben mencionarse las *neurosis ocupacionales,* de las que una gran proporción deben ser consideradas como histéricas, especialmente las caracterizadas por espasmos; en estas neurosis el enfermo, al intentar realizar algún movimiento especializado de su ocupación, que requiere la coordinación de grupos de músculos, sufre un espasmo de aquellos que intervienen en este acto; su función permanece intacta cuando se intenta usar los mismos músculos para la ejecución de algún otro movimiento; algunas veces la sugestión y la naturaleza compensadora de la ocupación desempeñan algún papel, como en el nistagmus de los mineros, una neurosis ocupacional que se presenta principalmente en Inglaterra, donde el número de las personas a las que se pagó compensación aumentó de 1618 en 1910, a 10638 en 1930.

Diagnóstico. Aparte de su diferenciación de otras neurosis, con las que frecuentemente comparte algunas características, el diagnóstico diferencial de histeria debe hacerse principalmente con las alteraciones orgánicas, la simulación y la esquizofrenia. La histeria puede en ciertos respectos simular una variedad asombrosa de síntomas orgánicos, y para diferenciarla de ellos hay que recordar ciertos principios; naturalmente que uno debe asegurarse de que las alteraciones sensoriales y motoras están de acuerdo con hechos anatómicos conocidos; los síntomas histéricos frecuentemente cambian de tiempo en tiempo y con la sugestión; las alteraciones reflejas y tróficas no acompañan a los trastornos histéricos. Antes de decidir que un signo físico o un síntoma expresado somáticamente es de origen psíquico, hay que tratar cuidadosamente de aclarar si antes de la aparición del signo o síntoma había una insatisfacción afectiva. La actitud del enfermo de indiferencia satisfecha hacia su incapacidad, y las circunstancias en que se presenta el trastorno son con frecuencia elocuentes. La coincidencia o secuencia inmediata de un estado emocional agudo y la aparición de fenómenos físicos es sugestiva, especialmente si la conexión entre el evento psicológico y el signo no es reconocida por el enfermo. Cuando existe una enfermedad física, el paciente acepta fácilmente, o hasta sugiere él mismo que su incapacidad es de origen mental. Por otro lado, el enfermo cuya incapacidad es psicógena busca afanosamente una base física; naturalmente que ambos están tratando de ocultar la verdad. Siempre estará bien que el médico se pregunte a sí mismo si los signos o síntomas tienen una finalidad en la vida del enfermo y no dejar que la pérdida o sufrimiento aparentes excluyan la histeria de las posibilidades en consideración.

La confusión de la histeria con la simulación se hace más fácilmente por personas que consideran a todos los histéricos como simuladores y que creen equivocadamente que el histérico, si quisiera, podría controlar sus síntomas; las discrepancias, las contradicciones y las exageraciones de los síntomas son más frecuentes en la simulación; el simulador generalmente expresa mucho interés en sus síntomas. En la forma clásica de la histeria de conversión mayor, el enfermo manifiesta poca atención por sus síntomas; sin embargo, debido al componente considerable de ansiedad que generalmente acompaña a la histeria reciente, con frecuencia el enfermo muestra signos de interés. Exámenes de sorpresa, u observaciones cuando el enfermo no se da cuenta, pueden revelar el engaño en la simulación. Al diferenciar entre la amnesia verdadera y la simulada se encontrará que la recuperación repentina de la memoria indica fuertemente simulación. La simulación y la histeria tienen mucho en común; la diferencia está principalmente en el grado relativo en que la conciencia participa en la reacción; entre paréntesis puede agregarse el comentario de que las adaptaciones, en general, sean normales o neuróticas, nunca son completamente conscientes o completamente inconscientes.

Debido a que en la esquizofrenia puede haber reacciones que se semejen fuertemente a la histeria, el diagnóstico no siempre es fácil; el temperamento original del enfermo puede servir de indicación, ya que el del histérico se caracteriza por emociones más fácilmente cambiantes; generalmente en la histeria existe un afecto dominante, no hay contradicciones, no hay alteración en las asociaciones, hay una mayor respuesta a cualquier reacción emocional de parte de la enfermera o de los parientes, y no hay deterioración en los hábitos de vestido y limpieza. En la histeria hay un deseo aparente de ser el centro de la atención y generalmente se encontrará que los padres o el cónyuge se han acostumbrado a mostrar una reacción emocional exagerada y de simpatía a cualquier enfermedad que presenta el paciente.

Pronóstico. El grado en que los mecanismos histéricos pueden ser eliminados depende considerablemente de la extensión en que las evasiones hayan constituído ya un hábito en los primeros años de la vida, y de la madurez e independencia de los rasgos de la personalidad. El pronóstico también depende del vigor o debilidad de los recursos de la personalidad del enfermo, en relación con las exigencias del medio ambiente y otras tensiones a las que tendrá que enfrentarse; si la capacidad de adaptación social del enfermo ha sido limitada, si ha sido su costumbre enfrentarse a dificultades pequeñas de manera equívoca o si ha llevado una vida sin propósito o ambición, es probable que presente más recaídas histéricas. La sintomatología sola es una indicación poco segura del pronóstico.

Si el enfermo ha estado bien adaptado previamente y la reacción histérica fué provocada por una tensión muy fuerte, el pronóstico es favorable, siempre que la situación precipitante no se vuelva a presentar; si los síntomas

representan una fase en el desarrollo de una invalidez histérica crónica, un cambio en el modo de adaptación del enfermo, el pronóstico es menos favorable. Las desventajas físicas o intelectuales no compensadas también empeoran el pronóstico. El enfermo que ha pensado conscientemente cómo se resolverían sus dificultades con la aparición casual de una enfermedad incapacitadora, puede permitir fácil e inconscientemente que el pensamiento se haga realidad. La presencia de ansiedad, que indica que la invalidez histérica no se acepta serenamente como solución de las dificultades, hace el pronóstico menos desfavorable. El enfermo infantilmente egocéntrico, que depende cada vez más de sus síntomas, tiene muy mal pronóstico; su reacción histérica se convierte en una manera de vivir más o menos permanente.

Tratamiento. En el tratamiento de la histeria, el psiquiatra trata primero de comprender la finalidad del síntoma, y de descubrir los factores que han producido una ansiedad tan grande que sólo pudo ser afrontada por medio del mecanismo de conversión con síntomas funcionales en órganos y partes del cuerpo, o con disociación de la personalidad en forma de fugas, amnesia o estupor. Como los trastornos del enfermo se deben a causas y mecanismos mentales, el tratamiento deberá ser fundamentalmente psicoterápico. Gracias a este tratamiento el enfermo puede obtener una visión clara acerca del origen de sus síntomas y adaptarse a la luz de esta visión. Si bien en todas las psiconeurosis es deseable que el enfermo adquiera una visión acerca del origen de sus síntomas, esto debe procurarse especialmente en la histeria. En otras neurosis, el tratamiento debe frecuentemente ser de sostén e ir dirigido a adquirir seguridad emocional; pero en la histeria, especialmente si es de origen reciente, la terapéutica debe dirigirse a la causa y a la finalidad de la alteración. Desgraciadamente, tanto en ciertas neurosis como en las psicosis, nuestra teoría de psicopatología está más desarrollada que nuestra técnica de tratamiento.

La naturaleza y la energía de los factores dinámicos que han producido los síntomas del enfermo se ocultan a su reconocimiento y cualquier explicación de los mecanismos subyacentes se recibe frecuentemente con oposición y protesta. La reacción disociativa o conversiva del histérico puede, también, aparecer tan remota de su problema emocional, que sólo un análisis cuidadoso puede descubrir la relación entre ambas.

Para tratar la histeria el psiquiatra debe recordar que tiene que enfrentarse a dos problemas diferentes, pero relacionados: uno, la desaparición del síntoma, y otro, el de capacitar al enfermo para comprender la fuente de su ansiedad y el significado de sus síntomas, para que pueda formarse un método más constructivo de acción para el futuro. Como se señalará en el capítulo en el que se discute la psicoterapia, el hipnotismo puede tener éxito en la desaparición del síntoma histérico, pero el problema emocional bási-

co permanece inalterado y, por lo tanto, es frecuente que el síntoma histérico repita. En general se emplean dos técnicas de psicoterapia para investigar con el enfermo el problema que originalmente dió lugar a su padecimiento: un método es el psicoanálisis o técnica de las asociaciones libres de Freud, y el otro, que debería ser llamado terapia psicobiológica, se basa en la doctrina de la psicobiología de Meyer y en la importancia que concede al estudio de la personalidad. Los principios y técnicas de estas dos formas de terapéutica serán discutidos en el Capítulo XXXI.

Ocasionalmente, y debido a su importancia, es conveniente atacar al síntoma directamente y, después de su desaparición, llevar a cabo el tratamiento de los rasgos inmaduros de la personalidad y de los factores específicos que dieron lugar a la enfermedad; este tratamiento se hace según las normas que se describen en el Capítulo XXXI.

En el tratamiento de las neurosis por accidentes hay ciertos factores que merecen especial atención; en caso de que haya una lesión debe evitarse cuidadosamente cualquier sugestión de que puede ser grave. Si es posible, la persona lesionada debe continuar trabajando, pero si su estado no lo permite, se procurará que regrese al trabajo tan pronto como sea posible. Debe tenerse cuidado en no prolongar el tratamiento de cualquier complicación física. La actitud del médico hacia el enfermo que sufre de una neurosis traumática no debe ser nunca de sospecha u hostilidad; si se aborda al enfermo con una actitud ya con prejuicios, escéptica, sin hacer caso de sus quejas y sólo se practica un examen superficial, se destruye la posibilidad de cualquier relación terapéutica y hasta puede contribuírse a mayores elaboraciones psicológicas.

La esperanza de la compensación por parte del empleado lesionado le hace imposible olvidarse de las sensaciones o de las experiencias subjetivas desagradables, o adaptarse a ellas. En oposición al atleta, lesionado de manera semejante al trabajador, indudablemente sin intención consciente, se siente inclinado a exagerar, más que a ignorar, las incomodidades que le produce su lesión. El rigor y la desconsideración hacia el accidentado por parte de los representantes de las compañías de seguros, la facilidad con que suponen que se está tratando de estafarlos, y los retrasos y tecnicismos de los procedimientos de la corte, tienden a estimular características morbosas de reacción. Tales actitudes engendran el resentimiento y el desaliento y pueden forzar a la persona lesionada a recurrir a un modo de respuesta primitivo (histérico). El hecho de que una compensación dada a un trabajador que sufre de una neurosis traumática se pague en una sola suma o se extienda a un número de pequeños pagos no tiene ninguna influencia sobre la neurosis; sin embargo, es importante que se llegue pronto a un acuerdo y se termine el litigio.

NEUROSIS COMPULSIVAS

La nomenclatura de algunas reacciones psiconeuróticas está complicada por una diversidad y confusión considerables. Bajo el término "psicastenia", el Manual Estadístico preparado por la Asociación Psiquiátrica Americana y el Comité Nacional de Higiene Mental, incluye fobias, pensamiento obsesivo y actos compulsivos; en el sentido usado originalmente por Janet, la psicastenia comprendía no sólo fobias, estados obsesivos y compulsivos, sino también tics y estados de ansiedad difusa; también abarcó algunas reacciones que los psiquiatras norteamericanos clasificarían como histeria, neurastenia y quizá esquizofrenia. El término se usa actualmente con poca frecuencia.

Debido al hecho de que las fobias, el pensamiento obsesivo y los actos compulsivos poseen todos una característica común, la de sentirse compelidos por alguna fuerza interior a pesar del razonamiento, parece lógico agruparlos bajo el nombre general de neurosis compulsivas; también en todos ellos se emplea el mecanismo del desplazamiento.

Fobias. La fobia es un miedo intenso y recurrente, asociado a una idea, objeto o situación; aunque el enfermo reconoce conscientemente que no existe verdadero peligro y que no hay una razón para el miedo, no puede evitar experimentarlo. Se han descrito una gran variedad de fobias; entre ellas se encuentran el miedo a la suciedad, a las bacterias o a ciertos animales, y muchas de ellas tienen nombres griegos, como agorafobia, el miedo a los espacios abiertos; claustrofobia, el miedo a los espacios cerrados. El miedo que el paciente experimenta en presencia de cierto objeto o situación se deriva de experiencias o tendencias instintivas reprimidas; la emoción del miedo, asociada al objeto o situación conscientemente temido, se deriva en realidad de otras fuentes, de las que el enfermo no se da cuenta. El psiquiatra trata de descubrir el significado simbólico, inconsciente, contenido en la fobia; la ansiedad del enfermo puede ser liberada, por ejemplo, apartándola de tendencias agresivas reprimidas y desplazándola a un objeto o situación simbólicos en forma de una fobia específica: el peligro interno se cambia en peligro de orígen externo, proyectándolo hacia afuera. Si el enfermo con fobia es forzado hacia una situación productora de ansiedad se agita, llora, puede tener temblores generalizados y ser incapaz de continuar su trabajo y ser vencido por el pánico.

A las fobias se agregan frecuentemente pensamientos obsesivos; por ejemplo, el enfermo debe pensar constantemente en el objeto particular de su fobia. Desde el punto de vista psicológico, la fobia es frecuentemente miedo a aquello que no debe ser reconocido conscientemente, o una defensa en su contra. Las ideas obsesivas acerca de que se tiene sífilis pueden representar

una duda acerca de la potencia sexual; en una mujer soltera puede significar el debilitamiento de la represión de las tendencias heterosexuales normales y el miedo a que esto se reconozca conscientemente. Los temores de enfermedad representan frecuentemente miedo a algún aspecto de la personalidad, cuyo reconocimiento consciente sería doloroso; el asegurar al enfermo que no tiene la enfermedad que teme no da ningún resultado ya que, en realidad, no le importa el padecimiento por el que siente miedo.

Las reacciones fóbicas a las que se asocia un elemento marcado de ansiedad fueron designadas antes como histeria de ansiedad; el término es poco satisfactorio, ya que se usó también para la histeria de conversión, a la que se añadía ansiedad al cuadro clínico; también se aplicaba a ataques de ansiedad difusa que ahora se clasifican como estados de ansiedad. Por lo tanto, el término puede dejar de aplicarse.

Pensamiento obsesivo. En el pensamiento obsesivo hay una recurrencia persistente de pensamientos desagradables y angustiosos; el enfermo tiene que luchar en contra de pensamientos que son repugnantes a sus sentimientos conscientes de moral y estética, como ideas de naturaleza blasfema o fantasías de matar a un miembro querido de la familia. Aunque horrorizado de tener tales pensamientos, el enfermo es incapaz de librarse de ellos; los pensamientos intrusos y constantemente recurrentes pueden ser absurdos y sin sentido —como el caso descrito por Ireland, cuyo enfermo, un hombre culto, se preguntaba persistentemente por qué una silla tenía cuatro patas en lugar de una— o puede haber una preocupación meditativa y especulación sobre temas como la creación, el infinito u otros problemas filosóficos o religiosos. El estado de preocupación obsesiva con un tema aparentemente indiferente, con exclusión exagerada de otros intereses, se conoce algunas veces como estado obsesivo-meditativo; en ocasiones se asocia una considerable ansiedad a dichos estados. Cuanto mayor sea el esfuerzo para disipar los pensamientos obsesivos, más obstinadamente regresan. Estos enfermos prácticamente no llegan jamás a ejecutar actos antisociales o violentos a consecuencia de sus pensamientos obsesivos; la incapacidad del paciente para liberarse del pensamiento que le molesta puede, raramente, llevarlo al suicidio.

Algunos pensamientos obsesivos adoptan la forma de *folie de doute* (locura de duda) que se caracteriza por duda, vacilación e indecisión persistentes y, generalmente, meditaciones compulsivas para cada acto; por ejemplo, el enfermo cierra la puerta de su casa en la noche, pero apenas se ha metido en su cama empieza a tener dudas acerca de la seguridad de la puerta; por lo tanto, regresa y prueba la cerradura; aun así puede volver a dudar cuando se encuentra de nuevo en la cama y necesita ir varias veces a la puerta para cerciorarse de que está cerrada. Las dudas e indecisiones obsesivas se presentan no raramente en caso de conflicto entre el deseo y la represión del deseo.

El pensamiento obsesivo tiene una finalidad defensiva; la ansiedad, que se deriva del contenido latente o cierto de la obsesión, se alivia disfrazando el contenido por medio de los mecanismos de desplazamiento y condensación. El proceso se parece mucho al que se presenta en el sueño, donde el contenido latente o verdadero se oculta por medio de estos mecanismos, de modo que la idea, deseo o impulso aparece en el sueño consciente de un modo deformado y simbólico.

Actos compulsivos. Una manifestación de las neurosis obsesivo-compulsivas es la tendencia morbosa y frecuentemente irresistible a ejecutar cierto acto estereotipado y reiterativo; cuando se le pregunta al enfermo la razón de su conducta, puede ofrecer una explicación que sabe que no tiene base racional, o admitir que es absurda y sin sentido. Generalmente el enfermo experimenta conscientemente cierta repulsión y resistencia a llevar a cabo su acto compulsivo, pero a pesar de este sentimiento la tendencia a realizarlo es irresistible. Uno de los actos compulsivos más comunes es el de lavarse las manos; el enfermo se siente impelido por alguna fuerza interna a lavar y cepillar sus manos casi constantemente; la compulsión se acompaña con frecuencia de fobia o miedo a la suciedad; el paciente expresa el temor de que podría infectarse él o a otros y recurre a métodos complicados y trastornantes para evitar tocar objetos, de los cuales casi a todos considera como posibles fuentes de contaminación; abre las puertas con los codos, maneja objetos con guantes u otras medidas protectoras. En la literatura médica se describe el caso de un enfermo que lavaba cada sábado el banco de la iglesia que esperaba ocupar al día siguiente.

La mayoría de los actos obsesivo-compulsivos consisten solamente en acciones singulares, prohibiciones y disposiciones que siempre tienen que ser llevadas a cabo de la misma manera. Superficialmente aparecen como formalidades sin sentido y sólo se reconocen como ceremoniales neuróticos cuando la necesidad de renunciar a ellos se acompaña de malestar y ansiedad; sin embargo, los actos compulsivos pueden volverse tan complicados que constituyen rituales molestos. La ceremonia ritual descrita por Freud en una de sus primeras publicaciones (1896), llamada "Las Neuropsicosis de Defensa", se cita con frecuencia, y es una excelente ilustración de la complejidad que pueden alcanzar estas tendencias compulsivas ideadas como protección contra la ansiedad:

"Un muchacho de once años había instituído el siguiente ritual obsesivo antes de meterse en la cama; no dormía hasta que no le había dicho a su madre, con lujo de detalles, todo lo que había hecho durante el día; no debía haber pedazos de papel u otros desperdicios en la alfombra de la recámara; la cama debía estar a la derecha de la pared, con tres sillas cerca y las almohadas dispuestas de un modo peculiar; para poderse dormir tenía que patalear cierto número de veces con ambas piernas antes de acostarse sobre un lado determinado."

Si el enfermo intenta reprimir su compulsión puede fracasar en su esfuerzo o tener éxito durante un breve período, ya que pronto muestra intensa ansiedad que persiste hasta que se rinde otra vez a la compulsión; en esta reacción se encuentra la indicación de la función y de la psicopatología del acto compulsivo; su función es controlar la ansiedad del enfermo que para él es inexplicable. De modo general, la compulsión controla la ansiedad de la siguiente manera: la amenaza de que impulsos, deseos y hostilidades inconscientes se desborden estimula la ansiedad; la energía afectiva de este material inconsciente amenazante, se desplaza hacia una conducta relativamente inocua, pero típicamente estereotipada y ritualizada; al mismo tiempo, el enfermo utiliza el mecanismo conocido como "anulación" ("undoing"); al ejecutar su acto compulsivo el paciente anula o deshace temporalmente el posible efecto de los impulsos amenazantes (el enfermo con fobia a la suciedad se purifica simbólicamente, por medio del ritual protector de lavarse las manos, del efecto corruptor o contaminante de los impulsos peligrosos y pobremente reprimidos). El acto compulsivo sirve como una especie de ritual mágico que hace desaparecer la situación peligrosa; mientras pueda ser llevada a cabo, la intensidad de la ansiedad estará reducida. Si la ejecución del acto ritualmente substitutivo se rechaza o es imposible, se elimina la efectividad de la defensa obsesivo-compulsiva, y los deseos o impulsos prohibidos despiertan ansiedad. La necesidad de actos rituales aumenta debido a que las tendencias inconscientes amenazan con hacer irrupción en la conciencia; y cada vez deben construirse más y más síntomas para evitar el conocimiento de las tendencias prohibidas. En muchos respectos, los rasgos defensivos de la compulsión semejan penas, expiaciones y castigos, o sirven como precauciones, prohibiciones y restricciones.

Los actos compulsivos no son raros en niños y adolescentes, en los que se presentan como ceremonias expiatorias o como medios por los que, atribuyéndole un cierto poder mágico al acto, se obtiene un objeto particularmente deseado; entonces los actos se incorporan a los hábitos, pero desaparecen normalmente cuando las tensiones reprimidas ceden y se establecen adaptaciones sociales más adecuadas.

Carácter obsesivo. Gracias al conocimiento de las neurosis obsesivo-compulsivas se ha logrado una comprensión del llamado carácter obsesivo o compulsivo; los individuos con este tipo de personalidad son personas extremadamente pundonorosas, rígidas, descontentadizas, formales, escrupulosas, dudan constantemente qué es lo que deben hacer y piensan las cosas una y otra vez; son perfeccionistas e incapaces de hacer su trabajo si se les exige; tienen sentido exagerado del deber, son aplastados por su responsabilidad y no pueden tomar decisiones. Si las circunstancias requieren una decisión, se arrepienten de la elección hecha. La persona de carácter compulsivo es obstinada en sus convicciones y manifiesta cierta tendencia

a ser quisquillosa. En contraste con la personalidad sugestionable, demostrativa y extrovertida del histérico, el obsesivo tiende a ser de tipo soñador, introvertido y concentrado en sí mismo. Si se encuentra relativamente libre de ansiedad, la existencia en la personalidad de cierto grado de tendencia obsesivo-compulsiva y de perseverancia representa una cualidad encomiable. La diferencia entre el carácter compulsivo y la neurosis compulsiva es de grado, de la magnitud de la ansiedad presente y de la extensión con que la personalidad se defiende habitualmente de estados crónicos de ansiedad por medio de recursos ritualísticos. El carácter obsesivo se desarrolla debido a la necesidad de mantener alejadas las tendencias reprimidas y de prevenir la ansiedad; la escrupulosidad es una manera de mantener al mínimo la ansiedad y los sentimientos de culpa. Si los impulsos reprimidos amenazan demasiado fuertemente con salir a la conciencia, los pensamientos y actos defensivos pueden ser desorganizados y la conducta obsesivo-compulsiva hacerse tan penetrante y extrema que se presente una neurosis incapacitante.

Pronóstico. En los adultos, el pronóstico de las neurosis obsesivo-compulsivas no es bueno. Las necesidades compulsivas del enfermo frecuentemente perturban en grado serio su bienestar y eficiencia; en los casos extremos, su preocupación constante con los rituales protectores hacen al enfermo socialmente inútil. Algunos psiquiatras consideran a las neurosis obsesivas como un grado intermedio entre las neurosis y las psicosis. Los estados obsesivo-compulsivos ligeros de los niños desaparecen con el tiempo si no se toman en serio en presencia de ellos; en algunos casos, el niño desarrolla un carácter obsesivo y a veces el estado progresa hasta la neurosis incapacitante.

Diagnóstico. En todas las neurosis hay finas graduaciones entre lo que en un extremo se considera generalmente como tendencias de carácter, hasta los trastornos que invalidan, en el otro. Por lo tanto, algunas veces se duda si cierta persona debería ser considerada como dentro de los límites de la normalidad, o si debería clasificarse como un neurótico compulsivo. En los casos completamente desarrollados, con pensamiento obsesivo bien marcado, temores o actos compulsivos, naturalmente que no hay problema; sin embargo, debido a que todos tenemos inclinaciones defensivas del carácter, la decisión es con mucha frecuencia arbitraria. Quizá el criterio debería ser fijado por la presencia de represiones que requieren medidas drásticas de mantenimiento que trastornan seriamente la vida subjetiva del enfermo. Ordinariamente no se incluyen las tendencias exageradas del carácter, como la escrupulosidad rígida o los escrúpulos exagerados de moral y ascetismo, aunque, como los síntomas francamente neuróticos, son de naturaleza defensiva.

El diagnóstico diferencial entre las fases precoces de la esquizofrenia y la psicastenia o los estados compulsivos es algunas veces extraordinaria-

mente difícil. El pensamiento obsesivo del psiconeurótico puede ser muy semejante a la meditación subjetiva del esquizofrénico, mientras que el ritual compulsivo del primero puede recordar los amaneramientos del segundo. Los simbolismos que se observan en los actos compulsivos del psicasténico, así como la naturaleza substitutiva de las fobias, se parecen, tanto en su aspecto como en su situación, a los símbolos que se presentan en la esquizofrenia. No es raro que lo que primero se cree ser un estado de meditación y tensión obsesiva de un neurótico, se transforme posteriormente en una reacción esquizofrénica evidente, generalmente de tipo paranoide. En general puede decirse que cuanto mayor sea la meditación y menor la tensión, más se acerca la reacción a la esquizofrenia. La incapacidad por parte del enfermo de considerar sus fobias y compulsiones como absurdas, especialmente cuando las refiere a influencias externas, indica un origen esquizofrénico maligno. El neurótico compulsivo nunca pierde la capacidad de discriminación entre las experiencias subjetivas y la realidad, como acontece en el esquizofrénico. Finalmente, como señala Bleuler, el neurótico compulsivo lucha *contra* su obsesión, mientras que el enfermo delirante lucha *con* su idea.

Algunas veces las depresiones genuinas de la psicosis maníaco-depresiva pueden acompañarse de ideas obsesivas; para diferenciar tales casos de los estados compulsivos se necesita saber qué apareció primero, la depresión o la idea obsesiva.

Tratamiento. Un estado obsesivo completamente desarrollado puede ser más refractario al tratamiento que las psicosis benignas. En algunos casos el tratamiento psicoanalítico durante varios años puede ayudar y hasta curar. Muy raramente, si es que esto ocurre, la terapéutica con electrochoque produce resultados benéficos permanentes. Algunas veces se ha obtenido mejoría con la leucotomía prefrontal; sin embargo, debería limitarse a casos tan graves como aquellos en los que el enfermo está prácticamente confinado en su casa e incapacitado para cualquier actividad útil debido a sus compulsiones. Algunas comunicaciones sugieren que los resultados son mejores cuando hay evidencias de gran tensión y cuando los síntomas obsesivos se acompañan de ansiedad considerable.

ESTADOS DE ANSIEDAD

La ansiedad es un malestar doloroso de la mente, un estado de tensión elevada que se acompaña de temor, sentimiento de desasosiego y aprensión. Puede presentarse en cualquier situación y constituye una amenaza a la personalidad; el material reprimido es especialmente apto para producir ansiedad. La ansiedad puede presentarse, por ejemplo, cuando las necesidades

propias y la seguridad de la personalidad se ven amenazadas por el hecho de que la represión de deseos y tendencias prohibidas está en peligro de quebrantarse; también puede aparecer, con su aprensión obsesiva, en relación con frustraciones o dilemas sobre problemas capitales de la vida, por ejemplo de tipo vocacional, sexual o de adaptación matrimonial. Entre las inadaptaciones sexuales, los métodos contraceptivos inapropiados, especialmente el coitus interruptus, si producen tensión frustrada, pueden ser importantes como causas de estados de ansiedad; los impulsos hostiles y agresivos, las insatisfacciones en las relaciones emocionales con los demás y los sentimientos de culpa pueden, entre otras muchas situaciones, estimular la ansiedad. Generalmente el enfermo, o no reconoce, o trata de pasar por alto la naturaleza emocionalmente tensa de la situación que obra como agente productor de ansiedad. La personalidad, enfrentada a amenazas intensamente perturbadoras, crea automáticamente defensas para procurarse un sentimiento de seguridad.

Si la ansiedad está determinada por factores poco complicados, puede resolverse por medio de ciertos tipos comunes de reacción autodefensiva y por la formación de un tipo bastante característico de personalidad neurótica; las personas cuyos mecanismos de defensa de la ansiedad se han organizado en su personalidad son frecuentemente serias, tímidas, sensibles a la opinión de otros, aprensivas, fácilmente desconcertables e inclinadas a las preocupaciones; muchos son distraídos, tienen sentimientos de inferioridad, experimentan dificultades para tomar decisiones y tienen miedo a cometer errores. Generalmente son escrupulosos, concienzudos, detallistas, ambiciosos y creen que deben tener un alto nivel de vida que ellos mismos trazan. Aunque estas personas sufran angustia o incapacidad moderadas, por aprensión y otras características anotadas ya al principio del párrafo, se libran de una ansiedad o tensión intolerables gracias a la escrupulosidad y a otros rasgos similares.

Con demasiada frecuencia estos mecanismos automáticos de defensa, en forma de rasgos de la personalidad, son incapaces de resolver de manera adecuada los problemas de ansiedad del individuo. Del mismo modo que el corazón lesionado puede descompensarse, los rasgos compensadores de la personalidad que han disminuído la ansiedad o los sentimientos de culpa al mínimo, pueden ser insuficientes en caso de tensión de adaptación, y se desarrolla un estado de ansiedad considerable. La ansiedad puede expresarse por síntomas tales como depresión, insomnio, irritabilidad, inquietud, alteraciones psicosomáticas, brotes de agresividad, ataques de llanto, y sentimientos de inferioridad y de inadaptación, acompañados a veces por una actitud paranoide. Generalmente el enfermo con neurosis de ansiedad se siente crónicamente fatigado y se queja de incapacidad para concentrarse; muchos pacientes expresan el temor de que se están "volviendo locos". La

ansiedad se transfiere frecuentemente de su objeto original a alguna otra situación que, a juicio del enfermo, ofrece bases razonables para la aprensión; el objeto o situación particular al que el enfermo liga su ansiedad no es su "causa"; él tiene que encontrar algún objeto al cual unir su ansiedad para ayudarse por medio de los mecanismos de desplazamiento, racionalización y proyección. Una mujer que sufría de tensión ansiosa constante, junto con ataques ocasionales de ansiedad intensa, desarrolló la aprensión extraordinariamente perturbadora de que una neoformación de su perro era de naturaleza cancerosa y que iba a infectar a su familia y a sus amigos.

Ataques de ansiedad. Además del estado crónico de tensión y de ansiedad ligera, el enfermo con neurosis de ansiedad está sujeto a exacerbaciones agudas, en forma de pánico, que duran de unos cuantos momentos a una hora. En estos ataques agudos hay una hiperestimulación del sistema nervioso autónomo; el enfermo sufre, por lo tanto, de taquicardia, palpitaciones, molestias precordiales, náuseas, diarrea, deseo de orinar, disnea y sensación de colapso o ahogo. Las pupilas están dilatadas, la cara enrojecida, hay sudoración, parestesias, temblores, sensación de mareo o lipotimia, y frecuentemente sensación de debilidad y de muerte inminente; la inquietud es aguda y el enfermo puede expresar apelaciones suplicantes y aprensivas; el metabolismo basal aumenta; puede haber alteraciones endocrinas asociadas a la ansiedad, pero no son la causa de ella. Además de los ataques de ansiedad que acaban de ser descritos, los enfermos con estados de ansiedad generalmente tienen dificultades para dormirse, son molestados por sueños terroríficos, sufren temblores fuertes y se quejan de opresión en forma de "venda alrededor de la cabeza"; tienen las manos y los pies fríos y pegajosos; están distraídos y parecen preocupados sin que sepan acerca de qué o por qué.

Los médicos que no aprecian los factores psicológicos como productores de síntomas se equivocan algunas veces al no reconocer que los ataques de ansiedad son alteraciones psíquicas, y los confunden con cardiopatías, tirotoxicosis, astenia neurocirculatoria, hiperinsulinismo o disinsulinismo.

Adolf Meyer ha descrito un grupo de personas que se caracterizan por dificultad en las decisiones, dudas, rituales y temores, con anticipaciones de pánico cuando no logran alguna satisfacción, y ha designado estas reacciones como "estados de tensión meditativo-obsesiva".

Tratamiento. Hay dos fases de la neurosis que requieren atención, el ataque de ansiedad aguda y los factores de la personalidad que producen ansiedad. El pulso rápido y las palpitaciones que se presentan durante el ataque hacen que el enfermo crea que sólo un ataque cardíaco pudo haber producido sus molestias; después de examinar el corazón y otros órganos y de no haberse descubierto alteraciones físicas, debe decírsele al paciente con confianza y seguridad que no está enfermo del corazón; no debe hacerse caso de otras quejas orgánicas ni repetirse el examen del corazón. Hay que

evitar darle una droga sedante y hay que aconsejarle que no llame a un médico durante el ataque; no debe hacerse creer al enfermo, por medio del uso de drogas, que su enfermedad es física en lugar de emocional; tampoco debe aconsejarse reposo. Se evitará repetir las afirmaciones tranquilizadoras para que el enfermo no sienta constantemente la necesidad de ellas. Muchos psiquiatras han observado que el período que se requiere para la curación de una neurosis de ansiedad, así como de otras formas de psiconeurosis, se acorta considerablemente si se aplica el tratamiento de electrochoques junto con psicoterapia intensa.

El tratamiento de la neurosis básica requiere que la atención sea dirigida al descubrimiento de las fuentes no reconocidas de ansiedad, a la acción de factores psicodinámicos, a su adaptación y reeducación; debe ponerse menos atención en los ataques de ansiedad que en el estudio de la personalidad del enfermo y en las actitudes y situaciones que producen frustración y tensión. Una explicación acerca de cómo la ira, el miedo, la expectación tensa y otros estados emocionales comunes pueden producir palpitaciones, molestias precordiales, respiración entrecortada y debilidad, puede ayudar a convencer al enfermo del origen mental de sus síntomas. Debe enseñársele al paciente a reconocer el fracaso y a adaptarse a él, más que a luchar en contra de obstáculos insuperables por medio de una actitud de orgullo y escrupulosidad exagerada. Algunas veces se descubre el deseo de violar normas rígidas impuestas a sí mismos. Los problemas deberán ser rápidamente aclarados y luego eludidos; los de tipo sexual, incluyendo todos los que se derivan de métodos anticoncepcionales impropios, deben ser resueltos. Son aconsejables la hidroterapia, el ejercicio físico y las diversiones. Raramente se obtiene una curación completa de los ataques. La demostración de una correlación entre la época en que apareció la ansiedad y algunos acontecimientos de la vida del enfermo, puede proporcionar visión suficiente como para producir alivio considerable.

NEURASTENIA

El concepto de neurastenia ha sufrido muchas modificaciones, y hasta podría decirse que corrupciones, desde que el término fué introducido por primera vez por Beard en 1868. Ha habido muchas razones para la vaguedad, confusión y variación en el uso del término. Aun ahora no hay un acuerdo completo acerca de cuáles son los factores y mecanismos que están detrás de la neurastenia. Sin embargo, las causas son mentales, y ya no se interpreta como un estado físico general de insuficiencia o de agotamiento, como resultado del cual el sistema nervioso pierde energía a modo de una batería de bajo voltaje parcialmente descargada. Entre las quejas neurasténicas algu-

nas parecen ser reacciones de frustración, mientras que otras representan la expresión de insatisfacción o conflictos sexuales; algunas veces la reacción está producida por hostilidad reprimida u otros factores determinantes de ansiedad; en otros casos, la neurastenia parece derivarse de la desilusión, frustración y fracaso constantes; el aburrimiento, la monotonía y la ausencia de alicientes pueden servir como causas coadyuvantes. Se encontrará que muchos enfermos han tenido una infancia difícil, con poco interés o afecto de sus padres. Siempre debe tomarse en cuenta la existencia de problemas familiares o sociales.

Síntomas. La personalidad premorbosa del neurasténico generalmente se ha caracterizado por insatisfacción, y por un sentimiento de ser obstruído y rechazado. Con mucha frecuencia las características premorbosas pasan tan insidiosamente a síntomas de neurosis que no es posible determinar el momento evidente del principio. Brevemente, los síntomas clínicos de la neurastenia son una sensación de fatigabilidad mental y física, tensión, irritabilidad, distintas sensaciones dolorosas y de otros tipos anormales, y tendencias afectivas deprimidas; cualquier ejercicio, sea mental o físico, parece demasiado grande; se pone un grado exagerado de atención a los órganos del cuerpo y a sus funciones. El enfermo puede quejarse de mareos, sensación de opresión en la cabeza y quizá dolor en la nuca; hay excitabilidad exagerada de los sentidos especiales (intolerancia a los ruidos, luces brillantes, frío, etc.). Son comunes las sensaciones de moscas volantes, y en las mujeres con frecuencia hay dolores en la región lumbosacra; las molestias gastrointestinales son la regla y pueden presentarse indigestión, estreñimiento y diarrea; la colitis mucosa no es rara. Las palpitaciones, extrasístoles y taquicardia aumentan la alarma del enfermo; la inestabilidad vasomotora es frecuente, de modo que la piel está enrojecida algunas veces, y otras sudorosa o fría. Los enfermos con esta inestabilidad vasomotora se envuelven en bufandas y tienen miedo constante a resfriarse; son comunes las quejas de "estómago caído" o "riñón caído". Las funciones sexuales del varón están alteradas; con frecuencia tiene disminución de la potencia, poluciones nocturnas y fracasos en el coito. La importancia de estos síntomas se exagera y el enfermo se siente muy molesto. Las mujeres neurasténicas sufren con frecuencia de dismenorrea. Las parestesias y las hiperestesias son comunes; el sueño del paciente es discontinuo y sufre pesadillas; por la mañana se despierta con sensación de agotamiento, y a medida que transcurre el día se siente mejor, hasta que por la noche puede estar comparativamente libre del agotamiento; se queja de falta de memoria, aunque esta alteración es sólo aparente y debida a la preocupación y a la falta de concentración. Muchos enfermos son tímidos, torpes, no tienen confianza y muestran constante indecisión e irascibilidad; son pesimistas y les falta iniciativa y ambición. No es raro que los neurasténicos sean críticos, quejosos, insatisfechos, envidiosos y resentidos; frecuentemente hay cierta tendencia a la proyección. Algunos enfermos desarrollan una actitud de queja y parece que gozan en encontrar defectos y molestar a los demás. La depresión moderada es la regla y se encuentran varios grados de ansiedad.

Parecería como si la tensión sostenida que resulta de la inadaptación personal subyacente y de las corrientes emocionales produjera una sensación subjetiva de debilidad y de agotamiento en el neurasténico. Hay inestabilidad e irritabilidad del sistema nervioso vegetativo, con los trastornos resultantes en las funciones vasomotoras y cardíaca; lo que realmente pertenece a problemas, frustraciones y conflictos psíquicos se transfiere o desplaza a una molestia de la mente en relación con órganos y procesos físicos. Quizá la fatiga sea el equivalente de la depresión, y del mismo modo que ésta, se derive del debilitamiento de la represión, de los sentimientos de culpa y del fracaso en satisfacer los objetivos de la personalidad; o quizá sea la proyección del sentimiento de inadaptación. La neurastenia es en general crónicamente monótona y el pronóstico es malo.

Diagnóstico. El diagnóstico diferencial entre la neurastenia y las otras psiconeurosis es fácil cuando el cuadro clínico es típico; sin embargo, hay una marcada tendencia a que las psiconeurosis muestren características mixtas. La existencia de ansiedad bien marcada en la neurastenia no es nada raro y puede haber fenómenos obsesivos. Una de las diferenciaciones más importantes que debe hacerse es distinguir la neurastenia de la forma depresiva de la psicosis maníaco-depresiva; muchos casos ligeros de esta psicosis no van a ver al psiquiatra y son considerados por el médico general como de neurastenia. La psicosis maníaco-depresiva se presenta en episodios más evidentes, con intervalos libres de signos de enfermedad mental, mientras que la neurastenia es un proceso más continuo, o cuando menos más prolongado, y asimismo cuando el enfermo está relativamente bien, se preocupa por su salud. La preocupación principal del neurasténico son los síntomas físicos, que siempre está ansioso de discutir, mientras que la del maníaco-depresivo es la depresión; aunque el neurasténico está aparentemente deprimido, sus respuestas y manifestaciones emocionales son bien marcadas, y hasta excesivas, mientras que la depresión de la psicosis afectiva no se modifica por las experiencias o el medio ambiente. Algunas veces es difícil distinguir las primeras fases de la esquizofrenia de la neurastenia; el esquizofrénico generalmente no tiene una variedad tan amplia de quejas físicas, que por lo demás tarde o temprano se vuelven delirantes. El neurasténico no tiene la apatía negligente ni la indiferencia a las circunstancias externas que generalmente manifiesta el esquizofrénico, ni está inclinado a soñar despierto.

Los síntomas parecidos a la neurastenia que se manifiestan por primera vez en la edad media deben despertar la sospecha de neurosífilis; la expe-

riencia de los años recientes indica que algunos casos de brucelosis crónica han sido diagnosticados de neurastenia; la deficiencia de tiamina puede producir un síndrome parecido a la neurastenia, que se caracteriza por sensaciones generalizadas de debilidad, fatigabilidad, poco apetito, poco sueño, varias molestias somáticas y dificultad subjetiva en la concentración y en la memoria.

Ha habido mucha confusión y dificultad en la diferenciación entre las psiconeurosis, especialmente la neurastenia, y las enfermedades físicas. Con demasiada frecuencia el médico general se inclina a hacer el diagnóstico de neurosis por exclusión; si no puede encontrar una causa física para los síntomas del enfermo, concluye que debe ser psiconeurótico. Donald Mac Pherson señala muy bien que uno no está autorizado para considerar los síntomas como psiconeuróticos a menos que se descubran factores y situaciones psicógenas que los expliquen suficientemente. Si no se exige esto a sí mismo, el médico puede considerar como psiconeuróticos los síntomas precoces de tuberculosis, hipertiroidismo, tumores cerebrales y otras enfermedades orgánicas de principio obscuro.

Tratamiento. El tratamiento eficaz de la neurastenia constituye frecuentemente un problema terapéutico difícil. Muchos psiquiatras usan el psicoanálisis a la manera de Freud, si el enfermo es un caso apropiado para ello desde el punto de vista de la edad, inteligencia y otros factores; sin embargo, generalmente el neurasténico no es considerado, por razón de sus tendencias narcisistas, como un caso favorable para un análisis satisfactorio. Una condición *sine qua non* para cualquier forma de psicoterapia es la confianza del enfermo en el médico; si este último ha decidido no usar el psicoanálisis de la manera ya discutida en el tratamiento de la histeria, una de las mejores bases de la fe en el médico es escuchar las quejas del enfermo, y hacer después una investigación de otras enfermedades nerviosas anteriores. Este paso inicial en el tratamiento es por lo general largo y cansado, pero el enfermo revela sin reservas una cantidad considerable de información acerca de sí mismo, mientras que el hecho de que al fin ha encontrado a alguien que está deseoso de escucharlo con atención y aparentemente presta una consideración seria a sus molestias, facilita el camino para obtener una historia de la vida del enfermo en la que se descubrirán los factores y experiencias precedentes que tienen una relación importante con la enfermedad presente. No debe decirse al enfermo que no le pasa nada, lo que además sería manifiestamente falso; el objeto es hacer que el paciente se dé cuenta de que sus síntomas empezaron originalmente como una reacción emocional, lo que no puede lograrse sin razonar o discutir, aunque puede explicarse cómo los factores emocionales pueden causar fatiga y hasta molestias físicas. Algunas veces, conforme se revisan y discuten la historia y el desarrollo de los síntomas, el enfermo ve, espontáneamente o por medio de una discreta

explicación, hechos, reacciones inadecuadas, educación y situaciones impropias, de una manera distinta, y es capaz de correlacionar lo que ya era más o menos consciente, pero cuyas relaciones no se habían reconocido. El paciente se sorprende con frecuencia de la extensión en que ha recordado acontecimientos y reconocido su situación en relación con el desarrollo de sus síntomas. Por medio de esta correlación de hechos y la discusión y valoración de los síntomas, pueden curarse cierto número de casos de neurastenia ligera. En un número mucho mayor, los elementos psicológicos que intervienen en la producción de los síntomas incapacitantes están tan altamente cargados con algún afecto que se opone a su reconocimiento consciente, que deben emplearse métodos más indirectos, a través de los cuales el enfermo pueda descubrir que sus síntomas sirven como medio de escape de situaciones difíciles o desagradables, de insatisfacciones personales y de otros problemas. Con frecuencia el paciente tiende a exagerar el aspecto físico de su enfermedad neurótica, debido a una resistencia interna a reconocer su causa psicológica; mientras la causa sea física no habrá nada que ofenda el respeto de sí mismo. Será precisamente en estos casos donde tendrán que intentarse las asociaciones libres y los otros medios psicológicos ideados para descubrir los conflictos del paciente y exponerlos a la luz disolvente de la conciencia.

Sin embargo, sólo el neurasténico en sus primeras fases ofrece, generalmente, resultados alentadores al tratamiento. Si la masturbación y los conflictos que se refieren a ella son un elemento en la producción de la neurosis, el tema debe discutirse francamente con el enfermo; las ideas erróneas que ha adquirido acerca de ella deben ser corregidas, el respeto a sí mismo restablecido, creando una expresión sublimada para los impulsos sexuales. Si la neurosis es de larga duración y se trata de un modo establecido de reacción, si la personalidad se ha fijado al nivel narcisista inferior de su evolución y la reacción proporciona alguna ventaja al paciente, algún dominio deseado sobre su medio ambiente, entonces casi no puede esperarse la curación con la reeducación necesaria de la personalidad, aunque a veces puede obtenerse alguna mejoría temporal. En caso de que se encuentren alteraciones físicas, cualquier tratamiento quirúrgico debe estar claramente indicado y debe ser de lo más conservador; los procedimientos que enfocan la atención del enfermo sobre la patología orgánica tienden a fijar su invalidez. Si tiene experiencia en psicopatología, el médico no cometerá el error de recomendar una operación por síntomas aparentemente físicos, pero que en realidad se derivan de problemas neuróticos; debe tenerse mucho cuidado de no prescribir reposo no necesario, ya que esto tiende a convencer al enfermo de que tiene una base física para sus síntomas, lo que para él sería preferible; por lo tanto, esta indicación proporciona al enfermo exactamente la confirmación de lo que desea.

HIPOCONDRIA

En algunas reacciones psiconeuróticas, el síntoma más saliente es una preocupación profunda y persistente por órganos o funciones somáticas que, según las afirmaciones reiteradas del paciente, deben estar incurablemente enfermos. El hipocondríaco es consciente de varias sensaciones que la mayoría de la gente no percibe, y aumenta la intensidad de las sensaciones normales de fatiga, etc. Si existen pequeñas irregularidades de la salud, las exagera grandemente. Estas actitudes de exagerada preocupación principian con frecuencia en la infancia, en cuyo caso se encontrará frecuentemente que son fomentadas por el cuidado paternal excesivo de la salud de los niños. Algunas veces la hipocondría franca no aparece sino hasta las primeras etapas de la senectud, en cuyo caso sigue a una pérdida del interés que antes se tenía en la familia, el trabajo y otros tópicos. Generalmente se encontrará que la persona hipocondríaca ha mostrado con frecuencia una preocupación poco común por su salud, ha llevado a cabo con cuidado escrupuloso alguna forma de ejercicio físico, a la que ha atribuído un valor especial; de la misma manera, ha observado también costumbres poco comunes para comer o vestirse. En general, la hipocondría representa un tipo fallido de adaptación a defectos de la personalidad o a situaciones específicas a las que se asocia un sentimiento de desilusión o de culpa; en muchos casos parece haber desplazamiento de la ansiedad hacia el cuerpo, de lo que resultan las quejas crónicas hipocondríacas. Tal tipo de reacción está determinado algunas veces por actitudes familiares y rasgos de la personalidad, incluyendo características defensivas compensadoras, evasivas y de otros tipos. El hipocondríaco puede utilizar inconscientemente su alteración como escape de las responsabilidades de la vida, y del mismo modo, la hipocondría puede proporcionar consecuentemente, un cierto dominio sobre el medio ambiente.

Las quejas hipocondríacas pueden no constituir una enfermedad por sí mismas, sino formar parte de la sintomatología de otras alteraciones, como la esquizofrenia, la melancolía involutiva y fases incipientes de la paranoia. Algunos períodos circunscritos de hipocondría representan generalmente la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, pero en la hipocondría psiconeurótica no se encuentran la depresión profunda y las ideas de autoacusación.

La relación entre la hipocondría y cualquier situación o experiencia específicas puede descubrirse con frecuencia gracias a una investigación en la historia de la vida del paciente, con referencia especial a dificultades o insatisfacciones en la carrera profesional o en el matrimonio.

Tratamiento. Después de una investigación cuidadosa de las influencias en la infancia o de factores situacionales o de otros tipos, presentes en años posteriores, se guía al enfermo en la formulación de las interrelaciones de los factores dinámicos y los síntomas; al mismo tiempo, debe hacerse una reeducación de la actitud del paciente, incluyendo recomendaciones para que se abstenga de percibir sensaciones; las diversiones bien planeadas ayudan a este fin. En la hipocondría circunscrita, que representa una fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva, debe tenerse en cuenta la posibilidad del suicidio.

NEUROSIS DE GUERRA

Debido a la considerable incidencia de reacciones neuróticas en la Segunda Guerra Mundial y al cuidadoso estudio que se ha hecho de su psicopatología, incluímos una breve discusión de las neurosis de guerra.

Por la situación especial que las precipita, las neurosis de guerra tienen, naturalmente, un tinte algo diferente a las de la vida civil. Con frecuencia el cuadro clínico es sorprendente y hasta dramático, y en su forma aguda no corresponde a ningún síndrome psiquiátrico establecido. Las neurosis agudas de guerra se conocieron bajo distintos nombres, como "agotamiento de combate", "fatiga de combate" y "fatiga de maniobras"; estos términos se referían a un estado temporal que podía o no ir seguido de síndromes neuróticos comparables a los que se ven en la vida civil; estas denominaciones equivocadas implicaban que el agotamiento o la fatiga física desempeñaban el papel más importante en la producción de los síntomas. Aunque la fatiga, las privaciones, la enfermedad y las demandas excesivas en recursos físicos reducen la resistencia a la tensión del combate y, por lo tanto, desempeñan un papel accesorio, los términos usados se emplearon para indicar un estado psicológico reactivo en el que el ego o el yo consciente perdía su capacidad de suprimir y reprimir las reacciones normales de miedo y de controlar las angustias intensas y las tensiones; los síntomas representan manifestaciones de esta pérdida de control ante una situación productora de ansiedad.

Dos grupos de factores tienen importancia etiológica en la producción de las neurosis de guerra: en uno se encuentran las fuerzas sociales y psicológicas, incluyendo las amenazas internas de conflictos y tensiones que existían desde hacía tiempo en la vida emocional inconsciente del individuo; en el otro grupo se encuentran las fuerzas externas que actúan durante el período de entrenamiento y las de intensidad mucho mayor que se presentan en una situación de batalla. Frecuentemente hay una relación psicológica profunda entre la amenaza interna, que puede remontarse hasta alguna situación fami-

liar o de otro tipo, y la amenaza externa en forma de peligros. Todas estas tensiones, algunas superficiales y otras profundas, tienden a combinarse en la nueva y especial situación de guerra, para producir un conflicto intolerable y una reacción de ansiedad subsecuente, que constituye el núcleo o base de los síntomas; la configuración de éstos es determinada por el método con que el soldado trata de librarse de la amenaza de la ansiedad. Aunque la capacidad para soportar la tensión de la guerra varía grandemente según los individuos, la mayoría de los psiquiatras que estuvieron en contacto íntimo con los neuróticos de la Segunda Guerra Mundial creen que cualquiera, no importa su fortaleza y estabilidad, tiene límites en su capacidad para soportar las tensiones físicas y emocionales y puede presentar una neurosis; hasta el ego más fuerte podrá sucumbir finalmente y abandonarse a la angustia si la tensión es extrema.

Las tensiones y conflictos a que está sometido el soldado durante su período de entrenamiento son relativamente ligeros y casi todos los afrontan sin el desarrollo de síntomas de protesta en forma de síndromes neuróticos y psicóticos; conforme el soldado va pasando las fases sucesivas de la vida militar hacia una situación de combate activo, las tensiones y conflictos a que está sujeto continúan aumentando. La mayoría de los hombres, aunque deseosos de servir las demandas de su país, se inscribieron en las fuerzas armadas sin un fuerte deseo consciente por la vida militar o por los azares del combate; muchos todavía dependían emocionalmente de sus familias en el momento de alistarse, quizá consentidos por sus madres y dominados por sus padres. El ingreso en el servicio militar representó entonces la desintegración de la vida familiar, la perspectiva de una separación indefinida del hogar, la privación de la compañía femenina, la pérdida de la individualidad y de la intimidad, determinando resentimientos por tener que llevar una vida desacostumbrada, además de la sujeción a una estricta disciplina y subordinación y, generalmente, el sentimiento de no ser apreciado.

Aunque el período de entrenamiento no se acompaña de los peligros del combate, se renuncia a las satisfacciones normales y se substituyen las metas constructivas de la vida civil previa por otras destructivas; tienen que establecerse nuevas relaciones que satisfagan las necesidades emocionales del soldado en un estado de cosas anormal y extraño. Bajo estas circunstancias, la relación más constructiva es la identificación del soldado mismo como una parte integrante de su unidad, y de su unidad como una parte de él; debe tener confianza en su unidad y en el carácter, capacidad y valentía de su jefe; sus sentimientos de seguridad y poder aumentan con la formación de una relación emocional profunda con su jefe y sus camaradas; este mecanismo es uno de los más potentes en la promoción de la moral del soldado o de otras actitudes, sentimientos y creencias, que ayudan a la participación en un esfuerzo unido. El estado de la moral y la mayor o menor identificación del soldado con su unidad son probablemente los factores más importantes en la determinación de la incidencia de las neurosis.

Después de un período de entrenamiento y espera en ultramar, con tedio, impaciencia e inactividad, el soldado era movilizado hacia el campo de combate; una vez ahí se le precipitaba, con frecuencia sin tiempo suficiente para descansar, a una situación llena de peligros constantes, de dureza y de intensa tensión emocional y física. Las experiencias particulares de combate del soldado dependían del arma en la que servía, pero en casi todos los casos había una amenaza continua de lesión y muerte, acompañada de sentimientos de gran intensidad y de distintos tipos. Un hecho común a todas las experiencias era la reacción emocional de miedo, la fuente más potente de tensión emocional en el combate; como se recordará, el miedo es una respuesta emocional a un estímulo que tiene realidad, que constituye una amenaza presente para el individuo o que anuncia un peligro verdadero; la ansiedad, por otro lado, es la expectación del peligro, un estado emocional de aprensión, inseguridad e incertidumbre, que puede ser producido por situaciones simbólicas de peligro externo o por conflictos y tensiones internas presentes en el inconsciente; frecuentemente se deriva de las amenazas de la hostilidad, agresividad o resentimiento reprimidos. Aunque siempre se hace esta distinción entre ansiedad y miedo, en situaciones de guerra ambos actúan conjuntamente; su tono sentimental y las expresiones fisiológicas acompañantes son las mismas; aunque la ansiedad realmente se deriva de amenazas internas, es atribuída (proyectada) a alguna fuente externa real. En las neurosis de guerra esta proyección se hace hacia alguna situación peligrosa externa que también produce miedo. Tanto éste como las sensaciones de aprensión e inseguridad características de la ansiedad pueden, por lo tanto, tener la misma causa, y el trazar una división entre ambas no siempre es posible. En una situación de batalla, el miedo y otras fuerzas poderosas externas y emocionales se suman a las tensiones y amenazas internas, a las fuentes inconscientes de ansiedad; de estas fuentes de tensión emocional en el combate el miedo es la más potente, con sus efectos somáticos y fisiológicos actuando como causas de gran tensión. Bajo circunstancias de combate, las distintas tensiones externas e internas conspiran para producir un conflicto que puede volverse intolerable y producir una reacción de ansiedad como resultado de su amenaza. Las defensas psicológicas creadas para inhibir o controlar esta ansiedad o los resultados de su colapso constituyen los síntomas neuróticos. La ansiedad y los mecanismos desarrollados para enfrentarse a ella eran, por lo tanto, cuando menos, unos de los problemas básicos de las neurosis de guerra.

Factores que contribuyen a las neurosis de guerra. Antes de describir las características clínicas de las neurosis de guerra se mencionarán algunos factores que predisponen a neurosis incapacitantes y aquellos que pueden

ejercer una influencia protectora. Como ya se ha indicado, el miedo y la disminución de la capacidad para reprimir reacciones de temor son altamente productores de ansiedad. En el combate aéreo, la exposición repetida a desplomarse produce gran cantidad de aprensión; la pérdida de la moral o la actitud de derrota en la unidad de combate aumenta grandemente la tensión psicológica. Tal pérdida de la moral se presentaba fácilmente en caso de mala dirección, falta de fe en los oficiales de mando, o durante la retirada; la calidad de los jefes era el factor aislado más importante en la baja incidencia de reacciones neuróticas en cualquier unidad dada. Los períodos prolongados de inactividad forzada durante los cuales los hombres estaban expuestos al peligro predisponían a una reacción de ansiedad, y del mismo modo la soledad del francotirador con la imposibilidad de ponerse en contacto con sus camaradas; el salvarse de milagro y las grandes pérdidas en combate aumentaban la aprensión y estimulaban la ansiedad. Otros factores que contribuían a tal reacción eran la fatiga extrema, mala nutrición, exposición al calor o al frío, enfermedad, hambre, el miedo de ser un cobarde o de perder el control de sí mismo, la conciencia de la responsabilidad de la vida de otros y una insuficiente comprensión de la guerra por falta de convicción en la pelea. La disciplina y frustración de la vida de servicio, la separación del hogar y la existencia de dificultades domésticas tuvieron, con gran frecuencia, mayor importancia que los eventos más dramáticos.

Aunque la necesidad de que el hombre "se aguantara" en un medio ambiente continuamente hostil determinaba casi inevitablemente un cierto grado de ansiedad, había ciertos factores internos y externos que tendían a aumentarla; uno de estos problemas internos era la manera en que el soldado trataba sus propias hostilidades. Durante su vida civil se le había instado a dominar sus tendencias agresivas u hostiles, y mientras que antes se le había hecho apreciar constantemente el valor de la vida humana, ahora se esperaba de él que matara todos los hombres que pudiera. Su hostilidad, que gracias a una inhibición prolongada estaba bien reprimida, ahora se liberaba para matar hombres iguales a él mismo; esta liberación de tendencias agresivas y hostiles, en su más destructiva expresión, provocaba ansiedad. El problema del control de los impulsos agresivos fué probablemente una de las cargas psicológicas más pesadas del soldado; la situación de combate liberaba una cantidad considerable de hostilidad, gran parte de ella, quizá, contra miembros de su propia unidad; cualquiera que fuera su origen, todas las ansiedades y tensiones que se sumaban al peso del ego debilitaban sus funciones defensivas y aumentaban la posibilidad de una neurosis. Las frustraciones, como injusticias cometidas en relación con ascensos, menciones o vacaciones, provocaban hostilidad, tensión y ansiedad.

También los sentimientos de culpa suelen provocar ansiedad; estos sentimientos podían derivarse del pensamiento del soldado de que era responsable de la muerte de alguien, quizá civiles o enemigos; también la muerte de un camarada, hacia el que el enfermo había tenido sentimientos ambivalentes o al que había identificado con un hermano rival, podía crear sentimientos de culpa con ansiedad o depresión. La hostilidad inconsciente llevaría al enfermo a la convicción de que había causado la muerte de su compañero; algunas veces, después de la muerte de un camarada, un hombre desarrollaba un sentimiento de culpa debido a la creencia de que no había cuidado bien a su amigo; las reacciones de culpa fueron especialmente comunes entre el personal de aviación. No era raro que la muerte de un camarada, o de un oficial respetado, creara la sensación de que el sobreviviente se quedaba solo, indefenso, lo que privaba al soldado de sostén emocional y le llevaba a una ansiedad insoportable.

Por lo tanto, el factor fundamental de la neurosis de guerra del tipo de fatiga de combate fué que las experiencias movilizaron emociones que siempre habían sido importantes en la personalidad, pero que antes nunca habían forzado o vencido las fuerzas de control. El combate no era la única tensión que movilizaba las emociones y conducía a la neurosis de guerra; algunos hombres toleraban el combate, pero estaban perdidos frente a las restricciones, disciplina, separación del hogar, pérdida de camaradas o infidelidad de la mujer; lo que un individuo en particular no podía soportar era determinado por su constitución especial; los que más fácilmente eran afectados durante situaciones de combate eran los hombres con problemas de hostilidad, culpa y ansiedad.

Factores que previenen las neurosis. Ya se ha llamado la atención sobre los distintos factores que pueden acarrear el fracaso en la adaptación en forma de neurosis. Pero hay también factores que sirven como defensas para proteger al soldado de la expresión patológica de sus conflictos. Uno de los mecanismos más importantes en el fortalecimiento del ego contra los factores que producen ansiedad y otras reacciones neuróticas, es la identificación del soldado con su unidad; por medio de este mecanismo transfiere una parte considerable de su autoestimación personal, en afecto y orgullo hacia su grupo; los sentimientos de obligación y lealtad así originados vencen los intereses egoístas y personales y procuran una de las motivaciones más fuertes para el combate y la protección más efectiva en contra de cualquier expresión de sus conflictos. Las relaciones de grupo y sus lazos emocionales son las fuerzas más constructivas e integrativas del individuo; de manera semejante, la firme lealtad recíproca entre los soldados y sus jefes más inmediatos fortalece la moral y eleva el umbral en contra de la ansiedad. Otros factores que ayudaron a mantener alejada la ansiedad, fueron el deseo de evitar la pérdida de la estimación del grupo por cualquier falla de valor o de otra de las tradiciones militares, y el hábito de obediencia y de conducta disciplinada establecido por el entrenamiento militar.

Un factor adicional, que indudablemente ayudó en la Segunda Guerra Mundial a prevenir las neurosis de guerra, estuvo representado por las conferencias acerca de la naturaleza del miedo que se les dió a los soldados durante la última parte de este entrenamiento; se explicaba que el miedo es una emoción normal de la batalla y que experimentarlo no debería ser considerado como motivo de censura o desprecio de sí mismos; se dió a los soldados información sencilla acerca de sus manifestaciones fisiológicas y de la naturaleza de las reacciones nerviosas que produce. Su reconocimiento del miedo y su esfuerzo para enfrentarse a él en un nivel consciente, contribuyó a reducir su influencia estimuladora de ansiedad.

Para resumir, se observará que la persona en la guerra estaba expuesta a miedo, aislamiento, incomodidad, privación y otras muchas dificultades que tendían a desintegrar su personalidad; los factores que ayudaban a la integración eran los jefes eficientes, la identificación con el grupo, la confianza ganada por el entrenamiento y la convicción de la importancia de la misión. Cuando el psiquiatra contemplaba la actuación de estos factores sobre la moral de diferentes grupos de hombres, se convencía de que la tensión producida por las fuerzas sociales era un factor importante en la producción de alteraciones psiquiátricas.

Debido al efecto acumulativo de las amenazas de las tendencias primitivas internas, instintivas y destructivas, y a una larga cadena de acontecimientos en relación con los peligros y horrores de la guerra, las defensas psicológicas del soldado podían llegar a ser insuficientes para suministrar protección contra la ansiedad, el miedo y la tensión acumulados; el resultado de algún evento precipitante, que generalmente producía miedo intenso, preocupación u horror, era la derrota de las fuerzas cohesivas de la personalidad y aparecía la desorganización neurótica. Cuanto mayor era el número de conflictos y éstos más agudos, más grande era la tendencia a la neurosis de guerra. La forma de la desorganización de la personalidad, el síndrome clínico, era determinado principalmente por el tipo de personalidad anterior del sujeto; en vista de las amplias variaciones en los tipos de personalidades y de la diversidad de estímulos desencadenantes, no puede hacerse una clasificación rígida de las neurosis de guerra; sin embargo, las reacciones más importantes fueron: (a) estados de ansiedad, (b) estados psicosomáticos, (c) estados de conversión, (d) estados depresivos, y (e) estados psicóticos.

Síntomas. *Estados de ansiedad.* Aunque en todos los tipos de neurosis de guerra se manifestaba generalmente algún grado de ansiedad libre, ésta era la característica dominante en los estados de ansiedad. Según aumentaba la aprensión hacia la inseguridad y las lesiones, estimulada por el miedo al enemigo, los síntomas de la ansiedad se hacían más aparentes. Generalmente las primeras manifestaciones eran tensión aumentada, irritabilidad, mal humor, reacciones desmesuradas a los ruidos repentinos, sudoración, insomnio y pesadillas; las discusiones o contrariedades ligeras determinaban explosiones de cólera y hasta actos de violencia; cualquier ruido inesperado daba lugar a respuestas de autoprotección involuntarias como brincos repentinos; había dificultad en la concentración, en la memoria y en la ejecución de actos habituales; el enfermo se mostraba temeroso de lo que podría hacer o dejar de hacer; la mayoría de ellos perdió peso; muchos empezaron a beber excesivamente. En las reacciones un poco más graves, el soldado desarrollaba temblores persistentes y amplios, mareos, a veces mostraba estupor pasajero. Algunos enfermos perdieron todo control emocional y gritaban o lloraban como niños; la mayoría de ellos tenían sueños de guerra en los que aparecían escenas terribles de combate y despertaban temblando de miedo; muchos tenían náuseas, vomitaban y perdían el control de los esfínteres; en los estados graves de ansiedad el paciente era paralizado por el terror y temblaba, permanecía callado o con dificultad pronunciaba ocasionalmente una palabra; la expresión de la cara era de una máscara o de miedo y aprensión; en algunos casos, las fisuras palpebrales estaban ampliamente abiertas, las pupilas dilatadas y los globos oculares fijos; los temblores de las piernas podían ser tan marcados que dificultaban la marcha, y podían presentarse rigideces u otros síndromes semejantes a los extrapiramidales.

Estados psicosomáticos. Los síntomas psicosomáticos, como substitutos de la ansiedad, constituían una forma no rara de neurosis de guerra. Hablando más correctamente, se deberían haber llamado neurosis orgánicas, ya que la ansiedad se fijaba en órganos viscerales con el trastorno funcional resultante de los sistemas órganovegetativos; en general, la ansiedad no se reconocía conscientemente. Los síntomas más comunes eran los gastrointestinales, que podían ser de una gran variedad, como pérdida del apetito, molestias epigástricas, náuseas, vómitos, calambres abdominales y diarrea. Los síntomas cardiovasculares fueron mucho menos frecuentes que en la Primera Guerra Mundial; el "síndrome de esfuerzo", tan común en esa guerra, se presentó raramente en la Segunda Guerra Mundial.

Estados de conversión. La histeria de conversión fué mucho menos frecuente en la Segunda Guerra Mundial que en la anterior, y se limitó principalmente a hombres con personalidad insuficientemente integrada; los trastornos sensoriales y varios tipos de parálisis fueron las formas más frecuentes; la histeria no se acompañó generalmente de ansiedad.

Estados de depresión. Algunas veces la depresión era el síntoma predominante de las neurosis de guerra, aunque generalmente iba precedida de ansiedad, y podía no ser particularmente marcada hasta que fracasara el esfuerzo para controlar ésta. La depresión se precipitaba con frecuencia por la muerte de un camarada, con cuya pérdida no se conformaba el soldado. El contenido mental consciente estaba dominado por ideas de fracaso, culpa y autocondena-

ción; el enfermo estaba convencido de que él había abandonado a sus amigos y que era responsable de su muerte de alguna manera. Estas depresiones se presentaron frecuentemente en casos en que el enfermo tenía sentimientos ambivalentes hacia un camarada; sumada a la muerte de su compañero, la hostilidad inconsciente que existía en estos sentimientos estimulaba la convicción de que él había causado la muerte de su camarada, lo que despertaba culpabilidad, depresión y autoacusación. Los síntomas clínicos se caracterizaban por una cara rígida, como de máscara, ojos fijos que parpadeaban poco, lentitud de movimientos e ideas de autoacusación y de desprecio de sí mismo.

Estados psicóticos. Debido a que las personas predispuestas a las psicosis generalmente desarrollaban formas graves de enfermedad mental antes de encontrarse en situaciones de combate, las psicosis situacionales no eran comunes en estas condiciones. Sin embargo, un número relativamente pequeño de hombres de personalidad esquizoide o paranoide fueron capaces de soportar la tensión hasta llegar al combate, en donde las técnicas ideadas para enfrentarse con las tendencias y fuerzas reprimidas ya no estaban sujetas a la prueba consciente de la realidad. La aparición de la psicosis era generalmente abrupta; algunas reacciones esquizoides adoptaron la forma de estupor, semejando regresiones graves del tipo de los estados de ansiedad. Otras reacciones psicóticas se produjeron en forma de excitaciones catatónicas. Estos enfermos no mostraban la ansiedad, miedo y terror que se veía en las neurosis; muchos de estos estados psicóticos fulminantes, indistinguibles de la esquizofrenia, se recuperaron rápidamente con el descanso y la sedación, por lo que se llamaron "esquizofrenia de tres días". Los trastornos paranoides no fueron una reacción psicótica rara; el soldado se volvía suspicaz, resentido, y a veces pensaba que sus camaradas eran espías; creía que le acusaban de asesinato o de otros delitos serios; algunas veces las proyecciones paranoides se hicieron tan fuertes que el paciente atacaba a los compañeros que creía le acusaban.

Tanto las reacciones esquizofrénicas como las paranoides fueron probablemente técnicas ideadas para enfrentarse a hostilidades reprimidas que eran estimuladas por la guerra; en las primeras, el mecanismo era principalmente de regresión, y en las paranoides, de proyección. Las hostilidades internas se proyectaban hacia el enemigo y se reaccionaba a ellas como si fueran reales; en las desorganizaciones psicóticas de la personalidad había una ruptura más grande con la realidad que en las neurosis; estas desorganizaciones de la personalidad, producidas bajo la tensión de la guerra, eran generalmente más curables que las equivalentes de la vida civil.

Curso de las neurosis. En sus fases precoces y agudas, las neurosis de guerra no adoptaban la forma de tipos bien definidos, como se establecen en la clasificación antes mencionada. Cuando los enfermos eran retirados del

ambiente inmediato de combate y vistos por primera vez por un oficial médico, mostraban una desorganización que contenía elementos de terror, pánico, depresión, excitación, inhibición, ansiedad y, a veces, disociación; a esta reacción temprana fué a la que especialmente se aplicó el término de "agotamiento de combate". Con el cambio del soldado de una situación peligrosa de combate a una físicamente segura, con oportunidad para dormir, alimentarse y ser confortado por el médico, aproximadamente el 40 por ciento fueron capaces de regresar al servicio en las siguientes cuarenta y ocho horas; aquellos que fueron incapaces de regresar al servicio activo en un día o dos fueron enviados más lejos de la línea del frente, al puesto de recuperación; al llegar allí se encontraban menos agudamente desorganizados, pero generalmente estaban tensos, inquietos, aprensivos, ligeramente confundidos, sudando y con una reacción de sobresalto; muchos se recuperaban ahí después de unos cuantos días de descanso con sedación, sueño y alimento; los que permanecían incapaces de regresar ni siquiera a un servicio limitado, se mostraban deprimidos y en general expresaban ideas de culpa y de desprecio de sí mismos, y eran enviados al centro de agotamiento que estaba todavía más lejos de la línea del frente; de aquí, los que continuaban incapacitados eran evacuados a un hospital general o a uno especializado en psiquiatría, al que llegaban después de dos o tres semanas de haber sido retirados del combate. Al llegar al hospital, muchos presentaban irritabilidad, tensión, aprensión y se quejaban de distintas molestias; algunos estaban deprimidos y otros mostraban hostilidad y resentimiento. En contraste con los cuadros clínicos observados en las estaciones de auxilio del ejército, los del hospital general o del especializado en psiquiatría coincidían bastante con los tipos generalmente reconocidos de enfermedades neuróticas o psicóticas. Gracias al tratamiento, un gran porcentaje de los que ingresaron a un hospital psiquiátrico fueron capaces de reintegrarse a alguna actividad del servicio militar, aunque pocos volvieron al combate. Aproximadamente el 5 por ciento de los que fueron retirados del frente nunca fueron capaces de regresar a ninguna forma de servicio militar. Las quejas psicosomáticas surgían comúnmente para retrasar o evitar el retorno al servicio de combate, cuando la consideración acerca de la posibilidad de regresar era inminente; cuanto más lejos se evacuaba un caso de alteración psiquiátrica, menor era la probabilidad de retorno al servicio activo; y cuanto más crónica se hacía la neurosis, más significaba que el soldado perdía prestigio a sus propios ojos y a los del mundo exterior si la abandonaba.

Después de haber llegado a un hospital general del ejército sin la recuperación necesaria para permitir el regreso al servicio, muchos soldados caían en un estado depresivo, paranoide y de ansiedad, correctamente designado por los psiquiatras del ejército como "estado de resentimiento morboso"; este trastorno, que no raramente persistía hasta después de la baja del

servicio militar, era un estado de desconfianza, irritabilidad, amargura, resentimiento, descontento y agresividad, que en algunos casos persistió después del regreso a la vida civil y evitó la readaptación social y económica.

Tratamiento. Especialmente en la Fuerza Aérea, la experiencia demostró que el ser retirado del servicio durante una semana era frecuentemente seguido por remisión de la tensión, de la ansiedad, de sus trastornos fisiológicos concomitantes y del sentimiento de fatiga; en muchos casos esto tenía éxito en la prevención de un probable colapso. El tratamiento de los casos psiquiátricos estaba determinado por varios factores, como el tipo de reacción, su duración y la distancia de la escena del combate.

En el puesto de socorro del batallón, la instalación médica más cercana a la línea de fuego, el tratamiento consistía en descanso, además de amital sódico, refugio y abundancia de alimentos calientes. Reconfortados con el sueño y la alimentación, y con la moral restablecida gracias al cuidado y protección de miembros de su propio grupo, muchos soldados fueron capaces de regresar al servicio en veinticuatro horas; si esto no era posible, se trasladaban, después de haber recibido más amital sódico, a una estación de recuperación, donde continuaba dos o tres días el descanso y los cuidados reparadores. Si el soldado todavía requería tratamiento se trasladaba a un centro de agotamiento, que podía ser una instalación independiente o una división especial de un hospital general de evacuación, en donde el tratamiento consistía en alguna forma de narcosis, de abreacción (catarsis) inducida por hipnotismo o por narcosis breve, o de tranquilización y discusiones psiquiátricas con el médico.

Los enfermos que requerían mayor cuidado se trasladaban después de unos diez días a un hospital psiquiátrico, para tratamiento más efectivo; los procedimientos en el hospital base variaban, pero generalmente consistían en la continuación de los iniciados en el hospital de evacuación, suplementados por psicoterapia de grupo y por varias medidas físicas rehabilitantes y reparadoras. Un método empleado en algunos hospitales base consistía en la inducción de narcosis prolongada durante dos o tres días; se administraban dosis repetidas de amital sódico, 0.36 grm. por dosis, hasta llegar a un máximo de 1.80 grm. diarios. Algunos psiquiatras consideraban que la narcosis prolongada era una forma valiosa de tratamiento, mientras que otros sostenían que el enfermo, aunque después de despertar estaba más quieto y menos ansioso, de ninguna manera se había curado, y que se había despreciado el contenido psicológico del paciente; objetaban sobre todo al hecho de que no se habían descubierto las emociones ocultas y que cualquier psicoterapia subsecuente sería de valor limitado; indudablemente ayudaba al enfermo a recuperar el contacto con la realidad. En muchos casos se empleó insulina, dosis de subchoque, en combinación con narcosis prolongada, y se continuaba después de terminar la narcosis.

Muchos psiquiatras del servicio militar reconocían mucho valor a la abreacción como método terapéutico; en este proceso, el psiquiatra ayudaba al enfermo a sacar del subconsciente y del inconsciente el recuerdo de vivencias terroríficas de la batalla y otras situaciones traumáticas. La reavivación de estos recuerdos se acompañaba de un estado emocional tan intenso como el experimentado durante las escenas traumáticas que sirvieron como factor precipitante de la neurosis. Mientras que alentando al enfermo se podía obtener cierto grado de abreacción espontánea en algunos casos, la opinión general era que un estado efectivo de abreacción no era posible más que por medio del hipnotismo o, más comúnmente, por medio de una narcosis ligera producida por amital sódico o, preferentemente, por pentotal sódico. La droga se inyectaba lentamente por vía intravenosa, y se suspendía la inyección antes de que se produjera verdadero sueño. Si el psiquiatra tenía conocimiento de las escenas traumáticas de combate experimentadas por el enfermo, recordaba detalles de esa situación, y si no, el médico describía una escena típica; el enfermo reaccionaba con una liberación creciente de emociones violentas conforme vivía emocionalmente otra vez sus experiencias traumáticas; entonces intervenía el psiquiatra y desempeñaba el papel que las necesidades emocionales del enfermo parecían requerir, que algunas veces era de naturaleza protectora, alentadora y de sostén, y si la abreacción se acompañaba de pena, enojo o culpa, el psiquiatra prefería una intervención consoladora. En los casos de reacciones histéricas de conversión, del tipo del mutismo, se encontró preferible adoptar una actitud más autoritaria.

A este procedimiento, que consiste en el uso de narcosis ligera, abreacción y psicoterapia, se le aplicó el nombre de *narcosíntesis*. Por medio de esta técnica se liberaban las experiencias reprimidas y olvidadas, de intensidad traumática, junto con la ansiedad y otras emociones concomitantes, en presencia del psiquiatra. Uno de los elementos importantes de la narcosíntesis y de la psicoterapia asociada subsecuente era el establecimiento precoz en el enfermo de una transferencia positiva hacia el psiquiatra, que servía como símbolo amable y autoritario. Sin intentar modificar la personalidad fundamental del enfermo, buscaba liberar tensiones inconscientes, fortalecer el ego y modificar el superego.

Diferentes opiniones fueron expresadas por los psiquiatras militares en relación con el valor de la narcosíntesis; sus propulsores comunicaron éxitos satisfactorios con el procedimiento y lo consideraron como una ayuda estimable para descubrir y exponer a la conciencia los impulsos y ansiedades reprimidas, a los que el ego podía enfrentarse entonces de un modo más racional. Sus críticos consideraban que una técnica de "abreacción química" de esta naturaleza, aunque descubre fuentes y mecanismos importantes, tiene muy poco valor terapéutico.

La experiencia militar dió un impulso evidente a la psicoterapia de grupo. La urgencia de las circunstancias y el escaso número de psiquiatras preparados no permitió la psicoterapia individual prolongada; por lo tanto, en muchos casos se empleó la psicoterapia de grupo y se encontró terapéuticamente practicable al tratar algunos problemas psiquiátricos. El método varió ampliamente; en algunos casos se impartieron conferencias didácticas sencillas, ilustradas con exhibiciones de películas; estas pláticas se referían a la frecuencia y naturaleza del miedo, a sus manifestaciones físicas y a algunos de los mecanismos de las alteraciones psicosomáticas. Las discusiones y las explicaciones generales de los sentimientos de culpa, hostilidad e inseguridad se encontraron generalmente útiles.

Por medio de la psicoterapia de grupo el enfermo se daba cuenta de que sus síntomas no eran únicos y, por lo tanto, diminuían sus tensiones y se liberaba el sentimiento de ser un desgraciado. Un resultado incidental, pero valioso, de la psicoterapia de grupo era el restablecimiento de la identificación con un grupo; la pérdida de la identificación del enfermo con su grupo original significaba la desaparición de una defensa importante; la restauración de un sentimiento de unidad de grupo añadía, generalmente, un fuerte apoyo.

Las experiencias de la guerra contribuyeron en gran parte a disipar la idea errónea de que los trastornos psiquiátricos eran incurables o no respondían bien al tratamiento. Con unos cuantos psiquiatras, frecuentemente poco experimentados, para tratar a los hombres con neurosis, el 90 por ciento fueron regresados al servicio, y del 10 por ciento de los que volvieron a este país se salvaron entre el 25 y 50 por ciento; entre los que presentaron reacciones psicóticas, el 70 por ciento fueron capaces de regresar a sus hogares en lugar de requerir internamiento en un hospital de veteranos. Estas cifras muestran que un gran porcentaje de personas con enfermedad mental tendrían un pronóstico favorable si recibieran tratamiento precoz activo. En el ejército, los enfermos fueron enviados al médico tan pronto como aparecieron los síntomas; en la vida civil, el paciente no busca ordinariamente al psiquiatra en las fases precoces de su desadaptación.

REFERENCIAS

Abraham, Karl: Collected Papers on Psychoanalysis. London, Hogarth Press, 1927.

Adler, Alfred: The Practice and Theory of Individual Psychology. New York, Harcourt Brace & Co., 1927.

Alexander, Franz, *et al:* Psychoanalytic Therapy. New York, Ronald Press Co., 1946.

Allen, F. H.: Psychotherapy with Children. New York, W. W. Norton & Co.. 1942.

Appel, K. E.: Psychiatric Therapy. In Hunt, J. McV.: Personality and the Behavior Disorders. New York, The Ronald Press Co., 1944.

Bartemeier, Leo, *et al:* Combat Exhaustion. J. Nerv. & Ment. Dis., *104:* 358–389; 489–525, 1946.

Beard, G. M.: A Practical Treatise on Nervous Exhaustion. New York, Wm. Wood & Co., 1880.

Bowman, K. M.: Modern Concept of the Neuroses. J. A. M. A., *132:* 555, 1946.

Breuer, Joseph, y Freud, Sigmund: Studies in Hysteria, traducido por A. A. Brill. Washington, Nervous and Mental Disease Pub. Co., 1937.

Brill, A. A.: Lectures on Psychoanalytic Psychiatry. New York, Alfred A. Knopf, 1945.

———: Freud's Contribution to Psychiatry. New York, W. W. Norton & Co., 1944.

Da Costa, J. M.: On Irritable Heart; A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disease and its Consequences. Am. J. M. Sc., *131:* 2, Jan., 1871.

Diethelm, Oskar: Treatment in Psychiatry. New York, The Macmillan Company, 1936.

Dubois, P.: The Psychic Treatment of Mental Disorders, 6ª ed. New York, Funk and Wagnalls Company, 1909.

English, O. S., y Pearson, H. J.: Common Neuroses of Children and Adults. New York, W. W. Norton & Co., 1937.

Fenichel, Otto: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, W. W. Norton & Co., 1945.

Freud, S.: Collected Papers (4 vols.). New York, The International Psychoanalytic Press, 1924.

———: The Ego and the Id. London, Hogarth Press, 1927.

———: New Introductory Lectures on Psychoanalysis, traducido por W. J. H. Sprott. New York, W. W. Norton & Co., 1933.

———: The Problems of Anxiety. New York, W. W. Norton & Co., 1936.

Glover, Edward: Psychoanalysis. London, Dale, 1939.

Glueck, B.: Current Therapies of Personality Disorders. New York, Grune & Stratton, 1946.

Grinker, R. R.: Treatment of War Neuroses. J. A. M. A. *126:* 142, 1944.

———, y Spiegel, J. P.: Men under Stress. Philadelphia, The Blakiston Co., 1945.

———: War Neuroses. Philadelphia, The Blakiston Co., 1945.

Gull, W. W.: Anorexia Nervosa. Lancet *2:* 171, 1868.

Healy, Wm., *et al:* The Structure and Meaning of Psychoanalysis. New York, A. A. Knopf, 1930.

Hendrick, Ives: Facts and Theories of Psychoanalysis. New York, A. A. Knopf, 1939.

Huddleson, J. H.: Accidents, Neuroses and Compensation. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1932.

Janet, Pierre: The Major Symptoms of Hysteria, 2ª ed. New York, The Macmillan Company, 1920.

———: Psychological Healing. New York, The Macmillan Co., 1925.

Jones, Ernest: Papers on Psychoanalysis, 4ª ed. Baltimore, Wm. Wood & Co., 1938.

Jung, C. G.: Two Essays on Analytical Psychology, London, Ballière, Tindall and Cox, 1928.

Kennedy, Alexander: Recent Hysterical States and their Treatment. J. Ment. Sc., *86:* 988 (Sept.) 1940.

Knight, R. P.: Evaluation of the Results of Psychoanalytic Therapy. Am. J. Psychiat., *98:* 434, 1941.

Kubie, L. S., y Margolin, S.: The Therapeutic Rôle of Drugs in the Process of Repression, Dissociation and Synthesis. Psychosom. Med., *7:* 147, 1945.
Main, T. F.: Clinical Problems of Repatriates. J. Ment. Sci., *93:* 354, 1947.
Malamud, Wm.: The Psychoneuroses. In Hunt, J. McV.: Personality and the Behavior Disorders. New York, The Ronald Press Co., 1944.
Masserman, J. H.: Behavior and Neuroses. Chicago, Univ. of Chicago Press, 1943.
———:Principles of Dynamic Psychiatry. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1946.
Menninger, W. C.: Modern Concepts of War Neuroses. Bull. Menninger Clinic, *10:* 196, 1946.
Miller, Emanuel: The Neuroses in War. New York, The Macmillan Co., 1940.
Murray, J. M.: Psychiatric Aspects of Aviation Medicine. Psychiatry *7:* 1, 1944.
Myerson, A.: Neuroses and Neuropsychoses. Am. J. Psychiat. *93:* 263, 1938.
Ossipov, V. P.: Malingering; the Simulation of Psychosis. Bull. Menninger Clinic. *8:* 39, 1944.
Palmer, H. A.: Psychobiological Approach to Acute Anxiety Attacks. J. Ment. Sc., *87:* 208, 1941.
Pratt, G. K.: Soldier to Civilian. New York, McGraw-Hill Book Co., 1944.
Rennie, T. A. C.: Psychobiological Therapy. Am. J. Psychiat., *97:* 611, 1940.
Ross, T. A.: The Common Neuroses. Baltimore Wm. Wood, 1937.
Slavson, S. R.: An Introduction to Group Psychotherapy. New York, The Commonwealth Fund. 1943.
Solomon, H. C., y Yakovlev, P. I.: Manual of Military Psychiatry. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1944.

CAPITULO XXIV

PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

En todas las formas clínicas de la psicosis que va a ser considerada en este capítulo, el pensamiento y la acción parecen estar tan ligadas a una situación afectiva dominante, que las distintas formas se conocen frecuentemente con el nombre de psicosis afectivas. Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que los estados afectivos de contraste, alegría y depresión, pueden caracterizar al mismo enfermo durante diferentes períodos, y se ha sugerido que pudieran ser distintas fases del mismo trastorno. El concepto clínico actual de lo que se llamó locura maníaco-depresiva, con sus expresiones clínicas contradictorias y en apariencia no relacionadas, su periodicidad y pronóstico favorable, tanto en lo que se refiere al resultado de sus episodios como al desarrollo de demencia, se debe a la notable capacidad para describir, agrupar y relacionar datos clínicos que tenía el profesor Kraepeiln (1856-1926) de Munich. Kraepelin creyó que la psicosis maníaco-depresiva tenía un fundamento fisiológico u orgánico, y que los estados de excitación eufórica y de depresión eran sólo aspecto de un proceso patológico único. del que las excitaciones eran un polo y las depresiones el otro. No se ha determinado si debe aceptarse un ciclo fisiológico básico como substratum de la sucesión de fases maníaco-depresivas, o si éstas deben ser consideradas básicamente como de fundamento psicológico, representando las manifestaciones somáticas un reflejo secundario del estado emocional. Parece seguro que Kraepelin pasó por alto la personalidad del enfermo en su contenido y totalidad interna y su adaptación psicológica como persona.

CAUSAS

Muchos hechos parecen indicar que la herencia ejerce una influencia predisponente en la psicosis maníaco-depresiva, aunque todavía sabemos muy poco acerca de los procesos a través de los cuales actúa. Rüdin ha establecido que la incidencia de la psicosis maníaco-depresiva es veinticinco veces más alta entre los hijos de enfermos maníaco-depresivos que en la población media; si se presenta en gemelos monocigóticos, ambos estarán afectados en más de la mitad de los casos. En una clínica psiquiátrica alemana donde los enfermos ingresan sin consideración a su posición social, Luxem-

berger encontró que la psicosis maníaco-depresiva es casi tres veces más frecuente en las clases sociales altas y cuatro veces más frecuente en las clases profesionales que en la población general; esta distribución de la incidencia parece ser similar a la observada por psiquiatras americanos. Es aproximadamente dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

Como ya se ha señalado, no se conocen las causas que originan la psicosis maníaco-depresiva; sin embargo, muchos hechos parecen indicar que los factores psicógenos desempeñan un papel importante y que los factores mentalmente dinámicos sólo muy raramente, si es que eso sucede, se encuentran ausentes; se estima que aproximadamente en las cuatro quintas partes de los accesos hay situaciones vitales perturbadoras; por ejemplo, en muchos casos, especialmente entre personas de edad media o mayores, se encuentra que las dificultades de adaptación a los cambios en el medio ambiente o las amenazas a la seguridad social, económica o física, pueden actuar como factores precipitantes de un ataque depresivo. Algunos psiquiatras creen que la enfermedad se debe a trastornos de los procesos químicos, vegetativos o reguladores del cuerpo, mientras que otros creen que estas alteraciones que se ven con tanta frecuencia en este trastorno no son sino una parte de la reacción psicobiológica total del organismo. Nunca se han demostrado alteraciones histológicas, bioquímicas o biofísicas en el cerebro; el electroencefalograma no se modifica cuando el enfermo pasa de una fase afectiva a la otra. El hecho de que puede haber una base constitucional está apoyado en la observación de que un número grande e importante de maníaco-depresivos son de tipo constitucional pícnico, y su personalidad prepsicótica corresponde al temperamento ciclotímico con la disposición extrovertida descrita en el Capítulo VI.

FRECUENCIA

Las estadísticas de la frecuencia de la psicosis maníaco-depresiva muestran amplias variaciones; algunas instituciones para enfermedades mentales señalan casi un 50 por ciento de admisiones con esta forma de psicosis, mientras que otras anotan sólo un 10 por ciento. La cifra menor es probablemente la más correcta si se excluyen los casos que, aunque episódicos, están caracterizados por un trastorno en la integración del pensamiento, sentimiento y conducta, y por falsificaciones de la percepción y de la realidad en respuesta a necesidades internas. La experiencia de los psiquiatras en su clientela privada parece demostrar que muchos casos no son reconocidos si pertenecen a formas benignas o de corta duración; esto es particularmente cierto si se incluyen aquí períodos de fatiga o breves períodos de depresión que duran quizá desde unas cuantas horas a unos cuantos días; en tales

casos la atención del médico y del enfermo puede enfocarse hacia trastornos somáticos supuestos o concomitantes.

SINTOMAS

Hay dos tipos o fases bien definidas de la psicosis maníaco-depresiva: una fase maníaca o de excitación y una fase depresiva.

Aunque la enfermedad adopta típicamente la forma de episodios psicóticos separados por intervalos de salud mental, puede suceder que una persona no sufra más que un episodio, o que la alteración se haga contínua; estos episodios pueden ser reacciones de naturaleza maníaca o depresiva, pero no hay una secuencia o alternancia constante de ambas reacciones.

Fase maníaca. El enfermo cuyos episodios son de tipo maníaco, generalmente posee una personalidad caracterizada por satisfacción de sí mismo, confianza y extraversión agresiva. La fase o reacción maníaca va generalmente precedida por una depresión simple, de corta duración y poco intensa, que dura sólo unos cuantos días, y que no suele ser percibida o tomada en cuenta por la familia del enfermo. Este breve período es seguido por una afabilidad animosa, de autosatisfacción, de exaltada confianza en sí misnuada, conocida como *hipomanía;* en este estado hipomaníaco hay una seguridad aumentada, un aire de autoafirmación, de alegría despreocupada, de afabilidad animosa, de autosatisfacción, de exaltada confianza en sí mismo y de energía sin límite; no importa el grado de inhibición que haya tenido normalmente el enfermo, ahora es asombrosamente inconvencional en el lenguaje y en la conducta. Nada parece cansarlo o apenarlo; es infantilmente orgulloso y muy intolerante para las críticas; fácil de palabra y habilidoso, el enfermo busca la atención de los demás, es petulante, locuaz, discutidor, gasta su dinero extravagantemente, empeña sus posesiones, está lleno de planes ambiciosos y principia empresas que pronto fracasan o que él abandona inmediatamente. Sus excusas y argumentos son superficialmente, y sólo en apariencia, plausibles; su despreocupación por la verdad puede ser de convicción; el enfermo se aburre con la rutina, no tiene un interés sostenido en ninguna actividad, y está demasiado ocupado como para someter sus impresiones a un examen crítico; su atención se distrae con facilidad, los procesos del pensamiento se aceleran y las asociaciones se desvían fácilmente. Muchos hipomaníacos son maliciosos, tumultuosos, se atavían con exceso, hacen observaciones escabrosas, chistes soeces indecorosos, comentarios graciosos acerca de algún objeto o, especialmente, sobre alguna persona allegada. Algunos hipomaníacos gozan especialmente gastando bromas al médico; son comunes la crítica desenfrenada y la falta de discreción en el lenguaje, hasta el extremo de cometer indelicadezas crueles; el

buen humor común, que usualmente es de naturaleza contagiosa, se mantiene con frecuencia hasta que se satisface el último capricho, pero tiende a ser reemplazado por odio y abusos verbales si alguien objeta su opinión o impide sus deseos; en lugar del buen humor algunas veces se encuentra odio persistente, discusiones continuas, irritabilidad, arrogancia, altanería, sarcasmo y quejas continuas; es frecuente la hostilidad abierta a los miembros de la familia; las oscilaciones repentinas de la emoción son comunes; en medio de una exhuberancia de modales y humor, el enfermo puede repentinamente romper a llorar y expresar alguna idea depresiva, pero después de un momento vuelve a estar tan alegre como siempre; del mismo modo puede cambiar de la irritabilidad a la afabilidad. El hipomaníaco puede trabajar con gran energía y entusiasmo, aunque caprichosamente; con frecuencia es tan oficioso y entremetido que molesta a todos los que le rodean; declara que nunca se sintió tan bien y tan a gusto, y se resiste a que le hagan cualquier sugestión de que necesita un descanso; aunque se encuentra bajo tensión constante de actividad, no tiene la sensación de fatiga; escribe muchas cartas en que subraya numerosas palabras y pasajes e introduce varias aclaraciones entre paréntesis; el estilo de la composición puede ser florido e ingenioso, y el manuscrito largo, flúido y hasta gracioso; quizá inmediatamente después de que ha puesto una carta en el buzón, decide que el correo es demasiado lento para sus urgentes negocios y manda un telegrama; discute con extraños, y sin reservas, asuntos de naturaleza privada e íntima. El hipomaníaco es frecuentemente erótico y, si es un hombre, cae en excesos venéreos, mientras que una mujer joven, anterioremente casta y pudibunda, puede volverse sexualmente libertina o casarse con un hombre muy por debajo de su nivel social. Aunque por costumbre y conveniencia los síntomas arriba mencionados se denominan hipomanía, cualquier intento de dividir las formas imperceptiblemente graduales de excitación que se presentan en la psicosis maníaco-depresiva, en grupos clínicos, es completamente arbitrario.

Antes de describir una forma más pronunciada de manía debe hacerse referencia al hecho de que se ha acostumbrado a hablar de los síntomas básicos de la psicosis maníaco-depresiva, ya sean de la forma maníaca o de la depresiva, como debidos a trastornos en los campos de la afectividad, del curso del pensamiento y de la actividad psicomotora; aunque, como ya se ha expuesto en la descripción anterior de la hipomanía, constantemente se encuentran alteraciones en el afecto, asociaciones y actividad, la psicosis maníaco-depresiva no debe ser considerada como un trastorno de las llamadas "facultades" o campos psicológicos circunscritos, sino más bien como una reacción psicobiológica que se presenta cuando los recursos comunes de la personalidad han sido incapaces de enfrentarse con éxito a los impulsos y tensiones que acosan al individuo y que frecuentemente son problemas que han surgido de las profundidades de su vida emocional e instintiva.

En el cuadro bien desarrollado de la manía, la *tonalidad afectiva* es de vehemencia, exaltación y excitación eufórica; se acelera el tempo de la personalidad como un todo. El enfermo canta, baila, silba y puede estar regocijado hasta el grado de la hilaridad escandalosa; hace travesuras y picardías sin el menor freno; su alegría estimula ideas de grandeza y quizá ideas delirantes fugaces de riqueza y poder; el regocijo puede ser interrumpido momentáneamente por enojo, irritabilidad y hasta agresividad, si se le niega alguna petición o privilegio, cuya obtención está prohibida por su estado; también puede existir en el enfermo una tendencia paranoide bien desarrollada y abusar verbalmente de la persona hacia la que, por el momento, se sienta más resentido. Los enfermos con este afecto impuro son frecuentemente altaneros, exigentes, vengativos, sarcásticos y arrogantes; parecen gozar con la expresión ilimitada de agresividad y hostilidad.

El curso del pensamiento se caracteriza por la rápida asociación de ideas; con frecuencia el enfermo habla con agitación y vigor en la articulación, con acento categórico y cambios frecuentes de tono; su estilo puede ser pomposo y su lenguaje adopta el carácter de declamación teatral. Conforme el estado hipomaníaco pasa a manía aguda, la velocidad del lenguaje se transforma en un vuelo de ideas con rimas, juegos de palabras y asociaciones "por asonancia" entre vocablos que tienen sonidos semejantes, pero ninguna relación de significado; superficialmente se tiene la impresión de que existe una gran variedad de ideas, pero si se observan cuidadosamente los productos de asociación del maníaco se descubre que su amplitud es realmente limitada; de hecho, el maníaco evade el pensamiento y se preocupa más de fonética que de significado. Las asociaciones que recuerdan al enfermo alguna idea hipervalorada o algún interés egocéntrico son particularmente capaces de desviar la corriente del pensamiento. Aunque la fuga[1] de ideas del enfermo parece ilógica y dirigida por estímulos tales como la semejanza de sonido y los objetos y acontecimientos del medio ambiente, debajo de estas asociaciones superficiales se puede descubrir frecuentemente una variedad subyacente, pero limitada, de temas hacia los que las asociaciones tienden a fluir; sin darse cuenta de su significado, el enfermo hace con frecuencia observaciones que señalan la motivación inconsciente de sus ideas, ya que aunque aparentemente desprovistas de fundamentación, de hecho no lo están, pues tanto en sucesión como en significado se acercan al carácter de las asociaciones libres y, por lo tanto, son provocadas, como ellas, por agentes inconscientes e instintivos.

1. *N. del T.:* La expresión inglesa "flow of ideas", debería traducirse correctamente por "flujo de ideas". Sin embargo, en castellano se ha dicho siempre "fuga de ideas", traducción exacta de la expresión alemana "Ideenflucht", utilizada por Kraepelin en la descripción original, y tomada de Liepmann, pues cita a éste en la siguiente llamada: "Aschaffenburg, Psychol. Arbeiten, IV, 235; Liepmann, Uber Ideenflucht. 1904".

El tercero de los campos mentales en los que se ha acostumbrado describir las alteraciones que se presentan, es el de la *actividad psicomotora.* Hay una hiperactividad que va desde el impulso incontenible por una ocupación, descrita en la hipomanía, hasta la excitación motora violenta de la manía aguda; en el hospital, el enfermo se entremete en las actividades de la sala y en las de otros enfermos; ofrece numerosas sugestiones acerca de cómo debería ser conducida la institución; se decora a sí mismo con dijes, medallas y bandas improvisadas; en estados más excitados rompe sus ropas y hace listones con los que se adorna de manera grotesca; canta, grita y adopta actitudes dramáticas. Puede destruir su cama y sus ropas personales, lo que constituye una actividad generalmente no iniciada por maldad, sino por la necesidad incontenible de estar ocupado. Una mujer ordinariamente refinada y púdica puede desentenderse de todo su sentido anterior de decoro, hacer proposiciones sexuales indecentes y hablar de manera obscena. El maníaco duerme muy poco y, sin embargo, no parece fatigado; si se hace algunas heridas no les da importancia y no permite que se le traten, por lo que puede haber infecciones que compliquen el cuadro clínico. Raramente el enfermo está tan excitado que rehuse comer y necesite ser alimentado por sonda, aunque en el grado común de excitación el paciente puede ingerir grandes cantidades de alimento con un desprecio completo de los buenos modales.

La atención del maníaco está generalmente muy trastornada y la alteración se debe, no a falta de cuidado, sino a falta de tenacidad, como resultado de lo cual la atención se distrae fácilmente; los ruidos y la actividad a su alrededor desvían constantemente su atención. Frecuentemente confunde a las gentes, y está especialmente inclinado a identificar a un desconocido como a un antiguo amigo, debido al hecho de que descubre algún ligero punto de semejanza, pero no investiga los de diferencia. Generalmente el enfermo permanece bien orientado, pero algunas veces su idea del medio ambiente puede ser equivocada debido a la ausencia de atención sostenida y discriminadora.

En la excitación maníaca puede haber alucinaciones, pero no son comunes, y generalmente hay más bien ilusiones.

Aunque las ideas delirantes no son síntomas notables, se presentan con frecuencia y generalmente son de naturaleza expansiva y halagadora, momentáneas y no sistematizadas. No son raras las ideas de persecución.

Los casos más benignos muestran una salud física excelente; los ojos son brillantes, la cara enrojecida, la cabeza erecta, y el paso rápido. Pueden ganar peso. En la excitación extrema el enfermo pierde peso debido al gran gasto de energía, y en los estados muy agudos generalmente está deshidratado. La neumonía, la nefritis aguda y otras infecciones pueden pasar inadvertidas debido a la dificultad para hacer un examen físico en un enfermo tan tremendamente excitado; en tales casos la naturaleza real de un estado

delirioide superpuesto puede escapar al reconocimiento; cualquier obnubilación real de la conciencia en un enfermo que ha estado muy excitado debería sugerir la posibilidad de una complicación infecciosa.

La siguiente historia de un hombre que fué admitido por primera vez en un hospital público para enfermedades mentales cuando tenía cincuenta y cuatro años de edad, ilustra muchas de las reacciones típicas de comportamiento de la excitación maníaca:

A los treinta y cinco, cuarenta y uno y cuarenta y siete años de edad, el enfermo sufrió episodios depresivos, durando cada ataque de cuatro a seis meses; en enero comenzó a estar inquieto y locuaz, y a principios de febrero envió cheques a sus amigos, y algunas veces hasta a extraños, que, según dijo, podían necesitarlos. Diez días más tarde se le envió a su casa, de la oficina donde estaba empleado, con la explicación de que se estaba poniendo muy excitado; unos cuantos días después de que fué suspendido en su trabajo, se le internó en una institución privada para enfermedades mentales, donde intentó suicidarse tomando mercurio, y dibujó una calavera con huesos cruzados en la pared de su cuarto. Después de tres semanas fué llevado a su casa, pero unos cuantos días más tarde fué internado en una institución pública, donde provocó mucho bullicio en la sala, dando la impresión de que tenía negocios importantes que atender. Algunas veces se le veía acostado en una banca intentando dormir, pero después de unos cuantos minutos volvía a su actividad; hablaba rápida, fuerte y casi constantemente; se interesaba en todo y por todos los que estaban a su alrededor; hablaba familiarmente con enfermeros, ayudantes, enfermeras y médicos; se prendó de la doctora que estaba de guardia en el edificio de admisión, llamándola por su primer nombre y molestándola con cartas y con atenciones inconvenientes e importunas; cuando llegó, regaló un billete de cinco dólares a un enfermo y un dólar a otro; hizo muchos comentarios y preguntas acerca de otros enfermos y aseguró que obtendría su liberación; se mezcló en los asuntos de los demás y pronto recibió un golpe en la mandíbula de uno, y en un ojo de otro. Escribió cartas exigiendo que se le dejara libre, y otras a sus amigos describiendo de modo detallado, inexacto y cómico las condiciones del hospital; sus cartas estaban llenas de frases triviales en latín; dibujó caricaturas de los médicos y enfermeras, y escribió música en el papel del baño; se pintó figuras en los brazos, y en una ocasión consiguió una botella de mercurocromo y pintó la cara de otro enfermo maníaco. Cuando se le permitía tocar el piano, ejecutaba pieza tras pieza, sin interrupción y con muchas improvisaciones. Raramente pasaba un médico por la sala sin que el enfermo lo llamara, le diera palmadas en la espalda, o le estrechara efusivamente la mano y siguiera hablando hasta que se cerraba la puerta. Algunas veces, durante una entrevista, la voz se le hacía trémula, se le salían las lágrimas de los ojos y lloraba fuertemente con la cara escondida entre las manos; sin embargo, momentos después ya estaba riéndose, lo que es una manifestación de la bipolaridad emocional tan claramente patente en esta enfermedad.

Fase depresiva. Aunque un gran porcentaje de las depresiones episódicas de esta enfermedad se presentan en personas que también han sufrido episodios maníacos, no son pocos los maníaco-depresivos en los que su estado psicótico se limita a la fase depresiva. En estos casos se comprueba a menudo la existencia de un tipo característico de personalidad prepsicótica. Muchos de los individuos cuyos episodios psicóticos se limitan a fases depre-

sivas siempre han sido personas tímidas y vergonzosas, con un sentimiento de inseguridad subyacente que ha evitado una sociabilidad fácil; hombres de normas éticas y morales rígidas, escrupulosos, perfeccionistas, que se desprecian a sí mismos, remilgados y sensibles a la crítica; han sido de criterio fijo y sistemas rígidos de acción, propensos a tener preocupaciones, ansiedad y miedo; muchos han sido indecisos y sin valor. No es raro que haya factores precipitantes definidos de naturaleza psicológica precediendo al episodio depresivo.

Del mismo modo que en el tipo maníaco de la psicosis maníaco-depresiva encontramos todos los grados de excitación, en la forma depresiva se observan grados variables de depresión. Si arbitrariamente describimos tres grados de excitación —hipomanía, manía aguda y manía delirante— en la fase excitada, del mismo modo podemos hablar de depresión ligera, depresión aguda y estupor, como representantes de distintos grados de depresión, siempre que se recuerde que estas divisiones arbitrarias pasan imperceptiblemente de una a otra.

Debido a la ausencia de grandes alteraciones, la naturaleza real de la *depresión ligera* no se reconoce con frecuencia; de hecho, debería pensarse siempre que los distintos estados de ánimo que llamamos normales pasan imperceptiblemente a las diferentes formas de psicosis maníaco-depresiva. Las fases de depresión ligera tienden, hablando en general, a adoptar una de estas dos formas: un período de inactividad e inercia, o uno en el que el enfermo se queja de molestias físicas para las cuales no es posible descubrir una base orgánica. La depresión afectiva, que existe en ambas formas, no constituye la molestia principal, y consiste en ligero abatimiento; ocasionalmente el principio se caracteriza por rasgos obsesivos. Si la depresión avanza un poco más, los amigos del enfermo pueden caracterizar sus episodios como "brotes de tristeza"; el enfermo no tiene confianza en sí mismo, se siente débil, cansado, y encuentra dificultad en la ejecución de sus deberes ordinarios; el color y la alegría se han ido de su vida; cada tarea parece una carga y en muchos casos el enfermo renuncia a seguir en su empleo. El paciente tiene dudas y miedos, con frecuencia se angustia demasiado por su familia, asegura que no ha hecho lo suficiente para su bienestar futuro, y tiene ligeras ideas de indignidad. El pensamiento puede ser difícil, el contenido ideativo se limita a unos cuantos temas, el lenguaje espontáneo se reduce y el enfermo no siente deseos de revelar sus pensamientos íntimos; no busca contactos sociales y hasta puede mostrar una repugnancia obstinada a tratar con la gente. Algunos enfermos presentan una marcada indecisión. Cuando la depresión es "impura" tienden a ser sombríamente irritables, sensibles y ásperos, más que tristes; frecuentemente son obstinados, enojadizos, desconsiderados con otros y tienen tendencia a proyectar su insatisfacción en forma de censura.

En el segundo grupo de las depresiones ligeras las molestias físicas constituyen los síntomas más aparentes; no solamente hay pérdida de peso, lengua saburral, trastornos del sueño y poco apetito, corrientes en los estados depresivos, sino que el enfermo tiene distintas ideas hipocondríacas; se siente débil y fatigado, se preocupa por pequeñeces, sufre de insomnio, dolores de cabeza y debilidad, y quizá de malestar precordial o epigástrico. Cualquier sensación orgánica que puede derivarse de un fondo físico, de tensión o ansiedad, se vuelve el objeto principal de la atención del enfermo; por lo tanto, él cree, como frecuentemente también creen sus amigos, que el verdadero trastorno es físico y que su abatimiento es el resultado natural de su mala salud, cuando las quejas físicas son realmente la racionalización de un trastorno afectivo primario. Estos episodios depresivos pueden ser considerados como neurastenia por el médico sin experiencia.

El principio de una *depresión intensa* puede semejarse a los estados depresivos ligeros antes descritos, pero el abatimiento inicial pronto pasa a ser una alteración afectiva profunda; el cuerpo se inclina hacia adelante, la cabeza se flexiona, la cara está inmóvil, la frente se arruga y el enfermo mira fijamente hacia abajo. Entre las cejas aparecen arrugas verticales profundas, los surcos nasolabiales están muy marcados y los ángulos de la boca están dirigidos hacia abajo; la cara puede tener una expresión de perplejidad y preocupación. El paciente pierde peso y se encuentra mal; la sudoración y otras secreciones disminuyen; el metabolismo basal es bajo; el tono muscular está disminuído, hay constipación intestinal, el deseo sexual se atenúa y en el hombre generalmente hay impotencia. El paciente duerme poco y se despierta temprano. La depresión se hace más profunda y todo se interpreta en términos de desesperanza y desaliento; algunas veces el enfermo dice que no tiene sentimientos; otras, se queja de que las cosas parecen extrañas y antinaturales (sensación de irrealidad). Generalmente los pacientes reconocen que su cambio, debido a la influencia del tono sentimental deprimido sobre las percepciones, a la pérdida de interés por los fenómenos externos y a la alteración en la relación afectiva con ellos, está en sí mismos y no en la naturaleza fundamental de los objetos que los rodean. Muchos enfermos tienen un temor indefinido o una sensación de desastre inminente, con frecuencia acompañada de una actitud de sumisión a su destino; los esfuerzos para reanimarlos no los conmueven. No es rara la sensación de miedo, y si es intensa, la conciencia puede obnubilarse y el enfermo caer en la confusión.

El tipo más puro de depresión es la depresión inhibida, en la cual hay inhibición en el curso del pensamiento y en la actividad psicomotora. El enfermo inhibido habla lentamente, parece que le faltan las palabras, sus respuestas son muy breves, frecuentemente monosilábicas y expresadas en voz queda; no es raro que empiece y nunca acabe la contestación a una pregunta, o la complete sólo si el médico examinador se aleja; quizá solamente

mueve los labios, pero no pronuncia ninguna respuesta inteligible; los esfuerzos para tomar decisiones determinan vacilación o perplejidad.

En la esfera psicomotora, la actividad en relación con el ambiente se hace progresivamente retardada e inhibida; hay lentitud tanto en la iniciación como en la ejecución. El enfermo se queja de incapacidad para llevar a cabo las actividades sugeridas, o de que cualquier intento requiere un gran esfuerzo. El retardo puede ser tan pronunciado que llegue al estupor.

En los estados depresivos las ideas del enfermo tienden a representar una expresión proyectada de sus sentimientos y la racionalización de sus afectos. Las ideas delirantes, tanto de los enfermos maníacos como de los depresivos, parecen ser más el reflejo de su estado de ánimo que verdaderas vivencias delirantes como en la esquizofrenia. El contenido del delirio en el enfermo depresivo se caracteriza, por lo tanto, por el desprecio de sí mismo, ideas de culpabilidad, remordimiento, autoacusación e hipocondría. No raramente hay tendencias paranoides como desconfianza e ideas de persecución. Este es especialmente el caso cuando la personalidad prepsicótica del enfermo es de tipo sensitivo con sentimiento de inferioridad. El odio no es raro, aunque algunas veces es un elemento oculto de la depresión; también puede haber resentimiento y aversión a la terapéutica. Las reacciones de aversión no deben ser confundidas con negativismo.

Las alucinaciones no son síntomas notables en la depresión de la psicosis maníaco-depresiva, y cuando se presentan, una falsificación persistente de la realidad de este tipo debería hacer pensar en una psicosis más maligna, especialmente si las alucinaciones no representan claramente la proyección de trastornos afectivos. Las falsas interpretaciones ilusorias son frecuentes; por ejemplo, al oír un golpe en el piso inmediato inferior, el enfermo cree que es un carpintero haciendo su ataúd.

El enfermo permanece generalmente bien orientado, a menos que sus alteraciones afectivas le preocupen tanto que perturben su atención. Como ya se ha indicado puede estar confuso si su miedo es intenso. Los enfermos deprimidos generalmente tienen poco o ningún apetito, y algunos se morirían de hambre si no se les alentara o forzara a comer; la alimentación con cuchara o por sonda es frecuentemente necesaria. Esta incapacidad para comer puede ser el resultado de la profunda inhibición psicomotora, de la creencia del enfermo de que es indigno de recibir alimento, o del deseo de morir; este sentimiento de indignidad y de deseo de autocastigo conduce frecuentemente a intentos suicidas, y ocasionalmente a automutilaciones.

La forma más intensa de la fase depresiva es el *estupor*. Fué probablemente a este tipo de estupor al que Esquirol dió el nombre de "demencia aguda". En este estado profundamente inhibido prácticamente no hay actividad motora espontánea; hay inmovilidad completa o casi completa con respuestas mínimas a los estímulos externos; el enfermo está callado, su sensorio

está obnubilado y se encuentra intensamente preocupado, frecuentemente con ideas de muerte y con alucinaciones oníricas; la cara tiene aspecto de máscara o aparece rígidamente angustiada. Muchos tienen que ser alimentados por sonda y algunos se ensucian y se orinan. No es raro que una depresión termine con una breve reacción hipomaníaca.

En la psicosis maníaco-depresiva no es frecuente la comisión de crímenes violentos; sin embargo, tales crímenes no son desconocidos y son más frecuentes en los estados deprimidos que en los estados maníacos, lo que probablemente se debe al hecho de que la depresión puede estar producida por el debilitamiento de la represión del odio y tendencias agresivas. Se ha señalado que de noventa enfermos internados en el "Asilo de Criminales Lunáticos" de Broadmoor, Inglaterra, por asesinato cometido durante psicosis afectivas, 62 sufrían de depresión y 28 de manía, en el momento del homicidio.

El siguiente caso representa un cuadro muy típico de la fase depresiva:

E. D., de 60 años de edad, fué internado en el hospital debido a que estaba deprimido, comía insuficientemente y creía que su estómago se estaba "pudriendo". El enfermo fué descrito como un individuo amistoso y sociable, no pendenciero, celoso o crítico, y con sentido del humor; se le consideró de carácter uniforme, lento para enojarse, de buen corazón y emotivo.

A los 55 años, el enfermo sufrió una depresión cuando se vió obligado a renunciar a su empleo; la depresión duró aproximadamente 9 meses, después de los cuales se recuperó aparentemente por completo; volvió a su trabajo, pero después de dos años, sufrió una segunda depresión; de nuevo se recuperó después de varios meses, y regresó a una posición semejante, en la que permaneció hasta dos meses antes de su internamiento. En esta época, empezó a preocuparse de que no hacía bien su trabajo, hablaba mucho de su falta de preparación para sus deberes, y finalmente renunció. Pasó el Día de Acción de Gracias en la casa de su hijo, en una ciudad vecina, pero mientras estaba allí consideraba seguro que las llaves del agua de su casa se iban a congelar durante su ausencia, y que él y su familia serían "echados a la calle". Unos cuantos días más tarde, se le encontró parado en la orilla de un estanque pensando evidentemente en el suicidio. Pronto empezó a quedarse en cama, y algunas veces se envolvía la cabeza en las sábanas para aislarse del mundo externo. Declaró que se estaba "pudriendo por dentro", y que si comía, el alimento lo iba a matar. Exigió a su familia que no tocara los vasos o toallas que él usaba, porque se contaminarían.

A su llegada al hospital, parecía más viejo de lo que en realidad era; estaba pálido, mal alimentado, deshidratado, con los labios secos, escoriados y cubiertos de pus; su expresión facial y su aspecto general indicaban un sentimiento de desesperanza extrema. Estaba absorto en sí mismo y no manifestaba interés por el medio ambiente; cuando se le incitó a que contestara preguntas, hubo un largo retraso antes de que intentara contestar, pero, finalmente, habló, aunque poco, titubeando y en voz baja; ocasionalmente se agitaba y decía repetidamente: "¡Oh, doctor! ¿Por qué vine a caer en algo como esto? Doctor estoy todo lleno; no puedo comer nada, ¿qué es lo que voy a hacer?". Para explicar su presencia en el hospital, dijo que lo había mandado su familia porque creían que se beneficiaría con el tratamiento, pero agregó: "No sé cómo es que me mandaron aquí si no tienen dinero. Mi mujer no puede pagar por mí, y para estos momentos, probablemente, ya la echaron a la calle".

Después de varios meses, el enfermo empezó a mejorar, aunque las ideas hipocondríacas persistieron durante un considerable período de tiempo; finalmente, cuando se estimó que podía salir al jardín, parecía de humor normal e indicó que estaba empezando a pensar un poco diferente acerca de su aparato digestivo. Algunas veces comentó: "Todavía hay bastante vida en el viejo caballo". Un mes más tarde, pasó a un estado hipomaníaco; se volvió activo, animado, platicador, de espíritu exhuberante y seguro en sus maneras; este estado ligeramente excitado continuó aproximadamente dos meses, hasta que se estabilizó en lo que parecía ser su humor y estado de actividad normales. Después de unas cuantas semanas, se le dió de alta, pero varios meses después mostró signos de depresión y se ahorcó antes de que se hicieran los arreglos para su reinternamiento.

Tipos mixtos. Antes se pensaba que la actividad psicomotora, el curso del pensamiento y la afectividad, eran funciones independientes y más o menos separables de la mente, que en sus variaciones positivas o negativas se podrían combinar de varias maneras, como las letras del alfabeto. Basado en esta idea, Kraepelin describió formas clínicas especiales que designó como tipos "mixtos" de psicosis maníaco-depresiva; concibió estas facultades unitarias, positivas o negativas, como capaces de disponerse y agruparse en varias combinaciones, con el resultado de que se presentan distintas variedades de estas formas mixtas. Clínicamente, el reconocimiento de formas mixtas puede tener cierta justificación, pero debe recordarse que la conducta es un proceso unitario y adaptado a un fin, y que no es el resultado de la unión casual de elementos parciales. Kraepelin describió formas "mixtas" tales como la depresión agitada, el estupor maníaco, la manía improductiva, la manía depresiva, la depresión con fuga de ideas y la manía inhibida; la tendencia actual es a no aceptar estas clasificaciones artificiales.

De estos grupos, la *depresión agitada* es la que merece más un reconocimiento especial, aunque realmente es una reacción depresiva en que la agitación es simplemente una expresión de ansiedad, una expresión persistente de la aprensión, tensión y sentimiento de algo desagradable que va a pasar, originado en factores amenazantes profundamente arraigados en la vida mental.

Psicopatología de los estados maníacos. Se han propuesto varias teorías para explicar la dinámica psicológica de las dos reacciones afectivas contrapuestas observadas en esta alteración. Aunque todavía son algo especulativas, muchas de ellas ofrecen una hipótesis de trabajo muy satisfactoria. En algunos casos cierta teoría parece aplicable, mientras que en otros una teoría basada en diferentes hipótesis psicológicas parece ofrecer la explicación. En muchos casos la psicosis maníaco-depresiva puede ser considerada como surgiendo del conflicto entre los deseos y tendencias reprimidas, por un lado, y las fuerzas frenadoras creadas por la tradición social y las normas éticas, por el otro; en la fase maníaca el proceso puede ser concebido como derivándose de una relajación en la represión del material rechazado conscientemente y en un deslizamiento sobre los conflictos; el enfermo "se despoja del yugo de su super-ego", es decir, hay una relajación de la severidad del super-ego, permitiendo así la expresión libre y sin crítica de los impulsos. Como merced al debilitamiento de la represión el material prohibido ha ganado parte del reconocimiento que exigía, el sentimiento de satisfacción que resulta se refleja afectivamente en una sensación subjetiva de alegría; un reflejo semejante tiene lugar en el campo de las asociaciones, donde los procesos tienden a ser menos dirigidos por factores volitivos conscientes y a adoptar la forma de pensamiento no dirigido que se ve en las asociaciones libres; como una expresión de este afecto aumentado y como reflejo de la relativa liberación de la ansiedad tenemos el aumento en la actividad, que constituye una característica tan prominente del maníaco. Todos estos procesos se desenvuelven en relación con un mundo externo de realidad, sin confusión con el de la fantasía, en oposición a lo que ocurre en la esquizofrenia. No es raro que este material del inconsciente, que en el maníaco tiene su manifestación libre, revele signos acerca de la naturaleza de los conflictos del enfermo (indicadores de complejos), y pueden ser encontrados en falsas identificaciones, ideas delirantes, ideas de grandeza, adornos y otros símbolos. Estos indicadores representan con frecuencia la satisfacción de deseos.

Una observación que añade cierta base a esta hipótesis que se hace en relación con la dinámica de la reacción maníaca es el hecho de que algunas veces todos hemos notado indudablemente que una conducta caracterizada por ánimo exaltado, actividad febril, agresividad y disminución de la atención se adopta como defensa contra el miedo por personas a las que nadie considera como psicóticas.

Psicopatología de la depresión. La psicopatología de la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva es un poco incierta, aunque algunas teorías parecen arrojar alguna luz sobre su dinámica genética; muchos hechos parecen indicar que puede ser una reacción a material doloroso, pero desconocido, que amenaza con invadir la conciencia; los afectos se transfieren del inconsciente a elementos de la conciencia en cuyo contenido intervienen algunos valores derivados del inconsciente. El afecto debería estar conectado con este material inconsciente, pero la racionalización lo relaciona con experiencias conscientes. Por ejemplo, el modo más fácil y natural de racionalizar un sentimiento de culpa o remordimiento mal definido, para dar la sensación de realidad requerida por la conciencia del enfermo, es referirlo a alguna ligera indiscreción de la vida anterior; generalmente se comprobará que esta indiscreción ha sido realmente trivial, aunque nunca gozó de aprobación plena por la conciencia socialmente determinada del individuo. Toda la energía del afecto unido a los deseos rechazados y al material que ha sido reprimido generalmente con dificultad y durante largo tiempo, se desplaza hacia este lapso y su representación ideativa. Es esta idea la que recibe el

afecto desplazado, racionalizando y haciendo concreto el sentimiento vago de culpa que se deriva de deseos y tendencias desconocidas. Los sentimientos de culpa y la depresión reflejada que se deriva de ellos pueden originarse de otros modos. Por ejemplo, un deseo reprimido se verá algunas veces cumplido por accidente, como la muerte de un padre cuya existencia continuada había evitado la satisfacción de un deseo muy anhelado; en tal caso, la depresión puede algunas veces resultar del sentimiento de culpa que sigue a la obtención del deseo rechazado conscientemente. En general, y como ya se ha indicado, los sentimientos de culpa que dan lugar a depresión se derivan no tanto de lo que uno ha hecho sino de lo que ha deseado hacer inconscientemente. En opinión de algunos psiquiatras la depresión representa un castigo por el odio reprimido, agresividad y otras tendencias e impulsos rechazados que han dado origen a sentimientos de culpa. Muchos hechos parecen indicar que la hostilidad es el denominador común de las fases tanto maníaca como depresiva. Puede suceder que, debido a su rígido super-ego, el enfermo deprimido no se permita a sí mismo manifestar sus tendencias agresivas y hostiles en contra de otros y las dirige contra sí mismo o las expresa en forma proyectada. El hecho de que los sentimientos de culpa y de autoacusación pueden ser apaciguados si los motivos que los han creado se unen a otros, puede contribuir a los rasgos paranoides que a veces se encuentran en la depresión. Si la liberación de impulsos reprimidos es amenazante en especial, la depresión puede acompañarse de manifestaciones marcadas de ansiedad.

Frecuentemente se encuentra que las exigencias y deseos cuya represión no ha sido fácil o perfecta, son instintivos, comúnmente de naturaleza sexual. Las ideas de remordimiento y autoacusación son especialmente adecuadas para representar racionalizaciones conscientes de una sensación de culpa relacionada con la vida sexual, pues la represión de estas tendencias instintivas es particularmente exigida por las enseñanzas sociales y religiosas, mientras que la actitud general hacia el sexo tiende a basarse en sentimientos inconscientes de culpa y miedo. Muchos hechos parecen indicar que algunas depresiones de origen oscuro se presentan, especialmente en el hombre, en individuos en los que los aspectos y tendencias sexuales de la personalidad no se han desarrollado más allá de la etapa homosexual, y en la mujer, a partir de tendencias heterosexuales conscientemente repudiadas.

Meyer sugiere que las reacciones depresivas sirven un propósito protector por medio de un escape del individuo de una situación mal adaptada; con esta retirada aparecen manifestaciones acompañantes de inhibición a distintos niveles: vegetativo, motor, afectivo y en el contenido ideativo y su expresión.

DIAGNOSTICO

Como ya se dijo en el capítulo sobre las Causas y Naturaleza de la Enfermedad Mental, existe una tendencia creciente entre los psiquiatras a considerar los trastornos mentales cada vez menos como entidades nosológicas y más como reacciones a tensiones de adaptación que se derivan del interior y del exterior y que son susceptibles de ser comprendidas sólo a través del conocimiento del individuo, de sus experiencias previas, tendencias de su personalidad y problemas actuales[1]. Para facilitar la discusión y para correlacionar datos importantes, algunos de los cuales tienen valor pronóstico, la clasificación clínica basada en síndromes y características de evolución continúa teniendo utilidad; esto es particularmente cierto en el caso de las reacciones que se agrupan bajo el nombre clínico de psicosis maníaco-depresiva y cuya caracterización diagnóstica se hace por la presencia de un estado de ánimo dominante y por la historia de alteraciones recurrentes del afecto.

Muchos hipomaníacos en los que la exaltación emocional es reemplazada por enojo, resentimiento, irritabilidad, irascibilidad, tendencia al litigio y quizá tendencias paranoides, se diagnosticaban antes como casos de paranoia aguda; estos hipomaníacos no tienen la tendencia solitaria y asocial que generalmente exhibe el paranoide verdadero, quien presenta modos de reacción más sostenidos, meditados, sensitivos y suspicaces. Las personas en las que la exaltación típica es reemplazada por afectos impuros son aquellas que antes de su psicosis se han caracterizado por una tendencia a las proyecciones defensivas; las dificultades emocionales pueden ser un factor despreciable en el desarrollo de un estado orgánico, pero son muy importantes en la recuperación.

En las primeras fases de la parálisis general progresiva, los síntomas pueden reflejar rasgos previos de la personalidad y, por lo tanto, sugerir una psicosis maníaco-depresiva; los signos neurológicos y las reacciones serológicas harán inmediatamente posible el diagnóstico.

El sentimiento de insuficiencia, la fatigabilidad anormal, las ideas depresivas que pueden acompañar a las formas ligeras de los tipos depresivo o mixto, especialmente en las primeras fases, se interpretan frecuentemente como síntomas de neurastenia, de neurosis de compulsión o de un estado de ansiedad. Los puntos más importantes para la diferenciación entre la psicosis maníaco-depresiva y las psiconeurosis se enumeran en el capítulo sobre

1. *N. del T.:* Esta tendencia no puede considerarse como creciente, en modo alguno. "Ya no es posible aceptar las teorías psicogénicas o psicoanalíticas para explicar la causación de los fenómenos mentales anormales, y el empleo general de los métodos físicos de tratamiento exige que los problemas mentales sean examinados de nuevo a la luz de la neurofisiología". Hemphill, R. E. y Reiss, M. Perspectives in Neuropsychiatry. Londres, 1950.

Psiconeurosis. Además de lo que allí se menciona puede señalarse que en la psicosis maníaco-depresiva es más frecuente la lentitud del pensamiento y de la acción, el enfermo es más reticente a sus sentimientos y no muestra el ansia de ver al médico que generalmente se observa en las psiconeurosis; sin embargo, no hay una clara línea divisoria entre las depresiones maníaco-depresivas y ciertas psiconeurosis, y muchas depresiones que se clasifican como psiconeurosis son indudablemente de naturaleza maníaco-depresiva. Las causas y mecanismos psicógenos son en general más fácilmente descubiertos en las psiconeurosis; las formas ligeras y frecuentemente no reconocidas son comunes, de lo que resulta que el número de maníaco-depresivos que viven fuera del hospital probablemente excede al de los que se encuentran bajo tratamiento en hospitales para trastornos mentales.

El problema más difícil de diagnóstico diferencial de la psicosis maníaco-depresiva es su distinción de la esquizofrenia; en los casos típicos no presenta mayores dificultades, pero en muchos hay dudas acerca de cómo deberían interpretarse los síntomas. En general, el trastorno de la personalidad en la psicosis maníaco-depresiva parece ser cuantitativo, una cuestión de "demasiado" o "demasiado poco", más que de desorganización de la personalidad, como en la esquizofrenia; además, no hay un acuerdo completo entre los psiquiatras acerca de cuánta desorganización temporal de la personalidad puede ser considerada como compatible con el diagnóstico de psicosis maníaco-depresiva y qué valor diagnóstico debería ser concedido a los distintos síntomas. Esta dificultad puede presentarse en el maníaco, en el depresivo y en las formas clínicamente mixtas; la conducta puede estar igualmente alterada en la excitación maníaca de una psicosis afectiva y en la excitación catatónica de la esquizofrenia. Al abordar el problema de la diferenciación uno debe tener un conocimiento, tan completo como sea posible, de la personalidad prepsicótica del enfermo, determinar si han predominado las características ciclotímicas o las esquizoides, y si las tendencias de la energía psicobiológica se han dirigido hacia vías extrovertidas y se han caracterizado por objetividad y realismo, o si han sido de naturaleza introvertida y caracterizadas por subjetivismo. La presencia de fuga de ideas y de actividad psicomotora en las fases precoces de una alteración mental pueden no constituir un criterio diagnóstico inequívoco, pues ambas se presentan también en reacciones esquizofrénicas. En la esquizofrenia suele haber más incoherencia y mayor pobreza de ideas; la excitación del esquizofrénico no tiene la profundidad de expresión emocional que generalmente se observa en la excitación del maníaco-depresivo, está menos influída por la realidad del medio ambiente, es más episódica e impulsiva, no tiene dirección, está estereotipada y confinada a un espacio limitado, y determinada más por alucinaciones, ideas delirantes y procesos autísticos. Cuanto más grotescas, y por lo tanto más primitivas o más altamente simbolizadas sean las ideas, más deben ser consideradas como esquizofrénicas. El talante del esquizofrénico no tiene el elemento contagioso ni aquel componente que le hace sentirse a uno empáticamente en la posición del enfermo, que en general es menos accesible que el maníaco-depresivo. Cuanto mayor sea la armonía entre el talante, el contenido ideativo y el comportamiento, más probable es la psicosis maníaco-depresiva, y cuanto menos integrados permanezcan los procesos mentales, más denotarán la esquizofrenia. Aunque al principio sea temporal, cuanto mayor sea la desorganización de la personalidad, expresada por la ausencia o impropiedad de afecto, por alucinaciones, y por una conducta aparentemente incomprensible, más debe esperarse una desorganización esquizofrénica final y en gran parte permanente. Finalmente, y debido a que las personalidades no se vacían en moldes iguales, encontramos todos los grados entre las reacciones que llamamos esquizofrénicas y las que llamamos maníaco-depresivas. Antes, la terminación favorable de un episodio agudo se consideraba como prueba de su probable fuerza afectiva, pero, a pesar de que algunos investigadores serios sostienen lo contrario, la tendencia actual de la psiquiatría es a considerar que las desorganizaciones esquizofrénicas extensas de la personalidad pueden no ser incurables.

PRONOSTICO Y EVOLUCION

Ya se ha indicado que el pronóstico de un episodio aislado debe generalmente ser considerado como bueno, pero no son raras las recidivas, aunque quizá ha habido una tendencia exagerada a insistir en la frecuencia de éstas. De las admisiones de maníaco-depresivos a los hospitales civiles norteamericanos, el 55 por ciento son de primera fase, aproximadamente el 25 por ciento de segunda fase, y el 5 por ciento han tenido ya más de tres internamientos en un hospital.

Otra característica importante de la psicosis maníaco-depresiva es el hecho de que, como regla, hasta los episodios repetidos dejan la mente inalterada en sus aspectos intelectual, afectivo y conativo, y que no se presenta la desorganización de la personalidad. No pocas de las mejores obras de Ruskin fueron hechas durante sus estados hipomaníacos. Ocasionalmente, después de una serie de ataques, el enfermo muestra cierto trastorno del juicio y de la iniciativa y se vuelve menos capaz de enfrentarse a las experiencias diarias de la vida.

La edad más frecuente del primer episodio maníaco se encuentra entre los quince y los veinticinco años, y la edad promedio de principio de los primeros ataques depresivos es aproximadamente diez años más tarde; cuanto más temprana sea la iniciación de cualquiera de ambos tipos, peor el pronóstico en relación con la aparición de episodios ulteriores. Si el pri-

mer ataque es de tipo maníaco, es casi seguro que no será el único, pero si es depresivo es posible que no se presenten otros. El pronóstico es peor cuanto más constitucionales y endógenos, y menos exógenos y relacionados con experiencias perturbadoras, son los factores etiológicos. Los rasgos de la personalidad prepsicótica del enfermo influyen el pronóstico, tanto por lo que se refiere a la duración como al modo de terminar; si el paciente era flexible, tolerante, conciliador, sin rasgos defensivos, compensadores u otros signos de sentimiento profundo de inseguridad, y ha tenido intereses variados y saludables, el pronóstico es más favorable que si las características de la personalidad han sido de tipo opuesto. Conforme aumenta la edad hay cierta tendencia a que los ataques sean más de tipo depresivo que maníaco, debido quizá al cambio en la actitud ante la vida. (Véase la discusión de los factores etiológicos en el capítulo sobre Psicosis Involutivas). La duración media de los ataques maníacos es de seis meses y la de los depresivos, nueve meses. Muchas depresiones terminan con un breve período de alegría hipomaníaca. La duración en los casos individuales puede ser mucho más larga o más corta; nunca se tiene seguridad al predecir la duración de un episodio, mientras que en otros la mayor parte del tiempo puede estar ocupada por períodos psicóticos recurrentes. Cuanto más frecuentes son los ataques peor es el pronóstico, y cuanto más crónica es la enfermedad menos marcados son los síntomas; es mucho más fácil que la depresión se haga crónica que no la manía, y la manía crónica es poco común antes de los cuarenta años. El pronóstico se considera menos favorable en las depresiones que presentan hipocondría nihilista, especialmente si se acompañan de ansiedad. Cierto grado de crítica es más común en las depresiones que en la excitación, estando limitada en los maníacos resentidos o en los melancólicos cuyo talante se ha caracterizado menos por depresiones verdaderas que por afectos impuros, como la suspicacia.

TRATAMIENTO

No siempre es fácil resolver el problema de si las depresiones o excitaciones ligeras deben ser tratadas en el hospital. En el caso del hipomaníaco, no es raro que para el psiquiatra sea evidente que la prudencia requiere que las actividades del enfermo sean más controladas de lo que es posible en el hogar, pero como no hay nada "antipsicológico" en su conducta, los parientes del enfermo generalmente se resisten a aceptar que su exhuberantia de espíritu, su hiperactividad y volubilidad son pruebas de una alteración mental, o no aprecian las molestias para ellos mismos y la agravación de la psicosis que puede resultar de la ausencia de medidas de restricción. También en las depresiones, es difícil para los parientes aceptar el hecho de que

siempre existe peligro de suicidio en estos estados afectivos. Por estas razones, frecuentemente se oponen a internar al enfermo en un hospital mental; comúnmente creen que todo lo que se necesita para el tratamiento es un cambio en el medio ambiente o que debe exigírsele al enfermo que se anime. En casi todos los casos, el enfermo maníaco-depresivo, aunque la excitación o la depresión sean ligeras, debe recibir cuidado hospitalario inmediato; esto es especialmente cierto en vista de los resultados benéficos que ahora generalmente se obtienen gracias al empleo de la terapéutica electroconvulsiva.

La energía aparentemente inagotable del hipomaníaco podría hacer pensar en la conveniencia de canalizarla; sin embargo, el médico debe recordar que la fatiga no produce tranquilidad, sino excitación; por lo tanto, el deseo común de actividad casi constante debe ser contenido, aunque procurando no suscitar irritación en el paciente. El enfermo hipomaníaco debe ser protegido de su tendencia a participar en negocios o asuntos financieros poco factibles; es necesaria la supervisión cuidadosa del enfermo que no está hospitalizado, porque de otro modo es posible que un aumento del impulso sexual lleve a excesos lamentables. Frecuentemente la personalidad prepsicótica del maníaco se ha caracterizado por orgullo sensitivo; por lo tanto, el médico evitará cuidadosamente las contradicciones y discusiones a las que fácilmente lleva la irritabilidad, el lenguaje desenfrenado, la actividad y el resentimiento del enfermo cuando se le contradice.

En los últimos años la terapéutica electroconvulsiva ha substituído en gran parte a otros medios de tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva. El porcentaje de curaciones con su aplicación es considerablemente más alto en las depresiones que en las fases maníacas, aunque en estas últimas los resultados son frecuentemente excelentes. Los tratamientos se dan generalmente tres veces a la semana, y aunque esta frecuencia puede ser considerada como norma, en la excitación maníaca puede ser útil dar dos choques cada día de tratamiento. Comúnmente la mejoría empieza después de cinco a seis aplicaciones, aunque se continúan ordinariamente por un largo período para estabilizar el resultado. Algunos psiquiatras no administran más de diez a doce tratamientos, mientras que otros creen que la serie no debería constar de menos de veinte tratamientos. Aproximadamente el 90 por ciento de los enfermos depresivos se recuperan con la terapia electroconvulsiva; un número casi igual de enfermos con excitación maníaca se curan administrando dos a tres choques en los días de tratamiento durante la excitación aguda. La recurrencias episódicas de la psicosis maníaco-depresiva no se evitan con la terapéutica electroconvulsiva, y la duración de los intervalos libres de síntomas no se acorta con esta forma de tratamiento: como en el caso de la recuperación espontánea, una depresión puede ir seguida, después de haber desaparecido, por un período moderadamente eufórico. En las de-

presiones, el peligro de suicidio o de agotamiento psicótico es suficientemente grande como para que el tratamiento se empiece inmediatamente, a menos que haya contraindicaciones físicas claramente definidas. No es aconsejable el uso de la terapéutica convulsiva en la casa del enfermo o en el consultorio del médico. (Véase también el Capítulo XXX).

Aunque la introducción de los electrochoques ha reducido grandemente el uso de la hidroterapia, en el caso del maníaco excitado cuya hiperactividad es exagerada y no permite el descanso necesario, los baños prolongados constituyen el tratamiento sedante más efectivo. La inmersión puede hacerse durante ocho o diez horas diarias, o si la excitación es muy intensa y el sueño insuficiente, la inmersión puede ser continua durante la fase álgida de la excitación, aunque el período se prolongue unas semanas. Las envolturas húmedas tienden a disminuir la excitación, pero debido a que algunas veces sugieren al enfermo la idea de represión o castigo, quizá no sean aconsejables; evitando cuidadosamente cualquier cosa que pueda estimular la excitación, o por medio del uso juicioso de la hidroterapia, los medios de sujeción mecánica o los sedantes raramente son necesarios. En muchos hospitales no se recurre nunca al aislamiento forzado, que con demasiada frecuencia es responsable del olvido del enfermo. Si la hidroterapia no produce suficiente sueño pueden usarse hipnóticos de manera ocasional, pero no constante; los derivados del ácido barbitúrico, del hidrato de cloral y el paraldehido son los hipnóticos más recomendables; pueden administrarse 0.45 a 0.90 gramos de hidrato de cloral, ya sea sólo o en combinación con 0.45 a 0.90 gramos de barbital. Una de las formas de barbitúricos más frecuentemente usadas es el amital sódico en dosis de 0.18 a 0.30 gramos; el paraldehido puede darse a dosis 0.06 a 0.18 gramos.

Una medida ocasionalmente útil en el tratamiento de la excitación extrema, y que facilita la exposición de los conflictos o de los problemas importantes, es el tratamiento llamado de narcosis profunda o prolongada. Los métodos de choque han reemplazado casi por completo al tratamiento del sueño continuo.

En ciertos respectos, el tratamiento de las depresiones ligeras puede constituir un problema mayor que el de las depresiones profundas. Los amigos del enfermo que sufre un episodio depresivo ligero de naturaleza maníaco-depresiva, con frecuencia se rehusan a creer que está sufriendo una enfermedad mental importante, y pueden no querer aceptar la opinión y el consejo del médico, que generalmente incluye una recomendación para el uso de la terapéutica electroconvulsiva. Si el paciente tiene tendencia al suicidio y el tratamiento se lleva a cabo en su casa, existe el gran peligro de que termine con su vida; si hay poco peligro de suicidio y la familia colabora, el tratamiento puede intentarse en su casa siempre que haya una enfermera disponible constantemente. El intento de cuidar al enfermo por parte de

los parientes no es generalmente aconsejable, no por otra razón, sino porque comúnmente discuten con él acerca de sus temores, tratan de distraerlo constantemente, se burlan de sus miedos o le instan a que se anime por sí solo. Es deseable un programa organizado que llene el día del enfermo, y debe ser de un tipo que no requiera espontaneidad, mucha concentración o actividad extenuante; el programa puede incluir trabajos manuales, paseos, lecturas, juegos, actividades sociales y recreativas y el fomento de aptitudes e intereses especiales. Si bien el enfermo no debería estar ocioso porque se preocupa demasiado con problemas y con el examen de sí mismo, debe recordarse que un paciente deprimido, movido por los requerimientos rígidos de toda su vida, puede emprender demasiado y deprimirse más al encontrar que fracasa en lo que esperaba hacer. Muchos enfermos deprimidos se quejan de fatiga, pero como ésta es muchas veces una expresión de su estado de ánimo, no es aliviada por el descanso. Debe recordarse que la tendencia a la hipocondría del enfermo deprimido ha conducido a veces a operaciones quirúrgicas innecesarias. Un paciente deprimido puede no recibir alimento suficiente, a menos que se le vigile cuidadosamente.

En casos de depresión severa el tratamiento hospitalario es seguramente conveniente. En casi todos los casos, la aplicación de choques eléctricos va seguida de mejoría. El reposo en cama se aconseja menos ahora que antes; si el enfermo está inquieto y ansioso, el uso de baños continuos puede ser benéfico; en las depresiones agitadas el médico debe ser extremadamente cuidadoso al prescribir drogas hipnóticas o sedantes. Es muy deseable que el enfermo reciba una dieta de alto valor calórico; generalmente es preferible darle leche u otros alimentos adicionales entre las comidas; si rehusa la alimentación por más de veinticuatro horas, se recurrirá a la alimentación por sonda. Algunas veces, después de ser alimentado por este método, el enfermo, con un poco de ayuda comerá voluntariamente. Es a todas luces aconsejable, para los enfermos que tienen que ser alimentados por sonda que reciban sus alimentos tres veces al día en lugar de dos, como se acostumbra en la mayor parte de los hospitales. La sonda a través de la que se introduce el alimento puede pasarse ya sea por la nariz o por la boca; generalmente la cooperación del enfermo no es suficiente como para permitir el uso de esta última vía, por lo que la alimentación se hace con mayor frecuencia por la nariz, por medio de una sonda nasal. La alimentación con este método no está exenta de peligros; algunas veces puede haber muertes por neumonía o gangrena pulmonar, que pueden ser debidas al hecho de que durante la alimentación por sonda, las partículas de alimento pasan a los bronquios. Durante su alimentación puede estar acostado en la cama boca arriba o sentado en una silla; generalmente la primera posición es mejor. En cualquier caso, hay que tener ciudado de que no se extienda el cuello, porque el tubo entra con mayor facilidad a la laringe

en esa posición. Si el enfermo se resiste, deben ayudar dos enfermeras, sosteniendo los brazos para evitar que agarre la sonda; la cabeza puede sostenerse por medio de una toalla enrollada y sujeta por cada lado. La sonda se lubrica, se introduce en las fosas nasales y se dirige directamente hacia atrás y no hacia arriba; frecuentemente se encontrará que debido a desviación del tabique nasal, un lado de la nariz deja pasar la sonda más fácilmente que el otro; a veces, cuando la sonda está pasando la faringe se vuelve hacia adelante y se dobla en la boca; en tal caso debe sacarse casi por completo e introducirla otra vez; si entra en la laringe se produce tos y sofocación y sale aire por la sonda. Después de que se ha introducido la sonda aproximadamente 45 centímetros conviene dejar descansar un momento al enfermo y observar si está respirando libre y normalmente; entonces se introduce un poco de agua en la luz del tubo; si fluye sin dificultad y sin alterar la respiración del enfermo, se introduce el alimento lentamente y se deja que pase al estómago por gravedad. Después de administrar todo el alimento conviene retirar la sonda una pulgada o dos y pasar un poco de agua para arrastrar los fragmentos de alimento que hayan podido quedarse cerca de la extremidad de la sonda; ésta se pinza para evitar que el alimento gotee cuando el extremo pasa por la laringe y se saca con un movimiento rápido. La alimentación puede consistir en 700 c.c. de leche o leche malteada, 15 gramos de mantequilla, 15 gramos de aceite de hígado de bacalao, 30 c.c. de jugo de naranja, 2 huevos y 45 gramos de azúcar; también pueden agregarse jugos de frutas, mermelada de manzana, cereales ligeros, puré de papas y sopas ligeras de legumbres. Algunas veces el enfermo intenta regurgitar el alimento administrado por lo que debe hacerse que descanse quieto y acostado sobre la espalda durante algún tiempo después de que ha sido alimentado.

Ocasionalmente el médico de hospital comprueba que el enfermo no ha estado recibiendo cantidad suficiente de agua o alimentos durante cierto tiempo antes de ser internado; la lengua es seca y lisa, el aliento fétido, tiene aspecto deshidratado y ligera tendencia a la acidosis. En estos enfermos deben tomarse las medidas adecuadas para que reciban líquidos abundantes. En el estupor depresivo debe tenerse especial cuidado con las condiciones del intestino y la vejiga.

Hay que tener constantemente presente el peligro de suicidio, y debe advertirse con claridad a la enfermera y a la familia. El suicidio es más frecuente en enfermos que han mostrado tensión y ansiedad; la historia de un suicidio en la familia aumenta la posibilidad de que el enfermo deprimido termine con su vida.

Entre los signos precoces de restablecimiento está la reaparición de la confianza en sí mismo y de la iniciativa; conforme evoluciona la convalecencia debe aconsejarse una participación gradualmente creciente en actividades

ocupacionales y recreativas. No debe permitírsele al enfermo tomar decisiones hasta que se encuentre bien en el camino de la recuperación; no debe alentársele a que reanude precozmente sus responsabilidades y deberes comunes. No siempre es fácil resolver el problema de cuándo puede darse de alta del hospital al enfermo depresivo en convalecencia. La opinión más común es que el enfermo debería permanecer en una institución con su rutina simple hasta que la curación esté bien establecida. También debe recordarse que debido a que el peligro de suicidio aumenta con la convalecencia, el paciente puede requerir una vigilancia más estricta de la que es posible en el hogar; por otro lado, el regreso a la casa antes de que la depresión esté completamente curada puede algunas veces acelerar la curación del enfermo, que no debe reanudar todos sus deberes sino hasta después de varios meses.

Generalmente puede emplearse alguna forma de psicoterapia, cuidadosamente escogida y apropiada para la situación general y problemas particulares del enfermo, así como para su capacidad para comprender y su voluntad de cooperar, dirigida a aliviar algún síntoma o a mejorar la adaptación de la personalidad. Tanto por su manera de abordar al enfermo como por la discusión inteligente de la situación y de la conducta del paciente, el médico puede ayudar a controlar la excitación maníaca y a prevenir la insatisfacción, el resentimiento y la sensación de injusticia de su parte. También algunas veces, el miedo y la aprensión del enfermo pueden ser aliviados hasta cierto grado. Durante la convalecencia, la discusión psicoterapéutica de factores y situaciones dinámicas, así como de las características salientes de la personalidad y de las posibilidades de modificarlas, puede ser de alguna ayuda. Aunque algunos psiquiatras prefieren un psicoanálisis modificado o casi completo, la mayoría de los médicos se inclinan a seguir lo que Meyer denomina análisis y síntesis distributivas. Aquí se hace una investigación y valoración cuidadosas de los distintos factores y situaciones que pueden haber contribuído a la organización específica de la personalidad del enfermo, y especialmente de sus molestias y síntomas. Principalmente por medio de preguntas que suscitan su consideración, el enfermo es alentado a examinar críticamente situaciones y reacciones definidas y los posibles factores subyacentes. El psiquiatra guía las entrevistas terapéuticas de tal manera que el paciente descubre y reconoce por sí mismo los factores y situaciones que contribuyeron al trastorno de su personalidad y de su conducta; entonces sintetiza o construye en una formulación y relación lógicas los elementos e influencias que han actuado para producir estos trastornos. Se espera que gracias a esta formulación y valoración apropiadas de los diferentes factores, el enfermo pueda adquirir tal comprensión constructiva de sí mismo, de sus distintas cualidades, defectos y desventajas, que llegue a una mayor armonía interna y a una adaptación menos trastornante con el medio am-

biente. Donde los factores constitucionales son importantes, las posibilidades terapéuticas están frecuentemente limitadas, pero este hecho no debería desanimar al médico a hacer esfuerzos terapéuticos constructivos; cualquiera que sea el éxito que pueda obtenerse en la prevención de episodios ulteriores, dependerá siempre de la regulación cuidadosa de la vida del enfermo a la luz de un conocimiento, tan completo como sea posible, de los factores sociales, psicológicos y médicos peculiares del individuo. El éxito de la psicoterapia depende en gran parte de si el enfermo quiere o no curarse y está deseoso de conocer sus problemas e interesarse en los motivos y evolución psíquica de su enfermedad.

REFERENCIAS

Abraham, Karl: Notes on the Psychoanalytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions, Collected Papers on Psychoanalysis. London, Hogarth Press, 1927.

Association for Research in Nervous and Mental Disease, vol. XI, Manic-Depressive Psychosis. Baltimore, Williams and Wilkins Col., 1932.

Diethelm, Oskar: Treatment in Psychiatry, Capítulos VII y VIII. New York, The Macmillan Company, 1936.

Gillespie, Rob't. D.: The Clinical Differentiation of Types of Depression. Guy's Hospital Reports, *79:* London, 1929.

———: Narcosis Therapy: A Critical Review. J. Neurol. & Psychiat., *2:* 45, 1939.

Hoch, A.: Benign Stupors, a Study of a New Manic-Depressive Reaction Type. New York, The Macmillan Company, 1921.

Jameison, G. R.: Suicide and Mental Disease —a Clinical Analysis of One Hundred Cases. Arch. Neurol. & Psychiat., *36:* 1, 1936.

Kasanin, J.: The Affective Psychoses in Children. Am. J. Psychiat., *10:* 897, 1931.

Kalinowsky, L. B., y Hoch, P. H.: Shock Treatments and Other Somatic Procedures in Psychiatry. New York, Grune & Stratton, 1946.

Kraepelin, E.: Manic-Depressive Insanity and Paranoia, traducido por Barclay. Edinburgh, E. & S. Livingstone, 1921.

Lewis, Aubrey: Prognosis in the Manic-Depressive Psychoses. Lancet, *2:* 997, 1936.

———, et al.: Manic-Depressive Psychosis —A Symposium. J. Ment. Sc. *82:* 488, 1936.

Rennie, T. A. C.: Prognosis in Manic-Depressive Psychoses. Am. J. Psychiat., *98:* 801, 1942.

Smalldon, John L.: Prepsychotic Personality of Manic-Depressive Patients. Psychiatric Quart., *8:* 129, 1934.

CAPÍTULO XXV

ESQUIZOFRENIA (DEMENTIA PRAECOX)

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ESQUIZOFRENIA. En el individuo "normal", "medio", o bien adaptado socialmente, encontramos cierta ordenación y armonía en su vida mental; las distintas expresiones de la personalidad se combinan formando un cuadro compuesto y coherente; el pensamiento es lógico, el sentimiento es congruente, la acción es más o menos oportuna y adaptada, y los sentimientos se caracterizan por una mezcla sutil de afectos e ideas. Hay una síntesis tal de estos diferentes aspectos de la personalidad que parecen crear un sistema dinámico armonioso de fuerzas cognoscitivas, conativas y constitucionales. Estamos tan acostumbrados a esta mezcla armoniosa de actividad, manifestaciones emocionales, contenido ideativo y otras expresiones de la organización de la personalidad de nuestros conocidos que la falta grave de esta armonía parece casi inconcebible a quien no esté familiarizado con la psicología anormal. Sin embargo, cuando estudiamos las enfermedades mentales encontramos un grupo de reacciones psicóticas caracterizadas por trastornos de la combinación armónica y de la coordinación de los distintos elementos y aspectos de la personalidad; en estos trastornos de la personalidad la disposición de ánimo tiende a ser inapropiada, el pensamiento desordenado y la conducta inconsecuente; algunas partes del sistema desorganizado de la personalidad continúan funcionando en relación con la realidad, y otras no. Contribuyendo a la alteración complicada y variable de la personalidad está la tendencia al desarrollo de estados de fantasía desorganizadora y al recogimiento autístico de sí mismo con la deterioración resultante de los hábitos.

HISTORIA DE LA ESQUIZOFRENIA. Aunque con otro nombre, el cuadro clínico que ahora conocemos como esquizofrenia ha sido reconocido desde hace mucho tiempo. En 1849, John Conolly, del Asilo Hanwell (Inglaterra), el campeón de la "no sujeción", dijo en sus conferencias Croone: "Frecuentemente los jóvenes caen en un estado que se semeja algo a la melancolía, sin causa descubrible de pena y ciertamente sin ninguna aflicción específica; se hacen indolentes, realizan sus ocupaciones o diversiones de manera mecánica y sin interés; el intelecto, los afectos, las pasiones, todo parece inactivo o muerto y los enfermos se vuelven totalmente apáticos."

El término *dementia precox* fué usado por primera vez en 1860 por el psiquiatra belga Morel, en el caso de un muchacho de 14 años, que ante-

riormente había sido siempre "el primero en sus exámenes, sin esfuerzo y casi sin estudio... inconscientemente perdió su alegría y se hizo sombrío, taciturno y mostró cierta tendencia a la soledad". El muchacho exhibía un "estado de depresión melancólica y un odio hacia su padre, y aun tenía la idea de matarlo... El joven afectado olvidó progresivamente todo lo que había aprendido y sus brillantes facultades intelectuales entraron en un período muy perturbador de detención. Una especie de inactividad rayana en la estupidez reemplazó a sus actividades previas, y cuando lo ví otra vez parecía como si estuviera teniendo lugar una transición hacia un estado irrecuperable de dementia praecox".

Desgraciadamente, Morel interpretó esta desorganización de la personalidad como una detención del desarrollo que debería ser incluída entre las deficiencias mentales como una "variedad de degeneración intelectual, física y moral" debida a la herencia.

El siguiente paso en la historia de la dementia praecox fué la descripción de la hebefrenia en 1871 por Hecker, aunque este término ya había sido anteriormente usado por Kahlbaum; Hecker escribió: "Los rasgos característicos de la hebefrenia son sobre todo: su aparición en relación con la pubertad, la sucesión o el aspecto cambiante de varias formas (melancolía, manía y confusión), la terminación rápida en un debilitamiento psíquico, y una forma característica de deterioración final, evidencias de la cual pueden ser apreciadas ya en las primeras fases de la enfermedad".

Otro paso en el desarrollo del concepto de dementia praecox fué la descripción de la catatonía por Kahlbaum en 1874; la describió como "aquella condición en la que el enfermo se sienta callado o completamente silencioso e inmóvil, con semblante contemplativo, los ojos fijos en un punto distante y aparentemente sin ninguna volición, sin ninguna reacción a las impresiones sensoriales, algunas veces con aspecto de flexibilidad cérea como en la catalepsia".

En 1896, Emil Kraepelin (1856-1926), a quien se menciona frecuentemente como el gran sistematizador de la psiquiatría, avanzó la proposición de que existe un común denominador entre síndromes aparentemente no relacionados como la hebefrenia de Hecker, la catatonia de Kahlbaum y muchas psicosis paranoides.

En 1906, Adolf Meyer (1866) empezó a desarrollar la tesis de que la dementia praecox no es una entidad nosológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de dificultades progresivas en la adaptación, y que la acumulación de hábitos defectuosos de reacción conduce a una "deterioración de los hábitos".

Otro adelanto en la historia de la demencia praecox fué la introducción del término "esquizofrenia" en 1911 por Eugen Bleuler (1857-1939). Durante los últimos 25 años ha habido una tendencia progresiva a sustituir

el nombre de dementia praecox por el término esquizofrenia (desintegración de la mente), pues la fragmentación de la expresión psicobiológica del organismo que llamamos mente, y la ruptura de una síntesis previamente normal del pensamiento, sentimiento y actividad, se consideran ahora más características y distintivas de la reacción que el complejo sintomático y su evolución, en el sentido subrayado por Kraepelin.

En el párrafo anterior se usó el término "reacción" en lugar de "enfermedad", pues cada vez se está más de acuerdo en que el diagnóstico "esquizofrenia" es aplicable no a una entidad nosológica, sino a formas heterogéneas de conducta que conducen a desorganizaciones graves de la personalidad.

CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA

Como los conceptos actuales de esquizofrenia se basan principalmente en las formulaciones de Kraepelin, Bleuler y Meyer, se hará una breve exposición de sus respectivas concepciones.

Gracias a sus perspicaces observaciones, Kraepelin hizo una excelente descripción clínica de la alteración, mientras que Bleuler y Meyer avanzaron grandemente la comprensión psiquiátrica de la esquizofrenia con sus interpretaciones, en términos dinámicos, de las manifestaciones sintomáticas observadas.

Formulaciones de Kraepelin. Como ya se ha indicado. Kraepelin reunió síndromes mentales variados que consideró como manifestaciones de una sola entidad nosológica, a la que dió el nombre de dementia praecox, término que previamente tenía una aplicación más limitada. Pensó que estos síndromes clínicos derivaban del mismo proceso morboso, pues tenían las siguientes características comunes: comienzo en la adolescencia o primera fase de la edad adulta y progresión hacia un estado similar de demencia; las causas de los distintos cuadros clínicos serían procesos morbosos similares, pensó Kraepelin, tratándose de una enfermedad degenerativa del cerebro o de trastornos metabólicos que producen autointoxicación. Kraepelin creyó que los resultados clínicos de este proceso consistían en un debilitamiento de las reacciones emocionales y volitivas, y en una pérdida de las relaciones armónicas entre las reacciones emocionales, volitivas e intelectuales; hizo una descripción extremadamente completa y brillante de las características de la dementia praecox, pero criticó todo intento de explorar la conducta del enfermo sobre bases psicológicas. Kraepelin dividió la dementia praecox en 4 tipos; muchos pisiquiatras todavía en el momento actual continúan tratando de utilizar esta clasificación a pesar de las dificultades que se presentan en muchos casos para incluirlos adecuadamente dentro de uno de esos tipos.

Formulaciones de Bleuler. Bleuler se opuso al término dementia praecox debido a que la enfermedad no principia necesariamente en los primeros años de la adolescencia ni termina invariablemente en demencia. Como ya se ha indicado, introdujo el término "esquizofrenia" basado en su concepto de que la personalidad se desintegra en diferentes personalidades por la influencia de los complejos; Bleuler creyó que la esquizofrenia es un proceso tóxico o estructuralmente determinado, con lesiones histológicas tales como disminución en el número de las neuronas y alteraciones en la neuroglia; indicó que los procesos orgánicos producen la psicosis, pero que los factores psicógenos dan forma al cuadro clínico que adopta. A diferencia de Kraepelin, y a pesar de su convicción de que la esquizofrenia tiene una base somática, la consideró como un grupo de síndromes y no como una entidad nosológica; según él, este trastorno orgánico se manifiesta en el nivel psicológico por una triada de alteraciones básicas: (1) trastornos de la asociación de ideas que llevan a producciones incomprensibles e incoherentes. Bleuler consideró ésta como la alteración fundamental; (2) trastornos en la afectividad, con expresiones emocionales indiferentes o antinaturales; (3) trastornos en la relación con el mundo externo, una separación afectiva de la realidad. Como resultado, el esquizofrénico tiene poca o ninguna relación con el medio ambiente y vive en su mundo propio con fantasías compensadoras o con sentimientos de ser perseguido.

Bleuler distinguió dos grupos de síntomas en la esquizofrenia, y a uno lo consideró como fundamental o primario, y al otro como secundario; creyó que los trastornos de asociación, emoción y ambivalencia eran primarios, y precedían a los secundarios en su aparición; como corolario de estas alteraciones primarias incluyó trastornos de percepción, apercepción, conciencia, orientación, memoria, valoración de la realidad, atención y voluntad. Como síntomas secundarios enumeró ilusiones sensoriales, ideas delirantes, catalepsia, estupor, negativismo, amaneramientos, automatismo, actos impulsivos y confusión.

Aunque Bleuler consideró que la esquizofrenia tiene una base física, enseñó que tiene una psicopatología psicodinámica basada en un fondo psicológico. La personalidad esquizofrénica, de acuerdo con Bleuler, está controlada por su vida interior, por recuerdos reprimidos e ideas muy cargadas de emoción, o sea, por complejos que modelan pero que no causan el cuadro clínico. Meyer criticó, quizá justificadamente, la teoría de Bleuler que acepta una insostenible dualidad de mente y cuerpo.

Formulación de Meyer. El concepto más dinámico de esquizofrenia de Meyer y su enfoque conductista y naturalista en su formulación, aparecieron antes que el trabajo de Bleuler. Meyer insistió en que el cuadro clínico de la esquizofrenia no es una entidad nosológica autónoma, sino un tipo de reacción de ciertas personalidades como resultado de conflictos o complejos y de una dificultad progresiva en la adaptación; expresó la opinión de que el hecho de no encontrar alteraciones estructurales o fisiológicas en las neuronas excluye la etiología orgánica; llamó la atención sobre las disarmonías y la deteriorización del hábito como las características fundamentales de la reacción. Meyer considera la esquizofrenia como el resultado final de hábitos inapropiados de reacción, como una desadaptación progresiva del enfermo a su medio ambiente con una huída final de la realidad; fué uno de los primeros en insistir en que el interés debía dirigirse no tanto hacia el diagnóstico clasificador como a los hechos y factores que actúan en cada enfermo, y a sus capacidades. Aunque admirador de la descripción de Kraepelin, Meyer no subscribe su pronóstico invariablemente desfavorable de deterioración intelectual progresiva. Como reacciones esquizofrénicas, Meyer incluía: "trastornos que se desarrollan en tipos constitucionales especiales y que se expresan en fantasías vagas y autísticas, proyecciones, pasividad, sistematización paranoide, trastornos formales del lenguaje y de la conducta, incongruencias de los afectos y alteraciones de la motilidad"; además describe las reacciones esquizofrénicas como "distorsiones o incongruencias fundamentales o de origen imaginativo más o menos extrañas a la vida real del adulto medio". Debido a la íntima identificación del término esquizofrénia con dementia praecox, Meyer prefiere le denominación "parergasia", que quiere decir comportamiento, acción o conducta psicobiológicamente integrada, desfigurada o "distorsionada"; esta denominación, aunque etimológicamente descriptiva, no ha sido generalmente adoptada. Su formulación de la esquizofrenia ha contribuído grandemente a deshacer la dicotomía artificial de mente y cuerpo, y a establecer la proposición de que el trastorno mental es una función de la conducta biológica.

Gracias a su adaptación de la prueba de asociación de palabras (pág. 512) creada por Galton, Jung contribuyó mucho a la teoría del origen psicógeno de la esquizofrenia; su empleo puede descubrir problemas emocionales a los que el enfermo fué incapaz de adaptarse con éxito.

CAUSAS

Los psiquiatras de pensamiento antropológico señalan que ciertos tipos de constitución corporal, temperamento y dirección de energía, parecen estar asociados con una frecuencia que debe ser considerada como importante, y que sugiere que la constitución y los procesos vitales del organismo tienden a producir formas específicas y correlacionadas de estructuras corporales y reacciones mentales. En su opinión, las características de la personalidad prepsicótica del esquizofrénico están tan frecuentemente asociadas con el tipo constitucional leptosómico, atlético o displásico, con el temperamento

esquizoide y con la introversión, que debe existir una relación específica entre la constitución física y la organización de la personalidad en la esquizofrenia. Aunque tal correlación parece estar presente algunas veces, de ninguna manera existe en todos los casos; en el Capítulo VI, Constitución Psicobiológica y Tipos de Reacción, se ofreció una discusión de la pretendida interrelación de las características físicas y de la personalidad del esquizoide, y por lo tanto no se repetirá aquí. Un gran porcentaje de trastornos esquizofrénicos se presentan en personas que han sido "retraídas", que han presentado una barrera de alejamiento, y que se han abstenido de relaciones emocionales espontáneas con los demás; la situación que resulta es de separación, de ocultamiento y de aislamiento psicológico, dentro del que el enfermo ha mantenido su vida emocional autónoma; muchos de estos preesquizofrénicos se han sentido inclinados a caer en fantasías vagas, autísticas, y en ambiciones vacías; debido a su desadaptación e incapacidad emocional y social, han sido especialmente susceptibles a las reacciones esquizofrénicas.

Aunque todavía se discuten la herencia, la constitución innata, las alteraciones neuropatológicas y los trastornos en la bioquímica y en la fisiología como agentes etiológicos, se acentúa la tendencia a dar importancia a los factores psicógenos[1]. Se han descrito varias alteraciones neuropatológicas, pero ninguna ha sido suficientemente uniforme o típica como para que sirva para hacer un diagnóstico con el microscopio. Indudablemente, en muchos casos algunos factores que superficialmente parecen ser hereditarios, son de hecho inherentes al medio ambiente en que se desarrolló el enfermo; las desviaciones tempranas en las relaciones con personas de significación en el medio ambiente de la infancia o adolescencia pueden ser importantes; el contacto diario con padres psicóticos, excéntricos o inestables, o con otros desadaptados de la familia, expone al niño a muchas influencias insanas y patógenas que le predisponen a trastornos mentales subsecuentes. Hay razones para creer que los factores ambientales son extremadamente importantes en el desarrollo de las características de la personalidad que predisponen a la desorganización esquizofrénica.

Si de acuerdo con la corriente actual de opinión, la esquizofrenia representa un tipo especial de desorganización de la personalidad, un modo desadaptado de vida manifestado por la lucha sin éxito en contra de tensiones ambientales y dificultades internas, sus causas deben encontrarse en la personalidad básica del individuo y en los límites de su poder de adaptación, en las experiencias que la vida le ha deparado y en los mecanismos y tipos mentales de reacción por medio de los que ha tratado de enfrentarse a problemas especiales; métodos equivocados que constituyen los síntomas de la enfermedad. Ahora se reconoce que hay una transición continua en la conducta entre los métodos de enfrentarse a las necesidades sexuales o instintivas de otros tipos, así como a los convencionalismos y exigencias sociales, con actitudes y fantasías infantiles persistentes por parte de las personas que vemos todos los días, y las caricaturas de estos métodos que encontramos en el esquizofrénico.

Las mismas fuerzas complejas que predeterminan la personalidad prepsicótica desempeñan también un papel importante en la determinación del cuadro clínico de la psicosis. Para comprender la etiología de un trastorno esquizofrénico en una persona dada y formular el diagnóstico en términos psicobiológicos y dinámicos, es necesario conocer primero la historia particular de su vida tan completamente como sea posible; por lo tanto, uno debe tratar de formular el cuadro clínico de la esquizofrenia en términos de los problemas familiares y de las fuerzas de la vida humana más que en los de una entidad nosológica impersonal. Sólo a través de un análisis cuidadoso de la personalidad y de su evolución, de un estudio igualmente detallado de los acontecimientos concadenados de la vida y de las experiencias subjetivas del individuo, se encuentran las causas de la psicosis, se comprenden sus manifestaciones y se descubren y formulan sus conexiones psicológicas. Entre estos factores se encuentran las experiencias condicionantes tempranas, los conflictos intrapsíquicos, las exigencias insistentes pero conscientemente rechazadas de varias tendencias y deseos instintivos, sentimientos de culpa o de inseguridad, así como otros problemas perturbadores de larga duración, y propósitos frustrados.

Especialmente en el adolescente puede haber conflicto entre normas morales perfeccionistas y artificiales por un lado, e impulsos sexuales en aumento por otro; también puede haber tendencias rebeldes que se acentúan o sentimientos de envidia al entablarse comparaciones desventajosas. El sistema de ideales del enfermo puede ser demasiado rígido para permitir cualquier reconciliación con grandes impulsos instintivos o para tolerar una conciencia de inferioridad que aumenta con la competencia. Los intentos de solución se transforman en síntomas de la enfermedad, y los de repudio a los impulsos instintivos pueden conducir a ensueños autísticos, a rehuir las relaciones interpersonales y quizá a medidas de autocastigo.

Además de tales factores específicos frecuentemente nos encontramos con una personalidad complicada, imperfectamente organizada, inadecuadamente preparada para enfrentarse a las experiencias de la vida, inclinada a abando-

[1] *N del T.* Este punto es todavía causa de contraversia. Bumke dice, en la quinta edición de su tratado de Psiquiatría: "Estoy convencido de que todas las tentativas de interpretación psicológica de la esquizofrenia cesarán en el mismo momento en que hayamos dado con los fundamentos corporales de esta enfermedad, y *en la existencia de éstos nadie duda*". Gruhle dice en el capítulo sobre Teoría de la Esquizofrenia, del Handbudi der Geisteskrankheiten (Tomo IX, Die Schizophrenie): "Desde luego, la mayoría de los psiquiatras contemporáneos consideran la esquizofrenia como una psicosis somática y orgánica".

nar la lucha con la realidad, que manifiesta modos evasivos y substitutivos de enfrentarse a los problemas, que reacciona a las desventajas con hipersensibilidad y que tiende a obtener satisfacciones no del mundo exterior sino de un mundo subjetivo que es creación propia del individuo. La mayoría de las personas que desarrollan esquizofrenia no han podido llegar a tipos maduros y adultos de adaptación e integración social y personal; la dependencia exagerada de la madre, que puede no querer emancipar a su hijo, puede evitar el desarrollo de la personalidad necesario para la adaptación profesional, matrimonial y social; otras influencias ambientales traumáticas y decepcionantes, especialmente las que se derivan de la constelación familiar y determinan incertidumbre, inseguridad e inmadurez, pueden llevar al desarrollo de labilidades de la personalidad y promover desadaptaciones esquizofrénicas. Con frecuencia el futuro esquizofrénico ha reaccionado a los problemas con desconfianza, prejuicios y cultos extravagantes o quejas neuróticas; no es raro que, mucho antes del desarrollo de su psicosis, haya sentido que nadie comprendía su personalidad solitaria e infeliz. En el fondo puede haber sido soñador, temeroso, y haber sentido odio y quizá desesperación. Según opinión de muchos psiquiatras la esquizofrenia es tan inherente a la personalidad que han llegado a dudar de sí es propio hablar de ella como de una enfermedad.

La *edad de principio* varía desde los últimos años de la infancia hasta los últimos de la edad media, aunque la edad más frecuente es la adolescencia y el principio de la edad adulta. Aunque no es frecuente, tampoco es, como antes se creía, rara en los niños (5 a 13 años). Cuanto más completa se hace la historia previa, más frecuentemente se encontrarán no solamente manifestaciones anteriores de rasgos esquizoides, sino hasta fenómenos que eran de naturaleza casi o completamente psicótica. No es raro que haya una incidencia tan alta durante la adolescencia, aunque probablemente no hay una relación específica entre la dementia praecox y el período de la pubertad. Lo que ocurre es que se trata de un período decisivo para la personalidad, de corrientes emocionales contradictorias y de lucha para adaptar deseos que nacen y maduran, a las exigencias de un medio lleno de prohibiciones; el individuo se precipita entonces en un período emocional crítico sin preparación ni comprensión. El adolescente está perplejo frente a los problemas sexuales, religiosos, vocacionales y sociales; puede estar atormentado por un deseo de independencia o agobiado por una dependencia demasiado prolongada; la concentración en sí mismo, la sensibilidad, la melancolía, los anhelos vagos, las explosiones repentinas, las actitudes defensivas, la tendencia a entregarse a extrañas fantasías, a proyectar sus incapacidades y a ser irritable, son rasgos que con frecuencia se encuentran particularmente marcados en la adolescencia. Muy a menudo, y sobre todo cuando se trata de las primeras fases de su evolución, se encuentran características semejantes

en la esquizofrenia. Cierto número de personalidades esquizofrénicas prepsicóticas son atraídas por la vida conventual[1].

FRECUENCIA

La esquizofrenia es una de las formas más frecuentes de las grandes psicosis, y representa del 15 al 20 por ciento de los internamientos de primera vez en los hospitales para enfermedades mentales. Debido a que la alteración tiende a la cronicidad, y a que en muchos casos no acorta la vida, generalmente se encuentra que el 60 por ciento de la población de los hospitales psiquiátricos está formado por esquizofrénicos.

SINTOMAS

Aunque hay un contraste sorprendente entre un individuo normal y bien integrado y la persona que reacciona con una forma maligna de psicosis esquizofrénica, frecuentemente no hay transición abrupta entre el tipo esquizoide de personalidad y la psicosis manifiesta. Mucho tiempo antes pueden haber existido ciertas incongruencias en el pensamiento, en los hábitos y en los intereses; en la adolescencia puede haber una inclinación a la soledad y quizá a las depresiones ligeras, y también vaguedad de pensamiento, tendencia a la proyección de tópicos relacionados con alguna sensibilidad personal especial, y quizá a sentir celos de los que están adaptados más felizmente. En el momento de llegar a la institución para enfermedades mentales, aún en los llamados casos "incipientes" de esquizofrenia, se comprueba a menudo que los trastornos comenzaron mucho tiempo antes de su ingreso al hospital, aunque comúnmente la familia del enfermo no ha apreciado la naturaleza o importancia de los cambios de la personalidad. El *modo de principio,* excepto en el tipo catatónico, es con la mayor frecuencia un pro-

[1] *N. del T.* Como en este apartado sobre las causas, el autor no menciona las importantísimas adquisiciones realizadas en la herencia de la esquizofrenia, vamos a señalar algunos datos que demuestran, sin discusión, que los factores hereditarios representan un papel esencial en esta enfermedad. Según las rigurosas investigaciones de Kallmann, la frecuencia de la esquizofrenia en el promedio de la población es de 0.9 por ciento. Entre los medio-hermanos de esquizofrénicos es de 7.1 por ciento; entre los hermanos, 14.2 por ciento; entre los cogemelos dizigóticos, 14.5 por ciento; y entre los cogemelos monozigóticos, 86.2 por ciento. Investigaciones anteriores de la escuela alemana (Rüdin, Luxenburger, Schulz) habían señalado proporciones que en general corresponden con las de Kallmann. Todos los estudios realizados con rigor metodológico demuestran que la esquizofrenia se desarrolla sobre un genotipo de fuerte penetración hereditaria, y que su modo de transmisión es, con la mayor probabilidad, recesivo. (Kallmann, F. J.: The Genetics of Schizophrenia, New York, J.J. Augustin, 1938. Kallmann, F. J.: The Genetics of Psychoses, Congrés International de Psychiatrie, París 1950. Vol. VI. Génétique et Eugénique, París, Hermann & Cíe. Ed. Luxenburger, H.: Vol. 4, Händbuch der Erbkrankheiten. Leipzig, G. Thieme, 1942).

ceso gradualmente evolutivo y puede haber una fase de transición de un año o dos; en esta fase precoz puede no haber ningún síntoma que sea patognomónico de la enfermedad; el empobrecimiento y la rigidez afectiva de los períodos ulteriores no aparecen todavía; un síntoma temprano común es el apartamiento de las experiencias interpersonales y el desarrollo de una actitud de suficiencia; en lugar de reunirse con otros el enfermo se queda en su casa, donde puede mostrar una creciente indiferencia hacia los miembros de su familia, a los intereses acostumbrados y a las exigencias y oportunidades del medio ambiente; hay una superficialidad afectiva y una insuficiencia en la riqueza y variedad de las expresiones emocionales; se observa una pérdida de la apreciación de los valores convencionales y aparece un cambio insidioso en el talante y en la actitud. El enfermo parece preocupado y sus amigos hablan de él como "abstraído"; sus amistades atribuyen a pereza la pérdida de espontaneidad, ambición, interés en la competencia con su grupo y del esfuerzo sostenido en la lucha por lograr sus aspiraciones; es común un descontento irritable. El enfermo se siente menospreciado con facilidad y puede empezar a creer que los demás no se preocupan por él, o que están hablando de él; puede enfermarse con facilidad, y se vuelve inquieto, taciturno, y se pregunta qué interpretaciones estarán haciendo los demás sobre su conducta; no es rara una actitud superficial de superioridad; pone menos atención en las diversiones y obligaciones sociales, y los sentimientos de lealtad y cariño anteriores se embotan; con frecuencia se vuelve negligente en su cuidado y limpieza personal; las meditaciones sobre temas sexuales no son raras; el paciente puede sentir que algo raro o poco común está pasando en su medio ambiente y descubre significados misteriosos, hasta que finalmente las falsas interpretaciones y las sospechas pueden hacer que cambie de lugar; durante unas cuantas semanas o meses el nuevo ambiente puede estar libre de cualquier sugestión de hostilidad, pero entonces el enfermo empieza a sentir que la gente lo está observando o conspirando en contra de él. Pueden aparecer amaneramientos o modos de accionar extravagantes, pero que al enfermo no le importan. Algunos expresan preocupaciones exageradas por su estado físico. Esto es especialmente sugestivo de una esquizofrenia incipiente, sobre todo si las quejas son inusitadas e incomprensibles. A veces el enfermo expresa su deseo de vigorizarse por medio de dietas y ejercicios. Al principio el esquizofrénico está preocupado frecuentemente con consideraciones abstractas o con especulaciones metafísicas sobre temas como la creación o la causalidad, o con dudas religiosas, misticismos y problemas sin sentido. Un joven negro, chofer de camiones, que sólo había llegado hasta el séptimo año de instrucción, escribió un ensayo titulado "La Mente Imperativa". En las fases muy precoces, que generalmente ya han pasado cuando ingresan al hospital mental, algunos enfermos reconocen que sus ideas de referencia y otras experiencias mentales anormales no son

naturales, y a veces desean conocer el significado de sus experiencias y comprender sus problemas; ocasionalmente pueden darse cuenta de las causas que les han llevado a la enfermedad y en este momento mostrarse dispuestos a discutir sus problemas; más tarde, este deseo se pierde y el enfermo se hace inaccesible. En otros muchos casos este deseo nunca existió. Durante estas primeras fases, antes de la construcción de un sistema simbólico elaborado que se acepta como realidad, los conflictos están mucho menos ocultos y pueden con frecuencia ser descubiertos sin dificultad.

Cuando pasamos de este estado inicial, que puede ser llamado premonitorio o de incubación, a la psicosis manifiesta, se hace aparente una *pobreza e incongruencia en el tono del sentimiento.* El embotamiento de los sentimientos más finos y el estrechamiento insidioso de los intereses, observados en las fases incipientes, se hacen progresivos. Conforme la enfermedad evoluciona y el empobrecimiento emocional aumenta, el enfermo se hace indiferente no sólo hacia los sentimientos y valores intangibles que hacen la vida digna de ser vivida para una persona con salud mental, sino que, replegado a una existencia vegetativa, puede no tener interés por las nececidades y comodidades fundamentales. Algunos enfermos muestran no ausencia de humor, sino un estado definido y constante de euforia o depresión; el talante persistente, o rigidez emocional, no tiene relación con las circunstancias o experiencias externas, y poca o ninguna con el contenido mental consciente.

Otra alteración de los afectos consiste en la incongruencia emocional, que se manifiesta con frecuencia por sonrisas o risas inoportunas o estúpidas; frecuentemente, la incongruencia está entre el humor y la idea consciente; por ejemplo, puede haber muy poco sentimiento subjetivo de depresión aun cuando se expresen ideas de desaliento. Algunas veces, las experiencias e ideas que deberían despertar ciertas respuestas emocionales producen las opuestas, tratándose de una desconexión o disociación emocional; por ejemplo, el enfermo puede hablar con una risa estúpida de la muerte de su madre. Siempre que hay una manifestación de afecto del esquizofrénico parece superficial, antinatural y exagerada, sin ninguna fuerza de comunicación; a veces se observan cambios caprichosos, paroxísticos y sin causa aparente en los afectos y en el humor. Esta disminución de la capacidad afectiva, la deterioración y empobrecimiento de la expresión emocional y las respuestas inoportunas e inapropiadas a distintas situaciones, constituyen un mecanismo importante en la desorganización o desintegración de la personalidad y prueban lo acertado de la designación de esquizofrenia de Bleuler.

Una de las hipótesis más generalmente aceptada, y que se ha propuesto como explicación de este serio trastorno en la vida afectiva del enfermo, es que el afecto, contra lo que puede parecer, no se pierde o destruye, sino

que es desligado de los aspectos perceptivos, conscientes, de la vida del enfermo, de los asuntos de la realidad objetiva, y queda vinculado a complejos y otro material del inconsciente; del mismo modo que puede ocurrir al crédito financiero del mundo, el afecto del esquizofrénico puede "congelarse"; queda oculto, debido a que se ha fijado en constelaciones especiales y limitadas de ideas. De acuerdo con esta teoría, la desorganización o desorden del afecto parece mucho mayor debido a que está asociado a, y determinado por, muchos complejos, entre los que puede haber conflicto y desacuerdo activo, y no por una constelación de ideas inconscientes. Como el afecto está unido y determinado por un material que es inaccesible, las emociones aparecen en desacuerdo con el contenido y las expresiones de la conciencia, aunque en realidad están en armonía con el material psíquiço al que está unido el afecto y por el que son gobernadas. Por lo tanto, el trastorno emocional de la esquizofrenia puede no ser realmente una deterioración, sino un desplazamiento.

La apatía emocional del esquizofrénico puede quizá ser explicada teóricamente de modo algo distinto. Un mecanismo por el cual la persona normal puede afrontar dificultades y situaciones amenazantes es quitarles importancia o ignorarlas; por lo tanto, es concebible que el embotamiento y la indiferencia emocional del esquizofrénico sean una reacción defensiva frente a la vida entera. Aunque este embotamiento de la afectividad empieza como un mecanismo de defensa frente a una situación difícil definida en el mundo interno del enfermo, irradia y se transforma en un tipo general de conducta de la personalidad. Cuando el interés y el afecto se desligan del material familiar consciente con el que siempre estaban conectados y se adhieren al contenido del inconsciente, puede surgir el fenómeno llamado despersonalización. En esta situación el individuo se siente cambiado completamente en comparación con su estado anterior, de lo que resulta que ya no se reconoce a sí mismo como una personalidad. Sus acciones parecen mecánicas y automáticas y las observa como si fuera un espectador; el enfermo no cree que él es otra personalidad (transformación de la personalidad), sino que más bien tiene una sensación de pérdida de los límites de su propia personalidad con su ego director; la identificación de su personalidad puede hacerse indistinta o confusa; al enfermo le parece como que ya no tiene un yo interior al cual referir fuerzas e influencias; en su intento para racionalizar esta sensación, puede llegar a sentir que algunas partes de su cuerpo o de su mente son extrañas y le parece como si no le pertenecieran; puede desarrollar ideas más nihilistas y creer que ya no tiene cuerpo, que ya no hay mundo o que está muerto. Además de este cambio del yo, puede haber un cambio en el medio ambiente, que al enfermo le parece extraño y como si hubiera perdido su carácter de realidad. Los estados de irrealidad están probablemente íntimamente relacionados con el bloqueo del pensamiento, sentimientos de estupidez, fugas, estados oníricos y otras abstracciones involuntarias.

Entre los trastornos del afecto en la esquizofrenia ocasionalmente se encuentra la hipocondría. Algunas veces, esta preocupación depresiva con sensaciones corporales subjetivas parece tener el propósito de evitar un contacto perturbador con los problemas de la realidad. Por otra parte se obtiene una especie de alivio vicariante, si lo que es molesto en su interior, un sentimiento de culpa, por ejemplo, se expresa en términos de malestar orgánico, a través de un proceso del que el enfermo no se siente responsable. Las molestias corporales se encuentran casi siempre al principio de la esquizofrenia, pero más tarde desaparecen. Frecuentemente estas quejas son extravagantes o peculiares, como por ejemplo, que percibe una sensación de corrientes eléctricas en los órganos genitales o que el cuerpo se está haciendo más pequeño.

Un resultado de la pérdida de la capacidad para encauzar la energía y el interés hacia los objetos externos y hacia la realidad, y del confinamiento en su propia vida y experiencias subjetivas, es el *estrechamiento de la atención*; el interés, y por lo tanto la atención, se centra en creaciones subjetivas o asuntos que están dentro y no fuera del enfermo; esta falta de atención y de concentración da lugar a la impresión falsa de que el enfermo está intelectualmente deteriorado, cuando en realidad está intelectualmente inerte. Las respuestas del esquizofrénico son frecuentemente triviales y no informativas, debido a que sus intereses y energía están dirigidos hacia material que no es accesible al interrogatorio ordinario. La paralogia, que es un estado en el que las contestaciones del enfermo demuestran que ha entendido la pregunta, pero que la respuesta, debido a un razonamiento defectuoso, es errónea, se debe al pensamiento dereístico, al cual el esquizofrénico está particularmente inclinado.

Aunque la atención activa (concentración), como se acaba de mencionar, está frecuentemente alterada, la atención pasiva está mucho menos afectada, de lo que resulta que aunque el enfermo puede estar viviendo en un mundo de fantasía, aun es capaz de mantener suficiente contacto con la realidad para ciertas necesidades prácticas, pero que generalmente no basta para una adaptación social. Los esquizofrénicos pueden tener perplejidad, pero probablemente no sufren trastornos en el sensorio y, por lo tanto, confusión en el sentido correcto de la palabra.

De lo que ya se ha dicho se desprende que raramente hay un afecto dominante en la esquizofrenia, como es el caso en la psicosis maníaco-depresiva; por el contrario, hay numerosos afectos incongruentes, que nacen de deseos y complejos en conflicto, o bien el afecto puede fijarse o ser absorbido por fantasías, por sistemas simbólicos elaborados y otros productos del inconsciente; el resultado es un desorden y empobrecimiento

aparente del afecto que contribuye a la peculiar desorganización de la personalidad que caracteriza al esquizofrénico.

Normalmente las *asociaciones de ideas* se establecen en una relación lógica definida, progresando hasta completar el pensamiento final, pero en la esquizofrenia pueden estar acortadas, fragmentadas, o trastornadas de tal forma que falta toda relación lógica. Aunque los trastornos de las asociaciones en la esquizofrenia no llegan a ser particularmente marcados sino hasta que ha tenido lugar una desorganización seria de la personalidad, no es raro encontrar que mucho antes de que se desarrolle la psicosis manifiesta, el pensamiento del enfermo puede mostrar asociaciones extrañas de ideas. Más tarde puede emplear generalizaciones tan vagas que carecen de sentido para la persona media. Sin embargo, es indudable que las expresiones del esquizofrénico poseen casi siempre un sentido para él mismo, aunque su significado no sea comprendido por otros; uno de los síntomas más tempranos observado por el psiquiatra puede ser cierta falta de sucesión lógica, o bien la presencia de relaciones singulares, en las ideas; hay una ligera inconexión, como si el enfermo no comprendiera el sentido. Ya establecida la enfermedad hay cierta tendencia a que las conexiones asociativas se hagan incongruentes, algunas veces tan rotas o incompletas, que las expresiones del paciente resultan fragmentadas, inconexas, ilógicas o hasta ininteligibles. Algunos usan palabras tan abstractas que no hay precisión en el significado, y también es común el empleo de expresiones metafóricas excéntricas; las frases hechas se usan repetidamente como estereotipias, y el hecho de que un enfermo mental use neologismos indica siempre una psicosis esquizofrénica. Los neologismos representan probablemente condensaciones extremas, las que, a su vez, pueden derivarse del pensamiento dereístico. Las producciones del pensamiento del esquizofrénico se caracterizan muy frecuentemente por vaguedad, aliteración, condensación y simbolismo extraordinario. El discurso puede mostrar un empleo curiosamente retorcido del lenguaje, que varía desde una fraseología formal y altisonante, sin fondo aparente, hasta una "ensalada de palabras", de nombres y verbos, que no tienen prácticamente ninguna estructura articulada, o hasta sin conexión aparente de significado; es indudable que previamente había un sentido que posteriormente se perdió. Frecuentemente se observan afectaciones en la manera de hablar. El párrafo siguiente ha sido tomado de la producción de un esquizofrénico, titulada "Metabolismo Demencioso Metabólico Igualdado":

"Longitud de onda impropia, longitud de onda cambia muerte visible posteriormente. Ese es un movimiento circular semejante a la circulación de la acción de la vida. Una acción nacida alta afocante puede morir a través de la carga de la longitud de onda y vivir todavía hasta que la muerte visible tiene lugar.

"La educación viene de radiación de acción. Cualquiera puede estudiar toda la ciencia de una manera compositiva. Se necesita una mente compositiva para ser capaz de comprender. Se reconocen las mentes compositivas por la concepción estromonizada. La mente en el nacimiento se nacimientiza, se hace ambiental por radiación a ello. El metabolismo a la dimensión se distingue en cada persona, es de acciones de metabolismo y balance de dimensiones..."

Cómo el pensamiento de una mente antes bien cultivada puede desorganizarse en el esquizofrénico se ilustra en la siguiente meditación intelectual tomada de una carta escrita por un hombre que había tenido una carrera académica brillante y que había pasado dos años en Oxford como estudiante Rhodes:

"Estoy demasiado totalmente fatigado de luchar con mis problemas religioso-financieros y generales-religiosos como para ser capaz de sobrevivir cualquier choque del aprendizaje, ese progreso insugestible, difícil, que se supone ha sido ganado en un problema religioso fraternal, es ilusorio. Porque lo que me hundiría, en mi estado críticamente exhausto, con horror de lesa humanidad, contrariamente a ser imbuído de fe y multiplicador de alegría de Revelaciones que Abrazan a Dios o Universo Progresivo sin Fondo, son víctimas engañadas de la fe opuesta de Dios, que nos elude, con ilusiones de inmortalidad, un Padre Celestial y de progreso, hacia la acomodación como absorbedores del mal de su lucha y agonía inconvertible y sin fin."

Probablemente no hay trastorno en el aparato asociativo físico, y la explicación de las perturbaciones del pensamiento del esquizofrénico se encuentra en la gran extensión con que las asociaciones son dirigida por procesos afectivos y por complejos. Debido a estos complejos cargados de afecto las asociaciones se rompen, se quedan en el camino, se fragmentan, son incongruentes, no progresan o se forman por afectos comunes más que por conexiones lógicas y conscientes, produciéndose así distintas formas de incoherencia. Cuando las conexiones del esquizofrénico aparecen especialmente laxas, hablamos de pensamiento "disperso"; esto quiere decir que la conexión inconsciente de ideas está especialmente marcada. Esta dispersión es comparable a las asociaciones libres, y debe concedérsele la misma significación. Muchos argumentos parecen indicar también que el proceso psicológico que se observa en las asociaciones del esquizofrénico está íntimamente relacionado con las condensaciones, substituciones y otros procesos del mecanismo onírico de la persona normal, mencionados en la página 518.

En muchos esquizofrénicos se encuentra una pobreza de ideas y de asociaciones debida, probablemente, a la preocupación con material afectivo que tiene su origen principalmente en el inconsciente, y al estrechamiento de la atención que la acompaña; también pueden atribuirse a estas dos alteraciones las observaciones casuales y triviales y las respuestas del esquizofrénico, tan peculiares de este trastorno y de tanta importancia diagnóstica.

Los elementos afectivos en las constelaciones de ideas reprimidas pueden producir varias elipses, cortocircuitos de ideas y hasta neologismos; estas palabras inventadas son condensaciones y simbolizaciones de complejos, conflictos y otros materiales inconscientes que están intensamente cargados de afecto; dentro de su significado oculto se encuentran comprimidas las condensaciones de palabras que se refieren a personas o a cosas íntimamente relacionadas con el conflicto o con la experiencia psíquica particular del individuo.

Debe mencionarse, en conexión con los trastornos de las asociaciones, el hecho de que, en la esquizofrenia incipiente, puede presentarse una fuga de ideas muy típica, que más tarde tiende a transformarse en incoherencia.

La interceptación puede aparecer cuando las asociaciones tropiezan con un material de conflictos dolorosos; se produce por un obstáculo afectivo del pensamiento, y tiende a presentarse principalmente en conexión con tópicos especiales, mientras que los tópicos indiferentes pueden ser tratados como siempre.

El pensamiento del esquizofrénico tiende a hacerse dereístico; en el inconsciente se forman asociaciones y símbolos que son modelados y dirigidos por constelaciones afectivas y corrientes subterráneas instintivas; entonces irrumpen en la conciencia donde, en forma de pensamiento dereístico, constituyen un modo de pensar que se parece mucho al del sueño. Puede mostrar tendencia al simbolismo, desplazamiento y condensación. El pensamiento dereístico es un modo agradable de pensar que tiende a falsificar la realidad y a no prescindir del pensamiento realista, lógico y científico; no es corregido por la lógica de la experiencia o por las exigencias del mundo externo.

El pensamiento esquizofrénico se parece mucho al pensamiento prelógico de los niños y del hombre primitivo, ya que ambos tipos tienden a ser de naturaleza paralógica. En el pensamiento indisciplinado e imaginativo del esquizofrénico, y también en el del hombre primitivo y en el del niño, parece haber una ausencia de distinción entre el mundo externo y el interno; con frecuencia las ideas son indistinta e inexactamente delineadas; se ha demostrado por medio de la prueba de Rorschach que lo que se había concebido como fantasía, en realidad es retorcimiento, mala construcción e inexactitud, pero no fantasía en el sentido de una creación nueva.

El contenido de las ideas dominante en el esquizofrénico es frecuentemente de naturaleza delirante. Debido a que las satisfacciones buscadas por sus creencias se encuentran muy ocultas en el simbolismo, y a causa de que se desconocen con frecuencia los mecanismos que originan las ideas delirantes, éstas resultan a menudo grotescas y sin significado; sin embargo, sus ideas delirantes no están nunca exentas de sentido, sino que son específicas y adaptadas a las necesidades peculiares psicológicas y a la situación del individuo, y están en relación con sus vivencias particulares. Aunque frecuentemente sea difícil evidenciarla, siempre hay correlación entre las ideas y símbolos del esquizofrénico y los propósitos y problemas de su personalidad.

La tendencia de las ideas delirantes del esquizofrénico a ser grotescas, a estar laxamente organizadas, a centrarse alrededor de temas de persecución, de grandiosidad y del sexo, a derivarse de fuentes autísticas y, sin embargo, a ser expresadas de un modo relativamente claro, se demuestra en la siguiente carta enviada por una enfermera a uno de los médicos del hospital en el que se encontraba en tratamiento:

Querido Dr.

"Mi Plan", o como mi madre le llamaba a usted, "La Pequeña Planta", o también una pequeña Planta porque yo era la otra Planta, llamada "Tant". Por favor quiere usted encargarse de que me saquen de este hospital y me regresen a la corte de la equidad para que yo pueda probar a la corte quién soy y me ayuden a establecer mi identidad frente al mundo. Posiblemente ya no te acuerdas o no quieres acordarte de que te casaste conmigo el 21 de mayo de 1882, cuando estabas en Inglaterra, y que por este matrimonio yo te hice el Príncipe de Gales, porque yo nací Alberto Eduardo, Príncipe de Gales. Yo soy absolutamente femenina, no una persona doble ni hermafrodita, de modo que por favor entérate de que yo soy el rey femenino de Inglaterra; el rey que es un rey.

Tu deber más importante es para mí, y si no intentas hacer lo correcto, ayudarme a salir de aquí, detener los robos de ropa, dinero, joyas, papeles, cartas, etc., etc.; por favor me lo harás saber para que pueda hacer algunos cambios absolutos y continuar mi demanda de libertad a las naciones.

El Edificio 1874 iba a ser un palacio para mi madre, mi padre, yo y tú, esto es, que si tú eres con el que me casé, así que por qué no te apuras y lo amueblas como tal cuando yo me vaya. Haz mis viajes (nuestros viajes?) cortos y regresa a América para asuntos importantes y toma el lugar correcto para estar en la corte. Tú y el Dr. Black pueden llevarme a la corte de la equidad donde yo pruebo mi individualidad y esto debe ser hecho.

Sinceramente

"Tant"

Reina de Escocia, Emperatriz del Mundo, Emperatriz de la China, Emperatriz de Rusia, Reina de Dinamarca, Emperatriz de la India, Mahrajarina de Durban, "Autoridad Papal" como protestante.

En las fases iniciales de la esquizofrenia las ideas delirantes pueden no estar fijas, y algunas veces el enfermo puede tener dudas acerca de sus ideas de referencia o acerca de la hostilidad del medio ambiente. pero más tarde se convence de que son hechos reales. Al principio de su psicosis el esquizofrénico puede tener ideas obsesivas que resultan ser las precursoras de un proceso que más tarde adquiere un carácter franco de proyección y exteriorización.

En el esquizofrénico, las ideas delirantes sirven con frecuencia eficazmente para la reorganización subjetiva de sus situaciones vitales y para afrontar problemas tales como tendencias y deseos insatisfechos, esperanzas frustradas, incapacidades biológicas, sentimientos de inseguridad, cualidades no poseídas, sentimientos intensos de culpa, y materiales afectivos y otros contenidos del inconsciente. En ningún otro tipo de trastorno mental los problemas, deseos y conflictos del enfermo son tan completamente dramatizados y simbolizados en forma fantástica. Este hecho, y la incapacidad del esquizofrénico para apreciar y probar la realidad de sus fantasías, tienden a la creación de ideas delirantes extravagantes y raras; hay cierta tendencia a la regresión, a creer en causas y efectos mágicos.

En ninguna forma de alteración mental las *alucinaciones,* o proyección de experiencias internas al mundo externo en forma de imágenes perceptibles, se presentan en presencia de una conciencia clara con tanta frecuencia como en la esquizofrenia. Su mecanismo es semejante al de las alucinaciones en otros estados anormales, pero tienden a ser más desfiguradas en su naturaleza, constituyendo formas primitivas de adaptación y, por lo tanto, son de importancia mucho más seria que cuando aparecen en el delirium o en los trastornos emocionales intensos. No es difícil concebir que cierto material de mucha significación para la vida interior del esquizofrénico adopte apariencia alucinatoria vivaz. Solamente hay un paso entre la "voz de la conciencia" figurada y su percepción audible. El material inconsciente y las tendencias no adaptadas se abren paso y crean percepciones sensoriales, quizá altamente simbolizadas, en respuesta a necesidades y problemas psicológicos. Deseos reprimidos y sentimientos de culpa se proyectan como alucinaciones auditivas que, como la voz de la conciencia, acusan y critican. El enfermo, incapaz de reconocer el origen o significación de sus alucinaciones, cree en la realidad de estas imágenes proyectadas, las acepta y reacciona de acuerdo con lo que ha aceptado como realidad. Ya no puede distinguir entre experiencias internas y el mundo externo. Las alucinaciones no son un síntoma precoz de la esquizofrenia, aunque cuando no se hace una historia detallada puede obtenerse la impresión de que el mal es incipiente. Como Freud señala, las alucinaciones no son posibles hasta que el ego del enfermo está tan desintegrado que la evidencia de la realidad ya no constituye un obstáculo.

El esquizofrénico puede encontrar sus alucinaciones tan útiles que no desea abandonarlas, resultando así que llegan a constituir uno de sus medios favoritos de adaptación, y se ocupa, no con un mundo real, sino con uno alucinatorio al abrigo de las molestias de la realidad; puede decirse que sus alucinaciones colaboran con las ideas delirantes en el desarrollo del mismo tema, unas por medio de símbolos en forma de imágenes, las otras con pensamientos.

Poco necesita decirse a modo de descripción de las alucinaciones en la esquizofrenia; son más frecuentemente auditivas que de otros sentidos; las alucinaciones visuales no son particularmente frecuentes y suelen limitarse a las fases agudas de la psicosis; durante sus primeras apariciones se acompañan con mayor frecuencia de tensión emocional considerable, pero conforme la enfermedad progresa pueden despertar poca atención y ejercer menos influencia en la conducta.

Entre los síntomas importantes de la esquizofrenia se encuentran las *alteraciones del impulso y de la conación,* de las tendencias de acción o de las aspiraciones de la personalidad; muchas de estas actividades singulares, inexplicadas y repentinas, nacen de una falta de asociación armónica y de integración de tendencias, afectos y deseos, y de la existencia de objetivos incompatibles y frecuentemente cambiantes.

La conducta impulsiva y caprichosa del esquizofrénico debe ser considerada como debida a una ambivalencia de impulsos, a una contradicción de tendencias. conativas. El concepto de ambivalencia o manifestaciones contradictorias en los impulsos, ideas o afectos, ha sido especialmente recalcado por Bleuler y considerado por él como un síntoma fundamental de la esquizofrenia. Descansa en el principio de que la idea, impulso o afecto es exactamente lo opuesto; muchos psiquíatras creen que el rechazamiento consciente y la negación de expresión de un deseo, y su expresión indirecta y no reconocida mediante proyección en forma de alucinación o idea delirante, es una manifestación del principio de ambivalencia. En cualquier caso encontramos en la esquizofrenia una peculiar asociación de contradicciones en las funciones de la mente. Ordinariamente, nuestra conducta representa una armonía dinámica entre diversos deseos, una resultante de consideraciones, fuerzas y motivos contradictorios que nos mueven; por el contrario, en la esquizofrenia, los dos impulsos en conflicto, uno que muchos creen es de origen consciente, y el otro inconsciente, controlan la conducta de un modo incongruente o hasta luchan simultáneamente para dirigirla; falta una integración de las fuerzas de los motivos. La ambivalencia puede manifestarse como una mezcla inestable de amor y de odio con cambios repentinos e inexplicables de afecto y hostilidad que algunas veces llevan hasta acciones impulsivas.

Algunas veces el esquizofrénico puede resistir conscientemente un cierto impulso, y, sin embargo, lo lleva a cabo en la acción. Las tendencias disociadas e inconscientes, actuando de este modo, pueden darle al enfermo la sensación de estar forzado o controlado. Hohman expresa la opinión de que el sentimiento de ser forzado puede ser debido al hecho de que el mundo de fantasía en que vive el enfermo esquizofrénico rechaza y desconoce las experiencias del mundo de la realidad; este sentimiento de ser forzado puede permitir que se tengan pensamientos o que se caiga en una

conducta que las normas socialmente determinadas del individuo no permitirían, pero por las que, con su sentimiento de ser forzado, el enfermo no reconoce ninguna responsabilidad.

Una alteración común de la conducta del esquizofrénico es la falta de una actividad concreta o espontánea, la pérdida de la iniciativa y resolución, y el desarrollo de un estado de inactividad que algunos autores llaman anergia. En este estado la energía no se dirige al mundo exterior. Esta deterioración de los hábitos de actividad quizá pueda ser interpretada como una pérdida del interés por el mundo de la realidad y un alejamiento del mismo, que es uno de los medios adoptados por el esquizofrénico para renunciar a un mundo con el que no puede enfrentarse. Mientras que la persona normal obtiene satisfacción aplicando sus energías al mundo de la realidad, esto no satisface al esquizofrénico, cuyo interés e inclinaciones se van alejando progresivamente del mundo exterior. Sus satisfacciones se alcanzan en la fantasía y por medio de la compensación simbólica de tendencias e impulsos primitivos.

Otro trastorno de la conación es el negativismo, que puede manifestarse por una perversión de la conducta en forma de antagonismo al medio ambiente, oposición a los deseos de los que le rodean, y en casos más marcados por mutismo, oposición a alimentarse, a tragar y aun hasta a orinar. Posiblemente el negativismo sea una expresión de hostilidad o un deseo de excluir la realidad, o puede resultar de la ambivalencia. Algunos psiquiatras consideran el negativismo como una manifestación de regresión, y encuentran una analogía entre las reacciones perversas observadas en sus formas benignas y la conducta del niño consentido.

Aunque completamente opuesta al negativismo en ciertas de sus manifestaciones, ocasionalmente se encuentra una sugestibilidad patológica que parece tener por objeto el mismo propósito que el negativismo: la disminución de los contactos trastornantes con la realidad; es menos molesto para el enfermo que huye de la realidad ciega y pasivamente, aceptar y seguir cualquier cosa que el medio ambiente sugiera, que oponerse a la realidad o iniciar contactos con ella. Por lo tanto, puede mostrar una obediencia automática a las órdenes verbales sin importarle su significado o si son apropiadas o no; en lugar de contestar una pregunta puede repetirla a la manera de un loro (ecolalia) o imitar los movimientos de una persona que está a su alrededor (ecopraxia). Obediente para seguir la sugestión del medio ambiente, no tiene que tener iniciativa ni contacto substancial con la realidad y no invierte interés o energía en el mundo externo. La flexibilidad cérea del catatónico representa esta aceptación pasiva de las sugestiones, al grado que puede llevar al enfermo a ignorar molestias o dolor físico, acompañándose generalmente de una falta de atención para su medio ambiente. Entre los trastornos de la actividad, los amaneramientos

y las estereotipias ocupan un lugar importante en el cuadro clínico; los amaneramientos esquizofrénicos son de una gran variedad: puede tratarse de afectación en los modales, en el lenguaje, en la marcha, etc.; otros consisten en muecas, movimientos de husmear, inflar los carrillos, arrugar la frente, tics o hábitos elaborados para ejecutar ciertos actos y que constituyen una especie de ritual. Algunos enfermos conservan ciertas posturas durante años. A veces fruncen los labios y los mantienen proyectados en una actitud llamada "calambre del hocico". La conducta excéntrica del esquizofrénico tiene un significado para el enfermo, aunque su propósito y su valor son frecuentemente obscurecidos por la condensación y la simbolización.

En la esquizofrenia hay relativamente poca alteración de la conciencia, de la orientación o de la memoria, aunque debido a la falta de interés es algunas veces difícil probar estas funciones; frecuentemente se obtienen contestaciones incorrectas al responder a preguntas de orientación, pero se deben al negativismo, al hábito de dar respuestas casuales para evitar la realidad perturbadora o bien a la falta de atención asociada a las falsificaciones que determinan las alucinaciones y las ideas delirantes. El olvido, la falta de atención, la distracción y los pensamientos imaginativos son usados por personas normales como medios de sobreponerse a una decepción; los mismos mecanismos utiliza el esquizofrénico, no como reacciones substitutivas, sino como si encontrara así un camino de menor resistencia.

Debido al trastorno en las funciones integrativas de la personalidad, que conduce a una alteración en la fusión de los elementos mentales cognoscitivos, afectivos y conativos, el esquizofrénico es frecuentemente descrito como demente; sin embargo, no es ésta una aplicación correcta de la palabra, ya que no hay una alteración irreparable de las *funciones intelectuales* y cognoscitivas. Sería preferible hablar de una desintegración o desorganización de la personalidad. Esto no quiere decir que el juicio y la capacidad para hacer deducciones conceptuales, no estén afectados; el enfermo no sólo no tiene apreciación de la desorganización que ha sufrido su personalidad, sino que sus conceptos de bienestar personal, relaciones y propósitos sociales se vuelven falsos e inexactos, debido a sus tendencias introvertidas y a la falsificación de la realidad por medio de ideas delirantes y alucinaciones.

La ejecución de las pruebas de inteligencia de Stanford-Binet y otras semejantes por los esquizofrénicos desorganizados, difiere tanto cualitativa como cuantitativamente de la de personas subnormales del mismo nivel de edad mental. En las personas normales y en el deficiente mental, los niveles de edad en los que se mezclan los errores y los aciertos están agrupados muy próximamente alrededor de determinado nivel de edad mental, pero en los esquizofrénicos desorganizados, así como en muchas otras psi-

cosis que conducen a la deteriorización, hay generalmente una diseminación de los errores y de los aciertos en cierto número de niveles de edad que están por encima y por debajo del determinado; este fenómeno se conoce como "dispersión".

Los psicoanalistas consideran la esquizofrenia como una retirada y regresión narcisista; desde su punto de vista, el individuo vuelve a fases narcisistas precoces del desarrollo de la libido; sacrifica la organización de su ego, y el estado de la mente tiene significado sólo desde el punto de vista del ello; el superego es rechazado a un lado y no tiene poder eficaz. En las reacciones esquizofrénicas más graves la regresión se hace a estados primitivos y es suficiente para procurar satisfacción al ello; sin embargo, restos de làs funciones del ego y del superego se hallan generalmente presentes hasta cierto grado. El ego es privado de sus poderes, pero éstos no son destruídos. La escuela psicoanalítica habla de la esquizofrenia no como de una regresión solamente, sino que postula la teoría de que hay una destrucción de la capacidad de transferencia.

No es raro que la esquizofrenia se acompañe de ciertos *síntomas físicos;* uno de los más frecuentes es el desequilibrio general del sistema nervioso autónomo, que se manifiesta por frialdad y cianosis de manos y pies, manchas rojas en la piel, pupilas dilatadas, que cuando se exploran con una luz fuerte se contraen momentáneamente pero se dilatan de nuevo con rapidez; algunas veces la cianosis puede ser muy marcada. Algunos enfermos en estupor catatónico que se mantienen largo tiempo de pie e inmóviles desarrollan un tipo peculiar de edema. Puede haber vértigos y ataques histeriformes o epileptiformes, sobre todo al principio de la enfermedad; algunos enfermos tienen bajo el metabolismo basal y muchos pierden peso durante las fases agudas de la alteración. Los que gozan de una evolución favorable después de un episodio esquizofrénico muestran muy frecuentemente un marcado aumento de peso durante la convalecencia; el aumento de peso que no coincide con mejoría mental indica generalmente un pronóstico desfavorable. En su material de autopsias, Lewis comprobó que con frecuencia anormal existe una hipoplasia del sistema circulatorio. Por distintas razones, tales como tipo constitucional asténico, higiene respiratoria mala, contacto prolongado con portadores y un modo de vida sedentario y confinado, la tuberculosis pulmonar es, por lo general, frecuente en la esquizofrenia. Leonidoff encontró por examen radiológico de 7,466 enfermos en el Hospital Hudson River State que el 8.8 por ciento motraba tuberculosis de importancia clínica.

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Al formular su concepción de la dementia praecox, Kraepelin clasificó los casos en distintas variedades según el predominio de ciertos síntomas; aunque describió muchas formas, éstas generalmente se agrupan en cuatro tipos. Los esfuerzos para clasificar los enfermos esquizofrénicos en categorías específicas han sido relativamente infructuosos y en la actualidad se tiende a prescindir de su división; puede obtenerse mayor comprensión estudiando el enfermo y su historia vital como un problema individual que como elemento de una clasificación vaga. Teniendo en cuenta que la clasificación es artificial, describiremos los cuatro tipos reconocidos generalmente y presentaremos ejemplos ilustrativos de los síntomas más característicos.

Tipo simple. En este tipo, las alteraciones más marcadas se observan en la emoción, el interés y la actividad; si se presentan alucinaciones, son raras y momentáneas, y las ideas delirantes nunca desempeñan un papel importante. El trastorno es generalmente de principio gradual y adopta la forma de una alteración insidiosa de la personalidad, la importancia de la cual no es comprendida por los allegados del enfermo; durante la adolescencia, un joven, que quizá prometía mucho, empieza a perder el interés por la escuela o por sus ocupaciones, se hace malhumorado, irritable e indolente; son rasgos característicos la superficialidad de sus emociones, indiferencia o insensibilidad, y la ausencia de voluntad o decisión. Ni la crítica de otros ni el enfado de sus padres le importan; pierde la apreciación de los valores estéticos y morales; no completa el período requerido para la educación y aprendizaje de una profesión u ocupación técnica; muchos se transforman en holgazanes irresponsables, vagos, prostitutas o delincuentes. En los casos menos graves la desadaptación es menos seria, pero los enfermos son considerados como excéntricos, y aunque no están intelectualmente incapacitados, sólo pueden ejecutar simples trabajos de rutina bajo supervisión. El enfermo permanece desinteresado en su medio ambiente y no le importan las responsabilidades.

A. R. fué llevado al hospital cuando tenía veintiún años, después de haber sido arrestado por espiar por las ventanas. Al describir las características de la infancia del enfermo, su familia dijo que "siempre había sido un poco difícil de entender", pero que era un muchacho callado que nunca participó en juegos rudos; sus calificaciones en la escuela eran excelentes y siempre se mantuvo uno de los primeros en su clase. Cuando tenía diecisiete años, y estaba en el cuarto año de la preparatoria, se vió obligado, por una enfermedad prolongada de su padre, a abandonar la escuela y obtener un empleo para ganar dinero; entró a trabajar en una gran compañía manufacturera donde pronto se le consideró como el segundo mejor operador de cierto tipo de máquinas. Durante dos años trabajó bien y parecía ambicioso, mostrando un interés

normal y saludable, pero no marcado, hacia las muchachas. A los diecinueve renunció a su posición, no mostró ningún interés por conseguir otra, y cuando se le preguntaba si estaba trabajando contestaba: "¿Para qué quiero trabajar? Tengo un padre y una hermana trabajando y es bastante"; parecía muy satisfecho y como si sintiera que debería tener una posición importante; aproximadamente en esta época fué arrestado por primera vez por espiar en las recámaras de mujeres, pero gracias a la influencia de su padre se retiró la acusación; se volvió negligente con su aspecto personal, y permanecía desocupado, excepto durante períodos ocasionales en que se dedicaba a colocar los bolos en una casa de boliches. Un año después fué arrestado otra vez, y de nuevo puesto en libertad por la influencia de su padre. No solía hablar nada, a menos que se le preguntara, y empezó a mostrar antagonismo hacia su padre y su hermana; llegaba a su casa a medianoche, comía mucho, leía hasta las 2 a. m. y dormía hasta la tarde. Finalmente, y después del tercer arresto por espiar, fué llevado al Hospital Civil.

Examinado en esta institución, el enfermo tenía un tipo constitucional asténico y apariencia discretamente afeminada; sus respuestas emocionales eran superficiales e inadecuadas; no le importó su situación, se reía de esto de un modo estúpido, y se refirió a su delito como "sólo una idea tonta". Su estancia en el hospital se caracterizó por apatía, preocupación e inactividad; algunas veces durante el verano tomaba parte en juegos de base-ball, pero en el invierno rehusaba los privilegios de la libertad en el campo. Nunca expresó ideas delirantes y negó las alucinaciones. Algunas veces podía vérsele caminando solo, aparentemente muy preocupado, alrededor del hospital, riéndose consigo mismo.

Tal caso ilustra cómo a veces un individuo, quizá fundamentalmente desviado desde un punto de vista psicobiológico, como parece ser cierto en el caso anterior, es incapaz de completar su transición de la adolescencia a la madurez con sus adaptaciones heterosexuales y sociales. Parecía haber cierta limitación innata de la personalidad, y las circunstancias ambientales contribuyeron relativamente poco a su desintegración. Su interés se retrajo enormemente del mundo real, la energía psicobiológica fué absorbida por la vida subjetiva y se apagaron las respuestas a las exigencias sociales. Esto no quiere decir que las situaciones vitales o las reacciones psicológicas a los acontecimientos mentales no fueran factores dinámicos en la desorganización de la personalidad de este enfermo, sino que, como pasa frecuentemente en el esquizofrénico, es difícil, aun con intentos de exploración mental, descubrir y valorar estos elementos.

Tipo hebefrénico. El principio de esta forma es insidioso y generalmente se instala al comienzo de la adolescencia; algunas veces es subagudo y se caracteriza por una depresión que hace pensar en una reacción afectiva; son comunes la tontería, la incongruencia, o las sonrisas inmotivadas. En general puede decirse que las alucinaciones son frecuentes, que el contenido ideativo suele adoptar la forma de fantasía o de ideas delirantes fragmentarias y extravagantes, más que de creencias elaboradas o sistematizadas. Los procesos asociativos son vagos, el lenguaje es incoherente, los neologismos son comunes y los amaneramientos son frecuentes. Los fenómenos regresivos son marcados, con frecuencia el enfermo se orina o se ensucia, y come de manera primitiva y sin modales; llega a un tipo de vida altamente autístico, se hace asombrosamente inaccesible e introvertido, y la desintegración final de la personalidad y de los hábitos es quizá mayor que en cualquier otro tipo de esquizofrenia.

T. B., mujer soltera de treinta y dos años cuando fué admitida en el hospital, puede servir para ilustrar la naturaleza de algunas de estas reacciones prepsicóticas anormales, así como los síntomas y curso de la esquizofrenia maligna, que puede ser considerada la de tipo hebefrénico. De los cinco hijos, Teresa era la favorita de su madre; muy mimada por ella siempre permaneció dependiente de su madre; fué descrita como una niña bonita y de tez rosada; pronto se dió cuenta de este hecho, y gozaba vistiéndose elegantemente y contoneándose para mostrar su buena figura. A pesar de estos signos de vanidad, era tímida y vergonzosa, y se enrojecía de modo consciente cuando se daba cuenta de que la gente la estaba mirando; en su infancia no jugaba con otros niños; "se creía superior a los otros niños" y sus hermanas relataron que en años posteriores tenía "una muy buena opinión de sí misma y de sus capacidades", y los vecinos la consideraban como orgullosa. Poco después de abandonar la escuela, a los diez y seis años, empezó a trabajar en una curtiduría donde permaneció hasta poco antes de ser internada; nunca tuvo una amiga ni participó en las actividades de otras muchachas, guardando una actitud de "distancia orgullosa". Cuando todavía estaba en la escuela había varios muchachos que se mostraban muy amistosos con ella, pero su hermana dijo que no podía recordar ni una sola ocasión en que la enferma hubiera tenido amigos o compañeros cuando fué mayor, aunque ponía mucha atención en sus vestidos y en su apariencia personal, evidentemente, según su hermana, para atraer la atención de los jóvenes. Su familia la describió como desprovista de humor, sensitiva, celosa, obstinada, voluntariosa y fácilmente enojable; se hizo más retraída, tenía "épocas de melancolía", estaba preocupada, ponía menos atención a su medio ambiente, y cuando se le hablaba preguntaba con tono indiferente: "¿Qué dijiste?". Se hizo irritable y criticona, especialmente en su trato con la mujer de su hermano, en cuya casa vivía. Aproximadamente seis meses antes de que fuera internada, empezó a "adelgazar, a volverse nerviosa", y a descuidar su trabajo, que disminuyó en cantidad y calidad; creía que las otras compañeras de trabajo estaban circulando calumnias acerca de ella; se quejó de modo tan indignado de que un joven y atractivo empleado de la misma planta industrial la había abrazado y la había insultado, que la familia demandó que se investigra la acusación, con el resultado de que no sólo se demostró que no había fundamentos para tal acusación, sino que el joven en cuestión no le había hablado desde hacía meses. Sin embargo, la familia no sospechó una enfermedad mental sino hasta seis días antes de que fuera internada, cuando volvió de su trabajo una tarde y al entrar a su casa se rió fuertemente, miró sospechosamente a su cuñada, rehusó contestar preguntas, y al ver a su hermano se echó a llorar; no quiso ir al baño diciendo que el joven citado estaba mirándola por la ventana; no comió, y al día siguiente declaró que sus hermanas eran "mujeres malas", que todos hablaban de ella,que el joven había tenido relaciones sexuales con ella y que, aunque no podía verlo, él estaba "siempre cerca". En sus alucinaciones oyó al joven decir, "¿No vas a matarla? Yo ya la poseí. Ella no lo sabe". La enferma se hizo negativista, tenía miedo de que la mataran, y algunas veces dijo "Estoy muerta"; dijo que la estaban envenenando, vió a su madre muerta y la oyó hablar; no dormía, había que alimentarla, y cuando se volvió escandalosa fué internada en un hospital. Allí no cooperaba, hacía gestos,

tonterías y repetía quejumbrosamente, "¡Oh, mamá, mamá! Yo quiero ver a mi padre antes de morir". Oía voces fuera de su ventana, y por las noches iba hasta la puerta varias veces diciendo "¿Qué es todo esto? Oh, mamá". Sus asociaciones se hicieron laxas, perdió el interés por el cuidado de su persona y por los demás enfermos, pero estaba de pie durante horas con la espalda recargada en la pared, la cabeza echada hacia adelante, pasándose la mano por el pelo y abstraída del medio ambiente.

Después de una permanencia de cuatro meses en la institución privada fué transferida al Hospital del Estado. Cuando entró a la oficina de admisión, se rió fuertemente y gritó varias veces en voz alta: "Ella no puede quedarse aquí, tiene que irse a la casa"; hizo muecas y varios movimientos estereotipados con sus manos; cuando fué examinada en la sala, una hora más tarde, no hizo caso a las preguntas, aunque se hablaba a sí misma en un tono infantil, se movía constantemente, caminaba de puntas como si estuviera bailando, señalaba a su alrededor sin propósito y sacaba la lengua y movía los labios como un niño pequeño; algunas veces se quejó y lloró como un niño, pero sin derramar lágrimas. Conforme pasaron los meses permaneció estúpida, infantil, preocupada, inaccesible, haciendo muecas y gestos, señalando objetos de modo estereotipado, generalmente hablando consigo misma en un tono peculiar de voz, y poco de lo que decía era comprensible. Durante una entrevista, dieciocho meses después de su hospitalización, se presentó con aspecto descuidado, sin zapatos, sentándose en actitud muy encorvada, sonriendo tontamente y con un aspecto de regresión e introversión extremas. Durante el intento de entrevista casi no habló, aunque ocasionalmente replicaba "No sé", de modo completamente indiferente y sin atender a la pregunta. La enfermera describió a la paciente como aislada, negativista, ociosa y sin interés por las actividades de la institución o por los familiares que la visitaban.

Tipo catatónico. El tipo catatónico se caracteriza por fases de estupor o de excitación, en las cuales el negativismo y el automatismo son características prominentes. Estas fases alternan con frecuencia, quizá pasando repentinamente de una a otra, aunque muchas veces un episodio catatónico sólo consta de una fase en toda su evolución. Aquí también puede haber una mezcla de síntomas que generalmente se consideran como perteneciendo característicamente a una u otra fase. La edad más frecuente de aparición es entre los quince y los veinticinco años. De los distintos tipos de esquizofrenia, el catatónico es el que con más frecuencia tiene un principio algo agudo, y es precipitado o precedido por una experiencia emocionalmente trastornante. El pronóstico de recuperación con reintegración de la personalidad después de un episodio catatónico es más favorable que en los otros tipos de esquizofrenia, aunque después de algún tiempo, quizá después de varios episodios, se observa una tendencia a pasar a estados que se aproximan a las formas hebefrénica o paranoide, con desorganización permanente de la personalidad.

El estupor catatónico, o fase estuporosa, es muy frecuentemente precedido por depresión, descontento o agitación emocional; el enfermo tiende a aislarse y sus reacciones se caracterizan cada vez más por falta de interés, desatención, preocupación, pobreza emocional y tendencia a soñar. Silencioso, estuporoso y con facies rígida, el catatónico puede ocasionalmente

mantener sus ojos cerrados, pero con mayor frecuencia mira fijamente hacia abajo con los ojos en blanco; niega el mundo y resiste activamente al medio ambiente; se resiste a que se le cambien las actitudes y posiciones, frecuentemente forzadas y peculiares, que ha adoptado y puede mantener por meses; rehusa vestirse o comer, aunque algunas veces, cuando cree que no es observado, come vorazmente; con frecuencia retiene la saliva, orina y heces fecales. No sólo puede ensuciarse en sus ropas, sino que muestra un propósito aparente en su molesto desprecio por cualquier deseo de limpieza en sus hábitos de excreción; son comunes los gestos, muecas y sonrisas sarcásticas; puede tener las manos fuertemente apretadas o sostener otras tensiones musculares. Puede haber catalepsia, flexible o rígida. En este estado el enfermo no inicia movimientos espontáneos, sino que mantiene las posturas que se le imprimen pasivamente. En la obediencia automática el enfermo puede llevar a cabo cualquier orden verbal sin importar su naturaleza absurda o hasta peligrosa; no reacciona a movimientos de amago hechos delante de sus ojos, a piquetes de alfiler ni a otros estímulos dolorosos. Aunque no da muestras de que se dé cuenta completa de lo que pasa a su alrededor, el enfermo registra en realidad los acontecimientos de su ambiente, y cuando empieza a hablar otra vez hace una narración sorprendentemente completa de los incidentes que ocurrieron durante su estupor. A pesar de la pobreza ideativa aparente, parece haber buenas razones para creer que las ideas y representaciones no están ausentes de ninguna manera, sino que más bien se centran alrededor de una constelación ideoafectiva dominante. Quizá pueda considerarse análoga al estupor catatónico la respuesta impávida e incomprensible con que a veces se enfrenta uno a desgracias o catástrofes anonadantes; tanto esta reacción como el estupor catatónico del esquizofrénico pueden servir como métodos para hacer frente a situaciones demasiado difíciles para incorporarlas con medidas activas y resueltas; también puede compararse el estupor a una huída hacia una preocupación intensa en forma de trance o ensueño.

Después de un período de duración extremadamente variable el enfermo sale lentamente, a veces repentinamente, de su estado estuporoso. El interés, el afecto y la conducta pueden regresar más o menos al estado normal, o el paciente puede pasar a un estado de excitación catatónica.

La *excitación catatónica* se caracteriza por una hiperactividad desorganizada, desprovista de expresión emocional, no influída por estímulos externos; es incoherente, aparentemente sin propósito, estereotipada, confinada a un espacio limitado y del tipo de los automatismos; son frecuentes la impulsividad y la destructividad. Sin advertencia o causa aparente, el enfermo puede atacar repentinamente a alguien que esté alrededor o romper una ventana; destruye su ropa, permanece desnudo y no pone atención en la limpieza de sus excreciones; generalmente el negativismo es muy marcado;

el discurso puede variar desde el mutismo hasta la fuga de ideas; las actitudes forzadas, los amaneramientos, las estereotipias y las muecas son frecuentes; el enfermo puede reaccionar a alucinaciones terroríficas o de éxtasis, visuales o auditivas; las experiencias místicas no son raras; la hostilidad y el resentimiento son comunes. El paciente sufre a veces insomnio, y presenta un estado delirioide. Puede rehusar la comida, llegando a la deshidratación y al agotamiento; frecuentemente hay una rápida pérdida de peso.

Probablemente la excitación catatónica aguda es con mucha frecuencia la misma reacción que Kempf ha denominado pánico homosexual agudo; la gran hiperactividad se acompaña frecuentemente de temor y alucinaciones auditivas que acusan al paciente de prácticas o tendencias homosexuales. Como ya se dijo anteriormente, con frecuencia es agresivo.

Si el estupor catatónico debe ser interpretado psicológicamente o explicado a base de alteraciones físicas o químicas, ha sido objeto de muchas discusiones; en la actualidad quizá domine la tendencia a considerarlo como una evasión ante una situación vital. El hecho de que el catatónico modifique sus posiciones durante el sueño con la misma frecuencia que las personas normales (Cheney) parece demostrar que es de origen cerebral y probablemente psíquico, más que determinado por toxinas, desequilibrio endocrino, insuficiencia circulatoria o alteraciones patológicas de la corteza cerebral. Meyer considera que la catatonia es una reacción psicobiológica, y Hohman la describe como "íntimamente relacionada con lo que se observa en los estados hipnóticos y en los trances místicos, y semejante a los estados de simbolismo religioso y sentimientos de sumisión a la influencia de un poder místico". Cuando los problemas de la vida son demasiado abrumadores, naturalmente buscamos la muerte, pero nos disuade del suicidio el instinto de la autoconservación; por lo tanto, muchos psiquiatras ven en el estupor catatónico una regresión profunda, como dramatización de la muerte. Se ha señalado la semejanza que existe entre la catatonia y la reacción de inmovilidad instintiva que muestran algunos animales cuando se encuentran en una situación que amenaza su vida.

Debe mencionarse el hecho de que los tipos de reacción catatónica se observan en alteraciones orgánicas del cerebro, como parálisis general, tumores, abscesos, estados tóxicos y de agotamiento, así como en ciertas psicosis mal conocidas del período presenil. Esto no quiere decir, sin embargo, que no haya mecanismos psicológicos actuando también en tales casos.

El caso de A. C., de treinta y dos años de edad, ilustra muchas de las características observadas, tanto en la fase estuporosa como en la agitada de la catatonia:

Su padre era obstinado y voluntarioso, y su madre nerviosa y temperamental; a los siete años se fué a vivir con sus abuelos. Su abuelo, cuya "palabra era ley", que sufría de convulsiones epilépticas y que posteriormente murió en un hospital de enfermedades mentales, no comprendía los puntos de vista del niño; sus convulsiones asustaban

al muchacho. El enfermo era un niño solitario, soñador, tímido, vergonzoso y sensible, pero al mismo tiempo terco y caprichoso; todavía recordaba cómo su padre le castigó con azotes delante de otro niño al que no quería darle las gracias por una manzana. No se interesaba por los juegos de otros niños y pasaba su tiempo en la biblioteca del pueblo o en su cuarto, donde hizo varios juguetes que escondía celosamente de otros niños, permitiendo sólo a su hermana, su única confidente, que los compartiera con él. A los diecisiete años se graduó en la escuela secundaria, donde había aprendido las cosas con facilidad, pero no había tomado parte en las actividades extradocentes. Su historia profesional no tiene importancia, excepto por el hecho de que lo que prometía al principio como diseñador de aeroplanos y motores no prosperó, y que durante los ocho años anteriores a su internamiento no había ganado prácticamente nada; a los veinte años se casó. Dos meses antes de ser llevado al hospital, el enfermo empezó a hablar acerca de cómo había fracasado, echado a perder toda su vida, de que ahora era "demasiado tarde"; dijo que había oído a alguien decir: "Debes rendirte"; una noche su esposa despertó porque estaba hablando; dijo haber tenido varias visiones, pero no quiso describirlas; refirió que alguien lo perseguía y trataba de culparlo por la muerte de cierto hombre. Creía haber sido envenenado; cuando veía un camión o un carro de bomberos, el enfermo decía que le estaban buscando para pedirle su ayuda en la salvación del mundo. Tenía períodos de risas y gritos, y se volvió tan molesto e inmanejable que se hizo necesario su internamiento.

Examinado en el hospital, el enfermo era un hombre asténico, mal alimentado, con las pupilas dilatadas, reflejos tendinosos exaltados, y frecuencia de pulso de 120 por minuto. Presentaba muchas estereotipias, se acostó en el piso, se tiraba de los pies, hacía movimientos violentos y absurdos, golpeaba a los ayudantes, hacía gestos, adoptaba posturas rígidas y forzadas, no hablaba y parecía tener alucinaciones auditivas. Inmediatamente se le puso en un baño continuo, y al día siguiente se le encontró en estado estuporoso; su cara sin expresión, mudo, rígido y sin poner atención a los que le rodeaban o a sus preguntas; tenía los ojos cerrados y los párpados sólo podían separarse con esfuerzo; no reaccionaba a pinchazos de alfiler u otros estímulos dolorosos. A la mañana siguiente se intentó presentarlo al cuerpo médico para la visita de admisión de rutina; cuando era conducido por dos ayudante luchó, gesticuló, gritó incoherentemente y ofreció resistencia; durante cinco días permaneció callado, negativista e inaccesible, a veces mirando estúpidamente al espacio, y a veces con los ojos fuertemente cerrados; comía poco y no contestaba a las preguntas, pero una vez se le oyó decir entre dientes de manera muy preocupada: "Voy a morir, lo sé, tú lo sabes". En la tarde del sexto día miró a su alrededor, aparentemente asombrado de encontrarse en el baño, y preguntó dónde estaba y cómo había llegado hasta allí. Cuando se le interrogó acerca de su vida relató muchos acontecimientos conocidos y cómo había trabajado en una fábrica de aeroplanos, pero añadió que había inventado un instrumento relacionado con aeroplanos que le había sido robado, patentado a través de un fraude y que, como resultado, había perdido su trabajo; comió vorazmente, durmió, y cuando despertó estaba en estupor catatónico, permaneciendo en este estado durante varios días. Gradualmente se hizo más accesible, y cuando se le preguntó acerca de sí mismo dijo que había tenido "un colapso nervioso después de un colapso físico"; se refirió a su estado estuporoso como a un sueño y sostuvo que no recordaba nada de lo que había pasado durante él; dijo, "Cuando estaba en el baño no sabía nada; después empecé a ver un poquito de luz, como la forma de una estrella, y entonces mi cabeza pasó gradualmente a través de la estrella, vi más y más luz hasta que vi todo perfectamente hace unos cuantos días". Dos días después admitió que recordaba haber visto al médico mientras estaba en el baño. Explicó su mutismo anterior diciendo que había tenido miedo de "decir algo equivocado", y también que

"no sabía exactamente de qué hablar". Por sus respuestas emocionales indudablemente inapropiadas y por su afirmación de ser "un científico e inventor del genio más extraordinario del siglo veinte", era claro que todavía estaba lejos de estar bien.

Tipo paranoide. Los hechos que caracterizan especialmente a este tipo o fase son las ideas delirantes, frecuentemente numerosas, ilógicas y fantásticas, las alucinaciones, y el trastorno esquizofrénico común de las asociaciones y de la afectividad, junto con negativismo. El tipo paranoide suele presentarse a una edad algo más avanzada que las otras formas, quizá con mayor frecuencia entre los 30 y los 35 años; en las primeras fases las ideas delirantes están frecuentemente limitadas, pero posteriormente se hacen numerosas y cambiantes; al principio su carácter indica comúnmente con mayor claridad las necesidades o experiencias psicológicas frente a las cuales han sido creadas; frases ocasionales pueden proporcionar revelaciones fragmentarias de las preocupaciones del enfermo. Las tendencias reprimidas se proyectan en la ideación en lugar de sufrir represión; las ideas de persecución son lo más saliente en la esquizofrenia paranoide, pero también son comunes las ideas expansivas que evidentemente satisfacen deseos, las ideas hipocondríacas y depresivas; con el aumento de la desorganización, las creencias delirantes se hacen menos lógicas; el enfermo está sujeto a fuerzas mágicas vagas y sus explicaciones son extravagantes y fantásticas; la fantasía imaginativa puede hacerse extrema, adquiriendo un valor de realidad; las tendencias agresivas reprimidas pueden ser liberadas y algunos paranoides desorganizados pueden cometer agresiones insospechadas. Muchos esquizofrénicos paranoides son irritables, descontentos, resentidos, desconfiados y muestran una aversión insolente a ser entrevistados. Algunos manifiestan una actitud hostil agresiva e inabordable, y pueden vivir en una soledad amarga; son comunes los amaneramientos, la apatía o la incoherencia.

C. E. fué internado en un hospital mental cuando tenía cuarenta y cuatro años porque presentaba un trastorno mental con alucinaciones e ideas delirantes, habiéndosele encontrado semidesnudo en las calles. Había nacido en Finlandia, pero poco se pudo saber de su vida anterior; siempre había sido callado, reticente, individualista, algo alcohólico y nunca se había casado; durante varios años había sido desconfiado, y por lo menos desde hacía tres o cuatro años, expresaba muchas ideas extrañas; creía que la gente estaba hablando de él, se desentendió de su madre anciana, se volvió obtuso y torpe y no se ocupó prácticamente en ningún trabajo. Tres meses antes de su internamiento se quejaba de que tenía al diablo sentado en el pecho; miraba por la ventana y exclamaba que el diablo venía por la calle; se quejaba del corazón y del pecho, y decía que un "tranvía eléctrico" le pasaba sobre el cuerpo; oía voces que le trastornaban y asustaban. En las noches se hacía especialmente aprensivo, gritaba con frecuencia, y en varias ocasiones salió corriendo semidesnudo. Al llegar a la oficina de admisión del hospital se le preguntó qué era lo que le pasaba, a lo que contestó: "No me pasa nada. Sólo los malvados me molestan con telegramas y la propiedad

del Estado. Lo oí el último verano cuando trabajé en el Rastro de la Ciudad. Tienen gusanos en la cabeza. Ustedes los oyeron; se pueden oír sus voces hablándoles; ustedes saben que desde hace mucho tiempo tienen esas cosas bajo el suelo. Alguna clase de maquinaria y están volando a la gente debajo de sus ropas". En el examen mental formal que se hizo unos cuantos días más tarde expresó satisfacción con lo que le rodeaba y procedió a decir que el edificio del pabellón había "pertenecido a los suecos por más de cuatrocientos años"; luego dijo que "el anciano" estaba "abajo"; se le preguntó por la identidad del "anciano" y el enfermo contestó que era su tatarabuelo, y dijo que su antepasado, que todavía vivía, era el dueño de toda la propiedad, mientras que miraba por la ventana y señalaba los demás edificios del hospital; relató cómo su antepasado le había hablado y le había dicho que la propiedad le pertenecía a él. En respuesta a una pregunta el enfermo dijo que frecuentemente había visto a su progenitor que vivía "en una de esas cosas de metal que están debajo de la tierra; él levanta la tapa". Después de unas cuantas semanas el enfermo se volvió inquieto, escandaloso, más descuidado en su apariencia personal y desarrolló la costumbre de expectorar en su cama por la noche; cuando se le preguntó la razón de esta desagradable costumbre replicó: "Por los tubos que ustedes conocen en la pared. Los pusieron en mi nariz. Telefoneé a mi profesor de escuela anoche. Mi mujer (se recordará que el enfermo nunca se casó) está aquí, con mi hija Stella. Hay monjes y monjas. Están en la pared molestando a toda la gente, con vasos de 1752 en 1851 en edades. Tengo treinta y nueve millones de dólares invertidos en un banco en Providencia y tres millones en Estocolmo. Me casé con una princesa sueca, Tirra". Estas aseveraciones fueron hechas de modo indiferente y sin muestras de odio o afectación; la cara del enfermo era inexpresiva, no se mezclaba con otros pacientes, a veces se le veía hablando consigo mismo, y generalmente estaba quieto en un banco o caminaba lentamente y sin rumbo fijo en la sala.

ESQUIZOFRENIA EN LA INFANCIA

La esquizofrenia se presenta raramente antes de los 12 años, pero se han señalado muchos casos a una edad considerablemente menor; en niños mayores, las características clínicas son semejantes a la que presentan los adultos, mientras que en niños pequeños las manifestaciones son más escasas y más simples. Se observa falta de interés y de contacto espontáneo con el medio ambiente; el niño sufre una pérdida de la curiosidad bulliciosa propia de la infancia. El niño esquizofrénico fracasa en la obtención de satisfacciones de los acontecimientos ordinarios, se preocupa por estados subjetivos y se trastorna su contacto afectivo con la gente; se describen muchos tipos de pensamientos, pero no hay nada característico que se encuentre constantemente; es común el retorno regresivo a tipos más inmaduros de conducta, tales como hábitos infantiles de limpieza y comida, y aún a otros más primitivos como jugar con las heces fecales. Es dudoso que existan ideas delirantes y alucinaciones, y seguramente son raras; su ausencia no tiene importancia en niños pequeños. Bender cree que la ansiedad es el núcleo del problema esquizofrénico en las fases más tempranas de la alteración;

piensa que la presencia de ansiedad grave en un niño, que no está justificada por una situación real, es, por sí misma, sugestiva de esquizofrenia.

Potter[1] señala los siguientes criterios para el diagnóstico de esquizofrenia infantil:

1. Un retraimiento general de los intereses por el medio ambiente.
2. Sentimiento, actuación y pensamiento dereísticos.
3. Trastornos del pensamiento manifestados por interceptación, simbolización, condensación, perseveración, incoherencia y disminución algunas veces hasta llegar al mutismo.
4. Defectos en las relaciones emocionales.
5. Disminución, rigidez y deformación del afecto.
6. Alteraciones de la conducta con aumento en la motilidad, que a veces consiste en una incesante actividad, o disminución de la misma, que puede llegar a la inmovilidad completa, o bien una conducta extravagante con tendencia a la perseveración o a la estereotipia.

Para aventurar un diagnóstico de esquizofrenia en la infancia debe uno establecer con seguridad que el niño ha gozado de un período de vida libre de los síntomas psicóticos, antes de que se enfermara mentalmente. La evolución puede ser aguda o crónica.

CURSO Y PRONOSTICO

Contrariamente a lo que se creía antes, la esquizofrenia ya no se considera como una unidad en cuanto a sus causas, curso y terminación. Aunque la presentación de una reacción esquizofrénica debe ser siempre mirada con cuidado, no siempre va seguida invariablemente de una desorganización de la personalidad. La opinión actual de muchos de los estudiosos de la esquizofrenia es que una alteración aguda y claramente psicógena puede a veces desaparecer sin dejar ninguna alteración en la personalidad. Antes, su naturaleza incurable y curso progresivo iban implícitos en la definición de la enfermedad y una terminación favorable se consideraba como evidencia probable de error de diagnóstico. Naturalmente la aparición de una reacción indudablemente esquizofrénica debe despertar una gran cautela al predecir que no va a ir seguida de un tipo inferior permanente de adaptación. También en años recientes se ha reconocido cada vez más que la naturaleza episódica de una psicosis puede no excluir su naturaleza esquizofrénica, aunque comúnmente ocurre que una psicosis esquizofrénica que al principio de su evolución es episódica, después se hace continua; en la esquizofrenia

[1] Potter, H. W.: Schizophreni in Children. Am. J. Psychiat., 12:1254, 1933.

episódica la psicosis puede caracterizarse por remisiones o curaciones aparentemente completas; en muchos casos el resultado final debe ser considerado como "recuperación social" más que como "curación" o restablecimiento completo. Con esto quiere decirse que el enfermo es capaz de regresar a su medio ambiente social anterior y a ocupaciones previas o equivalentes, aunque con pequeños síntomas tales como timidez, irritabilidad o superficialidad en las respuestas afectivas.

De lo que se ha dicho se desprende que en cualquier caso dado, el efecto sobre la personalidad y en la adaptación futura de una reacción esquizofrénica puede ser muy incierto; en algunos casos el curso es continuamente progresivo y en otros es intermitente; con mayor frecuencia es un problema de remisiones y recaídas que, aunque desde el principio tienden insidiosamente a debilitar intereses y hábitos, todavía permiten peíodos de adaptación durante un lapso considerable de tiempo. Se estima que el 40 por ciento de los esquizofrénicos que entran a hospitales o clínicas mentales públicas se recuperan o mejoran, y que el 60 por ciento no mejoran o sufren esa desorganización permanente y maligna de la personalidad que se ha designado, algo inexactamente, deterioración; la edad de iniciación del padecimiento no tiene importancia pronóstica, excepto por el hecho de que casos relativamente tardíos ofrecen pronósticos menos favorables. El sexo no tiene importancia en el pronóstico.

Aunque la fijación del pronóstico es tan importante, todavía no es posible, en nuestro limitado conocimiento de los factores y procesos que toman parte, que cuando el psiquiatra se enfrenta con una esquizofrenia aguda pueda predecir claramente cuál va a ser la evolución futura de la psicosis en un caso dado. Debe comentarse, entre paréntesis, que el médico cuya experiencia psiquiátrica se limita a hospitales, tiende a formar un juicio más bien pesimista sobre el pronóstico. Sin embargo, hay ciertos hechos que pueden servir como orientaciones generales para formar una opinión. Generalmente se comprueba que es cierto que si la psicosis representa el desarrollo insidioso de una personalidad previamente esquizoide, el pronóstico es desfavorable; muchas de tales psicosis constituyen la culminación de un largo período de adaptación insatisfactoria. Cuanto más equilibrada haya sido la personalidad prepsicótica del enfermo, cuanto más directa y confiadamente esté acostumbrado el paciente a enfrentarse a problemas y dificultades, cuanto más vigorosos sean sus intereses, cuanto más clara y externa sea la causa precipitante y más rápida la instalación, mejor será el pronóstico. Un retraimiento lento e insidioso lleva con facilidad a una desorganización irreversible de la personalidad. El pronóstico no está influído por la inteligencia o la educación previa del paciente. La presencia de un elemento afectivo bien marcado es de significación favorable, aunque la hipocondría no es de buen pronóstico. La presencia de factores ciclotímicos en el

fondo de la personalidad hace el pronóstico más favorable. La persistencia de alucinaciones, cuando ha desaparecido la tensión emotiva inicial, no es de buena significación. Si la psicosis ha durado todo un año sin signos claros de mejoría no debe esperarse un resultado favorable, aunque ello no signifique un pronóstico sombrío. Las remisiones previas deben hacer esperar que un episodio dado vaya seguido de mejoría; cuanto mayor sea el intervalo entre los ataques, mejor será el pronóstico. En muchos casos de esquizofrenia la regresión es un mecanismo importante, por lo que se han hecho intentos de basar el pronóstico en la magnitud de la regresión manifestada por el enfermo; una postura y conducta infantiles, aunque con frecuencia de significado desfavorable, no deben pesar más que otras consideraciones en la formación de una opinión acerca del pronóstico.

Deben decirse unas palabras en relación con el pronóstico en los distintos tipos. En la catatonia el pronóstico es relativamente bueno si el principio ha sido brusco y el episodio es todavía agudo; muchos de estos casos son reintegrados a su nivel prepsicótico de adaptación por períodos variables, algunas veces hasta de años. El pronóstico de la forma simple con su marasmo insidioso de la personalidad, desarrollándose en ausencia de situaciones ambientales desencadenantes o de tensiones vivenciales, no es del todo bueno; cierto número de casos, ayudados por algún miembro normal de la familia, llevan una existencia incolora y tranquila, mientras que otros se hacen mendigos, vagabundos o pequeños delincuentes. El curso de la forma hebefrénica tiende a ser de deterioración progresiva, aunque ocasionalmente puede haber remisiones antes de la desorganización final de la personalidad. El problema de si la forma paranoide de esquizofrenia se cura o no, ha sido planteado algunas veces; la respuesta depende un poco de la definición de los términos; indudablemente que se presentan remisiones que pueden ser consideradas como curaciones sociales. Nunca deben ser consideradas como curaciones psicológicas, aunque durante ellas la adaptación del enfermo puede ser satisfactoria socialmente, sin mostrar deformaciones de la realidad en respuesta a necesidades subjetivas. En general, las actitudes de furia y crueldad indican un proceso maligno.

Finalmente, tanto para citar la opinión en relación con el pronóstico de uno de los más grandes estudiosos de la esquizofrenia, como para insistir en la responsabilidad del médico que se hace cargo del cuidado de un caso precoz de esquizofrenia, debe recordarse la conclusión de Bleuler: "Aunque cierto número de enfermos se deterioran a pesar de cualquier tratamiento, y otros mejoran aunque hayan sido aparentemente graves, el tratamiento decidirá en más de la tercera parte de los casos de esquizofrenia si se pueden transformar otra vez en hombres sociables o no".

"Deterioración". Aunque la esquizofrenia puede detenerse en cualquier fase de su curso evolutivo, debe decirse algo acerca de la naturaleza

del estado terminal desfavorable tan frecuentemente observado; esta reacción maligna se conocía antes como demencia, pero este nombre no indica correctamente el cambio de personalidad que puede presentarse en la esquizofrenia. La demencia es un proceso impersonal, un defecto de la función intelectual debido a degeneración o destrucción de neuronas. Las pruebas psicométricas indican que los trastornos intelectuales de la esquizofrenia no son semejantes a los de una enfermedad cerebral orgánica; en la esquizofrenia, cualquier reducción aparente de la inteligencia debe ser explicada a base de la incongruencia emocional. Estudios psicológicos prolongados de enfermos esquizofrénicos demuestran que este trastorno intelectual aparente puede remitir aún después de largos períodos de tiempo. Aunque no hay demencia en el sentido estricto de la palabra, sí hay una reducción y un cambio sutil en la ejecución intelectual debido a la influencia continua, durante largo tiempo, de las alucinaciones, ideas delirantes, estados de fantasía desorganizadora y retraimiento autístico del enfermo dentro de sí mismo; se trastorna el contacto del enfermo con la realidad y su capacidad para apreciar o responder a las exigencias ambientales; sus reacciones tienden a hacerse no solamente incongruentes sino totalmente inadecuadas a las necesidades y propósitos de vida adulta normal.

Quizá el estado maligno en que terminan muchos casos se describiría mejor como el desconcierto en la organización de la personalidad, como una deterioración de los hábitos, más bien que como "deterioración mental", que es el término frecuentemente aplicado. Esta desorganización maligna no es una característica invariable, pero se ve demasiado frecuentemente en las "salas postergadas" de los hospitales mentales; en ellas se encuentran los esquizofrénicos crónicos, algunos sentados silenciosamente en bancos, otros de pie en un rincón o paseando automáticamente, haciendo muecas y absorbidos en sus ideas delirantes, prorrumpiendo ocasionalmente en crisis de hostilidad y agresión.

DIAGNOSTICO

Algunas veces se observan semejanzas marcadas entre la esquizofrenia, las psicosis menores o psiconeurosis, otras psicosis biogenéticas mayores, especialmente la psicosis maníaco-depresiva, y con menos frecuencia, con los trastornos mentales orgánicos. Es dudoso si realmente hay una demarcación definida entre la reacción psiconeurótica y la esquizofrenia por un lado, y entre la reacción maníaco-depresiva y la esquizofrenia por el otro; uno debe ser extremadamente cauto al afirmar que un síntoma aislado es prueba concluyente de esquizofrenia; al valorar un síntoma, debe examinarse cuidadosamente la unidad clínica en que se presenta, y no hay que considerar la terminación eventual como principal determinante en el diagnóstico.

Muchos de los rasgos diferenciales entre la esquizofrenia y la histeria han sido discutidos en el Capítulo XXIII; además de lo que ya se dijo entonces hay que añadir que el principio de la histeria es generalmente más brusco y que la motivación psicológica es más aparente. En el estupor esquizofrénico no se descubre la expresión de ningún estado emocional; por otro lado, en el estupor histérico puede observarse una expresión de perplejidad, miedo, alegría o algún otro estado afectivo; la historia de un cambio insidioso en el interés vital del enfermo debe hacer pensar en la esquizofrenia. Los síntomas de la histeria no sólo son más repentinos en su aparición, sino que son más paroxísticos, y están más influídos por ciertas personas del medio ambiente; mientras que el histérico desea atención, el esquizofrénico tiene con más frecuencia períodos en los que está preocupado, abstraído y apático; en la esquizofrenia los elementos normales y psicóticos existen paralelamente, mientras que en la histeria hay una alternancia de lo normal y lo psicótico; el histérico usa símbolos convencionales e inteligibles, y el esquizofrénico los usa individuales o arcaicos. Uno puede penetrar afectivamente en la vida psíquica del histérico, cosa que es muy difícil, o imposible, en el esquizofrénico.

En los comienzos de la esquizofrenia puede ser difícil la diferenciación de la neurosis obsesiva; algunas veces las reacciones esquizofrénicas son el resultado de la liberación de impulsos primitivos que previamente habían estado bajo control con la ayuda de síntomas obsesivos; en la esquizofrenia generalmente hay más meditación y menos tensión que en la neurosis obsesiva. En ésta existe una fuerte resistencia consciente a las obsesiones y compulsiones, resistencia que no se encuentra en el equizofrénico, ya que no es particularmente trastornado por ellas; no es raro que el esquizofrénico, en las fases iniciales de su alteración, manifieste quejas hipocondríacas; sin embargo, su hipocondría no tiene la dramatización que se observa en las psiconeurosis.

El problema de diagnóstico diferencial más difícil en psiquiatría se plantea con frecuencia entre la esquizofrenia y la psicosis maníaco-depresiva. Indudablemente que esto se debe, por lo menos en parte, al hecho de que muchos enfermos no son esquizoides o sintónicos puros, sino más bien aleaciones constitucionales caracterizadas por mezclas en su personalidad. Además de lo que se ha expuesto en el capítulo de psicosis maníaco-depresiva, debe llamarse la atención sobre el hecho de que el principio de la esquizofrenia tiende a ser más insidioso, que la agitación en la esquizofrenia es paroxística con mayor frecuencia que en el maníaco, en quien es más sostenida, y que el estado de ánimo del esquizofrénico raramente posee la cualidad de comunicación como en el maníaco-depresivo. Las ideas delirantes del esquizofrénico deprimido son más grotescas que en la psicosis maníaco-depresiva, y menos angustiosas; las aseveraciones ilógicas y las afirmaciones incongruentes indican esquizofrenia. Las dificultades en la diferenciación de estos dos trastornos surgen principalmente en las fases iniciales de la esquizofrenia; con la repetición de los episodios, la naturaleza esquizofrénica de síntomas antes dudosos se hace más aparente, disipándose así la confusión con la sintomatología maníaco-depresiva. Es muy raro que una psicosis aparentemente esquizofrénica en sus comienzos, se identifique posteriormente como una reacción de tipo maníaco-depresivo; sin embargo, lo contrario es común.

Generalmente no hay dificultad para distinguir la esquizofrenia de la epilepsia; sin embargo, algunas veces el esquizofrénico sufre ataques epileptiformes o síncopes, que hacen pensar en crisis epilépticas al observador sin experiencia. En tal caso, uno debe investigar cuidadosamente qué es lo que primero se presentó, los ataques o los trastornos mentales, y observar el aspecto de las crisis, que en el esquizofrénico no tienen el carácter típico y el trastorno genuino de la conciencia que se observan en el epiléptico. En la epilepsia el síntoma fundamental es el ataque, mientras que en la esquizofrenia es sólo un síntoma menor, y los trastornos del afecto, de las asociaciones y otras características, ocupan el sitio más importante.

Al discutir el diagnóstico de la esquizofrenia debe mencionarse lo que frecuentemente se conoce como alucinosis alcohólica crónica, sobre la cual se llama la atención no porque quieran señalarse diferencias con la esquizofrenia, sino para sugerir la posible identidad de ambas alteraciones. La existencia permanente en el alcohólico crónico de alucinaciones auditivas en un estado normal de la conciencia, acompañadas frecuentemente por ideas delirantes sistematizadas, fué considerada como síntoma de una psicosis alcohólica; muchos psiquiatras creen actualmente que tales casos son en realidad reacciones esquizofrénicas. En la discusión de las psicosis alcohólicas se llamó la atención sobre el hecho de que hay muchos argumentos que indican que la llamada alucinosis alcohólica aguda tiene un fondo esquizofrénico y no es psicosis alcohólica pura.

TRATAMIENTO

Como ya ha sido señalado, es indudablemente cierto que los trastornos de los niveles fisiológico o vegetativo pueden trastornar la integración de los niveles mentales más altos del organismo; sin embargo, es dudoso que siempre haya un trastorno subyacente en estos niveles inferiores en cada caso de reacción esquizofrénica. De todas maneras, puede afirmarse que el concepto psicológico ayuda más en la comprensión de la esquizofrenia que los conceptos fisiológico y físico-químico. Por lo tanto, y por el momento, el método terapéutico preferible debe consistir en tratar cualquier trastorno

demostrable de los procesos orgánicos, y aplicar al mismo tiempo las medidas físicas, sociales y psicológicas que requieran la situación y las necesidades del individuo.

El tratamiento de la esquizofrenia, especialmente en sus comienzos, se lleva a cabo ahora con mucho menos pesimismo que antes; su éxito depende, en un grado no pequeño, de la iniciativa terapéutica, de la energía y del esfuerzo del médico, aunque los resultados serán pobres si los métodos psicóticos de pensamiento y sentimiento se han transformado ya en hábitos y formas establecidas de adaptación.

Puesto que como se ha dicho, la esquizofrenia se manifiesta las más de las veces sólo después de un prolongado período de incubación, se plantea naturalmente el problema de si no puede prevenirse una enfermedad tan desorganizadora de la personalidad. La meta del movimiento moderno de higiene mental, con sus clínicas de orientación infantil y sus psiquiatras escolares y de escuelas superiores, no es solamente evitar o corregir actitudes equivocadas y desadaptaciones menos malignas de la infancia o de la adolescencia, sino fomentar las cualidades saludables en la afectividad y en el pensamiento, y evitar el establecimiento de subterfugios y sustituciones que traen como resultado desequilibrios de la personalidad que finalmente culminan en las psicosis mayores, de las que la esquizofrenia es la más importante. Hasta dónde será capaz el movimiento de higiene mental, que crece rápidamente, de modificar los diversos factores cuya sucesión conduce a la adaptación esquizofrénica, no se sabe todavía, y probablemente nunca será posible una demostración estadística. A la luz de los conocimientos que tenemos en la actualidad, sin embargo, el cuerpo de principios incluído en el término higiene mental parece constituir el medio más racional para prevenir el mal funcionamiento de la personalidad conocido como esquizofrenia; el niño tímido, solitario, retraído e insociable, debería recibir psicoterapia cuidadosa, orientada para fomentar la sociabilidad y una adaptación saludable entre la personalidad en crecimiento y su medio ambiente.

Una vez que la esquizofrenia manifiesta se ha desarrollado, el éxito del tratamiento variará directamente en relación con la fase de la enfermedad en que se haya iniciado; un estado psicótico prolongado tiende por sí mismo a desarrollar o agravar los rasgos de la personalidad de naturaleza deletérea. Gradualmente se ha ido reconociendo que el momento preferible para tratar la esquizofrenia es antes que el enfermo llegue al hospital para enfermedades mentales, cuando todavía posee cierta conciencia de su enfermedad y desea ser ayudado, es decir, al principio, cuando los conflictos y los mecanismos, todavía no enmascarados por una masa de síntomas superpuestos, resultan relativamente asequibles, se conserva la capacidad de las fuerzas emocionales para readaptarse y los hábitos no se han deteriorado. Cada caso debe ser estudiado y tratado individualmente; no sólo debe ser examinado

el aspecto psíquico de la personalidad en relación con los factores que puedan ser perturbadores, sino también los aspectos bioquímico, fisiológico y neurológico. Aunque factores fisiológicos y somáticos de otros tipos no hayan actuado como causas, deben ser corregidos siempre que sea posible. Desgraciadamente, con demasiada frecuencia el enfermo no llega al psiquiatra tan pronto como fuera de desearse; generalmente el enfermo debería ser hospitalizado lo más pronto posible. El medio ambiente neutral proporcionado por el hospital, la actitud tolerante y comprensiva del personal y la vida sencilla y ordenada, pueden producir mejoría inmediatamente.

El tratamiento será dirigido hacia dos fines; descubrir y modificar los factores que han actuado como fuerzas desorganizadoras de la personalidad, por medio de medidas de naturaleza esencialmente mental, y segundo, aliviar síntomas especiales, particularmente los que son molestos o peligrosos para el enfermo o para los demás. La psicoterapia constructiva está limitada, a menos que se obtenga la cooperación y la confianza del enfermo; ayudado por esta relación, el médico trata de comprender al enfermo y sus tendencias subyacentes, es decir se intenta conocer el contenido mental del paciente y la extensión en que está formado por fantasías y proyecciones. Hasta donde sea posible hay que averiguar sus experiencias vitales y analizarlas a la luz de los factores perturbadores y de la naturaleza del contenido mental; se busca un factor común que se presente a través de las dificultades del enfermo consigo mismo y con los demás. Aunque el médico debe conocer la relación dinámica de los factores, el contenido y experiencias de los síntomas del enfermo, no hay que interpretárselos al paciente; en realidad, el análisis cuidadoso de ellos, suficiente para capacitar gradualmente al enfermo o descubrir su significado, es practicable en un número limitado de esquizofrénicos. En esto debe tenerse mucho cuidado, sobre todo con la discusión de temas delicados; si uno va más allá del material que el enfermo puede contemplar con seguridad, pueden aparecer signos de desorganización de la personalidad. Sólo en los casos precoces de esquizofrenia, y de éstos únicamente en un número limitado, será posible que el enfermo reconozca el significado de sus experiencias y síntomas, y que utilice este conocimiento de manera constructiva para modificar su pensamiento y otras funciones de la personalidad.

Algunos psiquiatras creen que en ciertas ocasiones puede usarse con éxito una técnica psicoanalítica modificada en el tratamiento de la esquizofrenia; su aplicación es limitada, ya que la mayoría de los esquizofrénicos, como muchos otros enfermos psicóticos, son incapaces de desarrollar una relación de transferencia con el psiquiatra terapéuticamente utilizable.

Como ya se ha indicado, se desea que el enfermo adquiera una actitud objetiva hacia sus creencias y conducta, actitud que puede usar constructivamente para reorganizar su personalidad. El tipo de psicoterapia probable-

mente mejor adaptado a este propósito es aquél en el que por medio de preguntas y problemas que se le plantean y que se refieren a reacciones y a acontecimientos pasados, el enfermo es alentado a investigarlos y a estudiarlos en busca de los factores en juego. Después de esta búsqueda se le ayuda a que se dedique constructivamente a la tarea de corregir las tendencias defectuosas y los hábitos de pensamiento cuya comprensión ha alcanzado. Si el enfermo es psicoterapéuticamente inaccesible, deben hacerse esfuerzos en el sentido de la reeducación, incluyendo el desarrollo de una conciencia social más amplia, y estimular el interés por la realidad; se intenta despertar la atención del enfermo, separar sus emociones del material subjetivo, redirigir su interés a cosas que estén fuera de él, inculcarle hábitos saludables y sociales, y abstraerlo de su aislamiento espiritual. Entre los métodos importantes que ayudan a alcanzar estos fines se encuentran la terapéutica ocupacional, los juegos, la música y las amistades apropiadas. Desde hace años se sabe que el empleo en una industria es de gran valor para el esquizofrénico introvertido y preocupado, debido a que le mantiene más íntimamente ligado a la realidad; la terapéutica ocupacional moderna no sólo llena este propósito, sino que gracias al contacto personal con gente que con mucha frecuencia tiene algún conocimiento acerca de la psicopatología y de las necesidades del esquizofrénico, frecuentemente añade los beneficios de la relación emocional conocida como transferencia en la dirección del interés. Sus técnicas deben ser aquellas que ayudan a la sociabilidad. Aunque no son pocos los enfermos que se aíslan en sus propias vidas autísticas a pesar de todos los esfuerzos del tratamiento, el grado de mejoría es, hablando en general, directamente proporcional a la atención y tratamiento que reciben; comúnmente hay cierta tendencia a la introversión progresiva y a la deterioración de los hábitos; por lo tanto, debe hacerse un esfuerzo constante para mantener o restablecer el contacto afectivo con la realidad y evitar que el enfermo caiga en un estado de inactividad e indiferencia. El paciente debe ser alentado en su ocupación, y su medio ambiente debe ofrecerle todas las cosas que interesan y satisfacen a las personas con salud mental. La música, el baile, el cine, el teatro, el base-ball y otros juegos y actividades recreativas, tienen todos un lugar útil. El hospital ofrece un ambiente protector ajustado a la capacidad de adaptación del enfermo. El tratamiento debería indudablemente hacerse mucho más social de lo que es ahora. En ningún caso debe abandonarse al paciente a la obscuridad de un pabellón de enfermos crónicos. Se ha dicho que la tercera parte del cuadro que uno ve en los casos crónicos y desahuciados de un hospital se debe a la enfermedad, y que los dos tercios restantes constituyen una reacción a un ambiente desfavorable e inapropiado. Las instituciones están adoptando ahora un sistema más activo y agresivo de tratamiento, pero están limitadas en sus esfuerzos porque no reciben al enfermo suficientemente temprano en el curso

de su enfermedad y porque no tienen suficiente personal para poner en práctica los recursos conocidos de tratamiento. Una de las circunstancias más desfavorables en las instituciones públicas es la sobrepoblación, que es responsable de la falta de atención adecuada, proporciona un ambiente antinatural y es causa de abandono, abusos, y hasta de aprensiones. El ideal sería proporcionar en el hospital lo que el hogar no puede proporcionar, además de todo lo que el enfermo hubiera tenido si se hubiera quedado en su casa.

En 1939 Myerson describió lo que llamó el método del "empuje total" para el tratamiento del esquizofrénico crónico hospitalizado, que no comprende ningún principio terapéutico nuevo, pero que consiste en la aplicación sostenida de un programa organizado de actividades individuales y variadas, planeado para evitar o aliviar la deterioración esquizofrénica, indudablemente agravada con mucha frecuencia por el vacío psicológico de la "sala postergada". Día a día se emplean vigorosamente las medidas que tienden a despertar al enfermo de su aislamiento automático; se intenta no acentuar la separación creada por la enfermedad del paciente, sino crear una atmósfera tan parecida como sea posible a la comunidad general; diariamente, y si el tiempo lo permite, se saca al enfermo a que pasee; se hacen esfuerzos sostenidos y activos para vencer la inercia del enfermo y su resistencia a participar en juegos y ejercicios; se organizan clases de boliche u otros juegos. Conforme los pacientes mejoran participan en bailes, música, oficios y terapéutica ocupacional general; diariamente se utilizan medidas fisioterápicas tales como ducha, baños y masaje; la dieta es variada y con frecuencia se usan pequeñas dosis de insulina; se hace hincapié en mantener al enfermo vestido con propiedad y atractivamente; se le rasura con regularidad y los dedos y el cabello reciben atención cuidadosa. Como estímulos, se utilizan en forma liberal los elogios y las recompensas en presencia del grupo. Las relaciones que se desarrollan entre el enfermo y la trabajadora social tienen valor terapéutico. La participación de los empleados en estas actividades altamente organizadas aumenta su moral y promueve un gran interés en el bienestar del enfermo.

Hay muchos síntomas especiales que pueden requerir tratamiento. La excitación catatónica se trata muy bien con el baño continuo; algunas veces, y debido a la agitación, el enfermo no permanecerá en el baño, y entonces se recurre a las compresas húmedas. La sujeción y el aislamiento facilitan el descuido y el abuso, provocan miedo, desconfianza, sospechas y resentimiento en la mente del enfermo, y evitan o destruyen las relaciones entre el enfermo, por un lado, y el médico y las enfermeras por el otro, tan esenciales para cualquier tratamiento con éxito. Las drogas sedantes pueden emplearse para producir sueño o disminuir la excitación, pero su uso debe ser cuidadosamente vigilado porque si no, se emplean con demasiada fre-

cuencia y en cantidades demasiado grandes. Entre los más útiles están los distintos derivados del ácido barbitúrico, aunque el paraldehido, los bromuros y el cloral pueden usarse con moderación. Muchas, quizá la mayoría de las instituciones para enfermedades mentales, usan drogas sedantes con demasiada parquedad debido a que fácilmente se cae en el abuso. Nunca deben usarse narcóticos. En el estupor catatónico hay que vigilar si el intestino y la vejiga están vacíos; no es raro que el enfermo estuporoso no coma, y si los esfuerzos persuasivos no tienen éxito, debe probarse a alimentarlo con cuchara. Finalmente, si el enfermo muestra signos claros de desnutrición o aparece acetona en la orina, hay que recurrir a la alimentación con sonda. Las instrucciones relacionadas con el contenido de una mezcla alimenticia apropiada y con el procedimiento de la alimentación por sonda nasal se encontrarán en las páginas 371 y 372.

FORMAS ESPECIALES DE TRATAMIENTO

Tratamiento con insulina. La historia del tratamiento de la esquizofrenia se ha caracterizado por el uso de distintos procedimientos que temporalmente tuvieron partidarios entusiastas, pero que fracasaron frente a la prueba del tiempo. Aunque la terapéutica con insulina no es específica, y en muchos respectos ha sido un procedimiento decepcionante, cuando se hace en el momento oportuno y en el caso indicado, es probablemente la forma más efectiva de tratamiento de que disponemos por ahora. El mecanismo por el cual produce resultados benéficos es desconocido, pero probablemente se debe a la modificación del metabolismo de los hidratos de carbono en las células de la corteza y del sistema nervioso central en conjunto. El porcentaje de remisiones completas que siguen al tratamiento con insulina depende principalmente de la duración previa de la psicosis; el índice de recuperación es mayor, con mucho, en pacientes que llevan enfermos menos de seis meses; la remisión completa cuando la enfermedad tiene una evolución superior a dos años no es común. La recuperación después de un período de larga duración no es rara si ha habido intervalos libres de síntomas durante su evolución. Las variaciones en los resultados obtenidos con el tratamiento de insulina se deben probablemente a varios factores; algunos psiquiatras consideran que la conciencia plena de enfermedad es la única prueba satisfactoria de recuperación total; otros estiman que la persistencia de ligeros cambios de la personalidad no es incompatible con la curación. Las estadísticas con cifras bajas de recuperación han sido muy frecuentemente recogidas por psiquiatras que no aplicaron comas de tan larga duración y tan profundos como los de los que han consignado éxitos mejores; con frecuencia, tampoco continuaron los tratamientos durante un período tan largo como los que obtuvieron éxito; los mejores resultados parecen haber sido obtenidos por los médicos que siguieron concretamente la técnica recomendada por Sakel. Muchos psiquiatras creen que en casos de menos de un año de duración, el tratamiento adecuado es seguido por mejoría inmediata con mayor frecuencia que en ninguna otra forma de terapéutica. El porcentaje de recaídas es tan alto, que algunos psiquiatras creen que después de un período de cinco años el número de enfermos que han permanecido bien no es mayor que el de las remisiones espontáneas. Bond y Rivers encontraron que al final del tratamiento, el 55 por ciento de todos los enfermos tratados estaban gozando de franca mejoría, después de dos años el 36 por ciento se habían recuperado o estaban en una remisión; mientras que después de tres años sólo el 32 por ciento conservaba un estado satisfactorio. Otros autores señalan que sólo la cuarta o la tercera parte de los casos tratados con éxito mantienen su remisión después de tres o cuatro años y medio. Los mejores resultados se obtienen en aquellos enfermos en los que el pronóstico sería, en general, más favorable, o sea en casos caracterizados por iniciación brusca, sintomatología aguda, factores exógenos precipitantes, reacción catatónica y tendencias previas extravertidas. Generalmente se acepta que el tratamiento con insulina no sólo aumenta el número de remisiones, sino que mejora su calidad, en comparación con las remisiones espontáneas. El tiempo de permanencia del enfermo en el hospital se reduce por el tratamiento con insulina, y el número de pacientes que pueden ser reintegrados a la comunidad gracias a su uso es mayor. El tratamiento combinado electroconvulsivo y de insulina puede tener éxito cuando aisladamente han fracasado. El tratamiento con insulina, en las formas paranoides produce mejores resultados que en los tipos hebefrénico o simple. El tratamiento no determina ningún cambio en la personalidad prepsicótica.

Tratamiento electroconvulsivo. Debido a la simplicidad de su aplicación, a los pocos peligros que presenta y a que el personal especializado no necesita ser tan numeroso, en la actualidad se tiende a substituir el tratamiento con insulina por el electroconvulsivo. Todavía continúa habiendo alguna controversia acerca de los resultados relativos que se obtienen con estas dos formas de tratamiento. Parece que con la terapéutica insulínica se obtiene un número ligeramente mayor de remisiones completas, pero muchos psiquiatras creen que el tratamiento prolongado e intenso con choques eléctricos, con 20 aplicaciones por lo menos, puede ser tan efectivo como la insulina. Los resultados son mejores si los síntomas son agudos y floridos, y si la afectividad no está embotada. Los enfermos que recaen después de dos series sucesivas de tratamiento, pueden continuar bajo un régimen de mantenimiento de una o dos aplicaciones a la semana. El cuidado y la supervisión de esquizofrénicos difíciles, crónicamente alterados, se facilita mucho

por series semejantes de mantenimiento; sin embargo, debe tenerse mucho cuidado en no prolongar demasiado los choques; en no pocos casos los enfermos que han recibido muchos tratamientos desarrollan "convulsiones espontáneas", que poseen las características de la epilepsia, y continúan después de la suspensión de los choques eléctricos. En algunos casos se han presentado ataques después de 48 tratamientos, mientras que en otros aparecieron por primera vez después de 150 o más aplicaciones.

Tratamiento combinado de insulina y choques eléctricos. Ya que ni la insulina ni los choques eléctricos son siempre efectivos, la combinación de ambos métodos puede ser más satisfactoria. La terapéutica electroconvulsiva puede aplicarse en los días en que no se administra insulina o, quizá preferiblemente, las convulsiones pueden ser inducidas eléctricamente en el momento de mayor profundidad del coma hipoglicémico. Debido a que los choques eléctricos son más sencillos de aplicar y más rápidos en sus resultados, muchos psiquiatras empiezan el tratamiento con electrochoques y lo continúan con insulina para estabilizar la mejoría. Si el enfermo esquizofrénico no mejora con un método, se pueden probar varias combinaciones de tratamiento (Véase también el Capítulo XXX).

Lobotomía prefrontal. Esta forma de tratamiento no será empleada sino como último recurso, y si se va a aplicar debe ser antes de que la deterioración emocional esté muy avanzada. Si después de un año de tratamiento activo con una serie completa de choques insulínicos, electrochoques, y tratamiento combinado, el enfermo no ha mostrado mejoría, se recomienda la lobotomía frontal. Los mejores resultados se obtienen cuando la personalidad original del enfermo estaba relativamente bien organizada. Los enfermos crónicamente excitados, tensos, indóciles, destructivos o combativos son apropiados para la lobotomía. El problema de su cuidado se simplifica mucho en el caso de que no mejoren lo suficiente como para permitir que abandonen el hospital. Como dice Freeman, mientras el esquizofrénico está todavía luchando contra su enfermedad, la lobotomía frontal ofrece una oportunidad de alivio y de mejoría subsecuente de la conducta. Los resultados en enfermos que han estado hospitalizados durante diez o doce años son generalmente satisfactorios (Véase también pág. 506).

REFERENCIAS

Association for Research in Nervous and Mental Disease: Vol. V. Schizophrenia (Dementia Praecox.) New York, Paul B. Hoeber, Inc., 1928.

———: Vol. X, Schizophrenia (Dementia Praecox). Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1931.

Bender, Lauretta: Childhood Schizophrenia. Am. J. Orthopsychiat., *17:* 40, 1947.

Blair, Donald: Prognosis in Schizophrenia. J. Ment. Sc., *86:* 378-477, 1940.

Handbuch der Psychiatrie. Bd. 2. Leipzig, Franz Deuticke, 1911.

Bleuler, E.: Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In Aschaffenburg's

———: The Theory of Schizophrenic Negativism. Traducido por W. A. White. J. Nerv. & Ment. Dis., *39:* 50, 133, 274, 1912.

———: Textbook of Psychiatry. Traducido por A. A. Brill, New York, Macmillan, 1924.

———: Primäre und sekundäre Symptôme der Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat., *124:* 607, 1930.

———: The Physiogenic and Psychogenic in Schizophrenia. Am. J. Psychiat., *10:* 203, 1930.

Bleuler, M.: Schizophrenia: Review of Work of Prof Eugen Bleuler. Arch. Neurol. and Psychiat., *26:* 610, 1931.

Bond, E. D. y Shurley, J. T.: Insulin Therapy and its Future. Am. J. Psychiat., *103:* 338, 1946.

Bond, E. D., y Rivers, T. D.: Insulin Shock Therapy after Seven Years. Am. J. Psychiat., *101:* 62, 1944.

Bradley, Chas.: Schizophrenia in Childhood. New York, The Macmillan Company, 1941.

Campbell, C. M.: Toward Mental Health. Cambridge, Harvard Univ. Press, 1933.

———: Destiny and Disease in Mental Disorders. New York, W. W. Norton & Co., 1935.

———: Clinical Studies in Schizophrenia. Am. J. Psychiat., *99:* 475, 1943.

———: Adolf Meyer. Arch. Neurol. & Psychiat., *37:* 715, 1937.

Cheney, C. O., y Drewry, P. H. Jr.: Results of Non-Specific Treatment in Dementia Praecox. Am. J. Psychiat., *95:* 203-217, 1938.

Folks, Homer, *et al*: Insulin Shock Therapy; Study by the Temporary Commission on State Hospital Problemas. New York, 1944.

Freeman, W., y Watts, J. W.: Prefrontal Lobotomy. The Problem of Schizophrenia. Am. J. Psychiat., *101:* 739, 1945.

Hanfmann, E., y Kasanin, J.: Conceptual Thinking in Schizophrenia. New York, Nervous and Mental Disease Monographs. 1943.

Hecker, Ewald: Die Hebephrenie. Berlin, Virchow's Archiv, 1871.

Himwich, H. E., *et al.*: Biochemical Changes Occurring in the Cerebral Blood During the Insulin Treatment of Schizophrenia. J. Nerv. & Ment. Dis., *89:* 273, 1939.

Hoch, August: Constitutional Factors in the Dementia Praecox Group. Rev. Neurol. and Psychiat., *8:* 463, 1910.

Hoskins, R. G.: The Biology of Schizophrenia. New York, W. W. Norton & Co., 1946.

Jung, C. G.: Psychology of Dementia Praecox. Traducido por Peterson and Brill. Washington, Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1909.

———: Psychological Types. New York, Harcourt, Brace & Co., 1923.

———: On the Psychogenesis of Schizophrenia. J. Ment. Sc., *85:* 999, 1939.

Kahlbaum, Karl: Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin, August Hirschwald, 1874.

Kalinowsky, L. B., y Hoch, P. H.: Shock Treatments. New York, Grune & Stratton, 1946.

Kallman, F. J.: The Genetic Theory of Schizophrenia. Am. J. Psychiat., *103:* 309, 1946.

Kallman, F. J., *et al*: The Rôle of Mental Deficiency in the Incidence of Schizophrenia. Am. J. Ment. Deficiency, *45:* 514, 1941.

Kasanin, J.: Language and Thought in Schizophrenia. Berkeley, Univ. of California Press, 1944.

Katzenelbogen, S.: Dementia Praecox, Formulation by Kraepelin, Bleuler and Meyer Psychiatric Quart., *16:* 439, 1942.
———: A Critical Appraisal of the "Shock Therapies" in the Major Psychoses, I-Insulin. Psychiatry, *2:* 493, 1939; *3:* 211, 1940; *3:* 409, 1940.
Knight, R. P.: Psychotherapy of an Adolescent Catatonic Schizophrenic with Mutism. Psychiatry, *9:* 323, 1946.
Kraepelin, E.: Dementia Praecox. Traducida por Barclay, E., y S. Livingstone, Edinburgh, 1919.
Kretschmer, E.: Physique and Character. New York, Harcourt, Brace & Co., 1925.
Lewis, N. D. C.: The Constitutional Factors in Dementia Praecox. Washington, Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1923.
———: Research in Dementia Praecox. New York, The National Committee for Mental Hygiene, 1936.
Lowrie, R. S., *et al:* Studies on the Prognosis in Schizophrenic-Like Psychoses in Children. Am. J. Psychiat., *99:* 542, 1943.
May, James V.: The Dementia Praecox-Schizophrenia Problem. Am. J. Psychiat., *11:* 401, 1931.
Mayer-Gross, W., y Moore, N. P.: Schizophrenia. Recent Progress in Psychiatry. Ed. por G. W. T. H. Fleming. London, J. & A. Churchill, 1944.
Meyer, Adolf: An Attempt at Analysis of the Neurotic Constitution. Jour. Abnormal Psychol, *14:* 90,1903.
———: Fundamental Conceptions of Dementia Praecox. Brit. Med Jour., Part 2, 757, 1906; J. Nerv. and Ment. Dis., *34:* 331, 1907.
———: Dynamic Interpretation of Dementia Praecox. Am. J. Psychol, *21:* 385, 1910.
———: The Nature and Conception of Dementia Praecox, Jour. Abnormal Psychol, ...*5:* 274, 1910.
———: Constructive Formulation of Schizophrenia. Am. J. Psychiat., *78:* 355, 1922.
Morel, B. A.: Traité des Maladies Mentales. Paris, Victor Masson, 1860.
Myerson, A.: Theory and Principles of the "Total Push" Method in the Treatment of Chronic Schizophrenia. Am. J. Psychiat., *95:* 1197, 1939.
Rennie, T. A. C.: Analysis of One Hundred Cases of Schizophrenia with Recovery. Arch. Neurol. and Psychiat., *46:* 197, 1941.
Sakel, M.: Pharmacological Shock Treatment of Schizophrenia. Washington, Nervous and Mental Disease Publishing Co., 1938.
Sargant, W., y Slater, E.: An Introduction to Somatic Methods of Treatment in Psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1944.

CAPITULO XXVI

PARANOIA Y ESTADOS PARANOIDES

La paranoia es un trastorno mental crónico de desarrollo insidioso que se caracteriza por ideas delirantes persistentes, inalterables, sistematizadas y lógicamente razonadas. El comportamiento general, la expresión y las reacciones emocionales y de conducta permanecen inalteradas, excepto en lo que resultan influídas por las creencias delirantes, que constituyen el tema más importante y guía de la vida del enfermo, pudiendo así alterar seriamente la discreción y el juicio. El término fué usado por primera vez por Kahlbaum en 1863, para designar distintos estados persecutorios y de grandeza. Que el síntoma fundamental se encuentra en la esfera del pensamiento se indica en la etimología del nombre aplicado a los trastornos mentales de este tipo (*παρά*, al lado de, en el sentido de alterado o cambiado, y *νοῦς*, intelecto o razón).

CAUSAS

Parece haber razones suficientes para suponer que las causas de la paranoia y de los estados paranoides son psicológicas; entre éstas pueden contarse la necesidad de defender la personalidad contra tendencias indeseables e impulsos repudiados, los sentimientos de inseguridad, culpa y otros factores determinantes de ansiedad; el fracaso repetido para alcanzar metas hipervaloradas o la necesidad de aumentar el prestigio o la propia estimación. Algunas experiencias traumáticas de la vida pueden servir como factores coadyuvantes.

Ya en la infancia, el futuro paranoide muestra generalmente rasgos peculiares que le hacen difícil participar en juegos amistosos con otros niños por períodos largos de tiempo; con frecuencia es un niño solitario, infeliz, pensativo e inseguro, sin amigos con los que pueda tener un intercambio de confidencias o perspectivas; a menudo se comprueba que es suspicaz, terco, reservado, obstinado y resentido a la disciplina; cuando está de mal humor es hosco, áspero, impertinente e irritable. Conforme se llega a la vida adulta se acentúan las características primitivas de la personalidad; el futuro enfermo se hace cada vez más sensible respecto de la actitud y de la conducta de los demás, y puede creer que desean hacerle daño; no tiene sentido del humor, es egoísta, confiado en sí mismo, litigante, amar-

gado y resentido. Generalmente el paranoide ha sido siempre desconfiado, impaciente con los convencionalismos, a los que frecuentemente desafía; es característico que haya sido discutidor, incapaz de contraer compromisos, ambicioso y agresivo; no tolera la crítica ni es capaz de aceptar sugestiones, pero critica y desprecia a los demás. Escrupuloso y preciso, es en algunos respectos muy eficiente, pero también celoso e inadaptable; si está en una posición con autoridad es exigente y tirano.

Algunas veces se encuentran personas con estas desventajas correspondientes a la *personalidad paranoide* y que, sin embargo, nunca evolucionan más; en otras los rasgos se intensifican gradual e insidiosamente hasta que el enfermo se hace claramente psicótico. Las fuentes de la personalidad paranoide y de la psicosis paranoide se encuentran en los mismos problemas y factores. Cuándo una personalidad paranoide se transforma en psicosis sólo es cuestión de criterio.

Los mecanismos mentales y las reacciones que observamos en la paranoia no son sino exageraciones de las que constantemente observamos en personas que nadie consideraría como psicóticas; en la vida cotidiana comprobamos que el miedo y la inseguridad adquieren expresiones disfrazadas tales como mezquindad, hipersensibilidad, irascibilidad, sobrecompensación, aislamiento, egoísmo o cinismo; hasta la cautela puede transformarse en suspicacia; muchas personas muestran tendencia a sentirse menospreciadas, a creer que sus méritos no se reconocen, a culpar al medio ambiente de lo que en realidad son faltas propias, o quizá, en parte, a satisfacer sus deseos con fantasías. Los ataques reales o imaginarios al orgullo tienden a determinar estados de resentimiento y rencor de duración variable; una actitud de rebeldía y superioridad puede servir para justificar la autoestimación y para evitar una autovaloración real pero intolerable; una actitud paranoide puede representar la liberación de un estado de ansiedad debido a un sentimiento de culpa, acusando a otra persona. Se sabe que los estados afectivos pueden dar lugar a ideas falsas acerca de uno mismo y conducen a la racionalización y a la suspensión de la lógica reflexiva, aunque las ideas determinadas afectivamente no continúen multiplicándose y difundiéndose como en la paranoia. Hay que estar de acuerdo con el psiquiatra inglés Crichton-Miller, cuando dice: "Por cada caso completamente desarrollado de paranoia que hay en nuestros hospitales mentales, debe haber cientos, o quizá miles, que sufren de grados menores de desconfianza y suspicacia, cuyas vidas se marchitan por esta barrera frente a la armonía humana, y que envenenan las bellezas de la vida social de la comunidad".

En la personalidad paranoide nos encontramos con una exageración de la tendencia común a atribuir la responsabilidad a otros, a repudiar aspectos de la personalidad que no han llenado las exigencias que el individuo se ha señalado a sí mismo, a obtener satisfacciones mediante esfuerzos compensadores, y a ver en los demás actitudes hostiles y agresivas; por lo tanto, las causas de la paranoia hay que buscarlas en la necesidad de protección de ciertos aspectos particularmente vulnerables de la personalidad, en el deseo vehemente de un reconocimiento mayor que el que proporcionan las propias conquistas, en los conflictos mentales del individuo, y en las frustraciones, temores inconcretos y necesidad de liberarse de la ansiedad del sentimiento de culpa proyectando la responsabilidad hacia otras personas. Conforme estudiamos la conducta de los individuos y los métodos de que se valen para enfrentarse a los conflictos internos y a las dificultades exteriores, encontramos que es, con frecuencia, difícil decir cuándo las manifestaciones de una personalidad paranoide se transforman en síntomas de una psicosis paranoide; las anomalías de carácter se continúan insensiblemente en la psicosis, pero más acentuadas, regresando a las necesidades y problemas de la personalidad y a los procedimientos y sistemas habituales con que el individuo trata de afrontarlos.

REACCIONES PARANOIDES

Antes existía la tendencia a subdividir las reacciones paranoides permanentes en entidades nosológicas definidas. Kraepelin consideraba la paranoia como un tipo fijo de enfermedad debida exclusivamente a causas internas y caracterizada por ideas delirantes, persistentes y sistematizadas, con conservación de la claridad y ordenación en el pensamiento y en la conducta y por la ausencia de alucinaciones; como eslabón intermediario entre la paranoia y la esquizofrenia paranoide aisló una entidad, a la cual dió el nombre de parafrenia, que se distingue de la paranoia principalmente porque los sistemas delirantes son de tipo más fantástico y por la presencia de alucinaciones. No hay nunca, o durante muchos años, deterioración del interés general o de la personalidad. La parafrenia de Kraepelin se encuentra entre las psicosis incluídas en la clasificación oficial actual bajo el nombre de "Estados Paranoides"; sin embargo, es difícil establecer una clara línea de división entre la "Paranoia" y los "Estados Paranoides"; más bien, las psicosis con reacción paranoide constituyen una transición continúa con gradaciones imperceptibles que podrían enumerarse como sigue: extensión con la cual el afecto es adecuadamente proporcionado a las vivencias y al ambiente; grado en que las asociaciones permanecen ordenadas; grado en que el material mental subjetivo se simboliza y proyecta en términos de experiencias sensoriales como alucinaciones; y, finalmente, la extensión con la cual la integración psicobiológica se trastorna y la personalidad se desorganiza. En todos estos aspectos los procesos desintegrativos aumentan a medida que se aproximan al polo esquizofrénico de la serie paranoide.

La verdadera paranoia de Kraepelin es mucho menos frecuente que las reacciones paranoides acompañadas de caracteres esquizofrénicos. La diferencia en cuanto a la terminación de las psicosis del grupo de las reacciones paranoides depende del grado de conservación de la personalidad. Excepto por el hecho de que no incluiremos las reacciones acompañadas de rasgos esquizoides tan marcados que caen dentro de las esquizofrenias, en esta exposición no se intentará trazar líneas de separación entre la llamada paranoia "verdadera" y las otras reacciones paranoides, que a través de una larga evolución vienen a representar un tipo permanente de adaptación vital. Prácticamente, si las reacciones paranoides relativamente libres de síntomas esquizofrénicos deben considerarse como paranoia o como estados paranoides es sólo cuestión de criterio y no tiene importancia. El hecho de que las reacciones paranoides, representadas en un extremo por la paranoia y en el otro por la esquizofrenia paranoide, parecen pasar imperceptiblemente de una a otra, era de esperarse ya que los tipos de personalidades no caben en categorías claramente definidas ni hay mecanismos mentales fijos y exclusivos por medio de los cuales los individuos afrontan sus conflictos emocionales, sus limitaciones y sus experiencias vitales.

SINTOMAS

Como ya se ha hecho notar con anterioridad no hay un límite claramente definido a partir del cual la personalidad caracterizada por los rasgos previamente descritos deba ser considerada como psicótica; quizá el criterio pudiera ser el grado hasta el cual se deforma la realidad y la magnitud del trastorno en la adaptación. Las tendencias paranoides raramente se hacen tan extremas como para justificar un diagnóstico de paranoia antes de los treinta años de edad. Es más frecuente en el hombre, especialmente en el soltero. Como ya se ha indicado, el síntoma fundamental de la paranoia y de los estados paranoides son las ideas delirantes, que algunas veces pueden tener origen en un hecho real. Al corte transversal su conducta y el contenido de sus pensamientos puede parecer normal; sin embargo, al corte longitudinal se descubre el tema paranoide. El contenido de las ideas paranoides varía ampliamente y está determinado de manera primaria por las necesidades psicológicas particulares para cuya satisfacción son creadas. y secundariamente por el tipo de racionalización más concordante con las ideas y creencias corrientes del medio ambiente del enfermo; las inclinaciones propias del paciente se reflejan en los motivos e intenciones particulares atribuídas a otros; sus racionalizaciones son defendidas vigorosamente y exhibe una vehemencia convincente en sus esfuerzos por ganar a otros para sus creencias delirantes; el enfermo puede en apariencia razonar tan lógicamente que sus amigos aceptan sus alegatos de que otros individuos, y no él mismo, son los responsables de sus dificultades. Las ideas dominantes suelen ser de persecución, de grandiosidad expansiva, o una combinación de ambos temas.

Cuando se desarrollan las ideas de persecución, el enfermo atribuye intenciones agresivas u hostiles a otros, fomenta sus motivos de queja y se hace cada vez más reservado. Al comienzo de su psicosis puede mostrarse hipocondríaco, inquieto, reservado y meditabundo; las falsas interpretaciones se transforman en ideas delirantes de persecución. La tendencia del paranoico a buscar motivaciones ocultas por parte de otros, o a interpretar falsamente ciertos acontecimientos, se ilustra con el caso de una mujer que al poco tiempo de haberse graduado en una escuela de leyes, y habiendo recibido el premio anual por aplicación en el trabajo escolar durante su carrera, demandó a la escuela por perjuicios, alegando que le habían dado tal premio con el propósito de presentarla como más pobremente dotada que sus compañeros para el estudio de las leyes. (Indudablemente, el mismo sentido de inseguridad que la llevó hasta la psicosis determinó también su elección de las leyes como profesión.) El enfermo proyecta sus impulsos hostiles, en los que frecuentemente se encuentra el origen de su reacción paranoide, y siente que están dirigidos en su contra en un esfuerzo para controlarlos; lleno de odio, siente y cree que es víctima de sus perseguidores que, de hecho, no son sino los objetos hacia los que ha proyectado su propio odio. Aparecen ideas de referencia: hay un significado oculto en lo que pasa a su alrededor; encuentra segunda intención en frases y acontecimientos casuales; imagina desprecios e indignidades; atribuye amplio significado a detalles triviales de la conducta de otros; una vaga sensación de miedo tiende a aumentar sus sospechas. Aunque en el caso de la persona "normal" la incredulidad, la indignación y el enojo ayudan frecuentemente a evitar que el individuo se dé cuenta de cualidades, deseos y tendencias que ofenden la auto-estimación, estas reacciones defensivas son mucho más utilizadas por el enfermo paranoico. Las ideas delirantes se extienden; el enfermo cree que la gente difunde mentiras acerca de él; algunas personas intervienen su correspondencia; en la conversación descubren alusiones; en todas partes notan hostilidad y celos; sus planes de negocios son obstruídos; es víctima de una conspiración y se cree perseguido por agentes de organizaciones sociales perversas; los perseguidores ocultan su identidad por los más diversos medios. Ocasionalmente, un intenso resentimiento hacia la vida puede conducir al suicidio, el cual representa una acción agresiva contra un objeto externo incorporado. El talante de muchos paranoicos suele ser de mal humor sostenido.

En la forma persecutoria de la paranoia, así como en las otras formas, se encuentra un tema central delirante que llena toda la vida del enfermo,

el cual es incapaz de ejercer crítica sobre la falsedad de los argumentos que emplea para sostener esta idea dominante. Sus premisas no son analizadas, y todo lo que ocurre, sin tener en cuenta su relación con la idea prevalente, se interpreta con referencia a ella; el afecto determina la lógica del enfermo. Los incidentes del pasado reciben una nueva interpretación y descubre en ellos un significado que no reconoció cuando ocurrieron, proceso conocido como falsificación retrospectiva. Como resultado de esto, el sistema delirante se extiende constantemente, y los incidentes más insignificantes, debido a su interpretación afectiva con referencia a la idea dominante, se transforman en acontecimientos de la mayor importancia. En todas las reacciones paranoides el enfermo, siempre confiado en que tiene la razón, se aferra obstinadamente a sus opiniones, ya que su sentido interno de inseguridad no le permite sentir de otra manera.

Una forma no rara de paranoia es el *tipo litigante.* Aunque generalmente se comprueba que este tipo de paranoico ha sido siempre una personalidad obstinada, exigente en sus "derechos" y que tiene muchos mecanismos de defensa, con frecuencia sus actividades litigantes no empiezan sino hasta después de una experiencia legal que se resolvió de manera menos satisfactoria de lo que el enfermo esperaba; debido a su descontento, el paciente inicia una nueva, pero mal orientada, acción legal; es incapaz de comprender que no ha probado su caso. Cada nuevo litigio suscita nuevas controversias y nuevos agravios por los que el enfermo se siente impulsado a buscar justicia. Fundamentalmente no se trata, con frecuencia, de un problema de ley y de justicia, como cree el enfermo, sino intentos de poner a otros en evidencia, de demostrar que él tiene la razón, que es superior, para fortalecer de este modo su inseguridad sensitiva y proteger los puntos débiles de su personalidad.

En el *tipo exaltado* de la paranoia, las ideas de grandeza pueden aparecer después de una larga fase de persecución, o a veces prácticamente desde el principio mismo de la psicosis. Las ideas de invención constituyen una forma frecuente de grandiosidad; los enfermos con tales creencias generalmente descuidan su modo habitual de ganarse la vida y dedican todo su tiempo a hacer planos y a construir modelos; algunas veces el paciente asegura que los modelos están terminados, pero que sus enemigos le impiden obtener la patente, o bien se encuentra en el proceso de perfeccionar la máquina. En cualquier caso el enfermo frecuentemente afirma que utiliza alguna fuerza o que alcanza un objetivo contrario a las leyes aceptadas por la ciencia. En este tipo el enfermo puede creerse investido de una alta misión y perseguir una meta inasequible con más fervor que discreción. En otros las ideas versan sobre la nobleza de origen. En general el paciente trata de desempeñar el papel que sus ideas le han asignado; si, por ejemplo, el enfermo se cree un líder religioso, puede llevar el pelo largo, dejarse crecer la barba y adoptar un aire de humildad, que frecuentemente oculta, aunque imperfectamente, un odio reprimido.

Las creencias exaltadas de algunos paranoicos son de naturaleza religiosa; el enfermo es el elegido de Dios, Cristo, profetizó la guerra, tiene poderes sobrenaturales; algunos fundan sectas religiosas y hacen adeptos. Otros se proclaman a sí mismos líderes de un nuevo orden, pero son de creencias y conducta tan extravagantes que no tienen eco.

Ocasionalmente la paranoia asume una *forma erótica;* el enfermo cree que alguna mujer noble o rica que ha visto o conocido casualmente, está enamorada de él; le escribe cartas apasionadas o versos; el hecho de que ella no conteste lo interpreta solamente como que está probando su amor; los anuncios en los periódicos, el vuelo de los pájaros y otros acontecimientos son manifestaciones disfrazadas de su presencia y reconocimiento de su amor. Estos enfermos pueden hacerse molestamente perseverantes en sus atenciones y amenazantes en sus actitudes.

Entre las causas más frecuentes de internamiento de los enfermos paranoides se encuentran los intentos de homicidio y suicidio, las cartas anónimas a las autoridades, el litigio o las denuncias insistentes de que son víctimas de una conspiración.

Psicopatología. Aunque la disparidad entre la ambición y las realizaciones, las vivencias precoces fuertemente cargadas de afecto, los sentimientos vagos o subconscientes de descontento o irritación con uno mismo, las agresiones a la apreciación personal, así como otros varios trastornos del sentimiento de seguridad, pueden actuar como agentes dinámicos y conducir o contribuir al tipo de reacción paranoide fija, hay muchos hechos que parecen indicar que en algunos casos, aunque no en todos, la homosexualidad reprimida puede ser un factor genético. Un número creciente de psiquiatras, aunque sin aceptar todas las concepciones de Freud referentes a la relación del sexo con la personalidad normal o anormal, han llegado a creer que las tendencias homosexuales tienen algo que ver con la paranoia. El desarrollo de tendencias homosexuales no reconocidas conscientemente puede sin duda alguna tener diversos mecanismos, pero se caracteriza como en el homosexual, por supervivencias infantiles e influencias maternas, habiendo buenas razones para creer que si en la pubertad un muchacho no puede abandonar la fijación hacia la madre, que hasta esa época puede ser considerada como normal, puede continuar identificándose a sí mismo con ella y, por lo tanto, desear que sus intereses amorosos se dirijan hacia aquellos hacia los que se dirigieron los de ella y que se parecen más a él, o sea, los hombres. Así encontramos que el narcisismo está íntimamente ligado a la homosexualidad, asociación muy frecuentemente observada.

Aceptando que hay una relación entre esta fijación, o evolución incompleta de la personalidad, y la homosexualidad, ¿cómo es que esta última

conduce a la paranoia? De acuerdo con Freud es a través del mecanismo de proyección que el afecto original, reprimido y por lo tanto conscientemente rechazado, se invierte y se transfiere hacia el objeto homosexual; debido a que es conscientemente inadmisible, el "yo quiero" del enfermo se cambia en "yo no lo quiero, yo lo odio", que para ser aceptable requiere la proyección en forma de "él me odia", llegando a elaborarse en forma de "yo soy perseguido por él".

El "verdadero" paranoico es frecuentemente una persona de dotación intelectual superior, pero su energía se gasta tanto en repudiar deseos que no quiere reconocer como tales, en esfuerzos compensadores con los que puede aumentar su autoestimación, y en la lucha por las satisfacciones que la vida no le ha brindado, que las relaciones sociales se trastornan y no llega a realizaciones constructivas; el hecho de que la vida no le haya proporcionado el éxito y las satisfacciones a que debería ser acreedor por su inteligencia, tiende indudablemente a agravar sus reacciones defensivas. Como ya se ha indicado, un gran porcentaje de casos de paranoia se presentan en sujetos de inteligencia superior; esto quizá se deba a que la racionalización, el principal método con que el paranoico se enfrenta a tendencias reprimidas, sentimientos de culpa, esperanzas frustradas y heridas del orgullo, en contraste con la regresión y otros métodos primitivos, requiere para alcanzar su mayor desarrollo un alto grado de inteligencia. Cuanto más rápida y más pasivamente renuncie el individuo a la lucha por la autoestimación y por el reconocimiento, más cerca estará la reacción de la esquizofrenia, independientemente de la inteligencia natural, mientras que cuanto más activa y sostenida sea la lucha, es más probable que el resultado se acerque a la paranoia.

El siguiente caso muestra, en muchos aspectos, los rasgos característicos de la paranoia:

P. G. fué internado en un hospital de enfermedades mentales debido a sus peculiares ideas y ritos religiosos, uno de los cuales consistía en caminar desnudo en la calle. Los padres del enfermo eran cuáqueros, estrictos en sus principios morales y rígidos en su disciplina; todos los hermanos del padre eran maestros, excepto el padre del enfermo, que era granjero y estaba siempre insatisfecho con su situación y frecuentemente expresaba el deseo de que "ojalá pudiera irse lejos donde pudiera leer y estudiar y reformar el mundo". El enfermo tenía una hermana, y un hermano mayor y más fuerte que era el que "mandaba". La asociación con su hermana era íntima, y poco antes de abandonar su hogar, siendo aún joven, le sugirió que si ella no se casaba, él tampoco lo haría, y así podrían vivir juntos. Se le describió como un niño sensible y con miedo a la crítica; su hermana dijo que "debido a que no era fuerte era algo así como una hermanita". En la escuela fué un alumno aprovechado y completó el equivalente de dos años de trabajo en la secundaria; cuando obtenía menos de 90 en sus calificaciones se sentía desgraciado. Antes de su matrimonio, a la edad de veintiséis años, había demostrado poco interés por las personas del sexo opuesto; a esa edad se casó con su ama de llaves, una mujer de sesenta y seis años "como un acto humano", que fué lo que dijo de su

boda cuando entró al hospital. Cuando se le interrogó acerca de su vida sexual dijo que los hombres le atraían sexualmente más que las mujeres, por las que no sentía deseos sexuales; excepto en unas cuantas ocasiones, nunca tomó parte en prácticas homosexuales, pero cuando se le preguntó si creía que su religión le había ayudado a reprimir sus tendencias homosexuales, contestó: "no lo creo, lo sé". Reconoció que sentía placer al exhibirse a otros hombres, aunque dijo que su costumbre de caminar desnudo era una medida higiénica permitida por su religión, sin propósito de satisfacer deseos exhibicionistas, lo que indudablemente era una racionalización de inclinaciones socialmente prohibidas. Cuando se le interrogó acerca de su vida social dijo que tenía una "aversión a las organizaciones secretas", lo que quizá era una defensa inconsciente en contra de sus tendencias homosexuales, ya que tales organizaciones, formadas, como casi siempre lo están, por individuos de un solo sexo, sirven para proporcionar una salida sublimada y social a las tendencias homosexuales, aunque la base psicológica de estas corporaciones es también de narcisismo y compensación.

Durante la primera fase de su vida adulta el enfermo se interesó por varios cultos religiosos raros (probablemente un esfuerzo para obtener un sentimiento de seguridad), aunque este esfuerzo no produjo trastornos tan serios del pensamiento y de la conducta como para que fuera considerado como psicótico sino hasta después de los cuarenta años de edad; se describió a sí mismo en ese período como sufriendo de "falta de iniciativa, incapacidad para concentrarse, debilidad general, ansiedad acerca del futuro, irritabilidad e hipotensión del corazón". Indudablemente que esto representa el estado hipocondríaco, o etapa del análisis subjetivo, que se presenta frecuentemente en la enfermedad. Dirigió una plegaria a la "Deidad" pidiendo ayuda y amenazando con el suicidio si no la obtenía; casi inmediatamente le fué "revelado", no a través de voces o signos visibles, sino "simplemente a través del proceso del pensamiento", que debería fundar una nueva religión para substituir a la cristiana, que fuera más confortante y satisfactoria; llamó a su nueva religión "Omnivitismo" y pasó día tras día escribiendo "una serie de lemas en lugar de mandamientos, una serie de acciones e ideales, oraciones, versos, comentarios sobre principios, afirmaciones y negaciones, sugestiones en relación con los servicios y disertaciones misceláneas". Cuando se le preguntó cuáles eran las enseñanzas específicas de su religión, respondió con algunas generalidades vagas; dijo: "Enseña que todas las formas y fases de la existencia son factores esenciales de una existencia autónoma llamada Omniada". Mandó imprimir folletos y los distribuyó ampliamente, en los que señalaba "la diferencia entre la ley de oro del Cristianismo y la ley de diamante del Omnivitismo, que debe enseñar de acuerdo con sus necesidades".

Aproximadamente en esta época empezó a ir a lugares solitarios y a caminar desnudo, explicando que estaba tomando "baños de sol". Gradualmente se fué preocupando menos de ocultarse cuando tomaba sus "baños de sol", especialmente después de haber sido visto en una ocasión por los ocupantes de dos automóviles que pasaron cuando estaba desnudo, lo que le proporcionó una gran satisfacción. Finalmente, y después de haber sido advertido en repetidas ocasiones por el alguacil de la localidad que no debería continuar sus prácticas exhibicionistas, fué detenido.

A su llegada al Hospital del Estado el enfermo estaba contento y sonriente, pero claramente exaltado, con aire de satisfacción y superioridad; era un hombre pequeño, de constitución más bien afeminada, con el cabello largo, que casi llegaba a los hombros, y barba larga, semejando fuertemente la figura tradicional de Cristo. Aceptó su detención filosóficamente, expresando que era lo que alguien en su posición debería esperar, una especie de martirologio por una causa que valía la pena; dijo que había fundado una religión "más al día" que la de Cristo, que reemplazaría al cristia-

nismo y dominaría al mundo; le había sido revelado que en 1940 sería elegido Presidente de los Estados Unidos, y agregó que esto estaba de acuerdo con la profecía hecha por Sir William Hope el día del nacimiento de Washington; en este día, había previsto cómo se levantaría una nueva nación en América y el papel que sería desempeñado por Washington, y que finalmente vendría un mandatario que caracterizó como "seis más seis, grande, bueno y sabio" y al mismo tiempo se refirió a "una estrella que brillará en su camino". Esta profecía, dijo el enfermo, se refería a él, ya que había seis letras en cada uno de sus nombres, mientras que la estrella era su hermana, ya que era ella quien lo había invitado a volver a su antiguo hogar. También dijo que en una antigua novela había encontrado lo siguiente: "En el continente occidental apararecerá el hombre más grande que el mundo ha visto desde que empezó la civilización. No será por la ignorancia de la gente que este hombre será llevado a la Casa Blanca; en algunos respectos será el guía intelectual y filosófico, y será para el mundo lo que Mahoma fué para Arabia, Colón para el Nuevo Mundo, Moisés para los judíos, Platon para los griegos, etc., pero él será más grande que todos y más poderoso para el bien". Esto, según el paciente, se refería a él.

Con la prueba psicométrica de Stanford-Binet se encontró que el enfermo tenía un cociente de inteligencia de 115 y una edad mental de dieciocho años y seis meses; es interesante hacer notar que en capacidad para establecer relaciones lógicas, facilidad de lenguaje, e imaginación visual constructiva alcanzó el nivel de dieciocho años, pero en juicio práctico y en situaciones sociales llegó sólo a los nueve años y un mes. Al describir su actitud hacia el examen, el psicólogo consignó que parecía gozar con la oportunidad de mostrar sus hazañas, que frecuentemente se rió de manera superior y condescendiente, que exhibió gran precisión de lenguaje y gozó en demostrar su rico y poco común vocabulario. En varias ocasiones criticó, de manera amable y condescendiente, al examinador por el uso de ciertas palabras.

En este caso encontramos una incapacidad para obtener una adaptación satisfactoria a un sentido de insuficiencia biológica y social, a una homosexualidad fundamental e, indudablemente, a otros conflictos; sin embargo, en lugar de investir al mundo externo con sus propias tendencias, no reconocidas, pero repudiadas, el enfermo organizó sus constelaciones emocionales en sistemas de ideas que le proporcionaron una adaptación satisfactoria, pero antisocial. Los sentimientos compensadores de superioridad, que desarrolló como reacción a sentimientos subconscientes de inferioridad e indudablemente de culpa (por homosexualidad imperfectamente reprimida), fueron racionalizados en ideas de grandeza. También otros factores contribuyeron posiblemente a determinar el tipo de personalidad del enfermo, y a infundirle el deseo de un alto valor personal. Podría suponerse que el descontento consigo mismo y los anhelos vagamente definidos tuvieran su origen en la absorción de la vida familiar temprana, ya que sabemos que su padre estaba insatisfecho con su situación y deseaba "estudiar y reformar el mundo"; el hecho de que fuera "mandado" por un hermano más fuerte condujo posiblemente a insatisfacción consigo mismo y contribuyó a la necesidad psicológica del sentimiento de seguridad y autoestimación artificialmente obtenido; el hecho de que se le inculcara que las calificaciones de la escuela

que no fueran las más altas constituían una desgracia, llevó al muchacho a adoptar una medida de sí mismo con referencia a éxitos ulteriores que, con sus limitaciones de personalidad y oportunidades educativas, produjo heridas en su orgullo y vanidad. Entre los rasgos de su infancia estaban la sensibilidad y el miedo a la crítica. Su pequeñez física necesitaba compensación, mientras que sus características afeminadas, que constituyen un cierto grado de desviación biológica, y el fracaso en la emancipación emocional de su hermana mayor, quien quizá sirvió como un substituto materno, ayudaron a dificultar el alcance de una heterosexualidad normal. Sus prácticas exhibicionistas se explican indudablemente por la persistencia de un narcisismo original, con el que también pueden estar relacionadas las ideas de grandeza. Los deseos egoístas predispusieron su juicio y le condujeron a no hacer caso de ningún criterio de realidad, incapacitándolo, por lo tanto, para ver su situación con una perspectiva correcta y destruyendo en él toda posibilidad de autocrítica.

Como ya se ha indicado, en un porcentaje importante de paranoicos se descubren signos de insuficiencia sexual, desviaciones mal disimuladas en las tendencias y expresiones sexuales. Los síndromes paranoides no son raros entre mujeres de la cuarta y quinta décadas, cuando las oportunidades maritales están desapareciendo o se han desarrollado uniones heterosexuales prohibidas. En la mujer, un impulso sexual normal, pobremente sublimado pero rechazado conscientemente debido a que se considera vergonzoso y a que se reprime con dificultad, puede proyectarse oculto en forma de ideas de influencia telepática o hipnótica o de control por un hombre hacia el que se dirige un interés instintivo pero conscientemente prohibido; la ira expresada hacia el hombre nace de la resistencia a cualquier reconocimiento consciente de su interés.

El papel de las tendencias homosexuales ya ha sido suficientemente discutido. Su importancia es con frecuencia un factor psicológico coadyuvante, si no el principal, que conduce a reacciones paranoides defensivas en forma de celos o de ideas de infidelidad; el descontento del marido consigo mismo por su incapacidad se proyecta como insatisfacción de su mujer hacia él, y se elabora en la creencia de que está buscando placeres sexuales con otros hombres; la creencia de que está obteniendo satisfacciones sexuales con otros hombres libera al marido impotente de un sentimiento humillante de inferioridad, ya que está convencido de que la satisfacción se busca en otras partes de modo ilegítimo. Los celos tienen su origen en miedo o incertidumbre, o en tendencias reprimidas que se transforman en la base de un sentimiento de culpa, más que en el amor, como suele creer el paciente. La criptorquidia y otras malformaciones genitales pueden acompañarse de mecanismos de defensa que fácilmente conducen a psicosis paranoides. Quizá no sea sorprendente que cualquier desviación en un instinto de raíces

tan profundas en la especie y tan esencial biológicamente para su continuidad, como es el sexo, o cualquier anomalía anatómica o funcional que estorbe su ejercicio, dé lugar a mecanismos de defensa. Del mismo modo, cualquier enfermedad que incapacite o desfigure el cuerpo tanto como para avergonzar o impedir el reconocimiento deseado, puede conducir a sospechas, irritabilidad y otras reacciones defensivas.

Folie à deux. Como las características clínicas son casi siempre de naturaleza paranoide, debe mencionarse aquí una forma de psicosis inducida o comunicada, descrita por Lasègue y Falret en 1877, a la que dieron el nombre de "folie à deux". La identificación es generalmente un mecanismo importante en su producción. Es un trastorno psíquico en el que los síntomas mentales, especialmente ideas paranoides, que sufre generalmente durante años una de dos personas íntimamente asociadas, se comunican y son aceptadas por la otra; con la mayor frecuencia estas psicosis a dúo afectan a madre e hija, dos hermanas o a esposo y esposa. La persona que sufre de la psicosis primaria es generalmente la dominante, mientras que la otra, que desarrolla la psicosis secundaria o inducida, es de tipo sometido y sugestionable. Conforme las falsas interpretaciones, ilusiones e ideas de persecución trastornan progresivamente al infectante, las convicciones y experiencias psicóticas son transmitidas persuasivamente al más débil o infectado, que llega a aceptar y reacciona a las ideas delirantes sistematizadas del primero. Frecuentemente se comprueba que ambas personas han sido individuos pobremente adaptados, con un círculo estrecho de intereses, que tienen la misma cultura general y el mismo ambiente, y que quizá se han enfrentado a las mismas situaciones. Las ideas inducidas deben ser aceptables y generalmente ofrecen alguna satisfacción a la persona infectada; en casi todos los casos las ideas delirantes son abandonadas por el que las ha recibido si se le separa de su asociación con la persona dominante. Este trastorno se encuentra con mayor frecuencia entre mujeres, lo que probablemente se debe al hecho de que tienden a estar más aisladas en su círculo doméstico; son, consideradas en general, más pasivas, sometidas y sugestionables, y sus intereses y ambiciones externas se restringen o se frustran más frecuentemente.

DIAGNOSTICO

Algunas veces en la literatura psiquiátrica se hace referencia a la "paranoia aguda". Aunque descriptivamente sea un término acertado, resulta algo confuso ya que se comprueba que los episodios así clasificados son de naturaleza fundamentalmente afectiva, como ataques hipomaníacos de psicosis maníaco-depresiva en los que la exaltación emocional común es reemplazada por irritabilidad y malhumor; el enfermo es agresivo, altanero, hostil y

exigente. En la paranoia hay una tendencia más potente a proyectar y a racionalizar el propio estado afectivo que en el episodio maníaco común. El verdadero paranoico es más retraído en su conducta y en su conversación, y su contenido ideativo se caracteriza por una idea dominante y más sostenida que en la excitación maníaca, con sus accesos fugaces. Cuando el estado afectivo se calma, las ideas delirantes del episodio paranoide agudo se esfuman, pero no se corrigen, y el enfermo no tiene conciencia de las creencias que antes expresó con gran convicción y sentimiento.

Frecuentemente se discute si un caso dado debe ser clasificado como paranoia, estado paranoide o esquizofrenia paranoide; ya se han señalado los factores generales que determinan el sitio de una reacción paranoide en esta serie imperceptiblemente graduada de psicosis paranoides. Además de lo que ya se ha dicho en relación con los mecanismos y síntomas que deben observarse para hacer un diagnóstico en este grupo paranoide, puede ser útil recordar que cuanto más verbal e ideativo se hace el material reprimido y menos se trastornan las relaciones del enfermo con la realidad, más se acerca la psicosis a la paranoia tradicional, y que cuanto mayor sea la extensión en que el material reprimido salga a la conciencia en forma de alucinaciones y más primitiva sea la forma de adaptación, más se acerca a la esquizofrenia paranoide.

No es raro que haya dificultad para decidir si una persona cuya conducta está adaptada a la realidad y al mismo tiempo en pleno contacto con ella, que no ha sufrido desintegración del afecto o de la personalidad y que no tiene alucinaciones, pero que constantemente emplea la proyección y otros mecanismos de defensa, debe ser considerada como paranoica o como personalidad paranoide, pero no como psicótica. También aquí nos encontramos con una serie imperceptiblemente gradual que va desde un extremo en el que hay un ligero, y quizá justificado, sentido de agravio y la creencia de que no se reconocen los méritos propios, hasta el otro extremo, con ideas delirantes exageradas de grandeza o de persecución de la verdadera paranoia; en un extremo hay una reacción que puede ser considerada como normal; cuándo se intensifica hasta llegar a merecer el diagnóstico de paranoia es un problema de criterio, ya que la paranoia representa una exageración de mecanismos que se observan diariamente. En general, si la reacción exagerada es continua, si las creencias a través de las que se manifiesta no pueden corregirse, si descubren una falta de lógica, y especialmente, si tienden a difundirse y a revelar que las fuerzas afectivas y conativas se sostienen y muestran gran energía, entonces la reacción debe ser considerada como psicótica.

Debe recordarse que la sordera facilita el desarrollo de reacciones paranoides; las personas que por alguna razón ya son víctimas de un sentimiento de inseguridad desarrollan más fácilmente estas reacciones si se vuelven

sordas. Además de sensibilidad, aislamiento, desconfianza y falsas interpretaciones, la sordera puede algunas veces llevar a actitudes agresivas sobrecompensadoras.

PRONOSTICO

Es dudoso que un caso de paranoia tradicional se cure; en los casos de la serie paranoide que más se aproximan a la esquizofrenia paranoide puede raramente ocurrir una remisión, pero también en éstos el pronóstico a la larga es malo. En la verdadera paranoia no se produce, o sólo en grado mínimo, desorganización de la personalidad, y la conducta del enfermo permanece generalmente dentro de los límites que tolera la sociedad; por esta razón la mayoría de estos casos no llegan a los hospitales para enfermos mentales; en la sociedad se consideran frecuentemente como "extravagantes", pero generalmente no actúan sin reflexionar, muestran un cierto grado de control de sí mismos, y se limitan a medios legales de desagravio; el internamiento es con menos frecuencia necesario que en los estados paranoides que se acercan al polo esquizofrénico de esta serie; estos últimos son menos sociables, menos laboriosos, y no acatan las costumbres sociales y la ley.

Un análisis de las causas de muerte en las psicosis revela que un porcentaje mayor de enfermos paranoides que de cualquier otro grupo de psicosis biogenéticas muere de enfermedades circulatorias degenerativas. Si esto es cierto, la hipertensión precedente y la hipertrofia cardíaca, seguidas de degeneración subsecuente e insuficiencia cuando las demandas sobre el sistema cardiovascular se hacen demasiado grandes, representan un trastorno orgánico compensador asociado a una psicosis compensadora, una prueba de la unidad dinámica del organismo.

TRATAMIENTO

Como ya se ha indicado, cuanto más se acerque la psicosis paranoide a la "paranoia verdadera", menos necesaria resultará la hospitalización; a menos que la conducta sea demasiado extravagante desde el punto de vista social, es mejor para el enfermo permanecer en la comunidad con su padecimiento, ya que las limitaciones y las restricciones le desesperan y determinan una extensión de sus sistema delirante y fomentan su odio. Si el paranoico es considerado peligroso, naturalmente que la reclusión se hace indispensable; pero no siempre es fácil determinar cuándo alcanzan el grado de peligrosidad. El examen cuidadoso de la historia del enfermo generalmente indicará la extensión con la cual puede esperarse que las ideas delirantes determinarán la conducta; si las ideas delirantes han ejercido

una influencia importante en la conducta y están dirigidas en contra de individuos determinados, debe ser considerado peligroso. El empeño y el grado de objetividad con que el enfermo discute sus ideas delirantes son de mucha importancia; el carácter y la intensidad de sus emociones ayudará grandemente a decidir el problema del peligro que entraña la libertad del enfermo; cuanto mayor sea el odio, más fuerte será la necesidad de aislarlo de la sociedad. Muchas veces el enfermo expone en qué medida cree justificado protegerse a sí mismo o sus intereses, o buscar desagravio legal, con lo que se obtiene una indicación acerca de la probabilidad de actos de violencia.

En la institución, cuanta más libertad se conceda al enfermo, con la vigilancia adecuada para la protección de los demás, más tranquila será su estancia en el hospital y menos perturbadoras las experiencias del internamiento; es extraordinariamente importante que el médico evite una actitud de crítica y se gane la confianza del enfermo; con frecuencia es sorprendente la extensión en que esto puede lograrse si el médico trata al enfermo con cortesía, consideración, sinceridad escrupulosa y buena fe. En los estados de pánico de los paranoides, sólo con la entrada al hospital pueden obtener alivio y mejoría, gracias al sentimiento de seguridad.

En la literatura psiquiátrica se han consignado algunos casos de paranoia que se afirma han sido curados con psicoterapia. Cuanto más extensa es la experiencia con la paranoia más excéptico se vuelve uno acerca de la posibilidad de cualquier reconstrucción radical del tipo de reacción cognoscitivo-afectivo que caracteriza a este trastorno; esto no quiere decir que un tratamiento inteligente no pueda a veces producir cierto alivio; los choques electroconvulsivos y de otro tipo no tienen efecto en las reacciones paranoides verdaderas; si se obtiene mejoría con su aplicación es probable que se haya tratado fundamentalmente de una depresión con rasgos paranoides.

El tratamiento de los otros grupos de reacciones endógenas biogénicas conocidas como estados paranoides es esencialmente el mismo que el de la paranoia, aunque como generalmente la conducta se desorganiza mucho más, el internamiento es necesario con mayor frecuencia; las reglas rígidas y los sistemas habituales de vigilancia son motivos constantes de irritación para el enfermo paranoide; por lo tanto, su comodidad y su conveniencia deberán ser respetadas todo lo que las circunstancias lo permitan. Debe tenerse cuidado, tanto por parte de los familiares del enfermo como del personal del hospital, en que la actitud hacia el enfermo no sea tal que estimule sentimientos de agresividad o venganza. Aunque esto vale para todos los enfermos en estado de conciencia clara, debe hacerse particular hincapié en que la primera impresión que el enfermo paranoide recibe al entrar al hospital puede determinar que asuma una actitud cooperativa y amistosa

o que se haga resentido y hostil. Es muy recomendable que se le emplee en una actividad adecuada.

REFERENCIAS

Bleuler, E.: Affectivität, Suggestibilität, Paranoia. Traducido por C. S. Ricksher. New York State Hospitals Bulletin. Utica, State Hospitals Press, Feb. 1912.

Cameron, N.: The Development of Paranoiac Thinking. Psychol. Rev., *50:* 219, March, 1943.

Coleman, S. M., y Last, S. L.: A Study of Folie à Deux. J. Ment. Sc., *85:* 1212, Nov. 1939.

Freud, Sigmund: Certain Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality. Internat. Jour. of Psycho-Analysis, *4:* 1, January-April, 1923.

———: Psychoanalytic Notes upon an Autobiographical Account of a Case of Paranoia. In Collected Papers, Vol. 3. London, Hogarth, 1925.

Gralnick, A.: Folie à Deux — The Psychosis of Association. Psychiatric Quart., *16:* 230-236, April, 1942; 491-520, July, 1942.

Kahn, E., y Richter, H. G.: Sensibility. Am. J. Psychiat., *96:* 609, Nov. 1939.

Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin, Julius Springer, 1927.

Lasègue, C., y Falret, J.: La Folie à Deux ou Folie Communiquée. Ann. Méd. psych., *17:* 321, 1877.

Meyer, Adolf: The Treatment of Paranoia and Paranoid States. In "Modern Treatment of Nervous and Mental Disease". White and Jelliffe, Vol. I, pp. 614-661. Phila., Lea & Febiger, 1913.

Rosen, H., y Kiene, H. E.: Paranoia and Paranoiac Reaction Types. Dis. of Nerv. System, *7:* 330, Nov. 1946.

CAPITULO XXVII

PERSONALIDADES PSICOPATICAS

Definición. Personalidad psicopática es un término aplicado a varias anomalías y desviaciones de la estructura de la personalidad en individuos que no son ni psicóticos ni débiles mentales, y que, sin embargo, son incapaces de participar en relaciones sociales satisfactorias o de someterse a las normas comunes de determinada cultura. Debido a que hay diferencias de concepto acerca de lo que constituye la desviación psicopática y a que sus características y límites clínicos no están claramente definidos, muchos la consideran como una designación sin significado; aunque vago, demasiado amplio y usado con frecuencia de manera incierta, es un término conveniente para ciertos problemas y trastornos de la personalidad que no están clasificados de ninguna otra manera, que se encuentran en la amplia zona limítrofe entre la salud y la enfermedad mental, y que se manifiestan por desadaptaciones continuas o repetidas en forma recurrente, sin los rasgos sintomáticos característicos de las neurosis o de las psicosis. Tampoco hay un acuerdo acerca de la clasificación y etiología de estos trastornos de la personalidad.

La patología de la personalidad psicopática generalmente se manifiesta en la esfera social, en forma de desadaptación o antagonismo social, o en la esfera psicosexual, en forma de desviaciones del instinto normal. Algunas veces ha habido la tendencia a incluir prácticamente todos los delincuentes y criminales habituales en este grupo, o a limitarlo a los antisociales; ninguna de tales actitudes es correcta, ya que hay muchos reincidentes que no son personalidades psicopáticas, y muchas personalidades psicopáticas que no entran en conflicto con la ley. Sin embargo, es cierto que debido a que el psicópata se caracteriza por defectos en el carácter y calidad del sentimiento, por pobreza de sensibilidad y anomalías del impulso y del temperamento, así como por exageraciones y desviaciones de las reacciones emocionales e instintivas, no desarrolla el tipo o grado de cualidades sociales necesarias para las exigencias de la vida. Como resultado de estos defectos de integración, las respuestas del psicópata a consideraciones morales, éticas y estéticas son inadecuadas. Aunque la conducta del psicópata le pone con frecuencia en conflicto con la ley, es más común que viole las costumbres sociales. Puede ser algo retardado intelectualmente, de inteligencia media o algunas veces hasta brillante; sin embargo, e independientemente de su capacidad intelectual, es incapaz de dirigir sus instintos o emociones. Muchos psicópatas son

sólo parcialmente responsables de su conducta, un hecho que les hace más peligrosos que el individuo de personalidad mejor equilibrada.

Características psicopáticas generales. Ya en la infancia, el futuro psicópata muestra generalmente rasgos anormales de la personalidad. La personalidad del psicópata parece ser dominada por tendencias primitivas básicas con exclusión del comportamiento racional; ciertas líneas de conducta, especialmente de naturaleza social, no se aprenden nunca; ni la persuasión ni el castigo son de utilidad. Algunos son sensibles, tercos y tienen accesos o brotes de cólera; frecuentemente estos psicópatas preadolescentes roban, se escapan, sufren de enuresis, son destructores, pendencieros, malhumorados, falsos, obstinados, desafiantes, jactanciosos, desvergonzados y vagos; puede haber antagonismo o rebelión abierta contra un padre dominante; el adolescente ofrece resistencia a los ideales y costumbres de su familia y tiende a colocarse socialmente en un nivel más bajo; muchos son sexualmente precoces. Con la vecindad de la madurez y a medida que se debilitan las fuerzas frenadoras del hogar, y van en aumento las responsabilidades, los contactos y las exigencias del medio ambiente, las inclinaciones primeras se hacen más manifiestas. El desarrollo emocional se retrasa y las demandas del instinto no se ajustan a las exigencias de la sociedad. No tienen modulación y delicadeza en los sentimientos. El psicópata es típicamente egoísta, desagradecido, narcisista y exhibicionista; es egocéntrico, exige mucho y da poco, y su exigencia exagerada es, de hecho, una de las características más importantes. No tiene conciencia crítica de sus motivos y le falta visión y juicio discriminativo y reflexivo. A pesar del hecho de que su conducta es inadecuada u hostil desde el punto de vista social, el psicópata está satisfecho de ella. No tiene objetivos concretos, y su estado común de inquietud puede provenir de una búsqueda de lo inalcanzable. Generalmente fracasa en eficiencia y aplicación profesionales; la rutina se le hace intolerablemente tediosa. El psicópata no tiene propósito y finalidad, su sentido de responsabilidad está ausente y vive para el momento; exige satisfacción inmediata de sus deseos, sin considerar los sentimientos e intereses de otros; generalmente es lógico y platicador, pero no se puede confiar en él en absoluto. Con frecuencia, el único medio ambiente al que es capaz de ajustarse es aquel al que puede dominar; constantemente demuestra irregularidades sorprendentes de capacidad y contradicciones de conducta. Un cierto número de ellos busca salida de situaciones difíciles por medio de un episodio psicótico, mientras que otros, a la menor tensión, recurren al alcohol o a las drogas; muchos psicópatas toleran muy mal el alcohol y bajo su influencia se vuelven escandalosos, pendencieros y destructivos. El psicópata no tiene la capacidad de colocarse en el lugar de los demás o de sentirse parte del grupo social; proyecta su propia inseguridad culpando a los otros; frecuentemente se oculta a sí mismo sus propios motivos por medio de un razonamiento superficial. Las faltas exageradas de juicio, asociadas a incapacidad para aprender por medio de la experiencia, son características; su conducta, antisocial o no, es tan defectuosa que evita un ajuste psicosocial apropiado, y varía desde "originalidades" hasta la criminalidad, con un gran grupo intermedio formado por tipos caprichosos, extremistas, excéntricos, delincuentes habituales y otros desadaptados sociales.

Clasificación. Cualquier clasificación de las personalidades psicopáticas debe estar basada en una agrupación descriptiva. Cuando consideramos los distintos factores biológicos, psicobiológicos y sociales, innatos y adquiridos, que contribuyen a formar la estructura de la personalidad, y recordamos las diferentes maneras mediante las cuales la personalidad puede tratar de escapar de sus problemas, satisfacer sus exigencias irreconciliables, reparar sus defectos o alcanzar sus objetivos, nos damos cuenta que puede desviarse dentro de una variedad casi ilimitada de caminos. También hay que reconocer que la extensión que estos procesos perturbadores pueden alcanzar, ante de que la personalidad se considere como patológica, es un asunto de opinión individual que no está determinado por ningún criterio definido. De manera semejante, no hay tipos fijos determinables según la causa, el proceso o las consecuencias, de modo que cualquier clasificación depende de cuáles sean las manifestaciones que uno desea hacer resaltar. Con todo lo necesarias que son las clasificaciones con propósitos descriptivos y de enseñanza, debe recordarse que no nos capacitan para comprender al psicópata individual, cuya personalidad debe estudiarse desde los puntos de vista del desarrollo genético, experiencias subjetivas, estructura psicológica y fines que cumplen en la vida del individuo sus diferentes manifestaciones; la psiquiatría no ha llegado al momento en el que una clasificación de las personalidades psicopáticas pueda basarse en estas consideraciones; ni siquiera desde un punto de vista clínicamente descriptivo hay todavía acuerdo acerca de la clasificación de los psicópatas, y los diferentes observadores los agrupan siguiendo las características especiales que más les han impresionado. Una de las primeras clasificaciones es la de Kraepelin, que dividió las personalidades psicopáticas como sigue:

1. El excitable
2. El inestable
3. El impulsivo
4. El egocéntrico
5. El mentiroso y estafador
6. El antisocial
7. El pendenciero

Kahn clasifica las personalidades psicopáticas desde dos puntos de vista: uno descriptivo y otro a base de los trastornos de lo que él concibe como

la construcción de la personalidad. La siguiente es su clasificación clínico-descriptiva:

1. El nervioso
2. El ansioso
3. El sensitivo
4. El compulsivo
5. El excitable
6. El hipertímico
7. El depresivo
8. El taciturno
9. El afectivamente frío
10. El débil de voluntad
11. El impulsivo
12. El perverso sexual
13. El histérico
14. El fantástico
15. El inestable
16. El excéntrico

Kahn considera que las personalidades psicopáticas son debidas a un exceso o defecto cuantitativo en los impulsos, en el temperamento o en el carácter, que son los tres estratos que, según él, forman la personalidad; basado en esta idea, define las personalidades psicopáticas como: "aquellas personalidades discordantes que, en el aspecto causal, se caracterizan por peculiaridades cuantitativas en los estratos del impulso, temperamento o carácter, y que en su actividad total en busca de un fin se ven limitadas por desviaciones cuantitativas en el ego y en la valoración externa, lo que las lleva a establecer pseudovalores y a tender hacia pseudofines"[1]. Hay que advertir que tal teoría toma poco en cuenta las bases subjetivas, los antecedentes y las fuerzas que actúan en la producción de una personalidad patológica. Muchos psiquiatras prefieren enfocar el estudio de la personalidad psicopática desde un punto de vista psicogenético.

No intentaremos discutir todos los tipos descriptivos en los que pueden dividirse las personalidades psicopáticas; sólo se hará mención de aquellos que sobresalen más claramente.

TIPOS DE PERSONALIDADES PSICOPATICAS

La personalidad excitable. Los psicópatas excitables se caracterizan por la intensidad explosiva de sus emociones al reaccionar a estímulos externos relativamente ligeros. Fuera de sus explosiones generalmente son

1. Kahn, Eugen: Psycopathic Personalities. New Haven, Yale Univ. Press, 1931.

tratables y amistosos, alegres y agradables; su tensión emocional está con frecuencia fijada a un nivel alto, y repentina e inesperadamente pueden estallar en furia incontrolada u otra manifestación afectiva desproporcionada; en estos momentos tales individuos pueden gritar, escandalizar, amenazar o hasta volverse destructivos o agresivos; en algunos piscópatas la excitabilidad puede manifestarse como brotes de desesperación, irritabilidad caprichosa o inaccesibilidad obstinada. No son raros los intentos de suicidio como respuesta a frustraciones o como esfuerzo para aliviar una situación considerada como intolerable; los celos y disgustos con personas del sexo opuesto son comunes. Lejos de representar una prueba de vigor y de fuerza de la personalidad, los accesos del excitable son frecuentemente intentos torpemente encubiertos para ocultar una debilidad inherente; en algunos casos se comprueba que los brotes explosivos están condicionados por complejos.

La personalidad inadecuada. A pesar de las oportunidades educativas y de otro tipo, y de la inteligencia normal medida con pruebas psicométricas, los psicópatas de personalidad inadecuada fracasan en sus adaptaciones económicas, profesionales y sociales; frecuentemente son de buena naturaleza y fáciles de llevar, pero son débiles de voluntad y se cansan fácilmente; su juicio es defectuoso, no tienen ambición ni iniciativa, y pueden ser soñadores. Cuando está claro que sus esfuerzos serían recompensados, les falta la perseverancia suficiente para obtener los resultados que ya están a la vista; el placer del momento les satisface, y no pueden ni trabajar ni esperar satisfacciones o recompensas diferidas; por lo tanto, son imprevisores y negligentes. Muchos de los inadaptados son psicópatas de este tipo. Les falta responsabilidad hacia sí mismos y hacia la sociedad. Pueden tener cierto sentimentalismo, pero no una apreciación real de los valores culturales y estéticos. Aunque este tipo de personalidad se parece mucho a la forma simple de esquizofrenia, no hay historia de un cambio de personalidad como el que se presenta en esta enfermedad; muchos podrían ser considerados como individuos mal compensados.

Mentirosos y estafadores patológicos. En este grupo se encuentran los individuos egocéntricos cuya desadaptación social consiste en mentir de un modo extravagante y aparentemente sin propósito, pero muchas veces para cometer estafas; muestran una excitabilidad marcada de la imaginación, combinada con inestabilidad de la voluntad; son generalmente de buena naturaleza, maneras agradables, optimistas, simpáticos y capaces de hacer amistades con facilidad. Estas cualidades, y cierta facilidad de palabra, un aire de suficiencia y de dignidad y un aspecto engañoso de conocimiento, les ayuda a convencer a los crédulos de sus aseveraciones; adquieren un conocimiento superficial de arte, literatura o alguna técnica, que emplean en su propio beneficio y en detrimento y humillación de sus víctimas; inventan notables historias como si fueran experiencias pasadas y pintan su futuro

prescindiendo por completo de la realidad; algunos son culpables de atentados sexuales, y otros obtienen grandes cantidades de dinero con la promesa del matrimonio. Cuando se descubren sus delitos simulan amnesia, y si se les acusa legalmente hacen una comedia emocionalmente afectada para impresionar a los observadores y despertar simpatía. Son inquietos e inestables, e incapaces de asumir responsabilidad; nunca aprenden a enfrentarse a la lucha por la existencia con ánimo y perseverancia, sino que viven en un mundo de imaginación y tratan de adquirir lo necesario en la vida por medio del engaño y del fraude; son incapaces de aceptar las limitaciones de la realidad. Su imitación teatral, su tendencia a soñar despiertos, a vanagloriarse, a eludir la realidad y a rodearse a sí mismos de un mundo imaginario, sugiere inmadurez infantil de la personalidad, y sus invenciones, en que cumplen sus deseos, tienen mucho en común con la fantasía de la infancia. Las historias extravagantes y frecuentemente sin sentido que estos psicópatas consideran como hechos se conocen como *pseudología fantástica.* Generalmente las pruebas psicométricas descubren una capacidad intelectual normal o superior, pero al igual que con otros psicópatas, su inteligencia tiene poca influencia reguladora en su conducta. Algunas veces parecería como si sus características nacieran de un sentimiento de inferioridad, celos o envidia.

La personalidad antisocial. Estos psicópatas muestran embotamiento moral y ético, falta de simpatía por sus congéneres y conducta destructiva hacia el bienestar del orden social. Cuando son niños son tercos, se escapan de la escuela, cometen pequeños robos, con frecuencia son crueles y falsos, y conforme crecen pueden hacerse inaccesibles, groseros y sin sentido de responsabilidad; su vida emocional es superficial y son afectivamente fríos. Los psicópatas no pueden organizar una salida aceptable y constructiva de su agresividad. No tienen aplicación, ambición, seriedad de propósito y previsión; son arrogantes, irritantes, reacios, caracterizados por un egoísmo brutal y raramente sienten remordimientos por las más serias ofensas en contra de personas o propiedades; frecuentemente muestran una actitud de rebeldía contra la autoridad y la sociedad; sus cambios de humor son repentinos y con frecuencia sin causa aparente. No tienen sentido del honor o de la vergüenza y carecen de simpatía, afecto, gratitud y otros sentimientos sociales y estéticos. Sus delitos pueden constituir toda la lista de crímenes: robo, falsificación, saqueo, agresiones sexuales y otros actos de violencia; muchos se divierten en su lucha con la ley y se enorgullecen de sus acciones; el castigo se considera como expresión de injusticia y no tiene efecto atemorizador. En algunos psicópatas parece como si su conducta antisocial y agresiva tuviera origen en miedos ocultos y en la necesidad de seguridad emocional.

Psicopatía sexual. Los trastornos del impulso sexual y las desviaciones de un objeto sexual normal son comunes; puede haber anormalidades en el

grado del impulso sexual, como erotismo o frigidez, o anormalidad en la naturaleza del impulso sexual. Las personas cuyos impulsos sexuales están dirigidos de manera innata hacia un objeto sexual normal, pero que debido a que han sido separadas de las del sexo opuesto buscan satisfacción sexual en varias perversiones, no deberían ser consideradas como psicópatas sexuales; el término debe limitarse a las personas cuyo impulso sexual se dirige voluntariamente hacia un objeto anormal merced a una desviación psicobiológica fundamental, o a aquellas que obtienen placer sólo por medios anormales, como sadismo, masoquismo y exhibicionismo. Excluyendo de las personalidades psicopáticas, como ya se ha dicho, a aquellas cuyas perversiones no son producidas por desviaciones fundamentales del impulso sexual, sino por su intensidad y por la ausencia de un objeto sexual normal, la psicopatía sexual puede ser, desde un punto de vista genéticodinámico, de muchos tipos. Un grupo de psicópatas sexuales está formado por aquellos cuya diferenciación sexual no se completó nunca biológicamente; aunque desarrollan los órganos genitales correspondientes a uno u otro sexo, hay anomalías físicas que indican la insuficiencia del organismo para llegar a la diferenciación completa, tales como la conformación del cuerpo o a la distribución del pelo, indicativos del sexo opuesto; en tales personas se observa una falta semejante de diferenciación en la esfera biopsíquica que se manifiesta en impulsos mixtos y opuestos, cuya satisfacción se busca en prácticas homosexuales; tales perversiones deben considerarse como debidas a factores innatos, quizá resultado de combinaciones hereditarias poco comunes que llevan a un equilibrio casi completo de genes masculinos y femeninos. Un segundo tipo de psicopatía sexual manifestado en forma de homosexualidad está psicológicamente condicionado; hay insuficiencia de la personalidad para completar su evolución psicosexual y esta insuficiencia se presenta especialmente cuando hay persistencia anormal de una fuerte adhesión a la madre, que evita la transferencia normal del interés a alguien del sexo opuesto; en su desarrollo, la personalidad nunca va más allá, en su aspecto psicosexual, de la etapa homosexual. Algunos homosexuales canalizan en la profesión su desviación instintiva y se dedican a bailarines de ballet, peinadores, diseñadores de vestidos, etc.; otros cuyas tendencias, aunque nunca se expresan abiertamente, son de todas maneras homosexuales, se convierten en exageradamente religiosos como mecanismo de defensa. Algunos otros factores psicológicos pueden determinar la existencia y la forma de desviaciones sexuales; por ejemplo, el exhibicionismo puede probablemente representar a veces un intento de demostración de masculinidad, una reacción a sentimientos ocultos de debilidad e impotencia; en algunos casos de sadismo, un sentimiento de inseguridad puede actuar como factor auxiliar.

Delincuencia y personalidad psicopática. De lo que se ha dicho no debe concluirse que todos los delincuentes y criminales, ni siquiera los rein-

cidentes, deben ser considerados como personalidades psicopáticas. Los defectos del carácter pueden ser debidos al medio cultural en que uno vive y a las experiencias condicionantes particulares que a veces determinan actitudes y sensibilidades especiales. La conducta antisocial puede ser la expresión de una tendencia psicopática, pero no siempre es así; tiene que haber otros signos de desviación de las manifestaciones de la personalidad antes de clasificar al delincuente antisocial como personalidad psicopática. Healy y Bronner revisaron los expedientes de 5000 delincuentes estudiados previamente en la Fundación del Juez Baker y encontraron 330 que pertenecían claramente a lo que ellos llamaban "personalidad anormal". Sin embargo, el comportamiento antisocial probablemente no se debe en su totalidad, o ni siquiera en gran parte, a factores endógenos, como lo prueban otros estudios de estos autores que encontraron que de 2000 delincuentes reincidentes jóvenes, sólo el 7.6 por ciento procedía de hogares "que ofrecían condiciones razonablemente buenas para criar niños". Holt, analizando las estadísticas de los exámenes hechos por el Departamento de Enfermedades Mentales de Massachusetts a 5000 personas internadas en la cárcel por treinta días o más, encontró que el diagnóstico de personalidad psicopática se hizo en el 15.5 por ciento del número de internados, pero que el diagnóstico se hacía raramente en los que tenían más de treinta y cinco años de edad.

Psicopatología de la personalidad psicopática. No se sabe hasta dónde el origen de la personalidad psicopática es debido a la constitución y hasta dónde actúan los factores psicodinámicos; por el momento parece como si se insistiera en este último aspecto, pero muchos psiquiatras creen que la anormalidad de la personalidad del psicópata es el resultado de algún factor constitucional inherente. Algunos investigadores han comprobado una alta incidencia de electroencefalogramas anormales en las personalidades psicopáticas y han señalado que su inadaptación de conducta está determinada o influída por un funcionamiento patológico del cerebro; estos hechos no han sido debidamente confirmados, y ahora se acepta en general que los trazos disrítmicos en un trastorno de la personalidad se deben a alteraciones orgánicas del cerebro o a epilepsia, y que cualquiera de estas alteraciones es un factor etiológico o coadyuvante en la producción del trastorno de la conducta. Ninguna de las anormalidades del electroencefalograma puede relacionarse con formas específicas de conducta o desadaptación. Palmer y Hughes han señalado desviaciones de la conducta y de la personalidad en enfermos que tenían disritmias corticales epilépticas, pero que no sufrían convulsiones o interrupciones de la conciencia que se consideran como diagnósticas en la epilepsia; algunos enfermos mostraron ciertos rasgos muy constantes, como falta de control inhibidor, excentricidades, irritabilidad, impulsividad, intolerancia o frustración, y embotamiento de las percepciones y de las respuestas emocionales normales; sería de discutirse si tales casos

deben ser considerados como epilépticos subclínicos o como personalidades psicopáticas.

Si las características de la personalidad del psicópata son determinadas por las experiencias de la vida, o sea por factores psicógenos, es muy posible que las experiencias de la infancia y los estados de ansiedad y dificultades de los primeros años puedan conducir a las actitudes y tipos de respuesta observados en la personalidad psicopática, a través de los conflictos, tendencias agresivas y frustraciones que crean; algunas veces un elemento psicodinámico importante es condicionado por el ambiente creado por una madre demasiado indulgente y solícita, y un padre autoritario, crítico y distante. Alexander y otros psiquiatras, que dan gran importancia a los factores psicógenos como elementos etiológicos, reemplazarían el término personalidad psicopática por el de *neurosis del carácter;* este término ha sido sugerido pensando que los mismos impulsos inconscientes que en una persona pueden conducir a un estado psiconeurótico obsesivo-compulsivo o a otras alteraciones, pueden, en otra persona, producir trastornos permanentes de la conducta que impiden una adaptación satisfactoria en las relaciones y actividades sociales. El término se basa en el concepto de que la desviación de la personalidad está producida primariamente por conflictos y dificultades de adaptación durante los primeros años de la vida; de acuerdo con este punto de vista, la conducta del psicópata, como la del psiconeurótico, es de determinación neurótica.

Es ciertamente lógico que si los procesos psicobiológicos y los mecanismos psicológicos contribuyen a formar la estructura de las personalidades normales y psicóticas, la estructura de la personalidad desviada y discordante que estamos considerando debería ser el resultado de factores dinámicos semejantes. Después de todo, no hay una línea divisoria clara entre la personalidad normal y la psicopática; es una cuestión de grado y de interferencia pragmática con el curso de la vida del individuo y su asimilación social. Las fuerzas elementales de la conducta humana residen en las tendencias innatas e instintivas y en sus emociones asociadas; por ahora se desconoce si la falta de cohesión en la organización de la personalidad del psicópata se debe a un defecto inherente en las emociones y disposiciones instintivas, aunque un número cada vez mayor de psiquiatras dan más importancia a las experiencias y adaptaciones infantiles que a la constitución innata, que implica un fundamento biológico con elementos tanto físicos como psíquicos. La irracionalidad de la conducta del psicópata hace sospechar la existencia de factores desconocidos en las profundidades de la personalidad; también es cierto que cuanto más cuidadosamente se estudia la conducta del psicópata en relación con los aspectos subjetivos, más frecuentemente se encuentran procesos psíquicos específicos y propósitos que indican una formulación definida de la personalidad. Hay razones para creer que los rasgos carac-

terísticos del psicópata se fijan permanentemente en una edad temprana, pero de esto no se puede concluir que son innatos constitucionalmente; bien puede suceder que algunas características que antes se consideraron como innatas sean de hecho adquiridas. Por ejemplo, Jones, trabajando en el Instituto del Bienestar del Niño de la Universidad de California, demostró que los niños de tres meses de edad pueden adquirir modalidades emocionales que influyan el desarrollo de las reacciones en la vida; este autor ha sido capaz de descubrir respuestas emocionales condicionadas a esta edad. Los hijos de padres neuróticos o psicopáticos están expuestos desde el nacimiento a influencias mentales anormales, lo cual explica que los tipos de reacción que parecen ser de origen endógeno son en realidad exógenos. Cualquier persona que trabaje en una clínica de orientación infantil está familiarizada con el hecho de que el problema del niño psicopático puede ser igualmente el problema de los padres.

Si se acepta como más importante en el origen del desarrollo de las personalidades psicopáticas la psicogénesis y las experiencias condicionantes, en vez de la constitución con su subestructura biológica (que, sin embargo, no puede ser ignorada, como lo demuestran ciertos casos de piscopatía sexual), se plantea el problema de si intervienen procesos psicológicos peculiares y especiales. La pregunta puede contestarse negativamente; cabe pensar que actúan numerosos mecanismos psicológicos, muchos de los cuales son patológicos solamente hasta cierto grado; cuando éste no es exagerado pueden resultar hasta ciertas cualidades estimables de la personalidad. Como en todos los tipos de conducta humana, no hay que pensar superficialmente que la conducta del psicópata o los factores y pasos que han formado su carácter gradualmente pueden explicarse tomando como base motivos conscientemente racionales, sino que deben buscarse los de naturaleza irracional, inconsciente e instintivo-emocional; en no pocos casos la conducta puede reducirse a una cuestión de conflictos intrapsíquicos, intentos de solución que se ensayan a través de adaptaciones que son socialmente inadecuadas o destructivas. Aunque algunas veces los hábitos del psicópata representan una reacción o una protesta contra el medio ambiente, con mayor frecuencia, y al igual que los *lapsus linguae* y otros errores de la vida diaria, son expresiones vicariantes de conflictos, motivos y tendencias inconscientes; a este respecto, ciertas personalidades psicopáticas son comparables a los psiconeuróticos; los problemas internos de ambos son probablemente semejantes. El neurótico expresa sus conflictos de manera simbólica a través de sus síntomas; quizá el psicópata expresa conflictos semejantes por medio de su comportamiento estereotipado, irracional y socialmente inepto u hostil. Del mismo modo que en las psiconeurosis encontramos que ciertos síntomas neuróticos aparecen en forma de escrúpulos morales, en la personalidad psicopática podemos hallarlos como defectos morales; por lo tanto, la conducta del delincuente tiene un significado muy específico para él mismo.

Las experiencias subjetivas y los condicionamientos psicológicos a los que ha estado expuesto el psicópata, y las metas de la personalidad que se esfuerza en alcanzar, así como los medios que utiliza para ello, pueden manifestarse en una gran variedad de procesos observados en psicopatología. Los conflictos psicológicos pueden ocasionar rebeldía que se expresa como comportamiento antisocial. El conflicto entre las demandas objetivas irreconciliables puede adquirir la forma de conflicto entre el ego y la sociedad; las exigencias excesivas, la sobrecompensación o el desafío necio al medio ambiente, pueden tener origen en un sentimiento oculto de inferioridad; la obstinación, la venganza y el desprecio del sistema social establecido y de las normas sociales y éticas pueden representar esfuerzos de compensación del trato recibido en la infancia por parte de un padre dominante y cruel. La conducta del psicópata y de la persona socialmente adaptada están probablemente teñidas de factores psicodinámicos de los que ninguno es consciente; como Glover[1] dice: "Mientras que el criminal descarga su miedo y su agresividad atacando y castigando al ciudadano pacífico, el ciudadano pacífico descarga su miedo y su agresividad atacando y castigando al criminal". Además, la sociedad puede representar para el criminal las personas hacia las que sintió, en su vida infantil, una hostilidad que no pudo expresar entonces. Bien puede ser que en algunos casos las tendencias agresivas que normalmente debían ser canalizadas hacia actividades socialmente constructivas, tales como competencia personal y éxitos en los deportes y en la escuela, y más tarde en el trabajo, los negocios, la vida profesional o social, persistan en forma primitiva y se expresen en tendencias psicopáticas.

La expresión de la personalidad se hace más pronunciada en la pubertad, con su aumento de energía en las tendencias fundamentales y la repentina proyección hacia un mundo desconocido que presenta exigencias más rigurosas. Sin embargo, con la proximidad de los primeros años de la madurez, la conducta de cierto número de psicópatas se hace más sociable; entre los factores que contribuyen al aumento de la estabilidad y a cierta integración de la personalidad se encuentran la obtención gradual de un sentimiento de seguridad, de disminución de la necesidad de compensación y la mengua de los impulsos.

De lo que se ha dicho se verá que es preferible considerar la personalidad psicopática, al igual que otras personalidades anormales, como el producto de fuerzas y procesos psicológicos dinámicos más que como el resultado

1. Glover, Edward: The Dangers of Being Human, p. 88. London, Geo. Allen, Lt'd., 1936.

estático de circunstancias constitucionales innatas; que en el psicópata estos mecanismos psicológicos no llevan a un rasgo más o menos aislado del carácter, como se ve en personas pragmáticamente consideradas como normales, o a un síntoma definido, como en el neurótico, sino al establecimiento de tipos dominantes de carácter, temperamento, emoción y conación, que imprimen su huella a toda la personalidad y a sus manifestaciones de conducta. En el caso del delincuente, sea o no clasificado como personalidad psicopática, debe recordarse que no está frente a un acto antisocial solo, sino frente a toda una personalidad y su medio ambiente. La persona que no está educada en psicología frecuentemente se sorprende de que el psicópata mantenga tan fijamente una conducta que no sólo va acompañada de muchas consecuencias desagradables, sino que con frecuencia él mismo desea modificar; naturalmente, la respuesta es que alguna necesidad psicológica importante, que el enfermo puede no reconocer conscientemente, se satisface de esa manera; las ventajas no reconocidas para la personalidad sobrepasan a las desventajas visibles. La aseveración de Pfister de que si se quiere liberar a una persona de una conducta inmoral debe dársele en cambio una compensación libre de objeciones y que proporcione más satisfacción, se aplica al psicópata y explica por qué es tan difícil modificar su conducta. También el castigo fracasa a menudo en este objeto, ya que influye y se dirige solamente hacia lo consciente y no hacia lo inconsciente. Algunos psiquiatras creen que en cierto número de casos hay un deseo no reconocido de castigo, que nace del hecho de que si se ha sido castigado existe el sentimiento de que se ha expiado una culpa, de que la deuda que tiene origen en un sentimiento de culpa ha sido pagada, y que por lo tanto hay ya permiso para caer otra vez en la conducta dictada por un impulso instintivo o por la necesidad de resolver algún conflicto.

PSICOSIS SITUACIONALES

Si, de acuerdo con el punto de vista expresado, la inadaptación de la personalidad psicopática es fundamentalmente un intento de solución de los problemas del individuo, más que el resultado de influencias sociales insanas, deberíamos esperar una incidencia más alta de psicosis entre las personas pobremente integradas que entre las bien adaptadas; se ha encontrado que esta premisa es cierta. La gran mayoría de las psicosis representan reacciones esquizofrénicas, afectivas o paranoides, pero algunas que aparecen en relación con grandes trastornos emocionales, representan intentos de escapar, a través de alteraciones del pensamiento o del sensorio, a una realidad desagradable provocada por alguna situación específica difícil, y por eso se

llaman psicosis situacionales. Frecuentemente, las psicosis situacionales adoptan la forma de estados confusionales, episodios paranoides, o ataques de irritabilidad, excitación o depresión.

Psicosis de las prisiones. Como la situación más difícil a la que generalmente se enfrenta el psicópata por su conducta es la prisión, que soporta muy mal, la más importante de las psicosis situacionales es la psicosis de las prisiones. No debe concluírse que todas las psicosis que se desarrollan entre los presos pertenecen a este grupo; de hecho, sólo una minoría de ellas corresponden a la psicosis de las prisiones. Las ideas delirantes suelen ser de persecución, inocencia o perdón. La mayoría de las psicosis observadas entre los presos son de los tipos clínicos comunes, especialmente estados paranoides y esquizofrenia, en las que la prisión actúa sólo como el agente desencadenante.

Las verdaderas psicosis de las prisiones, que suelen empezar cuando el delincuente ha recibido su sentencia, aparecen con mayor frecuencia entre los condenados a penas largas y relativamente en la iniciación del período al que han sido sentenciados. Estas psicosis adoptan varias formas. Algunas veces se presentan como excitaciones repentinas manifestadas por emoción intensa, furia violenta, blasfemias y ataques destructivos a lo que les rodea. Estos ataques, generalmente breves, pueden representar psicológicamente una protesta en contra de una situación intolerable. No son raros los episodios caracterizados por ideas de persecución, de influencias extrañas, alucinaciones olfatorias de gas, o por ansiedad, irritabilidad o inquietud. Raramente se desarrollan cuadros de psicosis maníaco-depresiva entre personas detenidas por acusaciones o sentencias, y algunos psiquiatras con mucha experiencia señalan que nunca han visto esta forma de psicosis entre los condenados a cadena perpetua.

Hay dos formas especialmente típicas de psicosis verdadera de las prisiones. Una, que expresa un estado de profundo descontento, se caracteriza por reclamaciones constantes. Los enfermos que sufren esta forma presentan numerosas ideas delirantes de mal trato, encuentran defectos en todo y afirman que se les ponen toda clase de obstáculos en su camino y que se intenta molestarlos; frecuentemente sus quejas pueden parecer justificadas.

Una de las formas más frecuente de psicosis verdadera de las prisiones, que se encuentra entre presos de condenas largas, se caracteriza por ideas delirantes de inocencia o perdón; el enfermo puede tener alucinaciones auditivas en las que se le dice que ha sido exonerado de su culpa y que se le va a poner en libertad, u otras cosas semejantes. Como el enfermo se cree un individuo inocente e injustamente perseguido, manifiesta gran hostilidad en contra de los que, a su juicio, lo privan arbitrariamente de su libertad.

La mayoría de las psicosis agudas de las prisiones desaparecen cuando se traslada al enfermo de la prisión al hospital, en donde la actitud general es de tratamiento más que de mantenimiento de una disciplina fija y rígida; muchos de los condenados a cadena perpetua no se curan, sino que sufren un deterioro mental progresivo. Uno de los elementos más importantes en el tratamiento de las psicosis de las prisiones es procurar que el ambiente sea para el enfermo lo menos irritante posible; ayudan mucho la ocupación, los juegos, las diversiones y una actitud amistosa, aunque necesariamente rígida.

Síndrome de Ganser. Ganser describió un tipo interesante de trastorno mental que algunas veces se observa en individuos detenidos y en espera de juicio. En este síndrome el enfermo, que se encuentra acusado por delitos de los que sería exonerado si fuera irresponsable, empieza, sin darse cuenta del hecho, a parecer irresponsable; ejecuta las cosas más sencillas y familiares de manera absurda o da respuestas aproximadas a preguntas sencillas; por ejemplo, puede tratar de escribir con el extremo romo de su lápiz, o dará 11 como respuesta a la operación 4×3. Es tan evidente que el propósito de la conducta del enfermo es aparecer irresponsable, que el observador inexperto frecuentemente cree que está fingiendo. La reacción clínica representa una especie de fuga en un estado crepuscular por un mecanismo parecido al de los sueños o al de la histeria; conscientemente hay amnesia para el delito, pero la naturaleza de los síntomas indica su conocimiento inconsciente. Teniendo en cuenta su propósito psicológico, es claro que la aparición de la pseudodemencia en un acusado todavía no convicto equivale a una confesión; debe distinguirse de la demencia fingida en la que hay una simulación deliberada, conscientemente motivada y sostenida de los síntomas, que generalmente son de intensidad exagerada.

REFERENCIAS

Aichhorn, August: Wayward Youth. New York, Viking Press, 1935.

Alexander, F.: The Neurotic Character. Internat. J. Psycho-Analysis, *2:* 292, 1930.

Cleckley, H. M.: The Mask of Sanity. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1941.

Curran, Desmond y Mallinson, Paul: Psychopathic Personality. J. Ment. Sc., *90:* 266, 1944.

Greenspan, H., y Campbell, J. D.: The Homosexual as a Personality Type. Am. J. Psychiat., *101:* 682, 1945.

Hamilton, D. M.: Some Aspects of Homosexuality in Relation to Total Personality Development. Psychiatric Quart., *13:* 229, 1939.

Healy, William, y Bronner, Augusta F.: Delinquents and Criminals: Their Making and Unmaking. New York, Macmillan, 1926.

———: New Light on Delinquency and Its Treatment. New Haven, Yale University Press, 1936.

Henderson, David K.: Psychopathic States. New York, W. W. Norton & Co., 1939.

Henry, G. W.: Psychogenic Factors in Overt Homosexuality. Am. J. Psychiat., *93:* 889, 1937.

Kahn, Eugen: Psychopathic Personalities. Traducido por F. Dunbar. New Haven, Yale University Press, 1931.

Karpman, Ben: A Study of 50 Cases of Psychopathic Personality. Am. J. Psychiat., *7:* 953, 1928.

Knott, J. R., y Gottlieb, J. S.: The Electroencephalogram in Psychopathic Personality. Psychosom. Med., *5:* 139, 1943.

Lindner, R. M.: A Formulation of Psychopathic Personality. Psychiatry, *7:* 59, 1944.

Partridge, G. E.: Current Conceptions of Psychopathic Personality. Am. J. Psychiat., *10:* 53, 1930.

Preu, P. W.: The Concept of Psychopathic Personality. In Hunt, J. McV.: Personality and the Behavior Disorders. p. 922. New York, The Ronald Press, 1944.

Schneider, Kurt: Die psychopathischen Persönalichkeiten, ed. 3. Leipzig, Deuticke, 1934.

Simons, D. J., y Diethelm, Oskar: Electroencephalographic Studies of Psychopathic Personalities. Arch. Neurol. and Psychiat., *55:* 619, 1946.

Thom, D. A.: Delinquency. New England J. Med., *222:* 308, 1940.

CAPITULO XXVIII

DEFICIENCIA MENTAL

Definición. Por deficiencia mental se entiende un defecto de la capacidad de la mente, debido a una falta innata en potencialidad de desarrollo o a una detención en el progreso del mismo, de modo que resulta imposible realizar una adaptación social adecuada e independiente. Como se desprende de esta definición, no se alcanza la capacidad mental de una persona normal, bien porque una pobreza relativa e innata de la capacidad del desarrollo de la mente del enfermo retardó en un principio su crecimiento mental, o porque, como se ve en un número menor de casos, enfermedades o lesiones del cerebro causaron una detención en el desarrollo mental que previamente había progresado de manera adecuada. La incapacidad mental debida a lesiones del encéfalo que se presenta después de la adolescencia no se considera como un defecto mental, sino como demencia. Por muchas razones sería mejor hablar de *debilidad mental*, ya que el grupo de ninguna manera es homogéneo, y hay grandes diferencias en etiología, clínica y patología, aunque con el criterio común de la incapacidad social. Los débiles mentales muestran una falta de capacidad para aprender, razonar, planear o construir; carecen de información general, son sugestionables, muestran defectos de previsión y juicio y tienen una capacidad muy limitada para modificar su conducta según la experiencia y los ensayos. Algunas veces se habla del defecto como "intelectual", un término algo restringido en su significado y menos preferible que el más comprensivo de "mental". El defecto no está solamente en la inteligencia, sino también en la conación, afectividad y temperamento. La definición adoptada por la Asociación Americana de Deficiencia Mental es excelente en muchos aspectos: El término "débil mental" se usa genéricamente para incluir todos los grados de defecto psíquico debidos a un desarrollo mental interrumpido o imperfecto, como resultado del cual la persona afectada es incapaz de competir en iguales términos con sus semejantes normales o de manejarse a sí mismo y a sus asuntos con la prudencia ordinaria". La Convención de la Casa Blanca sobre la Salud y Protección Infantiles de 1930 definió la deficiencia mental de manera un poco diferente; concluyó que consta de dos categorías: (1) *retraso mental* o subnormalidad intelectual con adaptabilidad social potencial, y (2) *debilidad mental,* o subnormalidad intelectual sin adaptabilidad social. Sin embargo, para la mayoría de la gente la denominación deficiencia mental continúa significando debilidad mental. La distinción tiene, sin embargo, ciertas ventajas, ya que se ha demostrado que si bien la educación especial del débil mental determina una mejoría apreciable de los hábitos y la adaptabilidad, no modifica materialmente la naturaleza esencial de este estado, mientras que el retrasado intelectual es suficientemente beneficiado por la educación especial como para conquistar su lugar en la sociedad entre los tontos normales y bien adaptados. También se observa una tendencia general hacia la hipoplasia constitucional y deficiencias neurológicas en el débil mental, que generalmente no se observan en el intelectualmente retrasado; sin embargo, la competencia social es la distinción crucial entre estos dos grupos.

Frecuencia. La conferencia de la Casa Blanca estimó que el 2 por ciento de la población general sufre debilidad mental evidente, y el 13 por ciento, retraso mental; probablemente menos del 1 por ciento de la población total sufre defectos tan marcados como para requerir cuidado contínuo. Además de éstos, aproximadamente el 1 por ciento requiere una estrecha vigilancia, ya sea con residencia permanente en una institución o con cuidados adecuados en la comunidad. La incidencia de defectos mentales es claramente más alta en áreas rurales que en áreas urbanas.

CAUSAS

Cuando se estudian las causas de la deficiencia mental se encuentra que, por conveniencia, pueden dividirse en tres grupos: las que actúan antes del nacimiento, las debidas a lesiones en el momento del nacimiento, y las que resultan de lesiones o enfermedades que se presentan después del nacimiento, pero antes de que termine el desarrollo mental.

Causas que actúan antes del nacimiento. Probablemente, del 50 al 65 por ciento de los casos de debilidad mental se deben a causas mal conocidas que actúan antes del nacimiento. Frecuentemente es difícil determinar si el defecto mental se debe a factores inherentes a los genes o a factores patógenos prenatales tóxicos, infecciosos, endocrinos, traumáticos, nutritivos o de otro tipo, que actúan sobre las células germinales o que en la madre embarazada tienden a debilitar o trastornar la capacidad de desarrollo del cerebro. Estados tóxicos, anóxicos, carenciales e infecciosos, que en el sistema nervioso adulto pueden ser reversibles o completamente curables, pueden producir cambios permanentes en las estructuras neurales del feto que dificultan su potencialidad intelectual. Indudablemente que hay muchas causas posibles de alteración de la evolución neural en la vida intrauterina, pero son todavía mal conocidas. En los casos de origen familiar hay hipoplasia general de la estructura cortical.

La importancia de la sífilis congénita como causa de debilidad mental es incierta, pero existe una tendencia creciente a admitir que se le ha dado demasiada importancia. Woodall encontró que de 1314 enfermos hospitalizados por debilidad mental, el 6.5 por ciento tenía sífilis congénita demostrada por las reacciones de Wassermann, Kahn y Hinton. Probablemente no más de la mitad de los enfermos con sífilis congénita desarrollan síntomas neurológicos o mentales; la presencia de sífilis en un deficiente mental no es, por lo tanto, una prueba concluyente de que el defecto se debe exclusivamente a la sífilis. Sin embargo, debe recordarse que en los defectos mentales debidos a sífilis congénita la serología sanguínea es frecuentemente negativa. El retraso mental por esta causa se debe probablemente en parte a la lesión directa de las células nerviosas por la espiroqueta, y en parte a las condiciones toxémicas presentes en una fase muy precoz del desarrollo.

En cierto número de casos en los que el individuo se ha desarrollado a partir de células germinales hereditariamente defectuosas o desvitalizadas, el cuerpo puede mostrar otros signos de imperfección germinal, conocidos como estigmas degenerativos. Los principales signos físicos de inferioridad serán mencionados en la discusión de los campos de indagación de Fernald.

Causas que actúan en el nacimiento. Los traumatismos del parto que dan lugar a hemorragia o asfixia pueden ser causa de defecto mental. Las causas inmediatas más frecuentes de hemorragia cerebral en el parto son el parto prematuro y el parto distócico; ahora se acepta que la asfixia en el nacimiento es una causa común de defecto mental. Si la anoxemia resultante existe durante un tiempo suficientemente largo, producirá degeneración permanente de las células nerviosas de la corteza cerebral con la resultante insuficiencia de capacidad mental. Se estima que aproximadamente el 8 por ciento de los defectos mentales se deben a causas que actúan en el nacimiento.

Causas que actúan después del nacimiento. Las distintas formas de encefalitis y meningitis son los factores más frecuentes que actúan después del nacimiento en la producción de debilidad mental. Aunque los traumatismos craneanos de la infancia determinan algunas veces debilidad mental, esto se ha exagerado por el vulgo. La toxemia, la mala nutrición y las deficiencias vitamínicas durante la infancia, si se mantienen suficiente tiempo, producen alteraciones irreversibles en la corteza con distintos grados de retraso mental.

En los sordos y ciegos congénitos, el número reducido de estímulos recibidos por los exteroceptores conduce a cierto grado de amnesia, a menos que se les de una educación compensadora. En general también se acepta que el retraso en el desarrollo intelectual puede ser debido a factores emocionales sin defectos orgánicos. Probablemente del 25 al 30 por ciento de

los casos de debilidad mental se deben a causas que actúan después del nacimiento.

Frecuentemente, hay trastornos convulsivos en los defectos mentales debidos a alteraciones orgánicas del cerebro; la importancia de la epilepsia esencial como causa de deficiencia mental grave no está determinada.

TIPOS CLINICOS

Microcefalia. Entre el número relativamente pequeño de personas débiles mentales que muestran características distintivas del cráneo, o de la conformación general del cuerpo, o de la estructura del cerebro, que les hace reconocibles como variedades clínicas, están los microcéfalos. De manera arbitraria se designan microcéfalos los deficientes en su mayoría imbéciles o idiotas, cuyos cráneos, al terminar el desarrollo, no tienen más de 41 cm. de circunferencia. Los que pertenecen a esta variedad clínica muestran no sólo la peculiaridad en el tamaño de la cabeza, sino también en su forma, que se caracteriza por frente inclinada y aplanamiento del occipucio; el pelo es basto y ocupa parte de la frente. Hay más cuero cabelludo del que se necesita para cubrir el cráneo, por lo que el exceso se dispone en arrugas. La barba está hundida y la estatura es corta. Como podría esperarse de la capacidad craneal limitada, el encéfalo del microcéfalo está muy poco desarrollado. La regla es que haya alteraciones histológicas, y es común que haya anomalías macroscópicas aparte del tamaño.

Mongolismo. Una forma muy frecuente, pero mal conocida, de variedad clínica de deficiencia mental es la que se encuentra en el mongolismo, nombre aplicado por Langdon Down[1] a cierto grupo de deficientes cuyas características fisonómicas recuerdan las que normalmente tiene la raza mongólica. El aspecto mongoloide probablemente se debe a una formación peculiar del cráneo. Del 10 al 25 por ciento de todos los casos de deficiencia mental encontrados en la infancia se deben al mongolismo; es el factor aislado más común en la producción de formas no hereditarias de deficiencia mental.

La causa del mongolismo ha estado sujeta a muchas especulaciones e investigaciones científicas. Los estudios recientes, especialmente los de Benda, indican que el niño con mongolismo no tiene un funcionamiento normal de las glándulas relacionadas con el crecimiento normal y la madurez; hay pruebas de hipofuncionamiento del tiroides y las gonadas y, en menor grado, de la corteza suprarrenal; las alteraciones histológicas de estas glándulas

1. Down, J. L.: Observations on an Ethnic Classification of Idiots. Clin. Lectures and Reports, London Hospital, 3:259, 1866.

indican deficiencia de hormonas tirotrópica, gonadotrópica y adrenocorticotrópica, lo que lleva a la conclusión de que la hipófisis, que regula estas funciones, está esencialmente en insuficiencia. Se ha encontrado que la hipófisis de los mongoles es anormal en muchos sentidos; sin embargo, es probable que la disfunción de la hipófisis sea sólo una parte de una deficiencia general del desarrollo debida, según se cree, a deficiencia hormonal de la madre durante el embarazo. Es probable que la madre de un mongólico no se encuentre en condiciones apropiadas durante la preñez; se cree que las funciones del cuerpo amarrillo o de la hipófisis no son normales, y que la deficiencia se puede deber a edad avanzada de la madre, enfermedad, agotamiento e inmadurez. Estos factores producen cierto grado de esterilidad; no se tiene noticia de ninguna mujer con mongolismo que haya quedado embarazada. Los mongoles tienen una falta de resistencia a las infecciones y su mortalidad en la primera infancia es muy alta.

Clínicamente el mongol se caracteriza por un cráneo redondo y pequeño, con aplastamiento tanto del occipucio como de la cara; el pelo es escaso y seco; la fisura palpebral es estrecha y oblícua, con el extremo interno más bajo, y un pliegue de la piel que se continúa desde el párpado superior hasta el ángulo interno contribuye a proporcionar el aspecto asiático. La lengua es grande y tiene fisuras, con las papilas hipertróficas, y constantemente la están sacando y metiendo en la boca abierta. La nariz es corta y ancha, con el puente deprimido; las manos son grandes y regordetas, y el quinto dedo es especialmente pequeño y frecuentemente curvo. Los ligamentos articulares son laxos y los músculos hipotónicos, lo que da a las articulaciones movilidad exagerada. El paladar está frecuentemente deformado, el abdomen es grande, y los órganos genitales poco desarrollados. La buena disposición y la tendencia imitativa del mongol frecuentemente ocultan al principio la seriedad de su alteración mental; pocos demuestran poseer una inteligencia mayor que la de los imbéciles, y muchos son idiotas.

Esclerosis tuberosa. Esta forma clínica de debilidad mental, conocida algunas veces como epiloia, se caracteriza por epilepsia, oligofrenia y nódulos cutáneos que semejan adenomas sebáceos, pero que en realidad constan de tejido conjuntivo y vascular hiperplásico. La enfermedad se debe a una malformación blastomatosa congénita que afecta especialmente al sistema neuroectodérmico. El cerebro muestra alteraciones difusas en su citoarquitectura y formaciones neoplásicas gliales localizadas.

Deficiencia mental fenilpirúvica. En 1934, Fölling[1] describió un tipo de deficiencia mental familiar asociado a la eliminación por la orina de ácido fenilpirúvico que hasta entonces no se había reconocido. La alteración parece ser determinada en forma recesiva, y ser el resultado necesario de un defecto en el metabolismo de un aminoácido aromático, la fenilalanina; acompañando a la marcada deficiencia mental y al trastorno metabólico hay manifestaciones neurológicas generalmente consideradas como síndrome extrapiramidal. La posición del enfermo es generalmente de flexión general, con el cuerpo y la cabeza doblados, los músculos flexores y extensores están rígidos, los reflejos profundos están exaltados, y muchos pacientes muestran manifestaciones hiperquinéticas o disquinéticas como temblor y atetosis; los encefalogramas sugieren que los signos extrapiramidales pueden referirse a atrofia cortical del lóbulo frontal.

1. Foelling, A.: Ueber Ausscheidnug von Phenylbrenztraubensäure in den Harn als Stoffwechselanomalie in Verbindung mit Imbezillität. Ztsch. . pshysiol. Chem., 227:169, 1934.

Otras formas. Otras variedades clínicas son las asociadas a la idiocia familiar amaurótica, enfermedad hepatolenticular o de Wilson, encefalitis periaxial difusa o enfermedad de Schilder, hipotiroidismo, distrofia hipofisaria y ataxia de Friedreich.

GRADO DEL DEFECTO

El grado del defecto puede medirse en términos de capacidad social, o de edad mental y cociente intelectual. Aquellos en los que el defecto mental es más profundo se conocen como idiotas, los que tienen el defecto menor se conocen en Estados Unidos como tontos y en Inglaterra como débiles mentales. En Estados Unidos el término "débil mental" no se usa en un sentido tan limitado, sino que se emplea para indicar deficiencia mental en general.

Grupos clínicos. En 1934, la Asociación Americana de la Deficiencia Mental adoptó el siguiente criterio para graduar el defecto mental: Un *idiota* es una persona mentalmente defectuosa que generalmente tiene una edad mental de menos de tres años, o si es un niño, un cociente de inteligencia menor de 20. Un *imbécil* es una persona mentalmente defectuosa que tiene una edad mental de tres a diez años inclusive. Un *tonto* es una persona mentalmente defectuosa que generalmente tiene una edad mental de ocho años o más, o si es un niño, un I. Q. de 50 o más. En relación con el I. Q., la Asociación asentó: "Como regla, el límite superior para el diagnóstico de deficiencia mental debe ser un I. Q. de 69, pero este límite no debe conservarse en casos en que factores médicos, sociales o de otros tipos indican claramente que el enfermo es un deficiente mental". El I. Q. usado en el sistema de gradación de la Asociación se basa en la revisión de 1916 de la prueba de Stanford-Binet, con 16 años como el divisor para adultos.

Idiotas. En los idiotas el defecto mental es tan marcado, que el individuo no puede protegerse de los peligros físicos comunes; los idiotas muy

profundos son incapaces de adquirir ninguna educación; los idiotas menos profundos pueden aprender, dentro de cierto límite, algunos hábitos de limpieza, pero no aprenden a bañarse o a vestirse; sólo estos últimos son capaces de comprender las órdenes más simples; muchos de los idiotas cuyo defecto es del grado más acentuado tienen que ser alimentados. Los idiotas nunca adquieren la capacidad de formar oraciones, y sólo raramente forman palabras articuladas; algunos son letárgicos mientras que otros son inquietos, escandalosos y destructivos. Algunos se mueven rítmicamente, en forma lateral o de balanceo, de manera casi constante durante las horas de vigilia; aproximadamente el 50 por ciento de los idiotas tienen convulsiones, y la mitad de esos casos de idiocia se deben a falta de desarrollo en el período prenatal y el 30 por ciento a lesiones del parto. Los idiotas constituyen aproximadamente el 5 por ciento de todos los deficientes mentales; la idiocia se encuentra raramente en el tipo familiar de debilidad mental. Comparativamente, pocos idiotas viven hasta la edad adulta.

Imbéciles. Los imbéciles son capaces de aprender a hablar y a caminar. Los más superficiales pueden llegar a aprender a leer palabras de una sílaba, a vestirse por sí solos, a seguir instrucciones sencillas y a ayudar en tareas simples, pero son incapaces de aplicar su experiencia a nuevas tareas. Los imbéciles más profundos prácticamente no pueden hacer nada útil. Ninguno del grupo de los imbéciles es capaz de bastarse a sí mismo, pero todos disponen de alguna capacidad y evitan los peligros físicos ordinarios, tales como el tráfico, el fuego, etc. En comparación con niños de la misma edad mental los imbéciles no tienen su capacidad de adaptación original, su vivacidad natural y su curiosidad espontánea. En aquellos en los que la deficiencia mental no se debe a procesos traumáticos o inflamatorios, sino a un defecto intrínseco del plasma germinal, frecuentemente se encuentran distintas anomalías físicas como corta estatura y estigmas degenerativos. Del 18 al 20 por ciento de los deficientes mentales son imbéciles.

Tontos. La dotación mental de los tontos no es suficiente para realizar una adaptación social independiente y adecuada; son capaces de hacer algún progreso, aunque lento, en escuelas elementales. Generalmente pueden aprender a leer y a escribir, pero pocos van más allá del cuarto año. Con un poco de vigilancia pueden realizar trabajos sencillos de rutina, como la operación de máquinas automáticas; los de nivel más bajo pueden lavar platos, hacer mandados, etc. No son capaces de planear en forma seria y sagaz y no tienen la "prudencia ordinaria" en el manejo de sus asuntos. El tonto tiene generalmente poca capacidad para realizar esfuerzos sostenidos Entre los tontos y las personas de inteligencia general media hay un grupo de personas de inteligencia menor que la normal u obtusas que no se consideran como definitivamente débiles mentales. Los idiotas y los imbéciles suelen proceder de familias de nivel económico medio o acomodado, mientras que los tontos se encuentran en clases sociales más bajas.

DETERMINACION DE LA DEFICIENCIA MENTAL

En los idiotas, imbéciles y hasta en los tontos profundos el diagnóstico de debilidad mental y una estimación grosera del grado de deficiencia son relativamente fáciles, pero cuando nos acercamos al amplio espacio que hay entre la subnormalidad intelectual y la deficiencia mental, en donde las diferencias son meramente relativas, la determinación de la debilidad mental requiere una consideración completa y cuidadosa. Más importante y con frecuencia menos fácil es la distinción entre el retraso mental y la hipofrenia constiucional. Teniendo en cuenta que un sólo criterio es inadecuado, aunque la edad mental sea un medio muy útil y bien establecido de medición, el Dr. Walter E. Fernald, uno de los más distinguidos iniciadores del estudio, educación y cuidado del débil mental, desarrolló diez "campos de indagación", cuyo conocimiento proporciona una visión comprensiva de la capacidad mental del enfermo, la experiencia del doctor Fernald le llevó a concluir que si una persona es deficiente mental se encontrarían pruebas corroborativas en la mayoría de estos campos. Los diez campos, cuyo estudio indica los recursos mentales del enfermo, son:

1. Examen físico.
2. Historia familiar.
3. Historia personal y del desarrollo.
4. Progreso en la escuela.
5. Examen del trabajo escolar.
6. Conocimiento práctico e información general.
7. Historia y reacciones sociales.
8. Eficiencia económica.
9. Reacciones morales.
10. Examen mental.

La relación de muchos de estos campos con el desarrollo mental es tan evidente que no es necesario discutirla. Físicamente encontramos que en la mayoría de los oligofrénicos hay algunos signos de inferioridad biológica general o de secuelas de procesos inflamatorios o traumáticos previos en el sistema nervioso central; a pesar de las numerosas excepciones hay una tendencia definida del débil mental a ser de corta estatura; signos más claros de inferioridad física que pueden presentarse son anormalidades del cráneo tales como microcefalia o cráneo en torre, hidrocefalia, el cráneo esférico

del mongol y asimetría del cráneo. Son más frecuentes que entre los normales el descenso de la línea frontotemporal del pelo, las asimetrías de la cara, las malformaciones de la oreja, las anomalías del ojo y sus apéndices, la fealdad de la nariz, el engrosamiento de los labios, la mandíbula saliente o hundida, los dientes imperfectamente formados o irregularmente implantados y las malformaciones del paladar.

Prácticamente en todos los niños débiles mentales hay una historia de retraso en el desarrollo de las funciones fisiológicas, psicológicas o sociales; por ejemplo, generalmente hay una relación importante entre la inteligencia y la capacidad para el desarrollo de un lenguaje claro y correcto; el grado de inteligencia está claramente indicado por la edad de adquisición del lenguaje y por el carácter de la articulación; por ejemplo, la pronunciación puede ser clara, imprecisa, con supresión de letras o sílabas, o a empujones; puede substituirse la erre por la ele o una consonante por otra; finalmente la amplitud del vocabulario indica bastante bien el caudal de ideas. El niño normal debe hablar unas cuantas palabras al año de edad y articular claramente entre los tres y los cuatro años.

Al aplicarse una ley del Estado de Massachusetts que requiere el examen de todos los niños retrasados en sus clases, tres o más años, en las escuelas públicas, se han encontrado muchos hechos interesantes; entre ellos, Dayton comprobó que la mayoría no habían podido pasar el primer año, independientemente del grado de deficiencia mental. Una indicación más valiosa sobre la presencia o ausencia de defectos que la que se obtiene por la historia del progreso escolar o por el examen de las tareas escolares, se deriva del conocimiento práctico y de la información general que posee el individuo; aquí encontramos que la capacidad de observación amplia y exacta, y la capacidad, comparación, planeación y discriminación esenciales para la buena solución de los problemas prácticos relacionados con la ocupación y las actividades de la vida, son inadecuadas en el deficiente mental, y que la amplitud de su conocimiento de objetos y hechos comunes de su medio ambiente es limitada. Frecuentemente la capacidad del débil mental para aplicar su inteligencia a situaciones concretas de la vida, tiene variaciones de diverso grado en períodos cortos de tiempo.

En el séptimo de los campos de indagación de Fernald, el de la historia y reacciones sociales, nos encontramos, como ya había sido mencionado, con una de las pruebas más importantes acerca de la existencia o ausencia de defectos mentales. La incompetencia social, si se debe a inteligencia defectuosa, traduce debilidad mental. Aunque la inteligencia sea fija, la competencia social es relativa y, por lo tanto, la línea divisoria entre la debilidad mental y la normalidad se vuelve también relativa, lo que fué reconocido al

principio por Binet y Simon, que escribieron: "Un campesino, normal en su ambiente ordinario; puede ser considerado como tonto en la ciudad".[1]

Al considerar el campo de la historia y las reacciones sociales debe recordarse que incompetencia social no quiere decir necesariamente delincuencia social. Cuando Fernald puntualizó sus campos de indagación, los estudiosos de la deficiencia mental estaban saliendo precisamente de un período caracterizado por la creencia de que la deficiencia mental era la base de un gran número de los problemas de criminalidad y pobreza. Es cierto que los débiles mentales constituyen un mayor riesgo y que la proporción de débiles mentales que se hacen delincuentes es mayor que la de normales, pero esto se debe parcialmente a que los primeros proceden en general de ambientes más desfavorables, en los que están expuestos a influencias más perniciosas; factores psicológicos, así como sociales, contribuyen a la delincuencia entre los débiles mentales. Algunos trastornos de la conducta, por ejemplo, pueden representar una rebelión o una fuga ante un medio ambiente difícil; si el niño débil mental es rechazado en su hogar, se estimulan sentimientos de odio y resentimiento y se transfieren a todos los sustitutos paternales. Además, la conducta agresiva y destructiva puede representar la compensación de un sentimiento oculto de insuficiencia; algunos oligofrénicos, debido al deseo de ganar reconocimiento de sí mismos, son fácilmente conducidos a la delincuencia por personalidades dominantes y más fuertes. Como el deficiente mental obtiene emociones y satisfacciones tan fácilmente, es arrastrado con frecuencia por las personas de conducta viciosa e impúdica.

Aunque muchas personas que no son débiles mentales pueden ser consideradas como de baja capacidad en relación a la eficiencia económica, el grado de ésta tiene cierto valor práctico para la determinación del desarrollo mental de una persona, porque el débil mental no puede competir con éxito con los de mayor inteligencia.

Al considerar el noveno campo de indagación de Fernald, el de las reacciones morales, debe hacerse una discriminación cuidadosa, ya que de ninguna manera existe siempre una relación directa entre el desarrollo mental y las reacciones morales. Aunque las reacciones inmorales son menos influídas por el ambiente que la delincuencia social, en general sí hay una dependencia importante. La inhibición está indudablemente menos desarrollada en el débil mental que en el normal. La inmoralidad sexual se encuentra sin duda con mayor frecuencia entre muchachas y mujeres débiles mentales que entre las normales; además, como los débiles mentales tienen menos habilidad para ocultar, sus problemas son aparentemente mayores. Sin embar-

1. Citado por Davies: "Social Control of the Mentally Deficient". New York, Crowell, 1930.

go, en una gran proporción, sus reacciones morales no constituyen aspectos importantes para incluírlos en el grupo de los deficientes mentales. Con frecuencia, preguntas bien formuladas acerca de valores y relaciones éticas proporcionarán respuestas que rinden más información sobre el desarrollo mental que la historia de las reacciones morales.

El último campo de indagación, el examen mental, que consiste principalmente en las pruebas de inteligencia es, en general, el más importante; sin embargo, en los casos dudosos, de ninguna manera debe ser el único criterio de diagnóstico.

Los campos de indagación proporcionarán información suficiente para cumplir con los requisitos recomendados por la Asociación Americana de Deficiencia Mental para la determinación del estado mental: "La condición de deficiencia mental o el diagnóstico del estado mental debe ser determinado por una consideración combinada de todos los datos clínicos relacionados con el enfermo, o sea su estado mental presente medido por el nivel de su constitución anatómica, fisiológica y neurológica; su conducta general y su adaptación social, sus bases heredobiológicas y sociales, y la historia genética de su desarrollo físico, social y emocional. Resumiendo, todos los datos que son necesarios para valorar el estado presente del individuo".

PRUEBAS PSICOMETRICAS

Hasta 1905 no había ningún criterio psicológico fijo para la determinación de la deficiencia mental. En esta época Binet, psicólogo francés, y Simon, psiquiatra francés asociado a Binet, en una comisión nombrada para el estudio del problema de la educación de niños defectuosos, establecieron normas para medir la inteligencia e idearon un plan para determinar la edad mental sin tomar en consideración la edad cronológica; redactaron una serie de problemas graduales que constituían una escala progresiva dispuesta en grupos de dificultad creciente. Estos problemas constituían pruebas de imaginación, atención, comprensión, sugestibilidad, memoria lógica, funciones del lenguaje, información común, capacidad para discriminar conceptos, descubrir absurdos y resolver problemas. Estas pruebas, introducidas por primera vez en los Estados Unidos en 1908 por Henry H. Goddard, de la Escuela Educacional de Vineland, New Jersey, fueron ideadas después de estudiar las capacidades de niños de todas las edades hasta los dieciséis años, edad después de la cual se encontró que había poco aumento en la inteligencia natural, diferenciada del conocimiento. La mayoría de las pruebas de inteligencia, especialmente la de Stanford-Binet revisada, se basan en la aceptación de que la madurez completa de la inteligencia se alcanza a los

quince años. Para hacer el examen se le da al enfermo una serie establecida de grupos graduales de pruebas (como la de Standford-Binet), cada uno de los cuales es sucesivamente más difícil que el que debería ser resuelto por un niño de un año más de edad que el que resolvió el grupo precedente; por ejemplo, una serie de pruebas debería ser bien resuelta por un niño de seis años, y la serie siguiente en dificultad, por un niño de siete años. La edad mental de la persona examinada es el promedio de la serie de grupos que ha resuelto bien, considerando como grupo de edad mínima aquel en que todos los problemas se han resuelto satisfactoriamente, y de edad máxima aquél en que se resolvió por lo menos un problema; cuando esta edad mental se compara con la edad cronológica del enfermo se obtiene la medida de su retraso. El grado de retraso mental se mide por medio del cociente de inteligencia del paciente (I.Q.), que es la relación entre la edad mental y la edad cronológica. El crecimiento de la edad mental continúa hasta que el niño llega a una edad entre 14 y 16 años, aunque es más lento a medida que se aproxima a esta edad; después se detiene, aun cuando haya el aumento consiguiente en experiencia, habilidad y conocimiento. Por lo tanto, para conocer el I.Q. de un adulto se divide su edad mental, medida por la escala de Binet, no entre su edad real sino entre la edad a que se supone se detiene el crecimiento mental; como en la prueba de Stanford-Binet revisada se acepta que es a los 15 años de edad, esta cifra es la que se pone como divisor. Si, por lo tanto, una persona de 15 años o más tiene una edad mental de 9, el cociente intelectual sería 9/15 ó 60. Debe recordarse que debido a que las pruebas de inteligencia se expresan en términos numéricos, su aparente exactitud conduce fácilmente a las malas interpretaciones; también debe recordarse que un adulto que tiene, por ejemplo, 10 años de edad mental, es una persona muy diferente a un niño de 10 años; puede que no sea capaz de hacer más con su intelecto que un niño de 10 años, pero sus experiencias emocionales han sido muy diferentes.

Las pruebas de Binet-Simon han sufrido varias modificaciones, siendo la más usada generalmente, la ideada por Terman, de la Universidad de Stanford, quien desarrolló la idea del cociente de inteligencia. Esta fué revisada en 1937, y se eliminaron algunas de las abreviaturas anteriores, se introdujeron nuevos problemas y se extendió la escala tanto en las edades mentales superiores como en las inferiores. Las pruebas de Merrill-Palmer y las de Arnold Gesell se adaptan mejor a niños muy pequeños. En general, las pruebas de inteligencia se agrupan en dos categorías, una principalmente verbal y otra de ejecución. El grado de desviación del promedio normal revelado por una prueba verbal de inteligencia no es necesariamente el mismo que el obtenido con una prueba no verbal; ninguno de los dos

indica la naturaleza de la inteligencia, del mismo modo que el amperímetro no indica la naturaleza de la electricidad. Las pruebas de ejecución consisten en varias clases de problemas que no tienen que ser resueltos en términos de lenguaje, y, por lo tanto, son particularmente aplicables en casos de analfabetos y de enfermos no familiarizados con el lenguaje en que se efectúa la prueba. Anteriormente el criterio para determinar la deficiencia mental se limitaba con demasiada frecuencia a la medida de la inteligencia verbal; las pruebas de ejecución indican cómo se maneja el material concreto y son más adecuadas para niños con escasas facultades de expresión verbal. Entre las mejores pruebas de ejecución conocidas están la escala de Arthur, la de Pintner-Patterson y la escala de habilidad de ejecución de Cornell-Coxe.

La escala de inteligencia de Wechsler-Bellevue, desarrollada por David Wechsler, es una prueba verbal y de ejecución que se usa frecuentemente como medio para medir la capacidad intelectual de los adultos; esta prueba hace innecesario recurrir a otras ideadas primariamente para la clasificación de niños; además de la ventaja de la uniformación y selección de los temas para una población adulta con variaciones debidas a la edad, permite la comparación directa en términos semejantes de las capacidades verbal y de ejecución. La parte verbal comprende pruebas de información, comprensión, habilidad manual, aritmética y otras semejantes; la parte de ejecución consta de rompecabezas, completar pinturas, clasificación de objetos, cálculo de bloques, y una prueba de símbolos digitales. También se incluye en la escala una prueba de vocabulario. Es más segura que la prueba de Stanford-Binet en la estimación de la inteligencia media de los adultos.

Lo anteriormente expuesto suscita la cuestión de si al aplicar las pruebas de inteligencia se están midiendo solamente las dotes naturales, o si, hasta cierto punto, se mide también el tipo de experiencias subjetivas y sus resultados. Aunque las pruebas como la de Stanford-Binet aprecian principalmente la capacidad natural, indudablemente que también miden en parte el *uso* que el sujeto ha hecho de sus experiencias. Por lo tanto, los resultados de estas pruebas dependen en cierto grado del ambiente familiar y de la situación social del sujeto. Aunque estas pruebas miden principalmente la dotación innata, debe recordarse que esencialmente son mediciones de la capacidad para manejar ideas, más que de la habilidad para tratar o manipular objetos concretos o relacionarse con la gente. Son útiles como guías en la vigilancia de la educación, y hasta cierto punto de la complejidad de las situaciones sociales y profesionales de las que se puede esperar una adaptación; si la puntuación del sujeto le confiere una edad mental menor de diez años, no es de esperarse que sea capaz de bastarse a sí mismo, ni de una adaptación no vigilada en una comunidad urbana. Frecuentemente

en asuntos médico-legales se presenta el problema de determinar la responsabilidad de una persona supuestamente débil mental; en general puede decirse que no debe reconocerse limitación alguna de la responsabilidad si el acusado tiene una edad mental de más de diez años. Se han ideado pruebas de aptitud para descubrir cualidades en relación con la capacidad para ciertos tipos de profesiones u ocupaciones, pero cualquier conclusión basada en ellas debe aceptarse con la mayor reserva.

Las distintas pruebas de inteligencia forman también dos grupos desde el punto de vista de la técnica de su aplicación; algunas, como la de Stanford, se ejecutan individualmente, mientras que otras, como la Alfa del Ejército o la de Kuhlman-Anderson, pueden ser aplicadas a grupos.

De las pruebas individuales, la de Stanford-Binet ha sido la más usada, pero tiene el inconveniente de que se basó en resultados obtenidos en el examen de un grupo de individuos de inteligencia mayor que la media, con el resultado de que su cociente de inteligencia medio es de 100, que es demasiado alto, aunque se supone que representa la inteligencia media general. El cociente de inteligencia de 87 en esta escala representa aproximadamente el promedio general de quince años, edad en que según se supone en la prueba de Stanford, se ha alcanzado el desarrollo intelectual completo. Cuando se encuentra un niño que según la escala de Stanford-Binet tiene un I.Q. de 30 y una edad mental de cinco años, no puede esperarse que termine bien ningún trabajo escolar superior de kindergarten; un I.Q. de 45 y una edad mental de siete años permitirán llegar hasta el segundo año de la escuela primaria; para completar el tercer año se requieren un I.Q. de 50 y una edad mental de ocho años; el cuarto año se terminará cuando se tenga un I.Q. de 65 y una edad mental de diez años, y un I.Q. de 80 y una edad mental de doce años permitirán llegar hasta quinto o sexto. Las personas con I.Q. de 80 a 90 pueden completar la primaria algunas veces; con I.Q. entre 90 y 110, la secundaria; con 110 a 120, los estudios preparatorios, y los que tienen más de 120 pueden continuar con éxito una educación profesional o estudios superiores.

Psicosis con deficiencia mental

Se acepta en general que la mayoría de los trastornos mentales que afectan a personas de inteligencia normal también pueden afectar a los deficientes mentales; tales psicosis son generalmente de naturaleza aguda y transitoria, presentan episodios de excitación y de depresión, tendencias paranoides o experiencias alucinatorias. Con mucha frecuencia son de origen situacional.

TRATAMIENTO

Aunque los límites de desarrollo de los aspectos del organismo que llamamos mentales son en su mayor parte fijos, la inteligencia crece con el uso y se atrofia con la inactividad dentro de límites estrechos. Se ha comprobado que si después del nacimiento se separan a gemelos idénticos, y a uno se le dan oportunidades educativas claramente superiores al otro, desarrollará un I.Q. más elevado que el que estuvo en un medio ambiente menos favorable. Aunque la capacidad intelectual no puede ser aumentada materialmente, la capacidad social puede ser mejorada donde más se necesita, esto es, en los deficientes menos profundos. Debe recordarse que el desarrollo de una personalidad normal no sólo requiere una dotación intelectual innata, sino también ciertas características emocionales esenciales como afecto, seguridad, reconocimiento social, éxito y nuevas experiencias. Fernald insistió en que el individuo débil mental tiene derecho a que se comprendan sus necesidades y a que se le trate de acuerdo con ellas, más que a ser solamente clasificado y segregado de un modo fácil y cómodo, tomando como base una cifra de I.Q.

El problema del tratamiento del idiota y del imbécil profundo es sencillo y consiste principalmente en cuidado y custodia físicas; en los imbéciles profundos los esfuerzos deben dirigirse a educar al niño a vestirse y desnudarse, a mejorar sus hábitos de alimentación, a bañarse, a restringir sus tendencias destructivas, a enseñarle a evitar los peligros ordinarios, a asociar los objetos comunes con sus nombres, a pronunciar unas cuantas palabras sencillas y a expresar deseos simples; en el mejor de los casos, el objeto puede ser el de educar al niño de modo que su cuidado sea una carga menos pesada. Si esta sencilla educación debe llevarse a cabo en el hogar o en una institución depende de muchos factores, tales como la capacidad de la madre para educarlo, el número de hijos, su estado económico, etc. En el caso de los deficientes profundos, generalmente los esfuerzos de la madre pueden ser más útiles si se dedican al cuidado de sus otros hijos, a los deberes del hogar y a otras actividades que pueden contribuir al bienestar de la comunidad y al desarrollo de su propia personalidad. Con el cuidado institucional de los deficientes profundos, su familia es generalmente capaz de hacer una mejor adaptación social y económica. Desde el punto de vista de la comunidad estos oligofrénicos profundos no constituyen un problema importante; su número es pequeño comparado con el de los de grado leve y muchos mueren a una edad temprana. No constituyen un problema de eugenesia, ya que el defecto es raramente de origen familiar y prácticamente ninguno procrea.

En el grupo de los imbéciles menos profundos y de los tontos, los tipos de tratamiento se dividen en tres grupos: *segregación, esterilización y adaptación social.* Después de una época en que se pensó que la solución del problema del débil mental era la segregación, nos encontramos en una en la que se insiste en la adaptación social lo mismo como medio que como fin. En algunos casos la esterilización puede ser de valor eugenésico e individual. La segregación debe ser considerada meramente como un último recurso en casos aislados, más que como una medida de aplicación general y no debe ser confundida con la educación institucional temporal, que forma parte de un proceso más largo de adaptación social.

Tan pronto como se está seguro de que el niño es mentalmente deficiente debe instituirse una educación sistemática adaptada progresivamente a su desarrollo. Que el deficiente de grado no profundo sea solamente una carga social o que adquiera cualidades sociales estimables, dependerá más de su educación y de la naturaleza de otros estímulos recibidos del medio ambiente, que del grado particular de su defecto medido por el cociente de inteligencia. En la edad más temprana posible la educación debe dirigirse hacia los hábitos de limpieza y de autonomía en los actos de alimentarse, vestirse, desnudarse, etc. En los deficientes más jóvenes y en los grados más profundos de los que son algo más deficientes, la educación de los sentidos especiales y de la coordinación y control de las respuestas motoras es básica y sirve mejor para estimular los procesos mentales y para preparar el camino para el uso de los músculos y de los sentidos en el trabajo o en el juego.

Debe considerarse una obligación del Estado el descubrir, clasificar y proporcionar una educación adecuada a todos los niños retrasados lo más pronto que sea posible; en algunos lugares se intenta ahora cumplir con esta obligación exigiendo el examen de todos los niños de las escuelas públicas que están retrasados tres o más años en sus clases, instituyendo para ellos una enseñanza especial; probablemente, en la mayoría de estos casos sería mejor que se descubrieran y se asignaran a clases especiales más tempranamente. Instrucción académica, ejercicios manuales con entrenamiento de los sentidos especiales y educación social deben proporcionarse a todos estos deficientes no profundos, coordinándolas según las necesidades de cada caso. Aunque la enseñanza académica que pueda asimilar agregará algo a la felicidad del niño y probablemente a su valor social, debe insistirse en la educación manual, social y de las costumbres, ya que sin el entrenamiento manual no puede ganarse la vida y sin la guía social puede caer en el grupo formado por los débiles mentales delincuentes. Además del hecho de que en las clases especiales se insiste, o debe insistirse, en la educación manual

y social, hay lo que podrían llamarse beneficios incidentales, que, no obstante, pueden ser de mayor valor que la educación misma: al incluirlo en una clase especial, el niño es separado de un curriculum demasiado difícil por el que no tiene interés, de compañeros que le critican, quizá de un maestro que es hostil y de otras situaciones que crean sentimientos de inferioridad, destruyen la sensación de seguridad y forman la base para adoptar el método más fácil de defensa, la conducta abiertamente antisocial y las compensaciones socialmente desadaptadas. Debido a que el niño puede competir con sus compañeros en la clase especial, las reacciones indeseables mencionadas no sólo no son estimuladas, sino que se crea una sensación de seguridad, confianza en sí mismo, satisfacción y éxito, que tienen un gran valor constructivo en la formación de la personalidad. La aprobación, la atención y el elogio producen gran satisfacción, y dentro de límites razonables pueden producir un efecto deseable y estimulante. Los niños débiles mentales deberían ser alentados a tomar parte, junto con niños normales, en todos los juegos en los que el deficiente puede competir en iguales términos con el normal. Wallace cree acertadamente que las horas de clase especial son demasiado escasas, pues con excepción de las cinco o seis horas diarias durante algo más de la mitad de los días del año, el niño recibe su educación social en circunstancias que pueden viciar el desarrollo social de la personalidad; ya que el principal objeto en el deficiente no profundo no es que adquiera una educación académica formal, sino que desarrolle cualidades sociales de conducta, es esencial controlar y modificar los estímulos ambientales de tal modo que despierten las respuestas deseadas. La poca inteligencia no es el único problema del deficiente mental; también deben considerarse el fracaso, la perplejidad, el miedo a la competencia profesional y la soledad; el problema de las relaciones humanas es constante. De esto se desprende que los factores psiquiátricos o psicológicos son de importancia no menor, y quizá mayor, en la determinación de la adaptación social del débil mental, que su cociente de inteligencia.

La invención de las pruebas de inteligencia reveló algo que no se había reconocido antes adecuadamente: que hay un gran grupo de débiles mentales entre los imbéciles y los normales, a los que Goddard dió en 1910 el nombre de tontos. Con este "descubrimiento del tonto", con la comprobación de que muchas personas antisociales tenían este grado de inteligencia, y con la importancia que entonces se daba a la herencia en relación con la debilidad mental, se desarrolló la opinión de que el remedio para este problema consistía en la segregación permanente. Afortunadamente, antes de que se pudiera hacer la segregación en grande escala, se comprendió que las instituciones para débiles mentales deberían ser primariamente educativas y

sólo secundariamente de aislamiento; y también que gran parte del trabajo del mundo es realizado por personas de bajo nivel de inteligencia, muchas de las cuales son ciudadanos útiles, obedientes, industriosos y estimables. Gracias a clases especiales y otros métodos apropiados de educación, muchas escuelas públicas cumplen con las necesidades educativas de los deficientes superficiales y evitan que se transformen en un problema o carga social. La mayoría de los trastornos de conducta y de los problemas de retraso en la escuela se presentan en el nivel de cociente de inteligencia comprendido entre 70 y 90. Los deficientes superficiales, los casos fronterizos y los normales obtusos constituyen los grupos de mayor importancia social, económica y numérica de la comunidad[1].

Por muchos motivos, los primeros que deben ingresar en instituciones para débiles mentales son los niños pertenecientes al grupo de los tontos, para los que no hay clases especiales y que muestran una adaptación social deficiente. Entre los resultados benéficos de la educación institucional se encuentran la mejoría en la actitud, la estabilización de las emociones y el desarrollo de hábitos de trabajo. Es especialmente deseable que los niños pequeños mentalmente defectuosos, que principian a formar hábitos antisociales, sean colocados en una institución escolar antes de que estos hábitos se fijen, especialmente si las influencias ambientales del hogar no pueden modificarse. También es importante en las escuelas institucionales la educación de niños de los niveles mentales más bajos. El número de personas que han sido educadas en instituciones del Estado y devueltas a la comunidad como miembros útiles de la sociedad y con frecuencia capaces de bastarse a sí mismos, ha aumentado en los últimos años; ahora se estima que el 50 por ciento de los admitidos a escuelas del Estado pueden ser devueltos a la comunidad socialmente mejorados; por lo tanto, tales instituciones deben ser consideradas como partes importantes del sistema de educación pública. Hay muchos que no pueden ser preparados para vivir en la sociedad con éxito, y sin embargo, se vuelven ciudadanos útiles para la vida rutinaria y protegida de la institución. Por lo tanto, la segregación seguirá siendo una función importante, pero no la más constructiva, de las instituciones para

---

N. del T. En relación con el tratamiento de la deficiencia mental es digno de señalarse que en estos últimos años se ha observado que la administración de ácido glutámico en dosis diarias que oscilan, individualmente, entre 10 y 24 gramos o más, parece mejorar positivamente el nivel mental de los niños retrasados. (Zimmerman, F.T.; Burgemeister, B. B. y Putnam, T. J.: The Effect of Glutamic Acid upon Mental Functioning in Children and Adolescents, Arch. Neurol. & Psychiat, *56:* 489 (Nov.) 1946; A Group Study of the Effect of Glutamic Acid upon Mental Functioning Children and Adolescents, Psychosom. Med. *9:* 175 (Mayo-Junio) 1947; The Ceiling Effect of Glutamic Acid upon Intelligence in Children and Adolescents, Am. J. Psychiat. *104:* 593 (Abril) 1948; Effect of Glutamic acid on the Intelligence of Patients with Mongolism, Arch. Neurol. & Psychiat. *61:* 275 (Marzo) 1949.)

el débil mental. La experiencia parece demostrar que no más del 10 por ciento de los débiles mentales necesita internamiento en instituciones de este tipo.

Como ya se ha indicado, la segunda medida propuesta para la deficiencia mental fué la esterilización; las opiniones acerca de su valor y de lo inteligente de su empleo no son unánimes, pero nadie la considera ya como una panacea. Sugerida como medio para prevenir la debilidad mental, su valor eugenésico es mucho más limitado de lo que se creyó al principio. Probablemente sabemos demasiado poco acerca de la herencia de los defectos mentales como para aplicar la esterilización sólo en los grados más bajos de la enfermedad, en los que las posibilidades de procreación son ínfimas. En la mayoría de los lugares, la disposición legal para la esterilización se aplica a los internados en las instituciones públicas, pero la experiencia demuestra que una gran proporción de tontos no son llevados a las instituciones, y son probablemente de todos los deficientes los que con más frecuencia son de origen familiar; además, la adaptación social de los tontos está determinada tanto por la influencia social, familiar y del medio ambiente, como por la inteligencia. La experiencia demuestra que aun cuando la ley permite su esterilización, solamente unos cuantos de los mantenidos por sus familias son sometidos a esta operación. Los niveles superiores del grupo subnormal son los más altamente reproductivos; en contra de la opinión de muchos, la mayoría de los tontos no son prolíficos, y las estadísticas enseñan que sólo un porcentaje muy pequeño de oligofrénicos masculinos que son internados y después dados de alta, se casan o tienen hijos. La experiencia indica que en su mayor parte la conducta anormal de los deficientes mentales no se manifiesta en la esfera de la reproducción o en irregularidades sexuales, sino en holgazanería, parasitismo y delincuencia. Estudios recientes muestran que el índice de mortalidad de los débiles mentales es tan alto que el peligro de que haya una propagación ilimitada de la debilidad mental se reduce mucho más de lo que se había creído. También se acepta ahora que la sociedad no necesita protegerse de la muchacha débil mental más de lo que la muchacha débil mental necesita ser protegida de la sociedad. Muchos partidarios de la esterilización olvidan que no aumenta el sentido de responsabilidad social del enfermo, que la adaptación social es el fin que se busca, y que si se les da de alta esterilizados pero sin educación en hábitos sociales, fracasa el principal objeto. Cada vez se reconoce más que la esterilización ha sido decepcionante como medida eugenésica; esto no quiere decir que en casos seleccionados no deba hacerse, especialmente como medida social, pues no pocas parejas débiles mentales pueden llevar una vida feliz si no están sometidas a la carga financiera, fisiológica y de

otros tipos que significa tener familia, y pueden sufrir un colapso social y económico si se les obliga a afrontar estos problemas. Se evitarían muchas negligencias y malos tratos a los niños si las personas no aptas intelectual o emocionalmente para tener hijos pudieran ser esterilizadas, pero tal medida no puede adoptarse solamente en vista del I.Q. Su utilidad es más individual que racial. Finalmente, la esterilización como sistema, es un método superficial de abordar el problema de la debilidad mental, ya que no tiene en cuenta la necesidad de investigación sobre sus causas y su prevención.

REFERENCIAS

Benda, C. E.: Syphilis in Serum-Negative Feebleminded Children. Am. J. Psychiat., *96:* 1295, 1940.

———: Mongolism and Cretinism. New York, Grune and Stratton, 1946.

———: Ten Years' Research in Mental Deficiency. Am. J. Ment. Deficiency, *51:* 170, 1946.

Bernstein, C.: Advantages of Colony Care of Mental Defectives. Psychiatric Quart., *1:* 419, 1927.

Davies, S. P.: Social Control of the Mentally Deficient. New York, Crowell, 1930.

Dayton, N. A., y Nugent, M. A.: Community Supervision of Mental Defectives in Massachusetts. New England J. Med., *225:* 941, 1941.

Eustis, R. S.: Specific Reading Disability. New England J. Med., *237:* 243, 1947.

Gesell, A., y Amatruda, C. S.: Developmental Diagnosis. New York, Hoeber, 1941.

Hamilton, S. W.: Public Institutions for Mental Defectives, Their Organization and Equipment. Am. J. Ment. Deficiency, *50:* 446, 1946.

Haskell, R. H.: Mental Deficiency over a Hundred Years. Am. J. Psychiat., *100:* 107, 1944.

Herskovitz, H. H., y Plesset, M. R.: Psychosis in Adult Mental Defectives. Psychiatric Quart., *15:* 574, 1941.

Humphreys, E. J.: Community Care of the Mentally Defective. Am. J. Psychiat., *98:* 42, 1941.

Itard, Jean-Marc-Gaspard: The Wild Boy of Aveyron. Traducido por George y Muriel Humphrey. New York, Century Co., 1932.

Jervis, Geo. A.: The Genetics of Phenylpyruvic Oligophrenia. J. Ment. Sc., *85:* 719, 1939.

Kanner, Leo.: Exoneration of the Feebleminded. Am. J. Psychiat., *99:* 17, 1942.

Katz, G. Henry: Re-Educational Therapy. Nerv. Child, *2:* 37, 1943.

Myerson, Abraham, *et al.*: Eugenical Sterilization. New York, The Macmillan Company, 1936.

Orton, S.: Reading, Writing and Speech Problems in Children. New York, Norton, 1937.

Palmer, H. D.: The Organic and Physiologic Factors in Mental Defect. Dis. Nerv. System, *5:* 5-18; 37-55, 1944.

Penrose, L. S.: Some Genetical Problems in Mental Deficiency. J. Ment. Sc., *84:* 693, 1938.

———: Heredity. In McV. Hunt, Ed.: Personality and the Behavior Disorders, capítulo 16, New York, Ronald, 1944.

———: Mental Defect. Recent Progress in Psychiatry. Ed. por G. W. T. H. Fleming. London, J. & A. Churchill, 1944.

Pollock, H. M.: Mental Disease among Mental Defectives. Am. J. Psychiat., *101:* 361, 1944.
Rautman, A. L.: The Mental Hygiene of Institutionalized Mental Defectives. Ment. Hyg. *27:* 446, 1943.
Terman, L. M., y Merrill, M. A.: Measuring Intelligence. Boston, Houghton, Mifflin & Co., 1937.
Tredgold, A. F.: Mental Deficiency, Sixth Edition. Baltimore, Wm. Wood & Co., 1937.
Wechsler, D.: The Measurement of Adult Intelligence. Baltimore, Williams & Wilkins, 1939.

CAPITULO XXIX

PSIQUIATRIA Y MEDICINA GENERAL

"No dejes que nadie te convenza de que le cures hasta que no te haya dado primero su alma para ser curada, porque éste es el gran error de nuestro día en el tratamiento del cuerpo humano, que los médicos separan el alma del cuerpo."

SÓCRATES.

Quizá la mayor contribución de la psiquiatría durante la última década haya sido su insistencia en el aspecto humano de la enfermedad, algo fundamental que el filósofo griego, con profunda visión, señaló hace siglos. Anteriormente la medicina tenía la tendencia, desgraciadamente en aumento, a considerar al enfermo como "el vehículo poco interesante de un proceso patológico fascinante". En años recientes la ciencia médica, influída por la psiquiatría, ha ido adoptando cada vez más un punto de vista integrativo y ha llegado a darse cuenta, todavía en mayor grado, de que la patología de las enfermedades es la de todo el organismo y no solamente la de las células y tejidos. Ahora se reconoce que hay muchos factores que no pueden ser estudiados con los métodos usuales de la medicina, o descritos en términos de fisiología, y que, sin embargo, pueden alterar el funcionamiento del organismo de manera tan importante como los factores revelados por el microscopio o el tubo de ensayo. Tales factores sólo pueden conocerse a través de "una comprensión íntima del enfermo como un hombre o mujer completos, con un hogar y ansiedades y problemas económicos, y un pasado y un futuro y un empleo que conservar o perder". Por lo tanto, el médico debe enfocar su atención sobre el enfermo mismo, incluyendo su vida emocional, y no solamente sobre sus enfermedades. Debe tratar de descubrir y comprender la relación e interacción de los factores orgánicos y psicológicos que intervienen en la producción y curso de la enfermedad. Por lo tanto, el interés del médico no debe limitarse a las infecciones y a las alteraciones físicoquímicas determinadas en el laboratorio. Como señala el autor de un editorial en "The Lancet",[1] hay el peligro de que la perspectiva del estudiante se pervierta en la atmósfera de investigación intensa, principalmente mecánica, de la sala de hospital, en la que las minucias y rarezas de la enfermedad reciben tanta atención

1. The Lancet. *152:* 413, 1947.

y su importancia humana tan poca. Añade que en la época en que el estudiante empieza a ejercer, su mente ha sido vaciada en los moldes que sus maestros le han dado, y un soplo cardíaco puede parecerle siempre más importante que una madre demasiado absorbente.

Tipos de reacción a tensiones psicológicas. En capítulos anteriores hemos observado que las experiencias de la vida, especialmente las que atañen a las relaciones humanas, pueden producir actitudes emocionales tales como miedo, resentimiento, frustración, rivalidad o culpabilidad, acompañadas de ansiedad u hostilidad, y que como consecuencia puede aparecer una psicosis con desorganización de la personalidad o un trastorno en la valoración de la realidad. También hemos visto que en algunos casos tales experiencias, con la psicopatología correspondiente, han conducido a estados de ansiedad y a distintas reacciones protectoras y substitutivas conocidas como psiconeurosis. En este capítulo trataremos de demostrar cómo en otras personas, las mismas experiencias de la vida, con las tensiones emocionales y actitudes que provocan, pueden causar trastornos de funciones fisiológicas, y éstas, si persisten, conducir, en algunos casos, a alteraciones somáticas irreversibles. Las reacciones anormales de la personalidad pueden provocar trastornos en el funcionamiento de los órganos, y las funciones alteradas de origen orgánico pueden ir seguidas de cambios en las reacciones emocionales. Por lo tanto, la relación que hay entre las funciones mentales y somáticas es recíproca, de causa y efecto.

Medicina psicosomática. La rama de la medicina que trata de la aplicación del conocimiento de las emociones y otros factores psicopatológicos a los problemas de la enfermedad, de la relación entre las funciones corporales y mentales, se conoce como medicina psicosomática. Ha nacido del reconocimiento de que las tendencias emocionales primitivas pueden manifestarse de igual modo en la mente y en los órganos físicos, y de que la ansiedad puede afectar de muchas maneras al organismo humano. Trata de las respuestas del sistema nervioso vegetativo a las tensiones emocionales de las que el enfermo no es completamente consciente. Por lo tanto, las enfermedades psicosomáticas se caracterizan por las modificaciones en la secreción, tensión muscular y circulación, que Cannon y otros han demostrado que son las alteraciones fisiológicas más claramente relacionadas con la emoción. La medicina psicosomática estudia los trastornos médicos en los que los factores situacionales y emocionales desempeñan un papel, ya sea en la precipitación o en la exacerbación de los síntomas físicos. Los problemas de relaciones interpersonales producen una gran parte de las tensiones y ansiedades que acosan al ser humano y trastornan su fisiología; de manera semejante puede actuar la falta de satisfacciones emocionales en la vida personal. El psiquiatra investiga, por lo tanto, las situaciones personales que pueden dar lugar a ansiedad, hostilidad, agresividad, sentimiento de culpa, resentimiento crónico, descontento latente y otras emociones trastornantes y actitudes insanas que pueden actuar como causa o factor agravante en la producción de muchos padecimientos manifestados en el nivel somático. Demasiado frecuentemente se encontrará que la enfermedad se ha desarrollado como un esfuerzo para encontrar la solución de las dificultades que se presentan en las relaciones humanas. Con frecuencia, la naturaleza de un trastorno orgánico puede apreciarse sólo cuando se investigan tanto los acontecimientos psicológicos como las alteraciones físicas. Las experiencias de la vida y los factores sociales y de la personalidad se investigan debido a su importancia para la comprensión del tipo de padecimiento del enfermo y de su modo de reaccionar a la enfermedad.

Desde otro punto de vista, los síntomas psicosomáticos pueden ser considerados como la proyección de los conflictos psíquicos en la esfera física, en un esfuerzo para negarlos. Representan intentos de liberación de problemas emocionales en términos de lo "físico". Los síntomas físicos son los que se presentan y dominan el cuadro clínico, de modo que su origen mental no se reconoce superficialmente. El enfermo neurótico se queja raramente de su ansiedad, depresión o resentimiento, sino que lo hace de trastornos de orden somático, tales como anorexia, vómitos, dolor en la espalda, dolor de cabeza o palpitaciones. Estrictamente hablando, la medicina psicosomática no incluye reacciones psicológicas que el paciente enfermo físicamente pueda desarrollar en respuesta a su enfermedad, aunque éstas pueden, por sí mismas, ser de gran importancia para él y constituir un factor inhabilitante de importancia en su enfermedad.

La medicina psicosomática se ocupa, por lo tanto, de varios grupos de pacientes:

1. En el primer grupo se encuentran aquéllos que sufren de distintos síntomas físicos, pero que no tienen ninguna enfermedad orgánica que explique los síntomas. Como resultado de la falta de reconocimiento de que tales enfermedades son de origen emocional, se han calificado con frecuencia como "funcionales".

2. En otro grupo de trastornos psicosomáticos, la enfermedad física existe, pero los factores causales originales son de naturaleza emocional. Hay razones para creer, por ejemplo, que a veces algunos factores emocionales internos pueden ser en gran parte responsables del desarrollo de hipertensión esencial.

3. En el tercer grupo de trastornos psicosomáticos, el paciente tiene una enfermedad orgánica, pero algunos de sus síntomas no se derivan de ésta, sino de factores mentales, quizá de ansiedad originada en alguna

situación en relación con otras personas. En los trastornos de este tipo, la incapacidad es frecuentemente desproporcionada en relación con la enfermedad física. El médico debe mirar más allá de la patología orgánica para encontrar una explicación de todos los síntomas. Nosotros no conocemos todavía completamente los mecanismos psicológicos y fisiológicos por medio de los cuales los factores emocionales modifican los procesos somáticos, pero aparentemente ejercen su influencia a través del hipotálamo y del bulbo sobre porciones más distales del sistema nervioso vegetativo. Ya que el mismo síntoma puede ser debido a patología orgánica, a patología personal ("funcional"), o a la fusión de ambas, el médico debe hacer una investigación completa, tanto de las condiciones físicas como de la personalidad; de otra manera, puede pasar por alto cualquier componente psicosomático del padecimiento orgánico y hacer el diagnóstico de "funcional" por exclusión. Además, si el médico hace un diagnóstico sólo por exclusión, no está de ninguna manera en posición de prescribir un tratamiento racional y adecuado; éste puede ser planeado sólo si se tiene conocimiento de las tensiones psicológicas y situaciones frente a las que los síntomas físicos del enfermo representan una reacción. Las situaciones de la vida con las que con mayor frecuencia se relacionan los síntomas psicosomáticos son las que se encuentran crónicamente asociadas a sentimientos desagradables de miedo, ansiedad, culpabilidad, resentimiento, frustración o impaciencia. Tales síntomas se encuentran con frecuencia en personas que tienen conflictos en relación con la expresión de hostilidad y cólera. La mayoría de los enfermos con reacciones psicosomáticas no tienen síntomas claros de psiconeurosis, tales como compulsiones, fobias y estados de ansiedad.

Mecanismos de origen de los síntomas. Alexander señala que el síntoma psicosomático es la concomitante fisiológica que acompaña a un estado emocional. Por ejemplo, en el estado emocional agudo de la ira, es un proceso vegetativo normal que la presión arterial se eleve. El alza de la presión arterial desaparecerá si la persona enojada libera su tensión emocional atacando, física o verbalmente, al objeto de su cólera. Sin embargo, si esta tensión emocional se hace crónica en forma de tendencias agresivas, la presión arterial del enfermo no bajará y se verá afectado de hipertensión "esencial". En otras palabras, la experiencia emocional, una tensión emocional crónica, ha activado las alteraciones somáticas que producen hipertensión vascular. Este síntoma físico es, por lo tanto, de origen psicosomático. Si una tensión emocional crónica, actuando a través del sistema nervioso vegetativo, estimula la actividad muscular o secretoria del tracto gastrointestinal, entonces el síntoma psicosomático se desarrollará en este sistema. Las expresiones fisiológicas de ansiedad son frecuentemente interpretadas por el enfermo como "molestias gástricas"

o "trastornos cardíacos". Merced a la introspección pueden exagerarse mucho estas condiciones autodiagnosticadas.

Algunos psiquiatras creen que hay cierta especificidad entre la naturaleza del estado emocional crónico, no liberado, que produce el síntoma psicosomático, y la esfera vegetativa particular en que se produce el síntoma. Sostienen, por ejemplo, que el enfermo con síntomas psicosomáticos cardíacos tiene un fondo emocional distinto al del asmático. De hecho, parece que hay una tendencia a la aparición de un tipo particular de síntomas psicosomáticos en un tipo especial de personalidad. Otros psiquiatras creen que cualquier tensión emocional puede influir cualquier esfera del sistema vegetativo. Por ejemplo, si el enfermo tenía un estómago "débil", podría tener trastornos gástricos cuando se enfada; si ha tenido una infección respiratoria previa, puede tener un ataque de asma.

SINTOMAS PSICOSOMATICOS

Las influencias emocionales, los conflictos y las tensiones producen ansiedad, que a través de una acción prolongada sobre el sistema nervioso vegetativo pueden trastornar seriamente la regulación automática del cuerpo con la manifestación resultante de síntomas referibles a órganos vegetativos viscerales. Estos síntomas consistirán principalmente en trastornos del aparato cardiovascular, del tubo digestivo, del sistema endocrino, del aparato respiratorio y del aparato génitourinario.

Aparato cardiovascular. Como ya se ha dicho anteriormente las tensiones emocionales reprimidas pueden tener expresión en distintos órganos vegetativos. Por varias razones, principalmente porque se considera como el órgano más importante del cuerpo y porque la idea de la muerte súbita se asocia frecuentemente con él, la ansiedad generalmente se vincula al corazón bajo condiciones que crean tensión prolongada, especialmente si los comentarios o procedimientos poco juiciosos del médico, o algún síntoma sugestivo, pero poco importante, agregan su influencia. El resultado es una neurosis con manifestaciones cardíacas.

Síntomas. Los síntomas psicosomáticos comunes en la neurosis cardíaca son dolor en la región precordial, taquicardia, palpitaciones, arritmia, disnea, fatiga, lipotimias e insomnio. En su mayor parte estos síntomas son manifestaciones somáticas de ansiedad. El cuadro clínico conocido como astenia neurocirculatoria o síndrome de esfuerzo, caracterizado por disnea, taquicardia y fatiga de esfuerzo, mareos y dolor torácico, no se debe a una alteración orgánica, sino que es una neurosis con manifestaciones circulatorias. Se observa algunas veces en los civiles, y algunos casos fueron vistos durante la segunda guerra mundial. Constituyó un proble-

ma de gran importancia entre los soldados ingleses en la primera guerra mundial. Se ve con mayor frecuencia en individuos constitucionalmente inferiores, en mal estado de nutrición y con inestabilidad vasomotora.

En casos de alteraciones cardíacas congénitas insignificantes o lesiones valvulares bien compensadas, los factores emocionales pueden producir síntomas molestos referidos al corazón, aunque no vayan acompañados de insuficiencia. En enfermedades cardíacas orgánicas más serias, los episodios emocionales agudos pueden representar una carga incapacitante.

Generalmente se cree que los factores psíquicos son frecuentemente importantes en el desarrollo de la hipertensión arterial, aunque de ninguna manera constituyen la única causa. La tensión interior no consciente que conduce a la hipertensión se atribuye generalmente a hostilidad y agresividad reprimidas, que pueden ser tan intensas y estar tan peligrosamente cerca de la expresión que producen ansiedad. Muchos enfermos con hipertensión precoz también sufren síntomas gastrointestinales, molestias en la cabeza y fatiga. Tales síntomas generalmente no pueden ser explicados a base de la hipertensión misma, sino que posiblemente se deben a los mismos factores emocionales que han contribuído a la hipertensión. Si la presión alta se sostiene durante un período demasiado largo, las paredes arteriales se lesionan secundariamente, y el aumento en la presión se hace una reacción irreversible. Aunque la ansiedad y la agresividad reprimidas son los factores psicopatológicos cardinales, no hay pruebas convincentes de que la psicoterapia pueda invertir el proceso fisiológico o cambiar el curso de la enfermedad. Sin embargo, la investigación de la situación de su vida y la discusión de los factores productores de ansiedad frecuentemente harán del enfermo una persona más contenta y adaptable.

Sistema gastrointestinal. No es sorprendente que el tubo digestivo, con su riqueza en fibras nerviosas autónomas, sea el foco más frecuente de síntomas psicosomáticos. Entre estos síntomas se encuentran la anorexia, las náuseas, la "indigestión nerviosa", los vómitos, los eructos, el meteorismo y el dolor epigástrico. Muchos enfermos también se quejan de fatiga. Frecuentemente, los dolores abdominales y las molestias son atribuídas a "apendicitis crónica", y el enfermo es operado; la operación es seguida por una pronta reaparición de los síntomas. En otros casos se extirpa la vesícula biliar. La colitis mucosa o espástica, con diarrea y constipación, se debe a factores emocionales. No son pocos los enfermos que tienen "colon irritable" y que se diagnostican como enfermedades crónicas de la vesícula biliar.

Ulcera péptica. Probablemente la úlcera péptica no está causada por un solo factor, sino que es el resultado de la interacción de varios, algunos constitucionales y otros psicógenos. Constitucionalmente, el enfermo

de úlcera en potencia suele tener un ángulo costal estrecho, abdomen escafoideo, metabolismo basal en los límites inferiores de lo normal, reflejos exaltados, pupilas dilatadas y un sistema nervioso autónomo inestable. Desde el punto de vista de su personalidad es un individuo tenso, entusiasta, concienzudo, ambicioso, impulsivo y, con frecuencia, perfeccionista. En muchos casos aparenta tener un aspecto de independencia y agresividad que enmascara un sentimiento crónico de inseguridad y dependencia.

Aunque el proceso exacto por el que se produce la úlcera péptica no se conoce, los experimentos de Cushing y de Cannon han aportado muchos hechos de valor sugestivo. El primero observó que las inyecciones intraventriculares de pilocarpina o pituitrina estimulan los centros subcorticales y producen hipersecreción, hipermotilidad e hipertonicidad del estómago, especialmente de la región pilórica, efectos que comúnmente se encuentran asociados a la úlcera péptica crónica. El sugirió que la contracción espasmódica de los músculos gástricos, ayudada quizá por espasmos locales concomitantes de los vasos sanguíneos terminales, producía pequeñas áreas de isquemia o infarto hemorrágico, dejando la mucosa del estómago expuesta a los efectos digestivos del jugo gástrico. Wolff ha demostrado que la turbación o el resentimiento pueden producir un enrojecimiento del estómago, una hiperemia, y al mismo tiempo un aumento en la secreción de ácido, y cuando estas emociones son continuas o frecuentemente repetidas, pueden desarrollarse erosiones de la mucosa con síntomas indistinguibles de la úlcera péptica. Cannon y otros autores han demostrado claramente que las emociones afectan las funciones vascular, motora y secretora de la parte alta del tubo digestivo. Por lo tanto, muchos creen que la tensión y la ansiedad prolongadas pueden, en el enfermo ulceroso en potencia, disminuir el nivel general de reacción del sistema nervioso autónomo, determinando trastornos en la secreción, en la actividad motora y quizá en el aporte sanguíneo del estómago. Con tales alteraciones en la mucosa las úlceras podrían desarrollarse rápidamente.

Colitis mucosa. En esta enfermedad nos encontramos con un grupo de síntomas en los que frecuentemente se traducen los problemas productores de ansiedad. Entre estos síntomas se encuentran el estreñimiento y las deposiciones con moco. Se eliminan fragmentos de membranas en masas o mezcladas con materias fecales blandas o líquidas. El enfermo se queja de indigestión. El apetito es escaso y caprichoso, y el paciente recurre a una restricción progresiva de la dieta, intentando encontrar una alimentación que no le produzca molestias. Frecuentemente se queja de distensión del estómago, eructos, flatulencia, sensación de pesadez o dolor después de las comidas, náuseas y otros síntomas gástricos. Muchos pa-

cientes son asténicos y sus energías se encuentran disminuídas. El principio coincide frecuentemente con alguna situación productora de ansiedad. Es común que los síntomas se atribuyan a distintas causas, que varían desde prostatitis crónica hasta enfermedades de la vesícula biliar. Con demasiada frecuencia se aconseja a estos enfermos que se hagan irrigaciones del colon o que se operen. Se dice que la colitis mucosa es responsable de la extirpación de más apéndices sanos que ninguna otra causa.

Ningún tipo específico de personalidad parece relacionado con la colitis mucosa, pero en muchos casos este trastorno fisiológico parece ser una respuesta a estados de ansiedad, resentimiento o culpa. Los factores pueden determinarse sólo después de una investigación cuidadosa de la situación vital del enfermo. La mayoría de los tratados antiguos de medicina clínica consignan al describir la enfermedad alguna frase como ésta: "Las manifestaciones nerviosas son generalmente llamativas". Sin embargo, no todos los pacientes muestran una conducta psiconeurótica patente; esto no quiere decir que los factores emocionales estén ausentes. En lugar de expresarse en palabras o en una conducta abiertamente neurótica, los conflictos psíquicos se experimentan como síntomas somáticos, lenguaje en el cual frecuentemente se expresan las tensiones emocionales. Como Dunbar dice apropiadamente: "Para el médico que conoce el lenguaje de los órganos, los síntomas somáticos hablan tan claramente como el enfermo mismo, o aún más claramente, porque expresan cosas que el enfermo no sabe o no quiere expresar". Al igual que con otros trastornos psicosomáticos, el enfermo puede estar relativamente libre de la molestia mental de la ansiedad subjetiva o consciente, libertad que ha sido obtenida a costa de la disfunción visceral.

Sistema respiratorio. La ansiedad manifestada en forma de trastornos del ritmo respiratorio es un fenómeno observado comúnmente. La existencia de factores neuróticos en el asma ha sido notada desde hace tiempo, y de ninguna manera se han excluído debido al concepto presente del asma como una enfermedad alérgica. Los factores emocional y alérgico parecen ser en alguna forma recíprocamente complementarios. Desde hace mucho tiempo se ha comprobado que los ataques pueden ser provocados por emociones repentinas e intensas en personas predispuestas. No es rara la experiencia de una clínica[1] en la que 37 de 50 casos no seleccionados de asma bronquial tenían elementos emocionales como factores etiológicos en la producción de los ataques. De los que tenían un gran componente emocional, sólo el 20 por ciento se beneficiaron con tratamiento somático, en comparación con el 54 por ciento del grupo "no emocional"; treinta enfermos presentaban rasgos neuróticos antiguos, de carácter obsesivo.

1. McDermott, T. N., y Cobb, S.: Psychiatric Survey of 50 Cases of Bronchial Asthma. Psychosomat. Med. *1:* 203, 1939.

La teoría del asma más comúnmente aceptada es aproximadamente como sigue: se trata de la reacción de un sistema bronquial hiperexcitable, incluyendo el centro bulbar, las terminaciones nerviosas vagales y la musculatura y mucosa bronquiales, a irritantes hematógenos y a estímulos reflejos (nasales) y psíquicos. La irritabilidad del sistema bronquial es congénita y generalmente se hereda. Se debe a que el componente vagal del sistema nervioso bronquial predomina sobre la porción simpática de la inervación vegetativa. En presencia de este sistema bronquial hiperexcitable, ciertos alergenos y estímulos reflejos y psíquicos, que no tienen efecto en personas normales, dan lugar al espasmo de los músculos bronquiales, frecuentemente acompañado de hipersecreción de las glándulas mucosas bronquiales. Hay un tipo especial de personalidad asociado al sistema bronquial hiperexcitable. Esta personalidad está caracterizada por inteligencia mayor que la media, irritabilidad, agresividad, ansiedad, inseguridad y falta de confianza en sí mismo. Los niños con estas características de personalidad, en cuya formación interviene una hiperansiedad materna, tratan de dominar y al mismo tiempo de ser protegidos por sus padres. Tales necesidades psicológicas conducen con frecuencia a frustración y tensión. Es esta tensión, mal soportada por el asmático, la que tiene importancia en la precipitación de un ataque. Con el aumento de la tensión, se hace mayor la ansiedad y el sentimiento de inseguridad. Estos estados aumentan el número de los ataques asmáticos, y éstos, a su vez, contribuyen al mantenimiento de un círculo vicioso. Como en algunos otros trastornos psicosomáticos, los ataques sucesivos conducen a una lesión orgánica estructural.

Sistema endocrino. La íntima conexión de los sistemas endocrino y vegetativo explica la importancia del primero en relación con la medicina psicosomática. Sin embargo, en este punto es necesaria mucha cautela para no hacer conclusiones precipitadas en relación con trastornos psicosomáticos de las glándulas endocrinas. Generalmente se acepta la influencia de los factores emocionales en la producción del bocio exoftálmico. Frecuentemente se dice que el síndrome menopáusico se debe a alteraciones endocrinas, pero parece evidente que sus manifestaciones más serias, especialmente las neurosis y psicosis que acompañan o siguen a la menopausia, tienen origen en factores psicológicos profundos más que en trastornos endocrinos *per se.* Las mujeres que desarrollan las alteraciones más serias de la personalidad en este período, han vivido casi siempre una vida mezquina y han sido preocupadas, intolerantes, escrupulosas e inhibidas. Weiss y English[1] describen bien los problemas psicológicos a los que la mujer se enfrenta en esta época: "No es sorprendente que cuando

1. Weiss, E., y English, O. S.: Psychosomatic Medicine, p. 257. Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1943.

la hemorragia menstrual, que es el símbolo de la feminidad, maternidad, sexualidad y todas las ideas que acompañan a estos conceptos, está a punto de desaparecer, la mujer que ha llevado una vida vacía sienta angustia y pánico. Siente que está pasando a la vejez sin haber experimentado las cosas que hacen la vida digna de ser vivida. Se deprime y se irrita con un destino que cree la ha engañado en su pasado y no puede prometerle nada en el futuro".

Sistema génitourinario. No es extraño que las neurosis y los síntomas psicosomáticos se presenten con frecuencia en un sistema de tal importancia biológica fundamental, y relacionado con uno de los instintos más elementales, como el sistema génitourinario. Probablemente éste no sería el caso si no fuera por el hecho de que durante el desarrollo de la personalidad las ideas y las emociones que tienen relación con su funcionamiento se cargan de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, miedo, disgusto y hasta odio. Frecuentemente, tales actitudes son el resultado de una educación defectuosa. En vista de esta situación de conflicto, con frecuencia emocionalmente irreconciliable, no es raro que en ningún otro sistema, excepto quizá el gastrointestinal, los trastornos funcionales sean tan comunes. Aunque recientemente los ginecólogos se han dado cada vez más cuenta de que los trastornos emocionales pueden producir alteraciones funcionales y molestias en la pelvis, todavía muchas mujeres sufren operaciones tales como suspensión del útero, legrado uterino, amputación del cuello, extirpación de los anexos, operaciones plásticas, apendicectomías y hasta histerectomías por molestias ginecológicas que tienen un origen psíquico. Desgraciadamente el tratamiento de las alteraciones ginecológicas psicógenas y de las disfunciones sexuales por medio de procedimientos quirúrgicos u otros medios físicos no es inocuo, sino que alimenta y fija la idea de la enfermedad. Entre los síntomas que se derivan de factores psicógenos se encuentran dolor pélvico y parestesias, dismenorrea y dispareunia. Factores tanto psicológicos como fisiologicos pueden contribuir a la dismenorrea; los términos "mala" o "enferma" usados con referencia a la menstruación pueden tener un sentido sugestivamente perjudicial y ayudar a la aparición de dismenorrea y otras alteraciones menstruales. Trastornos sexuales tales como la frigidez y la impotencia son frecuentemente de origen psíquico. Finalmente, debe recordarse que ni el matrimonio ni el embarazo deben recomendarse como curas de neurosis o como solución a problemas emocionales relacionados.

Además de los trastornos psicosomáticos ya discutidos, debe hacerse mención de que las influencias psicosomáticas pueden tener importancia en el prurito, artritis reumatoide y especialmente en el síndrome de fatiga crónica y dolores en músculos y articulaciones conocido como "reumatismo".

Histeria de conversión *versus* síntoma psicosomático. Puesto que tanto la histeria de conversión como los síntomas psicosomáticos se derivan de factores emocionales y ambos producen síntomas físicos "funcionales", podría pensarse que psicodinámica y fisiológicamente son esencialmente lo mismo. Alexander ofrece una teoría interesante y racional para demostrar que son fundamentalmente diferentes. Señala que un síntoma de la histeria de conversión es un intento de liberación de una tensión emocional de un modo simbólico; es una expresión simbólica de un contenido emocional definido. En la histeria, los síntomas somáticos son expresiones substitutivas de emociones reprimidas, y los mecanismos de expresión simbólica están limitados a los sistemas neuromuscular voluntario y sensorial perceptivo, aunque la expresión por esos sistemas no es conscientemente voluntaria. En el síntoma psicosomático, o neurosis vegetativa, nos enfrentamos a una disfunción psicógena de un órgano vegetativo que no está bajo el control del sistema neuromuscular voluntario; el síntoma no es un substituto o expresión simbólica de una emoción, sino que la emoción afecta la fisiología del órgano vegetativo con la resultante producción de síntomas.

Errores de diagnóstico. El enfermo que está reaccionando a la ansiedad con manifestaciones fisiológicas cree que éstas constituyen su enfermedad y no comprende que las alteraciones esenciales son sus conflictos y su incapacidad para establecer orden, paz y seguridad en su vida personal. Aunque casi no se puede esperar que el enfermo reconozca que los trastornos mentales o de la personalidad pueden manifestarse en un plano corporal, el médico no debe olvidar que los órganos pueden reaccionar a la ansiedad de muchas maneras. A menos que recuerde que las enfermedades psicógenas pueden enmascararse bajo el disfraz de síntomas físicos, y que ordinariamente las alteraciones mentales no son secundarias a trastornos físicos, inevitablemente cometerá muchos errores en el diagnóstico y en el tratamiento. Como Bennett [1] señala: "La personalidad del enfermo debe ser juzgada junto con los datos físicos y de laboratorio". Muchas personas mal adaptadas van de médico en médico y reciben tratamientos que sólo agravan los problemas de su personalidad, porque muchas enfermedades mentales o no se reconocen o no son tratadas adecuadamente. Bennett encontró que 150 enfermos que finalmente recurrieron al tratamiento psiquiátrico, habían sido diagnosticados y tratados de una infinidad de enfermedades orgánicas, la mayoría de las cuales no existían. Las historias de estos enfermos, consideradas en total, revelaron 496 tratamientos médicos, 244 intervenciones quirúrgicas y 71

1. Bennett, A. E.: Faulty Management of Psychiatric Syndromes Simulating Organic Disease. J.A.M.A., *130:* 1203, 1946.

medidas terapéuticas misceláneas. La mayoría de los enfermos sufrían de melancolía involutiva o alteraciones psicosomáticas. "Después de instituído un tratamiento psiquiátrico apropiado, el porcentaje de curaciones completas fué excelente".

COMPONENTES EMOCIONALES DE LAS ENFERMEDADES FISICAS

La parte anterior de este capítulo se ha dedicado a la discusión de las enfermedades psicosomáticas (llamadas neurosis viscerales por muchos psiquiatras); tales enfermedades pueden presentar una gran variedad de molestias y síntomas físicos, referidos a las visceras a través de la acción de tensiones emocionales sobre el sistema nervioso vegetativo. Hablando en general, en tales trastornos las emociones pueden ser consideradas como la causa de las alteraciones o molestias físicas. Por otra parte, las enfermedades orgánicas pueden provocar estados emocionales que complican grandemente los trastornos somáticos. Factores mentales y emocionales pueden influir patológicamente sobre órganos del cuerpo: órganos alterados pueden inducir factores mentales y emocionales que trastornan la función o la coordinación del organismo como un todo. En lo que queda del capítulo trataremos los factores y problemas emocionales relacionados con las enfermedades físicas. Su importancia en el ejercicio de la medicina debe tenerse siempre en cuenta.

Enfermedades de naturaleza física claramente establecidas se acompañan frecuentemente de concomitantes psicológicas importantes que, debido a su importancia tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, deberían ser reconocidas por el médico. La evolución y el resultado del proceso orgánico pueden ser influídos grandemente por la actitud mental del enfermo; algunas veces el daño sufrido por la vida emocional y la salud mental del paciente a través de la afección o incapacidad físicas puede ser más serio que los resultados somáticos de la lesión orgánica. Por lo tanto, no es la enfermedad o incapacidad por sí misma lo que tiene importancia psiquiátrica, sino el sufrimiento especial que significa para el individuo en particular; la pérdida de una mano, por ejemplo, tiene un alcance muy diferente para un violinista que para un profesor de historia, y es mucho más fácil que en el primero determine un trastorno o desorganización de la personalidad. Las lesiones en partes del cuerpo que psicológicamente representan órganos de mucho valor para la personalidad (ojos, mamas, órganos sexuales) pueden ser altamente perturbadoras, aunque la enfermedad, vista objetivamente, no sea seria; las alteraciones de la personalidad se presentan raramente después de operaciones en el apéndice o en otros órganos no investidos de profundo valor emocional. Por el contrario, no son raras las complicaciones psiquiátricas después de operaciones en órganos altamente valorados, como los reproductivos. Defectos físicos incapacitantes, tales como la cojera, ceguera y sordera, que ponen al enfermo en condiciones inferiores a los demás, pueden tener profundos efectos sobre la salud mental; son de observación común las reacciones sensitivas y hasta paranoides del sordo, que a veces trastornan más la adaptación social que la sordera misma. Especialmente en las mujeres, una incapacidad física seria puede producir problemas mentales que eclipsan completamente el defecto. A causa del alto valor conferido a sus funciones biológicas y a que cualquier trastorno que afecte de manera adversa estas funciones, pone en serio peligro su seguridad social, personal y económica y su felicidad, la mujer está particularmente expuesta a miedos y conflictos emocionales cuando tales funciones se alteran. La falta de atractivos o los defectos físicos que impiden el matrimonio, la incapacidad para tener niños, la pérdida del encanto físico con la edad o por una enfermedad, todas las condiciones que pueden hacer necesaria la interrupción de las relaciones maritales, o la cercanía del período involutivo, pueden constituir problemas frente a los cuales la adaptación emocional es difícil o imposible dentro de los límites de la salud mental. Muchos temores y exageraciones de la importancia de la enfermedad se derivan de sentimientos de culpa, especialmente de sentimientos de culpa relacionados con actividades sexuales precoces o indiscreciones; una ligera indisposición puede ser atribuída a un desliz lamentable, exagerándose como si fuera una enfermedad incapacitante o fatal, y hasta puede ser considerada como un justo castigo.

La actitud del enfermo hacia su incapacidad debe ser tomada en consideración. Frente a la enfermedad física, el paciente puede aceptar fácilmente, o aun sugerir, que su incapacidad es de origen mental; puede no hacer caso de sus síntomas o engañarse a sí mismo acerca de su importancia. Por otra parte, el enfermo cuya incapacidad es de origen psíquico, busca una base física. No son raros los casos en los que el enfermo desea conscientemente curarse de su incapacidad física, pero inconscientemente desea que el síntoma continúe. El paciente cree sinceramente que está ansioso por ser curado, pero inconscientemente se aferra a su incapacidad con una tenacidad que puede derrotar los esfuerzos terapéuticos del médico; los motivos que tiene para mantener su incapacidad pueden ser varios, por ejemplo, autocastigo, deseo de importancia, venganza o protesta. También por distintos motivos psicológicos, ciertos enfermos aceptan de buena gana, o hasta solicitan, operaciones quirúrgicas; en algunos enfermos, la cirugía puede ser un medio para obtener atención; en otros, un modo de castigarse a sí mismos por sentimientos de culpa, o

de escape ante responsabilidades u ocupaciones molestas. Si una enfermedad física bien definida se acompaña de componentes psíquicos o emocionales, y éstos no se tratan convenientemente, la convalecencia podrá prolongarse o se facilitará una reacción de invalidez crónica. Si el médico concentra su atención en los síntomas sin un intento adecuado para comprenderlos o extirpar sus causas, puede agravarlos o fijarlos permanentemente.

Los factores que se derivan del ambiente social del enfermo, la interacción entre el enfermo y su medio social, pueden ser importantes en la etiología de la enfermedad y requieren consideración en el diagnóstico y tratamiento. El estudio de una serie no seleccionada de enfermos que asistieron a la consulta externa de un hospital general, demostró que en el 65 por ciento existían condiciones sociales adversas relacionadas con sus enfermedades; en el 35 por ciento de estos casos había reacciones emocionales que eran las principales responsables de sus padecimientos. El médico debería recordar que en el hospital general constantemente pueden presentarse situaciones que tienden a producir tensión o aprensión, y, por lo tanto, reacciones mentales insanas o molestias físicas, quizá con trastornos viscerales; entre ellas se encuentra la convalecencia prolongada, el creerse víctima de lesiones incurables o que producen invalidez, el miedo a la muerte, los juicios o indicaciones médicas contradictorias, los informes erróneos y los malos consejos de otros enfermos, y otros factores. En cada especialidad se tropieza con métodos o situaciones que pueden ser potencialmente perturbadoras para la vida emocional o la personalidad; por ejemplo, en oftalmología, el vendaje de ambos ojos con una convalecencia prolongada en un cuarto oscuro, puede precipitar una reacción de terror de naturaleza delirioide. En ginecología puede haber problemas relacionados con la práctica de métodos anticoncepcionales o embarazo ilegítimo, o con la aparición de acostumbramiento a la cistoscopía; en urología son comunes los problemas psiquiátricos relacionados con impotencia, frigidez, dispareunia o eyaculaciones prematuras. Sería de desear que se aplicara el mismo esfuerzo que se usa en la búsqueda de una droga para aliviar el miedo y la aprensión preoperatorias, en su tratamiento psicológico. En los padecimientos quirúrgicos, el miedo a la mutilación o desfiguración, o pérdida de una estructura o capacidad vitales, puede amenazar el sentimiento de seguridad del enfermo. Aunque frecuentemente esto sólo es una preocupación aprensiva, puede conducir a estados de ansiedad, depresión o ligero pánico, o a acentuaciones exageradas de rasgos previos de la personalidad; también en muchas otras situaciones médicas, los problemas psiquiátricos asociados pueden ser más perturbadores que los síntomas físicos. Es esencial que las pruebas positivas de dificultades

emocionales reciban la misma atención que las indicaciones de lesiones físicas.

No es raro que la convalecencia de una enfermedad física grave constituya un problema psiquiátrico. El enfermo puede no querer renunciar a los lujos del cuarto de hospital y puede resentir la disminución del cariño e interés manifestados previamente por su familia; con mayor frecuencia, la familia mantiene su actitud protectora y el enfermo es demasiado mimado, resultando así que las características regresivas de la personalidad persisten. Cuanto más tiempo pasa sin que el enfermo reasuma sus responsabilidades, más difícil le resulta volver a ellas y más firmemente se fijan las reacciones anormales adquiridas.

Frecuentemente las manifestaciones de la enfermedad están determinadas más por las características de la personalidad que por la naturaleza del agente etiológico causal; el enfermo experimenta su enfermedad de acuerdo con la conformación de su personalidad y los tipos establecidos de reacción a la tensión. Estas características se manifiestan especialmente en el caso de enfermedades crónicas e incapacitantes. Algunos enfermos aceptan su incapacidad con espíritu de apatía y rehusan hacer cualquier esfuerzo activo para compensar su defecto; en algunos casos, la reacción puede ser de depresión y ansiedad, o bien puede haber una sensación de optimismo y bienestar mayor de lo que podría esperarse correctamente. El enfermo puede tratar de mantener una sensación de salud por medio de mecanismos psicológicos. Si se percata de que su enfermedad entraña complicaciones de inferioridad, anormalidad o incurabilidad, sus cavilaciones y el resentimiento le llevan a desarrollar distintas reacciones compensadoras y defensivas, a veces de naturaleza agresiva.

Entre las circunstancias psicológicas de la enfermedad crónica, el médico debe recordar los efectos deprimentes que acarrea la presencia continua en la familia de un miembro que sufre de incapacidad prolongada, especialmente si el paciente reacciona a su enfermedad con irritabilidad, agresividad o alguna otra actitud desagradable, o si la responsabilidad de su cuidado significa la frustración de deseos intensos por parte de algún otro miembro. Algunas veces, los inválidos crónicos sufren más por las relaciones enfermizas de su familia, determinadas por su incapacidad, que por la enfermedad misma.

Creemos que de la discusión de este y otros capítulos anteriores se desprende naturalmente que la psiquiatría debería estar integrada con la medicina y todas sus ramas, y que las diferencias artificiales entre el cuerpo y la mente deberían ser borradas. El hombre es un organismo biológico cuyas expresiones vitales están determinadas, no sólo por factores físicos, químicos, fisiológicos y neurológicos, sino también mentales, emocionales y sociales; a veces, un grupo, a veces otro, desempeña

el papel más importante en la etiología, diagnóstico, desarrollo y cuidado de la enfermedad. En ningún momento puede olvidarse un grupo; frecuentemente existe una relación recíproca.

"No existe una enfermedad puramente psíquica o puramente física, sino sólo un fenómeno viviente que se desarrolla en un organismo viviente, que está vivo sólo en virtud del hecho de que en él, lo psíquico y lo somático están fundidos en una unidad".[1]

REFERENCIAS

Alexander, Franz: Psychological Aspects of Medicine. Psychosom. Med. *1:* 7, 1939.

Alvarez, W. C.: Nervousness, Indigestion and Pain. New York, Paul B. Hoeber, 1943.

Association for Research in Nervous and Mental Disease: The Interrelationship of Mind and Body. Baltimore, Williams & Wilkins, 1939.

Binger, C., *et al*: Personality in Arterial Hypertension. Psychosomatic Medicine Monograph N° 8. New York, American Society for Research in Psychosomatic Problems, 1945.

Cannon, W. B.: The Role of Emotion in Disease, Ann. Int. Med., *9:* 1453, 1936.

Dunbar, H. Flanders: Psychosomatic History and Techniques of Examination. Am. J. Psychiat., *95:* 1277, 1939.

———: Emotions and Bodily Changes, 3ª ed. New York, Columbia University Press, 1946.

———: Psychosomatic Diagnosis, 2ª Ed. New York, Paul B. Hoeber, 1947.

Groom, Dale, Some Applications of Psychiatry in General Medicine. J.A.M.A., *135:* 408, 1947.

Halliday, J. L.: The Significance of "The Concept of a Psychosomatic Affection". Psychosom. Med. *7:* 240, 1945.

Hinsie, L. E.: The Person in the Body. New York, W. W. Norton & Co., 1945.

Hurst, Arthur: Asthma in Childhood. Brit. Med. Jour. *1:* 403, 1943.

McDermott, N. T., y Cobb, Stanley: A Psychiatric Study of Fifty Cases of Bronchial Asthma. Psychosom. Med. *1:* 203, 1939.

Robinson, G. Canby: The Patient as a Person. New York, The Commonwealth Fund, 1939.

Robinson, H. B.: Patients Have Families. New York, The Commonwealth Fond, 1945.

Ruesch, Jurgen, *et al*: Chronic Disease and Psychological Invalidism. New York, The American Society for Research in Psychosomatic Problems, 1946.

Saul, Leon F.: Physiological Effects of Emotional Tension. In Hunt, J. McV.: Personality and the Behavior Disorders, Chap. 8. New York, The Ronald Press.

Squier, R., y Dunbar, F.: Emotional Factors in the Course of Pregnancy. Psychosom. Med. *8:* 161, 1946.

Stokes, J. H.: The Personality Factor in Psychoneurogenic Reactions of the Skin. Arch. Dermat. and Syph. *42:* 780, 1940.

Weiss, E., y English, O. S.: Psychosomatic Medicine. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1943.

1. Mohr, Fritz: Die Wechselwirkung körperlicher und seelischer Faktoren im Krankheitsgeschehen, Klin. Wchnschr., 6: 772-776, 1927.

CAPITULO XXX

CHOQUES Y OTROS TRATAMIENTOS FISICOS

Tratamientos de choque. Durante los últimos 15 años ha habido un desarrollo notable en el uso de agentes químicos y físicos para el tratamiento de la esquizofrenia y de los trastornos mentales afectivos. Los llamados tratamientos de choque han recibido una aceptación particularmente entusiasta por parte de muchos psiquiatras. Su valor definitivo como procedimientos terapéuticos está por determinar, pero su uso ha estimulado la investigación, ha creado una actitud más optimista, y en casos bien seleccionados ha producido resultados que justifican su continuación. El común denominador de todos estos métodos tan diferentes en apariencia consiste en someter al enfermo a estados de inconsciencia, pero es dudoso que el coma mismo sea un factor terapéutico. Puede haber otros factores comunes más básicos, tales como cambios en la fisiología general, en el metabolismo del cerebro o influencias psicológicas, pero nadie sabe exactamente qué alteraciones importantes ocurren durante la inconsciencia. La anoxia cerebral se presenta en todas las formas de terapéutica de choque, pero es posible que el efecto terapéutico de estos tratamientos sea debido, no a una acción depresora del metabolismo cerebral, sino a una estimulación del sistema simpático. Algunos psiquiatras dan importancia a los factores psicológicos como agentes terapéuticos del tratamiento de choque, y piensan que la pérdida de la conciencia se acompaña de un miedo a la muerte que acelera el regreso a la realidad, o que la liberación de tensiones internas se produce durante el período de amnesia. Por ahora debemos estar de acuerdo con Kalinowski: "Sólo podemos decir que estamos tratando empíricamente trastornos cuya etiología es desconocida, con tratamientos de choque cuya acción está también envuelta en misterio".[1]

TRATAMIENTO DE CHOQUE CON INSULINA

En 1928, el doctor Manfred Sakel, que entonces residía en Viena, creyendo que la hiperactividad nerviosa que se presentaba en los adictos a

1. Shock Treatments and Other Somatic Procedures in Psychiatry, p. 243. New York, Grune & Stratton, 1946.

la morfina cuando no tenían la droga, se debía a un exceso de adrenalina, expresó la opinión de que la excitación podía ser dominada por grandes dosis de insulina. Más tarde, la semejanza de los síntomas de abstinencia con otros estados de excitación, sugirió a Sakel que estos últimos podían ser influídos por la misma droga. Entonces administró insulina a enfermos esquizofrénicos en estado de excitación, y pronto observó que se obtenían mejores resultados si se daban dosis suficientes para producir choque hipoglicémico. Después de un período de trabajo clínico experimental publicó sus resultados en 1933, y en 1936 introdujo su técnica en este país. Las modalidades básicas de la técnica desarrollada por Sakel se consideran todavía como las más efectivas.

Inducción del choque. El riesgo físico del tratamiento de choque de insulina no es grande en manos de médicos y enfermeras bien entrenados. Los enfermos que sufren de padecimientos cardiovasculares, tuberculosis pulmonar activa, o enfermedades hepáticas o renales no deben, sin embargo, ser sometidos a este tratamiento. Se inicia con la inyección intramuscular profunda de 10 a 20 unidades de insulina, aproximadamente a las 7 a. m., cuando el enfermo todavía está en ayunas; la dosis de insulina se aumenta aproximadamente 10 unidades cada día, hasta que aparecen los signos de choque marcado. La cantidad de insulina requerida para producir choque varía con cada enfermo. Ocasionalmente se produce con una dosis de 40 unidades, mientras que en algunos enfermos el estado de choque no aparece sino hasta después de la inyección de 300 unidades. En la mayoría de los enfermos, una dosis de 90 a 100 unidades suele bastar. La dosis requerida de insulina no está en relación con el grado de hipoglicemia producido. Una vez que la dosis inicial de choque ha sido determinada para cualquier enfermo, se va reduciendo gradualmente mientras sea suficiente para producir coma. El tratamiento se hace 5 ó 6 días por semana.

Síntomas del choque. En poco menos de una hora, después de la inyección, aparecen síntomas corticales. El enfermo empieza a mostrar somnolencia, el lenguaje se hace lento y torpe, la percepción y el pensamiento se oscurecen y la orientación se trastorna. La sudoración y la salivación están aumentadas, y el paciente puede quejarse de hambre y sed. Aparece hipotonía con debilidad, tanto subjetiva como objetiva. Conforme aumenta la hipoglicemia, los estímulos externos despiertan reacciones defensivas, y el enfermo puede estar inquieto, excitado y hasta gritar. El coma se presenta después de la obnubilación de la conciencia. Cuando las funciones corticales están suprimidas, aparecen síntomas subcorticales hiperquinéticos, tales como contracciones clónicas y tónicas, y movimientos primitivos, como morder y succionar, acompañados de prehensión forzada; puede haber convulsiones. Durante la cuarta hora, el

estupor continúa profundizándose y los síntomas subcorticales son reemplazados por los de origen mesencefálico, de los que los más importantes son espasmos tónico-tetánicos. Se encuentran temblores amplios, el reflejo de Babinski es positivo y puede haber desviación conjugada de los ojos. Con la aparición del coma profundo, cesan las actividades mesencefálicas y aparecen síntomas bulbares. Los reflejos están disminuídos, el pulso lento, la respiración deprimida, superficial y lenta, las pupilas fijas, del tamaño de la punta de un alfiler, y se pierden los reflejos palpebral y corneal. La pérdida del reflejo corneal indica que se ha llegado al límite biológico de las alteraciones reversibles. En este momento existe el peligro de un coma prolongado con reducción tal del azúcar sanguíneo, que el aporte no sea suficiente ni siquiera para mantener el metabolismo de los centros bulbares. Se observará que el orden de desarrollo de los síntomas guarda correlación con la estructura filogenética del cerebro. La presencia de síndromes bulbares indica que la corteza, los ganglios basales y el mesencéfalo están inhibidos. Con la administración de glucosa, las funciones se reinstalan en un orden inverso al que siguieron al desaparecer. Es de desearse generalmente regular la dosis de insulina de modo que los síntomas bulbares en forma de espasmos extensores tónicos y abolición de los reflejos palpebral y corneano, ocurran aproximadamente en la segunda mitad de la quinta hora. Si estos síntomas aparecen, la dosis de insulina administrada al día siguiente debe ser menor, y si no se alcanza esta fase, debe ser mayor. La magnitud de la dosis no influye en la sucesión de los síntomas, sino que determina el momento de su aparición y el ritmo de su desarrollo. No debe permitirse que el primer coma dure más de 15 minutos; posteriormente, la duración puede ser aumentada a una hora. No debe permitirse que el período de coma profundo, caracterizado por hipotonía de los músculos y pupilas en miosis máxima, continúe más de un cuarto de hora. Frecuentemente con el progreso del tratamiento aumenta la sensibilidad a la insulina, lo que puede provocar comas prolongados o irreversibles, a menos que se disminuya la dosis.

Terminación del choque. El choque puede ser terminado administrando una cantidad adecuada de hidratos de carbono por uno de tres métodos: por vía oral, por sonda nasal o por vía intravenosa. Si el estado de hipoglicemia es ligero, el enfermo es capaz de beber; entonces se le dan dos tazas llenas de una solución caliente al 50 por ciento de azúcar granulada. Si el enfermo es incapaz de deglutir la solución de azúcar, ésta puede ser administrada por sonda. Otra solución de azúcar usada comúnmente se hace con 50 grm. de miel Karo más seis centigramos de glucosa por cada unidad de insulina usada; debe agregarse agua hasta hacer una solución al 33 por ciento. Se añaden dos cucharaditas de cloruro de

sodio para suplir los cloruros perdidos por la sudoración excesiva. Debe tenerse mucho cuidado al pasar la sonda nasal porque el reflejo de la tos se pierde durante el coma; antes de dar la solución de azúcar por la sonda, es aconsejable aspirar jugo gástrico con una jeringa y hacer una prueba de acidez con papel tornasol. El enfermo debe despertarse aproximadamente en 20 minutos. Si hay dificultades para pasar la sonda nasal, si el paciente no se ha despertado a los 20 minutos después de la administración de la solución de azúcar, o si se presenta alguna complicación, la glucosa debe darse por vía intravenosa. La inyección intravenosa de 20 c. c. de una solución estéril al 33 por ciento es generalmente suficiente para hacer que en 10 minutos el enfermo sea capaz de beber una solución de azúcar. Si en este período es incapaz de hacerlo, deben administrarse 30 c.c. más de la solución de glucosa. Si el coma desaparece con la inyección intravenosa de la solución de azúcar, ésta también debe darse por vía oral para prevenir un retorno al estado hipoglicémico o las complicaciones ulteriores del choque; por lo regular, éstas sobrevienen aproximadamente 4 horas después de recobrada la conciencia. Tan pronto como se encuentra completamente consciente, el enfermo recibe una comida abundante de tipo común, suplementada antes de la comida siguiente por un vaso de jugo de fruta con azúcar.

Duración del tratamiento. La duración del tratamiento está determinada por el progreso terapéutico. Generalmente, el tratamiento se continúa mientras el enfermo muestre mejoría. Aun los casos agudos, que se recuperan rápidamente, deben recibir por lo menos 20 comas profundos. Si el progreso es menos rápido, el enfermo debe recibir de 50 a 60 comas. Si después de este número de comas no hay mejoría, generalmente no se obtiene ningún beneficio con la continuación del tratamiento. Si hay recaídas, generalmente se presentan después de un mes de la interrupción del tratamiento; entonces debe reanudarse y continuarse por un período mayor que el anterior.

Complicaciones. El tratamiento con choques de insulina tiene muchos peligros y exige la atención más cuidadosa por parte del personal médico y de enfermeras bien entrenadas en su aplicación. Tanto el médico como la enfermera deben estar en vigilancia constante mientras el enfermo está en choque. Existe la posibilidad de que sobrevengan accidentes fatales, cuyo número depende de la habilidad y experiencia del personal que hace el tratamiento.

La complicación más seria es el coma prolongado o irreversible. Su aparición es más frecuente cuando la hipoglicemia se ha prolongado de manera exagerada o se ha permitido que sea muy profunda. Sin embargo, puede presentarse aunque el coma no haya sido más prolongado o más profundo que en tratamientos previos. Hay que administrar glucosa para detener el desgaste celular progresivo de azúcar. Poco se sabe de la patología de este estado, excepto que depende de la persistencia anormal de algunas alteraciones celulares que se han desarrollado durante la hipoglicemia. En muchos casos, el enfermo permanece en estado comatoso, aunque la administración de glucosa eleve el azúcar sanguíneo a niveles normales o hasta por encima de lo normal. Ningún tratamiento del coma prolongado es satisfactorio. Si el enfermo no ha despertado en los 15 minutos que siguen a la inyección intravenosa usual de glucosa, puede recibir 2 c. c. de coramina y, al mismo tiempo, 100 c. c. de solución de glucosa al 33 por ciento por vía intravenosa. Si no hay respuesta, deben darse 500 c. c. de una solución de glucosa en suero fisiológico al 5 por ciento por vía intravenosa; frecuentemente se usa la administración intravenosa gota a gota de glucosa en suero fisiológico. Es aconsejable la introducción de una solución semejante de glucosa en el estómago, y su absorción puede ser facilitada por una inyección intramuscular de medio miligramo de atropina. La coramina debe darse aproximadamente cada 4 horas. Pueden aplicarse botellas de agua caliente, y si el enfermo está inquieto, debe recibir un centigramo de morfina. La respiración puede estimularse por medio de la inhalación de bióxido de carbono al 5 por ciento en oxígeno. Si es necesario, la administración de glucosa por vía intravenosa y por sonda nasal puede continuarse durante varios días. El tratamiento puede reanudarse 4 días después de la recuperación, pero los comas deben ser de menor duración.

Las *complicaciones respiratorias* ocupan el segundo lugar en frecuencia como causa de muerte en el tratamiento con insulina. Un grado moderado de salivación es común en el choque insulínico, pero puede ser tan excesivo, que se produzca una neumonía por aspiración de saliva; por lo tanto, es importante que la cabeza del enfermo se mantenga de lado durante el tratamiento. Puede presentarse edema pulmonar debido a insuficiencia cardíaca. La aparición de hipo debe ser considerada como un signo de peligro, que indica una alteración en el bulbo.

Complicaciones cardiovasculares. El choque debe interrumpirse inmediatamente cuando el pulso está por encima de 150 o por debajo de 40 por minuto, o cuando hay colapso. Se administran 2 c. c. de coramina por vía intravenosa y, si es necesario, se repite esta dosis con frecuencia. El coma debe interrumpirse si la presión arterial cae por debajo de 100 o si la circulación periférica se hace deficiente.

Pueden aparecer *convulsiones*, bien durante el comienzo de la hipoglicemia o cuando el enfermo se encuentra en coma. Generalmente, las convulsiones precoces no son peligrosas, pero las tardías deben ser consideradas como serias, ya que comúnmente se encuentran relacionadas con trastornos respiratorios o alteraciones cardiovasculares. Las convul-

siones tardías pueden repetirse o terminar en un *status epilepticus*. El coma debe interrumpirse inmediatamente cuando se presentan convulsiones tardías; probablemente se deben a anoxia.

Acción bioquímica e histopatológica de la insulina. Los hidratos de carbono constituyen la fuente principal de energía del cerebro; por lo tanto, cuando se priva al cerebro de su principal materia alimenticia, como ocurre durante la hipoglicemia insulínica, el aporte de oxígeno al cerebro está disminuído. Con la privación de dextrosa, la respiración celular se reduce virtualmente a la anoxia, y las células nerviosas se alteran funcionalmente, al grado de que el síndrome producido es del tipo de una reacción orgánica. El coma clínico, los signos neurológicos y las alteraciones características de potencial en el cerebro desaparecen con la administración de glucosa. Si se dan pequeñas dosis de insulina, no hay disminución en la utilización de oxígeno o glucosa, pero si se inyectan más de 40 unidades de insulina, hay una disminución en el metabolismo del cerebro, revelada por la utilización reducida de oxígeno. Las manifestaciones clínicas de hipoglicemia se deben probablemente a la anoxemia y no a un efecto tóxico de la insulina sobre las células nerviosas. Aunque algunos de los efectos fisiológicos de la insulina son conocidos, su mecanismo de acción como medida terapéutica no está claro. En casos fatales de tratamiento por choque insulínico, en los que el coma se ha hecho irreversible, la lesión más importante consiste en necrosis difusa, y las células nerviosas muestran alteraciones isquémicas graves o, más frecuentemente, homogeinización. La corteza y el estriado son las zonas afectadas con mayor frecuencia. No se ha determinado si las alteraciones químicas o los cambios circulatorios, o ambos, son los factores patógenos que producen las lesiones celulares. Sin embargo, parecería probable que al privar de glucosa a las neuronas, se suspenda la actividad oxidativa, lo que ocasionaría degeneración y necrosis. Es difícil establecer, a partir de la experiencia clínica, el tiempo que se requiere para producir alteraciones irreversibles, ya que probablemente las células cerebrales de distintos individuos pueden tener distinta capacidad para recuperarse. El coma que dura de una a tres horas, es generalmente seguido de una recuperación completa, mientras que períodos de inconsciencia más largos son peligrosos.

Es aconsejable que el psiquiatra desempeñe un papel activo en la atención física y psicológica del enfermo que recibe tratamiento insulínico. Esta atención debe ser especialmente cuidadosa cuando el enfermo está cayendo en coma y cuando está recobrando la conciencia. En estos momentos el enfermo revela más claramente las dificultades de su personalidad y proporciona indicaciones para la psicoterapia, que siempre debe acompañar al tratamiento con insulina.

Debe agregarse que las dosis de insulina que no producen coma son útiles como medio de sedación para controlar la ansiedad, mejorar la salud física y hacer posible un acercamiento psicoterapéutico más favorable. Sin embargo, estas dosis no substituyen a los tratamientos de choque insulínico.

Resultados del tratamiento con choques insulínicos. El coma insulínico no produce una cura permanente de la esquizofrenia. En algunos casos probablemente favorece remisiones que posiblemente no ocurrirían de otra manera, o hace los brotes más breves, de modo que el período de hospitalización se acorta considerablemente.

TRATAMIENTO COMBINADO DE INSULINA Y CONVULSIONES

Algunos psiquiatras prefieren combinar los choques insulínicos con los convulsivos en el tratamiento de la esquizofrenia. El metrazol se usa ocasionalmente como agente convulsivo, pero comúnmente las convulsiones se inducen por medio de electricidad. El uso de electricidad e insulina puede combinarse de varias maneras; una de las combinaciones usadas más frecuentemente es la inducción de una convulsión por medio de electricidad, bien durante la segunda hora de la hipoglicemia producida con insulina, o durante el período más profundo del coma hipoglicémico. Después de la convulsión, el coma se interrumpe por medio de la administración intravenosa de glucosa. Otro método consiste en reducir los síntomas más trastornantes con terapia convulsiva eléctrica, después de lo cual se inicia el tratamiento con insulina. Algunas veces se usa la insulina durante 3 semanas aproximadamente, seguida por convulsiones eléctricamente inducidas durante 3 días, y se repite la serie. Otro método frecuente es el uso de terapéutica electroconvulsiva en los días en que no se da insulina. No se ha determinado si el efecto de los tratamientos combinados es superior al uso de insulina sola; aparentemente, el peligro del tratamiento no aumenta con el uso continuado de los dos métodos.

TERAPEUTICA CONVULSIVA CON METRAZOL

En 1934 Meduna, que entonces era superintendente del Hospital Real para Enfermos Mentales de Budapest, creyendo que existía un cierto antagonismo biológico entre el estado convulsivo y el proceso esquizofrénico, empezó a producir convulsiones en enfermos esquizofrénicos por medio de inyecciones intramusculares de alcanfor en aceite. Más tarde encontró que el metrazol es un agente convulsivante más adecuado. Durante algún

tiempo fué usado por muchos médicos en el tratamiento de la esquizofrenia y, posteriormente, en el tratamiento de la psicosis depresiva. Debido a ciertas desventajas en su uso, especialmente por el miedo y la sensación de muerte inminente que experimenta el enfermo entre la inyección y la convulsión, pronto se abandonó su empleo, substituyéndose por los choques eléctricos. Todavía se usa ocasionalmente en combinación con la insulina. La dosis inicial es de 0.5 grm. en una solución al 10 por ciento; esto es generalmente suficiente para producir una convulsión, pero en el caso de que no se produzca, la dosis puede aumentarse 0.1 grm. cada vez en tratamientos sucesivos. En un período de 3 a 30 segundos los párpados del enfermo empiezan a temblar, su cara palidece, parece asustado y hace unos cuantos movimientos clónicos; entonces pierde la conciencia y se presenta un ataque tónico. En este momento el enfermo generalmente abre la boca y hay que colocar una cuña entre las mandíbulas para evitar que se muerda la lengua. En unos cuantos segundos tiene lugar la fase clónica con contracciones y espasmos irregulares, que dura aproximadamente unos 40 segundos, durante los cuales el enfermo se pone muy cianótico. Después de la fase clónica sigue un breve sueño de tipo comatoso, después del cual el enfermo está confuso y debe permitírsele que duerma. Debido al peligro de luxación de la mandíbula durante el ataque, hay que contener los movimientos de ésta cuando el enfermo abre la boca. La enfermera debe sujetar los brazos del enfermo a los lados para prevenir una luxación del hombro. La complicación más frecuente en el tratamiento con metrazol, así como en otras formas de terapéutica convulsiva, es la fractura, especialmente las fracturas por compresión de los cuerpos vertebrales. Su prevención será considerada en la discusión de la terapéutica electroconvulsiva.

Aparentemente el metrazol, al igual que otras formas de tratamiento de "choque", deprime en forma aguda el metabolismo cerebral dificultando la oxidación de los hidratos de carbono.

TERAPEUTICA CONVULSIVA ELECTRICA

En 1938 Cerletti y Bini, después de asegurarse de su inocuidad por medio de experimentos animales muy completos llevados a cabo en el laboratorio del primero en Roma, describieron un método para producir convulsiones por medio de la electricidad e iniciaron su empleo en el tratamiento de la esquizofrenia. En este país se aplicó por primera vez en el Hospital Pennsylvania en 1940. En cuanto a terapéutica convulsiva, la inducción de choques eléctricos ha aventajado con mucho al metrazol debido a su mayor facilidad de aplicación, menor costo, menor

peligro de fractura y luxación, y a la ausencia de la sensación extremadamente desagradable de terror experimentada por el enfermo después de la inyección de metrazol.

El *aparato* trabaja con corriente alterna de 110 voltios, 60 ciclos, y contiene principalmente un transformador variable, medidores de ohms, voltios y amperios, y un cronómetro automático. La combinación de voltaje y tiempo constituye la "dosis". Las aplicaciones pueden variar de 70 a 130 voltios con un tiempo de 0.1 a 0.6 segundos. Generalmente se empieza con 80 voltios y 0.2 segundos. Si no se produce una convulsión, el voltaje puede aumentarse a 90 ó 100 voltios, y se aumenta el período de aplicación. Si aún así no se produce la convulsión, no deben hacerse nuevas aplicaciones sino hasta el día siguiente. Sólo las convulsiones generalizadas producen los resultados deseados. El operador encontrará que la dosis debe ser determinada por el umbral convulsivo de cada paciente. Este umbral es más alto en la mujer que en el hombre, y más alto en personas de edad media que en jóvenes; el umbral se eleva después de la primera convulsión.

El enfermo pierde la conciencia inmediatamente después de la aplicación de la corriente, aun cuando no haya convulsiones, y no conservará memoria del "choque". El ataque se parece mucho a los de origen espontáneo, con una fase tónica continua de aproximadamente diez segundos, seguida por una fase clónica que dura un poco más. La convulsión se acompaña de apnea.

Técnica y respuesta. Además del examen físico habitual que comprende determinación de la presión arterial, el enfermo que va a recibir choques eléctricos debe tomarse una radiografía de tórax y una placa lateral de la columna vertebral, así como un electrocardiograma. Algunos psiquiatras recomiendan hacer un electroencefalograma. Si el enfermo va a ser tratado en la mañana, no se desayuna, o sólo debe tomar un vaso de jugo de fruta y una rebanada de pan tostado; debe orinar y quitarse la dentadura postiza antes del tratamiento. El tratamiento puede hacerse en una mesa bien acolchonada o en una cama cuyos muelles se protegen con una tabla colocada entre aquéllos y el colchón. El peligro de la fractura por compresión de las vértebras puede ser reducido por medio de una ligera hiperextensión de la columna vertebral, que se obtiene colocando una almohada dura debajo de la parte baja de la espalda, o acostando al enfermo en una cama quirúrgica de Gatch durante el tratamiento. Un ayudante sostiene los hombros y los brazos del paciente para prevenir movimientos extremos y otro le sujeta las piernas. Se coloca un abatelengua acolchonado u otro objeto elástico entre los dientes para evitar la mordedura de la lengua u otras heridas. El ayudante que hace esto tendrá, además, que sostener firmemente el maxilar en el momento de las con-

vulsiones para evitar una luxación. En la piel de ambos lados de la frente se unta pasta de electrodos, y éstos, empapados en solución salina saturada, se aplican sobre las áreas preparadas. Se oprime el botón del aparato y el enfermo pierde instantáneamente el conocimiento. Después de la fase clónica hay una fase de relajación muscular con respiración estertorosa. Es conveniente poner al enfermo de lado para evitar la aspiración de saliva. El enfermo permanece inconsciente durante aproximadamente 5 minutos, y se despierta lentamente durante los siguientes 5 a 10 minutos. Después del tratamiento hay un período de confusión y de amnesia. Generalmente debe permitírsele al enfermo que permanezca en su cama durante media o una hora después del tratamiento; si no se le molesta, puede quedarse dormido. En la mayoría de los casos no hay estado de excitación después de las convulsiones, pero si esto ocurre hay que administrar unos 20 centigramos de amital sódico por vía intravenosa antes de la aplicación de la electricidad.

Frecuencia. Los tratamientos se hacen generalmente tres veces a la semana. El número de choques depende principalmente de los resultados del tratamiento y de la naturaleza de la alteración tratada. En las psicosis depresivas el enfermo puede obtener el máximo beneficio con cinco o diez tratamientos. En los trastornos en los que el enfermo mejora lenta, pero definitivamente, el tratamiento puede continuarse hasta 35 ó 40 aplicaciones, seguidas, si se desea, por choques de "sostén". Pueden hacerse dos tratamientos al día durante dos o tres días sucesivos en el caso de enfermos afectados en forma aguda que se encuentran amenazados de agotamiento psicótico.

Indicaciones. La mayor utilidad del tratamiento electroconvulsivo se obtiene en las depresiones. Por lo tanto, tiene su aplicación más frecuente en el tratamiento de la melancolía involutiva y de la fase depresiva de la psicosis maníaco-depresiva. En caso de que la depresión sea un síntoma asociado a otros trastornos, esta forma de tratamiento puede producir resultados benéficos. Frecuentemente se usa en lugar del tratamiento insulínico en las reacciones esquizofrénicas agudas y subagudas. Su uso como tratamiento de "sostén" en esquizofrénicos crónicamente alterados y en la fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva será discutido posteriormente.

Contraindicaciones. Conforme la experiencia en el tratamiento por choque electroconvulsivo ha ido aumentando, los factores considerados como contraindicaciones han disminuído. La *edad* por sí misma no se considera una contraindicación. Sin embargo, el enfermo de edad avanzada debe ser examinado cuidadosamente en busca de anormalidades físicas. Mathews ha comunicado resultados satisfactorios en un enfermo de 87 años de edad. Las *afecciones de las coronarias* y la *descompensación cardíaca*

contraindican el uso de electrochoques. Si la *hipertensión* está principalmente causada por factores emocionales no debe considerarse como motivo para rechazar el tratamiento, sino que, al contrario, puede ser una indicación para su uso. Los accidentes vasculares como resultado de la terapéutica electroconvulsiva son extraordinariamente raros. Hablando en general, la *tuberculosis* excluye el tratamiento, pero el enfermo cuya alimentación constituye un problema, a menudo se beneficia de un aumento de peso como resultado del tratamiento. El *embarazo* no es considerado, en general, como una contraindicación. El electrochoque es una forma más segura de tratamiento que la insulina en las psicosis del embarazo.

Se cree que los tratamientos de larga duración, de cincuenta o más choques, pueden producir defectos sensoriales orgánicos profundos, equivalentes a una amencia. Muchos enfermos parecen capaces de soportar choques repetidos, pero otros muestran una deterioración pronunciada después de algún tiempo. Ferraro y colaboradores[1] han demostrado que las corrientes eléctricas semejantes en tipo, intensidad, duración de la corriente y frecuencia de su aplicación, a las que se utilizan en la terapéutica humana de electrochoque, pueden producir alteraciones histológicas en el cerebro de los monos; las alteraciones más comunes se encontraron en las células cerebrales, que mostraron picnosis y tumefacción. También había picnosis, tumefacción y proliferación de la glía, y las alteraciones capilares fueron comunes. La gravedad de las lesiones pareció estar en relación con la intensidad y duración de la corriente y con el número de choques eléctricos aplicados. Estos autores creen que las lesiones son en su mayor parte reversibles, lo que algunos patólogos dudan.

Complicaciones. *Alteraciones de la memoria.* Tal vez no pueda llamarse complicación al defecto de memoria que acompaña casi constantemente al tratamiento electroconvulsivo. Puede variar desde una ligera tendencia a olvidar nombres hasta una confusión grave del tipo de la de Korsakoff. Al principio tiende a afectar un largo período anterior al tratamiento, y gradualmente disminuye hasta abarcar sólo acontecimientos inmediatamente anteriores a la aplicación. Con frecuencia produce molestias al enfermo y puede continuar en algún grado durante varias semanas o unos cuantos meses después de la terminación del tratamiento; finalmente hay un retorno total de la memoria.

Fracturas y luxaciones. Las complicaciones más frecuentes de la terapéutica electroconvulsiva son las fracturas y luxaciones producidas por las contracciones musculares. Sin embargo, estos accidentes se presentan con menor frecuencia que cuando se utilizaba el metrazol como agente con-

1 Ferraro, A., y colaboradores: Morphologic Changes in the Brain of Monkeys Following Convulsions Electrically Induced. J. Neuropath. & Exper. Neurol. 5:285, 1946.

vulsivo. La disminución se debe, probablemente, tanto a la mejoría en la técnica preventiva, como a las contracciones tónicas menos repentinas y violentas producidas por la electricidad. La fractura más frecuente es la que se produce por compresión de las vértebras en la parte media de la región dorsal. Generalmente estas fracturas se previenen por medio de la hiperextensión de la columna dorsal durante el tratamiento. No tienen mayor importancia clínica y no requieren otro tratamiento especial que el reposo en posición de decúbito prono durante unos cuantos días; muchas sólo se diagnostican en los rayos X. El dolor en la espalda puede persistir durante unos cuantos días o semanas. Puede haber fracturas del fémur, del acetábulo y del cuello del húmero. La dislocación de la mandíbula es frecuente, a menos que se haga presión para evitar que se abra la boca al principio de la fase tónica.

Apnea. La apnea se presenta de manera fisiológica en cualquier convulsión general, pero en el tratamiento electroconvulsivo la falta de respiración puede ser demasiado prolongada. Algunos médicos hacen la respiración artificial rutinariamente después de cada tratamiento como medida profiláctica. Si la apnea persiste, la respiración artificial debe continuarse. Debe tenerse a la mano una cánula de metal para evitar que la lengua caiga hacia atrás y para facilitar el paso del aire a través de la saliva y el moco. Sólo excepcionalmente ha llegado la terapéutica electroconvulsiva a producir la muerte.

Amortiguación de las convulsiones. Para evitar las fracturas y luxaciones y disminuir el riesgo en enfermos ancianos o débiles, las convulsiones pueden modificarse o amortiguarse por medio del curare. Este inhibe la acción de la acetilcolina en la unión neuromuscular y disminuye la contracción muscular. Se usa en forma de un extracto acuoso concentrado, conocido como "intocostrín", que contiene 10 mg. del principio activo del curare por centímetro cúbico del preparado. No debe darse más de 1 c.c. por 40 libras de peso. Por lo tanto, la dosis máxima es de 4 a 5 c.c. El intocostrín se inyecta lentamente por vía intravenosa, aproximadamente 1 c.c. por minuto. Debe dejarse pasar uno o dos minutos después de la inyección para aplicar la corriente eléctrica. La prostigmina es un antídoto seguro y rápido del curare y después de las convulsiones hay que administrar 1 c.c. de una solución al 1:2000 por vía intravenosa. En caso de que la respiración falle, también debe usarse la epinefrina.

Algunos médicos dicen que el curare no aumenta los peligros del tratamiento y, por lo tanto, lo usan de rutina en la terapéutica electroconvulsiva. Otros, aunque están de acuerdo sobre su eficacia para prevenir fracturas, creen que el curare dificulta frecuentemente la respiración y que puede tener un efecto grave sobre el corazón. Por lo tanto, limitan su empleo a enfermos con fracturas previas o con enfermedades óseas, como

osteoporosis o enfermedad de Paget. A la mayoría de los enfermos no les gusta la sensación de estar paralizados, que se experimenta antes de perder la conciencia al aplicar la corriente eléctrica.

Resultados del tratamiento. En las depresiones de la melancolía involutiva y de la psicosis maníaco-depresiva es asombrosa la mejoría que producen los choques eléctricos. En el 80 por ciento o más de estos trastornos, cinco a diez aplicaciones determinan una recuperación total o social. Antes del tratamiento de la melancolía involutiva por medio de los choques eléctricos, la depresión crónica, que algunas veces duraba años, era la regla. El tratamiento oportuno de este trastorno y de las depresiones de la psicosis maníaco-depresiva por medio de los choques salvará muchos enfermos que de otra manera se suicidarían. Las ideas de culpa, de autoacusación y autocastigo se alivian generalmente con rapidez. En menos de la mitad de los casos del tipo paranoide de psicosis involutiva se obtiene mucha mejoría con el tratamiento, aunque haya que aplicar el número máximo de choques. Las depresiones seniles generalmente se alivian, a menos que alteraciones arterioscleróticas o seniles encefálicas sean factores determinantes importantes. Los resultados del tratamiento de la fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva son menos favorables que los de la depresiva, pero han sido mejorados con la práctica de hacer tratamientos con mayor frecuencia. Se obtienen mejores resultados haciendo dos aplicaciones diarias durante dos o tres días. Generalmente se produce marcada confusión, pero cuando ésta desaparece se logra una mejoría definitiva en el enfermo.

La eficacia del tratamiento electroconvulsivo en la esquizofrenia ha sido objeto de mucha discusión. Generalmente se acepta que esta forma de tratamiento es benéfica para un gran porcentaje de esquizofrénicos con componentes afectivos. También ayuda a acelerar una remisión en las formas tempranas y agudas de la enfermedad. Es de poco valor cuando el principio ha sido de naturaleza prolongada e insidiosa. Como otros procedimientos de choque, este tratamiento no produce una mejoría material en el esquizofrénico crónico y desorganizado. El esquizofrénico cuyo proceso data de menos de un año, y que no ha mejorado con un tratamiento de insulina, debe recibir una serie de choques eléctricos. De modo semejante, el enfermo que no ha mejorado con los choques eléctricos, debe recibir insulina. Muchos esquizofrénicos tratados con electrochoque sufren recaídas, pero es dudoso que el porcentaje de éstas sea mayor que después del tratamiento con choque insulínico.

El valor relativo del tratamiento con insulina y choques eléctricos en la esquizofrenia precoz ha sido tema de controversia. Probablemente si el enfermo recibe 30 a 40 tratamientos convulsivos, el resultado terapéutico no es muy inferior al que se obtiene con la insulina. Debido a

que se requiere menos personal para su aplicación, durante y después de la guerra fué un substituto muy práctico del tratamiento con insulina.

El tratamiento electroconvulsivo es de poco valor en las psiconeurosis, excepto en las que presentan rasgos depresivos. Su utilización debe ir acompañada de psicoterapia.

Tratamiento de sostén. El cuidado de los enfermos crónicamente trastornados, generalmente esquizofrénicos, se facilita por el tratamiento de sostén en forma de choques electroconvulsivos aplicados una vez cada semana o diez días. Algunas veces se obtienen mejores resultados con dos aplicaciones en días sucesivos, seguidos por diez días o dos semanas de descanso. La experiencia ha demostrado que el uso del tratamiento de sostén en las salas de enfermos crónicos ha simplificado mucho su manejo. Sin embargo, debe recordarse que los choques de mantenimiento administrados durante un período prolongado pueden conducir al desarrollo de epilepsia.

Tratamiento ambulatorio. Durante varios años después de la introducción del método electroconvulsivo se consideró esencial que su aplicación se limitara a enfermos residentes en un hospital. En años más recientes se ha modificado esta costumbre. Muchos enfermos, especialmente los que sufren de depresiones benignas, continúan viviendo en su casa, pero van, periódicamente, con el psiquiatra o a un hospital especializado a recibir tratamientos de choque. Una vez aplicado el tratamiento y después de que se ha recobrado totalmente la conciencia, el enfermo regresa a su casa. Algunos médicos administran el tratamiento en sus consultorios privados sin resultados desfavorables. Otros médicos más conservadores consideran que los peligros son demasiado grandes para permitir el tratamiento en el consultorio privado, sin personal de enfermería experimentado y sin los recursos necesarios para hacer frente a cualquier eventualidad. En algunos casos se utiliza el tratamiento ambulatorio en enfermos que habiendo estado hospitalizados han mejorado suficientemente para que puedan regresar a sus casas, y continúan recibiendo los choques necesarios. En otros casos, los enfermos que después de un examen cuidadoso se piensa que no requieren un período inicial de hospitalización, van periódicamente al hospital o al consultorio a recibir el tratamiento. Sin embargo, parece prudente que haya un período preliminar de cuidado hospitalario psiquiátrico, de modo que el médico conozca bien al enfermo y pueda valorarse el peligro de suicidio u otros trastornos de la conducta. Debe determinarse cuidadosamente el conocimiento, comprensión y responsabilidad de los parientes y su capacidad para ejercer una supervisión constante del enfermo en su casa. Si el tratamiento se hace en un hospital general o en un consultorio particular deben tomarse precauciones por si se presenta confusión postconvulsiva, excitación o

amnesia. Nunca deberá ser permitido que el enfermo regrese solo a su casa.

El uso del choque electroconvulsivo es enteramente empírico. Se han sugerido muchas teorías, tanto psicogénicas como fisiogénicas, para explicar su acción terapéutica, algunas de las cuales son fantásticas. Muchos psiquiatras se inclinan a pensar que las convulsiones ejercen su efecto poniendo fuera de acción a grupos de neuronas, quizá por anoxemia. Otros creen que todos los tratamientos de choque producen mejoría por medio del aumento de la excitabilidad del sistema nervioso simpático. Cerletti, director de la Clínica Neuropsiquiátrica de la Universidad de Roma, y uno de los iniciadores del tratamiento con electrochoque, está convencido de que el factor curativo no está representado por la electricidad sino por el ataque epiléptico que resulta del choque eléctrico. Sugiere que el ataque epiléptico o coma es un riesgo extremo al que se somete el sistema nervioso y que, en un esfuerzo para dominarlo, se provocan reacciones bioquímicas de carácter defensivo y vitalizante. Como resultado de sus experimentos cree que el cerebro tratado con electrochoques contiene substancias que no existen en el cerebro normal, las cuales tienen un alto poder defensivo contra cualquier factor morboso.

LOBOTOMIA PREFRONTAL

Introducción. La operación de la lobotomía prefrontal, o leucotomía, para ciertos tipos de trastornos mentales, fué ideada por Egas Moniz de Lisboa, Portugal, en 1936, e introducida en este país en el mismo año por Freeman y Watts. La operación consiste en la sección de las conexiones entre el tálamo y los lóbulos frontales. Egas Moniz desarrolló la operación suponiendo que ciertas formas de conducta estereotipada que se observan en algunos trastornos mentales podrían ser debidas a conexiones sinápticas patológicamente fijadas de grupos corticales del lóbulo frontal. Por lo tanto, pensó que estos trastornos podían ser suprimidos deshaciendo las conexiones celulares de los elementos cuya relación funcional había resultado fijada. Freeman y Watts observaron que los enfermos en los que se había seccionado el sistema de fibras prefrontales continuaban teniendo las mismas alucinaciones e ideas delirantes, pero ya no se sentían molestos por ellas; la reacción emocional a las ideas quedaba suprimida. Se observó que el corte de la operación seccionaba la radiación talámica anterior, que establece una conexión directa de ida y vuelta entre las áreas prefrontales de asociación y el núcleo dorsomedial del tálamo. Desde hace mucho se cree que cuando los impulsos nerviosos sensitivos llegan al tálamo, son dotados de colorido emocional. También se cree hipoté-

ticamente que las ideas pueden del mismo modo recibir una carga afectiva del tálamo, y que, por lo tanto, la radiación talámica anterior, que comunica al tálamo con las áreas prefrontales, puede proveer de tono afectivo a las ideas y a las funciones de previsión y discernimiento que dependen de los lóbulos frontales. La sección de estas fibras interrumpiría la vía entre la emoción y la imaginación. Se sugiere, de una manera especulativa, que lo que libera la tensión o el componente emocional de la psicosis y produce el cambio en la personalidad que se observa después de la operación de la lobotomía, es la sección de estas fibras. El cambio resultante será descrito posteriormente. La intención del neurocirujano es seccionar la radiación tálamo-frontal de tal manera que el componente emocional de las neurosis o psicosis pueda ser reducido de modo que las ideas ya no dominen la conducta del enfermo; pero el corte debe dejar cantidad suficiente de los lóbulos frontales para permitir que el enfermo conserve la capacidad de trabajo productivo y que pueda adaptarse satisfactoriamente a su medio ambiente social. Freeman y Watts creen que la lobotomía prefrontal fracasa en casos deteriorados principalmente porque la operación no puede ser lo suficientemente posterior para modificar la psicosis sin extinguir al mismo tiempo los factores emocionales que contribuyen a hacer satisfactoria la adaptación.

Técnica. El propósito de la operación es interrumpir la vía tálamo-frontal para lo cual se secciona la substancia blanca de las regiones prefrontales donde se encuentra la radiación talámica. Se hacen orificios con trépano a ambos lados del cráneo, a 6 cm. por encima de la apófisis cigomática y a 3 cm. por detrás del borde lateral de la órbita; se introduce un leucotomo a través de los orificios trepanados y se corta la substancia blanca frontal en ambos hemisferios. La corteza no se secciona excepto en el pequeño sitio en que se introduce el leucotomo. La operación se hace en el plano de la sutura coronaria. El plano exacto de la incisión cortical es de gran importancia. Si la incisión es demasiado anterior los resultados de la operación son insignificantes; si se hace demasiado atrás pueden presentarse apatía, inercia y cierto grado de demencia. La mayor parte de las muertes atribuíbles directamente a la operación han sido causadas por hemorragia intracerebral a partir de los vasos lesionados. Algunos cirujanos, especialmente Lyerly, han modificado la técnica de Freeman-Watts antes descrita.

Efectos de la operación. Inmediatamente después de la operación, el enfermo pierde la tensión nerviosa y queda estuporoso o confuso durante unos cuantos días hasta una semana. Está indiferente a lo que le rodea, no presta atención a sus funciones excretoras, tiene que ser alimentado y movido en la cama, con somnolencia y a veces vómitos. Puede tener confabulaciones y negar que lo han operado. Algunos enfermos están algo

agitados, con una hiperactividad a veces destructiva. En muchos casos, el éxito de la operación depende de la atención que el enfermo recibe durante las semanas siguientes. Hay que obligarle a que se levante, que haga sus necesidades a intervalos regulares, que se bañe, que se vista y se alimente por sí mismo. Es común que haya apetito excesivo, lo que puede producir un gran aumento de peso. Hasta en las cosas más simples, el enfermo debe ser instruído específicamente y guiado durante un tiempo considerable. Es de desearse, en forma general, que el enfermo vaya a su casa tan pronto como sea posible después de la operación para que las obligaciones del hogar puedan estimular una conducta social más adecuada.

Indicaciones. La lobotomía prefrontal es un procedimiento radical al cual se recurrirá sólo después de que otras formas de tratamiento, especialmente de choque, hayan fracasado. Los mejores resultados se obtienen en enfermos que sufren estados obsesivos de tensión, hipocondría, o que son destructivos y manifiestan tendencias a la automutilación o al suicidio. Cuanto mayor sea el componente afectivo, mejores son las probabilidades de éxito. La respuesta al tratamiento de choque no constituye una guía de confianza para el uso de la lobotomía. La crueldad, la falta de responsabilidad y el uso excesivo de alcohol antes del desarrollo de la psicosis, se consideran como contraindicaciones. La lobotomía prefrontal no tiene efecto en el proceso patológico fundamental de la esquizofrenia, pero en casos bien seleccionados puede determinar una gran mejoría en la adaptación. Cuanto mejor organizada haya estado la personalidad prepsicótica, mejores serán los resultados, siempre y cuando no hayan existido hábitos psicóticos o demenciales durante varios años. En general, la lobotomía puede recomendarse después de un año de enfermedad, siempre que en este tiempo el enfermo haya recibido tratamiento activo con insulina, electrochoques y tratamientos combinados de electrochoque e insulina sin resultados benéficos. Si el enfermo es un hebefrénico inactivo, crónicamente deteriorado, con la afectividad perdida, poco puede esperarse de la operación. Por otro lado, la conducta de un catatónico muy activo, resistente, excitable, destructivo, inquieto y difícil de manejar, puede mejorar grandemente. Tal enfermo puede hacerse callado, un poco sociable y quizá más tarde pueda hasta dejar el hospital y bastarse a sí mismo. No son pocos los enfermos que se liberan, se hacen alegres, descansan, se interesan por los acontecimientos diarios y son capaces de sostener una conversación sobre varios temas. Algunas veces, la actividad se reduce tanto, que el enfermo permanece sentado, casi en un estado letárgico. La lobotomía se intentará por excepción en la psicosis maníaco-depresiva, ya que la mayoría de los casos cederán al tratamiento electroconvulsivo. Aun en las depresiones prolongadas que no ceden a

los electrochoques, puede presentarse una mejoría espontánea. La lobotomía casi no debe usarse en la melancolía involutiva, ya que el porcentaje de mejorías en esta enfermedad con choques eléctricos es alto. Sin embargo, hay algunos casos de depresiones tenaces y de cavilación de ideas anormales, o casos con rasgos esquizofrénicos que no responden al tratamiento convulsivo. En tales casos, y en el tipo paranoide de la psicosis involutiva, la lobotomía puede ser un procedimiento benéfico. En los tipos graves de psiconeurosis obsesivo-compulsivas y obsesivo-meditativas que no se han beneficiado con la psicoterapia, la tensión incapacitante y los estados de ansiedad pueden ser aliviados por la lobotomía. Sin embargo, hay que ser muy conservador para recomendarla como tratamiento de las psiconeurosis. Probablemente, los mejores resultados con la lobotomía se obtienen en las depresiones agitadas y en las reacciones tensionales obsesivas graves. Los enfermos con tendencias prepsicóticas activamente agresivas pueden manifestar una falta de inhibición peligrosa de estos impulsos después de la operación. Las ideas obsesivas pueden continuar, pero el alivio de la tensión puede permitir al enfermo la continuación de sus actividades normales. Algunos estados crónicos requieren una operación ulterior hecha en planos más posteriores.

Resultados de la lobotomía. A menos que la operación haya sido demasiado extensa, la inteligencia no se altera de modo importante, pero puede haber una reducción en la riqueza de asociaciones. A la operación puede seguir un cambio en la personalidad. Los parientes del enfermo deben esperar que muestre falta de conciencia de sí mismo, hilaridad y regocijo infantiles por cosas simples. Los comentarios sarcásticos y la conducta inconveniente no deben tomarse en cuenta. No debe permitírsele al enfermo en algún tiempo, o quizá nunca, que asuma responsabilidades económicas o intente adaptaciones sociales extraordinarias. Los esfuerzos de reeducación y rehabilitación deben continuarse durante mucho tiempo. Los mejores resultados son que el enfermo pierde la ansiedad, se hace alegre y amistoso y hasta trabaja regularmente, pero sin ambición. La visión del futuro es generalmente menor que la normal. Cuando los resultados no son tan buenos, el enfermo queda sin iniciativa ni espontaneidad, es perezoso, descuidado, sugestionable, infantil y manifiesta una euforia tonta. Puede ser licencioso en la palabra y la acción, descuidado en sus hábitos alimenticios y en su aspecto personal, y quizá vulgar e irreverente. Su humor es generalmente extravagante, pero sus respuestas emocionales son superficiales. El efecto de la lobotomía prefrontal en la personalidad se ha descrito como una "infancia inducida quirúrgicamente". Algunos enfermos, especialmente los esquizofrénicos que han llevado una existencia puramente vegetativa, sin conflictos mentales activos, pueden no mostrar mejoría y aun exhibir también una demencia orgánica. La valoración de los resultados no puede hacerse antes de seis meses de la operación, y generalmente tiene que pasar un período no inferior a un año para que se llegue al mejor nivel del enfermo. Si sólo se operan enfermos apropiados, los resultados pueden describirse como "excelentes" en aproximadamente el 9 por ciento de los casos, y como "buenos" en el 20 por ciento. Algunos enfermos mejoran lo suficiente como para no necesitar ya el cuidado hospitalario, aun en casos que han vivido en la institución más de diez o doce años. Aproximadamente en el 10 por ciento de los casos, la operación va seguida por convulsiones debido a la formación de tejido cicatrizal. La mortalidad operatoria es aproximadamente del 3 por ciento.

La lobotomía prefrontal no debe ser considerada como una curación para ningún trastorno mental específico, pero si los choques eléctricos y otros tratamientos fallan, puede hacer desaparecer síntomas molestos e incapacitantes. Como ya se ha indicado anteriormente, la lobotomía puede ir seguida de alteraciones indeseables de la personalidad, pero en su haber está el hecho de que en casos apropiados puede disipar ciertos trastornos crónicos y acabar con una conducta que era peligrosa para el medio ambiente del enfermo. La inteligencia es relativamente poco afectada. Muchos enfermos que han sido dados de alta y permanecen en sus casas, no hubieran tenido, de otra manera, ninguna esperanza de abandonar el hospital. La vida subsecuente del enfermo podrá ser de un nivel inferior, pero será más agradable.

REFERENCIAS

Bennett, A. E.: Curare: A Preventive of Traumatic Complications in Convulsive Shock Therapy by Curare. Am. J. Psychiat. *97:* 1040, 1941.

———: An Evaluation of the Shock Therapies. Psychiatric Quart. *19:* 465, 1945.

———, Keegan, J., Jr., y Wilbur, C. B.: Prefrontal Lobotomy in Chronic Schizophrenia. Am. J. Psychiat. *123:* 809, 1943.

Bond, E. D., y Rivers, T. D.: Insulin Shock Therapy after Seven Years. Am. J. Psychiat. *101:* 62, 1944.

———, y Shurley, J. T.: Insulin Therapy and its Future. Am. J. Psychiat. *103:* 338, 1946.

Brickner, R.: Ambulatory Insulin Treatment. Section on Neurology and Psychiatry, New York Academy of Medicine, Mayo 16, 1945.

Brody, E. B., y Moore, B. E.: Prefrontal Lobotomy. Conn. State Med. Jour. *10:* 409, 1946.

Brody, M. B.: Prolonged Memory Defects Following Electrotherapy. J. Ment. Sc. *90:* 777, 1944.

Cerletti, V., y Bini, L.: L'Elettroshock. Arch. Gen. di Neurol., Psichiat., e Psicoanal. *19:* 266, 1938.

Cook, L. C.: Convulsion Therapy. Recent Progress in Psychiatry. Ed. por C. W. T. H. Fleming. London, J. & A. Churchill, 1944.

Easton, N. L.: Vertebral Fractures in Metrazol Therapy with and without the Use of Curare as a Supplement. J. Nerv. & Ment. Dis. *99:* 256, 1944.
Ebaugh, F. E., *et al*: Fatalities Following Electric Convulsive Therapy. Arch. Neurol. & Psychiat. *49:* 107, 1943.
Feldman, F., Gombert, E., y Barrera, S. E.: Ambulatory Electroconvulsive Therapy. J. Nerv. & Ment. Dis. *105:* 171, 1947.
Ferraro, A.: Neuropathologic Findings in the Brain of Three Additional Cases of Schizophrenia Treated with Insulin. J. Neuropath. & Exper. Neurol. *1:* 188, 1942.
———: Morphologic Changes in the Brain of Monkeys Following Convulsions Electrically Produced. J. Neuropath. & Exper. Neurol. *5:* 285, 1946.
Freeman, W., y Watts, J. W.: Psychosurgery. Springfield, C. C Thomas, 1942.
———: Prefrontal Lobotomy. Survey of 381 Cases. Am. J. Med. Sc. *211:* 1, 1946.
———: Prefrontal Lobotomy. Convalescent Care and Aids to Rehabilitation. Am. J. Psychiat. *99:* 798, 1943.
———: Prefrontal Lobotomy. Indications and Contraindications. M. Ann. District of Columbia, *16:* 355, 1947.
Gralnick A.: A Three-Year Survey of Electroshock Therapy. Am. J. Psychiat. *102:* 583, 1946.
———: Fatalities Associated with Electric Shock Treatment of Psychoses. Arch. Neurol. & Psychiat. *51:* 397, 1944.
Heldt, T. J.: The Therapeutic Use Prolonged Sodium Narcosis. Am. J. Psychiat. *104:* 27, 1947.
Himwich, H. E., *et al:* The Mechanism of the Symptoms of Insulin Hypoglycemia. Am. J. Psychiat. *96:* 371, 1939.
Hughes, J., *et al:* Electroencephalographic Studies on Patients Receiving Electric Shock Treatment. Arch. Neurol. & Psychiat. *46:* 748, 1941.
Jessner, L., y Ryan, V. G.: Shock Treatment in Psychiatry. New York, Grune & Stratton, 1941.
Kalinowsky, L. B., y Hoch, P. H.: Shock Treatments and Other Somatic Procedures in Psychiatry. New York, Grune & Stratton, 1946.
Kant, F.: Protracted Shocks Occurring During Insulin Shock Therapy and their Treatment. J. Nerv. & Ment. Dis. *91:* 712, 1940.
Kolb, L., y Vogel, V. H.: The Use of Shock Therapy in 305 Mental Hospitals. Am. J. Psychiat. *99:* 90, 1942.
Lewis, N. D. C.: Indications and Value of Shock Therapy in Mental Disorders. Conn. State Med. Jour. *8:* 218, 1944.
Mayer-Gross, W.: Electric Convulsion Therapy in Patients over 60. J. Ment. Sc. *91:* 101, 1945.
Meduna, L. von., y Friedmann, E.: The Convulsive-Irritative Therapy of the Psychoses. J.A.M.A. *112:* 6, 1939.
Moniz, Egas: Tentatives Operatoires dans le Traitement de Certaines Psychoses. Paris, Masson et Cie, 1936.
Sakel, M.: The Pharmacological Shock Treatment of Schizophrenia. New York, Nervous and Mental Diseases Publishing Co., 1938.
Sargant, W., y Slater, E.: An Introduction to Somatic Methods of Treatment in Psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1944.

CAPÍTULO XXXI

PSICOTERAPIA

Definición. Por psicoterapia se entiende el uso de medidas que se supone actúan sobre la mente del enfermo y, por lo tanto, fomentan su salud mental y ayudan a resolver los problemas particulares que han trastornado su felicidad o su adaptación. Mediante el ejercicio de la influencia interpersonal y otras medidas terapéuticas, el médico tratante busca mejorar las fases de adaptación de la personalidad del enfermo, guiar sus actitudes en una dirección más sana u ofrecer seguridad y apoyo emocional. Las formas más constructivas de psicoterapia tienden a aumentar el poder de adaptación al medio ambiente del enfermo y a hacerle conocerse y comprenderse mejor. El valor de cualquier forma estriba principalmente en la relación personal entre médico y paciente.

Los distintos tipos de psicoterapia caben en dos grupos generales. En uno se encuentran los métodos mediante los cuales el médico trata de ayudar al enfermo a darse cuenta del origen y de la importancia del trastorno de su personalidad, para que él pueda formarse un método de acción más constructivo para el futuro. Los métodos de este grupo se basan en el conocimiento de la causa o causas de la enfermedad y de su mecanismo de acción.

Las técnicas psicoterápicas del segundo grupo proporcionan apoyo solamente, y no están dirigidas específicamente contra la causa del padecimiento del enfermo. Tratan de aliviar los síntomas presentes, de mantener la autoestimación y de proporcionar seguridad y apoyo emocionales. Para cualquiera de ambos tipos de tratamiento es necesario el desarrollo de una relación constructiva entre el médico y el enfermo. Por lo tanto, las cualidades personales del médico y su habilidad para hacer uso de su experiencia y conocimientos son de gran importancia.

TRATAMIENTOS GENETICO-DINAMICOS

Las psicoterapias del primer grupo, genético-dinámico, son: (1) terapéutica psicobiológica, basada en las enseñanzas de la psicobiología de Adolfo Meyer, y en la importancia que él concedió al estudio de la personalidad, y (2) el psicoanálisis o técnica de las asociaciones libres de

Freud. La elección que el médico haga acerca de cuál de estos dos métodos va a usar, dependerá de sus conceptos sobre psicopatología; si él cree que el tratamiento depende de una comprensión de los factores dinámicos totales, pero que ésta sólo es posible con una revisión detallada de la historia personal del enfermo, desde el nacimiento hasta el momento presente, escogerá la técnica psicobiológica. Si, por otro lado, el médico cree que los únicos factores dinámicos importantes son las experiencias de la vida pasada, especialmente las de la primera época de la infancia, que ya han sido olvidadas, escogerá la técnica psicoanalítica de las asociaciones libres.

Terapéutica psicobiológica

El terapeuta que emplea el tratamiento psicobiológico supone que los trastornos del enfermo pueden ser atacados mejor mediante un estudio de la personalidad individual, tal como ha funcionado durante toda la vida y a través de circunstancias variables. Como el psicoanálisis, la psicobiología acepta que las actitudes presentes de la persona y sus formas de reaccionar a las experiencias de la vida, se encuentran determinadas en gran parte por reacciones y actitudes hacia experiencias pasadas. La psicobiología reconoce que las experiencias de la primera fase de la infancia son importantes en la determinación del crecimiento ulterior de la personalidad y, por lo tanto, de los tipos de reacción de la vida adulta. Sin embargo, también cree que los factores dinámicos importantes se encuentran igualmente en las experiencias de muchos otros períodos y fases de la vida. El psicoanálisis, por el contrario, sostiene que las reacciones a las experiencias de las primeras fases de la infancia son prácticamente los únicos factores dinámicos que determinan el desarrollo ulterior de la personalidad y sus trastornos.

Por lo tanto, con el tratamiento psicobiológico, el terapeuta hace primero su estudio completo de la personalidad en busca de factores dinámicos. El estudio psicológico y biológico del individuo, como un organismo viviente, incluirá las quejas del enfermo y sus reacciones ocultas e implícitas de personalidad, con atención especial a su significado simbólico. Los datos obtenidos de estos estudios se interpretarán tanto en sus relaciones mutuas como en sus relaciones con experiencias anteriores. Los hechos de la vida del paciente reconstruyen una historia dinámica de su vida con sus motivaciones, para reproducir tan exactamente como sea posible el origen y el desarrollo de la alteración. Se platicará con el enfermo, no sólo acerca de los problemas y quejas por los que busca ayuda, sino también sobre distintos asuntos y tópicos, algunos evidentemente relacionados con sus alteraciones, mientras que otros pueden no tener ninguna conexión aparente con ellas. Las pláticas versarán tanto sobre las experiencias de la vida de las que el enfermo se da más o menos cuenta, como sobre aquellas que va reconociendo en el curso de la discusión de experiencias y acontecimientos. Habrá muchos puntos sobre los que el enfermo preferirá tender un velo, y experiencias y situaciones que no discutirá porque no recuerda bien. Sin embargo, debe convencerse de que es esencial que esté dispuesto y deseoso para tomar parte activa en el tratamiento. En el estudio de la personalidad se encuentran incluídos pensamientos teñidos emocionalmente, deseos e inclinaciones que pueden ser sólo ligeramente reconocidos y no aceptados por el paciente. Las pláticas tratan de ayudar al enfermo a seguir el origen de sus trastornos en las experiencias pasadas, tanto en las que se encuentran en su memoria como en las que han sido olvidadas. Tal análisis biográfico comprende un estudio de factores somáticos, de tendencias y actividades, y una investigación del desarrollo psicosexual del enfermo. Se hará hincapié en las relaciones humanas en general, incluyendo las dificultades con otros y los triunfos y fracasos sociales. Frecuentemente se encontrará que en la producción de síntomas y reacciones aparentemente no relacionadas, han actuado factores comunes. Deben anotarse las circunstancias concretas en que han aparecido los síntomas y las reacciones.

Se verá que el psiquiatra psicobiólogo trata de investigar todas las situaciones y los factores que han ejercido una influencia importante, tanto en la personalidad pasada como en la presente. Utiliza la técnica que Meyer califica de análisis y síntesis distributivas. Siguiendo este método, analiza el pasado del enfermo para comprender la organización original de la personalidad y su desarrollo. En pocas palabras, un análisis y una investigación distributivas de todos los factores y situaciones que han ayudado a hacer del enfermo la persona que es. El médico investiga los caminos que, gracias a las indicaciones obtenidas en las entrevistas, ha concluído que son importantes; guía la conversación del enfermo hacia campos que arrojarán luz sobre los trastornos del paciente. El médico tratante hace preguntas, no tanto por obtener respuestas, sino para promover el estudio, por el paciente mismo, de sus modos de reaccionar y de su conducta adoptada ante todos los diferentes acontecimientos y experiencias de la vida.

Según progresa la revisión personal detallada, el médico intenta valorar los numerosos factores que han actuado y trata de observarlos en su disposición y en la manera como han contribuído al problema final. Se le pide al enfermo que analice sus experiencias pasadas y que las estudie en relación con los factores que han tomado parte. Sus conclu-

siones son sometidas a una revisión crítica y constituyen el tema de una discusión terapéutica.

Por medio de una revisión sintética y del uso constructivo de los datos obtenidos en el análisis de la biografía de su vida, el enfermo es ayudado a obtener una perspectiva útil de su conducta y de los factores que la han determinado. Se espera que con la aclaración de problemas especiales y la adquisición de una nueva visión y orientación, y con la síntesis de los hechos que pueden contribuir a la seguridad y a la adaptación social del enfermo, pueda haber una cierta reintegración de la personalidad con mejor armonía y equilibrio internos. La psicoterapia psicobiológica supone que el enfermo, habiendo descubierto y analizado los factores que contribuyeron a sus dificultades a través de las discusiones, será capaz de hacer los cambios necesarios para una adaptación mejor. Algunos médicos, aunque se adhieren a los principios del análisis y síntesis distributivas, creen que debería darse más importancia a los procesos inconscientes y, por lo tanto, habría que valerse de la prueba de las asociaciones verbales, de la prueba de Rorschach, de los sueños y hasta de las asociaciones libres de Freud, para obtener material que pueda ser utilizado como tema de discusión.

Ya se ha hecho referencia en el párrafo anterior al uso de las pruebas de asociaciones verbales. Esta es una técnica introducida por Francis Galton, pero desarrollada por Jung, que tiene como propósito el descubrimiento de experiencias y tendencias a las que el enfermo es sensible, y que, por lo tanto, son de interés psicodinámico. Para hacer esta prueba se usa una lista de cien palabras, ideada para tocar todos los problemas emocionales comunes, y se ruega al enfermo que responda a cada palabra con el primer pensamiento que se le ocurra. Las palabras que estimulan algún tema sensible son seguidas por un retardo en la respuesta, o provocan respuestas poco usuales o que en apariencia no vienen al caso. Después que se ha leído la lista, se repiten las 100 palabras, con la instrucción de dar las mismas respuestas que se dieron antes. El no comprender una palabra, o el repetirla antes de dar una respuesta, revela el hecho de que se ha tocado un problema sensible. Los tópicos y las tendencias así reveladas se pueden usar como materia de discusión. Las asociaciones desagradables también pueden usarse como puntos de partida para asociaciones libres psicoanalíticas.

Psicoanálisis

Debe recordarse que el término psicoanálisis se usa en dos sentidos diferentes. Freud usó la palabra originalmente para designar un método

terapéutico particular, pero ahora se emplea también para designar un sistema de psicología teórica basado en la idea de que hay una parte de la mente que no es consciente. Algunos psiquiatras creen que el valor del psicoanálisis como método de investigación del trabajo mental ha sido más grande que su valor como método psicoterápico. Ha aclarado muchos aspectos de la conducta humana que habían escapado a toda interpretación y ha conducido a un conocimiento más profundo de los factores que determinan los caracteres y el desarrollo de la personalidad. La aplicación del conocimiento de la mente obtenido gracias al psicoanálisis ha sido de gran valor terapéutico. Como sistema psicoterapéutico, trata de establecer sus métodos en los principios generales y en el conocimiento de la dinámica de la vida emocional. El psicoanálisis hace posible un estudio de las fuerzas psicológicas profundas y trata de demostrar cómo ciertas situaciones internas persisten y dan lugar a actitudes y mecanismos causales que descansan debajo de la conciencia, pero que determinan todo el curso de la vida. Es una terapéutica de tipo etiológico, de revelación o visión interior, en contraste con la de tipo de sostén, que será descrita posteriormente en este capítulo. Es, al mismo tiempo, tanto un proceso de investigación como un método terapéutico. El psicoanálisis trata de llevar a la conciencia del enfermo las emociones y las motivaciones de las que él no se da cuenta y de extender el control de su conciencia. Naturalmente, esto requiere un conocimiento completo de la estructura de la personalidad del enfermo y de los motivos y experiencias inconscientes que han trastornando su personalidad y alterado su adaptación.

Muchos psicoanalistas creen que el psicoterapeuta analista debe hacerse un análisis personal como preparación básica para hacer tratamientos analíticos. En este análisis, el futuro terapeuta hace un estudio psicológico penetrante de sí mismo. Se espera que con la ayuda de su analista, explore cuidadosamente las porciones inconscientes de su mente, siga el desarrollo de su personalidad hasta las experiencias formativas de su infancia y llegue a un conocimiento más completo y a una apreciación más real de sí mismo. A través de su experiencia analítica, debe reconocer aquellas características de su propia personalidad que pueden interferir con una observación psicológica objetiva, debe sobreponerse a sus dificultades personales y adquirir un mayor grado de control de sí mismo y de independencia psicológica y crítica. Naturalmente, un análisis personal es el único método para familiarizarse uno mismo con la técnica de un analista experimentado.

El psicoanálisis tiene su utilidad más amplia en las psiconeurosis. El éxito más grande en estos trastornos se obtiene en las que Freud designó con el nombre de neurosis de transferencia, en las cuales comprendía la

histeria, los estados de ansiedad y la neurosis obsesiva. Estas neurosis se caracterizan por una mayor potencialidad para la transferencia (relación que será discutida posteriormente) que la que existe en otras neurosis, y por lo tanto son más asequibles al tratamiento. En las psicosis, la utilidad del psicoanálisis está claramente limitada.

Aunque la naturaleza de su neurosis indica si un paciente determinado es un buen candidato para el psicoanálisis, ciertos otros elementos pueden contraindicar cualquier tratamiento de este tipo. A menos que el enfermo desee sinceramente que se le cure de su neurosis y esté dispuesto a emprender el tratamiento seriamente y con resolución, no debe intentarse hacer psicoanálisis. Ya que una persona no puede beneficiarse con tal tratamiento a menos que tenga una capacidad bien desarrollada para la comprensión introspectiva, el análisis de una persona de inteligencia subnormal no puede ser llevado a cabo con éxito. Raramente puede llegarse a mucho con el análisis de personas de más de cuarenta y cinco años de edad, aunque depende más de la plasticidad, receptividad y características propias de la personalidad que de la edad cronológica.

El tratamiento psicoanalítico se basa en la técnica conocida como *asociaciones libres,*[1] y en la reacción emocional del enfermo hacia el terapeuta denominada *transferencia.* Algunos consideran la transferencia como el descubrimiento más importante de Freud para el desarrollo de la terapéutica psicoanalítica. Ciertos principios generales de la técnica analítica serán mencionados, pero no se intentará hacer una descripción detallada del método psicoanalítico o de discutir los problemas que pueden presentarse en el curso de un análisis. El analista debería ser médico y tener una experiencia considerable tanto con enfermos neuróticos como psicóticos. Las entrevistas se tienen durante cinco o seis días de la semana, con una duración de cuarenta y cinco minutos a una hora; generalmente se necesitan de uno a tres años para un análisis. Durante la entrevista, el analista se sienta un poco detrás y a un lado del enfermo, el cual se acuesta en un sofá. El paciente relaja los músculos, y es esencial que su atención no se desvíe por la vista del analista o por estímulos del medio ambiente. Para obtener asociaciones libres, se pide al enfermo que diga todo lo que se le ocurra. Se le advierte que no debe cambiar la sucesión deshilvanada de sus pensamientos, ni excluir o desviar el giro de sus ideas por consideraciones de importancia, lógica o discreción. Según se va reduciendo el control consciente del enfermo sobre sus procesos de pensamiento, el curso de las asociaciones libres y espontáneas se guía más por las ideas reprimidas que por los motivos conscientes. Con este debilitamiento de la capa superior del control consciente, los recuerdos, deseos,

1. Las asociaciones libres, como método psicológico de investigación, no es original de Freud sino de Francis Galton, que lo describió en 1879.

autoacusaciones y otras constelaciones mentales emergen a la conciencia. El material mental consciente puede ser influído y controlado mucho más efectivamente que lo que puede ser el inconsciente. Cuando el material reprimido llega a la conciencia, cae en el dominio de los juicios conscientes ordinarios del enfermo, en el que hay una oportunidad para controlarlo. Cuando el material mental se reprime, las emociones intensas y dolorosas que han estado ligadas a él continúan reteniendo su relación trastornante original. Cuando este material, revelado gracias a los efectos liberadores de las asociaciones libres, se expone a la luz de la conciencia, surge una capacidad constantemente creciente del ego para enfrentarse a las emociones previamente reprimidas. Por lo tanto, se verá que las asociaciones libres, mediante su capacidad para hacer posible la reasimilación de constelaciones mentales reprimidas en la conciencia y para despojarlas de su importancia emocional, ejercen una influencia terapéutica benéfica.

Sin embargo, las asociaciones libres no aseguran un paso sencillo y fácil a la conciencia de todas las emociones y recuerdos reprimidos. Aunque la confianza del enfermo en el analista le ayuda a enfrentarse a las constelaciones emocionales que no pudo tolerar en el pasado, cuando ciertas experiencias reprimidas y olvidadas van a ser puestas dentro de los límites de la observación inmediata, puede presentarse una oposición a su conocimiento completo, una aversión a enfrentarse a las bases inconscientes de su motivación. Esta oposición, conocida técnicamente como *resistencia,* puede manifestarse por silencios repentinos, bloqueos, evasivas, turbación y ansiedad. La importancia, la energía dinámica y la fuerza de los afectos del material reprimido puede estimarse por el grado de resistencia a su salida, por la severidad de la reacción defensiva. El analista obtiene indicaciones de los impulsos inconscientes del enfermo tomando nota de las ocasiones y de los temas que evocan esta resistencia defensiva.

Es esencial que el médico no sugiera ninguna palabra o idea y que sea extraordinariamente reservado y discreto al señalar conexiones o interpretaciones. El propósito del análisis no es de ninguna manera obtener una historia, por más detallada que se quiera, sino hacer que el enfermo descubra, por medio de asociaciones libres, las tendencias, motivos, móviles de acciones y deseos que constituyen las fuerzas dinámicas de su vida. Investigando los motivos profundos de la conducta del enfermo, el analista aprende cómo funciona la personalidad. Gradualmente, y conforme las asociaciones aumentan en número y en riqueza de material inconsciente, lo que al enfermo le ha parecido insignificante y sin sentido empieza a tener importancia. Sin embargo, el analista debe recordar constantemente que las interpretaciones de estos impulsos y deseos sim-

bólicamente desfigurados no deben ser sugeridas y mucho menos forzadas para el enfermo, y debe ser ayudado a descubrir por sí mismo el significado de sus productos de asociación. Esto no quiere decir que no se hagan comentarios o que no se permita una ayuda cuidadosamente restringida en la interpretación de estos productos, sino que las asociaciones deben ser puramente de naturaleza autógena y que el enfermo debe, en lo que sea posible, descubrir su significado por él mismo y darse cuenta de que los síntomas de su psiconeurosis constituyen una expresión substitutiva de motivos instintivos y de otro tipo también inconsciente. Debido al alto grado de autorrevelación que proporcionan, las asociaciones libres son, quizá, el más valioso de todos los métodos para descubrir la psicodinamia.

Lo que quizá es considerado como el concepto más importante en la terapéutica psicoanalítica y uno de los descubrimientos más trascendentes de Freud, es la reacción emocional del enfermo hacia el analista, conocida como *transferencia.* Freud dió el nombre de "transferencia" a esta reacción emocional del enfermo porque vió que representaba una repetición de las mismas emociones y conflictos que el enfermo había tenido previamente en relación con alguna persona, generalmente sus padres, quienes en algún tiempo anterior desempeñaron un papel importante en su vida; él ahora transfiere esta reacción al médico. Los problemas que anteriormente se centraron en sus padres, se unen a su relación personal con el analista, y las emociones que necesita expresar se proyectan hacia el médico. Estrictamente hablando, la transferencia no es solamente una relación emocional existente entre el enfermo y el analista; hay un transporte hacia el psiquiatra de las mismas reacciones que el enfermo tuvo en su infancia hacia alguna persona con autoridad. Por ejemplo, el paciente puede transferir al médico las reacciones emocionales originalmente dirigidas hacia su padre, y el analista, cuando menos por una época, representa la figura del padre. Se transforma en el objeto de los desplazamientos del enfermo; a este revivir del pasado neurótico del enfermo y reavivación de dificultades emocionales tempranas en relación con el médico, Freud dió el nombre de *neurosis de transferencia.* De hecho, se trata de una nueva representación dinámica de su pasado patogenético, de una forma más benigna de su neurosis original. Cuando la transferencia, una forma de repetición o revivir de las emociones, de la relación niño-padres, se caracteriza por una actitud hacia el analista de sumisión, dependencia y afecto, se denomina *transferencia positiva.* Si la actitud es de hostilidad, descontento, resentimiento y crítica, la *transferencia* se llama *negativa.* Es sumamente importante que la transferencia quede completamente disuelta al finalizar el período de análisis.

La transferencia es uno de los medios más importantes para hacer que las tendencias inconscientes del enfermo se hagan conscientes. El analista llama la atención del enfermo sobre los elementos de su conducta que resultan inconsecuentes en su comportamiento actual. El enfermo, entonces, empieza a preguntarse acerca de los orígenes de su conducta, y gradualmente se da cuenta de pensamientos y sentimientos de los que antes había sido total o parcialmente inconsciente. Su cadena de recuerdos empieza a retroceder muy lejos en su vida, quizá hasta su infancia, y descubre el origen de sus tendencias irracionales. Por medio de una serie de descubrimientos de la personalidad, de este tipo, y del reconocimiento del origen de estas tendencias y de lo que estaba tratando de alcanzar a través de ellas, el enfermo, gracias a la visión interior que ha adquirido, se da cuenta cada vez más de las fuentes de su conducta, y su personalidad se modifica favorablemente. Si bien en los adultos se usan las asociaciones libres para revelar mecanismos mentales y aspectos profundos de la vida mental, en los niños estos aspectos y mecanismos se descubren por medio de actividades tales como juegos libres, en los que actúa la fantasía. Por medio de la fantasía, el niño revela sus experiencias importantes y su actitud hacia el medio ambiente. Las técnicas verbales son reemplazadas por el recreo con juguetes, modelado en plastilina u otros objetos, sobre los que proyecta fácilmente sus tendencias emocionales y mecanismos profundos. El juego sirve como vehículo para la relación entre el niño enfermo y el médico. El juego no dirigido del niño, con su génesis psicológica y su importancia, está lleno de significado en términos de simbolismo; es comparable al sueño del adulto.

Otro método importante empleado en psicoanálisis para obtener contenidos del inconsciente disponibles para análisis consciente es el examen de los *sueños.* Como los sueños representan un producto del pensamiento del enfermo que no está dirigido o inhibido por la conciencia, el material que presentan para examen descubre más claramente las tendencias ocultas de la personalidad. Los impulsos que no se expresarían en presencia de una conciencia clara, actúan libremente en los sueños. Sirven como un disfraz conveniente para las emociones reprimidas e inaceptables del enfermo. En ellos, el psiquiatra halla indicaciones de los pensamientos, sentimientos, recuerdos y experiencias infantiles del paciente. Freud dividió el contenido de pensamiento de los sueños en dos clases. El contenido tal como se presenta y es recordado por el sujeto, se llama *contenido manifiesto.* Este no es, sin embargo, el elemento importante, el cual se encuentra en lo que se conoce como *contenido latente.* Si el contenido latente apareciera tal como es, sería demasiado trastornante y doloroso y, por lo tanto, es desfigurado y disfrazado para que su recuerdo no trastorne al sujeto. El enmascaramiento del material

mental, cuya represión sufre una relajación nocturna, tiene lugar mediante los mecanismos de desplazamiento, condensación, simbolización, dramatización y elaboración. La actividad conjunta de estos mecanismos se conoce como *elaboración del sueño,* un proceso por medio del cual los pensamientos latentes son transformados en el contenido manifiesto del sueño. Gracias a la condensación, dos o más ideas, deseos o personas se funden en una, la significación del material mental importante se desplaza y el contenido es dramatizado y completado con una elaboración secundaria engañosa. Como resultado de la elaboración del sueño, el contenido manifiesto puede aparecer como un producto simplemente extraño y confuso, pero en realidad representa la expresión disfrazada de material psíquico importante cuyo significado oculto debe ser interpretado en términos de la situación total de la vida del individuo. Se observará que los mecanismos que en la elaboración del sueño hacen que el contenido latente adopte la forma presentada en el contenido manifiesto, son los mismos que actúan en la producción de síntomas en los trastornos mentales.

En el psicoanálisis, el sujeto es invitado a que exponga al médico cualquier sueño reciente o que se repite. Empezando con el contenido manifiesto del sueño, se emplean las asociaciones libres. Naturalmente, aquí se presenta también el mismo problema de simbolización e interpretación que aparece en las asociaciones libres, y el analista debe de la misma manera alentar al paciente a descubrir el significado oculto en el contenido manifiesto del sueño, en lugar de imponer la aceptación arbitraria de símbolos fijos. Sin embargo, debe recordarse que el objeto de la interpretación de los sueños no es tanto la traducción de ciertos símbolos, como el descubrimiento de las ideas y motivos que son dinámicos en la determinación de las reacciones del enfermo en su vida consciente. Jung considera los sueños como una exposición lógica y racional, que aparece ilógica sólo porque está escrita en un lenguaje que no puede ser comprendido sino con un estudio especial.

Los proponentes del psicoanálisis creen que cuando éste tiene éxito, debe revelar tan completamente al enfermo sus impulsos y problemas ocultos que, con la ayuda del médico, se puede lograr reintegrar los elementos de su personalidad, redirigir la energía afectiva hacia caminos constructivos y evitar su disipación ulterior en la disociación, substitución y otros mecanismos neuróticos evasivos. Trata de liberar al enfermo de miedos incapacitantes, tensiones e inhibiciones y de proporcionarle un conocimiento interior suficiente que le permita resolver conflictos ordinarios y tensiones razonables de la realidad. En los enfermos psicóticos es imposible vencer la resistencia o establecer transferencia en un grado que permita el éxito del tratamiento.

Técnicas psicoterápicas abreviadas. En los últimos años se han hecho esfuerzos para desarrollar una forma de psicoterapia que consuma menos tiempo que el psicoanálisis y que, sin embargo, revele las fuentes básicas del conflicto y exponga los mecanismos y procesos por medio de los cuales el enfermo intenta afrontarlo sin éxito. Uno de estos métodos terapéuticos, al que se ha dado el nombre de *hipnoanálisis,* trata de utilizar principios tanto de la hipnosis como del psicoanálisis. Algunos aspectos de estos dos métodos pueden combinarse de varias maneras. En uno de los métodos de hipnoanálisis lo primero que se enseña al enfermo es a hipnotizarse rápidamente por sugestión del médico, a llevar a cabo prontamente sugestiones posthipnóticas y a revivir recuerdos "olvidados" sin dificultad. Después de este entrenamiento preparatorio, se emplea el método de las asociaciones libres del psicoanálisis; el enfermo asocia de este modo hasta que se encuentran resistencias. Entonces no se intenta resolver la resistencia por análisis, sino que se hipnotiza al enfermo y se le pide que revele el obstáculo que dió lugar a la resistencia en la asociación libre. Los hechos dramáticos que han sido patogénicos en la historia previa del paciente son descubiertos. La *abreacción,* o sea la descarga de emociones terapéuticamente benéfica, asociada al recuerdo de una experiencia reprimida, es esencial, y es necesario que tenga lugar en estado consciente para asegurar la participación de toda la personalidad en el proceso terapéutico. Cuando todos los factores que han producido la reacción neurótica han sido expuestos y se ha reaccionado a ellos, el médico trata de reeducar al enfermo en relación con sus ideas morbosas, actitudes y mecanismos de defensa. Esto se hace con las técnicas psicoanalíticas usuales reforzadas con la sugestión posthipnótica. Hay que procurar que la sugestión, con sus beneficios terapéuticos meramente temporales, no sea usada como tratamiento sintomático; lo mismo que en la técnica psicoanalítica corriente la relación de transferencia, siendo un agente terapéutico importante, debe deshacerse cerca del final del tratamiento.

La utilización de un estado seminarcótico producido por la inyección intravenosa de barbitúricos con propósitos diagnósticos y terapéuticos se conoce como *narcoanálisis.* En la vida civil ordinaria se usa con mayor frecuencia con fines diagnósticos o de investigación. Bajo la influencia de la droga, el enfermo se encuentra en un estado de relajación, sus resistencias están disminuídas y las tendencias que han permanecido reprimidas en la vida cotidiana son reveladas, y aparecen las preocupaciones y los conflictos. Tiene valor diagnóstico en estados tanto psicóticos como neuróticos. Cuando el narcoanálisis se usa con propósitos terapéuticos, ayuda a reducir la ansiedad. Rompe las inhibiciones y favorece el establecimiento de la transferencia, coloca al enfermo en un estado mental

sugestionable y le dispone mejor porque usa medios físicos de acercamiento que el enfermo generalmente acepta con mayor facilidad. Su más grande utilidad está en estados agudos de ansiedad, histerias de conversión y alteraciones psicosomáticas; no es satisfactorio en estados obsesivo-compulsivos o neurosis crónicas. Este método terapéutico fué empleado por Grinker en el tratamiento de las neurosis agudas de guerra, y lo denominó *narcosíntesis* porque ayudaba al enfermo a sintetizar la experiencia traumática y las emociones asociadas.

En una forma modificada de narcoanálisis, que se usa algunas veces, se produce la narcosis con la administración lenta de un barbitúrico de acción rápida, y durante una ligera narcosis se produce un estado hipnótico por medio de la sugestión; logrado esto, se aprovecha todo el tiempo que el enfermo se encuentra hipnotizado para efectuar una exploración psicológica.

PSICOTERAPIA DE SOSTEN

Como ya se mencionó antes, tanto la psicoterapia psicobiológica como el psicoanálisis establecen que el médico tratará de descubrir las causas de la enfermedad mental del paciente y su modo de acción. El psiquiatra guiará al enfermo en el análisis de sus reacciones a experiencias de toda su vida, haciéndole comprender y sentir su importancia para la alteración presente. Hay otro tipo de psicoterapia que no intenta reorganizar la personalidad o atacar específicamente las causas de la alteración mental, sino que trata de aliviar las molestias del enfermo. Su meta es el alivio de los síntomas y por lo tanto es una terapéutica comparable al tratamiento sintomático de la medicina general. Esta terapéutica, quizá mejor descrita con el nombre de psicoterapia de sostén, es frecuentemente efectiva para aliviar los síntomas molestos. Desgraciadamente las desadaptaciones básicas del enfermo no son cambiadas. En cualquier forma de psicoterapia la actitud del médico debe ser de amistad auténtica, de interés por el enfermo y sus problemas, tolerancia para sus opiniones y sentimientos y sensibilidad para sus necesidades y deseos.

En su forma más simple la psicoterapia de sostén consiste meramente en escuchar con simpatía y sin crítica. El hecho de que el enfermo pueda hablar libremente con alguien y pueda descargarse a sí mismo de sus dificultades, puede proporcionar una liberación y una ayuda emocional, puede impartir seguridad y hacer posible una adaptación mejor a la situación real de su vida. Sin embargo, hay tipos más claramente formulados de psicoterapia de los cuales la persuasión, la sugestión, la hipnosis y la catarsis mental son los más importantes.

Persuasión. La persuasión, como forma de psicoterapia, está particularmente asociada al nombre de Paul Dubois, de Berna. Esta terapéutica se basa en el principio de las explicaciones intelectuales y de las discusiones moralizadoras. Se explica al enfermo cómo ciertas actitudes intelectuales y emocionales equivocadas por su parte representan reacciones a ciertas dificultades, y cómo tales tendencias conducen a hábitos indeseables y a situaciones emocionales y mentales insanas. De acuerdo con Dubois, un método importante de acercamiento terapéutico es la autocrítica y el razonamiento de la naturaleza de los síntomas, y de las ideas falsas y de los malos hábitos mentales que condujeron a los síntomas. En la persuasión se hace hincapié en el racionalismo y la influencia moral, apelando a la "razón" y a la voluntad más que a la comprensión de la personalidad y de los factores dinámicos de su formación. Por medio de la persuasión el médico trata de crear, convertir o reforzar ciertos impulsos y extirpar o disminuir otros, formar o fomentar algunas inhibiciones y liberar al enfermo de otras que lo esclavizan. Por medio de argumentos razonados el médico trata de implantar en la mente del enfermo la convicción de que sus síntomas van a desaparecer. Probablemente la persuasión sobreestima la potencia de los procesos racionales que tratan de dominar los productos de factores emocionales.

Sugestión. En la sugestión el médico trata de ayudar al enfermo inculcando o induciendo de un modo sutil, y a menudo indirecto, la idea o creencia de que los síntomas desagradables o incapacitantes están desapareciendo. El uso efectivo de la sugestión requiere que el médico tenga una actitud de firmeza, autoridad profesional y simpatía. Debido a su respeto y confianza en el médico, el enfermo tiende a aceptar la idea presentada. Su capacidad crítica disminuye y su humor es influído, su atención se estrecha, y en su estado de expectación llega a creer que los resultados pronosticados se realizarán. Los mejores resultados con la sugestión se obtienen cuando no hay un trastorno profundamente arraigado en la personalidad, como en los síntomas de conversión histérica de origen reciente y superficial, o en los estados de ansiedad después de accidentes. El empleo de electricidad, masaje o manipulación, junto con la sugestión, no es aconsejable, ya que el enfermo puede atribuir su curación a agentes externos. En tales casos la curación no es permanente con frecuencia, y todo lo más llega a la desaparición de un síntoma y no a una curación verdadera. En el caso probable de una repetición, los mismos agentes deben ser empleados, exactamente de la misma manera y frecuentemente por la misma persona.

Naturalmente la sugestión no da al enfermo ninguna comprensión de la causa o mecanismo de su trastorno, y en la histeria tiende a fijar aún más firmemente la propensión a la sensibilidad tan característica de esta

enfermedad. Tiende a restringir, más que a aumentar, la visión interior. Aun cuando un síntoma desaparezca por medio de la sugestión, los problemas y necesidades psicológicas que lo produjeron permanecen inalterados y pueden buscar evasión en otros síntomas. Por esta razón, el uso de la sugestión debe siempre ir acompañada de alguna forma de reeducación.

A pesar de las limitaciones de la sugestión, su uso puede permitirse en niños, en personas de inteligencia limitada, y en personalidades histéricas e inmaduras. Suponiendo, por ejemplo, que el síntoma que hay que tratar es un síntoma de conversión histérica, como una parálisis reciente, el médico se enfrenta a él por medio de la sugestión directa acompañada de algunas explicaciones acerca de la naturaleza de la parálisis. Su actitud debe ser de convicción y certidumbre, y el enfermo debe tener confianza en él. El médico demuestra que todavía existe capacidad para movimientos pasivos; informa al enfermo que no hay trastornos orgánicos que serían un obstáculo para la función. Al referirse a la incapacidad del enfermo, el médico comenta lo molesto que debe ser tener tal incapacidad para él. Al mismo tiempo instruye al enfermo para que mueva la extremidad con naturalidad y sin esfuerzos. El paciente puede cometer el error de intentar el movimiento con un gran esfuerzo, lo que conduce a una inervación del grupo antagonista de músculos y da lugar a una rígida inmovilidad. La entrevista, con su atmósfera de convicción, debe continuar hasta que se restablezca el ejercicio voluntario de la función, aunque se requieran una o dos horas. A través de la historia completa de la vida del enfermo que el médico ha hecho, y gracias al conocimiento de las circunstancias en las que se presentó la alteración, debe ser capaz de convencer al enfermo no sólo del significado y propósito del síntoma, sino también de que la pérdida de la función ha persistido porque él creía que era una pérdida real. La restauración de la función no es asunto de intentar ejercitarla por parte del enfermo, ni cuestión de "voluntad", sino un problema de creer que es posible. El médico debe tener cuidado en no crear, ni con la palabra ni con la acción, la impresión de que él considera que el enfermo está fingiendo o exagerando su incapacidad. Cualquier cosa que pueda ofender el respeto a sí mismo del enfermo debe ser evitada. Ross insiste en que la atmósfera de la entrevista durante la que el médico trata de hacer desaparecer el síntoma debe ser de lógica razonada y de cuidado escrupuloso para evitar demostraciones dramáticas o engaños artificiosos. El enfermo preferiría creer que alguna manipulación o agente externo hizo desaparecer su molestia, pero debe hacérsele ver que no ha habido ninguna influencia externa de carácter instrumental. El enfermo debe quedar convencido de que el trastorno desapareció merced a que reconoció su propósito y su irrealidad.

La desaparición del síntoma se acompaña al principio de una sensación de alivio y placer, pero a menos que reconozca plenamente el encadenamiento y la relación de los hechos y sentimientos, el enfermo puede sufrir una recaída cuando se enfrente otra vez con el mismo problema o situación desagradable de la que el síntoma representaba inconscientemente un escape. En tal caso la sensación de alivio es seguida por ansiedad, insomnio, ligera depresión, malestar físico o quizá incapacidad funcional. Una discusión franca de la situación con el enfermo puede permitirle una adaptación emocional a ella; además, si el problema se deriva del medio ambiente, la desaparición de la fuente de la dificultad puede ser útil. Desgraciadamente, el síntoma no es con frecuencia un hecho aislado, sino la expresión de tendencias caracterológicas que pueden llevar a dificultades de adaptación, a menos que se haga una reconstrucción completa de la personalidad. La sugestión directa generalmente no tiene efectos de tanto alcance como la sugestión hipnótica que, por lo tanto, es preferible muchas veces.

Hipnosis. El elemento dinámico de la hipnosis es también la sugestión. Aunque todavía hay muchos prejuicios en contra de su uso, tiene un lugar como método terapéutico. Su valor más alto se alcanza en la histeria. También sirve como medio para investigar la conducta, y la observación de personas hipnotizadas ha contribuído mucho a las teorías dinámicas sobre la actividad mental. La teoría y la práctica psicoanalítica de Freud tuvo sus principios en el hipnotismo. Se usan sugestiones verbales para producir el estado hipnótico, que consiste en una imitación del sueño. Gracias a la sugestión, la atención del enfermo se retira de todos los demás estímulos y se dirige al procedimiento del médico; la conciencia va estrechándose progresivamente, se hace somnolienta, y pasa al sueño hipnótico.

Una de las características más importantes de la hipnosis es la sugestión posthipnótica. Las sugestiones dadas durante la hipnosis pueden llevarse a cabo al terminar el estado hipnótico, o aun en un período sugerido después de su terminación. Este fenómeno puede permitir al médico influir favorablemente sobre los síntomas. La hipnosis puede usarse como medio para ordenar la desaparición de síntomas, especialmente aquellos producidos por el empleo de la represión como mecanismo de defensa. Aunque frecuentemente puede hacerse desaparecer un síntoma de manera dramática con el hipnotismo, los factores que lo produjeron están solamente reprimidos, y la alteración fundamental de la personalidad no se modifica. Otra razón por la que la hipnosis no es una medida que logre éxitos permanentes, es que las sugestiones pierden su efecto después de un tiempo. También tiene la desventaja de que cuando se sugiere que desaparezcan los síntomas del enfermo, éste puede

hacerse dependiente del hipnotizador en lugar de desarrollar la capacidad para resolver sus problemas independientemente. Por estas razones, la hipnosis debe ser complementada por una forma de psicoterapia contructiva y creadora de visión interior. Cualquier cura real requiere un conocimiento de los factores ocultos que produjeron los síntomas.

El hipnotismo puede ser de valor cuando se han reprimido experiencias dolorosas y han dado lugar a síntomas. El recuerdo de una experiencia dramática puede ser revivido por la hipnosis y hacer que el síntoma desaparezca con una descarga concomitante, en la que el enfermo repasa una y otra vez la situación traumática con llanto y sollozos u otras expresiones de afecto infantil.

Ya se ha mencionado el hecho de que la hipnosis puede ser usada como medio para investigar los aspectos de la vida mental del enfermo que no son completamente conscientes. Bajo la hipnosis pueden revivirse experiencias olvidadas, y el enfermo puede discutir hechos acerca de los que no puede o no quiere hablar durante la vigilia. El uso de los barbitúricos intravenosos como medio de descubrir recuerdos reprimidos es más seguro y requiere menos tiempo que la hipnosis. Tampoco necesita de la dependencia emocional que frecuentemente es un requisito para el éxito de la hipnosis.

Catarsis mental. Debe mencionarse brevemente la catarsis mental como una forma de psicoterapia. En la aplicación de este tratamiento, el médico escucha, sin criticar, mientras el enfermo relata el contenido mental emocionalmente molesto, recuerda acontecimientos traumáticos que le fueron dolorosos, o quizá descubre sentimientos y motivos socialmente condenables que ha tenido. Esta confesión, quizá de vileza y maldad, hecha al médico que mantiene una actitud de respeto y comprensión, recordando la frase del poeta de que "errar es humano", se acompaña de una descarga emocional y crea una situación interpersonal que puede producir gran alivio de los síntomas. La descarga puede ser espontánea, sugerida bajo la hipnosis, o inducida con drogas. Sin embargo, la catarsis mental tiene claras limitaciones. Los trastornos o confesiones de culpa expresados por el enfermo existen en su nivel consciente, mientras que los síntomas neuróticos tienen su origen en capas más profundas de la mente. Por lo tanto, la catarsis es apenas una etapa en el tratamiento cuya meta es la reintegración de la personalidad total del enfermo.

REFERENCIAS

Ackerman, N. W.: Some General Principles in the Use of Group Psychotherapy. From Glueck, Bernard: Current Therapies of Personality Disorders, p. 275. New York, Grune & Stratton, 1946.

Alexander, Franz: Individual Psychoterapy. Psychosom. Med., *8:* 110-115, 1946.

———, y French, Thos. M.: Psychoanalytic Therapy. New York, The Ronald Press. Co., 1946.

Allen, Frederick H.: Psychotherapy with Children. New York, W. W. Norton & Co., 1942.

Brennan, Margaret, y Gill, M. M.: Hypnotherapy. New York, Josiah Macy, Jr. Foundation, 1944.

Diethelm, Oskar: Treatment in Psychiatry. New York, The Macmillan Company, 1936.

Dubois, P.: The Psychic Treatment of Mental Disorders. 6ª ed. New York, Funk and Wagnalls, 1909.

Freud, S.: Collected Papers (4 vols.). London, Hogarth Press, 1924-1925.

Janet, Pierre: Psychological Healing. New York, The Macmillan Co., 1925.

Kant, Otto: Choice of Method in Psychotherapy. Dis. Nerv. System. *5:* 325-329, 1944.

Katzenelbogen, S.: Psychotherapy. Ann. Int. Med., *21:* 412-420, 1944.

——— :Psychobiological Therapy. Quart. Rev. of Psychiat. and Neurol. *1:* 432, 1946.

Kennedy, Alexander: Recent Hysterical States and Their Treatment. J. Ment. Sc., *86:* 988-1019, 1940.

Knight, R. P.: The Place of Psychoanalytic Therapy in the Mental Hospital. From Glueck, Bernard: Current Therapies of Personality Disorders, p. 59. New York, Grune & Stratton, 1946.

Kraines, S. H.: The Therapy of the Neuroses and Psychoses. Philadelphia, Lea & Febiger 1941.

Lindner, R. M.: An Evaluation of Hypoanalysis. From. Glueck, Bernard: Current Therapies of Personality Disorders, p. 206. New York, Grune & Stratton, 1946.

Rennie, T. A. C.: Psychobiological Therapy. Am. J. Psychiat., *97:* 611-622, 1940.

———: Psychotherapy for the General Practitioner. Am. J. Psychiat., *103:* 653, 1947.

Thompson, Clara: Transference as a Therapeutic Instrument. From Glueck, Bernard. Current Therapies of Personality Disorders, p. 194. New York, Grune & Stratton, 1946.

Whitehorn, J. C.: Psychotherapy: From Modern Medical Therapy in General Practice Baltimore, Williams & Wilkins Co., 1940.

Wolberg, L. R.: Hypnoanalysis. New York, Grune & Stratton, 1945.

Capítulo XXXII

PSIQUIATRIA INFANTIL

Aunque los niños pueden sufrir psicosis tales como esquizofrenia (Esquizofrenia en la Infancia, Capítulo XXV), y en la primera fase de la adolescencia, psicosis maníacodepresiva, así como delirium, epilepsia, parálisis juvenil y otros trastornos mentales secundarios a enfermedades orgánicas, el término psiquiatría infantil ha sido limitado, por el uso, principalmente a la consideración psiquiátrica de los trastornos neuróticos y emocionalmente determinados de la infancia. Estas alteraciones pueden manifestarse en anomalías de la conducta, trastornos en la adaptación social, rasgos de carácter poco satisfactorios, alteraciones psicógenas de funciones fisiológicas, y bajo las formas más tradicionales de reacciones psiconeuróticas observadas en adultos. Cualquiera que sea su forma, debe reconocerse que las tendencias anormales del niño, que dificultan sus relaciones con otras personas y que hacen incómodas las relaciones de otras gentes con él, son problemas de salud mental y no deben ser considerados solamente desde el único punto de vista de la desaprobación moralista.

No fué sino hasta que se reconoció la importancia de los factores psicógenos y sociales en los trastornos psiquiátricos, que la psiquiatría infantil recibió atención especializada. El primer estudio psiquiátrico organizado de las desadaptaciones infantiles fué llevado a cabo en Chicago, en 1909, por Healy. El interés por este tema aumentó lentamente al principio, pero recibió un gran impulso en 1919, cuando el Comité Nacional para la Higiene Mental, apoyado por el Fondo del Bienestar Público, empezó a patrocinar clínicas de orientación infantil y a dar becas para el estudio de la psiquiatría infantil. Los psiquiatras cuya experiencia abarca el servicio activo en la segunda guerra mundial, se impresionaron grandemente con la influencia que tenían las experiencias de épocas tempranas de la vida, en la moral y en la conducta de soldados y marineros.

Causas de problemas psiquiátricos. El niño es una personalidad cambiante que necesita, para que su desarrollo emocional se desenvuelva de un modo natural y espontáneo, recibir afecto, seguridad y disciplina, y ser estimulado por medio del éxito y la aceptación social. También es necesario que sienta satisfacción en sus relaciones con los padres, que desarrolle el sentimiento de que él mismo es querido, que su individualidad sea respetada por sus padres y demás personas inmediatas de su ambiente, y que tenga confianza en su propia fuerza y capacidad como persona con propios derechos.

Sus desadaptaciones pueden tener origen en una sola causa o, más frecuentemente, en la acción combinada de varios tipos de factores, especialmente emocionales y situacionales, y, en algunos casos, también intelectuales y quizá hasta constitucionales. Si bien hay que tener cuidado de no simplificar demasiado el problema y explicarlo con una sola fórmula, quizá sea razonable pensar que en muchos trastornos de la infancia se descubrirá que las relaciones humanas han actuado, a través de su influencia sobre la personalidad en desarrollo, como un factor etiológico importante. De todas estas relaciones, la que se refiere a los padres con el niño es la que se encuentra más frecuentemente unida al problema. Hay muchas fases de la relación padres-hijo que pueden ser patogenéticas, y hay muchas formas de trastornos de la personalidad que pueden resultar de ellas, y que serán discutidas posteriormente en este capítulo.

Algunos psiquiatras seleccionan ciertos factores que ellos consideran como dinámicos en la producción de los trastornos de la conducta y de las tendencias neuróticas en los niños. Por ejemplo, un grupo atribuye estas alteraciones a un intento de ajuste de dos fuerzas opuestas de la personalidad: los deseos del ello y las prohibiciones del superego. Estos psiquiatras atribuyen los síntomas neuróticos del niño, el aumento en la ansiedad y otros signos clínicos que indican un conflicto, al hecho de que el niño no abandonó su deseos instintivos infantiles durante el proceso del crecimiento. No pudo canalizarlos adecuadamente como funciones agradables del ego en armonía con la realidad, o ajustarlos a las exigencias de la vida y de la sociedad mediante la represión y las formaciones reactivas, aislamiento, compensación, transformación u otros mecanismos mentales.

Otros psiquiatras atribuyen estas manifestaciones a trastornos y perversiones del proceso normal del crecimiento psicológico. Como resultado hay una fase no desarrollada en algún aspecto de la personalidad del niño. Estos psiquiatras señalan que estas fases no desarrolladas pueden tener su origen en factores tales como el esfuerzo de la madre para mantener a su hijo como una parte no diferenciada de sí misma, no brindándole el cariño natural, la guía y la dirección necesarias para que se desarrolle como una personalidad independiente, desplegando sus responsabilidades y potencialidades individuales. Además, señalan que la falta de desarrollo de la personalidad, que determina la incapacidad del niño para enfrentarse adecuadamente a las contingencias de la vida, puede ser debida al hecho de que él pugna por conservar su estado de dependencia frente a las exigencias del crecimiento, no se resigna a

perder su relación infantil con la madre y se opone a la organización independiente de sus propios poderes y capacidades. Según este punto de vista, el niño queda detenido en algún aspecto del desarrollo que conduce a un funcionamiento normal, y no puede controlar sus sentimientos de modo que le permitan desenvolver las relaciones con otros, que son tan esenciales para su desarrollo.

Todavía otros psiquiatras de niños, suponiendo que las experiencias sufridas en cualquier fase de la vida del individuo pueden representar importantes factores dinámicos de los problemas personales, hacen un estudio comprensivo de la personalidad. Aunque este grupo, representado por los psicobiólogos, hace un estudio particular de las actitudes y modos de reaccionar del niño a las experiencias de la primera infancia, reconoce que los trastornos de la conducta pueden tener su origen en un solo factor o en factores tan diversos como los de tipo orgánico, constitucional, intelectual y situacional. Una investigación completa de un problema emocional o de un trastorno de la conducta abarcaría, por lo tanto, un examen social, físico, psicométrico y psiquiátrico, en busca de los factores dinámicos de todas y cada una de las fases de la vida. Naturalmente, la terapéutica que el psiquiatra aplicará a la alteración del niño estará determinada por su concepto teórico acerca de su etiología y mecanismo. La discusión de las técnicas terapéuticas se hará en el párrafo denominado Medidas Terapéuticas.

Ahora vamos a analizar los factores y acontecimientos que en especial el psicobiólogo puede considerar como de importancia variable en la producción de los trastornos de la conducta —neurótica, inclusive— de la infancia.

Edad. Las observaciones de Margaret Ribble parecen demostrar que la necesidad de cariño maternal, de estímulos sensitivos en la superficie de la piel y de las mucosas y de satisfacciones emocionales de tipo instintivo, existe ya desde el nacimiento, y que su falta puede ocasionar una inhibición evidente del desarrollo de la personalidad. Quizá el destete súbito o los intentos de establecer hábitos de limpieza en una fase demasiado precoz del desarrollo del niño, puedan facilitar la aparición posterior de trastornos emocionales y de la conducta. La necesidad de aumentar las relaciones con otras gentes y de aceptar sus valores, se hace claramente mayor aproximadamente al principio del tercer año. La confrontación de este problema puede estimular inseguridad y ansiedad, que a veces originan reacciones de defensa en forma de problemas de alimentación, destructividad o accesos de mal carácter. La pubertad, con sus problemas sexuales y sociales, y su urgencia por la emancipación del hogar, ofrece muchas posibilidades de fricción y conflictos internos, con sus consiguientes trastornos emocionales y de conducta.

Factores ambientales. Generalmente se acepta que la influencia del medio ambiente del niño es el factor más importante en el desarrollo de síntomas neuróticos o problemas de conducta. Los factores ambientales que ejercen la mayor influencia en la configuración de la personalidad del niño son principalmente los interpersonales, especialmente los de la familia. Aquí encontramos una gran variedad de influencias derivadas de otras personas que pueden crear trastornos de la personalidad. Entre ellas se encuentran las querellas paternales, el alcoholismo de los padres, hostilidad, crueldad, descuido, sobreprotección y ambición paternal excesiva para el niño. Otros factores que pueden alterar las relaciones de los padres con el hijo y trastornar el desarrollo de la personalidad son las neurosis, psicosis o tendencias psicopáticas, antisociales o agresivas por parte de los padres. El cuidado institucional precoz u otras interrupciones de la relación de los padres con el hijo son dañinas. Las relaciones con los hermanos pueden ser fuente de problemas de personalidad; entre éstos están la rivalidad entre hermanos, los celos, el favoritismo por parte de los padres y el sentimiento de haber sido postergado por el nacimiento de otro hermano. La desmembración del hogar es una fuente común de disturbios de la personalidad. La muerte de uno de los padres, o, más frecuentemente, el abandono o el divorcio, precedidos por un largo período de infelicidad doméstica, pueden ser importantes en la producción de alteraciones de la personalidad. Las actitudes tomadas en relación con un hijastro o un hijo adoptivo pueden acarrear desadaptaciones. Muchas experiencias escolares pueden ser de importancia en la aparición de problemas de personalidad. El fracaso en la escuela y los factores que lo determinaron, tales como el retraso mental, el mal ambiente familiar, el trato defectuoso de profesores, o las dificultades en las relaciones con los compañeros de escuela, pueden ser fuentes de modificaciones en la personalidad. Algunas veces la pobreza y las privaciones pueden obrar para producir tendencias neuróticas o trastornos del comportamiento; en tales casos, la privación tiene un significado especial para el niño.

Hay muchas situaciones y aspectos en el medio ambiente del niño que pueden tener una gran influencia sobre las características de su personalidad que se encuentra en desarrollo. Los principales factores, derivados de relaciones defectuosas y de condiciones ambientales desfavorables, son la ansiedad, la frustración, la privación de amor, la sobreprotección, la carga impuesta por una rutina diaria estricta, y la falta de consideración del factor individual y de las necesidades de la personalidad. La actitud emocional del ambiente, por ejemplo, puede conferir seguridad o crear ansiedad que, a su vez, puede crear reacciones defensivas diversas. El miedo, el odio, la preocupación, el desprecio, la crí-

tica, el castigo y otras actitudes ambientales pueden ejercer efectos nocivos e impedir el desarrollo de una personalidad acabada y de buen funcionamiento. Un ambiente que ofrece frustraciones o privaciones constantes puede estimular un resentimiento que más tarde toma la forma de agresividad y hostilidad persistentes. El hecho de pertenecer a un grupo social considerado como inferior o ajeno al más importante del medio ambiente, con los conflictos resultantes de la identificación con las ideologías del grupo de su propia familia y con la cultura aceptada, puede crear muchos problemas emocionales. Las dificultades en el lenguaje y la falta de experiencias y privilegios sociales y educacionales también pueden contribuir a estos problemas.

El niño que se siente rechazado puede desarrollar ansiedad, resistencia a la disciplina, reacciones agresivas y otras formas neuróticas de conducta que expresan su hostilidad y su desviado anhelo de cariño. Puede disfrazar su necesidad de afecto con un aire de bravuconería y ataque. Los que estudian la delincuencia infantil consignan que generalmente el delincuente ha tenido una niñez infeliz, caracterizada por sentimientos de desprecio, incapacidad y culpa y por falta de afecto. El ambiente favorable para un desarrollo completo de la personalidad es aquél en el que se encuentran relaciones humanas afectuosas de matrimonio, de padres y de familia. El niño debería tener la sensación de que es deseado y querido, de pertenecer a alguien que lo cuida y de que es guiado con interés y confianza benevolentes.

Relación paterno-filial. Ya se ha señalado el hecho de que las relaciones paterno-filiales son, entre las de tipo interpersonal, las más importantes con respecto a la salud mental del niño. A partir de esta relación, se presentan muchas de las dificultades infantiles. La actitud de los padres hacia el hijo, su modo de manejarlo, cuidarlo y educarlo, su actitud general frente a la vida y la gente y el modo bajo el cual el medio ambiente del niño responde a sus necesidades instintivas de desarrollo, son las numerosas fuentes de su experiencia emocional. La seguridad emocional precoz es altamente esencial para el desarrollo de la personalidad del niño; esta seguridad es suministrada principalmente por la madre, cuyas caricias y arrullos proporcionan al niño sus primeros sentimientos de sostén y seguridad. La actitud de los padres es influída grandemente por el grado de satisfacción y felicidad que han sido capaces de alcanzar en sus propias vidas. La solicitud exagerada por parte de los padres es mucho más frecuente que el desprecio, y es igualmente perniciosa en sus resultados. Esta solicitud exagerada en cada fase de la vida del niño, incluyendo ropa, salud, alimentos, juegos y asociación con otros niños, impide el desarrollo de la independencia, responsabilidad y madurez de la personalidad, esenciales para una buena adaptación. Tales

niños, protegidos en todas las dificultades ordinarias de la vida, se vuelven dependientes e infantiles; no tienen las satisfacciones de la infancia y generalmente son mentirosos y falsos. Los padres demasiado solícitos, en su ansiedad de proteger al niño de daños imaginarios, generalmente le amonestan, castigan y asustan constantemente. A medida que el niño se va haciendo mayor, continúan, desgraciadamente, tratándole más como a un niño que como a una persona responsable o parcialmente responsable.

La protección materna exagerada es más frecuente que la solicitud exagerada del padre. Puede manifestarse tanto en el caso del niño deseado como en el caso del niño no deseado; y por varias razones. En el caso del hijo no deseado, el hecho de que la llegada del niño no fué bien recibida puede hacer que la madre se sienta culpable por haber tenido tal pensamiento; la reacción compensadora de su hostilidad inconsciente hacia el niño la lleva a ejercer medidas extravagantes de protección, que semejan una neurosis obsesiva. Además, puede ocurrir que la madre no haya tenido amor maternal durante su infancia; quizá su matrimonio fué un fracaso, y ella encuentra en su hijo una solución de sus propias necesidades emocionales. Algunas veces, también, la sobreprotección exagerada, de naturaleza neurótica, puede estar basada en otro conflicto que no sea la hostilidad inconsciente hacia el niño; puede ser tan sólo la continuación de actividades tales como la alimentación, el baño, darle el pecho o vestirlo durante más tiempo que el usual. También puede expresarse en la costumbre de la madre de dormir con el niño aún después de la segunda infancia, o en el deseo de tenerlo constantemente en su presencia. Generalmente, también hay una protección demasiado solícita contra el peligro físico, la enfermedad o la "mala influencia" de otros niños. Levy señala que la madre sobreprotectora puede ser indulgente o dominante al educar a su hijo; el niño de la madre sobreprotectora indulgente continúa sus demandas y deseos infantiles mucho más tiempo del que deberían durar. Frecuentemente es un problema de disciplina, y su conducta puede caracterizarse por desobediencia, ataques de cólera, una actitud agresiva de demanda o grados diversos de comportamiento tiránico. Puede ser egoísta, falso y exhibicionista. Su actitud dominante y exigente revela el hecho de que la indulgencia maternal ha estimulado el desarrollo de componentes agresivos en la personalidad del niño. Los problemas de alimentación son comunes en el hijo de la madre aprensiva e indulgente. Los problemas en los hijos de las madres sobreprotectoras dominantes son principalmente ansiedades, temores, timidez y conducta sumisa. En ambos casos, la sobreprotección actúa en contra de influencias externas que obran en favor del crecimiento y de la adaptación social. El niño puede usar los síntomas neuróticos para dominar

a la madre y conservar las ventajas infantiles de la relación materno-filial entrelazada emocionalmente.

Levy ha señalado que muchos casos de relación exagerada de protección se derivan del hambre insaciable de amor en la madre, basada en una grave privación de amor en su propia infancia. Levy denomina "hambre de afecto" a este empobrecimiento en el niño de todos aquellos sentimientos positivos que determina el cariño paternal: reconocimiento, seguridad, afecto y simpatía.

Las influencias emocionales en determinada familia nunca son idénticas en dos niños. Probablemente, la psicología maternal tampoco es tal como para que dos niños puedan sentir las mismas emociones. Algunas veces, la madre puede tener hostilidad hacia un hijo en particular, que tal vez parte de un odio dirigido primariamente hacia su esposo y que se transfiere a un niño que se le parece. También la desilusión relacionada con el sexo del niño puede crear una actitud traumática para él por parte de la madre. Algunas veces, los problemas del niño pueden ser respuestas a situaciones difíciles creadas hacia él por tensiones dentro de la familia. El niño privado de cariño o educado por medio del terror, miedo, castigos y otros métodos sadistas, responde generalmente con una conducta agresiva y con mecanismos de escape; puede hacerse amargado, descontento y resentido. El padre demasiado estricto y que castiga en exceso puede despertar tensiones trastornantes y reacciones emocionales de miedo, como ansiedad, resentimiento y hostilidad, con las alteraciones consecuentes en la personalidad y en la conducta. La tensión de impulsos activamente agresivos, producidos por la severidad de un padre que representa un objeto de frustración y miedo, puede hacer que el niño se defienda contra esta agresión, quizá en forma de un carácter obsesivo o de una neurosis obsesiva.

Tampoco se debe olvidar al niño privado emocionalmente, que parece estar retardado en todos los campos del desarrollo de la personalidad, incluyendo las funciones intelectuales. Estos niños se encuentran más frecuentemente entre los que han sido educados en instituciones durante su infancia.

Otras causas. En los párrafos anteriores se ha insistido mucho, creemos que correctamente, en los trastornos de personalidad de los padres y en las actitudes exageradas de protección, de desprecio y otras, como causas de trastornos infantiles. Sin embargo, como ya se dijo antes, no se debe simplificar demasiado el problema o sus causas. Aunque la mayoría de los trastornos emocionales de conducta emanan de situaciones, relaciones interpersonales y constelaciones ambientales que actúan en contra del desarrollo de la personalidad o produciendo conflictos, tensiones y ansiedades, los factores orgánicos y de otro tipo no deben ser olvidados. Por

ejemplo, el niño que es tan retrasado mentalmente que no puede competir con sus compañeros, el que es pequeño para su edad pero lucha para compensarlo con su habilidad para pelear, el que es sordo o ha sufrido un padecimiento físico prolongado, o encefalitis, puede reaccionar con trastornos emocionales o de comportamiento. Los defectos neurológicos u ortopédicos, la obesidad u otras anormalidades físicas que llaman la atención y requieren un cuidado especial, o por algunas otras razones estimulan una auto-observación exagerada o un sentimiento grande de diferencia en relación con los que rodean al niño, pueden actuar como factores potencialmente patogenéticos. Las esperanzas educativas demasiado ambiciosas pueden evocar reacciones emocionales y de conducta de naturaleza neurótica.

Formas de problemas psiquiátricos. Ya se ha llamado la atención sobre el hecho de que aunque la esquizofrenia aparece ocasionalmente en la infancia, las psicosis son raras en este período. Con mayor frecuencia, aunque no tanta como en los adultos, los niños sufren formas tradicionales de psiconeurosis tales como estados de ansiedad, fobias, estados obsesivos o histeria. Los estados de ansiedad se presentan solamente en los niños que están en una atmósfera de aprensión, preocupaciones y ansiedad. Las fobias y las compulsiones son poco comunes antes de las primeras fases de la adolescencia. Sin embargo, en la infancia puede haber muchos problemas psicopatológicos. La gran variedad de trastornos de la personalidad, desórdenes de la conducta y dificultades emocionales que se derivan de esta psicopatología y que representan alteraciones del funcionamiento de la personalidad, menos complicados y específicos que las psiconeurosis, se denominan frecuentemente *trastornos neuróticos de la conducta.* Las alteraciones de personalidad por las que el padre solicita el examen psiquiátrico del niño, pueden, por lo tanto, ser de muchas formas. Entre los disturbios emocionales que puede exhibir el niño se encuentran reacciones de miedo, furia, celos y accesos de cólera. El miedo a la oscuridad, a ciertos animales, a los relámpagos o a algunos otros objetos y situaciones, puede ser despertado en el niño por actitudes de otros miembros de la familia que sugieren que hay algo que temer. Las amonestaciones y amenazas expresadas por un padre pueden estimular temores. Ciertas ideas o actitudes pueden crear una sensación de ansiedad y temor. Los terrores del tipo mencionado pueden ser considerados como *miedos condicionados.* Su importancia es diferente de la de los *miedos neuróticos,* tales como los estados agudos o crónicos de ansiedad y las fobias. Estas reacciones neuróticas tienen su origen en conflictos y en amenazas a la personalidad situadas profundamente. El miedo es exteriorizado proyectándolo hacia un objeto del mundo exterior. Las fobias representan el desplazamiento de la ansiedad hacia un objeto o situación

reales. En presencia del objeto, existiendo la situación hacia la que se ha hecho el desplazamiento, el cuadro clínico del enfermo es el de un niño asustado, aterrorizado. Un estado crónico de miedo, tal como el miedo a la pérdida de seguridad, producido por una madre protectora en exceso, puede ser substituído por una conducta agresiva.

Los celos son una reacción frecuente con la llegada de un hermano menor o el miedo a perder el afecto y la atención paternales. Además, la costumbre de comparar a los hermanos puede producir esta alteración emocional. Los accesos de cólera pueden ser considerados como pruebas de inestabilidad e inmadurez emocionales, y generalmente se acompañan de otras manifestaciones de inmadurez tales como problemas de alimentación, pesadillas, o tics. Tales brotes son mucho más comunes en los hijos de padres protectores en exceso e indulgentes. La cólera y otras reacciones emocionales no deberían ser tratadas como problemas morales o éticos, como se hace con tanta frecuencia. Al hacerlo así, en lugar de tratarlos como anormales, sólo se aumenta el resentimiento y la idea de culpa del niño.

La timidez, la vergüenza, la sensibilidad exagerada, el soñar despierto, la irritabilidad y la obstinación son otras tendencias de la personalidad que, si son muy marcadas, deben considerarse como trastornos nerviosos. Generalmente tales características representan reacciones en contra de tendencias internas y actitudes que, a su vez, están principalmente determinadas por factores ambientales.

Las alteraciones persistentes del comportamiento en forma de *trastornos de la conducta* deberían ser consideradas, lo mismo que las psiconeurosis, como formaciones reactivas de protesta del niño en contra de una situación difícil de su vida. Entre los desórdenes más comunes se encuentran la desobediencia, la mentira, el robo, la destructividad, la belicosidad, la crueldad, la huída y las actividades sexuales. El niño con tales trastornos generalmente muestra poca autocrítica o reproche, no siente ninguna culpa y no responde al castigo. Los trastornos precoces de conducta de esta naturaleza son atribuídos por algunos psiquiatras a la agresividad anormal, derivada de una actitud de hostilidad y rechazamiento de los padres hacia el hijo. Es natural que los niños sujetos a tal actitud desarrollen, como una forma de defensa, la autovaloración narcisista que caracteriza a muchos de ellos. Con frecuencia, el comportamiento anormal, que de hecho es un desplazamiento de los conflictos o descontentos emocionales reales, no es de naturaleza tal que sugiera su verdadero origen. Por ejemplo, las alteraciones de la conducta pueden ser un esfuerzo para obtener satisfacciones substitutivas y compensadoras que no se han recibido en el hogar. El trastorno de la conducta puede representar también un intento de disfrazar sentimientos de inferioridad o incapacidad,

un esfuerzo de reafirmación por medio de la exageración de la independencia propia a través de una conducta agresiva y molesta, o un deseo de prolongar los cuidados infantiles. Cualquiera que sea el síntoma, su propósito es generalmente el de proporcionar dominio de alguna situación. Puede servir como un desafío a la autoridad, un medio de dominar a la madre o de tiranizar el hogar. Algunas formas de conducta alterada pueden representar un intento de escape de una situación desagradable. Quizá en algunos casos, no muy frecuentes por otra parte, el comportamiento anormal se deriva de un deseo de castigo, creado en respuesta a un sentimiento de culpabilidad.

Una vez que se ha producido el trastorno emocional del niño, puede expresarse por medio de *síntomas psicosomáticos*. Para la expresión de estos problemas pueden emplearse varios sistemas orgánicos. El aparato digestivo puede expresarlos por medio de anorexia, problemas de alimentación, vómitos, y, ocasionalmente, defecación involuntaria. El sistema urinario puede manifestarlos con enuresis. El sistema nervioso central puede responder con jaquecas, y el sistema circulatorio con rubores y palpitaciones, y los músculos voluntarios con tics o excitación motora. El control nocturno de la vejiga debería ser completo a partir del tercer año; la enuresis nocturna después de esta edad no se debe generalmente a causas orgánicas, sino a un hábito psicopatológico. Se presenta más frecuentemente en el niño tímido, ansioso y excitable, y puede ser debido a la falta de educación, a negativismo, a atemorización, y algunas veces es una expresión de celos o rencor. Los tics pueden describirse como contracciones repentinas involuntarias, repetidas y coordinadas, de grupos circunscritos de músculos. Entre los hábitos espasmódicos más comunes se encuentran las muecas, el parpadeo, los estornudos y las contracciones de las manos o los hombros. Algunas veces se derivan de la imitación de otras personas, y otras, aparecen como residuos de movimientos previos, expresivos o de defensa, contra alguna irritación constante. El movimiento se desliga de su propósito original y se automatiza debido a la presión de una situación ambiental o emocional; generalmente existen otros signos de trastornos emocionales.

La tartamudez debe considerarse como de origen neurótico, aunque aparentemente no existe sólo un tipo de situación que la produzca o ayude a mantenerla. El lenguaje es interrumpido y dubitativo, con la repetición de los sonidos iniciales de una palabra o de una frase. La fluidez del habla es interrumpida por espasmos de los músculos que participan en el mecanismo del lenguaje; frecuentemente se acompaña de varios movimientos asociados, y la mayoría de los enfermos muestran otros signos de alteraciones de la personalidad. La terapéutica debe ser dirigida, no al trastorno mismo del lenguaje, sino al estudio y tratamien-

to de los factores emocionales y ambientales que pueden haber contribuído a su desarrollo.

Medidas terapéuticas. El tratamiento de los trastornos de la personalidad del niño varía con el individuo y sus problemas. Debe hacerse hincapié principalmente en "las necesidades del niño, inclinaciones y tendencias del crecimiento en el fondo social y cultural".[1] El objetivo fundamental es una reorganización saludable de la personalidad y un mejoramiento de la adaptación emocional. Muchos de los problemas de conducta y trastornos neuróticos del niño se derivan de situaciones emocionales difíciles, sostenidas a través de experiencias precoces en sus relaciones humanas, que no le llevaron a un crecimiento emocional saludable. Aunque es claro que el niño no puede desarrollarse más allá de sus potencialidades constitucionales, la tendencia de las medidas terapéuticas se encamina a extirpar o reducir sus dificultades emocionales persistentes y limitantes, y a ayudarle a reorganizar las actitudes emocionales y las características de reacción que han estado gobernando el funcionamiento de su personalidad. De esta manera se hace posible el desarrollo de la personalidad del enfermo hacia caracteres nuevos, más espontáneos y satisfactorios. Una relación que favorezca el crecimiento debe substituir a las anteriores, que produjeron inseguridad, infantilización, agresividad u hostilidad, y que dificultaron el crecimiento en el sentido de la madurez social y de la confianza en sí mismo.

Los detalles de la técnica de tratamiento del médico serán determinados por sus conceptos teóricos sobre etiología, dinámica y terapéutica, y por la naturaleza específica del problema del niño. En los niños mayores se pueden aplicar los principios psicobiológicos con el análisis distributivo como técnica de tratamiento. Otros psiquiatras pueden preferir el uso más extenso de los principios psicoanalíticos. En cualquiera de los dos casos el médico puede usar la *terapéutica ambiental* o *manipulativa,* que se practica en clubs de niños, campamentos, clases de baile, internados o recurriendo a otras actividades que permitirán al paciente hacer contacto con otros y desarrollar intereses personales. En algunos casos puede ser deseable la separación, durante largos períodos de tiempo, de una madre protectora en exceso. En niños pequeños se usan mucho las técnicas de juegos con principios psicoanalíticos.

Un elemento común a todas las formas de terapéutica es, sin embargo, la *relación médico-enfermo.* El niño trae a esta relación las luchas y miedos que constituyen las manifestaciones de conducta de su problema. En el médico, el niño encuentra alguien que puede ayudarle a expresar abiertamente sus sentimientos, con el que puede hablar libremente y

1 Bender, Lauretta. In Current Therapies in Personality Disorders, Bernard Glueck editor. New York, Grune & Stratton, 1946.

que le acepta tal como es. El papel de médico consiste especialmente en fomentar el desarrollo de sentimientos de seguridad en el niño. Por medio de la proyección el niño hace uso de esta relación para objetivar su agresividad y otros aspectos inaceptables de él mismo. También se identifica a sí mismo con el médico tratante. Mediante la experiencia y la relación con el médico, creadas al ponerse en marcha estos mecanismos, el psiquiatra ayuda al niño a reconocer su problema y a asumir la responsabilidad de hacerlo desaparecer. El niño también puede usar esta relación interpersonal para poner de manifiesto sus defensas y sus sentimientos en conflicto, ya sea verbalmente o por sus actos. Por lo tanto, el primer paso debe ser la creación de un intercambio amistoso con el enfermo, y el mantenimiento de esta relación psiquiatra-paciente. El médico no debe ser un crítico de la conducta del niño, y tomará sus ideas seriamente, como dignas de atención y consideración; sin embargo, su actitud no debe ser de condescendencia. Debe demostrar al niño que puede tener confianza y tratará de disipar sus temores, ayudándole así a revelar la naturaleza de sus dificultades. El médico se esforzará en despertar en el niño la seguridad de que él es una persona bien dispuesta a comprender sus sentimientos y a prestarle ayuda.

Algunas veces, con niños mayores y adolescentes, si el problema es simple y principalmente ambiental, las pláticas con el enfermo pueden ser no sólo un tratamiento directo, sino también de gran importancia. El niño puede haber reaccionado a una situación determinada con aprensión confusa y conducta irregular, debido a que no comprendía la cadena de circunstancias que produjeron un resultado dado. Sin embargo, uno no debe esperar que con sólo intentar que el niño vea lo que es erróneo o indeseable en él mismo, vaya a abandonar sus hábitos o a controlarlos más efectivamente. Aun con los problemas más simples, generalmente debe haber una reorganización de actitudes emocionales y de tipos de reacción. Para lograr esto el enfermo debe tener no sólo compensaciones y escapes saludables, sino que debe recibir, a través de una relación aceptable y productiva, y, por lo tanto, terapéutica, con el psiquiatra, un estímulo hacia nuevas formas de sentir, es decir, transformarse y crecer.

Relación del niño con los padres. Debido a que, como ya se ha indicado, el problema del niño se deriva generalmente de las relaciones vitales entre él y sus padres, y depende de la postura de éstos, las actitudes paternales forman parte del examen. Por lo tanto, la exploración psiquiátrica consistirá en entrevistas con los padres y en el examen del niño. Generalmente es deseable tener una serie de entrevistas con ambos padres, o con la madre, antes de examinar al niño, para discutir el problema. Frecuentemente la atmósfera del hogar ha sido de tensión e inquietud emocional. El psiquiatra, al dar al padre o a la madre —generalmente a ésta— opor-

tunidad para expresar y liberar su perturbación y ansiedad, se gana su confianza, obtiene frecuentemente información reveladora acerca de las características de la personalidad de ambos padres, y ayuda a la madre a ver el problema de su hijo desde un punto de vista más objetivo. Ella puede tratar de explicar la conducta del niño por la herencia, pero el médico generalmente descubre que el conflicto neurótico de la madre ha participado en la educación del hijo. Sus expresiones de culpa, acusaciones, hostilidad, ansiedad, y excusas, pueden revelar la naturaleza de las relaciones interpersonales que han sido fuente de dificultades. Debe investigarse el principio de las dificultades del niño, el modo y circunstancias en que aparecieron y su desarrollo. Probablemente la entrevista ayudará al médico a obtener también información acerca del medio cultural del niño, del modo de vivir de la familia, inteligencia, creencias y problemas, relaciones entre el padre y la madre, y relaciones de grupo del niño. Mediante el conocimiento del pasado de los padres y de su actitud presente hacia el niño, el psiquiatra averigua las situaciones frente a las cuales la conducta del niño ha tenido que adaptarse. La intención es descubrir un cuadro dinámico de las experiencias y emociones del niño en relación con los que le rodean.

Si, como es probable, el problema se ha derivado de las relaciones entre el niño y la madre (naturalmente, puede haberse originado a partir de las relaciones padre-hijo, aunque es menos frecuente), ambos requieren tratamiento. Sin embargo, no se entrevistan juntos. En la práctica privada las entrevistas con la madre serán poco frecuentes, después de las que se tuvieron antes de ver al niño. En las clínicas de orientación infantil, la trabajadora social psiquiátrica tendrá la misión de entrevistar a la madre durante los mismos períodos en que el psiquiatra trata al niño. El psiquiatra y la trabajadora social cooperan para ayudar a los padres y al niño a resolver las dificultades derivadas de la vida en común. Merced a las visitas de la trabajadora social, la madre adquiere una nueva comprensión de su relación con el niño, y se da cuenta de que desempeña un papel en el tratamiento de su hijo. La simultaneidad de estas entrevistas, que generalmente tienen lugar una vez por semana y duran cuarenta y cinco minutos, ayuda mucho para hacer comprender, tanto a la madre como al niño, que el problema que se está tratando existe no sólo en la madre o en el niño, sino en la relación entre ambos. Como ya se ha indicado, los problemas psicológicos de los padres son generalmente uno de los obstáculos más serios para la resolución de las dificultades del niño. La tarea de la trabajadora social es ayudar a la madre a tener una mejor comprensión y una aceptación emocional de ella misma en su relación con el niño. Sin embargo, la madre, cargada de ansiedades y temores, no puede aceptar emocionalmente, o comprender, una interpretación

directa de sus sentimientos inconscientes o de las características de su personalidad. Por lo tanto, por medio de métodos indirectos la trabajadora ayuda a la madre a formular sus sentimientos, pensamientos y conducta en relación con el niño. Ella ayudará a la madre a establecer una relación normal y satisfactoria con el niño, que le permita un crecimiento saludable y progresivo de su misma personalidad. Debe procurarse no dar la impresión a la madre de que ella va a ver a la trabajadora social como enferma en busca de tratamiento. Si se establece un intercambio favorable con la trabajadora, la madre acepta su relación con ella para colaborar en busca de las causas de las alteraciones de su hijo, y al examinar la vida de su familia es posible que empiece a examinarse a sí misma. La influencia de la madre y su conducta en relación con su hijo dependen parcialmente de su comprensión de sí misma. La trabajadora puede ayudar a la madre a ver a los miembros de la familia en sus relaciones respectivas y, conociendo las experiencias de sus vidas, la madre puede empezar a encontrar un nuevo significado a su conducta. De este modo su comprensión del problema del niño y su relación con él pueden hacerse más claras. La manera de dirigir el tratamiento por lo que se refiere al modo de tratar y educar de los padres, así como la forma de ayudarlos en sus propios problemas y actitudes que han causado o contribuído a los trastornos del niño, se conoce como *tratamiento de la actitud.* Además del tratamiento de los padres, la trabajadora social llevará a cabo cualquier adaptación necesaria en el medio ambiente. Generalmente, las clínicas de conducta cuentan también con un psicólogo que hace estudios psicométricos y de otro tipo en el niño para determinar su inteligencia y otras cualidades de su personalidad.[1]

Relación del terapeuta con el niño. Ya se ha llamado la atención sobre el hecho de que al tratar con el niño lo más esencial para el psiquiatra es establecer una relación amistosa, interesante y satisfactoria entre ambos. El médico acepta al niño como un igual y como una persona con sus propios derechos. No resalta, ni ignora, las diferencias de edad y madurez, sino que las toma como un hecho natural y no adopta un lenguaje infantil artificial. El tratamiento debe instalarse gradualmente; el acelerarlo puede hacer fracasar la relación y hacer que el niño se aparte por medio de la evasión, de la indiferencia o de la falsedad. El hacer referencia a un trastorno de la conducta puede estimular su hostilidad o un estado de tensión. Por lo tanto, las primeras pláticas deben versar sobre los intereses del niño y sus actividades, aparte de un interrogatorio indirecto sobre asuntos indiferentes. Cuando ya se ha establecido una relación

1 *N. del T.* Véase: Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos, por Gordon Hamilton, traducido al español por María Elodia Terrés. La Prensa Médica Mexicana, 1951.

satisfactoria del terapeuta con el niño, éste puede, en esta atmósfera amistosa, hablar de sus conflictos conscientes, opiniones, ideas y sentimientos, y entonces pueden discutirse. La relación del terapeuta con el niño también puede ser de valor en otro aspecto. Mediante ella el niño proyecta su ansiedad y su hostilidad hacia la persona del médico. Por medio de la proyección, el niño puede hacer uso del médico para simbolizar una parte inaceptable de sí mismo, mientras que él se libera de ese aspecto indeseable. El niño también puede proyectar hacia el psiquiatra las cualidades deseables que él espera alcanzar.

La técnica del juego en el diagnóstico. Está bien reconocido que las asociaciones libres son una técnica valiosa para la investigación del material psicológico importante, que se encuentra debajo del nivel de la conciencia en los adultos. Sin embargo, en los niños el juego es un modo de expresión más normal que otros limitados al empleo de formas verbales. La técnica del juego consiste en presentar al niño un grupo de juguetes y permitirle que los use libremente mientras el médico le observa; los juguetes que se le dan simbolizan todos los intereses comunes de la infancia: muñecas que representan a la familia, animales, bloques para construir casas, etc. El modo de manejar estos juguetes proporciona una visión interior de sus mecanismos mentales o da indicaciones acerca de su inconsciente. En el niño, el juego puede ser considerado como el lenguaje del inconsciente. Puede utilizar las representaciones imaginarias de su juego para expresar sus propios sentimientos trastornados. El juego de los niños pequeños arroja más luz sobre las relaciones familiares que ningún otro medio; ilustra tanto sobre las relaciones del niño con sus padres como sobre las de los padres con el niño. Escondiéndose en el anonimato de una muñeca, puede expresar deseos de muerte dirigidos a uno de sus padres o a un hermano. Debe permitírsele que escoja el juguete y lo use espontáneamente, ya que él seleccionará el medio de expresión más conveniente para sí mismo, y, por lo tanto, mejor adaptado para expresar su problema inmediato o su situación. En el juego, por lo tanto, encontramos una técnica de proyección excelente para el diagnóstico de fases escondidas de la personalidad y para el estudio de la vida emocional infantil. Sabemos que la vida emocional del niño gira primariamente alrededor de su madre, padre y hermanos. Ya que el juego representa un modo de expresión emocional, nosotros encontramos en él un medio fácilmente disponible de investigar las actitudes emocionales del niño hacia su familia. Se observará que éstas son frecuentemente ambivalentes. Ya hemos visto que los problemas del niño se derivan frecuentemente de las relaciones interpersonales de la familia. Por lo tanto, el juego es frecuentemente usado por el niño como una técnica de proyección espontánea para expresar la naturaleza de la relación a la

cual se halla ligado su problema; lleva al juego las reacciones conectadas con este problema. También pueden aprovecharse el dibujo y las pinturas como técnicas de proyección, no sólo para obtener indicios de los problemas del niño y de la dinámica psíquica, sino también como auxiliares terapéuticos. En sus sesiones de arte el niño puede atribuir varios papeles imaginarios a sus padres o hermanos, y puede usar sus productos como vías de liberación.

Hay muchos fenómenos interesantes en la técnica del juego que son comparables a los observados en el psicoanálisis. Por ejemplo, el niño puede mostrar un cuidado angustioso en excluir algún juguete de su juego, al acercarse a alguna parte del juego que parece encontrar peligrosa, prohibida o desagradable, hasta el punto de sentirse incómodo, molesto e incapaz de seguir jugando en paz. Esto es asombrosamente semejante a los signos de trastorno emocional que aparecen cuando en las asociaciones libres los conflictos y ansiedades se acercan demasiado a la superficie. De este modo el psiquiatra puede obtener indicios sobre los orígenes de las alteraciones del niño. El ser capaz no sólo de interpretar los cambios o interrupciones del juego tales como las descritas, sino también de comprender los gestos simbólicos y las palabras que constantemente expresa el niño, es de gran ayuda para cerciorarse de la fuente de sus problemas. Para lograrlo se requiere experiencia, penetración y visión imaginativa de parte del psiquiatra.

El juego como tratamiento. El juego ofrece no sólo un método valioso para penetrar en la mente del niño y descubrir sus deseos, fantasías, hostilidades, agresiones y celos, sino que es útil también como método terapéutico. Es el mejor medio de establecer una relación con el niño. A través de esta relación llega a sentir una confianza que le permite expresar sus impulsos y fantasías sin miedo de censura, castigo o desprecio. En su juego dramatiza situaciones que revelan sus problemas, sus sentimientos en conflicto y sus defensas, que entonces pueden ser discutidas con un adulto que no le amenaza o le asusta. El niño libera sus tensiones proyectando sus problemas y desarrollando sus actitudes y sentimientos agresivos y de otro tipo hacia los juguetes y muñecas con que juega. El juego proporciona un método natural de expresar sus impulsos reprimidos que, así, pierden gran parte de su capacidad productora de ansiedad. La oportunidad que tiene el niño de dar salida o liberar sus sentimientos a través de este medio es de valor terapéutico. Las tendencias neuróticas pueden ser aliviadas por el valor catártico del juego mismo y por la penetración obtenida para la interpretación del significado de su fantasía. Algunos psiquiatras emplean juegos especiales como método intencionado para readaptar al niño a ciertos acontecimientos que han producido ansiedad. En muchos casos

puede considerarse que el tratamiento del juego tiene mucho en común con el psicoanálisis, ya que los resultados de ambos dependen de relaciones, proyecciones, liberaciones y comprensiones.

Formas de tratamiento. Hablando en general, los tratamientos que se aplican a los niños se dividen en tres grupos: (1) Psicobiológico: En esta forma de tratamiento se analizan las distintas influencias constitucionales, físicas, intelectuales, emocionales y situacionales, y se hacen todos los esfuerzos posibles para modificar las que han contribuído a la formación, desarrollo y evolución del problema de personalidad del niño. Al mismo tiempo, se hace uso constructivo de todas las posibilidades ambientales y de la personalidad. (2) El segundo tipo de terapéutica, asociado especialmente al nombre del Dr. Frederick H. Allen, supone que alguna relación interpersonal, generalmente la paterno-filial, ha actuado como obstáculo en el desarrollo de la personalidad. El médico tratante, con el auxilio de medios tales como el juego con sus posibilidades de proyección, liberación e identificación, capacita al niño para usar la relación con él y la experiencia terapéutica como medios para vencer este obstáculo y permitir el crecimiento de las potencialidades de su personalidad. (3) El tercer método es de principios claramente psicoanalíticos, y la única diferencia de importancia que tiene con el psicoanálisis de adultos es el uso del juego y otras técnicas de proyección como medios de descubrimiento, en vez de las asociaciones libres.

Aunque continúa habiendo diferentes concepciones teóricas sobre el modo de abordar los problemas del niño y sobre los métodos de tratamiento, se está ya de acuerdo en que la conducta del niño tiene un significado y que muchos de sus problemas son el resultado de esfuerzos para satisfacer sus necesidades emocionales fundamentales. Probablemente todos los terapeutas están de acuerdo en que uno de los objetos principales del tratamiento es proporcionar al niño seguridad, afecto y reconocimiento tales, que hagan posible desarrollar características saludables de conducta y relaciones sanas con las demás personas.

REFERENCIAS

Allen, F. H.: Psychotherapy with Children. New York, W. W. Norton & Co., 1942.

Bender, Lauretta: Techniques of Child Psychiatry. In Current Therapies of Personality Disorders: Glueck, Bernard, ed. New York, Grune & Stratton, 1946.

———: Childhood Schizophrenia. Nerv. Child, *1:* 138, 1942.

Betz, Barbara: A Psychiatric Children's Ward. Am. J. Nursing, *45:* 817, 1945.

Bowman, K. M.: The Psychiatrist Looks at Child Psychiatry. Am. Jour. Psychiat., *101:* 23, 1944.

Bradley, Charles: Schizophrenia in Childhood. New York, The Macmillan Company, 1941.

Bruch, Hilde: Psychosomatic Approach to Childhood Disorders. In Modern Trends in Child Psychiatry. Lewis, N. D. C., y Pacella, B. L., eds. New York, Internat. Univ. Press, 1945.

Despert, J. Louise: Play Analysis in Research and Therapy. In Modern Trends in Child Psychiatry, Lewis N. D. C. and Pacella, B. L., eds.. New York Internat. Univ. Press, 1945.

———: Psychotherapy in Child Schizophrenia. Am. Jour. Psychiat., *104:* 36, 1947.

English, O. S., y Pearson, G. H. J.: Common Neuroses of Adults and Children. New York, W. W. Norton and Co., 1937.

Freud, Anna: Introduction to the Technique of Child Analysis. Washington, Nerv. and Ment. Dis. Monographs, 1928.

———, *et al:* The Psychoanalytic Study of the Child, II. New York, ,Internat. Univ. Press, 1947.

Kanner, Leo: Child Psychiatry. Springfield, C. C Thomas, 1935.

———: Behavior Disorders in Childhood. In Personality and the Behavior Disorders, Hunt, J. McV., ed. New York, Ronald Press Co., 1944.

Klein, Melanie: The Psycho-Analysis of Children. London, Hogarth Press, 1937.

Levy, David M.: Maternal Overprotection. New York, Columbia University Press, 1943.

Lewis, N. D. C., y Pacella, B. L., eds.: Modern Trends in Child Psychiatry. New York, Internat. Univ. Press, 1945.

Lowrey, L. G., et al.: Trends in Therapy; A Survey of Psychiatric, Social and Psychological Treatment Methods. Am. Jour. Orthopsychiat., *9:* 669, 1939.

Murphy, L. B.: Childhood Experience in Relation to Personality Development. In Personality and the Behavior Disorders, Hunt, J. McV., ed. New York, Ronald Press Co., 1944.

Radke, Marian J.: The Relation of Parental Authority to Children's Behavior and Attitude, Minneapolis, Univ. of Minn. Press, 1946.

Ribble, Margaret: Infantile Experience in Relation to Personality Development. In Personality and the Behavior Disorders, Hunt. J. McV., ed. New York, Ronald Press Co., 1944.

Rogers, C. R.: The Clinical Treatment of the Problem Child. Boston, Houghton, Mifflin & Co., 1939.

Symonds, P. M.: The Psychology of Parent-Child Relationships. New York, D Appleton-Century Co., 1939.

Witmer, H. L., ed.: Psychiatric Interviews with Children. New York, Commonwealth Fund. 1946.

INDICE

Abreacción, en el tratamiento de la neurosis de guerra, 347
en psicoterapia, 519
Abstinencia, síntomas de, 208
Aceite, de hígado de bacalao, en el tratamiento de la psicosis por plomo, 203
de ricino, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Acetonuria y psicosis, 281
Acido, ascórbico, carencia de, en la pelagra, 277
en el tratamiento de la psicosis de Korsakoff, 192
en el tratamiento de las psicosis seniles, 262
barbitúrico, en el tratamiento de la esquizofrenia, 416
en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva, 370
nicotínico, reacciones por carencia de, 276
Acidosis y psicosis, 281
Actitud, definición de, 91
del paciente psiquiátrico, 117
Actividad(es), aumentada, 92
disminuída, 92
psicomotora, en el maníaco, 356
repetidas, 93
trastornos de la, 92
Actos, compulsivos, 79, 232, 325
sintomáticos, 98
Adaptabilidad social, 111
Adaptación, refleja, 4
social de los oligofrénicos, 467
Addison, estudios de, sobre anemia perniciosa, 279
Adie, definición de la picnolepsia por, 242
Adiadococinesia, en la intoxicación por barbitúricos, 213
Adler, 9
Adolescencia y psicosis, 45
Adrenalina, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Afasia, 72, 162, 167, 205, 230, 286
Afectividad, en el paciente psiquiátrico, 118
perturbaciones de la, 83
Afecto(s), alteración de los, en la esquizofrenia, 385
definición de los, 11, 83
falta de propiedad en los, 90
impuros, 87
inadecuado, 89
placenteros, 85
Agitación, en la psicosis por monóxido de carbono, 205
Agnosia, en la enfermedad de Alzheimer, 258
Agorafobia, 323
Agotamiento, en las psicosis postinfecciosas, 179
de combate, 345
delirium de, 275
y psicosis, 49
Agrafia, en la encefalitis epidémica aguda, 167
en la enfermedad de Pick, 259
Agranulocitosis, por intoxicación con tridione, 251
Agresión, definición de, 91
Alcohol, terapéutica de aborrecimiento del, 199
y adicción a la mariguana, 214
y epilepsia, 249
y parálisis sifilítica, 140
y psicosis, 47, 182, 184
arteriosclerótica, 232
por bromuros, 211
y síndrome postconmocional, 222
Alcohólicos anónimos, 198, 199
Alcoholismo, agudo, tratamiento del, 186
curso y terminación del, 197
efectos fisiológicos del, 183
factores psicógenos en el, 182
tratamiento del, 197
y adicción a los barbituratos, 213
y alucinosis aguda, 192
y crimen, 184
y estado epiléptico, 241
y pelagra, 277
Alegría, en la presbiofrenia, 257
Alexia, en la enfermedad de Pick, 259
Alfa, pruebas de inteligencia, 465
Alimentación por sonda, 371
Alteraciones mentales, traumáticas, 217
primarias crónicas, 221
secundarias, 225
Alucinaciones, 19, 27, 67
anticipatorias, 69
auditivas, 69, 285
del gusto, 70
en el cocainismo, 212
en el delirium, 81, 89, 187, 220
en el furor epiléptico, 243
en la demencia senil, 256
en la esquizofrenia, 70, 392
en la intoxicación por barbitúricos, 213
en la melancolía involutiva, 267
en la psicosis por bromuros, 212
olfatorias, 70, 285
por uso del peyote, 215

Alucinaciones, sexuales, 70
su investigación, en el paciente psiquiátrico, 121, 122
táctiles, 70
visuales, 70, 185, 285
y proyección, 30
y psicosis, 69
Alucinosis, aguda, y alcoholismo, 192
y delirium tremens, 193
tratamiento de la, 194
alcohólica crónica, y esquizofrenia, 411
Alzheimer, A., y Nissl, F., 134
alteración fibrilar de, 254, 259
enfermedad de, y encefalitis luética, 152
Amaneramientos, 20, 56
esquizofrénicos, 93, 395
Ambiente, su influencia en la psicogénesis, 43, 49
Ambivalencia, 87, 90, 92
y agresión, 92
Amencia, 275
Aminofilina, en el tratamiento de la psicosis arteriosclerótica, 232
Amital sódico, antes del electrochoque, 498
en el examen bajo narcosis, 128
en el tratamiento del delirium, 180
de la corea aguda, 176
de la neurosis de guerra, 346
de la psicosis maníaco-depresiva, 370
Ammon, placas seniles en el asta de, 258
Amnesia, 81, 95, 96, 97
anterógrada, 97
definición de, 96
en el coma traumático, 219
en el furor epiléptico, 243
en la demencia senil, 255
en la histeria, 310
en la intoxicación patológica, 185
en la meningitis vertical, 162
en la psicosis de Korsakoff, 191
Anamnesis indirecta, 107
Anemia perniciosa, anatomía patológica de la, 279
psicosis en la, 279
síntomas mentales de la, 280
Anestésicos y psicosis, 281
Aneurismas, en la neurosífilis vascular, 163
Anfetamina, sulfato de, en el tratamiento de la narcolepsia, 245
Angustia, 54, 81, 87, 108, 169, 185
definición de, 87
diferenciación entre miedo y, 88
en el alcoholismo, 182, 198
expresiones fisiológicas de, 118
flotante, 88
sentimientos de irrealidad en los estados de, 90
teoría psicoanalítica de la, 89
y agresión, 92
Animo, disposición de, 83
Anorexia en la abstinencia a drogas, 208
nervosa, 309
y depresión, 86
Ansiedad(es), 205, 220, 222, 226, 230
ataques de, 330
en la psiconeurosis, 291
en el mecanismo de resistencia, 20
en la enfermedad de Alzheimer, 258
estados de, 328
naturaleza de la, 339
y angustia, 87
Anulación, en los actos compulsivos, 326
Aparato, cardiovascular, trastornos del, por tensión emocional, 477
digestivo, trastornos psicosomáticos del, en niños, 535
genitourinario, trastornos del, por tensión emocional, 477
respiratorio, trastornos del, por tensión emocional, 477
Apatía, en la demencia senil, 256
en la encefalitis epidémica, 168
en la psicosis por monóxido de carbono, 204
Apercepción del paciente psiquiátrico, 117
temática, prueba de la, 126
trastornos de la, 82
Apnea, en el tratamiento electroconvulsivo, 500
Apoplejía, en la embolia cerebral, 234
y demencia traumática, 224
Apraxia, en la enfermedad, de Alzheimer, 258
de Pick, 259
en la parálisis de Lissauer, 149
en la psicosis arteriosclerótica, 230
Aprensión emocional en la pelagra, 278
Argyll, Robertson, pupila de, y parálisis sifilítica, 142
Arquipallium, 6
Arsenito de potasio, en el tratamiento de la intoxicación por bromuros, 250
Arsfenamina, en la parálisis sifilítica, 134
Arteriosclerosis, cerebral, 44
y demencia traumática, 224
y enfermedad de Pick, 260
y psicosis, 229, 232, 270
y tumores del cerebro, 284
Arthur, escala de habilidad de, 464
Artralgias, en la abstinencia a drogas, 208
Artritis reumatoide, factores psicosomáticos en la, 482
Asinergia, en la intoxicación por barbituratos, 213
Asma bronquial, etiología psicosomática del, 480
teoría del, 481
Asociación Americana de Deficiencia Mental, definición adoptada por la, 452

Asociación Norteamericana de Psiquiatría, Comité de Estadísticas de la, tipos clínicos reconocidos por la, 301
Asociación Psiquiátrica Americana, clasificación de la, 130
manual estadístico de la, 323
Asociación(es) de ideas, en la esquizofrenia, 388
de palabras, prueba de, 379, 512
libres de ideas, 20
técnica de las, 509
y psicoanálisis, 514
por asonancia, 72
Aspecto general del paciente psiquiátrico, 117
Aspirina, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
en la corea aguda, 176
Astenia, en la enfermedad de Pick, 260
neurocirculatoria, 477
Astereognosia, en la encefalitis epidémica aguda, 167
Ataque(s), 91
apoplectiformes y parálisis sifilítica, 143
de ansiedad, 330
de gran mal, 240
epilépticos en la encefalitis crónica, 168
en la enfermedad de Alzheimer, 258
epileptiformes, en la parálisis de Lissauer, 149
psicomotor, 242
Ataxia de Friedreich, 457
Atención, estrechamiento de la, en la esquizofrenia, 387
reducción de la, en las psicosis postinfecciosas, 179
trastornos de la, 94
en el paciente psiquiátrico, 119
en la enfermedad de Pick, 259
Atrofia óptima, primaria, 149
y parálisis sifilítica, 142, 150
Atropina, en el choque insulínico, 493
en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
en la encefalitis epidémica, 171
tratamiento con, y psicosis, 205
Aturdimiento, en el delirium, 81
estado de, 84
Aura, en la epilepsia, 240
Autoacusación, delirio de, 76
ideas de, 77
Autoafirmación, 58
Autoerotismo, 33
Autoestimación, 74, 76
pérdida de la, y agresión, 91
y delirio de persecusión, 76
Automatismo, 38
Aversión, definición de, 94
Avitaminosis, deterioro alcohólico, y, 196
psicosis por, 180
Ayuno y delirium de agotamiento, 275
Azúcar, administración de, en la hipoglicemia, 281

Babcock, método de, 125
Babinsky, positivo, en la intoxicación por barbitúricos, 213
reflejo de, en la epilepsia, 241
signo bilateral de, y parálisis juvenil, 150
teoría de, sobre histeria, 312
Baño continuo, en el tratamiento de la excitación catatónica, 415
en el tratamiento de la melancolía involutiva, 271
Barbitúricos, intoxicación por, 213
en el examen bajo narcosis, 128
en el tratamiento, de la adicción a la morfina, 210
de la psicosis arteriosclerótica, 232
Barret, estudios de, sobre anemia perniciosa, 279
Bayle, A. L. J., 134
Beard y neurastenia, 331
Belladona, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
psicosis por, 215
Benda, estudios de, sobre mongolismo, 455
Bender, y la esquizofrenia en los niños, 405
Benzedrina, en el tratamiento del alcoholismo, 20, 186
en la encefalitis epidémica, 171
psicosis por, 215
sulfato de, en el tratamiento de la catalepsia, 251
de la narcolepsia, 251
Berger, Hans, descubrimiento de, 238
Bergson, 9
Beriberi, reacciones en el, 277
Bernheim, estudios de, sobre histeria, 295
teoría de, sobre histeria, 312, 313
Betz, células de, 191
Bielschowsky, 138
Binet-Simón, pruebas mentales de, 462, 463
Bismuto, en la meningoencefalitis sifilítica, 157
Bióxido de carbono, en el choque insulínico, 493
Bisulfuro de carbono, psicosis por, 204
Blefaroptosis y parálisis sifilítica, 142
Bleuler, Eugen, 19, 71, 84, 90, 102, 104
formulaciones de, 378
y esquizofrenia, 376
Blocq, placas seniles de, 254
Bloqueo(s), en el mecanismo de resistencia, 20
o pérdida del pensamiento, 73
Bocio exoftálmico, etiología psicosomática del, 481
Borrachera de golpes, 224

Bostezos, en la encefalitis crónica, 168
Bowman y Blau, clasificación de, 218
Brain, 59
Bromuros, en la corea aguda, 176
en el tratamiento de la epilepsia, 249
de la esquizofrenia, 416
psicosis por, 211
y narcolepsia, 245
Breuner, Josef, estudios de, sobre hipnotismo, 296
Brucelosis crónica y neurastenia, 334
Buhler, Charlotte, investigación de, sobre alcoholismo, 183

CAFEÍNA, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Calambre del escribiente, 308
del hocico, en el esquizofrénico, 395
Calcio, lactato de, en el tratamiento de la psicosis por plomo, 203
Caquexia, en la enfermedad de Pick, 260
hipofisaria, 310
Carácter, cambio de, en la corea de Huntington, 289
en la embolia cerebral, 234
en la psicosis arteriosclerótica, 230
obsesivo, 326
Carcinomas, y delirium de agotamiento, 275
Cardias, espasmos en el, y angustia, 87
Cardiopatías y factores psíquicos, 235
Carfología, en el delirium febril, 179
Casal, Gaspar, estudios de, sobre mal de la rosa, 277
Castración, complejo de, 19
Catalepsia, definición de, 93
Cataplexia, 245
Catarata, extirpación de una, y psicosis, 282
Catarsis mental en psicoterapia, 520, 524
Catatimia, 85
Catatonia, 72
descripción de la, 376
en la uremia, 235
pronóstico de la, 408
tipos de, 400
Cefalea(s) en el síndrome postconmocional, 222
en la hidrocefalia sifilítica aguda, 161
en la meningitis bacilar, 162
en la neurosífilis vascular, 163
en la psiconeurosis postraumática, 225
en la psicosis arteriosclerótica, 229
paroxísticas intensas, 162
por depresión, 86
y parálisis sifilítica, 140, 141
Celibato, su influencia en la psicogénesis, 45
Celos, en la demencia senil, 255
en la psicosis arteriosclerótica, 230
Cerebro, embolia del, 234
operaciones del, y epilepsia, 241
tumores del, psicosis en los, 284
Cerletti y Bini, y los electrochoques, 496
Cianosis, en la epilepsia, 241
en la esquizofrenia, 396
Cirugía, en el tratamiento de la epilepsia, 251
y psicosis, 282
Claridad mental, 80
Clasificación, de la Asociación Psiquiátrica Americana, 130
de las alteraciones mentales traumáticas, 217
de los trastornos mentales, 129
Claustrofobia, 323
Climaterio e hipocondría, 78
y melancolía involutiva, 264
y psicosis, 45, 46, 304
paranoide involutiva, 272
Cloral, en el tratamiento, de la corea aguda, 176
de la esquizofrenia, 416
psicosis por, 215
Cloruro de sodio, en el tratamiento del, delirium tremens, 189
del alcoholismo, 200
de la epilepsia, 249
de la psicosis por bromuros, 212
Clouston, 149
Cocainismo, 212
Cocainomanía, 70
Cociente de inteligencia, 463
Co-conciencia, 38
Codeína, en el tratamiento de la adición a la morfina, 210
Cólera, 73
Colitis mucosa, etiología psicosomática de la, 479
Coma, en la encefalitis epidémica aguda, 167
en la intoxicación por barbitúricos, 213
en la meningitis tuberculosa, 174
en la uremia, 235
en la psicosis por monóxido de carbono, 204
histérico, 311
postconvulsivo, 241
traumático, 219
Comité Nacional de Higiene Mental, manual estadístico de la, 323
Compartimiento afectivo-cerrado, 37
lógico-cerrado, 37
Compasión, embotamiento de la, 89
Compensación, 24, 56
mecanismo de, 56
Complejo de Edipo, 300
definición de, 19
vitamínico B, deficiencia de, y psicosis de Korsakoff, 190
en el tratamiento, del alcoholismo, 200
de la alucinosis aguda, 194
Compoyré, 42
Comprensión, dificultad para la, en el mixedema, 275

Compulsiones, definición de las, 94
Conación, alteraciones de la, en la esquizofrenia, 393
definición de, 91
en el paciente psiquiátrico, 118
Concentración, dificultad en la, y parálisis sifilítica, 140
perturbaciones de la, en la enfermedad de Pick, 259
Conciencia, 6
alteración de la, en la epilepsia traumática, 225
del paciente psiquiátrico, 117
fluctuaciones de la, en casos de tumor cerebral, 285
función de la conducta, 10
grados de, 12
obnubilación de la, 69, 80, 116, 117
en la meningitis bacilar, 162
en la meningitis tuberculosa, 174
trastornos de la, 80, 82
en la histeria, 310
Conducta, aspectos motores de la, en el paciente psiquiátrico, 118
definición de, 2
dinámica de la, 9
la angustia en la dinámica de la, 88
trastornos de la, en los niños, 534
y encefalitis epidémica, 169
de los aspectos motores de la, 91
neuróticos de la, 533
Confabulación(es), 97, 123
en la presbiofrenia, 257
en la psicosis de Korsakoff, 191, 220
y traumatismos, 223, 224
Conflicto mental, 54
psíquico, definición del, 16
y psicosis, 53
Confusión, definición de, 80
estados de, 81, 84, 117, 162, 175, 204, 205, 212, 219, 224, 230, 234, 255, 278
mentale, 276
Conmoción, definición de, 218
Conocimiento consciente, 71
Conolly, John, y esquizofrenia, 375
Constipación, por depresión, 86
y angustia, 87
Constitución, asténica, 101
atlética, 101
displásica, 101
física, y esquizofrenia, 380
leptosómica, 100
pícnica, 100
psicobiológica y tipos de reacción, 100
psicopática traumática, 222
traumática, 222
y características de la personalidad, 112
y psicosis, 50
Contenido mental psicopatológico, 120
Control consciente, 22
Convalescencia, problemas psiquiátricos de la, 487
Conversión, 39
histérica, ejemplo de, 314
curso de la, 71
Convulsiones, amortiguación de las, 500
clónicas, en la epilepsia, 241
en el choque insulínico, 493
en la demencia traumática, 224
en la lobotomía prefrontal, 507
en la meningitis vertical, 163
espontáneas, después de tratamientos electroconvulsivos, 418
y parálisis sifilítica, 143
Coramina, en el choque insulínico, 493
Corazón, dilatación del, en la epilepsia, 241
enfermedades del, psicosis en las, 234
Corea aguda, diagnóstico de la, 176
psicosis de la, 175
tratamiento de la, 176
de Huntington, 43
psicosis en la, 289
de Sydenham, 175, *Véase,* Corea aguda
Córeoatetosis, en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
Cornell-Coxe, escala de habilidad de, 464
Coronarias, afecciones de las, como contraindicación de los electrochoques, 497
Costumbres culturales y psicosis, 53
Craig, estudios de, sobre histeria, 306
Cráneo, anormalidades del, en la oligofrenia, 459
mongólico, 456
traumatismos de, amnesia por, 96
Crecimiento, psicosis debidas a trastornos del, 264
trastornos del, y constitución, 101
Crichton-Miller, teoría de, sobre la paranoia, 422
Crímen(es) y alcoholismo, 184
y psicosis maníaco-depresiva, 361
Criminalidad y deficiencia mental, 461
Crisis convulsiva, en la encefalitis epidémica aguda, 167
epilépticas, suicidios después de, 97
oculógiras, en la encefalitis crónica, 168
Culpabilidad, delirios de, 77
sentimiento de, 69, 87
y alcoholismo, 182
Curare, en el tratamiento de la melancolía involutiva, 272
en los tratamientos convulsivos, 500
Cursos especiales para deficientes mentales, 468
Curva luética en la meningitis vertical, 163
Cushing y Cannon, experimentos de, sobre úlcera péptica, 479

CHARCOT, estudios de, sobre hipnotismo, 294
teoría de, sobre histeria, 312
Chaslin, estudios de, sobre confusión mental, 275
Choque(s), 489
con insulina, 489
complicaciones por, 492
inducción del, 490
terminación del, 491
electroconvulsivos, 496
aparato para, 497
complicaciones de los, 499
contraindicaciones de los, 498
combinados con insulina, 495
en el tratamiento de la epilepsia, 251
del síndrome de despersonalización, 91
de la esquizofrenia, 417
de la melancolía involutiva, 269, 271
de la paranoia, 435
de la psicosis maníaco - depresiva, 369
de la psicosis paranoide involutiva, 273
de las neurosis de ansiedad, 331
de los estados obsesivos, 328
frecuencia de los, 498
indicaciones de los, 498
preparación del enfermo para los, 497
resultados del tratamiento con, 501
tratamiento de sostén por, 502
proteínico, 155

DAYTON, estudios de, sobre niños retrasados, 460
Debilidad mental, 72, 84
estadísticas de, 453
y falta de atención, 95
Deficiencia mental, 83, 452
causas de, 453
determinación de la, 459
grados de, 457
fenilpirúvica, 456
tratamiento de la, 466
y criminalidad, 461
vitamínicas y psicosis, 48
Deficientes mentales, educación escolar de los, 468
Deformidades físicas y psicosis, 48
Déjà-vu, 98
Delincuencia y personalidad psicopática, 443
Delirio(s), 74
de autoacusación, 76
de grandeza, 76
de persecución, 76, 89, 256
depresivos, 77, 86
estados de, 162, 168, 174, 175, 185, 194, 204, 221, 230, 234, 235, 256
Delirio, sistematizado, 75
y parálisis sifilítica, 141, 150
y proyección, 30
y psiconeurosis, 302
Delirium, 81, 177
alucinatorio en la tirotoxicosis aguda, 275
de agotamiento, 275
de colapso, 179
estados de, 212, 213, 219, 277, 278, 285
febril, 179
tratamiento del, 180
traumático, 219
tremens, 70, 186
e hipovitaminosis, 277
pronóstico y evolución del, 188
tratamiento del, 188
y alucinosis aguda, 193
y traumatismos, 223
Demencia, aguda de Esquirol, 360
definición de, 98
en la corea de Huntington, 290
en la enfermedad de Pick, 259
en la pelagra, 278
paralítica, *Véase* Meningoencefalitis sifilítica
senil, 116
amnesia por, 96
tipos clínicos de, 256
y arteriosclerosis, 231
y alcoholismo, 198
y epilepsia, 246
y parálisis sifilítica, 141
y psicosis arteriosclerótica, 231
y traumatismos, 223, 224
Dementia praecox, 375
Demerol, adicción al, 208
Denny-Brown, 239
estudio de la conmoción de, 219
Depresión(es) agitada, 362
autónomas, 86
definición de, 86
estados de, 204, 205, 230, 235, 242, 258, 343
ligera(s), 358
tratamiento de las, 370
psicopatológica de la, 363
reactiva(s), 86, 301
y tumores cerebrales, 285
seniles, resultados de los electrochoques en las, 501
sentimientos de irrealidad en las, 90
severa, el tratamiento hospitalario en casos de, 371
y parálisis sifilítica, 140
Dermatitis en la pelagra, 278
Descompensación cardíaca, como contraindicación de los electrochoques, 498
Desorganización emocional y falta de atención, 95

Desorientación, en el delirium, 81
en el síndrome de Korsakoff, 220
en la psicosis por bromuros, 212
Despersonalización, síndrome de, 90
Deterioración, en la esquizofrenia, 408
en la psicosis arteriosclerótica, 231
mental en la epilepsia traumática, 225
neurosomática, 248
epiléptica, 246
Deterioro alcohólico, síntomas del, 196
mental, y su medida, 125
Diabetes, tratamiento de la, y psicosis, 281
Diagnóstico de la corea aguda, 176
psiquíatrico, formulación del, 128
Diarrea, y abstinencia a drogas, 208
y angustia, 87
Dieta, del epiléptico, 249
en la psicosis de Korsakoff, 192
láctea, en el tratamiento de la psicosis por plomo, 203
Diethelm, 89
Digital, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
en el tratamiento de las psicosis cardíacas, 235
Dilantín sódico, en el tratamiento de la epilepsia, 250
Dilaudid, adicción al, 208
Diplopia, en la intoxicación por dilantín sódico, 250
Disco óptico, estrangulamiento del, en la hidrocefalia sifilítica aguda, 162
Dismenorrea, factores psicosomáticos en la, 482
Disnea, en la psicosis por monóxido de carbono, 205
Disociación, 37
mecanismo de la, 57
Dispersión en la esquizofrenia, 396
Disposición, definición de, 91
Disritmia cerebral paroxística, 238
Distracción, definición de la, 95
Distrofia(s), adiposa,s en la encefalitis epidémica, 169
hipofisaria, 457
Dolor, embotamiento al, 89
Drogas, adicción a las, pronóstico de la, 209
tratamiento de la, 210
psicosis debidas a, 203
sedantes, en el tratamiento de la esquizofrenia, 415
y psicosis, 47
Dubois, Paul, técnica de la persuación de, 521

ECOLALIA, definición de, 93
en la enfermedad de Pick, 260
en la esquizofrenia, 394
Ecopraxia, definición de, 93
en la esquizofrenia, 394
Edad, como contraindicación de los electrochoques, 498
en la esquizofrenia, 382
en psiquiatría infantil, 528
su influencia en la psicogénesis, 45
y delirium tremens, 187
y epilepsia, 239
y melancolía involutiva, 265
y psicoanálisis, 514
y psicosis, arteriosclerótica, 229
maníaco-depresiva, 367
Edema, papilar y parálisis sifilítica, 142
pulmonar, en la epilepsia, 241
Edipo, complejo de, 19, 300
Educación, institucional, para débiles mentales, 469
Efedrina, en el tratamiento del alcoholismo, 200
psicosis por, 215
Eficiencia, índice de, 125
Ego, 298
Egocentricidad, en la demencia senil, 256
infantil, e histeria, 306
Egoísmo, en la demencia senil, 255
en la deterioración epiléptica, 246
Ejercicios físicos, en el tratamiento del alcoholismo, 198
Elán vital, 9
Electrochoques, *Véase* Choques electroconvulsivos
Electroencefalografía, 238
Electroencefalogramas, anormales en las personalidades psicopáticas, 444
del pequeño mal, 242
en la epilepsia, 247
Ello, 298
Embarazo, como contraindicación de los electrochoques, 499
y psicosis, 46
Embolia cerebral, psicosis en la, 234
Emetina, en el tratamiento del alcoholismo, 200
Emoción(es) definición de las, 11, 83
y cataplexia, 245
Encefalitis crónica, 167, 168
epidémica, aguda, 167
crónica del tipo von Economo, 168
diagnóstico de la, 170
pronóstico de la, 171
psicosis de la, 166
tipos de la, 167
tratamiento de la, 171
letárgica, 166
parlaxial difusa, 457
y deficiencia mental, 454
Encefalopatía carencial avanzada, en la pelagra, 278

Encefalopatía, nutricional, 277
nutritiva, 190
saturnina, 203. *Véase,* Psicosis por plomo
traumática, 222
de los pugilistas, 224
Encías, en la intoxicación por dilantín sódico, 250
Enemas, en el tratamiento del delirium tremens, 189
Energía psíquica, 9
Enfermedad(es), actual, 113
agudas y delirium tremens, 187
crónica, problemas psiquiátricos de la, 304, 487
de Alzheimer, 152, 258
de Graves, y psicosis, 274
de Langdon Down, 455
de Pick, 152, 258, 260
y enfermedad de Alzheimer, 260
y meningoencefalitis sifilítica, 152
de Schilder, 457
y prueba de Lange, 142
de Wernicke, y psicosis de Korsakoff, 190
físicas, componentes emocionales de las, 484
hepatolenticular de Wilson, 457
ideas de, 77
infecciosas, psicosis en las, 174
mental(es), causas y naturaleza de las, 41
definición de, 58
incidencia de las, 44
síntomas de la, 65
psicosomáticas, 474
Enfermos de los nervios, 291
Entorpecimiento progresivo, y meningitis vertical, 162
Enuresis, en los niños, 535
y psiconeurosis, 302
Epilepsia, 72, 237
diagnóstico de, 246
en la psicosis arteriosclerótica, 231
esencial o idiopática, 238
y deficiencia mental, 455
evolución y pronóstico de la, 247
fase tónica en la, 241
frecuencia de la, 239
idiopática y tumores del cerebro, 286
paramnesia en la, 98
por electrochoques, 502
postraumática, 238
sintomática, 238
tratamiento de la, 248
traumática, 224
y esquizofrenia, 411
y personalidad psicopática, 444
y trastornos de memoria, 122
Epiloia, 456
Epinefrina, en los tratamientos convulsivos, 500
Equilibrio, pérdida del, en la borrachera por golpes, 224
Erupción cutánea, provocada por bromuros, 349
Esclerosis, múltiple, 85, 288
y prueba de Lange, 142
tuberosa, 456
Escopolamina, en la encefalitis epidémica, 171
Escritura automática, 38
en la demencia senil, 256
en la enfermedad de Alzheimer, 258
trastornos de la, en neurosífilis, 142, 143
Escuelas psiquiátricas, 62
Esfínteres, incontinencia de los, en la enfermedad de Pick, 260
relajación de los, en la epilepsia, 247
Esmarch y Jessen, 134
Esperanza, pérdida de la, 89
Espíritu, definición del, 7
Espiroquetas, parkinsonismo, por, 289
Espongioblastomas, en casos de tumor cerebral, 285
Esquema de investigación psiquiátrica, 116
Esquirol, demencia aguda de, 360
Esquizofrenia, 57, 60, 71, 72, 73, 78, 101, 105, 375
actividades repetidas en la, 93
alucinaciones olfativas y, 70
causas de la, 379
conceptos de, 377
curso y pronóstico de la, 406
de tres días, 344
diagnóstico de la, 409
e histeria, 320
en la infancia, 405, 533
en los introvertidos, 105
frecuencia de la, 383
historia de la, 375
paramnesia en la, 98
paranoide, 423
resultados de los electrochoques en la, 501
sentimientos de irrealidad en las, 90
síntomas de la, 383, 396
teoría psicoanalítica sobre, 396
tipo(s) de, 397
catatónico, 400
hebefrénico, 398
paranoide, 404
simple, 397
trastornos de la atención en la, 95
tratamiento de la, 411, 416
y demencia, 395
y estados compulsivos, 327
y lobotomía prefrontal, 505
y neurastenia, 333
y psicosis maníaco-depresiva, 366
Esquizoide, características del, 103
Estado(s), crepuscular, en el ataque psicomotor, 243

Estado(s), de ansiedad, 292, 328
en las neurosis de guerra, 342
psicoanálisis en el tratamiento de, 514
y psicosis maníaco-depresiva, 365
de disociación en la histeria, 311
de resentimiento morboso, 345
de tensión meditativo-obsesiva, 330
deliriosos, 84
epiléptico, 241
hipomaníacos, 85
infecciosos agudos, y alucinaciones auditivas, 70
maníacos, psicopatología de los, 362
marital, su influencia en la psicogénesis, 45
mental, determinación del, 462
obsesivos, sentimientos de irrealidad en los, 90
meditativos, 324
oníricos o crepusculares, 82
paranoides, 421, 423
síntomas de los, 424
psicomáticos, en las neurosis de guerra, 343, 344
Estafadores patológicos, 441
Estereognosis unilateral, en la parálisis de Lissauer ,149
Estereotipia, definición de, 93
Esterilidad y mongolismo, 456
Esterilización de deficientes mentales, 470
de los oligofrénicos, 467
Estigmas degenerativos, 454
Estomatitis, en la pelagra, 278
Estramonio, y encefalitis epidémica, 171
Estricnina, en el tratamiento de la adición a la morfina, 210
Estupor catatónico, 400
definición de, 71
en el coma traumático, 219
en la encefalitis epidémica aguda, 167
en la meningitis bacilar, 162
en la neurosífilis vascular, 163
por depresión, 86
Etiología de la encefalitis epidémica, 166
Euforia, definición de, 85
estados patológicos de, 168, 169, 187, 196, 204, 213, 220, 235, 259
por uso de drogas, 212, 214
y parálisis sifilítica, 150
Eunucoidismo y constitución, 101
Evolución psicosexual, fases de la, 32
Exaltación, definición de, 85
en la psicosis por bromuros, 211
Examen(es), bajo narcosis, 128
de laboratorio, 114
del enfermo, 106
del paciente inaccesible, 126
físico, del oligofrénico, 459
mental, 115, 462
psicométrico, 124
psiquiátrico, 106
Excitabilidad, en la encefalitis epidémica aguda, 167
Excitación catatónica, 401
Exhibicionismo e histeria, 306
Expediente psicobiológico, 108
Experiencias alarmantes y psicosis, 49
alucinatorias o delirantes, 85
traumáticas psicológicas, 113
Exploración física, en el examen, 114
Expresión facial, en el paciente psiquiátrico, 128
Extasis, definición de, 85
en el furor epiléptico, 243
Extracto hepático, en el tratamiento de la anemia perniciosa, 280
Extrasístoles y angustia, 87
Extroversión, 57, 104
Evolución psicosexual, 32

FACIES anhelante, en la corea aguda, 175
en la parálisis sifilítica, 142
Factores afectivos, 84
e ideativos en el control del pensamiento, 74
ambientales, 42
orgánicos y psicosis, 59
psíquicos, en la génesis de los trastornos mentales, 50, 51, 52, 53
Falsificación retrospectiva, 97
en la paranoia, 426
Familia, y psicogénesis, 43
vida de, y psicosis seniles, 261
Fantasía(s), 36, 57
contenido de las, en el paciente psiquiátrico, 121
Fatiga, en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
mental, en la corea aguda, 175
y estado epiléptico, 241
y parálisis sifilítica, 140
Fatigabilidad, en el síndrome postconmocional, 222
en la psiconeurosis postraumática, 226
en la psicosis arteriosclerótica, 230
Fenacetina, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Fenobarbital, en el tratamiento del alcoholismo agudo, 186
en el tratamiento de la epilepsia, 250
y narcolepsia, 245
Fenómenos paralíticos, en la encefalitis epidémica aguda, 167
Fernald, Walter E., campos de indagación de, 459
Ferraro, estudios de, sobre anemia perniciosa, 279
Fijación(es), 33
en la paranoia alcohólica, 194
homosexual, 35
Fiebre artificial, en la parálisis sifilítica, 134, 143
en la psicosis por bromuros, 212

Fisiogénesis contra psicogénesis, 41
Flexibilidad cérea, definición de, 93
Flexión del cuello y depresión, 86
Fobias, 79, 292, 302, 323
Folie à deux, 432
de doute, 324
Folling, deficiencia mental de, 456
Forester, síndrome de, 222
Formaciones reaccionales, 18
reactoras, 25
Fotofobia, en la intoxicación por tridione, 250
Fracturas, en los choques electroconvulsivos, 499
y delirium tremens, 187
Freeman y Watts, y lobotomía prefrontal, 503
Freud, 9, 16, 20, 32, 33, 35, 510
asociaciones libres de, en psicoterapia, 512
evaluación de la obra de, 296, 300
teoría de, sobre histeria, 312, 313
y el hipnotismo, 523
y los actos compulsivos, 325
Frustración, y agresión, 91
y alcoholismo, 182
y angustia, 88
Fuga(s), 38, 57, 82
de ideas, 71
en el ataque psicomotor, 243
en la enfermedad, ejemplo de, 315
en la histeria, 310
Funciones mentales, evolución de las, 3
niveles de las, 4
Furor epiléptico, y alucinaciones, 243

GALTON, Francis, pruebas de asociaciones verbales de, 379, 512
Ganser, síndrome de, 311, 450
Gases, psicosis por, 204
Gesticulaciones, 56
Gesell, Arnold, pruebas de inteligencia de, 463
Gibbs, C. E., 170
F. A. y Gibbs, E. L., 239
Glándulas endocrinas, alteraciones de las, y psicosis, 274
trastornos de las, y mongolismo, 455
Glicosuria y psicosis, 281
Glositis, en la pelagra, 278
Glucosa, en el choque insulínico, 493
en el tratamiento de la epilepsia, 251
de la intoxicación por barbitúricos, 213
Gran mal, 240
Grinker, narcosíntesis de, en el tratamiento de las neurosis agudas de guerra, 520
Guerra, neurosis de, 337. *Véase* Neurosis
Gull, sir William, estudios de, sobre anorexia nervosa, 309
estudios de, sobre mixedema, 275

HAGGARD, H. W., estadísticas de alcohólicos por, 199
Hambre de afecto, 532
Haslam, J., 134
Hauptmann, 250
Healy y Bronner, estudios de, en delincuentes, 444
estudios de, sobre psiquiatría infantil, 520
exposición de los conceptos psicobiológicos de, 297
Hebefrenia, descripción de la, 376
Hemianestesia, en la parálisis de Lissauer, 149
Hemianopsia, en la parálisis de Lissauer, 149
Hemiplejía, en la meningitis vertical, 163
en la neurosífilis vascular, 163
en la parálisis de Lissauer, 149
Hemorragias, en la neurosífilis vascular, 163
petequiales, en la borrachera por golpes, 224
y delirium de agotamiento, 275
Herencia, 42, 109
neuropática, 43
y enfermedad de Pick, 259
y epilepsia, 239
Heridas penetrantes y epilepsia traumática, 225
y delirium tremens, 187
Hermanos, celos entre, 529, 534
Heroína, adicción a la, 207
Heterosexualidad, 33
no desarrollada y divorcio, 46
Hidrato de cloral, en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva, 370
Hidrocefalia sifilítica aguda, 161
Hidroterapia, en el delirium tremens, 188
en el tratamiento, de la adicción a la morfina, 210
de las psicosis cardíacas, 235
Hiperhidrosis, y abstinencia a drogas, 208
Hidroterapia, en la alucinosis aguda, 194
en la psicosis arteriosclerótica, 232
Higiene mental, en la prevención de la esquizofrenia, 412
Hioscina, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
en el tratamiento de la psicosis, 205
Hiperactividad, en el hipertiroidismo, 274
Hiperclorhidria y angustia, 87
Hiperestesia, en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
Hipermnesia, definición de, 95
Hipertensión arterial, factores psíquicos en el desarrollo de la, 478
como contraindicación de los eletrochoques, 499
por tensión emocional, 476
Hipertiroidismo, trastornos mentales asociados al, 274

Hipnoanálisis, 519
Hipnosis, 295
en psicoterapia, 520, 523
y narcoanálisis, 520
Hipnóticos, en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva, 370
en el tratamiento de las psicosis seniles, 262
Hipnotismo, 294
en el tratamiento de la histeria, 321
de la neurosis de guerra, 346
Hipo, en el choque insulínico, 493
en la encefalitis epidémica aguda, 167
histérico, 309
Hipocondría, 78, 301, 336
en la parálisis sifilítica, 147
tratamiento de la, 337
Hipócrates, doctrina de, sobre la histeria, 312
Hipófisis, insuficiencia de la, y mongolismo, 456
Hipofrenia, constitucional, retraso mental e, 459
Hipoglicemia, psicosis en la, 281
Hipomanía, 353
Hipoplasia, constitucional, y debilidad mental, 453
del sistema circulatorio, y esquizofrenia, 396
Hipotiroidismo, 457
y constitución, 101
Hipotonía, en la intoxicación por barbituratos, 213
Histerectomía y psicosis, 282
Histeria, 39, 81, 82, 90, 291, 296, 305
de ansiedad, 301
de conversión, 292, 301, 302
en la neurosis de guerra, 343
versus síntoma psicosomático, 483
diagnóstico diferencial de, 319
en la corea aguda, 176
psicopatología de la, 312
sentimientos de irrealidad en las, 90
síntomas de la, 307
tratamiento de la, hipnosis en el, 523
la sugestión en el, 522
psicoanálisis en el, 514
y epilepsia, 247
y esquizofrenia, 410
Historia escolar, 110
familiar, 108
del oligofrénico, 459
guía para la obtención de la, 109
médica, 111
ocupacional, 110
psicosexual, 111
psiquitrica, 107
y reacciones sociales, 460
Hodskins, M. B., 248
Hoffman, estudios de, sobre tumores cerebrales, 284
Hogar, influencia del, 109
Hohman, opinión de, sobre catatonia, 402
Homosexualidad, 33, 34, 35
reprimida y paranoia, 427
y alucinosis aguda, 192, 193, 194
y paranoia alcohólica, 194
Hormé, 9
Hospital, de Santa Isabel, estudio llevado a cabo en el, 284
ventajas del, en el tratamiento de la esquizofrenia, 414
Hospitalización, del enfermo paranoico, 434, 435
durante el tratamiento electroconvulsivo, 502
en la encefalitis epidémica, 172
y psicosis seniles, 261
Hostilidad, 91
Huntington, corea de, 43, 289

ICTUS apoplético, en la psicosis arteriosclerótica, 230
Idealismo moral rígido y temperamento esquizoide, 104
Idea(s), de referencia, 77
delirantes, en la esquizofrenia, 390, 391
en la melancolía involutiva, 267
en la paranoia, 424
en la psicosis paranoide involutiva, 272
fuga de, 71
sobredeterminada o sobrevalorada, 73
Identificación, 31
Idiocia, familiar amaurótica, 457
Idiosincracias alimenticias y psiconeurosis, 302
Idiota, definición del, 457
tratamiento del, 466
Idiotez, en la encefalitis epidémica, 168
Ilusiones, 67
anticipatorias, 69
del gusto, 70
en el delirium, 81
tremens, 187
por uso de peyote, 215
Imbécil(es), 458
definición del, 457
tratamiento del, 466
Imaginación, 99
Incapacidad, sentimiento de, 76
Incertidumbre, en le delirium, 81
Inclinaciones sobredeterminadas, 73
Incoherencia, del pensamiento, 72
en la psicosis arteriosclerótica, 230
Inconsciencia, 177
Inconsciente, definición del, 13
Inercia, en la meningitis vertical, 162
Inestabilidad emocional, en el hipertiroidismo, 274
en la corea aguda, 175
en la encefalitis epidémica, 169
Infancia, características de la, 110
esquizofrenia en la, 405
trastornos de la, 527

Infantilismo y constitución, 101
Infecciones y delirium tremens, 187
y psicosis, 47
Inferioridad, sentimiento de, 76
en el delirio, 75
Inhibición o lentificación del pensamiento, 72
Inmovilidad por negativismo, 94
Impotencia en el cocainismo, 212
en la psicosis por bromuros, 211
Impulsividad en el deterioro alcohólico, 194
Impulso, alteraciones del, en la esquizofrenia, 393
Inoculación, métodos de, en la malarioterapia, 153
Inquietud, estados de, 81, 167, 176, 230, 234
Insatisfacciones y angustia, 88
Inseguridad y angustia, 88
sentimiento de, 76
Insomnio, estados de, 163, 167, 175, 187, 204, 222, 234, 256, 278
por depresión, 86
prolongado, y delirium de agotamiento, 275
Instinto(s), 5
como fuente de energía, 9
definición de los, 10
Instituciones para débiles mentales, 469
Insuficiencia cardíaca y arteriosclerosis, 232
hepática, y psicosis, 281
Insulina, acción bioquímica e histopatológica de la, 494
choque con, *Véase* Choque
en el alcoholismo agudo, 186
en el tratamiento, de la adicción a la morfina, 210
de la esquizofrenia, 416
de la neurosis de guerra, 346
tratamiento combinado de, y electrochoques, 418, 495
Inteligencia, 5
instrumento del instinto, 10
Interceptación del pensamiento, 73
Intestino espasmos en el, y angustia, 87
Intocostrín, en el tratamiento de la melancolía involutiva, 272
en los tratamientos convulsivos, 500
Intoxicación patológica, 185
Introspección, en el paciente psiquiátrico, 122
Introversión, 57, 104
Introvertido, descripción del, 105
Introyección, 32
Intuición, definición de, 116
Invalidez, en la psiconeurosis, 291
I. Q., *Véase,* Cociente de inteligencia
Ira, en la psicosis, por bisulfuro de carbono, 204
por mercurio, 203
Irrealidad, sentimiento de, 86, 90
Irritabilidad, 87
definición de, 85
estados de, 162, 167, 168, 175, 179, 187, 194, 197, 203, 204, 208, 212, 219, 220, 230, 234, 255, 256, 257, 278
y júbilo, 85
y parálisis sifilítica, 140

JACOBS y Heidelberger, 135
Jahnel, F., 138
Jamais-vu, 98
Janet, Pierre, estudios de, sobre histeria, 295, 312, 313
Jaquecas, en la pelagra, 278
en los niños, 535
Jellinek, estadísticas de alcohólicos por, 199
Jennings, H. S. 4, 43
Johnson, Samuel, cita de, 182
Jones, Ernest, 22
estudios de, en niños, 446
Júbilo, definición de, 85
en el cocainismo, 212
Juego(s), como tratamiento, 541
libres, en el análisis de niños, 517
técnica del, en el diagnóstico de niños, 540
Juicio, en el paciente psiquiátrico, 123
Jung, 19
pruebas de asociaciones verbales de, 512
y esquizofrenia, 379

KAHLBAUM, descripción de la catatonía por, 376
designación de la paranoia por, 421
Kahn, clasificación de, de personalidades psicopáticas, 439
Kant, F., y psicosis arterioscleróticas, 232
Kempf, reacción de, 402
Kettering, gabinete de energía radiante de, 156
Kirby y Davis, estudios de, sobre encefalitis epidémica, 168
Korsakoff, Sergio, 190
confabulación del tipo de, y parálisis sifilítica, 141
psicosis de, 190
e hipovitaminosis, 277
síndrome de, 97, 220, 221
e hipovitaminosis. 184, 276
en la pelagra, 278
y presbiofrenia, 257
y psicosis, 180
Kraepelin, clasificación de la esquizofrenia de, 397
estudios de, sobre psicosis maníaco-depresiva, 351
sobre dementia praecox, 376
formulaciones de, 377

Kraepelin, parafrenia de, 423
personalidades psicopáticas, clasificación de, 439
tipos mixtos de psicosis maníaco-depresiva de, 362
Kraft-Ebing, intoxicación descrita por, 185
Kretschmer, 33, 100
estudios de, sobre histeria, 306
Kuhlman-Anderson, pruebas de inteligencia de, 465

LACERACIÓN cerebral y epilepsia postraumática, 239
Lacrimeo, en la abstinencia a drogas, 208
Langdon Down, enfermedad de, 455
Lange, prueba de, y parálisis sifilítica, 144
Lasègue y Falret, psicosis de, 432
Laxitud, en la pelagra, 278
Lenguaje, equivocaciones del, 20
perturbaciones del, en el mixedema, 275
en la borrachera por golpes, 224
en la enfermedad de Alzheimer, 258
en la epilepsia, 242
en la parálisis de Lissauer, 149
en la psiconeurosis, 302
en la psicosis por manganeso, 204
y parálisis sifilítica, 142
retardado, en la meningitis vertical, 163
y picnolepsia, 242
Lennox, W. G., 238, 239
Letargo, en la encefalitis epidémica aguda, 167
Leucotomía, 503
prefrontal, en el tratamiento de los estados obsesivos, 328
Levadura de cerveza, en el tratamiento de la psicosis de Korsakoff, 192
en el tratamiento de la anemia perniciosa, 280
Levy, teorías de, en psiquiatría infantil, 531
Lexington, hospital de, tratamiento de la adicción a las drogas del, 211
Ley(es) de la anticipación, 43
mendelianas, 43
Libido, 9
Lichtheim, estudios de, sobre anemia perniciosa, 279
Linfocitosis en la narcolepsia, 244
Lipotimias y arteriosclerosis, 232
Líquido céfalorraquídeo, examen del, 139
y parálisis sifilítica, 144
Lissauer, parálisis de, 137, 148
Lobotomía, resultados de la, 506
prefrontal, 503
efectos de la, 504
en el tratamiento de la esquizofrenia, 418, 505
indicaciones de la, 505
técnica de la, 504
Locock, Sir Charles, 249
Locura de duda, 324
Locura, maníaco-depresiva, 351
Logoclonía, en la enfermedad de Alzheimer, 258
Luminal, en el tratamiento de la epilepsia, 250
Luxaciones, en los electrochoques, 499
Luxemberger, estudios de, sobre psicosis maníaco-depresiva, 351
Lyerly, y lobotomía prefrontal, 504
Llanto, durante el sueño, y psiconeurosis, 302
en el deterioro alcohólico, 196
en la abstinencia a drogas, 208
en la psicosis, por manganeso, 204
arteriosclerótica, 230

MACPHERSON, Donald, su opinión sobre la neurastenia, 334
Madre sobreprotectora, 527, 531
Mafarsén en el tratamiento de la neurosífilis, 165
Mal de la rosa, 277
Malamud, 138
Malarioterapia, 153, 154
Malzberg, B, 135, 184
Mandíbula, dislocación de la, en los electrochoques, 500
Manganeso, parkinsonismo por, 289
psicosis por, 203
Marcha, perturbaciones de la, en la borrachera por golpes, 224
en la psicosis por bromuros, 211
en la psicosis por manganeso, 204
Mareo(s) en la intoxicación por dilantín sódico, 250
en la meningitis, 162
en la neurosífilis vascular, 163
en la psiconeurosis postraumática, 225
en la psicosis arteriosclerótica, 230
Mariguana, adicción a la, 214
Marinesco, placas seniles de, 254
Martland, síndrome de, 224
Masaje, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Matrimonio y psiconeurosis, 304
Mecanismo(s), automático de defensa, 58
de ajuste, 15, 17
mentales, 17, 24
en las neurosis y psicosis, 58
síntomas producidos por los, 55
Medicina, general y psiquiatría, 473
psicosomática, 474
Medula ósea y tridione, 251
Meduna, terapéutica convulsiva de, 495
Melancolía involutiva, 264
características de la, 268
diagnóstico de la, 270
pronóstico de la, 269
síntomas de, 266
tratamiento de la, 271
y lobotomía prefrontal, 506
Memoria, alteraciones de la, 175, 259, 278

Memoria, alteraciones de la, en los electrochoques, 499
en la borrachera de golpes, 224
debilidad de la, en la meningitis bacilar, 162
definición de la, 95
disminución de la, 122, 123, 191, 197, 204, 205, 212, 222, 226, 230, 246, 256, 257
moteada, 81
pérdida de la, 203, 204, 218, 258
trastornos de la, 95
Meningitis, bacilar, 162
sifilítica, 161
psicosis en la, 174
vertical, 162
y deficiencia mental, 454
Meningoencefalitis sifilítica, 151
diagnóstico de la, 152
forma circular de la, 148
forma demencial simple de la, 145, 146
forma depresiva de la, 147, 148
forma expansiva de la, 146, 147
forma galopante o agitada de la, 147
período de incubación de la, 138
psicosis de la, 154
signos físicos y neurológicos en la, 141
síntomas mentales en la, 140
tratamiento de la, 153
Menopausia, factores psicológicos y, 481
y melancolía involutiva, 264
Menstruación, trastornos de la, en la psicosis por bromuros, 211
Mente, definición de, 2
función de la, 7
instintiva, 5
su desarrollo y objeto, 1
Mentirosos, patológicos, 441
Mercurio, psicosis por, 203
Merril-Palmer, pruebas de inteligencia de, 463
Merrit, H. H., 250
Metabolismo, alteraciones del, y psicosis, 274
basal, en la esquizofrenia, 396
psicosis debidas a trastornos del, 264
Metales, psicosis por, 203
Metrazol, como agente convulsivo, 495
en el tratamiento de la melancolía involutiva, 271
terapéutica convulsiva con, 495
Meyer, Adolfo, 61, 94
psicobiología de, 323, 378, 509
y dementia praecox, 376
y estados de tensión meditativo-obsesiva, 330
análisis y síntesis distributivos de, 511
neuritis central de, y pelagra, 276
opinión de, sobre catatonia, 402
síndrome de, 222
Meynert, estudios de, sobre amencia, 275
Microcefalia, 455
Miedo(s), 11, 69, 73, 82, 87
condicionados en los niños, 533
diferenciación entre angustia y, 88
en el ataque psicomotor, 242
en la psiconeurosis postraumática, 226
en la psicosis por bromuros, 212
naturaleza del, 339, 342
neuróticos en los niños, 533
y alucinosis aguda, 193
Migraña, y epilepsia, 247
Mioclonías, en la encefalitis epidémica aguda, 167
Miotonías, en la encefalitis crónica, 168
Mitchell, Weir, 294
Mixedema, 275
Modales del paciente psiquiátrico, 117
Modino, suero autógeno de, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Mongolismo, 455
Moniz, Egas, y lobotomía prefrontal, 503
Monóxido de carbono, parkinsonismo por, 289
psicosis por, 204
Moore, estudios de, sobre esclerosis, 231
Morel, y dementia praecox, 375
Morfina, adicción a la, 205, 206, 211
en el choque insulínico, 493
en el delirium tremens, 189
en el tratamiento del alcoholismo agudo, 186
psicosis por, 205
Motivos, definición de los, 10
Movimientos atetoides y coreicos, en la encefalitis, 167, 168
atetósicos, en la corea aguda, 176
coreiformes, en la corea de Huntington, 290
del paciente psiquiátrico, 127
voluntarios, suspensión de los, en la picnolepsia, 242
Mudez, y parálisis juvenil, 150
Murray, prueba de, 126
Mutismo por negativismo, 94
Myerson, método de, para el tratamiento del esquizofrénico, 415

NARANJA, jugo de, en el delirium tremens, 189
en el síndrome de Korsakoff, 221
en el tratamiento de la alucinosis aguda, 194
de las alteraciones mentales traumáticas agudas, 221
Narcicismo, 33
e histeria, 306
y homosexualidad, 427
Narcoanálisis, 519
Narcolepsia, 244
en la encefalitis crónica, 168
Narcosán, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210

Narcosíntesis, 520
en la neurosis de guerra, 347
Narcosis, en el tratamiento de la neurosis de guerra, 346
examen bajo, 128
profunda, en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva, 370
Náuseas, en la abstinencia a drogas, 208
en la hidrocefalia sifilítica aguda, 161
Negativismo, definición de, 93
en la esquizofrenia, 394
Neologismos, en la esquizofrenia, 388
Neopallium, 4, 6
Nervios, enfermos de los, 291
Nerviosidad, en la enfermedad de Graves, 274
Neumonía, en el choque insulínico, 493
Neurastenia, 301, 331
diagnóstico de la, 333
en la meningitis vertical, 162
síntomas de la, 332
tratamiento de la, 334
y psicosis, maníaco-depresiva, 365
por plomo, 203
y tumores cerebrales, 285
Neurosis, 55
compulsivas, 323
pronóstico de las, 327
de ansiedda, 88, 270
de compulsión, y psicosis maníaco-depresiva, 365
de guerra, 337
curso de las, 344
factores que contribuyen a las, 339, 341
manifestaciones de la, 342, 343, 344
tratamiento de la, 346
de transferencia, 516
del carácter, 445
obsesiva, psicoanálisis en el tratamiento de la, 514
obsesivo-compulsiva, 292
ocupacionales, 319
por accidentes, 317
síntomas de las, 318
tratamiento de las, 322
postoperatorias, y psicosis, 281
Neuritis, alcohólica, 190
e hipovitaminosis, 276
central de Meyer y pelagra, 278
e hipovitaminosis, 276
Neurosífilis, asintomáticas, tratamiento de las, 158
frecuencia de la, 135
tratamiento de la, 164
vascular, 163
y neurastenia, 333
Niacina, carencia de, reacciones por, 276
en el tratamiento de la pelagra, 279
de las psicosis seniles, 262
Nicotinato de sodio, en el tratamiento de la pelagra, 279
Niño(s) débiles mentales, 460
de tres meses, respuestas emocionales condicionadas en, 446
encefalitis crónica en los, 169
esquizofrenia en, 405
estados obsesivo-compulsivos en los, 327
formas de tratamiento en, 542
influencias y experiencias del, 110
juegos libres en el análisis de, 517
medio ambiente del, 529
psicópatas, 438
psicosis de los, 520, 533
relación del terapeuta con el, 539
síntomas psicosomáticos en los, 535
técnica del juego en el diagnóstico de, 540
terrores en los, 533
timidez en los, 534
trastornos de la conducta en los, 534
tratamiento de los, 536
uso de la sugestión en, 522
Nissl, F., 137
Nistagmus, de los mineros, 319
en la intoxicación, por barbituratos, 213
por dilantín sódico, 250
Noguchi, H. y Moore, J. E., 134
Nuca, rigidez de la, en la hidrocefalia sifilítica aguda, 162
Nutrición, psicosis debidas a mala, 264, 454

OBEDIENCIA automática, 93
Obesidad, en la encefalitis crónica, 168
en la narcolepsia, 244
Obliteración, en la neurosífilis vascular, 163
Obnubilación, de la conciencia, 70, 80
en el coma traumático, 219
en el delirium tremens, 187
en el síndrome de conmoción, 219
en la demencia senil, 256
en la psicosis arteriosclerótica, 230
en la psicosis por bromuros, 212
Obsesión(es), 79, 121
compulsión por, 94
Odio, 87
Oligofrenia, innata, 99
signos físicos de la, 459
tratamiento de la, 466
Olvido(s), de los actos pensados, 96
en el mecanismo de resistencia, 20
Onicofagia, y psiconeurosis, 302
Onirismo, en el ataque psicomotor, 242
Opio, psicosis por, 205
Oppenheim, 285
Ord, estudios de, sobre mixedema, 275
Orgullo, pérdida del, 89
Orientación, definición de la, 83
pérdida de la, en la demencia senil, 255
trastornos de la, 83

Oro coloidal, prueba del, *Véase* Prueba de Lange

PALPITACIONES, en el cocainismo, 212
en la psicosis por monóxido de carbono, 205
en los niños, 535
y angustia, 87
Pánico, 87, 89, 291
homosexual agudo, 402
Parafasia, en la psicosis arteriosclerótica, 231
Parafrenia, 423
Paraldehido, en el tratamiento, de la adicción a la morfina, 210
del alcoholismo agudo, 186
del delirium, 180
del delirium tremens, 189
de la esquizofrenia, 416
de la psicosis maníaco-depresiva, 370
por bromuros, 212
de las alteraciones mentales traumáticas agudas, 221
psicosis por, 215
Parálisis agitante, 289
asintomática, 138
de Lissauer, 137, 148, 149
en la demencia traumática, 224
en la histeria, 308
general progresiva, 85, 116, *Véase* Meningoencefalitis sifilítica
amnesia por, 96
y tumores del cerebro, 286
juvenil, 149, 150
tratamiento de la, 158
sifilítica, *Véase,* Meningoencefalitis sifilítica
y trauma, 139
Paralítico, recuperado, cuidados al, 158
Paralogía, 311
en la esquizofrenia, 387
Paramecium, funciones mentales del, 4
Paramnesia, 95, 97
Paranoia, 60, 77, 95, 421
alcohólica, pronóstico de la, 195
causas de la, 421
diagnóstico de la, 432
forma erótica en la, 427
hipermnesia en la, 95
pronóstico de la, 434
síntomas de la, 424
tipo exaltado, en la, 426
tratamiento de la, 434
y agresión, 92
Pelagra y psicosis, 48
Parergasia, 379
Parestesias, en el cocanismo, 212
Parkinson, James, estudios de, sobre parálisis agitante, 289
mal de, 289
síndrome de, en la psicosis por monóxido de carbono, 205
Parkinson, síndrome de, en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
Parto, traumatismos del, y deficiente mental, 454
Pelagra, anatomía patológica de la, 278
pronóstico de la, 278
psicosis y, 277
reacciones mentales en la, 276
síntomas de la, 278
tratamiento de la, 279
y psicosis de Korsakoff, 190
Penfield, W., 251
y epilepsia traumática, 225
Penicilina en el tratamiento de la neurosífilis, 165
en la meningitis septicémica, 175
en la parálisis sifilítica, 135
y piretoterapia, en la meningitis sifilítica, 156
Pensamiento, asociaciones del, en el paciente psiquiátrico, 119
autístico, 71
bloqueo o pérdida del, 73
curso del, 71
en el maníaco, 355
definición de, 70
dereístico, 57, 71
disperso, 73
esquizofrénico, 390
inclinación del, 73
incoherencia del, 72, 81
inhibición o lentificación del, 72
interceptación del, 73
lento, en la meningitis vertical, 162
obsesivo, 323, 324
onírico, en el delirium traumático, 81, 219
perseveración del, 72
prolijidad del, 72
prolijidad del, 72
racional o realista, 71
trastornos del, 70, 71, 73
vida del, en el paciente psiquiátrico, 119
Pentotal sódico, en el tratamiento de la neurosis de guerra, 347
Pequeño mal, 241
Percepción, en el paciente psiquiátrico, 121
trastornos de la, 67
Perfeccionsmo, en la paranoia alcohólica, 194
Perplejidad, estado de, 84, 87
Persecusión, delirio de, 76
Perseveración del pensamiento, 727
Personalidad(es), 34
actitudes de la, 104
antisocial, 442
cambios de la, en la meningitis vertical, 162
en la parálisis sifilítica, 140

Personalidad, características de la, y constitución, 112
concepto psicoanalítico de la, 298
definición de, 15
desorganización de la, por pánico, 89
epiléptica, 245
equilibrada, 17
excitable, 440
histéricas, uso de la sugestión en, 522
inadecuada, 441
múltiple, 38
paranoide, 422
plan de examen de la, 127
prepsicótica, 265
psicopática(s), 437, 444
clasificación de las, 439
tipos de, 440
y delincuencia, 443
reacciones anormales de la, 116
secundaria, 37
retrato de la, 129
y adicción a las drogas, 211
y demencia senil, 257
y herencia, 42
y traumatismos, 222
Persuasión, en psicoterapia, 520, 521
Pesadillas, en la psiconeurosis postraumática, 226
en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
Peso, aumento de, en la esquizofrenia, 396
pérdida de, y parálisis sifilítica, 141
Petulancia, 87
Peyote, 214
Pick, A., *Véase* Enfermedad de,
Picnolepsia, 242
Picrotoxina, en el examen bajo narcosis, 128
en el tratamiento de la intoxicación por barbitúricos, 213
Pie o mano "caídos" en la psicosis de Korsakoff, 191
Piel del enfermo involutivo, 271
en la demencia senil, 256
en la intoxicación, por barbituratos, 213
por tridione, 250
Pilocarpina, en el tratamiento del alcoholismo, 200
Píloro, espasmo en el, y angustia, 87
Pintner-Patterson, escala de habilidad de, 464
Piramidón, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Piretoterapia, combinada con penicilina, 156
en la corea aguda, 176
por métodos físicos, 155
por proteínas extrañas, 155
valor relativo de la, 156
Pituitaria, trastornos de la, y constitución, 101
Placas seniles, 254
Placer, principio del, 36, 299
Plomo, psicosis por, 203
Pobreza, ideas de, 78
Polineuritis, en el síndrome de Korsakoff, 220
en las psicosis postinfecciosas, 180
Polineuropatía, en la psicosis de Korsakoff, 191
Postura del paciente psiquiátrico, 127
Potter, y la esquizofrenia en los niños, 406
Presbiofrenia, 257
Prince, Morton, 38
Principio de causa-efecto, 62
Prolijidad, del pensamiento, 72
en la deterioración epiléptica, 246
Prostigmina, en los tratamientos convulsivos, 500
Protoplasma, propiedades más simples del, 3
Proyección, 28, 30, 56
investigación de la, 120
mecanismo de ,56
Prueba, de la apercepción temática, 126
de las asociaciones verbales en psicoterapia, 512
de Lange, 144
de Murray, 126
de Roschach, 126
en psicoterapia, 512
y alcoholismo, 183
mentales, Alfa del Ejército Norteamericano, 465
de Arnold Gesell, 463
de Arthur, 464
de Binet-Simón, 462, 463
de Cornell Coxe, 464
de Kuhlman-Anderson, 465
de Merrill-Palmer, 463
de Pintner-Patterson, 464
de Stanford-Binet, 395, 462, 463
de Terman, 463
de Wechler-Bellevue, 464
psicométricas, 462
Prurito, en la abstinencia a drogas, 208
Pseudología fantástica, 442
Pseudorreminiscencias, 123
Psicastemia, 295, 301, 323
y estados compulsivos, 327
Psicoanálisis, 297, 509, 512
como proceso de investigación, 513
como sistema psicoterapéptico, 513
en el tratamiento, de la esquizofrenia, 413
de la histeria, 322
de la neurastenia, 334
de la psiconeurosis, 513
de los estados obsesivos, 328
de niños, 536

Psicoanálisis y esquizofrenia, 396
y técnica del juego, 541
Psicobiología, 1, 61, 323, 378, 509
Psicogénesis contra fisiogénesis, 41
Psicólogo, participación del, en los tratamientos psiquiátricos, 539
Psicometría, orígenes de la, 462
Psiconeurosis, 291, 270, 295
causas de las, 302
clasificación de las, 301
diagnóstico de las, 304
en los niños, 533
mixtas, 301
narcoanálisis en el diagnóstico de, 519
paramnesia en la, 95, 97
postraumática, 226
psicoanálisis en el tratamiento de la, 513
tratamiento electroconvulsivo en las, 502
y esquizofrenia, 409
y lobotomía prefrontal, 506
y psicosis maníaco-depresiva, 365
y traumatismos, 225
versus psicosis, 292
Psicópata, características del, 438
Psicopatía sexual, 442
Psicoplasma, 3
Psicosis, afectivas, 72, 351
alcohólica(s), 182, 184
arteriosclerótica, 229, 232
asociadas a alteraciones orgánicas del sistema nervioso, 288
con desdoblamiento de la personalidad, 43
de Korsakoff, 190, 192
de la corea aguda, 175
de la encefalitis epidémica, 166
de la meningoencefalitis sifilítica, 134
de las prisiones, 449
debidas a drogas, 203
e infecciones, 47
en enfermedades infeciosas, 174
en formas no tuberculosas de meningitis, 174
en la anemia perniciosa, 279
en la corea de Huntington, 289
en la embolia cerebral, 234
en la hipoglicemia, 281
en la meningitis tuberculosa, 174
en las enfermedades cardiorrenales, 234
en los tumores cerebrales, 284
involutivas, 264, 501
maníaco-depresiva, 57, 60, 351
diagnóstico de la, 365
fase depresiva de la, 357
fase maníaca de la, 353
frecuencia de la, 352
pronóstico y evolución de la, 367
psicopatología de la, 362
resultados de los electrochoques en las, 501
Psicosis, maníaco-depresiva, síntomas de la, 353
tipos mixtos de, 362
tratamiento de la, 368
y constitución, 101
y esquizofrenia, 409
y lobotomía prefrontal, 505
y melancolía involutiva, 270
y neurastenia, 333
y sexualidad, 363
narcoanálisis en el diagnóstico de, 519
neurosifilíticas, 161
paranoide(s), 97
involutiva, 272
pelagrosa, 277
por belladona, 215
por benzedrina, 215
por bisulfuro de carbono, 204
por bromuros, 211
por cloral, 215
por drogas, 205
por efedrina, 215
por gases, 204
por manganeso, 203
por mercurio, 203
por metales, 203
por monóxido de carbono, 204
por opio, 205
por paraldehido, 215
por plomo, 203
por sulfamidas, 215
por tiocianatos, 215
postinfecciosas, 179
postoperatorias, 278, 281
producidas por alteraciones metabólicas y endocrinas, 274
psicoanálisis en el tratamiento de la, 514
puerperales, 178
senil(es), 72, 97, 178, 253, 262
diagnóstico de las, 261
pronóstico y evolución de las, 260
tratamiento de las, 261
tóxicas, y alucinaciones auditivas, 70
situacionales, 448
versus psiconeurosis, 292
y adicción a la mariguana, 214
y adolescencia, 45
y agotamiento, 49
y alcohol, 47
y alucinaciones, 69
y ambiente, 49
y constitución, 50
y costumbres culturales, 53
y deficiencias vitamínicas, 48
y deformidades físicas, 48
y drogas, 47
y embarazo, 46
y estado marital, 45, 46
y experiencias alarmantes, 49
y neurosis postoperatorias, 281
y pelagra, 48

Psicosis, y puerperio, 46
y sexo, 48
y trastornos endocrinos, 47
y traumatismos, 48
y tuberculosis, 44, 45
y vejez, 44, 45
Psicoterapeuta analista, preparación básica del, 513
Psicoterapia, 509
abreviada, 519
de grupo, en la neurosis de guerra, 346, 348
y alcoholismo, 198
de sostén, 520
distintos tipos de, 509
en la adicción a las drogas, 211
en la esquizofrenia, 412
en la histeria, 321
en la melancolía involutiva, 272
en la neurosis de guerra, 347
en la paranoia, 435
en la psicosis maníaco-depresiva, 373
postraumática, 227
en las neurosis de ansiedad, 331
genético-dinámica, 509
y alcoholismo, 198
Psiquiatra, actitud del, ante el enfermo, 115, 116
Psiquiatría, alcance de la, 1
dinámica, 12
infantil, 520
psicogénica, desarrollo de la, 294
y medicina general, 4773
Puerilidad, en el delirium traumático, 220
Puerperio y psicosis, 46
Pulso, en el delirium tremens, 188
en la intoxicación por barbituratos, 213
Punción lumbar, en el tratamiento del delirium tremens, 189
Pupilas dilatadas, en la epilepsia, 241
en la esquizofrenia, 396
Purgantes, en el tratamiento de la psicosis por bromuros, 212
Putnam, T. J., 250

QUEMADURA, sensaciones de, en la pelagra, 278
Quimioterapia, en la meningoencefalitis sifilítica, 157

RACIONALIZACIÓN, definición de, 22
Raza y parálisis sifilítica, 136
Reacción(es), del oro coloidal en la neurosífilis vascular, 164
general del paciente psiquiátrico, 127
explosivas, en la encefalitis epidémica, 168
morales, 461
neuróticas o psicóticas, y angustia, 88
paranoides, 423
en la sífilis cerebral, 163
Reacción(es), sociales, 461
tipos de, a tensiones psicológicas, 474
Recuerdo, de la impresión mental, 95
Reese, H. H., y psicosis arteriosclerótica, 232
Referencia, ideas de, 30
Reflejos, ausencia de, en la psicosis por bromuros, 211
cadena de, 5
condicionados y alcoholismo, 199, 200
corneales y pupilares, en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
depresión de, en la intoxicación por barbituratos, 213
rotulianos, en la psicosis de Korsakoff, 191
y taboparálisis, 149
tendinosos, en el delirium tremens, 188
trastornos de los, y parálisis sifilítica, 143
Registro de la impresión mental, 95
Regresión, 35, 57
Reichard, teoría de, sobre la mariguana, 214
Relación(es), interpersonales y angustia, 88
médico-enfermo, en el tratamiento de niños, 536, 537, 539
paterno-filial, 527, 530, 537
Relato escrito, de la vida del paciente psiquiátrico, 121
Represión, definición de, 17
Resistencia, definición de, 20
en psicoanálisis, 515
Respiración, dificultad en la, y angustia, 87
en la encefalitis crónica, 168
Respuestas emocionales, en el paciente psiquiátrico, 128
Retinitis y parálisis sifilítica, 142
Reumatismo, factores psicosomáticos en el, 482
Riboflavina, carencia de, en la pelagra, 277
Riley, encefalitis psíquica de, 168
Riñón, enfermedades del, psicosis en las, 234
Risa, en el deterioro alcohólico, 196
en la psicosis, arteriosclerótica, 230
por manganeso, 204
y cataplexia, 245
Romberg, signo de, y taboparálisis, 149
Roschach, *Véase,* Prueba de,
Rüdin, estudios de, sobre incidencia de la psicosis maníaco-depresiva, 351

SAKEL, Manfred, y el choque con insulina, 489
técnica de, para el tratamiento de la esquizofrenia, 417
Salicilato de sodio, en la corea aguda, 176

Salpêtrière, escuela de la, 295
Sands, y psicosis arteriosclerótica, 231
Schilder, enfermedad de, y prueba de Lange, 142
Seborrea, y encefalitis crónica, 168
Sedantes, en el delirium tremens, 188
y psicosis, 281
Segregación, de los oligofrénicos, 467
Seguridad, sentimiento de, 74
Sentimiento(s) de culpa, en la melancolía involutiva, 267
de debilidad, y agresión, 91
de irrealidad, 86, 90
estéticos, embotamiento de los, 89
Serología, y parálisis sifilítica, 144
Sexo, actitudes que conciernen al, en el paciente psiquiátrico, 119
problemas de, y paranoia, 431
trastornos en el impulso del, 442
en el deterioro alcohólico, 196
y enfermedad de Pick, 259
y epilepsia, 239
y narcolepsia, 244
y parálisis sifilítica, 136, 140
y psiconeurosis, 303
y psicosis, 48, 191, 230, 364
Sífilis, y debilidad mental, 454
Silencios, en el mecanismo de resistencia, 20
Simbolización, 26, 55
Simmonds, enfermedad de, 310
Simpatía, embotamiento de la, 89
Síncopes, en la enfermedad de Alzheimer, 258
Síndrome, amnésico-confabulatorio, *Véase* Síndrome de Korsakoff
compulsivo-obsesivo, 94
de conmoción, 218
de contusión menor, 222
de esfuerzo, 343, 477
de Ganser, 311, 450
de Korsakoff, 97, 180, 220, 221
de Parkinson y psicosis por monóxido de carbono, 205
en la borrachera de golpes, 224
en la encefalitis epidémica aguda, 167
de Symonds, 222
de Wernicke, 48, 189, 195, 271
de Ziehen, 222
y delirium tremens, 189
general cerebral postraumático, 222
postconmocional, 222
talámico, en la psicosis por bisulfuro de carbono, 204
tóxico-orgánico, 116
Síntoma(s) del deterioro alcohólico, 194
de la enfermedad mental, 65
origen y función de los, 66
psicosomático(s), 476, 477
en el sistema gastrointestinal, 478
en los niños, 535
versus, histeria de conversión, 483
Síntomas psicosomáticos, y angustia, 87
sensoriales de la histeria, 307
Sistema endocrino, trastornos del, por tensión emocional, 477, 481
y temperamento, 101
y tipos de reacción, 100
gastrointestinal, síntomas psicosomáticos en el, 478
genitourinario, trastornos del, por tensión emocional, 482
nervioso, desequilibrio del, en la esquizofrenia, 396
psicosis asociadas a alteraciones orgánicas del, 288
vegetativo, y temperamento, 100, 101
respiratorio, trastornos del, por tensión emocional, 480
Sobrecompensación, 24
Sobredeterminación, 316
Somnolencia en la encefalitis epidémica aguda, 167
en la intoxicación, por barbituratos, 213
por dilantín sódico, 250
en la meningitis, bacilar, 162
septicemia, 175
en la neurosífilis vascular, 163
en la psicosis por mercurio, 203
en la uremia, 235
Sonambulismo, 38
en la corea aguda, 175
en la histeria, 311
y psiconeurosis, 302
Sonda, alimentación por, 371
Sordera, cortical, en la parálisis de Lissauer, 149
en la demencia traumática, 224
y reacciones paranoides, 433
Stäbchenzellen, 137
Stanford-Binet, pruebas mentales de, 395, 462, 463
Stern, clasificación de la encefalitis epidémica aguda por, 167
Storch, 148
Subcarbonato de bismuto, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
Subconsciente, teoría de Janet sobre el, 296
Sublimación, definición de, 21
Sueños, 27
contenido de los, 517
diurnos, 38
elaboración de los, 518
en psicoterapia, 512
examen de los, en psicoanálisis, 517
Sugestibilidad patológica, en la esquizofrena, 394
Sugestión, en psicoterapia, 520, 521
Suicidio, en la corea de Huntington, 290
en la intoxicación patológica, 185
en la parálisis sifilítica, 147, 148

Suicidio, en los estados de pánico, 89
en los psicópatas, 372, 441
intentos de, en la melancolía involutiva, 267
y amnesia, 97
por depresión, 86
y delirium, 180
y psicosis, arteriosclerótica, 232
seniles, 262
Sulfamidas, psicosis por, 215
en la meningitis septicémica, 175
Sulfato, de efedrina, en el examen bajo narcosis, 128
de magnesia, en el tratamiento de la adicción a la morfina, 210
y adicción a los barbituratos, 213
Super-ego, 299
Supresión, 18
Suspicacia, 87
en el delirium, 81
Sydenham, corea de, 175 *Véase,* Corea aguda
Symonds, síndrome de, 222

TABOPARÁLISIS, 149
Tálamo óptimo, y temperamento, 101
Talante, definición del, 83
en el paciente psiquiátrico, 118
Taquicardía y angustia, 87
Tartamudez en los niños, 535
Técnica(s), del juego y psicoanálisis, 541
psicoterápicas abreviadas, 519
Temblor(es), en el delirium tremens, 188
en la abstinencia a drogas, 208
en la borrachera por golpes, 224
en la demencia senil, 256
en la encefalitis crónica, 168
epidémica aguda, 167
en la intoxicación por dilantín sódico, 250
en la psicosis, arteriosclerótica, 230
por bromuros, 211
por manganeso, 204
y parálisis sifilítica, 142
Temor, 67
en el delirium traumático, 220
en las enfermedades cardiorrenales, 234
Temperamento ciclotímico, 101
definición de, 101
esquizoide o esquizotímico, 102
hipomaníaco, 102
melancólico ,102
sintónico, 104
Temperatura, en el delirium tremens, 188
Tenacidad, 95
por depresión profunda, 92
Tendencia(s), definición de, 12
homosexuales, y pánico, 89
vida de las, en el paciente psiquiátrico, 119
Tensión, definición de, 87
en el hipertiroidismo, 274
psíquica, 295
Terapéutica, ambiental en psiquiatría infantil, 536
convulsiva. *Véase* Croque
manipulativa, en psiquiatría infantil, 536
ocupacional, en el tratamiento de la esquizofrenia, 414
psicobiológica, 509, 510
Terman, método de, 125
pruebas mentales de, 463
Terrores, en los niños, 533
nocturnos en la corea aguda, 175
Thomas Sutton, descripción del delirium tremens por, 186
Tialismo, 168
Tiamina, carencia de, en la pelagra, 277
reacciones por, 276
deficiencia de, y neurastenia, 334
en el tratamiento, del alcoholismo agudo, 186
de la pelagra, 279
de la psicosis de Korsakoff, 192
de las psicosis seniles, 262
Tics, en la corea aguda, 176
en la encefalitis crónica, 168
en los niños, 535
histéricos, 308
Timidez, en los niños, 534
y psiconeurosis, 302
Timopatías, 84
Tiocianatos, psicosis por, 215
Tiroides, alteraciones del y psicosis, 274
Tirotoxicosis aguda, delirium en la, 275
Tonalidad afectiva, 355
Tonto(s), 458
definición de, 457
descubrimiento del, 468
Toxemia, y deficiencia mental, 454
Trabajadora social, participación de la, en tratamientos psiquiátricos, 538
Trabajo y epilepsia, 249
Transferencia, 28, 295
en el psicoanálisis, 514, 516
Trastornos, endocrinos y psicosis, 47
mentales, 58, 80, 82, 83, 91, 94, 95
clasificación de los, 129
definición de, 60, 61
en la histeria, 310
psicógenos, 116
motores, 58, 83, 91
de la histeria, 308
orgánicos de la conciencia, 82
viscerales, en la histeria, 309
Tratamiento(s) de choque, *Véase* Choque
de la actitud, 539
genético-dinámicos, 509
Traumatismo(s), alteraciones mentales por, 48, 217, 223

Traumatismo(s), craneal, y trastornos de la memoria, 122
del parto, y deficiencia mental, 454
parkinsonismo por, 289
Treponema pálido, cepa neurotropa del, 134, 135
Tridione, en el tratamiento de la epilepsia, 250
Triparsamida, en el tratamiento de la neurosífilis, 165
en la meningoencefalitis sifilítica, 157
en la parálisis sifilítica, 135
Triquinosis, perturbaciones mentales en la, 180
Trombosis, en la neurosífilis vascular, 163
Tropismo, 4
Tuberculosis, como contraindicación de los electrochoques, 499
pulmonar y esquizofrenia, 396
y psicosis, 44
Tubo digestivo, trastornos del, por tensión emocional, 477, 482
Tumor(es) cerebrales, psicosis en los, 284
Tumor frontal, 85
Turbaciones, en el mecanismo de resistencia, 20

Ulcera péptica, etiología psicosomática de la, 478
Unidad psicobiológica, 100
Uremia, trastornos mentales en la, 235

Vacuna tífico-paratífica, en la corea aguda, 176
Vasos retinianos, esclerosis de los y psicosis, 231
Vejez y psicosis, 44, 45
Verbigeración, definición de, 93
Vergüenza, embotamiento de la, 89
Vértebras, compresión de las, en los electrochoques, 500
Vértigo, en el síndrome postconmocional, 222
en la psicosis, arteriosclerótica, 230
por monóxido de carbono, 205
Violencia, en el furor epiléptico, 243
en la intoxicación patológica, 185
en la pscosis arteriosclerótica, 230
en los estados oníricos, 82
Virus, parkinsonismo por, 289
Vitamina B, en el tratamiento de las alteraciones mentales traumáticas agudas, 221
Vitamina D, en el tratamiento de la psicosis por plomo, 203
Vitaminas, deficiencias de, y debilidad mental, 276, 454
en el tratamiento del delirium tremens, 189
de las psicosis seniles, 262
Voegtlin, técnica de, y alcoholismo, 200
Volubilidad, en la psicosis postraumática, 226
Voluntad, 9
Vómitos, en la abstinencia a drogas, 208
en la hidrocefalia sifilítica aguda, 161
histéricos, 309
Von Economo Constantín, 166
encefalitis de, 168
Vorbeireden, 311

Wagner-Jauregg, J., 134, 153
Wassermann, reacción de, en la meningoencefalitis sifilítica, 134
en la neurosífilis vascular, 163
y parálisis sifilítica, 144
Wechsler-Bellevue, escala de inteligencia de, 464
Wernicke, encefalopatía de, 280
enfermedad de, y psicosis de Korsakoff, 190
síndrome de, 48, 189, 195
e hipovitaminosis, 277
y pelagra, 278
Wilson, K., 101, 151
Wolff, experimentos de, sobre úlcera péptica, 479
Wundt, 82

Yakovlev, P. I., 248

Ziehen, síndrome de, 222

Este libro se imprimió y se encuadernó al cuidado de Carolina Amor de Fournier, en los Talleres de la Editorial Intercontinental, S. A. bajo la dirección del maestro impresor Mariano Martínez Cuenca. Se terminó el 27 de abril de 1951 en la ciudad de México.