

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

76

©

31. Genética

ORIENTACION EN EL CAMPO
MENTAL, NORMAL Y
PATOLOGICO

TRABAJO DE TESIS,
QUE, PARA SU EXAMEN PROFESIONAL
DE
MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

JOSE NAVARRO ORIGEL.

1 9 3 6

Respetables Señores Jurados:

En mi afán de presentar algo útil, como tema de Tesis, y deseando ampliar su aplicabilidad, he despreciado el desarrollo Clínicamente comprobable de algunos tratamientos Médicos o Quirúrgicos, que tuve oportunidad de llevar a cabo, en la práctica de mi internado en el Hospital Morelos, referentes a padecimientos Ginecológicos principalmente, (Antivenéreos en general) y en los cuales no hubiera faltado originalidad, material suficiente de casos clínicos y quizá algunas conclusiones prácticas; pero había algo que me atrató más, la Patología Mental. La originalidad en el tema, el procedimiento y en los resultados, no siempre es para todos y por otra parte, es también original la visión unitiva de temas que aunque conocidos, no han formado un todo o no han llenado determinadas finalidades, entre las cuales doy el primer término a la utilidad. Hay además puntos de vista de apreciación personal, que aunque criticables y quizá erróneos, pueden aportar un oriente a Pensadores Aptos, que los hagan producir.

Las finalidades, están expresadas más adelante; bien que me parecen insuficientes los medios de alcanzarlas; pero he puesto en ello todo mi esfuerzo y buena fé.

La labor desarrollada, quizá os parezca nula; mas puedo aseguraros que ha sido para mí, el resultado de meditaciones y ensayos, que me hicieron trabajar y sufrir.

Que los resultados son imperfectos, pobres y tal vez inadecuados, lo sé; pero iniciada esta labor habrá otros que contando con suficiente material, la perfeccionen hasta hacerla llenar el programa propuesto.

No obstante lo expuesto, conyto en la benignidad de Uds. para juzgar el trabajo de un principiante.

Debo consignar mi más sincero agradecimiento, por los buenos consejos y las correcciones realizadas, por los Sres. Dr. Guillermo Dávila G , Dr. Francisco Cuevas y Sr. E. Iturbide.

DEDICO HUMILDEMENTE MI TRABAJO:

A TODOS MIS FAMILIARES.

A MIS SUPERIORES Y MAESTROS:

DR. GUILLERMO DAVILA G.

DR. RAMIREZ MORENO.

DR. FRANCISCO CUEVAS.

A MIS AMIGOS.

PROEMIO

Tres son las miras que nos hemos propuesto alcanzar con el desarrollo de nuestro trabajo:

I.—La posibilidad de enterar fácil y rápidamente aunque sólo sea en forma elemental del campo en que actúa y el objetivo de la ciencia Psiquiátrica.

II.—Divulgar, especialmente entre el sector estudiantil, un oriente que permita la consideración y el ahondamiento en esta clase de problemas.

III.—Actuar como un excitante evidenciando un inmenso sector de conocimientos, poco explotados y de hermosas revelaciones y promesas, que suscite inquietud, con posibilidad de nuevas y útiles aportaciones.

La primera finalidad, fue inspirada en la solicitud de algunos Médicos que, ocupados en la brega profesional, se sentían, por una parte, impedidos de buscar en los tratados de Psicología y Psiquiatría, demasiado voluminosos y explícitos, los elementos que quieren indispensablemente conocer; mientras por otra, requieren con frecuencia en su deseo de cultura general y en la práctica, esas nociones cuya elaboración tuvieron el honor de confiarnos.

En cuanto a lo segundo, fueron varios los motivos, que nos hicieron pensar en tal divulgación:

Hemos deseado evitar a los compañeros que sientan afición por esta rama de la Carrera, las dificultades que nos vimos obligados a vencer para poder pasar el umbral de los dominios de la Patología Humana, en este aspecto tan interesante y poco vulgar.

Hemos deseado también, contribuir con nuestro esfuerzo a poner al alcance del mayor número de personas, (especialmente compañeros estudiantes) un trabajo en el cual hemos procurado evidenciar hasta donde nos fue posible, la

importancia y efectivo valor del sector de la Patología, que estudia la mentalidad alterada. Objeto, en ocasiones, de expresiones satíricas, debidas siempre a la ignorancia.

Por último, el atractivo que sentimos por la Psiquiatría, nos impulsa a buscarle adeptos, que contribuyan a su progreso. Son muy pocos, en nuestro medio, quienes la conocen y la quieren.

Para conseguir tales propósitos hemos procurado resolver dos cuestiones:

a).—La del medio en que actúa la ciencia Psiquiátrica:

La parte del individuo que constituye su Personalidad, la cual se considera dentro de lo normal, en tipos oscilantes entre límites de gran amplitud. No bastaría para su estudio y conocimiento, la determinación del tipo Síntoma de Constitución mental, que constituye *el sujeto herencialmente* apto para reaccionar en perfecto equilibrio con el medio ambiente, ya que, constituciones originariamente ineptas o desadaptadas, se modifican hasta lograr un sintonismo más o menos perfecto, que permite, en todo caso, desempeñar una labor social.

De mayor utilidad y necesario para nuestros fines, es el estudio analítico de la personalidad considerada desde el doble punto de vista de su integración (lo heredado y lo adquirido) y su expresión objetiva (el fondo y la forma) hasta la identificación de la individualidad en los planos del carácter.

b).—El modo como la Persona, realiza y manifiesta su actividad, desde el punto de vista normal y cómo puede estar alterada dicha actividad. En ella comprendemos las Funciones Mentales, Psicológica y Psicopatológicamente considerados. Esta es la Semiología Mental que estudiamos en la Segunda Parte.

Con ello creemos dar el material suficiente para la identificación e interpretación aunque muy superficial, de cualquiera alteración del funcionamiento Psíquico; pero más aún creemos con ello haber dejado en aptitud de emprender un estudio más o menos profundo en Psiquiatría.

Consideramos como aplicación práctica, la solución razonada de los problemas de trato humano, que muy especialmente en la vida profesional del Médico se presentan constantemente; recordando aquello de: Es médico el individuo que, preparado convenientemente *comprende* a sus enfermos aún cuando no siempre logre curarlos. El criterio del Dr. G.

Castañeda, en esta afirmación, me parece irrefutable. Sabemos que ante el peligro, ante la enfermedad, los espíritus más fuertes, se tornan pueriles y se entregan a merced de aquel a quien consideran autorizado y competente, con fe tan ciega, que se aproxima a la superstición. En estas condiciones la actuación del médico es delicada y definitiva en cada detalle; una indecisión, una exclamación pesimista, un pronóstico dado a la ligera, pueden destruir en un momento, una personalidad difícilmente adquirida. El matiz caracterológico de cada enfermo, planteará un problema de trato humano, que se acostumbra resolver empíricamente, por intuición, sin percatarse de que la labor social del médico, es siempre aliviar; y curar lo que esté a su alcance. Labor social cuya perfección está pendiente, de la mayor profundización en el conocimiento de la Psicología Individual de los enfermos. Deseando realizar algo útil y confiados en nuestra sana intención, nos atrevemos a presentar este trabajo, concientes de su imperfección. Anticipamos que los asuntos tratados, lo han sido superficialmente; no ha sido nuestra intención agotar ni uno solo de los temas y su aspecto elemental, define claramente nuestra idea; es un trabajo para *no* iniciados. El complemento de su estudio, se lograría en la consulta de varias Obras de la Especialidad, ya que en ninguna se encuentran todos ellos íntegramente tratados.

PARTE I

La Personalidad Humana

De W. Wundt a nuestros días, no es discutible el concepto aristotélico del *Consensus unus*. La unidad del individuo como ente indiviso, integrado por elementos psicofísicos distintos entre sí; pero realizando una unidad es incuestionable. Las manifestaciones de conducta concientes o no, los actos automáticos y puramente biológicos, no son exclusivamente dependientes del órgano o función que los manifiesta, sino el resultado de la estructura órgano-psíquica en acción, es decir, del sujeto que vive. Una vida individual, constituye pues una unidad descomponible en momentos, no en partes. Los modernos estudios de W. Stern, no obstante lo antes expuesto, han determinado una orientación precisa en el estudio del ser humano estableciendo dos formas a considerar, en el sujeto: El organismo y la Persona. El organismo formado por órganos y cuya estructura y funciones son objeto de la Anatomía y Fisiología. La persona, como productora de la actividad integral o psicológica, dependiente del funcionamiento del ser en general y cuyas propiedades muy numerosas, no son referibles a ninguna de sus partes concretas. Desde luego que, como expresión de un conjunto en equilibrio (la vida psíquica) su clara comprensión y conocimiento, implica el de cada una de las partes que contribuyen a su formación y el desarrollo de la misma. De gran importancia es también la objetivación y lectura de los elementos de *fondo* mediante la determinación del tipo de Constitución mental, que representa, en escala genérica, el aspecto inmediato superior al tipo individual y la *base* más firme de la psicología del sujeto. En efecto, ante

un número de situaciones reaccionales más o menos grande, todo individuo deja entrever a cuál de los tipos de Constitución mental, pertenece; pero como se comprende, no se detiene allí, la labor del Psicólogo y del Psiquiatra; la búsqueda del conocimiento de toda una vida se impone, para llegar a la justa interpretación de los fenómenos presentes. No olvidaremos que las diversas etapas, son el resultado de factores cada vez más complejos y numerosos y que un poderoso apoyo, es indudablemente el conocimiento minucioso de la evolución psicológica de los primeros años que evidencia la muy subjetiva auto y heterocrítica de utilidad como clave de interpretación de las vivencias. No insistiremos, en algo cuya demostración está fuera de nuestro programa, bástenos comprender que la impresión objetiva del ideal de vida, es en cada sujeto, dependiente de los sentidos: "Nada hay en la inteligencia, que no haya pasado antes, por los sentidos" y los sentidos dan exclusivamente reflejos de las cosas; si a ello agregamos la frase de Séneca: "Omnia ad opinionem suspensa sunt" es decir, que ante el modo de ver (la opinión) todas las cosas están supeditadas, comprenderemos la variabilidad infinita, única en cada sujeto, de dicha impresión objetiva. De todo lo cual inferimos, que una investigación que no sea llevada hasta la individualización precisa, es incompleta.

Entendido así, el problema, trataremos de resolver los siguientes subtemas por su orden:

I.—El fondo hereditario de la personalidad humana: a).—Constitución Corporal; b).—Constitución Mental; c).—El potencial de desarrollo intelectual. II.—Estudio de las posibilidades funcionales psíquicas del sujeto y del desarrollo progresivo de las mismas. III.—Las constituciones mentales, como eslabón inmediato superior en la identificación del tipo individual. IV.—El carácter; expresión de la resultante, de los factores integrantes de la Personalidad. Por último, como apéndice en el Capítulo V. Estudio de la vida conciente.

CAPITULO PRIMERO

El Fondo Hereditario de la Personalidad Humana

Si hemos de emplear algunos términos de reciente introducción en la ciencia vale la pena definirlos para no incurrir en confusiones. Johannsen ha dado, al conjunto de caracteres directamente provenientes del plasma germinal, el nombre de Genotipo. A las adquisiciones adaptativas, que el sujeto logra en el transcurso de su desarrollo, desde el momento en que queda potencialmente formado (fecundación) hasta el momento en que se considera, han denominado Lenz y Siemens: Paratipo y el conjunto de rasgos que sirven para caracterizar a un individuo: Fenotipo (Johannsen).

Puede definirse la herencia, como una propiedad de los seres vivientes, mediante la cual se transmiten en una *generación* a otra, caracteres somáticos y funcionales, ya sean éstos normales o patológicos. Desde luego que todo sujeto es susceptible de adquirir y de hecho así sucede, durante su vida, características no heredadas que luego transmitirá a sus descendientes, siempre que, (según Weismann, creador de la teoría de la transmisión hereditaria por los cromosomas portadores de genes), dichas características se hayan imprimido de algún modo en ellos. A este fenómeno se da el nombre de Paraforia; las observaciones realizadas a propósito del mismo, no han aportado sistematización posible y consiguientemente no se han condensado en leyes; el problema está en tinieblas. De lo dicho se infiere una forma de transmisión de caracteres de los Progenitores. Una segunda forma de transmisión, consecuencia de la reproducción sexual, es la Anfimixis o combinación de caracteres paternos y maternos, que dan otras propiedades que no existían

individualizadas, ni en uno, ni en otro. Por último, los propiamente hereditarios los caracteres transmitidos de una generación a otra, llamados parentales o de raza.

Las leyes que rigen a los fenómenos hereditarios son pocas y de aplicación práctica reducida.

Leyes Mendelianas. Las leyes de Mendel, permiten predecir con alguna precisión, la forma en que, propiedades opuestas en algún sentido, presentadas por dos cónyuges, aparecerán distribuidas en la prole. Es indispensable saber cómo se han presentado tales propiedades en los ascendientes de los sujetos en cuestión, ya que pueden darse dos casos distintos: I.—Que los caracteres opuestos de que tratamos hayan sido, o sean presentados por un número más o menos igual en los ascendientes de ambos cónyuges. Se les puede llamar uniformes. II.—Que uno de dichos caracteres tenga predominio numérico claro en los ascendientes de alguno de los progenitores, da la denominación de carácter Dominante y Recessivo se llama, al que queda.

En el primer caso se observa la primera ley de Mendel que se llama de la distribución uniforme de los caracteres por la cual se establece que hay un veinticinco por cien de probabilidades para que un hijo herede la característica paterna, un veinticinco por cien de probabilidades para que herede la característica contraria (materna) y el cincuenta por cien restante, para que presente mezclados en igual proporción los caracteres paterno y materno.

En el segundo caso, cuando habiendo una característica opuesta de los cónyuges, es en uno de tipo Dominante y en otro de tipo Recessivo, la transmisión se realiza en la siguiente forma: En la primera generación, desaparece la característica recesiva, en la segunda y siguientes reaparece en proporción de uno a tres. Esta es la segunda ley de Mendel llamada de la distribución de los caracteres disociados.

Las leyes de Galtón menos conocidas, pero igualmente aplicables y trascendentales son dos y pueden enunciarse así: I.—Ley de la Regresión. Cuando una característica distintiva individual es transmitida por herencia, lo es, disminuida en un tercio de su valor. II.—Ley de pérdida de los ascendientes, según la cual las propiedades o características (fenotípicas) son transmisibles únicamente en proporción geométrica decreciente. Así un Padre da a sus hijos, la cuarta parte de sus peculiaridades en general; al nieto la dieciseisava, etc. La impresión de la lectura, de las líneas

anteriores, parece indicar una extraordinaria sencillez en la predeterminación de los caracteres hereditarios (Genotípicos) pero la realidad es completamente distinta. Si en Botánica y para un solo carácter, tras las condiciones requeridas, las leyes resultan matemáticas, en Biología y para el hombre en quien se presentan innumerables caracteres distinguibles, el problema se complica. A la participación de varios caracteres en el proceso de la herencia, se da el nombre de Polihibridismo. Si se tiene en cuenta que la Gena es la condición, causa interna o mejor, representante de la característica heredable, que su naturaleza no está aún definida, que la presencia de otras genas o su ausencia pueden modificarla, que se producen asociaciones que se fijan en la especie (Linkage), que entre gena y propiedad individual, no hay una relación invariable, es decir que hay genas capaces de determinar varias características (Pleitropía), si como éstas, se toman en consideración otras orientaciones dadas por Polimería, Alelia múltiple, heterostasis, Poligenia, etc., se comprende que para llegar a una correcta explicación de diferencias individuales o de particularidades biológicas de una descendencia, se requiere, no una simple revisión anamnésica, aun cuando resultara ampliamente documentada, sino un verdadero "análisis hibridológico sutil, auxiliado de múltiples hipótesis de trabajo". (Delgado).

En estas condiciones, la simple herencia somática resulta compleja; pero el problema es indudablemente más complicado cuando se trata de la herencia Psicológica y Psiquiátrica, por la influencia muy notable que imprime el medio a los fenómenos psicológicos, por ser fenómenos dependientes del equilibrio total del sér y por la imperfección de la nosografía psiquiátrica. No obstante, es posible llegar a muy halagadores resultados. (1).

a).—*Constitución corporal.*—La transmisión hereditaria de caracteres somáticos, la más conocida y más fácilmente observable, parecería aquí, fuera de lugar si como nos hemos propuesto, es la Personalidad de lo único que tratamos de estudiar. Pero desde el trabajo fundamental de Kretschmer sobre tipología, realizado a base de cuidadosa y amplia observación: Antropometría según técnicas precisas y generalizadas, datos neuroendocrinos y psíquicos, anamnésicos, etc., hasta constituir el Psicobiograma de Kretschmer; sin llegar a conclusiones de alta precisión, nadie puede po-

(1)—Véase trabajo de Delgado, citado en la Bibliografía.

ner en duda las relaciones existentes entre el tipo corporal y el carácter. Sería imperdonable en la actualidad, despre- ciar el tipo corporal, en un exámen de la Personalidad, de ahí, que nos veamos precisados a tocar aunque en forma elemental, este tema en íntima conexión con el sector psico- lógico y por demás interesante y actual. Si entendemos como verdadera, la unidad del sér humano, no se nos escapará que existen relaciones, entre un estado somático y una al- teración de la actividad integral. Sería impreciso y de crí- tica ligera, establecer relaciones de causalidad en todos los casos, en muchos será coincidencia y en otros más las rela- ciones de ambos fenómenos, se realizarán tardíamente, pero es interesante hacer notar, que existen de hecho en muchos casos, relaciones de causalidad y en ellos estriba el funda- mento de la Tipología. El Dr. Adler afirma y creemos que muy fundadamente que el estado corporal del niño, tiene in- fluencia definitiva sobre la personalidad futura del adulto. Desde sus primeros movimientos, descubre el pequeño, la efi- cacia de sus órganos corpóreos y pronto se hace conciente de ella. Más tarde todo defecto orgánico tiene su repre- sentación psicológica.

Se supone que antes de Hipócrates se intentó relacionar el carácter y el soma, primero con la teoría de los "Hu- mores", mucho más tarde en la Frenología de Gall, la teoría de la degeneración mental de Esquirol, el trabajo de Mo- rel y en la actualidad las modernas escuelas Tipológicas Viola, Prende, Nacaratti. La tipología de Kretschmer, por parecernos la de aplicación práctica y de más fácil domi- nio, será la que expondremos someramente, aun cuando entendemos que en este problema no se ha dicho la última palabra.

Kretschmer clasificó en cinco grupos los tipos cor- porales: El tipo Asténico o Leptosómico, el Atlético, el Asténico-Atlético, el Displástico y el Pícnico.

1.—El tipo Asténico o Leptosómico, es el sujeto longi- líneo o de habitus tísico de la Propedéutica Médica. Tiene predominio muy marcado, el diámetro vertical sobre los otros. La cara es pálida y angosta, el perfil angular por la nariz, el cuello delgado, los hombros estrechos, el tórax aplanado y longilíneo, el vientre con escaso panículo adi- poso, las caderas planas. Las extremidades largas y del- gadas con tendencia a la cianosis de manos y pies. Es fre- cuente la ptósis visceral y el corazón pendular así como

la hipoplasia genital. No es rara la pequeña estatura.

2.—El tipo Atlético, de gran desarrollo muscular y oseó, de cuello musculoso y grueso, hombros anchos, pecho igualmente ancho y abombado; el tórax en general con for- ma de tronco de cono invertido, piel gruesa con marcada hipertriquia. Notable longitud de diámetro transversal. En la mujer, se dificulta un poco su identificación por la adi- posidad.

3.—El tipo Asténico-Atlético, como una combinación de los caracteres, de los tipos anteriores, parece un asté- nico con marcado y artificial desarrollo muscular.

4.—El tipo Displástico, con sus tres variedades: Gigan- tes eunucoides, Eunucoides y Obesos pluriglandulares e Hi- poplásticos e Infantiles; se caracterizan por la desarmonía de la forma. Son sujetos mal conformados.

5.—El tipo Pícnico (Hipervegetativo, Macrosplácnico o Bradipsíquico de otros autores) con marcada amplitud del diámetro anteroposterior. La cara, el cuello, el tórax y el abdomen ancho y gruesos. El cuello tan corto, que parece la cabeza, implantada directamente sobre los hombros, la cara se enrojece fácilmente, la doble barba o adiposidad submentoniana es la regla, la calvicie precoz. Los miem- bros cortos y bien configurados, manos anchas y cortas, desde la juventud se empieza a abultar el vientre.

Hay como se comprende, casos inclasificables; pero son los menos. La identificación de los Tipos corporales, tiene su verdadero interés en el hecho de que se corresponden, con una determinada Constitución Psicológica. El Pícnico, tiene clara afinidad por la Constitución Cicioide, mientras la Constitución Esquizoide se observa con máxima frecuen- cia entre los Asténicos principalmente, también aunque en menor escala en los Atléticos y Displásticos. Se infiere igual aseveración respecto a los Asténico-Atléticos. Aclaremos que la observación fue hecha sobre enfermos mentales, pero debemos advertir, que generalmente, el padecimiento mental, es la exageración, el trastorno cuantitativo de la propia Constitución Mental del sujeto. Aplazamos para después, la descripción de las Constituciones Mentales, entre las cuales daremos especial interés a la Ciclotímica, actitud de extra- yección de Jung y a su opuesta la Esquizoide, tendencia a la introversión (Jung) falta de participación de los senti- mientos de los demás (Antempatía) Autismo (Bleuler).

Si es interesante, la identificación del tipo corporal, no

lo es menos el del Sistema que, con su equilibrio, contribuye a determinarlo. El gran Sistema o Sistema Neuroendocrino, que constituye la base, de la sinergia funcional del organismo, realiza por las acciones del Sistema Nervioso sobre las Glándulas de secreción interna y recíprocas, un equilibrio que se manifiesta en múltiples respuestas: Unas de orden subjetivo, la cenestesia o sensación vital, variable según el momento metabólico y el momento psíquico. Otras objetivas, las que más nos interesan y que determinan precisamente el tipo corporal, primer elemento heredado que consideramos. Somos concientes de las variaciones susceptibles de realizarse en él, según las influencias adaptativas del medio, pero nos referimos únicamente al fondo constitucional somático dependiente del equilibrio del Gran Sistema, también heredado. Es indiscutible que un hipertiroidismo debido al aumento de su catabolismo, tiende a ser un sujeto delgado y sí, genóticamente funciona su Tiroides con cierto predominio sobre las antagónicas habrá sido un tipo delgado. Se comprende que sólo con fines explicativos, puede exponerse el problema con esta sencillez; prácticamente las interacciones glandulares dan una enorme complejidad al proceso de desarrollo somático. Dedicaremos unas cuantas líneas a la acción somatopsíquica prepotente de la secreción de las glándulas endocrinas más conocidas, sujetándonos al criterio clínico-experimental de Marañón.

I.—La Tiroides, cuya hiperfunción exagerada, da estos patológicos (Basedow y afines) es de gran complejidad funcional y sólo expondremos sus principales actuaciones. En general aumenta los procesos funcionales: Número de movimientos respiratorios, cardíacos, desarrollo del esqueleto, aumento de la función genital, crecimiento rápido de pelos y uñas, aumento de los glóbulos rojos y monocleosis. Combustión de grasas y enflaquecimiento. En el sector psíquico, no es menos amplia su actuación. Se le debe considerar como un excitante de las funciones mentales. Aumenta el número y rapidez de los procesos psíquicos, afina la afectividad y acelera las voliciones. La Hipofunción tiroidea lleva en los casos extremos al Mixedema y Cretinismo, pero sin ser muy marcada (Síndromes intermedios) se manifiesta con características opuestas al caso anterior, siendo notables, la falta de desarrollo estatural, el metabolismo disminuido, etc. Psíquicamente: Disminución global de la mentalidad, lentitud en los procesos, indiferencia, apatía, inactividad.

II.—La Hipófisis cuya hiperfunción patológica da la Acromegalia, gigantismo y la hipofunción el Síndrome adiposo genital de Frölich, enanismo y diabetes insípida, obra en general, sobre el organismo, por medio de la Pituitrina, elevando la tensión por cardiotonía, reforzando las contracciones del útero ocupado y en general de las víceras huecas: intestino, vejiga, etc., aumenta la diuresis. En el Psiquismo: Pereza funcional, euforia, indiferencia afectiva cuando no es muy marcado el hiperfuncionamiento. Cuando su acción está disminuida, el organismo crece, en cambio hay hipoplasia genital y aun sucede que ya desarrollados los genitales se atrofien, desapareciendo a la vez los caracteres sexuales secundarios. Hay sobre carga adiposa con electividad en las regiones mamarias y glútea. Psíquicamente: hipomentalidad, por disminución de la Atención; en general hay manifestaciones de retraso. Amoralidad por falta de control; las funciones psíquicas superiores, no influyen a los instintos, ni a las tendencias.

III.—La Suprarrenal, gracias a la adrenalina, mantiene el tono arterial, facilita los cambios metabólicos de los músculos en trabajo. A su porción cortical, se debe la colestestina, que contribuye a facilitar la inmunidad y la alimentación de la célula nerviosa. Excita la musculatura lisa; juega importante papel en la producción de pigmentos cutáneos y su distribución. A grandes dosis, determina hiperglucemia con glicosuria. En el psiquismo: Mantiene la fuerza de los procesos mentales, la energía de las voliciones y en cuanto a la efectividad aumenta la tendencia expansiva: Euforia, cólera, impulsivismo, etc. Se dice que aumenta la resistencia del trabajo intelectual. Mientras la hiperfunción da síndromes suprarrenovascular y suprarrenogenital; la disminución funcional da la enfermedad de Addison y el Enanismo Senil. Una deficiencia poco marcada se manifiesta, por aumento del tono muscular, melano-dermia moderada. Psíquicamente: Disminución del rendimiento intelectual, indiferencia, apatía, adinamia.

Hablaremos por último de las glándulas genitales para no citar más; ya que, la principal finalidad de este tema, es llegar al establecimiento de las relaciones íntimas, existentes entre las glándulas de secreción interna, el soma y la psiquis, desde el punto de vista de la determinación del Genotipo y de ninguna manera hacer su exposición completa, cuyo desarrollo amplio y documentado puede verse en la Bibliografía citada.

IV.—La secreción interna del testículo, mantiene en equilibrio el metabolismo de las grasas impidiendo su acúmulo, preside la aparición y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: Distribución del vello, crecimiento de la laringe, predominio de los sistemas óseo y muscular y consiguientemente, determinación de las formas anatómicas. En el sector psíquico. La fuerza discursiva, el control emotivo, la constancia en el trabajo físico y mental en una palabra, las características varoniles. La hipogenitalidad masculina, da los tipos Eunucoides; acúmulos adiposos, en la cadera, vientre y mamas, anormal desarrollo somático, voz femenina, escaso vello. Psíquicamente: Hipomentalidad, inestabilidad afectiva. Se dice que se afinan las dotes artísticas naturales; la irregularidad en el trabajo, es la regla.

V.—Las secreciones de la glándula ovárica desempeñan en la mujer funciones generales, semejantes a las gonadinas en el hombre. Definen el tipo anatómico, la distribución característica de la grasa, del vello, etc., en general están bajo su dependencia los caracteres sexuales secundarios. En el aspecto mental, se le atribuyen actuaciones fantásticas; ya los antiguos buscaban en las alteraciones genitales, la causa de todos o la mayor parte de sus trastornos afectivos la (Histeria de histera matriz). Es indudable su acción en el equilibrio psíquico, aptitudes intuitivas, imaginativas, etc., afectividad hipertrofiada e hipersensible, constancia en las determinaciones, etc. Su hipofunción se acompaña de muy serios trastornos. Se le ha estudiado en todos sus grados, al realizarse la involución natural de la función (menopausis) y en las operadas por tumores de la glándula. El acúmulo grasoso hasta la alteración displástica en los casos extremos, la salida del vello en las regiones mentoniana y nasolabial y un sinnúmero de trastornos subjetivos que tienen su repercusión principalmente psíquica. Las funciones de conocimiento, no quedan intactas, pero lo más notablemente afectado, es el sector afectivo; las variabilidades del humor, con marcada tendencia a reaccionar en forma colérica (distimias) son características. La actividad más o menos alterada de acuerdo con lo anotado.

Nos extenderíamos indefinidamente y en forma infructuosa, si tratásemos de exponer aún somera y elementalmente, como lo venimos haciendo, las acciones de todas las glándulas endocrinas, ya que ni la Neuroglia, tanto tiempo

considerada como tejido de sostén, ni el simple Tejido Conjuntivo, dejan de actuar, según concepción moderna, como parte integrante del Gran Sistema o Sistema Neuroendocrino. Una observación a considerar:

La acción combinada de varias glándulas alteradas es la regla y los síndromos puros, antes esbozados, constituyen la excepción, no obstante la alteración de una predomina, sobre la de las demás, dando sintomatología dominante; comprendemos ahora la multiplicidad de combinaciones.

b).—Un factor más, en la integración del Genotipo, en íntima conexión con el anterior (tipo somático) por medio del sistema Neuroendocrino, es la Constitución Mental, que, como la Personalidad misma, íntegramente considerada, en cualquiera de sus momentos, encuentra su fundamento biológico, su base orgánica, en dicho Gran Sistema, como acabamos de aclararlo por la actuación de las hormonas, sobre las funciones psíquicas. Dupré, fue el primero en llegar al concepto de Constitución Mental, como en la actualidad lo conocemos; pero quien lo expresó con verdadera claridad y lo hizo del dominio del lenguaje científico, fue Bielov definiéndolo como el conjunto de todas las propiedades psicológicas y psicopatológicas transmitidas por herencia. Si es de observación común y puede comprobarse por medios burdos la trasmisión hereditaria de los caracteres somáticos para constituir un tipo determinado, fue muy reciente la fecha (1911) cuando se concretó con seriedad el estudio de algunos tipos de Constitución Mental, perfectamente definidos y caracterizados por un modo constante de reaccionar a los estímulos del ambiente. Desde luego, y los Autores lo hacen notar, que las modificaciones son constantes y de causas tan diversas y precoces que antes del nacimiento las hay y más tarde se multiplican. Se les llama influencias Peristáticas. Sean cuales fueren sin embargo, dichas influencias, las constituciones son susceptibles de modificarse, pero no de cambiar. De lo cual inferimos, la capital importancia, que tiene en el estudio de la vida de un sujeto la determinación de su constitución mental, como base fundamental de su psiquismo. Más adelante, al acercarnos a la determinación del carácter, describimos las Constituciones Mentales, dando a conocer en ellas pudiera decirse, en pobre comparación, el material de estatuas moldeadas cuyo pulimento y verdadero modelado al detalle, que las erige en individualidad es dado por las

influencias peristáticas (Paratípicas) para constituir el Fenotipo.

c).—En último término y como un factor, no por descuidado, menos interesante en la integración del Genotipo, consignamos: *el Potencial de desarrollo intelectual*. Influenciable e influenciado, como los dos anteriores; pero *no* cambiado, por el ambiente (peristásis), susceptible de verse interrumpido en el curso normal de su desarrollo por agentes morbosos o a la inversa de verse favorecido por circunstancias particulares. No podríamos incluirlo en los subtemas anteriores ya que, aun cuando la capacidad de desarrollo intelectual, en último análisis sería en parte carácter somático heredado (tipo de constitución y conformación cerebral) y en parte una propiedad psicológica, da no obstante al evolucionar una característica más; distinta del soma y de la constitución mental, al tipo individual, su capacidad intelectual. Así entendemos la integración del Genotipo, del conjunto de propiedades directamente provenientes del plasma germinal.

Dotado en esta forma el individuo, antes de que se hagan aparentes su constitución corporal y menos aún la constitución mental, que se exterioriza muy tarde, empieza ya a ser influenciado por el ambiente que provoca según los excitantes, reacciones en diverso sentido.

Al estudio de estas reacciones, cuando son el resultado de la actividad integral del sujeto, es decir, cuando son referibles a ninguna parte del organismo en particular, sino a todo él, dedicamos el Cap. II, ordenándolo según el desarrollo de las mismas. De la obra de Psiquiatría de Mira y López, hemos tomado tal ordenación.

CAPITULO SEGUNDO

Estudio de las Posibilidades Funcionales Psíquicas del Sujeto y del Desarrollo Progresivo de las Mismas

Es bien conocido el fenómeno consistente en que los fetos, desde antes de ser viables hasta que nacen (desde los cuatro meses y medio en adelante) hacen notar su presencia por medio de movimientos. Muchos de tales movimientos se producen sin causa aparente y podrían atribuirse, según opinión de Bain a la acumulación de energía proveniente de la nutrición y que necesita descargarse; pero hay en cambio otros a los que se les ve clara coincidencia con fenómenos afectivos de la madre. Hasta hoy no se ha establecido la relación existente entre ellos pero las observaciones datan de muchos siglos. Santa Isabel, cuando recibió la visita de su prima María, Madre de Jesús, sintió cómo, el que más tarde sería San Juan Bautista realizaba en sus entrañas energicos y continuados movimientos, que ella interpretó como signos de alegría. Nosotros hemos tenido oportunidad de hacer varias veces en algunas embarazadas, observación semejante. No hay duda acerca de la existencia de fenómenos psicológicos "in útero", sería prematuro y aventurado opinar acerca de ellos, la observación atenta, metódica y pacientemente realizada, llevará en fecha no lejana a conclusiones bien fundadas que aquilatarán su valor, quizá nada despreciable, en la formación psicológica ulterior del sujeto, por ahora nos concretamos a llamar la atención sobre ellos.

Durante el parto, se considera la actitud del infante al menos hasta la fecha, como pasiva en lo absoluto; no hemos logrado en la literatura a nuestro alcance, conocer opiniones en este sentido; pero nos parece que las diversas

posiciones que dan, la Presentación y su Variedad, son resultado de fenómenos fetales activos, cuya interpretación será algún día referible a un tipo reaccional predominante y quizá con puntos de vista trascendentes en el futuro del Sujeto. Después del nacimiento las manifestaciones reaccionales aumentan y su estudio se hace más accesible. Las escuelas psicológicas, según sus propios postulados buscan las causas determinantes de la conducta. A. Adler encuentra como determinantes del sentido de los actos: El objetivo de la superioridad (tendencia a la superación); la noción conciente de la propia inferioridad y el sentimiento de comunidad. En cambio la escuela Freudiana encuentra en el fondo de las tendencias de todo sujeto (ancestrales): impulsos destructores, instintos sádicos o de muerte que formarían la base de la personalidad en acción. Las denomina "Ello". Después la apreciación conciente del yo y del ambiente, manejada por las funciones cognoscitivas, hasta el raciocinio, da nacimiento a la lógica utilitaria, que oponiéndose a la tendencia primitiva, constituye el egoísmo personal, se llama el "yo". Por fin dependiente de las primitivas tendencias orientales hacia el propio sujeto, sublimando la conducta, existe un tercer núcleo energético de orientación de los actos, el censor del yo, que forma la conciencia moral y recibe el nombre del "Super yo". No olvidaremos a los Clásicos que dan la preponderancia a los instintos de Conservación, Reproducción y Sociabilidad, modificados por la educación que recibe el sujeto según el criterio de los propios educadores. Que algunas teorías son artificiosas y fantásticas, otras incompletas, algunas más resurrección de las antiguas en otros términos, etc., no nos toca discutirlo y nos limitamos a exponerlo.

Desde el punto de vista descriptivo, el que más nos interesa ahora, los actos son clasificados en orden de complicación, de los más simples a los más complejos, en: Reflejos, Deflejos, Reflejos Condicionados o Psíquicos, Reacciones emocionales primarias, Pensamiento intuitivo y Pensamiento lógico.

a).—Los reflejos, cuyo estudio minucioso se debe a Scherrington, son los actos (integrales) más simples. Dependientes del funcionamiento de dos células nerviosas; la sensitiva que recibe en la periferia la excitación y la célula motora que determina el movimiento. Las características de un reflejo, nos son conocidas: Superado el límen de la

excitabilidad, la respuesta es cualitativamente invariable, aun cuando la intensidad de la misma está en ciertos límites dada en razón directa de la intensidad de la excitación, tendremos presente su clasificación en reflejos seriados, alternantes, asociados o agonistas, antagonistas, etc., cuyas características pueden estudiarse en las Fisiologías. Nos corresponde hacer notar, cómo, en este plano funcional el más rudimentario, hay cierta estructura de interrelaciones, (Refl. seriados, alternantes, etc.).

b).—Los Deflejos, constituídos, por determinados actos de más complicación en su desarrollo que los reflejos y que satisfacen necesidades indispensables para la conservación de la vida. (Actos instintivos puros: Sueño, alimentación, defecación, etc.), tienen una significación mayor en la vida psicológica, son modificables ante la modificación de las circunstancias desencadenantes, sin que intervenga en ello la conciencia y tienen ciertas peculiaridades en cada sujeto.

c).—Los Reflejos Psíquicos más complejos aún, que los actos anteriores, tienen ya, cierta actividad psíquica definida, es desde luego, automática, no son controlados por la conciencia y los forma la asociación de dos actos, hasta realizarse siempre en forma sucesiva. Los hay innumerables en cada individuo y de la más diversa aplicación. En ellos se observa, capacidad de aprender (guardar) adaptarse y variar las reacciones, tienen inmensas aplicaciones en la vida práctica y constituyen a veces, medios terapéuticos de un valor nada dudoso. Su aplicación típica la constituye el procedimiento antialcohólico por la creación del reflejo condicionado: Ingestión de alcohol Vómito. El método clásico consiste en la inyección de 0.003 miligramos de Apomorfina, inmediatamente antes de la ingestión de la bebida alcohólica. Después de la provocación asociada del vómito, en siete a diez veces, el vómito se produce espontáneamente tras la ingesta.

Una forma de actuar con mayor contribución psicológica y la más rudimentaria de las ya verdaderamente psicológicas, es la reacción emocional fenómeno afectivo, el primero conocible objetivamente en los principios de la vida psicológica infantil. Se caracteriza por cambios transitorios impuestos al funcionamiento normal del organismo y que lo afectan a todo él. No es por demás recordar, las observaciones de Zondeck a propósito de la reacción emocional

influenciando el funcionamiento orgánico por medio de las Glándulas de secreción ineerna, en particular el Tiroides, cuya secreción aumentada produce en muchos individuos, estados angustiosos más o menos prolongados; determina en ocasiones ataques epileptiformes y llega a poner en peligro la vida de los sujetos. Algún experimentador (Canon), ha llegado a observaciones semejantes por el aumento de la secreción suprarrenal bajo la acción de estados afectivos intensos. Las más rudimentarias formas de reacción emocional son:

a).—La reacción Catastrófica o de Choque. Está caracterizada por la actitud del sujeto, frente al medio, actitud de huida que se manifiesta en todos los planos funcionales. Orgánicamente hay: vaso constricción periférica y congestión viceral, la actitud corporal es la de flexión máxima, actitud del feto intrauterino; en el plano psicológico, la manifestación del terror-pánico, da una sensación indefinible de angustia, de malestar intolerable. La exteriorización de estos fenómenos es fácilmente deducible; los fenómenos orgánicos determinarán: Palidez brusca de los tegumentos, paro cardiaco, enfriamiento de la superficie; al mismo tiempo hiperquinésia intestinal y de las víceras huecas, con expulsión de materias y orina. La descarga endocrina de que antes hablamos, es indiscutible. Los movimientos se suspenden y los músculos contraídos aumentan la resistencia periférica. La psiquis anonadada, deja de funcionar, perdida la orientación en tiempo y lugar. Lo anterior nos exterioriza la suspensión de la actividad y huida esquivando el problema. Así es como se realiza la más rudimentaria de las reacciones del sujeto, frente a las situaciones desconocidas y bruscas, el retirarse de ellas. En el niño recién nacido, ésta es la reacción más frecuente, así como en el salvaje evidenciándonos el paralelismo psicogenético desde el punto de vista Ontogénico y Filogénico (de la Especie).

b).—Reacción Agresiva o Colérica.—Se caracteriza por la actitud de ataque; por la tendencia a actuar sobre la situación hasta dominarla. Sus manifestaciones afectan igualmente todos los planos funcionales: Orgánicos: Vasodilatación, periférica intensa. Actitud inestable, movilidad, con tendencia a la expansión. En el plano psicológico, notable excitación. Objetivamente se aprecia: Enrojecimiento de los tegumentos, que puede llegar a grados muy intensos (cia-

nosis). Agitación motriz, con movimientos de todos los segmentos del cuerpo: Gesticulaciones, gritos, manoteo, etc. La lucha puede culminar, en el triunfo o en el vencimiento. En el primer caso, la reacción continuará por unos momentos idéntica, dando después una sensación de agrado, con sentimiento eufórico, proporcionado, en su intensidad a la lucha. En el segundo, la actitud se transforma en la catastrófica o de huida, abandonando el sujeto, el conflicto. En orden de su frecuencia, se exhibe esta reacción en lugar inmediato inferior a la catastrófica. (Recién nacido y salvaje). Es la segunda forma de la reacción emocional primaria.

Por último, la reacción afectuosa difícilmente obtenible, y la menos frecuente en los primeros estadios de la vida psicológica, es el ideal de la forma de reacción del sujeto frente al medio. El adulto civilizado, da una medida de su perfeccionamiento, en el número de reacciones afectuosas cada vez mayor, y la disminución de las anteriores. En sus características, participa de manifestaciones orgánicas de una y otra de las anteriores reacciones, teniendo además, otras distintas. La actitud del sujeto, es de abandono, de dejo, de fusión con el medio: hay vasodilatación periférica menos intensa desde luego que en la reacción colérica; los ritmos respiratorio y cardiaco se hacen lentos, las inspiraciones profundas; los músculos se relajan, hay tendencia al sueño y a él se llega naturalmente si se continúa indefinidamente en tal reacción. Psicológicamente, satisfacción, euforia. La traducción objetiva es: ligero enrojecimiento de los tegumentos, gesto sonriente, actitud pasiva con inmovilidad y relajación muscular, la curva del metabolismo, disminuída. Se hace notar como detalle importante, la observación de que, en estas condiciones queda destruída la pugna entre el sujeto y el medio ambiente, trascendiendo de sí misma la vida individual. Debe ser considerada como el punto de partida de las formas afectuosas más complejas del adulto. Simpatía, amistad, amor, etc.

Hemos dicho, que tales son las formas primeras de reacción ante las excitaciones del ambiente y las únicas en los primeros estadios de la vida psicológica. Los recién nacidos, en efecto, exhiben ricamente, este contenido psicológico, así como el hombre primitivo, y aún en la psicología comparada se observa paralelismo evolutivo, siguiendo este orden de reacción, según el lugar de la escala zoológica, es

decir, constituyendo la reacción catastrófica, la primera respuesta psíquica del organismo animal. De lo anterior, se infieren interesantes aplicaciones prácticas. Si la evolución natural de las respuestas psicológicas, tiende al predominio de la afectuosa, toda evolución que no se realice en ese sentido es anormal. Podrá ser: Retrasada, insuficiente, retrógrada, etc., según que llegada a cierto nivel descienda; que no llegue al mismo, o que lo haga tarde. Como se comprende tales respuestas y su aparición, son independientes de la actuación conciente y su desarrollo fatal aun a costa de los propósitos, no obstante sus manifestaciones son susceptibles de sufrir modificaciones (concientes o subconcientes) y en ellas se encuentra la base de los procesos de adaptación y compensación como búsqueda de equilibrio, y que más adelante trataremos. La interpretación trascendente de las formas de reacción varía con las escuelas, pero es indudable que la reacción catastrófica, es una respuesta antivitral, tendiente desde luego, a la conservación por la huida, la substracción al peligro, pero ciega. La colérica destruyendo o apartando los obstáculos que se oponen a los deseos o tendencias manifiesta la actuación del sujeto hacia el medio, tiene ya aspecto de elaboración personal. La afectuosa, aun más que la anterior tiene aspecto positivo, con aceptación del medio ambiente y fusión con él.

Haciendo un resumen de lo dicho a propósito de las posibilidades funcionales del sujeto, en la iniciación de su vida psíquica, recordaremos que sin haber llegado aún al plano de lo conciente, hemos analizado una serie escalonada de respuestas a los excitantes externos o internos, empezando por los reflejos, hasta llegar a la forma afectuosa de la reacción emocional, con la observación de que todas ellas se producen como resultado de una fuerza despertada por los excitantes.

Si asentamos antes, que las formas primarias de reacción emocional, pueden realizarse y se realizan efectivamente en fetos no viables; si por otra parte sabemos que cualquier excitante psicológico o no, "in útero" aporta su contribución en la vida ulterior del producto, podemos adivinar, cuanto más decisiva será la acción del medio, según lleve al pequeño, como un torbellino irresistible, a una serie de reacciones catastróficas, a reacciones dominante coléricas o a un equilibrio más o menos adecuado, tendiendo a disminuir las anteriores aumentando el número de las afectuosas, ya que, desde luego, es imposible que haya únicamente estas últi-

mas, si consideramos la vida como un equilibrio, que para conservarse, dada la inestabilidad del medio, sufre variaciones constantes (humorales principalmente) que se traducen en cenestesias de matices cualitativos sumamente variables desde el simple malestar hasta la angustia y del bienestar a la euforia.

Sería prematuro buscar orientes definitivos en esta etapa psicológica, pero es incuestionable la influencia de los excitantes desconocidos y bruscos, que si provocan con frecuencia reacciones de choque determinan más tarde la predisposición a las respuestas de huida. Sucediendo con cada una lo consiguiente, según sean predominantes de ataque, de adaptación y asimilación de medio, etc., y el tipo de constitución heredada.

No se podrá determinar el momento en que la vida conciente hace su aparición, pudiendo inducirnos a error una multitud de reacciones dependientes del instinto, cuya propiedad, selección, etc., nos hiciera pensar en la existencia de la noción de lo subjetivo y lo objetivo. La formación de los reflejos condicionados (para los cuales no es necesario el conocimiento) amplía el campo de acción del sujeto, sin llegar a darle la noción de lo propio y lo extraño; el número creciente de experiencias asociativas, conduce a la aparición de respuestas psíquicas también innumerables. El niño que en días de nacido tiene tan reducido bagaje funcional, al cabo de unos meses, tras asociaciones condicionadas, logra muchas sensaciones, siempre que se realicen las condiciones desencadenantes de una acción y que antes no hubiese logrado en las mismas circunstancias. Concretando: La alegre mamá de un chiquitín, gusta de oír música, cuando toma en sus brazos al bebé, para darle su alimento. Tras haber realizado varias veces esta misma experiencia, observa en su niño una abundante salivación e iniciación de movimientos de succión, cuando a la hora acostumbrada, oye música. En este caso, se ha ampliado el número de signos anunciadores de la alimentación, no es indispensable, el signo objetivo específico desencadenante de la acción, el reflejo psíquico ha ampliado el campo de la experiencia. Así como éste y en una forma amplísima, se aumentan las asociaciones; y éste avance psicológico iniciado, al mismo tiempo que amplía los signos objetivos, inicia también el autoconocimiento con difusas sensaciones agradables o desagradables, que lentamente se especifican en diversos matices afectivos de curiosidad, fastidio, alegría, etc. Estos matices

de las reacciones emocionales primarias, evidencian el avance psicológico del sujeto, la atenuación de los de choque y agresión se presenta igualmente y empieza a formarse un campo conciente, en el cual existirá sensación y sentimiento. A este propósito, se ha discutido el orden cronológico de la aparición, de lo subjetivo y lo objetivo (el yo y el ambiente), desde luego, que hay imposibilidad de lograr con certeza tal investigación, pero se comprende que siendo la conciencia una función sintética, unitiva, y realizándose en el individuo paralelamente excitantes de respuestas emocionales y asociaciones condicionadas objetivas, ambos conocimientos, son dominados progresiva y simultáneamente. En estas condiciones recibe el sujeto, las influencias del medio ambiente, en forma educativa. Desde ese momento se inician con mayor propiedad, las actuaciones externas, como medios de estructuración psicológica y es entonces, cuando Adler hace hincapié en la importancia de la formación de los hábitos para el futuro del sujeto. En su obra: "El sentido de la vida", trata el tema con amplitud, llegando a consideraciones sumamente interesantes y demostrando ampliamente, que el futuro de la profilaxis mental, está precisamente en la forma adecuada de presentar a los niños, sus primeras vivencias concientes, de las cuales nace su ley de conducta o mejor, la impresión objetiva del ideal de su vida.

En esta forma se comprende cómo, a medida que avanzan la Psicología y Psiquiatría, se concretan y precisan los puntos modales, de los problemas de la inadaptabilidad humana. No vacilamos en afirmar que, el perfeccionamiento de la clínica de las enfermedades mentales, se orientará muy en breve, hacia los primeros estadios formativos de la psicología individual.

El conjunto emotivo-intelectual (lo subjetivo y objetivo) que tiene un sujeto, sería según este mismo autor, obra del niño, dependiente de éxitos y fracasos de escasa significación; pero hondamente grabados por ser las primeras vivencias concientes. No es inútil, haciendo un paréntesis, recordar lo que dijimos a propósito de las influencias que, precisamente en esta edad y con mayor fuerza, ejerce en la psicología el estado corporal. Volviendo a lo anterior, entendemos, que si, estas primeras vivencias orientan de tal manera la conducta, en ellas está la base firme, que dirigirá equilibradamente los procesos de excitación e inhibición, bajo cuyo mecanismo combinado se producen actos psíquicos de gran complejidad como son: la irradiación, concentración,

inducción, etc., consideradas por algunos autores, como explicativas de la conducta humana.

Recientemente y como factores de estructuración, han sido estudiados y experimentados con éxito, tres aspectos del medio ambiente, actuando en la Primera Infancia: I.—Las condiciones de *Opulencia* o *Miseria*, *Disciplina* o *Vagabundage*, *Mimos* o *Tramus afectivos*, (entre estos últimos, los traumas Psicosexuales, que para la Escuela Psicoanalista son la base de muchas Psicosis); que o bien, entrenan al sujeto en actitudes cambiantes de adaptación, o lo hacen entender al medio, como algo modificable a su deseo. II.—Los *Quehaceres* (labores) *Ocupacionales*, en los intervalos que dejan las obligaciones escolares y que orientan igualmente la Psicología Individual. III.—Por último, los *Juegos*, cuya estructura está de acuerdo con los elementos materiales y el ambiente psicológico en que el niño vive.

Más tarde, el desarrollo completo de las funciones de conocimiento, hasta llegar a la Crítica normal, cuya expresión es el juicio lógico, atraviesa por un estadio intermedio, perfectamente determinable y en cierto sentido coincidente, en la especie y el individuo. Nos referimos a la intuición, que guía predominantemente, la conducta del hombre primitivo, del niño y de casi todas las mujeres. El concepto a que corresponde con toda propiedad esta expresión, sería la exteriorización de juicios, favorables o no, según el temor o el deseo de una cosa, basados en un sistema afectivo subconciente, cuya aparición es independiente de la voluntad y que se presenta generalmente, en los momentos en que pelagra la vida.

Por último, el pensamiento lógico es el modo más perfecto de actuar psicológicamente: sus características, serán tratadas en la segunda parte de este trabajo, al estudiar las funciones de conocimiento.

Para terminar este capítulo consignaremos en forma breve, las funciones de adaptación y compensación psíquica que constituyen uno de los recursos funcionales del sujeto, de aplicación constante y que, por la marcada predominancia de unos sobre otros, o de muy especiales combinaciones de entre ellos, dan un sello particular a la individualidad. Todo impulso de acción psíquica desencadenado por la excitación de los centros de la sensibilidad intraceptiva o extraceptiva, es la manifestación de un desequilibrio (con un potencial en marcha) que no se terminará hasta tanto

cho de que conserva el significado de la acción, que se desea realizar cambiando el objeto del estímulo, la forma de la respuesta o ambas cosas. De ahí, las tres formas de sublimación: Cambiando el objeto estimulante, se elige otro que constituye el símbolo. Si se cambia la forma de respuesta, se substituye por otra aparentemente inconexa. Y cuando el objeto y la forma han sido cambiados, el hecho queda completamente desfigurado, más el sentido de la acción, conserva su significado. Como se comprende, la actuación del sujeto mediante estos procesos, abarca todos los matices de la actividad psicológica, siendo no obstante electivas y más frecuentes, algunas de ellas, según el tipo de personalidad. Son múltiples los factores que influyen en su producción; enunciaremos: las ambiciones exageradas, los obstáculos vitales o del medio, la autocrítica pobre, etc. Como hemos esbozado en líneas anteriores, cada una de estas funciones tiene en su exageración (como trastorno cuantitativo) un aspecto patológico perfectamente definido; desempeñan importantísimo papel en la estructuración del carácter, no siendo en ocasiones, sino la manifestación de un tipo individual ya constituido.

CAPITULO III

Las Constituciones Mentales Como Eslabón Inmediato Superior, en la Determinación del Tipo Individual

Intentamos en líneas anteriores, exponer en forma concreta, aunque muy somera, dos aspectos de la estructuración de la personalidad: La base esencial el caudal con que cuenta una personalidad que inicia su formación, en el *aspecto estático*: Forma Corporal, Constitución Mental, Dotación intelectual y establecimiento de ligas existentes entre ellos por acciones del Sistema Neuroendócrino y Manifestaciones *dinámicas* psicológicas, desde los más elementales hasta las más complejas, llegando a la integración de la psicología de un adulto civilizado normal.

Sobre este estudio analítico, deberemos hacer una síntesis. Toda personalidad cuya actividad se manifiesta por su propia psicología, tiene como base de sus procesos, un modo particular de reaccionar (según la Constitución Mental) que es susceptible de modificarse y de hecho se le ve casi siempre modificado por la educación, pero no de cambiar. Para aproximarse, en la práctica, al conocimiento de la Psicología de un sujeto, resulta indispensable evaluar su Genotipo y las actuaciones del ambiente, en razón de las posibilidades funcionales del sujeto. Para ambos casos, tenemos material suficiente; pero con toda intención dejamos un hueco al hacer el estudio del Genotipo, el del aspecto Clínico de la Constitución Mental, que resulta ser la expresión del mismo.

La Constitución Mental, ese modo particular de reaccionar, ha sido condensado en tipos clasificados de diversas maneras. Nos atenderemos para su clasificación a la tesis recepcional de Pavón, por parecernos, como él lo expresa,

lo que más se acerca a la realidad clínica. Daremos particular importancia, a la Cicloide y la Esquizoide, por conceptualizarlas como las verdaderamente fundamentales; sus características, las hacen diametralmente opuestas, desde varios puntos de vista y su frecuencia y pureza notables.

Como en todas las clasificaciones, en psicología, la precisión es relativa, los tipos puros escasos y dominan en cambio los mixtos. No podríamos decir otra cosa respecto a las Constituciones Mentales; las hay innumerables, en las que se combinan dos o más de los tipos determinados; pero estas combinaciones, no son arbitrarias, ya que hay constituciones de caracteres diametralmente opuestos o incompatibles. Por razones de brevedad, renunciaremos a su enunciación y descripción.

Las Constituciones clasificadas son: a).—C. Esquizoide. b).—C. Ciclotímica o Cicloide. c).—C. Paranoica. d).—Hiperemotiva. e).—C. Mitómana. f).—C. Psicasténica. g). Epileptoide. h).—C. Perversa. i).—C. Síntona.

a).—Constitución Esquizoide; cuyos representantes se manifiestan en máxima cantidad, en los tipos corporales, Asténicos, según lo habíamos expuesto, está esencialmente caracterizada por la tendencia del sujeto a la introversión (interiorización del "yo" (Jung) o Autismo alejamiento de lo objetivo (Bleuler); imposibilidad de asimilación de los sentimientos de los demás: Anempatía. Se afirma que en el Esquizoide hay afectividad bidimensional que los actos ejecutados a la vista de los demás, están en contraste con la vida afectiva interior, de lo cual se origina falta de unidad en los impulsos de acción y consiguientemente actos extraños, Kretschmer, dice, de bipolaridad existente en sujetos con dicha constitución, siendo un polo de hipersensibilidad o hiperestesia psíquica, e insensibilidad o anestesia el otro, habiendo marcada tendencia evolutiva, a la insensibilidad, primero alopsíquica, con terminación en la analectividad hacia el propio yo. Las relaciones sociales, son artificiosas, superficiales, sin interpenetración, como consecuencia del desinterés. Las variedades de este tipo, dependen del coeficiente psicoestésico, que expresa la proporción entre los elementos hiper y anestésicos. Kretschmer, da las siguientes, que en su nombre se caracterizan: Hipersensible, Aristocrático, Patético-idealista, Frío-despótico, Colérico-obtuso y Holgazán desordenado.

b).—Constitución Ciclotímica (Pavón) o Cicloide (Kret-

schmer) igual que la esquizoide y en general, que todas las constituciones mentales, tienen sus particularidades distintivas, principalmente en el sector de la afectividad, lo cual nos lo evidencia, el empleo que en sus descripciones hacen los autores, de calificativos de los estados de ánimo. Alguien ha dicho que la Constitución Mental, es un síndrome afectivo. Los elementos hipomaniacos (Alegria y actividad) y Melancólicos (tristeza y depresión) existentes en los sujetos de este tipo, en diversas proporciones, dan su coeficiente de humor o proporción diatésica. Esta proporción es sumamente variable y en límites muy amplios, desde la Alegría desbordante hasta la extrema Depresión; más esta variabilidad siempre tiene su origen en el ambiente del cual hay posesión en forma exagerada, con resonancia de los sentimientos de los demás, hasta ser víctima de estados de ánimo, desproporcionados con la causa. Futilezas y detalles sin importancia, llevan a la completa depresión o a la euforia intensa. Recibe su nombre esta constitución de la sucesión en forma cíclica de los estados de euforia y depresión. Los ciclotímicos puros encuadrables en la descripción anterior, los hipomaniacos y los deprimidos según que la proporción diatésica sea predominantemente eufórica o al contrario, son los tres tipos que se han aislado dentro de esta constitución. Los Hipomaniacos son pues, predominantemente alegres, optimistas, activos; mientras los melancólicos juzgan siempre adversa la realidad, sufren, son lentos.

c).—Constitución Paranoica. Tres son las bases afectivas que rigen esta Constitución: El egocentrismo, la desconfianza y el orgullo y sobre ellas todo un caudal de consecuencias en cada uno de los planos psicológicos. En el sector intelectual o cognoscitivo, perversión de las facultades lógicas, por desviación de los valores hacia el propio sujeto, con búsqueda, de relaciones universales con la personalidad; racionalizaciones constantes como medios de adaptación y compensación psíquica. En la afectividad, hiperestesia consecuencia de la sobrevaloración y el egocentrismo o exageración del amor propio, orilla constantemente al descontento, a la desconfianza de los demás y a la indiferencia por los valores ajenos. Sus voliciones son casi siempre abundantes, impulsivas; algunas veces fecundas, son en ocasiones incontrolables, por lo cual hay inadaptabilidad social en los casos extremos.

d).—Constitución Hiperemotiva. Descrita y estudiada

por Dupré, tiene como característica fundamental que el plano afectivo en su totalidad, está sensibilizado al máximo, es decir, hay una disposición morbosa para reaccionar en forma exagerada a los excitantes afectivos. Naturalmente como todo estado afectivo intenso y especialmente la emoción, se acompañan de cambios del organismo que lo afectan en su totalidad. Las respuestas motoras, reflejas o voluntarias, son a veces insuficientes, por anonadamiento de la conciencia, siendo no obsesante, mayores en intensidad, duración y extensión, las reacciones afectivas en general. De lo cual se infiere, la inadaptabilidad a lo brusco e inesperado como lo expresa el Autor. Esta hiperestesia afectiva, hace variar con suma facilidad y rapidez los estados de ánimo. Es identificable en los sujetos desde sus primeros años, lo cual tiene gran importancia práctica en Higiene Mental. Las subdivisiones de Dupré han sido suplantadas ante las modernas de Codet, quien presenta dos grupos: Hiperemotivos simpáticos y Hiperemotivos vagatónicos. De reacciones inmediatas, bruscas, fáciles, ya que, rápidamente se presentan y alcanzan su mayor intensidad, con manifestaciones de simpaticotonia generalizada, los del primer grupo, parecen opuestas las del segundo; sus reacciones de aparente resultado nulo, como no pueden ser aniquiladas, quedan ocultas temporalmente, hasta que brotan transformadas, según procesos de sublimación más o menos complicados en un acceso de cólera, de llanto o de risa. La aplicación práctica se encuentra en la terapéutica de tales estados.

e).—Constitución Mitómana. Una desviación extraordinariamente intensa de la afectividad hacia el propio yo, orienta la fenomenología de la Constitución Mitómana. Los resultados se infieren. Hay desmesurada pasión por el exhibicionismo, ya que los recursos naturales son insuficientes para saciar el ansia de verse admirados y en consecuencia se incuba un enorme complejo de inferioridad. El afán de aparecer, impulsa en forma incontenible a la Mentira consciente, la cual da placer; pero no se detiene allí, pasa a la mentira de los actos, a la simulación, a la ejecución de actos espectaculares; todo ello con conocimiento por parte del sujeto, de que es ficticio. El timo, la calumnia, la ete-roacusación etc., entran en el círculo de las actividades de los individuos mitómanos, por lo cual se concibe su peligro.

f).—Constitución Psicasténica, gira también sobre un sólo eje afectivo, la disolución, la falta de fé en la propia eficacia. Se comprende, un estado afectivo constante de de-

presión, con sensación de cansancio. El complejo de inferioridad muy marcado se acusa en la indecisión. El rendimiento, en todos los sectores de la actividad es casi nulo. La depresión afectiva, se acentúa, en la consideración de la propia insolvencia, hasta increíble pesimismo. La abulia es la regla, y en su limitada acción siempre encuentra el sujeto, motivos de autocrítica, severa.

g).—Constitución Epileptoide o Gliscoroidea, descrita por Minkowska, descansa, según su autor, en dos polos perfectamente definidos. Uno de afectividad suave, pegajosa, viscosa con reacciones retardadas y otro de afectividad tempestuosa, brusca de reacciones explosivas. Como consecuencia del primero, se observa Bradifrenia, pereza mental, meticulosidad, proligidad. En el plano afectivo, sumisión, humildad, obsequiosidad, sociabilidad tenaz y del segundo, explosiones súbitas, con violentas impulsiones. El estado mental de los Epilépticos, presenta, según Mlle. Minkowska, paralelismo con la constitución Mental Epileptoide.

h).—Constitución Perversa. Siguiendo nuestra orientación, que da predominancia al aspecto afectivo en la individualización de las constituciones, la que nos ocupa, estaría fincada sobre una sola base. La inafectividad. Sería, no obstante, indispensable tomar en consideración, en el plano volitivo, el impulsivismo.

Derivado de la inafectividad hay descontrol por parte del psiquismo superior, sobre las tendencias naturales o contranaturales, que se manifiesta por amoralidad o ineptitud para obrar conforme lo socialmente establecido. La actitud del perverso es la de un inadaptado. Logra identificarse desde las primeras vivencias conscientes en los niños, por la crueldad (tendencia a maltratar a los animales) indocilidad, impulsivismo, agresividad, desvergüenza, etc., que más tarde lleva a vicios y a crímenes. Levy-Valenci, distingue dos clases de perversamente constituidos: Los instintivos y los perversos instintivos, según que la conducta sea sólo un desenfreno de los instintos o un desenfreno de los instintos pervertidos.

i).—Constitución Síntona. Ideal, ya que generalmente no se le puede aislar pura, consiste en la perfecta adaptabilidad del sujeto a las exigencias del medio; se comprende que esto se realiza, gracias a un perfecto equilibrio psíquico en todos los planos. En último análisis por su cualidad de vibrar de acuerdo con el ambiente, aun cuando sea de una

manera debida y justa, puede asemejarse a la Ciclotinia Moderada.

La exposición más o menos detallada de las Constituciones Mentales, ha tenido un objeto preciso: La descripción de las tendencias genotípicas puras. Desde luego que en la práctica, no se identifican las constituciones, tal como han sido descritas; como lo insinuamos antes, la mayor parte de las veces, hay mezcla de dos o más y la atenuación de las características, gracias a la educación (influencias del ambiente) es constante, para lograr la adaptación, por lo cual hay necesidad de proceder cuidadosamente para lograr la identificación.

Habíamos dicho que el Genotipo o la suma de caracteres dados por herencia, que forman el Substratum de la vida psíquica de un sujeto, tienen una manifestación que culmina en la tendencia a reaccionar ante los estímulos, de una manera particular, siempre orientada, en un sentido determinado, según la propia Constitución Mental, la cual se puede conocer, en cuidadoso examen Anamnésico y Actual, tras un número más o menos grande de actuaciones del individuo. Sabíamos por los capítulos anteriores y en forma analítica, como la personalidad, descansa sobre una base procedente de los progenitores, que la herencia somática está ligada a la psicología y ambas mantienen un equilibrio de fondo Neuroendócrino; pero la visión de conjunto, el aspecto Clínico de la herencia psicológica, tal como se expresa objetivamente, es decir, la síntesis de la personalidad, no modificada por la peristasis (ambiente, educación, etc.) nos pareció más en su lugar, inmediatamente antes, de tratar del carácter como expresión completa de la Personalidad Humana.

CAPITULO IV

El Carácter

Existe en todo sujeto, un número más o menos grande de particularidades. Defectuosas o meritorias, exaltantes o deprimentes, heredadas, adquiridas, etc., que lo distinguen de los demás, lo individualizan y que expresan un todo indiviso, la Personalidad de un sujeto. A la expresión, a la resultante de los factores integrantes de una Personalidad, actuando, se da el nombre de Carácter. Que se manifieste de diversas maneras, según las circunstancias de tiempo y lugar. (En el seno del hogar, en la Oficina, ante los amigos, etc.), que la conducta aparezca variable, lejos de desvirtuar, el concepto, lo afirma, con una particularidad más, el del sentido de esas variaciones, que encuentran siempre su razón de ser de acuerdo con los factores y su estructuración.

Si recordamos que, por una parte hay factores heredados (Genotípicos) la Constitución Corporal, la constitución mental, el potencial intelectual; mediante los cuales la conducta se realizaría con manifestaciones inadecuadas, respondiendo únicamente a las tendencias expresadas en la propia Constitución Mental; no debemos despreciar, de otra parte, las influencias externas (Paratípicas) como son: excitaciones del ambiente en los diferentes planos funcionales oposiciones del medio, educación, según la ideología de los educadores, inhibiciones, factores de compensación y adaptación. etc., que limando asperezas y modelando detalles, dan la fisonomía propia de una psicología individual. La adquisición de este valor (la psicología del sujeto) basada en cada uno de los factores que fueran analizados es la verdadera labor del investigador. Solamente en estas condiciones puede tenerse una idea aproximada del valor de los actos de un sujeto en un momento dado y cuando se exterioriza un conflicto entre él y el medio, los cimientos fir-

mes para el diagnóstico y más aún para el pronóstico, del padecimiento, sino la más útil orientación para la institución de un tratamiento adecuado al caso particular. Siendo, el carácter, la expresión del equilibrio individual, se concibe, como permite la previsión aproximada, de la reacción del sujeto en un momento dado, proporcionando en muchos aspectos preciosas normas de orientación.

CAPITULO V

De la Conciencia y la Vida Consciente

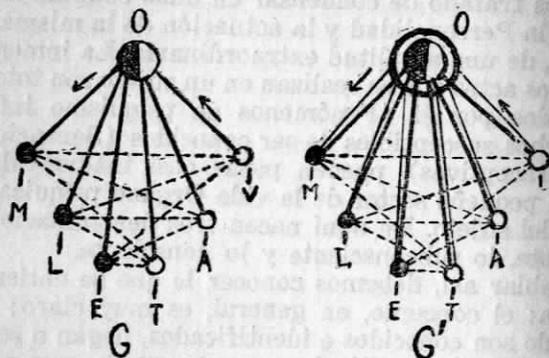
Hemos tratado de condensar en unas cuantas líneas, la noción de la Personalidad y la actuación de la misma, es como vimos, de una amplitud extraordinaria. La inmensa mayoría de los actos que se realizan en un sujeto son totalmente desconocidos por él (Fenómenos de psiquismo inferior); otros muchos susceptibles de ser conocidos (Sensaciones intra o extraceptivas) pueden pasar casi inadvertidos, por última un pequeño sector de la vida Organo psíquica, es del dominio del sujeto. De aquí nacen tres denominaciones. Lo inconsciente, lo subconsciente y lo consciente.

Al hablar así, debemos conocer lo que se entiende por conciencia; el concepto, en general, es muy claro; los actos, cuando son conocidos e identificados, llegan a serlo, por un estado psíquico particular; a este estado, que no existe sino en los procesos psíquicos mismos, se da el nombre de conciencia. Puede decirse que es una cualidad de los procesos psíquicos. No puede ser común a muchos procesos a la vez, ya que, a medida que se fija más la atención, disminuye el número de fenómenos registrables de allí, la limitación de la conciencia; no obstante, hay una extensión más o menos grande que engloba algunos procesos psíquicos conscientes y a la que se llama Campo de la Conciencia. Como tendremos oportunidad de estudiar la atención disminuye el campo de la conciencia, pero lo hace más luminoso, lo cual favorece, la adquisición y fijación de los fenómenos. Habíamos dicho que los fenómenos débiles conscientes, reciben el nombre de subconscientes y aquellos que pasan desapercibidos: inconscientes.

Grasset, psicólogo francés se valió de un esquema, que no por antiguo, deja de ser muy útil se llama el Polígono de Grasset:

Está formado por seis centros psíquicos, inferiores, tres

centrípetos: Auditivo, visual y táctil que reciben las sensaciones. Tres centrífugos: El Centro de la escritura de la palabra y de los movimientos, que exteriorizan las reacciones. Hay un centro superior coordinador. La conciencia. Los Centros inferiores están todos unidos entre sí y cada uno con el centro superior. Los actos psíquicos son de dos categorías: Los de psiquismo superior que siguen las líneas que tocan el centro superior: la conciencia y los marcan líneas continuas. Son los actos conscientes. Los de psiquismo inferior que siguen las líneas que unen entre sí, los centros inferiores (Con línea interrumpida) son los actos subconscientes e inconscientes. (Automáticos).



Nosotros modificaríamos ligeramente el esquema de Graeset, agregando un halo obscuro al centro superior (Conciencia) que representara los planos superficiales o marginales de la misma Fig. G'. Hemos dicho que los actos subconscientes, sin ser del dominio pleno de la conciencia, participan, no obstante de ella; no son pues, en totalidad automáticos y no hay por qué igualarlos con estos últimos. Serían en el segundo esquema, los que, siguiendo las líneas que unen a los centros inferiores con el halo obscuro, tienen representado su trayecto por líneas continuas delgadas en G'.

Así se puede tener idea más o menos aproximada de lo que constituye la vida psicológica.

El hecho de que un proceso psíquico sea conocido por el sujeto; esta última, es la más accesible y consiente el sujeto en quien se desarrolla, no constituye el fenómeno en sí, pero lo perfecciona, de lo cual se infiere que la actividad psicológica en general, es mucho más amplia que la que guientemente, susceptible de ser estudiada, pero contra lo que pudiera pensarse, no es la única que guía en el conoci-

miento de la persona, ya que lo inconsciente y subconsciente, como resultado de una actividad espontánea, incontrollable, deja trascender el fondo constitucional del sujeto, muchas veces encubierto con habilidad por las adquisiciones adaptativas.

El estudio del subconsciente (Preconciencia) fué iniciado por Freud, en las equivocaciones, actos fallidos, sueños etc. El avance de la Psicología con esas nuevas aportaciones es indiscutible; se ha iluminado ya, débilmente, pero con grandes promesas, para el futuro, un campo que los Clásicos habían dejado en tinieblas. Es inútil ponderar el interés de estos problemas que han hostigado codiciosamente a quienes los conocen, creándose una multitud de escuelas Psicológicas, derivadas de la del Maestro Vienés. Lo intrincado de las técnicas, lo imaginativo de las interpretaciones y lo hasta cierto punto hipotético de sus bases, ha impedido el establecimiento de normas precisas, de leyes invariables, que exige la ciencia experimental y es por ello, que, aun cuando a todos inquieta y a todos interesa, aun cuando es objeto de estudio por parte de los estudiosos, no ha logrado imponerse definitivamente como valor científico.

En cambio, el sector de la vida psíquica consciente, es ampliamente conocido y su estudio experimental es el que nos proponemos abordar, en la segunda parte de nuestro trabajo, haciendo recopilación, lo más completa posible y al mismo tiempo tratarla con la mayor sencillez que nos permita el exigente léxico científico.

El sector consciente, según que se dirija al conocimiento del propio sujeto o al de los seres que lo rodean en el tiempo y en el espacio, dá las nociones de Orientación Autopsíquica y Alopsíquica; esta última subdividida en Topopsíquica si se trata de la determinación de los lugares y Cronopsíquica si es el tiempo lo que se debe conocer. No caeríamos en el error, de confundir la conciencia con la Crítica; si es indispensable conocer para criticar la inversa no es verdadera. Seguramente que no sería posible separar ambos funcionamientos, pero mientras abstrayendo se concibe que lo consciente es sensiblemente lo conocido, la crítica implica siempre una comparación de valores. La expresión tener conciencia de la propia personalidad, se presta a confusiones y deliberadamente la hemos evitado, su interpretación puede ser en uno y otro sentido. La crítica es el resultado de altas funciones intelectuales (Juicio y raciocinio) que me-

dante comparaciones infiere valores; será tocado el punto en la exposición de la psicología de dichas funciones. Según las ideas que venimos exponiendo, se tiene conciencia de la personalidad, cuando se distinguen los atributos físicos, biológicos, psíquicos y éticos, que individualizan el propio sér. (Autopsíquica) consiguientemente, gracias a dicho fenómeno sabemos que nuestros movimientos nuestras ideas, nuestros afectos, nuestras voliciones, provienen de nosotros mismos y no de otro sér. La conciencia del medio (Alopsíquica) comprende todo aquello que siendo de nuestro conocimiento en tiempo y espacio, no está incluido en la Autopsíquica: Medio físico (luminosidad, paisajes, temperatura, aereación, sonidos, olores, etc.). En el espacio. En el tiempo: hora, día, estación, año, siglo, etc. Medio Psíquico sumamente complejo; Relaciones con los padres, los familiares, la sociedad, los gremios científicos, artísticos, profesionales, religiosos, etc. Naturalmente de cada uno de estos sectores, nacen un sin fin de estímulos o excitantes que provocan por parte del sujeto, reacciones de diversas especies. (Reflejas, deflejas, emocionales, intuitivas, lógicas, etc.). Muchas inconcientes y subconcientes, otras concientes; estas últimas de los tipos: Cognoscitivo, afectivo, o volitivo predominantemente ya que todo estado de conciencia implica un conocimiento, una tonalidad afectiva y una tendencia de acción. La predominancia de algunos de ellos, dá la clasificación de las funciones en: Intelectuales, afectivas y Volitivas, que en este orden y expuestas de la más simple a la más compleja, serán tratadas en la Semiología Mental.

La conciencia puede estar alterada por: Hipofuncionamiento. Hiperfuncionamiento y Disfuncionamiento.

Al Hipofuncionamiento, se le da el nombre de Omnubilación o Estado Crepuscular. Un sujeto en estas condiciones, tiene muy elevado el lúmen de excitabilidad conciente. La mayor parte de los estímulos que en individuos normales provocan procesos psíquicos concientes, pasan desapercibidos para él. Es constante en los sujetos profundamente intoxicados, en los que sufren síndromos confuncionales, postinfecciosos, en los Epilépticos, inmediatamente después de un ataque, etc.

El Hiperfuncionamiento conciente es el fenómeno contrario al anterior está constituido por el registro anormal

de procesos, por la multiplicidad de los fenómenos concientes y se manifiesta en los estados de excitación psíquica. El ejemplo tipo es la Manía Aguda.

Su Disfuncionamiento, tiene varios aspectos: a).—Desdoblamiento de la personalidad; b).—Cambio total o parcial de la personalidad; c).—Transformación cósmica. Cada una de estas disfunciones de la conciencia, constituye una forma distinta de la real, de las propio y extracepciones; todas ellas implican alteraciones imaginativas y muchas, aun que no todas, profundos trastornos del juicio.

a).—El desdoblamiento de la personalidad es el fenómeno por el cual un sujeto, siente simultánea o alternativamente la existencia de dos individualidades distintas en sí mismo. En el primer caso, cita la literatura médica, ejemplos, en los cuales el sujeto, conserva, aunque transitoriamente, una perfecta lucidez de criterio. Un individuo, intelectualmente superdotado podía, cuando así lo deseaba, sentir simultáneamente, con la propia, una segunda personalidad, que proyectaba fuera de sí, y a la cual interpretaba estados afectivos y gestos; ella le sonreía y él sonreía también. Ribot, que es quien lo escribe, se abstiene de exponer la interpretación precisa, que daba a tal fenómeno, su poseedor, únicamente comenta que durante mucho tiempo le fue motivo de distracción, para más tarde objetivarse, como real y constituir una idea delirante, que a la postre, lo llevó a cortar su vida trágicamente.

El desdoblamiento, con personalidades alternativas, es muy frecuente en los histéricos, quienes tras un ataque de gran mal y cuando vuelven al estado conciente, se sienten cambiados de personalidad, ignoran dónde se encuentran, estando en su propio domicilio, no conocen a sus familiares, etc. Este tema ha sido explotado ampliamente con fines literarios.

b).—El cambio de la personalidad, como dijimos antes, puede ser total o parcial.

1.—El cambio total de la personalidad es un trastorno, al que contribuyen varios factores, siendo quizá fundamental la alteración del juicio con pérdida de la crítica. Lo consignamos aquí como una alteración de la conciencia que registra datos erróneos, como reales, dejando su estudio para un lugar más oportuno. El cambio total con exaltación, recibe el nombre de Megalomanía. (Séres sobrenaturales, adi-

vinadores, generales, reyes, ricos, etc.). El cambio total con depresión hasta el aniquilamiento, Melancolía, hasta el delirio de Negación. (Síndrome de Cotard). Hacen sentirse a los sujetos: Animales, (Zooantropía), Materias, etc., hasta sentirse inexistentes.

II.—El cambio parcial, exige como el anterior, una profunda alteración del juicio y constituye verdaderos delirios. Los sujetos sienten el cerebro de Diamante, el corazón de Oro, los miembros de piedra, etc. Son propios de los delirantes Hipocondríacos y de los Paralíticos Generales Progresivos.

c).—La transformación Cósmica, igual que las anteriores formas de apreciación conciente, tiene matiz de irrealidad, pero implica trastorno básico del juicio. Consiste en un sentimiento de extrañeza, respecto al medio. Se sienten los individuos que sufren este fenómeno, convencidos de la existencia de una transformación, básica de lo que les rodea, en consecuencia, observan fenómenos distintos, con distintas relaciones significativas que los desorientan y llevan a un tipo especial de confusión, al que denominan; Delirio esquizofrénico inicial.

Esta es la forma, como vemos alterada la conciencia en globo, pero el estudio de la alteración de la vida psicológica conciente implica un análisis de cada una de las funciones por separado. Es el material de que se dispone en un momento dado, para la investigación mental, ya que la vida conciente es el único sector, en la actualidad a nuestro alcance. Naturalmente que dichas funciones no pueden leerse directamente, sino a través de la conducta (Actos); del lenguaje (palabras y escritos) principalmente; pero de ellos puede conjeturarse más o menos aproximadamente, los pensamientos, los sentimientos y los impulsos de acción. Nos parece indispensable, conocer, cómo se desarrollan normalmente, las funciones mentales y cuáles son las alteraciones susceptibles de sufrir, para poder apercibirse del estado de las mismas. Este es el objeto de la segunda parte de nuestro trabajo.

SEGUNDA PARTE

PARTE II

Semiología Mental

Antes de iniciar esta segunda parte de mi trabajo, he de advertir que en ella me propongo exponer, en forma analítica, los procesos psicológicos, tal como he podido asimilarlos en las Psicologías Clásica y Moderna, sumando algunas ideas de la Escuela Psicoanalítica que me ha parecido pertinente tomar en consideración, sobre todo en lo referente a los Procesos Afectivos en los que, dichas ideas, resultan de trascendencia capital.

Me pareció útil, dada la índole de este trabajo, estudiar primero, cada función desde el punto de vista normal y a continuación llegar a la apreciación patológica de los síntomas y su clasificación lo cual he tomado en gran parte del curso de Clínica de Psiquiatría iniciado por el Dr. Ramírez Moreno y terminado por el Dr. Dávila. En muchos conceptos, quizá difiera de lo que allí me enseñaron; pero mi deseo ha sido ordenar este trabajo en forma de llegar a constituir una unidad: "La orientación en el campo mental, fisiológica y patológicamente considerado".

Mi labor será ordenar y hacer del lenguaje común, los conceptos fundamentales de estas dos ciencias.

Generalidades

La parte de la actividad psicológica, que forma la vida consciente, está integrada por una triple actividad; representada subjetivamente por el saber, el sentir y el querer y que objetivamente comprende, las funciones intelectuales o de conocimiento, las funciones afectivas y las funciones volitivas. Todas en íntima trabazón en cada uno de los procesos en curso; pero analizables aisladamente, por constituir una manera especial de actividad, que en determinadas condiciones, se manifiesta con predominancia sobre las demás.

Llevaremos a cabo su estudio analítico, siguiendo el orden natural de complejidad con que se realizan las funciones psicológicas que llevan a un acto consciente.

Para obrar conscientemente, se necesita querer, más para querer, es indispensable conocer, punto de vista del dominio vulgar, plasmado en la frase: "De la vista nace el amor". Y la forma de obtener un conocimiento, sigue siempre un orden riguroso: Las primeras adquisiciones son dadas por los sentidos, inclusive la cenestesia, en forma de *sensaciones primero y después de percepciones* (intra y extracepciones) al hacerse conscientes; pero esta adquisición para realizarse necesita el concurso de un esfuerzo voluntario de aplicación de la mente, es la *atención*, que facilita la fijación y conservación del fenómeno, cuya evocabilidad permanece latente, en estas condiciones; es la *memoria*, que contribuye a la posibilidad de realizar combinaciones nuevas de imágenes o representaciones, objeto de la *imaginación*, por medio de la conservación de la misma. Se tiene en estas condiciones el material suficiente, para el desarrollo de otro proceso, el de la unificación de varias representaciones en una sola, tomando en consideración sus aspectos comunes y despreciando sus detalles individualizantes para formar conceptos; en esto consiste el proceso *ideación*. Pero es un fenómeno constante sujeto a leyes, la obtención

en forma involuntaria, de un estado de conciencia por la presencia de otro, ya sea debido a semejanzas, contrastes o contigüidades, en tiempo y espacio de ambos; en esto consiste la asociación. Una forma de mayor complicación y perfección de conocimiento, nos la da el establecimiento de relaciones entre dos expresiones mentales, para su valoración; es la crítica objeto del *juicio* y la etapa última del desarrollo del pensamiento, la más perfecta de las actuaciones intelectuales es el *razonamiento*, mediante el cual y por medio del silogismo, de dos proposiciones o juicios conocidos se deriva otro desconocido; es juzgar lo que no se conoce mediante lo conocido. Ejemplo: Todos los hombres son mortales; yo soy hombre, luego yo soy mortal. Hay dos modos de razonar: Pasando de lo particular a lo general, es la inducción y aplicando lo general a lo particular, es la deducción.

Pero como habíamos dicho antes, todo estado de conciencia se acompaña de una tonalidad afectiva, más o menos intensa y más o menos duradera, según lo que se piensa y las propias tendencias del sujeto y su personalidad. De la intensidad y duración deriva la clasificación de los estados afectivos en: Emociones (intenso y pasajero), Pasiones (intenso y prolongado) y Sentimientos (atenuado y durable). Su estudio será hecho con oportunidad.

Finalmente, conocido un hecho o un objeto que ha provocado un estado afectivo de repulsión o atracción, hace que el sujeto tienda naturalmente a la acción, ya sea con acercamiento, con huida, o con frenación o inhibición que representa negativamente un acto; es una volición, la de no moverse, la de no obrar; en esto consiste la función *Volitiva*, bajo cuyas decisiones se realiza la conducta, ya sea esta: motora, verbal, etc.

El programa está hecho, principiaremos con la *Sensopercepción*.

CAPITULO I

La Sensopercepción

Origen.—El individuo forma con el medio un sistema; las influencias son recíprocas pero en las etapas primeras de la vida, el papel del individuo es casi por entero pasivo, salvo las reacciones elementales colérica o agresiva y afectuosa; recibe sin cesar impresiones producidas por el medio que, en la superficie del cuerpo, irritan porciones terminales de ciertas fibras nerviosas, especializadas para recibir las y transmitir las, dando hechos de conciencia, (conocimientos) de cualidad específica determinada. Es, por la facultad adquisitiva del sistema nervioso y por los cambios constantes que se realizan en el medio, que se producen, estas excitaciones cuya repercusión cerebral constituye las sensaciones.

Distinción entre sensación y percepción.—Habrà que hacer notar a este respecto que la simple apertura de los sentidos, permite la acción del excitante, dando sensaciones brutas (las verdaderas sensaciones) que rápidamente se transforman por el conocimiento. Las sensaciones puras, se concibe, son las adquisiciones más anteriores en la vida de los individuos, cuando no habiendo experiencia, no hay juicios. Son pues las sensaciones los primeros materiales de conocimiento y la identificación de las mismas, su transformación en percepciones, es decir, un producto de transformación secundario, que implica recuerdos que asociados al dato actual precisan su significación; no obstante, para el estudio analítico de las funciones psicológicas y sus trastornos, nos es de mayor utilidad, entender por percepción algo más genérico: El registro conciente de la sensación el elemento más simple de conocimiento.

Clasificación de las percepciones.—No trataremos de investigar si las cualidades específicas de las percepciones, dependen de la porción de corteza cerebral excitada, o de

adaptaciones conseguidas mediante excitaciones siempre del mismo tipo, problema discutido en Psicología, que no nos interesa (Lewes, Wundt, Rosenthal, Goldscheider). La conciencia nos hace perfectamente identificables dichas cualidades y esto nos basta.—Dividiremos las percepciones según el punto de partida de los estímulos que originan las sensaciones en: externas e internas o también en: sensoriales cenestésicas y motoras. Damos a las sensoriales por totalmente conocidas e identificables (vista, oído, tacto, etc.) y trataremos someramente a las demás.

Entendemos como percepciones cenestésicas, las sensaciones concientes cuyos estímulos parten del propio individuo. Ejemplos: fatiga, malestar, calambres, depresión, palpitations, sofocación, etc.—Todo lo cual tiene como punto de partida el funcionamiento del sistema vago-simpático.—Como veremos más adelante el desarrollo del sentido cenestésico, puede llegar a constituir por el hábito del análisis de las percepciones internas, la base, de verdadera psicosis (hipocondría). A este propósito hacemos notar y lo repetiremos en el transcurso de nuestro trabajo, que todo proceso psicológico normal o patológico, va siempre acompañado de tonalidad afectiva particular. Así en el individuo normal y en estado de salud el medio interno se manifiesta por sensaciones agradables que se acompañan de sentimiento de euforia, mientras el enfermo por el contrario, tiene sensaciones desagradables con estado mental peculiar llamado Distimia Endógena.

Las percepciones motoras, en último análisis sensaciones cenestésicas, las dividiremos en: parciales y totales, según nos participen de la estática de las distintas partes de nuestro cuerpo con relación al mismo o de la posición de nuestro cuerpo en el espacio. Los órganos receptores de las sensaciones que dan las primeras son: las articulaciones, cápsulas articulares, tendones ricamente inervados y los músculos, cuya inervación sensitiva, aunque escasa, es conocida desde hace muchos años. Los segundos son dependientes del cerebelo y de una porción del oído interno; el vesíbulo y los canales semicirculares cuyas modificaciones, cambios de presión de la endolinfa, corrientes originadas y choques otolíticos, generan dichas sensaciones. (1)

(1) Para detalles, véase tratado de Fisiología Gley.

TRASTORNOS DE LAS PERCEPCIONES

Entendida así la percepción podemos estudiar sus trastornos. La percepción completa, perfecta, se registra en el adulto cuya cerebralidad es normal y es en él donde con más precisión pueden estudiarse los trastornos, los cuales pueden clasificarse en: Trastornos por aumento, por disminución y por perversión (como en toda función).

I.—Por aumento.—Este caso existe y aun cuando no presenta gran interés para nuestro estudio, es digno de comentarse. La capacidad perceptiva puede aumentar por la educación así, el médico frente al enfermo, el crítico ante la obra que sujetan a su observación, el psicólogo ante la conducta de los individuos, etc.; logran percepciones que la generalidad de los sujetos no tienen. Los ciegos tienen percepciones táctiles y auditivas notables; los tuberculosos aprecian fenómenos auditivos de excepcional finura: "oídos de tísico." En los sueños de hipnosis y estados sonambúlicos, hay extraordinaria capacidad para las percepciones de orientación: (Proezas de equilibrio en trayectos sumamente peligrosos y difíciles). Se da el caso extremo de ciertas hiperestias sensoriales en el cual la percepción débil es perfectamente tolerada, pero los estímulos habituales se hacen dolorosos.

II.—Por disminución.—El caso contrario, se observa normalmente también en circunstancias varias: Todos hemos realizado trabajos por escrito que nos han llevado varias horas cuando concluidos los repasamos, tratando de corregir los posibles errores, no los encontramos a pesar de una búsqueda cuidadosa. Desde luego que los hay y si al día siguiente, hacemos la misma operación nos maravillamos de su evidencia. La fatiga nos ha impedido tales percepciones. En el campo de la patología los ejemplos se multiplican y los fenómenos se acentúan. Las intoxicaciones de origen exógeno o endógeno, los padecimientos toxiinfecciosos etc., contribuyen a producir estos trastornos. Es de observación vulgar que los individuos en estado de ebriedad, no se dan cuenta de sus actitudes, de su porte, del medio en que actúan, etc. Los epilépticos después de un ataque, recobran la conciencia con mucha lentitud, están desorientados, etc., a este estado de ofuscación de la conciencia se da el nombre de Estado Crepuscular. Los enfermos con padecimientos toxiinfecciosos (pulmonía, tifoidea, etc.) en plena intoxicación son víctimas de cierto estado mental, vulgarmente llamado delirante, la Confusión Mental, donde

es característica la insuficiencia de las percepciones (Torpor, Omnubilación). Vemos un caso típico en A. A. de 22 años de edad, víctima de fiebre tifoidea, fue internada cuando la lisis del período febril, no había modificado un cuadro mental caracterizado por: Agitación psicomotriz, inestabilidad de la atención, variadas alucinaciones visuales, ineptitud para alimentarse, etc. La observación se realizó en la esfera de la sensibilidad táctil. Al pasar por su mejilla una torunda de algodón, interrumpió momentáneamente una serie de palabras asociadas por consonancia, que entonces enunciaba, reanudando seguidamente su misma actitud. La excitación repetida muchas veces dió la misma respuesta.

Que hubo percepción nos lo evidencian las interrupciones; pero fué insuficiente, no provocó la respuesta adecuada para impedir la molestia producida.

III.—Por perversión.—Ilusiones y Alucinaciones.—10.—Se entiende por ilusión la percepción errónea provocada por excitante sensible. Roges de Fursac la define: Una percepción que altera las cualidades del objeto percibido y lo presenta a la conciencia bajo forma distinta a la real. Sería inútil citar más definiciones, creo que basta recordar la primera, la más condensada y breve. Es de observación vulgar la percepción errónea, la figura fantástica. Cuando por ejemplo se penetra a la penumbra de una habitación a la que se va con temor. Igual cosa sucede a la luz de la luna en las altas horas de la noche; lo cual orienta hacia el mecanismo de producción del fenómeno, es indudable la intervención de hipótesis perceptivas, sugeridas por motivos afectivos, en el caso, el temor a la penumbra, a la hora, etc. Es también muy conocido el fenómeno de ver en los contornos de las nubes, de las rocas gigantescas, de los árboles, en las manchas de tinta, etc., figuras de animales, caras gesticulantes, etc., a lo cual se da el nombre de Palidolias.

Son una forma de ilusión artificiosa, bajo la acción de la voluntad. La rectificación hace en los casos normales, enteramente transitorio el fenómeno, pero cuando el error no se modifica, se hace patológico evidenciando transtornos del juicio.

Las ilusiones se presentan como: Sensoriales, Cenes-tésicas y Motoras. No es del caso describirlas, pero habrá que llamar la atención sobre el hecho de que las ilusiones visuales táctiles son muy frecuentes en los toxiinfectados e intoxicados por estupefacientes: Los cocainómanos, los

marihuanos, toman el rose de sus ropas por contactos de insectos, víboras, etc. Los intoxicados que padecen Síndrome confusional ven con frecuencia siluetas movibles en los dibujos de los tapices, produciéndoles en ocasiones tal inquietud y agitación, que obligan a que se les cambie de aposento.

Los maníacos presentan el fenómeno del falso reconocimiento. Ven en los compañeros de internamiento, en el médico, en el enfermero, a los miembros de su familia o a conocidos antiguos, llegan aún a tener la ilusión de que no han cambiado de medio cuando han sido internados.

20.—Alucinaciones.—La alucinación es una percepción sin objeto, define Ball; y Levy Valenci encuentra que para que dicha percepción sin objeto, sea alucinación, requiere ser falsamente interpretada, es decir, ser considerada como percepción real y consiguientemente provocar una variación de conducta, de acuerdo con el contenido de la misma. A ese respecto pensamos que si se ha de considerar el fenómeno en sí, basta con que exista la percepción sin objeto. Muy conocido es el fenómeno llamado alucinación hipnagógica, por el cual se perciben sensaciones generalmente acústicas o visuales, sin punto de partida del exterior, en ese estado particular de semiconciencia en que se cae antes del sueño. Es en cambio razonable, considerar como patológica desde el punto de vista psiquiátrico, la alucinación considerada e interpretada como hecho real. Sería un error incluir en este último caso el citado por Roges de Fursac, en la persona del poeta Goethe, a quien le bastaba cerrar los ojos y bajar la cabeza para observar flores de forma cambiante, de perfecta simetría y de distintos colores, como rosetones de arquitectura. Es semejante el caso de un sujeto, que en forma transitoria y tras haber sufrido una sangría fué objeto de alucinaciones visuales, cuyo tema dominante fué la vista de cadáveres de fisonomías que no pudo identificar como conocidas. A este fenómeno se da el nombre de Alucinosis. Es típico también de la intoxicación por el 'Peyote, la aparición de alucinaciones visuales, con conservación de la conciencia.

Caracteres de la alucinación.—Es un carácter común la imperfección de la sensación, su aspecto difuso, impreciso, al modo de caricatura de las verdaderas, no obstante lo cual, los enfermos no logran rectificar su error, esto nos lleva a concluir las profundas alteraciones del juicio en ta-

les sujetos. Los enfermos de muy reducido intelecto, aceptan el fenómeno como verdadero, sin tratar de investigar ni de explicar su causa; otros en cambio, según su capacidad y su grado de cultura inventan hipótesis más o menos ingeniosas. Durante el curso de Clínica nos fué presentado un enfermo que sufría alucinaciones del oído. Allí mismo, frente a nosotros, al concentrar su atención, nos declaró que percibía con claridad injurias. No conocía las voces de quiénes se las dirigían; pero tenía la certeza de que eran sus compañeros de pabellón. La explicación que se daba del fenómeno era original.

“Si el hombre, decía, haciendo uso de la materia bruta, ha logrado dominarla hasta transmitir los sonidos mediante aparatos en los que emplea vueltas de alambre y corrientes eléctricas; con mayor razón mi enemigo, haciendo uso de un material más perfecto, la substancia cerebral de los otros hombres; ha logrado en unos, receptividad (soy yo), en otros poder trasmisor (los que me hablan) a los cuales no culpo, porque sólo son instrumentos de aquel”. Esta explicación, no exenta de ingenio está fundada en una premisa tan falsa, como es la manejabilidad de la substancia orgánica viviente.

Casi siempre las alucinaciones son de carácter penoso, aún cuando puede haberlas agradables. Entre todos los casos que hemos observado con este síntoma, ni uno sólo las presenta de contenido agradable y la reacción es casi siempre defensiva: movimientos exóticos de las manos, de la cabeza, etc., temor, cólera, etc. La coexistencia de las de ambos tipos es frecuente y cuando se presentan en estas condiciones, reciben el nombre de Antagónicas. Los enfermos refieren que mientras escuchan de una voz un insulto, otra los anima, les restituye el concepto moral que creen merecer y aún los exalta. Se dan casos de automutilación, suicidio, crímenes por alucinaciones imperativas que alcanzan en los enfermos el valor de una orden inexorable, no son capaces de contenerlos, ni el instinto de conservación, ni el amor a la familia o al respeto a la sociedad.

Las alucinaciones de los distintos sentidos se combinan hay en ocasiones al mismo tiempo del oído, del gusto, etc., y también se sistematizan cooperando a la formación y sostenimiento de un Delirio.

Clasificación de las alucinaciones.—Las alucinaciones son de tantos tipos como las sensopercepciones. Para su es-

tudio las consideraremos: Sensoriales, Cenésteicas y Psicomotoras.

Entre las sensoriales, las más importantes por su frecuencia, su riqueza en matices y las reacciones a que dan lugar son sin duda las Auditivas. Se distinguen (Seglas) en orden a precisión del contenido en: Alucinaciones Elementales (Acuasmás) cuando solamente se perciben sonidos, murmullos, cuchicheos, etc.

Alucinaciones comunes, si, siendo solamente sonidos, son no obstante identificables: Ruidos metálicos de campana, gritos de animales, voces humanas.

Cuando se precisan íntegramente, se oyen palabras y frases, y muchas veces se conoce la voz de quien las emite, se llaman entonces Alucinaciones Auditivas Verbales, Diferenciadas o Fonemas.

La alucinación Auditiva se presenta generalmente en los dos oídos y los enfermos llaman a quienes les hablan con diversos nombres: Los invisibles, los gnós, etc., les atribuyen poderes extraordinarios y pueden casi siempre localizar la distancia y dirección de donde juzgan fué emitida la voz. Sucede en ocasiones que las voces condensan el pensamiento de los enfermos, dicen entonces que: “Les roban las ideas, que saben antes que ellos, lo que iban a decir.” A estos fenómenos se les llama: Eco del pensamiento y robo del pensamiento, respectivamente.

Hay autores que consideran a estas alucinaciones, como alucinaciones Psíquicas; las hemos consignado aquí por su aspecto de ser frecuentemente oídas por los enfermos.

Las alucinaciones visuales siguen a las auditivas en orden a frecuencia, son tan variadas como ellas y su clasificación es también muy semejante. Las alucinaciones Visuales Elementales, se caracterizan porque por ellas se perciben relampagueos, manchas coloridas, etc.

Como resultado de las alucinaciones Visuales Comunes, se observan siluetas y por las alucinaciones Visuales Diferenciadas, se ven personas, animales, monstruos, objetos, etc. La alucinación visual de animales se llama Zoopsitica y es constante en los enfermos con Delirium Tremens, lo favorece la penumbra y la obscuridad.

Se dan casos interesantísimos de individuos que voluntariamente pueden provocarse alucinaciones visuales, casi siempre alucinaciones Liliputienses así llamadas porque en ellas se ven individuos de talla muy pequeña según

afirman quienes las tienen. Le Roy cita a este respecto, casos sumamente curiosos y en la Cátedra supimos del siguiente. Se trataba de una enferma adulta, que, si deseaba estar con los que llamaba sus hijitos, daba algunas fuertes palmadas y veía surgir de los rincones de la habitación, de detrás de los muebles, etc., un sinnúmero de pequeños individuos de aspecto mefistofélico, de rostro con expresión maliciosa, vestidos con ropas de color rojo fuerte y animados de fáciles y graciosos movimientos; pudiendo ella hacerlos bailar, con ritmo marcado por movimientos de sus manos; entonces los veía formando filas y danzando en medio de la pieza. Pero si los llamaba, todos acudían rodeándola y trepando a sus rodillas y hombros. Tomaba luego alguno de ellos sobre la palma de su mano, mirándolo con atención y simpatía. Súbitamente y a una palmada, la visión se esfumaba, siguiendo los diablitos el mismo trayecto de su llegada. Esta clase de alucinaciones lleva a los enfermos a estados de ánimo eufórico; casi siempre son agradables.

Las alucinaciones Táctiles son percibidas como asperezas, frialdad, viscosidad; quemaduras, cortes, golpes; tocamientos impuros, masturbaciones, presión en los senos, etc. Las alucinaciones táctiles, se asocian casi siempre con las alucinaciones cenestésicas por su carácter más o menos difuso.

Las alucinaciones gustativas y olfativas se observan en los Síndromes persecutorios de los delirios sistematizados alucinatorios y están representados por sabores salados, amargos, etc. y olores repugnantes: Fecaloides, a azufre y otros. Tengo presente el caso de la Srta. T. quien, durante sus comidas sufre ilusiones y alucinaciones. Los platillos le agradan mientras los ve, pero así que empieza a comer se hace tan clara la percepción de sabores desagradables, que principiando por pasar la mano extendida sobre sus viandas, tal como si ahuyentara insectos y cubriéndolas con trozos de papel, acaba por arrojarlas al suelo, presa de raptus colérico ante la inutilidad de sus esfuerzos y precauciones.

Como alucinaciones Cenestésicas podemos citar, las que se refieren a la sensación de falta de vísceras, miembros, etc. En los delirios de Negación se observa tal fenómeno; dicen los enfermos no tener ojos, aún cuando no pueden negar las percepciones visuales. Hay la sensación de

cambio y substitución de órganos; un enfermo afirmaba tener la región glútea de cristal y su conducta, concordante con tal idea, era de lo más extraño. Caminaba despacio y con infinitas precauciones temiendo una caída y evitaba el contacto con otros objetos, protegiendo su región con ambas manos.

La riqueza imaginativa de los enfermos, sumada a factores de orden afectivo, en conexión con trastornos Psicosexuales da en algunos sujetos la percepción de seres que habitan su vientre.

Los hipocondríacos tienen constantemente ilusiones y alucinaciones cenestésicas, que por la exagerada preocupación de su salud, los hace creerse siempre enfermos de algo, obligando a los médicos a tratamientos molestísimos para variados, llegando a constituir cargas molestísimas para quienes los tratan y en ocasiones obligando a innecesarias intervenciones quirúrgicas.

Las alucinaciones Psicomotoras, como lo indica su nombre se refieren a sensaciones de movimiento y se han dividido en Quinestésicas y Verbales. Las primeras, parciales o totales, según la sensación de movimiento experimentada, se refiera a una parte del cuerpo; movimientos gesticulantes, cambios de lugar de un dedo, una mano, una pierna, etc. O bien el cambio sea total, por desalojamiento del sitio que se ocupa, por sensación de vuelo.

Las alucinaciones Verbales son de gran interés clínico y se dividen en Orales y Gráficas. Por las primeras sienten los enfermos en sus órganos de la fonación, movimientos de articulación de palabras, pero la emisión de ellas no se realiza siempre. Cuando hay dicha emisión se tiene: La Impulsión Verbal. La imagen de la palabra en los casos en que no es pronunciada impide la emisión de otras palabras que expresan el pensamiento del enfermo, llegando esto a ser causa de mutismo.

Las alucinaciones Verbales Gráficas, cuando llegan a la impulsión dan escritos cuyo contenido ignora el enfermo (Automatismo Psíquico), Histeria, Mediumismo, etc.

Las teorías patogénicas de la alucinación, han sido hasta la fecha de una insuficiencia científica tan aparente, que no vale la pena consignarlas; quien desee conocerlas puede consultar los manuales de Psiquiatría. Las teorías que tratan de explicarlas son: Organistas, Psicológicas y Mixtas.

Es interesante en cambio el diagnóstico de la alucinación que puede dificultarse por dos motivos.

I.—Por reticencia del enfermo. II.—por su confusión con la ilusión.

En cuanto se esté frente a un enfermo desconfiado, si resultan inútiles toda clase de insinuaciones, se procurará sorprenderlo, cuando se crea solo; las reacciones a que las alucinaciones dan lugar, son casi siempre de una orientación definitiva. Hay muchas veces dificultad insuperable para establecer la distinción entre ilusión y alucinación. La mayoría de las veces, el examen cuidadoso de las circunstancias en que se realiza el fenómeno, evidencia de distinción.

No podríamos concluir este capítulo, sin valorizar semiológicamente este síntoma. Desde luego como lo aclaramos al principio, una alucinación considerada como trastorno patológico por quien la sufre, no es del dominio de la Psiquiatría, sino de la patología orgánica. En cambio, cuando es considerada como una percepción real, evidencia trastornos mentales muy claros. Se la puede considerar como síntoma primitivo y entonces se pensará en una intoxicación endógena o exógena: Alucinaciones Zoopsicas del Delirium Tremens, Estados Confuncionales, etc.

Como síntoma secundario, se le encuentra en los Delirios Sistematizados o no, Alucinatorios y su valorización es difícil; puede decirse que es condicionada por estados emotivos intensos, debilidad cerebral, predisposición imaginativas, falsas interpretaciones, etc.

El pronóstico en ambos casos es serio. En el primero, porque depende de intoxicación muy marcada aún cuando la mayoría de las veces es curable, indicando no obstante, predisposición individual a sufrir trastornos mentales. El segundo por formar parte del cuadro clínico de un padecimiento incurable. (El Delirio Sistematizado Alucinatorio crónico.)

CAPITULO II

La Atención

En orden a complejidad, el proceso psicológico, se sigue inmediatamente a las sensopercepciones es la atención. A su producción como a la de todas las operaciones conscientes, contribuye la afectividad, despertando y manteniendo el interés y la volición; quizá esta última con particular intensidad. Se ha dicho que la atención es un esfuerzo voluntario, una aplicación de la voluntad hacia los estados de conciencia o bien, la obtención de un proceso en el cual un hecho de conciencia ocupe el punto en que la visión conciente es especialmente neta y que se mantenga allí.

Se ha hablado también de monodéismo intelectual; en él se ve un efecto de la atención, no el fenómeno mismo. Los efectos se infieren son la precisión y el aseguramiento de la fijabilidad y evocatibilidad de los hechos de conciencia.

Se divide la Atención en :Directa, Activa o Focal y en Pasiva o Marginal; entendiéndose por la primera a la que como lo indica su nombre, es una actitud activa. La atención directa, se divide a su vez en: Espontánea y Provocada o adquirida. En la espontánea, cabe el estudio de la evolución de esta función. El niño de corta edad, tiene únicamente atención espontánea, es sumamente inestable, necesita fuertes estímulos para realizarse y estos deben ser casi siempre motivos Sensoriales que produzcan placer. Es susceptible de hacerse aumentar en dominio y duración, mediante la educación. Se sabe que está muy desarrollada en los individuos de cultura muy vasta. En cambio en los Oligofrénicos (Retardados mentales) es sumamente rudimentaria, llegando a ser nula en ciertos tipos de idiotas. Se les puede clasificar según el desarrollo de esta función. En los animales inferiores la atención puede considerarse como nula, mien-

tras en ciertos mamíferos superiores (perro, caballo, mono) está muy desarrollada, pudiendo por ello lograrse educarlos. Hay Oligofrénicos ineducables, por carecer de esta función. En los individuos en quienes se logra centralizar las operaciones intelectuales sobre sensaciones, ideas, etc., aislados y tras estimulaciones sucesivas el mantenimiento más o menos largo de las facultades en esas condiciones, se está educando la atención y el logro de tales hechos, por actos voluntarios del individuo nos da el concepto de la atención educada o adquirida.

La atención *Pasiva o Marginal*, es la capacidad de registrar estímulos que se encuentran fuera del campo central de la conciencia, al mismo tiempo que éste se considera. Desde luego que, estrictamente considerado esto no es pasivo, ya que la supresión absoluta de esta capacidad o posibilidad, es el triunfo de la Atención voluntaria adquirida, es decir, una suma de valores del mismo signo.

TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN. I.—Por disminución. II.—Por aumento y III.—Por perversión.

A la disminución de la atención se le da el nombre de Hipoprosexia. Es característica de los estados de fatiga, de surmenage; ciertas *psicosis* de agotamiento, como la Neurastenia, Psicastenia, etc., la presentan de una manera constante. Los enfermos, así como rehuyen los esfuerzos físicos, evitan igualmente todo trabajo intelectual, abrevian sus operaciones mentales y cuando se ven obligados a realizarlas, se cansan rápidamente. Dicho estado, les da la sensación penosísima de su impotencia. Los estímulos externos no encuentran respuesta, hay desconexión del medio, pérdida del interés por sus variaciones; son indiferentes a la sociedad, su medio es su yo, y aún de modo indiferente. Otro modo de atención es, la atención interior, que tiene varios grados: La simple introversión, el ensimismamiento y el éxtasis. Siendo la introversión normal; hay autores que consideran como fenómeno patológico de hiperprosexia el ensimismamiento y esto no se discute respecto al Extasis.

La carencia de Atención se llama Aproxia y se da en ciertos estados de desintegración y carencia psíquicas, en demencias muy avanzadas y en forma innata en algunos Idiotas de primer grado.

II.—La Hiperprosexia fenómeno inverso a la Hipoprosexia, es también patológico, según asentábamos a propósito de las formas de Atención interior. Se observa en los

enfermos místicos atacados de algún delirio y en algunos alucinados. Indudablemente los sujetos víctimas de alguna idea fija, tienen un trastorno hiperproséxico, pero por no ser ese su aspecto más importante, será estudiado más adelante. Igual consideración podríamos hacer respecto a los obsesionados.

III.—El trastorno de la Atención por desviación o perversión, recibe el nombre de Paraprosexia; consiste en la disminución de la atención activa y en una mayor apreciación de los estímulos marginales que se hacen objeto de centralización, pasando rápidamente por la conciencia y llevando a una serie interminable de incoordinaciones, la fuga de ideas que hace pensar en una gran actividad psicológica, no siendo sino un eretismo, una excitación psíquica intensa. (Eretismo cerebral). El caso es enteramente típico en los Síndromes Maníacos; en los llamados vulgarmente Locos Furiosos (las fases de excitación de la Psicosis Maníaco-depresiva) al principio de algunas formas de Parálisis General.

CAPITULO III

La Memoria

Vimos en el capítulo anterior, como, la Atención es una función que limita el campo de la conciencia, aunque de manera trasitoria; la Memoria por el contrario, lo amplía permitiéndonos revivir en segundos, gran número de acontecimientos, muchas veces sucedidos con intervalos de meses y aún de años. Se da el caso notabilísimo de la visión panorámica le toda la vida, en segundos; tal sucede por ejemplo, a sujetos en peligro inminente de muerte: Accidentados, próximos a ahogarse, etc.

Roustan define la Memoria diciendo, que es el poder de evocar estados que han atravesado y desaparecido de la conciencia, reconociéndolos, como elementos de nuestra experiencia anterior. Esta definición aunque precisa, será substituída por otra, más adecuada para nuestros fines, tomando en consideración, que la descomposición analítica en procesos parciales, de que está integrada, es factible. Así la evocación de un recuerdo, implica la conservación del mismo, y ésta a su vez la fijación. La localización en tiempo y espacio es concomitante del desarrollo perfecto de un acto de memoria; sin embargo, me permito consignarlo como una ampliación analítica. Quedaría consiguientemente definida la función Mnémica, como la capacidad para fijar, conservar y evocar, hechos de conciencia, localizándolos en tiempo y espacio.

El estudio de cada proceso parcial ampliaría demasiado un trabajo que por su índole pretendemos que sea breve. Bástenos considerar, que mientras la fijación y la evocación, caen dentro del control de la conciencia, la conservación es una operación inconsciente y el mecanismo de ella, es intensamente discutido según las escuelas Espiritualista y Materialista.

Dada la anterior definición, se tendería naturalmente a conceptualizar como función perfecta, la que lograra mayor número de actos de esta naturaleza en la vida de un sujeto; pero no es independiente del resto del Psiquismo y en el transcurso normal de la vida, es necesario olvidar los recuerdos que torturan, impidiendo el libre ejercicio de las otras funciones, haciendo la vida intolerable y traduciendo-se en déficit de perfeccionamiento.

La Memoria normal que así considerada es imperfecta, constituye un medio defensivo y puede utilizarse cooperando a la realización de las aspiraciones del individuo.

Factores en la relación con el ejercicio de la Memoria.— El concurso de la Atención es de mucho valor, en los fenómenos de memoria; cuando se desea grabar una idea, una imagen, una sensación, etc., se le centraliza y hace operación única de la conciencia, poniendo a contribución espontáneamente la Atención Activa.

El factor efectivo es de una significación imponderable; a nadie se escapa, que los acontecimientos más vivamente presentes, son aquellos que se han acompañado de una fuerte emoción, lo cual se emplea con fines didácticos y explica el valor de los estímulos (Amenazas, obsequios, etc.), de ahí la expresión figurada: "La letra con sangre entra". Los estímulos efectivos desagradables si llegan a ser demasiado molestos, llevan en ocasiones al fenómeno contrario: Amnesias Lagunares por choques emocionales o físicos. Casos de accidentados que olvidan las circunstancias del sucedido, desde un lapso de tiempo, más o menos anterior al desarrollo del mismo. Será tratado el asunto al hablar de Amnesias parciales.

Los procesos Mnémicos, son influenciados también por las Asociaciones, en las cuales se encuentra un apoyo para la identificación de los recuerdos, es decir, de su localización en tiempo y espacio.

Trastornos de la Memoria

I.—Por aumento: Hipermnesia. II.—Por disminución: Hipomnesia, hasta la pérdida: Amnesia. III.—Por perversión: Paramnesia.

I.—La Hipermnesia puede ser por aumento en el número o en la duración de los recuerdos. Es posible en casos

de sujetos, que son normales, desde cualquier otro punto de vista.

Se interpreta como Hipermnesia, la exagerada posibilidad de recordar, observada en ciertos maníacos. Durante el curso de Clínica nos fué presentada una enferma de más de cincuenta años, de mirada brillante, mímica muy aparatosa, gesticulación constante con risas frecuentes, etc., que narraba su Delirio Interpretativo, con increíble riqueza de detalles.

Las Ideas fijas y las Obsesiones, tienen un aspecto hipermnésico pero su verdadero carácter es el de trastorno ideativo y allí se estudiarán.

En general, se observan Hipermnesias en los Oligofrénicos. Hay idiotas con una facilidad extraordinaria para retener, llega a ser tan notable que pasa los límites de lo creíble, haciéndose verdaderamente monstruosa. Se nos refirió el caso de un Idiota que conocía los nombres de los individuos de su pueblo natal, pertenecientes a su generación, con sus edades y la fecha de defunción de los que habían muerto; enunciando tales datos sin titubear en series interminables. A esta clase de Memoria se le da el nombre de Orgánica, su mecanismo es referido a un proceso elemental (de automatismo psíquico) que escapa a la esfera del consciente; se ha comprobado que ignoran el significado de lo que dicen.

II.—La Hipomnesia es un síntoma de las Psiconeurosis de Agotamiento. Los Neurasténicos y Psicasténicos, fatigados, suprimen los esfuerzos evocativos y acusan disminución de la función. La Arterioesclerosis, la Senilidad, la Epilepsia, la P. G. P. y en general las demencias, dan una disminución de pronóstico severísimo, como consecuencia de un proceso orgánico destructivo, irreparable.

Amnesias.—Etimológicamente sería la pérdida de la memoria, la no memoria, lo cual prácticamente no se realiza sino en procesos destructivos muy avanzados, cuando hay destrucción en globo, del Psiquismo. Independientemente del concepto anterior, entendemos por Amnesias, los trastornos por déficit, que afectan a la función memoria. Pueden considerarse, los aspectos referentes: A sus elementos formativos (Fijación, conservación y evocación). A la época de las adquisiciones (Anterógradas y Retrógradas). A la cantidad (Parcial y Total). A la cualidad (Focal y Sistemática).

a).—La Amnesia Anterógrada o de Fijación, tiene co-

mo característica, la ineptitud para guardar el recuerdo de hechos recientes; la comida del día, el empleo del tiempo durante la mañana, etc. Hay autores que no están de acuerdo con este concepto, considerando dentro de los recuerdos recientes, de fijación, los hechos comprendidos desde el principio del padecimiento, por el cual se realiza el examen. Esta Amnesia es articularísima y da un sello inconfundible a los Dementes Seniles y a los intoxicados que presentan Síndrome de Korsakow lo cual no quiere decir, que este síntoma sea tan evidente, como pudiera creerse. El recurso de la fabulación es constantemente empleado por esta clase de enfermos y son los falsos temas desarrollados por ellos en sus contestaciones, tan posibles, tan naturales, tan de acuerdo con la vida y profesión del sujeto, que con gran facilidad se comete el error de conceptuarlos verdaderos, escapándose la apreciación de la Amnesia.

b).—El hecho de conservar, constituye la base del acto de Memoria y su alteración es de significación severa; la Amnesia de Conservación indica la desintegración psíquica; es la más grave de las formas de Amnesia; se manifiesta tempranamente en los P. G. P. y es muy común que los enfermos, dándose cuenta de su trastorno, se valgan de Mnemotecnias y apuntes, para llevar a cabo un programa de ocupaciones, que de otra manera, no llegarían a realizar.

c).—Las Amnesias de Evocación, en su carácter de temporalidad se confunden con la anterior, pero son totalmente diferentes, en cuanto a que, la evocación es dependiente de un esfuerzo voluntario. Típica en el síndrome neurasténico. La evocación puede estar alterada, por causas emotivas intensas; es frecuente el olvido de una idea que nos pertenece, mientras experimentamos una emoción profunda.

Desde el punto de vista de la cantidad de recuerdos que engloba la Amnesia, se distinguen: Las Amnesias Parcial y Total o retroantrógrada. Invertiremos el orden de exposición por comodidad. La Amnesia Total se presenta súbita o paulatinamente; en los llamados Ictus Mnésicos, a consecuencia de traumas conmocionales en el cráneo, tras un coma etc., en el primer caso; y en los casos de esclerosis cerebral senil, paulatinamente. Es frecuente que en las comisarias se encuentren ancianos llevados por los agentes, debido a que han olvidado quienes son, no pueden identificarse ni recordar su domicilio; la desorientación autopsíquica es completa; después de horas o días recuperan su función y se dirigen a su casa por sí mismos. Independiente-

mente del caso anterior las Amnesias totales se presentan según su evolución como: Progresivas, Regresivas y Estacionarias.

La Amnesia Total Progresiva, puede considerarse como normal desde cierta edad de la vida (sesenta años y más, Edad Senil); consiste en el olvido progresivo de los recuerdos en orden inverso a como se adquirieron, (Ley de Ribot). Lo primero en olvidarse son los nombres propios, luego los sustantivos en general, después los adjetivos y al final los verbos. En cuanto a hechos, se olvidan más fácilmente los recientes, conservando los de la juventud y la niñez que se pierden al final. No se llega nunca a estas últimas etapas, si no es mediante procesos patológicos; no obstante, es un hecho invariable, que los ancianos desprecian el presente; sus adquisiciones a esa edad pueden considerarse como nulas, su vida psíquica pende del pasado, las amistades de la infancia, los amores de la juventud, etc.; épocas consideradas por ellos como las mejores de la humanidad. Nos desviaríamos de nuestro plan, haciendo consideraciones a propósito de tal Psicología. La explicación dada a la constancia con que se realiza la ley de Regresión, tendría sin duda alguna un fuerte apoyo, en las condiciones de vitalidad cerebral durante las edades intermedias de la vida. Pero la intensidad de la vida afectiva, que preside la realización de los procesos psicológicos y que, describe una curva parabólica, nos aproxima aún más, a dicha explicación. La arterioesclerosis y la P. G. P. llevan con más o menos rapidez a la Amnesia Progresiva.

La amnesia Total Regresiva sería aquella en que, perdida temporalmente la función se recuperará.

Por fin en la forma Estacionaria; concebida la Amnesia como una disminución de la aptitud para realizar procesos mnémicos, no habría regresión como en el caso anterior, ni seguiría el síntoma una evolución progresiva; allí quedaría. En la actualidad, con el perfeccionamiento de la Psicoterapia en el tratamiento de la P. G. P. se observan con relativa frecuencia, interrupciones y aún pequeñas regresiones en lo que se refiere a las Amnesias. En estos casos, los trastornos permanecen estacionarios; aún cuando este resultado sea transitorio.

La Amnesia Parcial tiene dos modalidades: la Amnesia Lagunar (Ecmnesia) y la Amnesia Sistemática. La primera se refiere al olvido de trozos más o menos lar-

gos de vida consciente. Es frecuente como fenómeno defensivo en los choques emotivos muy intensos, tal como lo afirmamos antes. Se nos refirió el caso de un joven profesionalista, que habiendo sido víctima de un accidente, olvidó por entero un buen número de horas del transcurso de su vida consciente. El caso fué así: Salió de descanso al pueblo en que vivía un amigo y compañero suyo, y en el transcurso de su estancia, disfrutando de un paseo en automóvil, se vieron precisados a cruzar una vía del ferrocarril, sucediéndoles, que en esos momentos, venía un convoy a toda velocidad y el coche se quedó parado en medio de la vía. El resultado puede inferirse: el coche quedó destruido, el compañero que lo conducía fué igualmente deshecho y el sujeto a quien nos referimos sufrió serias lesiones, salvando no obstante su vida. Cuando recobró el conocimiento, le fué imposible recordar lo que había sucedido, ni aún acontecimientos de horas antes del accidente.

Otros casos no raros de Amnesias Lagunares, los presentan los Histéricos. Tras un ataque de Gran Mal, según citamos a propósito de los cambios de la personalidad, una enferma se despertaba con desconocimiento del medio, sintiéndose otra. Después de un tiempo más o menos largo, recobraba su personalidad primera, olvidando el tramo anterior de su vida.

Amnesia Sistemática.—Trae como consecuencia el olvido de conocimientos, en lo que pudiéramos llamar la Memoria Hábito.—Aclararé mi concepto. Bergson en su obra, *Materia y Memoria*, distingue dos formas de conservación: 1o.—Como mecanismo motor almacenado en el cuerpo. 2o.—En forma de recuerdos propiamente psicológicos. El ejemplo es clásico: Una lección aprendida de memoria se lee varias veces. La aptitud para repetir fielmente, la serie de movimientos conducentes a enunciarla, es un recuerdo hábito. La evocación del recuerdo de cada lectura aislada, de la impresión causada por la primera de ellas, etc. son recuerdos psicológicos. Generalizando, pensamos que así como se logra esa aptitud motora para una lección, se logra igualmente un hábito motor, visual, acústico, etc., para cada palabra, cuando en los primeros años de la vida fijamos el simbolismo de los términos oídos, escritos, etc., y también para recuerdos sistematizados: Aritmética, Música, etc. La pérdida de cada una de esas aptitudes, de una forma de Amnesia Parcial Específica o Sistemática, la cual es dependiente según la teoría de los centros localizados de las funciones,

de su lesión. Ej. Imposibilidad de hablar en un idioma antes dominado; imposibilidad de leer escritos musicales, números, etc.

Por último los trastornos de la Memoria por Perversión, reciben el nombre de Paramnesias, fenómeno consistente en la evocación de hechos que no han sucedido o de hechos sumamente alterados. Por tener un aspecto predominante imaginativo, serán tratadas en el capítulo siguiente.

CAPITULO IV.

La Imaginación

La complejidad de la función imaginativa, impide el establecimiento de relaciones de sucesión con el proceso anterior; efectivamente la memoria, interviene en los procesos imaginativos prestando únicamente, el material de imágenes y representaciones, objeto de la función; pero de ninguna manera contribuye al mecanismo de producción de sus actos. No obstante su complejidad se le ven ligas intermedias entre la memoria y la ideación desde un doble punto de vista.

a).—En primer lugar tanto en la evolución de la humanidad (Filogenia); como en la del individuo (Ontogenia) ha aparecido, pudiera decirse, perdonando la expresión, con simultaneidad y precozmente. El niño y el hombre primitivo, han encontrado en lo maravilloso, la causalidad de los fenómenos de la naturaleza; a este respecto es interesante hacer algunas consideraciones.

El niño manifiesta su actividad imaginativa, mucho antes que sus aptitudes razonadoras su afición a lo fantástico es por demás conocida. El momento adquisitivo de la capacidad, de formar hipótesis, se manifiesta por el ejercicio de cierta voluntad rudimentaria y de memoria compleja; traducidos por actos, generalmente juegos, de complicación creciente. Puede entonces observarse, la etapa del desarrollo imaginativo, llamada Animismo, en la cual los objetos son humanizados, se les considera como entes pensantes, capaces de sentir emociones, etc. Se cuenta de un niño que, impresionado al considerar que los guijarros de la carretera miraban siempre el mismo paisaje, los transportaba, compadecido. Este mismo fenómeno, observado en el hombre primitivo le hacía escuchar en el murmullo del bosque, la conversación de los árboles y de habitantes invisibles. En los ruidos atmosféricos, el rayo, el huracán, etc. El estado

de ánimo de los vientos. Todo lo cual tras haber dado origen a mitos aislados, constituyó un sistema religioso: La Mitología. La tendencia a lo mitológico, persiste en la humanidad aún a través de inmensas edades y civilizaciones vastas, bajo una forma nueva: La Leyenda. Un personaje conocido, popular, llega a ser idealizado, encarnado el espíritu belicoso de un pueblo, la cortés galardía de una raza o bien por el contrario, es la personificación del carácter cruel, despiadado, sanguinario, pero en ambos casos, imaginativo, irreal.

b).—Considerada como función constituida, en sus dos formas: la de la imaginación reproductora que puede asimilarse a la función Mnémica, como memoria de imágenes y el perfeccionamiento de la misma como una función intelectual secundaria, de elaboración personal cognoscitiva, la imaginación creadora, superior a la memoria en su aspecto de elaboración mental, pero inferior a las formas de conocimiento ideativo, ya que la imagen es una representación más o menos concreta, mientras que el concepto es un esquema de conocimiento cualitativo, cuantitativo o de relación.

Determinado así su lugar y su modo de aparición, agregaríamos únicamente que en la actualidad y para las Psiquis de nuestros niños, más o menos perfeccionadas, sería imposible determinar mediante observaciones concretas el desarrollo natural de la imaginación, ya que, el medio civilizado lo reprime como un principio de locura, y pronto recibe el niño explicaciones razonadas. Definiríamos la función diciendo que es la facultad de reproducir imágenes conocidas o de formar combinaciones con ellas, dándoles así un carácter de originalidad o creación. De allí se infiere su división en: Imaginación reproductora de la que se ha dicho que es la Memoria misma, lo cual no es objetable, conservándose desde luego la particularidad de ocuparse de representaciones sensoriales, tendientes a la objetivación.

La Imaginación Creadora, complejísima, por medio de disociaciones, síntesis, etc. contando con materiales: Imágenes representaciones; más un factor emotivo que dé vida al esfuerzo, dadas ciertas condiciones orgánicas: Hiperhemia cerebral, ansiedad, angustia, etc., llegaría a nuevas combinaciones mediante un principio unitivo intelectual.

En cuanto al mecanismo productor de tales combina-

ciones, hay que aclarar que casi siempre, se presenta en forma espontánea; una idea buscada con laboriosidad y tiempo, se presenta bruscamente cuando el espíritu divaga. Se ha dicho que hay y no cabe dudarlo, un trabajo de cerebración inconsciente, cuyas aptitudes son inmensas y del cual vemos los resultados en el adelanto de las ciencias; es un campo inexplorado e inexplorable por los medios a nuestro alcance. No se ha dicho una sola palabra a propósito de la determinación de las aptitudes geniales cultivables, ni de la manera de cultivarlas hasta llegar a formar genios. Hasta hoy solamente por observación directa, se han dado de ellos, caracteres somáticos, como deformaciones craneales, macrocefalia, etc., pero se han evidenciado en forma inesperada y han surgido de todos los grupos sociales que se cultivan intelectualmente. No obstante lo cual, es un hecho, que entre individuos ampliamente preparados y suficientemente imaginativos, el trabajo sistematizado y obligatorio, que ocupa constantemente la atención, disminuye las probabilidades de llegar a las producciones geniales. Es sabido de todos, que La Fontaine holgó toda su vida; Sócrates durante muchos años, Rousseau hasta los cuarenta; así como el hecho de que los soñadores: músicos, poetas, etc., llamados bohemios, son sumamente indolentes, nunca trabajadores sistemáticos y eficaces.

De idéntica manera se realizarían los inventos mecánicos que las concepciones geniales de la poesía o la música. Del análisis de objeto propio de cada una de estas creaciones se ha llegado a una subdivisión de la imaginación creadora en: Plástica y Difluente; según la obra realizada tenga o no caracteres concretos y perfectamente delineados. Ej. de la primera: El Televisor, una escultura. De la segunda: Una poesía, una obra musical.

La capacidad de evocar imágenes y representaciones sean o no originales, con más o menos precisión, darían la medida cuantitativa de los sujetos imaginativos. Y cierto aspecto cualitativo sería dado por la clase de representaciones, preferentemente evocables. Hay imaginativos visuales, auditivos, etc.

Es interesante consignar que solamente sujetos normalmente dotados participan de la función, siendo imposible tomarla como medida de capacidad, ya que hay superdotados, poco imaginativos.

Trastornos Imaginativos

En cantidad y como patológicos desde luego que son de difícil determinación y medición; los límites de la normalidad son extensos y únicamente podrían llamar la atención los *Poco imaginativos y Muy imaginativos*.

Bajo otro aspecto distinguiríamos trastornos de dos categorías: I.—Los propiamente imaginativos, aquellos en que el factor subjetivo de creencia, limitando el campo consciente tienden a objetivar más o menos a las imágenes; y II.—aquellos otros en que la imaginación contribuye reforzando un trastorno de la Personalidad y en cuyo cuadro domina dicho trastorno.

I.—a).—Simple alteración de la verdad. b).—La mal llamada ensoñación: vivencia imaginativa pura. c).—Los delirios imaginativos. d).—La fabulación.

II.—Los segundos están constituidos por a').—La mitomanía. b').—La simulación y su variedad. c').—La disimulación.

a).—La simple alteración de la verdad reviste dos aspectos según que sea o no, conscientemente realizada. En el primer caso la alteración consciente de la verdad aún cuando en la generalidad de los casos desvirtúa el valor de la personalidad sobre todo si se hace sistemáticamente y sin una finalidad que lo explique, constituye con algunos otros matices, la mitomanía de que nos ocuparemos después, pero puede existir en los psicológicamente equilibrados, cuando obliga un sentimiento afectivo incontrolable, ya sea bajo la acción del temor, tras una amenaza, o por un sentimiento de compasión, cuando se evita dar bruscamente una noticia trágica, lo cual, como se comprende, se encuentra fuera de la Patología.

Un segundo aspecto, justamente imaginativo de la alteración de la verdad, estaría representado por la notable variación casi constante, que sufre la exposición de un hecho y en general una narración cualquiera a través de varios individuos quienes aún cuando la tomen de una fuente invariable, la hacen pasar a través de su yo, restando algunos detalles que no llamaron su atención o fueron catalogados como carentes de interés o bien, dando singular importancia y en ocasiones aún alterando otros, por determinados motivos afectivos, llegando a concretar la imaginación individual, visiones de conjunto tan variadas, como suje-

tos sean considerados. Ya en este aspecto la alteración patológica es sólo cuestión de grados. Se prevee teóricamente y los hechos lo confirman, que la gama de matices intermedios entre lo normal y lo anormal es infinita, siendo los extremos perfectamente determinables y quedando nebulosos los estados intermedios. Esta simple alteración de la verdad no conscientemente realizada y llevada al extremo generalmente por procesos Catatímicos, constituye las **interpretaciones**, apreciación subjetiva de la realidad que constituye el fondo material de los delirios interpretativos.

b).—La ensoñación. Todo lo que existe para nosotros es por la conciencia que tenemos de ello y para la psicología Experimental, hay dos formas de realidad. La realidad objetiva, la exterior, la que es percibida por todos los seres de igual naturaleza que la nuestra, y la realidad subjetiva, producto de creaciones imaginativas individuales, esta es la Ensoñación, fenómeno para el cual nos parece más apropiado, el nombre de *Vivencia imaginativa pura*; es un grado más claro de los procesos imaginativos y consiste en la producción por medio de imágenes de hechos que casi siempre son ardientemente deseados. La realización imaginaria del deseo, que conocemos como un proceso de adaptación es una forma de la Vivencia imaginativa pura, aplicada con frecuencia por los sujetos normales, pero toma un cariz patológico, cuando es fuertemente buscada y ocupa en forma de prolongados espacios de tiempo, una parte de la vida de los individuos. Un sujeto que puede sufrir lo objetivo, la vida *real*, pero que gusta de vivir largas horas una realidad subjetiva, nos muestra la transición hacia lo patológico. Se cuenta de un individuo, que diariamente y por espacio de algunas horas, suspendía sus ocupaciones, para visitar durante ellas, en forma imaginaria, un castillo, en el cual pasaba los mejores momentos de su vida. En lo demás era normal y nunca llegó a juzgar tales hechos como una realidad objetiva. ¿Hasta qué grado es preciso considerar este caso dentro de la *Patología*? Es algo que no toca considerar. La vivencia imaginativa pura, constituye el material de los delirios imaginativos.

c).—Los delirios imaginativos, en el aspecto de trastornos de la función que venimos considerando, toman su objeto de las interpretaciones y vivencias imaginativas puras, con la particularidad de que la creación imaginativa, toma en estos casos cuerpo de convicción incuestionable,

como realidad objetiva. El poseedor de un delirio, es, sin duda, sensible a la realidad exterior; pero la desprecia o la interpreta de acuerdo con su creación; en él, no hay ni alternativas, ni conciencia de la irrealidad, de lo cual se infiere un gran factor afectivo y una profunda alteración del juicio, que nos lleva a catalogar los delirios, entre los trastornos de esta última función, donde los trataremos.

d).—La fabulación es un trastorno imaginativo, en cuanto consiste en la creación de una realidad subjetiva. Sabemos además que dicha creación es enunciada, como un hecho real, por amnesia de hechos recientes y como una necesidad biológica, enteramente inconsciente. Aquí se ve, una vez más, lo artificioso de la separación de las funciones. Este trastorno, implica falta de integridad, en las funciones: Mnémica e imaginativa así como falta de integridad del juicio. Se presenta principalmente en los atacados de Psicosis de Korsakow y en los seniles, con presbiofrenia de Wernicke, con la particularidad de constituir casi siempre, delirio profesional, resultando entonces, las narraciones tan completas, posibles, detalladas y precisas, que hacen con frecuencia incurrir en error.

Trastornos imaginativos secundarios a la alteración de la personalidad.

a').—Mitomanía.—Como lo vimos, al hablar de las constituciones psicológicas, el mitómano se caracteriza, por su espíritu de teatralidad, su tendencia al exhibicionismo, su falsedad, su fantaseo; pero lo que constituye propiamente la mitomanía, ya que, lo anterior es un resultado en expresiones de conducta; es la tendencia incontrolable, impulsiva a mentir por mentir para despertar interés, por egolatría, este es el aspecto imaginativo del trastorno; casi todos sus dichos y sus actos, están basados en una mentira, es decir, en una creación imaginativa. Advirtiéndose que tienen conciencia de que mienten y lo hacen satisfaciendo un deseo incontrolable de engañar. Hay mitómanos en todos sus grados y la expresión máxima de la mitomanía se ve en los Histéricos.

b').—La simulación es la mitomanía de los actos (Dr. Ramírez Moreno), en ella el trastorno imaginativo tiene una tonalidad afectiva tan poderosa, que traspasa en sus manifestaciones al lenguaje y llega a los actos que exteriorizan algo que no existe objetivamente. Cuando se realiza conscientemente buscando en ello una satisfacción, es

decir, cuando no hay de por medio un sentimiento afectivo humanitario, ético, entonces la simulación es una verdadera mitomanía de los actos y se observa, como ésta última con particular nitidez en los Histéricos.

c').—La disimulación es una variedad del trastorno anterior; es una simulación realizada por un enfermo que trata de engañar, siguiendo una conducta normal que a su propio sentir es ilógica. La aclaración tanto de la Simulación, como de la Disimulación, es un problema a veces difícilísimo, casi siempre de serios obstáculos y de gran importancia en Medicina Legal.

CAPITULO V.

La Ideación

Generalidades.—La representación de una cosa en la conciencia (imagen) recibe el nombre de conocimiento o idea. Para llegar a ella se pasa antes por los procesos senso-perceptivos. “Nada hay en la inteligencia, que no haya estado primero en los sentidos”.—Aristóteles.

Se sigue siempre una búsqueda analítica de las cualidades de los objetos, para llegar a una representación que permita la distinción.

La síntesis, resultado final, da una idea particular; tras una experiencia más o menos prolongada y mediante diversas modificaciones a las imágenes particulares de seres u objetos de la misma clase, se logra refundiéndolos en una sola representación, tener la llamada idea general, concepto y a la cual define Roustan diciendo que es la representación de un número indefinido de objetos individuales en un acto de pensamiento único, deja de ser representación propiamente dicha y pasa a ser afirmación; en el fondo es un juicio.

El proceso mediante el cual se ha llegado a constituir la idea general, consiste en la supresión, en las ideas, particulares, de las cualidades específicas de cada representación, conservando las cualidades comunes. Así, de generalización en generalización se llega a los conceptos de especie, de género, etc.

El grado supremo de la formación de conceptos se logra en la idea abstracta (lo bueno, lo bello,), dependiendo de la separación mental de una cualidad independizada de los objetos que pueden tenerla. En cuanto a su extensión las ideas están ya divididas en Concretas (término impropio) y abstractas. Por su contenido pueden ser falsas o verdaderas, pero lo que en realidad nos interesa considerar aquí, es el proceso mismo: La ideación.

Trastornos de la Ideación

I.—Por exceso: Hiperideación. II.—Por defecto: Hipoideación, hasta la pérdida Anaideación. III.—Por disfunción: Ideas fijas e ideas obsesivas.

I.—Hiperideación. Puede ser real y aparente.

a).—La hiperideación real es una rara manifestación de actividad cerebral ordenada, cuyos resultados son útiles. Se da en temperamentos límites de la normalidad, constituciones mentales hipomaniacas, en las cuales la educación ha logrado encauzar debidamente los ímpetus de actividad del sujeto. b).—Otro aspecto de hiperideación es el fenómeno llamado fuga de ideas, síntoma que caracteriza al Síndrome Maníaco. Consiste en un flujo incontenible de procesos ideativos, que aparecen en forma desordenada asociados circunstancialmente, con inestabilidad de la atención, dando por resultado que el discurso no tiene unidad, es incoordinado, incomprensible, a menos de buscar cuidadosamente los motivos de asociación.

La hiperideación aparente, se presenta en ciertos estados de eretismo cerebral; se manifiesta en forma semejante al síntoma anterior, con una cantidad interminable de palabras, gesticulaciones, actividad inútil. Hay diferencias esenciales con la fuga de ideas. En el síntoma que venimos estudiando, no hay procesos asociativos. El lenguaje es enteramente automático, repitiéndose muchas veces el mismo término, a veces sin cambiarlo; así son igualmente la mímica y los actos; es proio de los períodos pseudo Maníacos, de los enfermos mentalmente desorganizados; se observa en los idiotas eréticos, cuando han alcanzado la adquisición de lenguaje rudimentario, en ciertos dementes seniles, orgánicos y P. C. P. cuya desintegración es muy avanzada, transitoriamente en algunos frebricitantes y traumatizados.

II.—La Hipoideación, síntoma opuesto al anterior se caracteriza por la dificultad adquisitiva de los procesos ideativos que llegan a ser de menos complejidad que normalmente, se logran casi únicamente conceptos concretos; la abstracción verdadera, es imposible. Podríamos distinguir dos casos distintos del mismo trastorno: a).—Formando parte de un síndrome depresivo. b).—Como mani-

festación de una deficiencia cerebral, congénita o adquirida.

a).—En el primer caso, no es más que una de las múltiples manifestaciones de la melancolía; disminución de todas las actividades consciente, subconsciente e inconsciente, traducida por una inmovilidad casi constante y lentificación de los pocos actos existentes, igual observación en el plano afectivo: apatía, tristeza, depresión, los procesos cognoscitivos que nos ocupan, son como se dijo antes, pobres y lentos.

Igualmente los fatigados mentales: Neurasténicos y Psicasténicos, evitan la actividad mental y consiguientemente tienen hipoideación.

b).—La hipoideación congénita, no necesita aclaraciones, el nombre es suficientemente expresivo; patrimonio de los Oligofrénicos, está en razón directa de la intensidad del retraso. Los dementes igualmente en la medida de su desintegración manifiestan sus trastornos ideativos; con imposibilidad para adquisiciones nuevas. La disminución hasta la pérdida se observa en las demencias extremas y la Anaideación congénita en los idiotas de primer grado.

III.—Las disfunciones ideativas, como son las interrupciones en el curso de los procesos, por ideas parásitas; aún cuando tienen un aspecto predominantemente afectivo, perturban de tal manera el curso de las adquisiciones conceptuales, que no podrían pasarse por alto en este capítulo. La Idea Fija que puede ser tenida por sujetos normales en ciertas condiciones(cuando está ligada a un sentimiento afectivo incontrolable) tiene entonces su explicación y desaparece a medida que la situación del sujeto cambia, hasta ser completamente olvidada. Pero cuando hay una idea parásita que se apodera de la mente de un sujeto, para la cual no hay una explicación, llega a entorpecer los procesos ideativos, dificultando todo trabajo intelectual, en estas condiciones se constituye la idea fija patológica.

La Idea Obsesiva que tiene muchos puntos de contacto, con la idea fija, presenta no obstante caracteres particulares que la hacen independiente del concepto anterior. El trastorno ideativo que provoca, es como en el caso anterior, una disminución, más bien dicho una completa interrupción, ya que ocupa por entero la actividad del sujeto imponiéndose a su mente.

Esa actividad ideativa impuesta, incontrolable, que

obliga al individuo a mantenerse sobre el mismo tema, se acompaña de angustia, de dolor moral, desesperación, por conflicto afectivo-intelectual; exterioriza un proceso mental en desacuerdo con el objeto de la inteligencia, una desviación del curso natural de una adquisición conceptual, es decir, constituye una disfunción idealitiva.

CAPITULO VI.

El Fondo de las Ideas

Una vez dilucidado el modo como se llega a la formación de una idea y los trastornos de este proceso, sentiríamos un brusco cambio de temas, si continuáramos nuestro estudio, con el de la Asociación; el fondo de las ideas da un sinnúmero de síntomas mentales que no obstante estar la mayor parte de ellos contenidos en trastornos más serios como la alteración del juicio y razonamiento, no está por demás consignarlos aquí dejando para después su estudio. Examinando cuidadosamente aquellos que nos parezcan más importantes: Consideradas bajo este aspecto son patológicas: I.—Las Ideas Fijas. II.—Las Ideas Obsesivas. III.—Las Ideas Autóctonas. IV.—La Idea Interpretativa. V.—La Idea Delirante.

I.—La Idea Fija, es una idea parásita, que se presenta en el campo de la conciencia sin ocuparlo, es como algo secundario que no impide el desarrollo de otras actividades, pero que allí está interrumpiendo de vez en cuando, los procesos en curso.

II.—La Idea Obsesiva, que como afirmamos antes, se impone a la mente del sujeto, no obstante que éste la considere absurda, mala y que conscientemente desee rechazarla, es tan tenaz que se la ha calificado de incohercible, mientras más se lucha en su contra, más fuereamente se instala. Las consecuencias de tal situación se pueden prever. No hay trabajo mental, la situación afectiva es intolerable, hay preocupación moral tan intensa que no es raro se llegue a la angustia. El rendimiento individual es nulo. Las obsesiones que originan temor, se dominan Fobias, las cuales han sido clasificadas según el objeto que se teme: Hay fobias de lugares: Claustro y Agorafobia; de elementos Hidro-fotofobia, etc.; de animales, etc. Cuando no

puede determinarse el objeto que la produce porque toda causa temor, se dice que hay Pantofobia. La idea obsesiva con tendencia directa a la acción se llama Impulsión. Dependientes de este síntoma hay multitud de delirios que to tienen como punto de partida: Locura de duda, de tacto, etc., el conocimiento de la patogenia de tales fenómenos se debe al Psicoanálisis. Según esta teoría una obsesión no es el resultado de un automatismo mental, sino que tras un trastorno afectivo o la represión de un instinto, la obsesión tendría una finalidad subconsciente constituyéndose en una descarga de lo reprimido.

III.—La Idea Autóctona es un contenido conceptual que se impone a la mente de un individuo, quien la considera proveniente de fuera de él y que lo influencia. La patogenia de este trastorno sería según nuestro modo de pensar idéntica a la de las obsesiones, con las cuales en el fondo se le encuentran semejanzas. Pensamos igualmente, que en el fondo una Idea Autóctona, es una creación imaginativa con caracteres muy particulares, como son: 1o.—El carácter casi siempre sexual del contenido y 2o.—Esa especie de mecanismo defensivo subconsciente, que hace sentir el fenómeno, como venido de fuera del sujeto.

IV.—La Idea Interpretativa, sería una manifestación concreta de la alteración de la verdad inconscientemente realizada a través de la imaginación y guiada por un proceso afectivo de visión unilateral, como lo asentamos en el capítulo referente al estudio de la Imaginación.

V.—La Idea Delirante estaría constituida por un concepto imaginativo, dependiente de una vivencia imaginativa pura, llevada a tomar cuerpo de convicción objetiva; su estudio lo aplazamos.

CAPITULO VII.

La Asociación

La asociación es el fenómeno mental mediante el cual, se pasa de una percepción o representación a otra adquirida con anterioridad. No es una simple recordación, no es un acto espontáneo o de memoria, es la respuesta a un estímulo que lleva al sector consciente, adquisiciones antiguas, mediante nuevos hechos de conciencia.

De lo dicho se infiere que las asociaciones se realizan no solamente para las ideas, sino para cualquier estado de conciencia, aún siendo heterogéneos entre sí: de un sentimiento a un acto, o de un acto a una idea.

Las asociaciones se realizan en series involuntariamente y en ocasiones aún contra la voluntad. El proceso es de una complejidad extraordinaria y la comprensión de su mecanismo difícil. Las asociaciones varían mucho con el desarrollo intelectual y el grado de cultura de los individuos; el caudal de conocimientos y la cantidad de recuerdos acumulados, dan poder asociativo mayor, más variado y más rápido. El niño asocia con mucha lentitud si se le compara con el adulto. La asociación está regida por leyes: 1a.—Por semejanza (parecido fonético: asonancia, consonancia). Los estados de conciencia semejantes se evocan mutuamente". 2a.—Por contigüidad: "Los estados mentales que integran una sola experiencia se evocan mutuamente". 3o.—Por contraste: "Los estados de conciencia opuestos, se asocian y sugieren".

Pueden clasificarse en reflexivas, automáticas y sin valor. Las primeras, las que tomaremos en consideración, son las que los sujetos normales realizan de acuerdo con las leyes establecidas, había que agregar únicamente, que muchas de las asociaciones consideradas hasta hoy como automáticas, son subconscientes; dependen de estados afectivos reprimidos.

Los trastornos asociativos son: I.—Por aumento, II.—Por disminución, III.—Por anarquía.

I.—Por aumento.—Como lo consignamos a propósito de la hiperideación, en los síndromes maníacos donde ésta existe, habrá consiguientemente rapidez en el número de las asociaciones ya que si, el mecanismo discursivo se lleva a cabo mediante asociaciones y el número de ideas aumenta en la unidad de tiempo, el de asociaciones estará también necesariamente aumentado. A este aumento en la rapidez de los procesos psíquicos determinable según el tiempo de reacción, se le da el nombre de Taquifrenia, y en el caso particular de los síndromes maníacos, por las características de las asociaciones debidas a estímulos circunstanciales (parecido fonético, etc.) incoordinados, rápidos se llama Fuga de Ideas.

II.—Por disminución.—El número de asociaciones puede estar disminuído, entonces se dice que hay Bradifrenia. No es ocioso consignar nuevamente los estados de melancolía, como estados Bradifrénicos, repetimos que la actividad del sujeto en estas condiciones está disminuída en todos sus sectores. La actividad biológica misma, es menor que normalmente, Bradicardia, Bradipnea, etc. Las asociaciones están disminuídas en la unidad de tiempo.

Los epilépticos exteriorizan una lentitud en el tiempo de reacción apreciable sin echar mano de los cronógrafos. Es característico en ellos un fenómeno, en íntima conexión con la pobreza asociativa, se ha comparado a lo adherente y se le llama Viscosidad Discursiva. Hay una notable fidelidad a una idea directriz en la conversación de la que se separan muchas veces haciendo explicaciones demasiado esmeradas y a la cual vuelven nuevamente teniendo esto, como consecuencia, una prolijidad extraordinaria en detalles.

Los dementes presentan igualmente, disminución en el número de asociaciones, sus procesos psíquicos son lentos y tienen la particularidad de ser casi siempre los mismos. La disminución muchas veces hasta la pérdida de la memoria de fijación, limita en ellos el campo de la conciencia, la grado de oírseles insistir varias veces, desarrollando el mismo tema ante los mismo oyentes. A este fenómeno consistente en la repetición de un tema, con expresiones casi iguales que le dan una tremenda monotonía se le llama Perseveración. Como consecuencia de su pobreza idea-

tiva, y en general de su indigencia mental, los oligofrénicos, asocian poco y lentamente; no tienen un caudal de adquisiciones que les permita variación y su funcionamiento mental disminuído les impide llegar a la velocidad asociativa normal.

III.—Por anarquía.—Decir anarquía asociativa, es hablar de incoherencia discursiva. En estas condiciones las leyes de asociación están suprimidas, no existen, los procesos psíquicos se suceden desordenadamente, la conducta motora y la conducta verbal son desconcertantes, las ideas y los sentimientos resultan inexplorables; tal es el caso de los Esquizofrénicos. En ellos lo mismo hay asociaciones que pudiéramos considerar sutiles, por el establecimiento de simbolizaciones mágicas, procesos catatímicos, etc., como suspensión de las funciones con formas de reacción sumamente lentas, o bien asociaciones rápidas cuyas conexiones son incomprensibles. Las variaciones son incontables pero todas tienen una característica inconfundible: la disgregación, la incoherencia, la desorganización, aún en las formas Paranoideas de la Esquizofrenia, las más atípicas de todas.

El Barrage es un fenómeno de sintomatología equizofrénica, consistente en un trastorno asociativo por suspensión brusca del proceso. El enfermo hablando se detiene brusca e inusitadamente cortando una frase, para continuar después de unos segundos.

Con los trastornos por anarquía damos por terminado lo que se refiere a los procesos en curso, es decir, a las Asociaciones.

CAPITULO VIII

El Juicio

Así como una idea general, es un conocimiento acabado; un juicio es un pensamiento completo, y lo podemos definir diciendo que es el establecimiento de las relaciones existentes entre dos o más conceptos.

Los juicios pueden dividirse, desde varios puntos de vista, aquí tomaremos en consideración dos. I.—Por su cantidad. II.—Por su contenido.

Por su cantidad los juicios se dividen en Generales y Particulares. Por su contenido en Afirmativos y Negativos; según que el contenido del sujeto esté incluido o excluido en el atributo, si recordamos que todo juicio se compone de tres elementos: un sujeto de quien se afirma o niega; un atributo que es aquello que se relaciona al sujeto y la cópula que pone en relación los dos términos anteriores. Considerando el asunto, entendemos que juzgar es valorar, es decir, criticar, relacionar entre sí los conocimientos para darles su justo valor. Todo individuo tiene ante sí, dos puntos para valorar; el propio yo y el medio. Al juicio del yo se le llama Autocrítica, al del medio Heterocrítica. El resultado de tales valoraciones se traduce en la Autoconducción, es decir, en la conducta motora, verbal, conceptual y afectiva.

El juicio alterado trae necesariamente, alteraciones de la conducta que el sentido popular evidencia, distinguiendo por ello prontamente a los enfermos mentales. Pero de momento lo que nos ocupa al estudiar las funciones cognoscitivas es exclusivamente el pensamiento.

Las alteraciones del juicio como de toda función serían:
I.—Por aumento. II.—Por disminución. III.—Por perversión.

I.—La primera subdivisión de los trastornos no es de

tomarse en consideración; el aumento de la capacidad crítica se traduce en equilibrio de conducta en general en prudencia, entendida como mayor acierto en los actos.

II.—Por disminución. Se repetirá una vez más, la disminución congénita de los Oligofrénicos muy notable en este sector; así como la disminución por lesiones en los P. G. P. en todas las formas de demencia senil y orgánica, así como en algunos traumatizados y portadores de tumores cerebrales, en los epilépticos en estado demencial, etc.

III.—La perversión de los juicios, es la que positivamente establece los delirios, si entendemos por tal, un trastorno consistente en una construcción intelectual morbosa que trae como consecuencia un cambio en la conducta del individuo, apartándolo de la realidad, teniendo como características: la tendencia a invadir todos los sectores de la actividad conciente; la inutilidad de cualquier recurso para disuadir del error, y la imposibilidad de disminuir el campo invadido. No olvidamos, que el delirio, desde luego no es un trastorno primitivamente intelectual, ya que los factores afectivos subconcientes, son en último término, los que impulsan las valoraciones subjetivas.

Hay una multitud de subdivisiones de los delirios según: Su naturaleza, su dirección, su estructura, su curso y su contenido. Haré una simple mención de las clasificaciones, desarrollando únicamente algunas formas por el contenido y remitiendo a quien se interese por mayor desarrollo del tema a las obras de la Especialidad.

Según su naturaleza los delirios serían: a).—Alucinaciones, siempre que intervinieran en su producción, alteraciones sensorio-perceptivas exteriores o cenestésicas. b).—Delirio interpretativo, cuando su fondo estuviese plasmado en interpretaciones. c).—Delirio imaginativo, siempre que el objeto del delirio fuese tomado en una vivencia imaginativa pura. d).—Delirio intuitivo o autóctono, con un fondo semejante al anterior, pero con caracteres especiales de sentirse las ideas sugeridas, venidas del exterior, por influencia: de no vérsese conexión con problemas presentes en el sujeto y siendo no obstante descubribles psicoanalíticamente: por último, ser, desde el primer momento, completo e incoherente. e).—Delirio onírico dependiente siempre de un estado de conciencia, semejante al sueño, Regis,

el más autorizado en este tema, da en su obra de Psiquiatría, el concepto más claro que hay del mismo.

Por su dirección, los delirios son: Expansivos o Centrípetos. En el primero cree el sujeto tener amplias actuaciones en el medio, poderes y atribuciones irreales. En el segundo se siente el sujeto víctima del medio. Los puede haber mixtos.

Por su estructura se distinguirían los delirios Sistemáticos de los Polimorfos o Incoordinados, casi siempre delirios imaginativos frecuentes en la Esquizofrenia, en su forma Paranoica y en la Parafrenia fantástica (Kraepelin).

Por su curso los delirios son Agudos y Crónicos; Constantes e Intermitentes; Anterógrados Retrógrados y Retroanterógrados a los retrógrados se les llama también Retrospectivos.

Considerando el contenido de los delirios, transcribiremos una clasificación analítica, tomada durante la clase de Clínica como clasificación de las ideas y modificado por nosotros. Desarrollaremos después las formas más típicas de delirios.

I.—Delirio de Grandeza (Riqueza, invención, enormidad) Megalomanía. Acompañadas de estado efectivo eufórico.

II.—Delirio Hipocondríaco (Negación, transformación corporal, auto-acusación, indignidad), Acompañada de estado afectivo triste, depresivo.

III.—Delirio de Persecución. (Lucha, desaliento). Reacción afectiva variable: Temor en ocasiones, cólera muchas veces. El delirio Querulante una variedad característica de los Paranoicos.

IV.—Delirios Místicos. (Renovación universal, idealistas apasionados, Quijotes, poseídos demoníacos).

V.—Delirios Eróticos, muy variados temas, a veces en conexión con los místicos.

VI.—Delirios de Humildad (indignidad, insignificancia). Conexos de los Hipocondríacos. Estado afectivo depresivo.

I.—Delirio de Grandeza (Megalomanía).—Se trata casi siempre de individuos de rostro risueño, ojos brillantes,

mímica exagerada. La autocrítica pervertida por aumento de los valores subjetivos, El sujeto se siente bondadoso, magnánimo, rico, fuerte, bello; sabio; etc. En una palabra se cree todo poderoso, se siente con poderes para dar y quitar el sér, para aniquilar y crear, en ocasiones afirman ser Dios y otros dicen ser más que Dios. La forma llamada "Delirio de Enormidad" es característico por su construcción absurda, inconcebible en quien conserve un mediano juicio, es propio de la Parálisis General y de los padecimientos de menciales. De una manera general el Delirio Megalómano es típico del período de invasión de la P. G. P.

II.—Delirio Hipocondríaco, puede definirse en pocos términos. El enfermo cree firmemente en el estado morboso de su organismo. Se siente afecto de los padecimientos más variados: sífilis, tuberculosis, cáncer, etc.; pero nunca acepta que sus trastornos sean en gran parte subjetivos. La sensibilidad cenestésica ocupa completamente su atención, la multiplicidad de síntomas experimentados es, en cada enfermo asombrosa; la inquietud, los bochornos, las sensaciones de adormecimiento, ardores precordiales, sofocación, etc. El Delirio de Negación fue aislado e individualizado con el nombre de Síndrome de Cotard; los enfermos niegan su existencia, o se sienten sin cerebro, sin corazón, sin ojos, sienten que no ven, que no sienten, que todo ellos son sólo una apariencia de humanos. El estado afectivo es de una profunda depresión.

III.—Delirio de Persecución.—Este delirio es casi siempre de perfecta sistematización. Los enfermos se saben agredidos y buscan la defensa por todos los medios imaginables, en ocasiones son medios físicos los empleados para molestarlos: corrientes eléctricas, radio, etc., o bien se les trata de difamar de desprestigiar, etc.; entonces si hay alucinaciones auditivas: oye el enfermo constantes amenazas, supone quienes son sus enemigos, generalmente sectas secretas o algún individuo en particular, cuando no hay alucinaciones el enfermo ve: en la actitud de un compañero de trabajo, en las palabras de los transeúntes que charlan, en la forma como es recibido por un amigo, etc., la acción de sus enemigos supuestos, que han logrado difamarlo y hacerlo perder en la estimación de otras personas. La reacción afectiva es casi constantemente colérica y agresiva; hay momentos en que domina el temor. No podríamos pasar por

alto el delirio Querellante o Reivindicador, tanto por su importancia como por su frecuencia. El enfermo es casi siempre de más que mediana inteligencia. El origen es una supuesta injusticia que se ha cometido en su persona; desde el momento que se instala crece en una forma fantástica; las interpretaciones son de una riqueza extraordinaria. Las creaciones imaginativas, manifestadas como creencias sin ningún fundamento real, abundan también. La justicia ha sido lesionada en ellos y en nombre de la misma conseguirán un triunfo definitivo, casi siempre el litigio, llega a ser del dominio de las autoridades y cuando el sujeto es un hábil raciocinador puede triunfar realmente, logrando verdaderas injusticias. La personalidad paranoica es constante en estos individuos. El diagnóstico en estos casos, ofrece grandes dificultades. Como dijimos antes, el desarrollo de las formas de delirio según el contenido del mismo sería interminable y solamente nos proponemos por la finalidad del trabajo despertar el interés de tales problemas, a quien guste adentrar en ellos, insistimos una vez más, lo remitimos a consultar las obras de la Especialidad.

La génesis de los delirios ha sido más o menos esbozada, según nuestro modo de pensar, en el transcurso de estas páginas, puntualizaremos no obstante, que en el fondo de toda construcción delirante vemos un trastorno afectivo de gran intensidad, sobre el cual se injertan dos clases de trastornos cognocitivos. I.—Trastornos accidentales: a).—Alucinaciones dependientes de la sensibilidad interna o cenestésica; externa o sensorial; b).—Las interpretaciones dependientes de construcciones imaginativas sobre fenómenos reales a base de afectividad unilateral intensa; c).—Las construcciones imaginativas, condensación objetivada de una vivencia imaginativa pura. II.—Una destrucción directa del funcionamiento de los centros coordinadores que establecen las relaciones significativas entre las ideas, traducido por la alteración del juicio, ésta última, constante en todas las formas de delirio y los anteriores más o menos mezclados o puros, según el tipo de delirio: Alucinatorio, interpretativo, imaginativo, etc.

CAPITULO IX

El Razonamiento

El racioncinio es el más alto valor de las funciones intelectuales; mediante él, se logra llegar a un aprovechamiento de las adquisiciones realizadas por las demás funciones. La solución de los problemas que a cada momento se presentan a los individuos, son resueltos gracias a la posibilidad de llegar a una conclusión que nos fuera desconocida, por medio de otras conocidas. La valorización del desarrollo mayor o menor de una inteligencia se puede conocer mediante la capacidad para resolver problemas aquí, donde todas las anteriores funciones contribuyen.

Se define como la función intelectual activa que de juicios o proposiciones conocidas, deriva una nueva desconocida. Se comprende que se necesitan cuando menos tres juicios para que haya razonamiento; para juzgar así lo que no se conoce mediante lo conocido. Se ha dicho que es el término del conocimiento humano. Razonando se pueden seguir dos procedimientos: uno ascendente, partiendo de lo particular para generalizar llamado Inducción. Otro descendente, por el cual partiendo de un juicio general, se aplica a un caso concreto; es el razonamiento Deductivo.

Los trastornos del racioncinio se evidenciarán según la torpeza, habilidad y aún extravagancia de los procedimientos para resolver las situaciones nuevas.

Los actos son desde este punto de vista, medidas, las más aceptables, ya que la conducta motora es la más tardíamente influenciada. "Son más los individuos que dicen locuras que aquellos que las hacen". Se piensa más para hacer que para hablar. De ahí que la forma más adecuada de medir una capacidad razonadora, sea la creación de situaciones a resolver.

* Los trastornos cuantitativos: I.—Por aumento sobre lo

normal, no los comentaremos: los cerebros privilegiados, los razonadores, tienen generalmente notables deficiencias en la aplicación práctica o llevan su ideología a tales alturas, que para el común de los hombres resultan exóticos y poco maliciosos. II.—Por disminución. Los déficits congénitos o por falta de elementos o insuficiencia de los mismos. Se traducen según su grado en el Retraso mental, cuyos caracteres no viene al caso citar; la Imbecilidad, un grado más pobre que el simple retraso y la Idiocia en sus dos grados. Es posible también una detención del desarrollo de las funciones intelectuales, por lesiones orgánicas cerebrales; Embolos consecutivos a endorcaditis reumáticas, padecimientos neurológicos que dejen lesiones cerebrales, en general traumas, etc. Los déficits adquiridos son debidos a procesos demenciales: P. G. P., Demencias seniles y orgánicas, Demencias progresivas, etc.

Desde el punto de vista cualitativo, no podría hacerse una apreciación de trastornos. Buscando sutilezas psicológicas, podríamos establecer categorías cualitativas, según que los individuos tuvieran aptitudes especiales para emplear su raciocinio en los sectores: De la creación de hipótesis (imaginativos); de la rápida apreciación de los conocimientos (comprensivos) y de la inmediata apreciación de los valores (críticos); pero desde luego establecemos que estos puntos de vista son selectivos, lo cual impide el establecimiento de comunes normas ya que el problema no es general.

CAPITULO X

La Afectividad

El sector afectivo de la Psicología y Psiquiatría es el más interesante y también el más difícil. En el individuo mismo, constituye la afectividad el encauce de todas las manifestaciones de conducta concientes y aún las subconcientes según lo han demostrado los Psicoanalistas. Los valores positivos son dados en el sujeto por su afectividad, se dice que es lo efectivo de la persona. Sabemos que no hay estados de conciencia, que no tengan algún matiz afectivo y que consiguientemente, no se acompañen de placer, de dolor o de ciertos estados mixtos más o menos complejos (indiferencia, melancolía, anhelo) no desviaremos nuestras ideas, tratando de dilucidar, si el placer es un estado positivo o negativo; siéndolo a la inversa el dolor; bástenos comprender que en uno y otro caso hay modificaciones funcionales del organismo, que por sí mismas pueden ser penosas o agradables, estableciéndose aquí las disputas acerca del mecanismo Psicofisiológico de los fenómenos afectivos en general. Para algunos es más razonable la teoría intelectualista; para otros la fisiológica, no es lugar de entrar en discusiones. Enunciaremos no obstante las principales modificaciones orgánicas concomitantes de los dos estados afectivos básicos: el placer y el dolor.

Al primero son: Aumento de la circulación, consiguientemente, brillo de los ojos y rubicundez de la piel; aumento de apetito y asimilación; aumento de manifestaciones motoras, risa, canto, gestos, etc.

Al dolor los siguientes: Disminución de los movimientos cardiacos, con descenso consiguiente de la temperatura, decoloración de la piel, etc.; disminución de los movimientos respiratorios, alteración del ritmo, ligera anoxhemia, disminución del apetito; disminución de los movimientos: apa-

tía, depresión, inmovilidad. La expresión facial evidencia el dolor por arrugas de la base de la nariz, de la frente, etc.

Hacemos la aclaración de que cada uno de los estados afectivos en toda la diversidad de sus matices cualitativos, tiene concomitantes orgánicos, más o menos intensos y mezclados según el aspecto del mismo. No obstante que el desarrollo intelectual y cultural del individuo dan cierto dominio sobre la afectividad, dando, por así decir, la razón de cada estado efectivo oportunamente suscitado, se observan constantemente descontroles inexplicables, a menos de conocer y aceptar, que el fondo instintivo del individuo, lleva una tendencia destructiva, que hace subscientemente su aparición en momentos inesperados.

Antiguamente se daba el nombre de sentimientos a todos los fenómenos psíquicos afectivos; en la actualidad, el término se ha restringido y su acepción genérica, se perdió desde Ribot, quien adoptó el nombre como una subdivisión.

La clasificación, defectuosa, ya que la complejidad de los contenidos y su immensurabilidad, se oponen a ello es la siguiente: Sentimientos, Emociones y Pasiones.

Los sentimientos constituyen estados más o menos durables formados por varias emociones reunidas en un solo proceso y atenuadas en su reacción afectiva. Se dividen en sentimientos rudimentarios y superiores. En los últimos catalogaríamos: El religioso, el moral, el intelectual, el estético, el social, el altruista etc. Cada uno respondiendo a una necesidad psicológica del sujeto; su origen y naturaleza son oscuros y en último análisis se reducen al problema del mecanismo psicofisiológico de los estados afectivos en general.

Las emociones son fenómenos afectivos violentos y breves (ejem.: miedo, terror, ansiedad, vergüenza, gozo, etc.) su producción se realiza en el organismo, donde se difunden a todo él, manifestándose por modificaciones funcionales, cambios y movimientos siempre característicos. Estas manifestaciones concomitantes. (La emoción misma para los que profesan las ideas de la teoría periférica o fisiológica) son distintas según las emociones. La clasificación que me parece más aceptable y práctica es la propuesta por Sergi, que las divide en dos grupos: Las emociones depresivas y las emociones exaltativas, teniendo a su vez subdivisiones hasta llegar a la individualización.

Por último las pasiones; son definidas como estados afectivos intensos, vehementes y persistentes; estos dos últimos caracteres individualizan el fenómeno. Se ha discutido mucho acerca de si las pasiones son o no patológicas, desde luego, que nuestra opinión en ese sentido distinguiría varios casos: Si la pasión es o no, de las que van en consonancia con el determinismo biológico, (Según expresión finalista de las tendencias naturales) y en el caso de que así fuera, si los impulsos de la misma eran o no, controlables por el sujeto. Por lo demás el hecho de que las pasiones constituyan un aspecto de dicho determinismo y existan en todos los individuos en la época del acmé de las actividades psíquicas más o menos veladas por la educación, evidencian su normalidad.

Los trastornos de la efectividad no se separan del programa de los de toda función: I.—Por aumento; II.—Por disminución hasta la pérdida, (Perversos afectivos, locos morales); III.—Por perversión.

Podemos afirmar como generalidad que todas las alteraciones mentales, excepto las congénitas son o han sido alteraciones afectivas, ya vimos que el mayor número de los síntomas por trastorno de las funciones de conocimiento, eran determinados o influenciados por un estado afectivo patológico; igualmente una multitud de actos anormales son la manifestación de los trastornos afectivos.

I.—Trastornos por aumento. Se da el nombre de Hiperemotividad a los procesos afectivos cuya reacción es desproporcionada, por aumento, al estímulo que la provoca. Los sujetos que los presentan son llamados de diversas maneras: Hiperemotivos, Explosivos, etc., cuando la reacción es muy intensa, y cuando es muy rápida. (Taquitimia). Este aumento de la reacción se observa tanto en los aspectos exaltativos, como en los depresivos y en cada uno de sus matices individuales.

Generalmente los estados afectivos, concuerdan con el contenido de las ideas, y decimos generalmente, porque esto, que en Psicología es la regla, tiene excepciones en Psicopatología. Un Esquisofrénico puede escuchar el relato de una tragedia familiar recientemente acaecida en medio de risas. Consideraremos tanto el placer excesivo, como la cólera y la tristeza exageradas.

La alegría inmotivada, el estado eufórico, con ideas Megalomaniacas, acompañado de excitación y en ocasiones

aún de agitación motriz, nos la presentan los P. C. P. en pleno período de estado, los Esquizomaniacos, los maníacos, transitoriamente los sujetos normales, bajo la acción, a ciertas dosis, de tóxicos como el alcohol, la cocaína.

Su contraria la tristeza morbosa es característica de los estados melancólicos y en general de cualquier síndrome Depresivo (Hipocondría).

Se la distingue en: Tristeza activa y tristeza pasiva. La primera también llamada melancolía activa o angustia moral agitada es una forma de tristeza manifestada por agitación motriz, quejas, gritos, llanto, imploraciones, etc.; se considera como el sufrimiento humano máximo (Psiquialgia), Subjetivamente da sensación de opresión precordial intensa, disnea, palpitaciones dolorosas, angustia, sensación indescriptible de peligro inminente, de próxima catástrofe, etc. Naturalmente, estos estados, se acompañan de una clara asociación funcional orgánica dependiente del sistema Neuroendocrino principalmente. Mientras los estados exaltativos tienen casi siempre un tipo funcional de hipersimpaticotonia generalizada e hipertiroidismo (alegría, cólera); el hipotiroidismo y la Vagotonía exageran, de un modo general, la depresión; se comprende que los estados de tonalidad mixta Simpático-vagales, los más comunes, tienen sus expresiones, pero no se ha hecho aún, la sistematización de las mismas.

El tipo de melancolía activa se acompaña generalmente de trastornos vasoconstrictivos cerebrales, que elevan la tensión arterial y constituye una primera fase de la melancolía, (Melancolía de Hipertensión).

Después se instala una segunda forma la melancolía pasiva. Los procesos orgánicos disminuyen de intensidad, la tensión arterial desciende (melancolía de hipotensión); la curva de metabolismo cae también; hay inmovilidad casi constante; la actitud es característica, frente arrugada en omega, ojos entrecerrados y dirigida la mirada al suelo, manos cruzadas sobre el pecho, inmovilidad. Da igualmente, la Melancolía, reacción de temor, que llega al estado de pánico, de choque y que al ser observada, se manifiesta con Estupor.

Por último la cólera exagerada (reacción expansiva) puede manifestarse con toda la intensidad de las reacciones primarias; ya que, en los Oligofrénicos, en quienes se ven

formas coléricas verdaderamente inauditas, está impedida la evolución natural del desarrollo psíquico, que establece la frenación e inhibición. Se dice que hay idiotas que en sus cóleras llegan al canibalismo. Los Epilépticos son con frecuencia presa de raptus coléricos de gran intensidad provocados por el motivo más fútil; que los llevan a manifestaciones destructoras de toda índole: Incendio, asesinato, etc. Posiblemente, debido a las manifestaciones orgánicas expansivas, concomitantes de los estados, colérico y de alegría por ser semejantes, pueden cambiarse uno en otro. Un maniaco dando muestras de alegría, puede bruscamente y sin transición ponerse colérico en extremo.

Las alteraciones por disminución hasta la pérdida de la afectividad, denominadas Hipotimia y Atimia respectivamente son propias de sujetos de constitución mental perversa, son los frios afectivos; los dementes, según el grado de desintegración, avanzan hacia la indiferencia.

1) La Atimia es una expresión que, en rigor no tiene representantes reales. Los sujetos de constitución Perversa, los llamados Locos Morales, son conceptuados como atímicos; inafectivos en lo absoluto; se dedican a toda clase de prácticas criminales, no tienen respeto por la vida humana, no sienten deberes sociales, ni consigo mismos, en una palabra, sus actos no son influenciados por los instintos. Todo esto innegable en términos generales, nos parece, a la fecha, insuficientemente estudiado para decir la última palabra.

Las alteraciones cualitativas de los procesos afectivos, llamadas generalmente Distimias, han sido clasificadas en tres formas:

a).—La Neotimia, consistente en una sensación vivencial desconocida para el sujeto hasta entonces y que le da sensación de transformación de la personalidad, la cual dicho sea, siempre está alterada en estos casos. Las hay variadísimas y constituyen el fondo de diversos delirios. Transformación cósmica, inexistencia, cambio de la personalidad, etc.

b).—Los sentimientos inadecuados, se definen con su nombre, consisten en el desplazamiento de las reacciones afectivas, hacia ideas que no les corresponden por su contenido. Si tales desplazamientos se realizan lógicamente, originan: fobias, dudas, escrúpulos, etc.

Cuando es por simbolismos mágicos dan lugar a diversos síntomas: Estereotípias, Manerismos, etc.

Cuando se realizan arbitrariamente, por fragmentación, de sistemas reaccionales, que luego se unen anormalmente: da respuestas desconcertantes, incomprensibles que se observan con claridad en las formas avanzadas de la Esquizofrenia.

c).—La ambivalencia afectiva, corresponde a una verdadera fragmentación de la conciencia. En este proceso no hay, como en la duda, un solo pensamiento en curso, que oscila entre dos direcciones, sino que la corriente del pensamiento fragmentada, sigue al mismo tiempo dos solicitudes, a veces contrarias, dando por ello dos estados afectivos a la vez.

CAPITULO XI

La Actividad Volitiva

Hacemos la aclaración de que empleamos aquí la palabra Voluntad, no en el sentido de la Facultad que impulsa al Espíritu a obrar con rectitud sino sencillamente como la función mediante la cual se tiene el poder de tomar determinaciones.

Así todo acto deliberado, se llama Volición; pero antes de entrar en materia, recordaremos que existe una liga estrecha y un escalonamiento preciso entre todos los procesos psicológicos desde el más elemental hasta el más perfecto; las divisiones, establecidas son ardidés didácticos, ya que, se conserva a través de todos ellos, la unidad individual y ninguno existe por separado sino conjuntamente y sólo con predominancia de uno. La idea, por ejemplo no obstante ocupar predominantemente la conciencia, se acompaña de un matiz afectivo y de la tendencia a la acción y a veces la acción explícita; pudiendo decirse que igualmente, la acción o el sentimiento, se acompañan de las dos funciones restantes en uno y otro caso.

Todo acto psíquico es la manifestación de una actividad, en forma de reacción a un estímulo ya sea propio o extraceptivo. Así desde la percepción, hasta el acto voluntario, todos participan de una actuación del sujeto, a veces muy rudimentaria, pasiva, pero representativa de una tendencia de acción. La tensión impulsora al acto explícito, es más clara en el sector afectivo (que en el cognoscitivo) donde los sentimientos orientan el psiquismo con más precisión en el sentido de un acto. El temor y el deseo, por ejemplo, son pudiera decirse, una huída y un acercamiento interno, respectivamente, al objeto que los provoca, son una verdadera tendencia de acción.

Pero el aspecto propiamente impulsor del acto, la fase psicomotriz de la actividad, está representada por la deci-

sión, es la verdadera volición y corresponde a la etapa psíquica final del ciclo reaccional.

El mecanismo de un proceso completo se hace muy comprensible mediante un ejemplo: Un sujeto hambriento, tiene ante sí, las viandas de un Pequeño Vendedor ambulante. (Es la primera fase de representación conciente intelectual). Las desea vivamente. (Segunda fase afectivo-impulsiva). Pero sabe que el abuso de su fuerza es reprobable, que las viandas no son suyas y la Ley pena los robos. (Tercera fase de nuevas representaciones intelectuales). Teme y siente repugnancia. (Cuarta fase afectivo-frenadora). La valoración de los grupos antagónicos anteriores, provoca la deliberación; y la eliminación de las representaciones de menor valía hacen prevalecer en la conciencia, los móviles más poderosos y viene la Quinta fase, la última fase psíquica: *La decisión*. Esta es la manifestación psicológica de la voluntad la fase psicomotriz de la actividad volitiva. En realidad no es indispensable deliberar para tomar una decisión, basta en muchas ocasiones conocer y desear; pero no son estos los actos Voluntarios. Cuando hablamos de las posibilidades funcionales del sujeto, expusimos y ahora lo recordamos que hay una multitud de actos, los más, que se realizan fuera del dominio de la conciencia y consiguientemente del de la voluntad; pero hay más, muchos actos concientes son involuntarios; su determinación es automática y así se denominan: Actos Automáticos. Ejemplo: Impulsiones coléricas concientes, pero no deliberadas, involuntarias.

En las alteraciones de la función distinguiremos con Mira y López, las alteraciones de la última fase psíquica del ciclo reaccional, la *decisión* y los trastornos de la acción explícita.

Antes del desencadenamiento de la acción existe ya, energía psíquica actuante pero no se manifiesta; no obstante, puede estar alterada en cantidad y cualidad.

a).—La disminución recibe el nombre de Hipobulia y la ausencia valorada por rendimiento nulo, Abulia. En un caso y otro podrá, tal síntoma formar parte de un cuadro patológico, de déficit general de las funciones psíquicas; tal es el caso en la Melancolía en la cual hemos visto que hay disminución global del funcionamiento integral, incluyendo el orgánico. En los fatigados mentales, Neurasténicos y Psicasténicos, en quienes los procesos están igualmente dismi-

nuídos en número; en estos sujetos coinciden estas manifestaciones generalmente con estado orgánico debilitado. Cuando la hipobulia se exterioriza en individuos aparentemente normales en el resto de su psiquismo, exterioriza debilidad de carácter (indecisos). Es de observación común en Razas enteras. Los Latinos y Latinoamericanos, adolecen de este defecto, igualmente y en forma más acentuada aún, nuestros Naturales. El origen de este síntoma es sin duda, dependiente de múltiples factores entre ellos: Tendencias raciales heredadas. Psicogenesis defectuosa, por educación mal dirigida y condiciones adversas del ambiente para este fin. Cielo claro que da a los objetos, intensa iluminación y extraordinario colorido, bellos paisajes, etc., que llegan a ocupar la atención, afinando la sensibilidad contemplativa.

b).—La Hiperbulia o aumento del poder de decidir da los caracteres enérgicos, que por sí no son patológicos. El individuo que tiene capacidad para llevar a cabo con eficacia, las soluciones a los problemas que le plantea la vida, o para dejar de hacer aquello que no obstante sus tendencias, tiene como ideal no ejecutar (inhibir) en ninguna forma es un sujeto enfermo. La cuestión es de grados y el fanático y el idealista apasionado inflexibles, nos dan cuenta de ello.

Las alteraciones cualitativas están representadas por los Impulsos Patológicos y las Compulsiones.

a).—Los Impulsos Patológicos son considerados como trastornos psicológicos y neurológicos, siendo estos últimos dependientes de una excitación anormal de centros autóctonos y los primeros explicables como representantes de actos instintivos anormalmente realizados, por supresión de la elaboración intelectual con predominio de excitación Mesencefálica (Ichlondsky). No serían las perversiones instintivas, sino el resultado de una tendencia impulsiva de marcha desviada, que buscando la realización de un acto deflejo (acto instintivo) encontrara obstáculos (choques emocionales, complejos inhibidos) que la hicieran variar su justa ruta.

Perversiones Instintivas

Las perversiones del instinto nutritivo, pueden reducirse a dos: a).—La impulsión a ingerir sustancias que aunque alimenticias se combinan en forma extraña y en

cantidad desusada y a lo cual se llama: Malacia; b).—La impulsión a ingerir productos no alimenticios, como trozos de vidrio, piedrecillas, cuentas de cristal, trozos de metal, tierra, etc., que reciben el nombre de: Pica. Agregaremos que la Polifagia y la Polidipsia (impulsión a tomar alimentos y bebidas en exceso, más que una perversión instintiva, es la manifestación de un profundo déficit mental: Oligofrénicos, dementes; cuando no es un trastorno puramente orgánico (Diabetes).

El instinto sexual se presta a una multitud de perversiones por aumento, por disminución y por mutación de lo normal.

a).—Por Aumento. Cuando se observa en sujetos del sexo masculino se llama: Satiriasis y Ninfomanía, cuando se trata de mujeres. Se presenta en algunas Psicosis y al principio de muchas intoxicaciones. Algunas veces como forma de principio de la P. G. P. Este mismo síntoma ha llevado a muchas jóvenes histéricas, aún de excelente educación y posición social, a entregarse a la Prostitución.

b).—La disminución del instinto, frigidez o impotencia psíquica, se presenta como falta de deseo sexual o como falta de sensación propia del mismo (orgasmo). En la Melancolía hay inhibición predominante sobre la esfera sexual. Los padecimientos depresivos en general presentan este fenómeno en su sintomatología (Psicasténicos, Hipocondríacos).

c).—Los cambios o substituciones del acto sexual normal son:

a').—La Masturbación u Onanismo, que en ciertas condiciones y límites es considerada como normal; cuando hay abstinencia obligada del acto normal (presos, reclusos, internos, marinos en viaje; cuando se inicia la vida sexual; jóvenes de poca edad).

La verdadera perversión consiste en que pudiendo elegirse entre la masturbación y la realización normal del acto, se elija la primera, por causar más placer o bien que se realice en forma inmoderada. Desde luego que no es capaz de causar los daños que se le imputan o de llevar a los padecimientos mentales; lo que sucede es, que la Masturbación exagerada es ya, un síntoma, de algunos cuadros morbosos incipientes, (Síndrome Esquisofrénico).

b').—El exhibicionismo o impulso a mostrar las partes genitales u otras zonas eróticas a los demás, es otra forma

de substituir el acto sexual normal. Es muy común en los Maniacos, en los P. G. P., al principio del Síndrome, en los intoxicados Crónicos, los Dementes Seniles y los Arterio-esclerosos.

c').—El Fetichismo que consiste en la consecución de la satisfacción sexual mediante la presencia o el contacto con objetos llamados fetiches, pertenecientes a personas del sexo contrario (prendas de ropa y cabellos, rizos pubianos, etc.). Nos fue referido el caso de un joven, cuyo placer sexual máximo consistía en la visión de los manequés femeninos de los aparadores.

Los fenómenos anteriores son considerados como Pequeñas Perversiones.

Las Grandes Perversiones Sexuales:

a').—El Sadismo consiste en la anormal impulsión a hacer sufrir a la pareja (material o psíquicamente) durante el acto sexual (golpes, heridas, insultos, desprecios, humillaciones, etc.). La exageración máxima de esta perversión, lleva a la realización de crímenes. La literatura está llena de casos espeluznantes de sujetos sadistas: El Destripador de Mujeres, El Chalequero, etc.

b').—En el Masoquismo, contrario al anterior, el impulso se dirige al propio sujeto por Autolesión, humillación, etc., o como deseo de ser tratado así; en ocasiones se requiere para llegar al orgasmo, producirse o ser víctima de lesiones de cierta gravedad. Se observa con relativa frecuencia, en sujetos que pasan por ser normales.

c').—La Sodomía o Coito contra natura, es el impulso a realizar el coito por el ano, en lugar de hacerlo por la vagina.

d').—La Bestialidad o Impulsión a cohabitar con animales. (Mujeres solteras sin esperanza de satisfacción sexual dentro del matrimonio, que adquieren y cuidan animales con los que llegan al acomplamiento; Dementes).

e').—El Incesto o tendencia impulsiva a realizar actos sexuales con los consanguíneos. (De padre a hija, de hermano a hermana y recíprocas, etc.).

f').—El Vampirismo o Necrofilia, impulsión a satisfacerse sexualmente con cadáveres. Se cuenta del Sargento Bernard, que desenterró con ese fin, numerosos cadáveres del cementerio de su Pueblo, hasta que fue descubierto y sentenciado. Un joven estudiante de Medicina, fue expulsado de la Facultad, por habersele sorprendido, en el Anfitea-

tro de cadáveres, realizando actos de Vampirismo.
g').—Por último la Homosexualidad o Impulsión a realizar maniobras eróticas en personas del mismo sexo. Cuando se trata de sujetos del sexo masculino, se llama: Uranismo y Lesbismo o Tribadismo, si de mujeres.

Perversión del Instinto de Captación y del Instinto de Sociabilidad

a).—Robo o Impulsión a tomar lo de otros (Kleptomanía). Evidencia como todas las demás perversiones, su tipo impulsivo, en la inutilidad del acto (para fines egoístas o ideales) y en el proceder del sujeto, una vez reconocido y meditado el hecho, cuyas consecuencias trata de reparar.

b).—La Frangofilia, impulsión a tirar y romper objetos.

c).—La Pirofilia, impulsión a incendiar (frecuente en Epilépticos y Oligofrénicos).

d).—La Tanatofilia o impulsión al suicidio: de causas complejas (a veces se realiza por motivos meditados, saliendo del terreno de las impulsiones).

e).—La Dromofilia o impulsión a correr sin dirección ni finalidad: sin que intervenga en ello, ni la Razón ni la Voluntad. Es muy propia de los Epilépticos y se le interpreta como un equivalente de los Ataques Convulsivos.

f).—La impulsión al Homicidio, también observada en los Epilépticos, con lo cual vemos que todas las perversiones del instinto de Sociabilidad, tienen su expresión común por parte de los Epilépticos.

Al tratar las alteraciones en general, dimos la explicación más aceptada para la producción de las perversiones instintivas; nos resta consignar las Compulsiones, resultado de impulsos opuestos de igual valor subjetivo; y que no pudiendo seguir ni una, ni otra solicitaciones, se descargan en manifestaciones orgánicas (generalmente Neuroendocrinas). Malestar, angustia, palpitaciones, sofocaciones, diarrea, etc. Haremos notar que este fenómeno, es la solución de muchos otros que empiezan como Impulsiones.

La Acción Explícita Presenta Alteraciones de Signo Positivo y Negativo

Impulsivismo morboso y Sugestibilidad morbosa, que dan rica sintomatología mental.

Entre los Impulsivismos:

a).—Estereotipias o repeticiones frecuentes e inconcientes (automáticas) de Actitudes, palabras, gestos, movimientos, etc., que, si cuando se hicieron las primeras veces, tuvieron un fin explicable, más tarde escapan al control de la conciencia. Se diferencian del Tic Nervioso, en la relativa complejidad de la Estereotipia.

Las subdivisiones son dadas en la definición:

- 1.—Estereotipia de Actitud.
- 2.— " " Lenguaje.
- 3.— " " Fisonomía.
- 4.— " " Movimiento.

Todas ellas son patrimonio de la Esquizofrenia, pudiendo observarse también en las Demencias, en las Psicosis Toxiinfección Aguda, en las Oligofrenias.

b).—El Manerismo ejecución de movimientos faltos de espontaneidad y sin armonía; con cierta artificiosidad o teatralidad.

c).—Las Extravagancias Cinéticas. (Otra manifestación Esquizofrénica), que parecen como actos absurdos, sin finalidad y sin relación con los actos anteriores o con lo que le siguen.

d).—El Barrege o Interceptación Cinética, es la interrupción brusca, aparentemente inmotivada, de un movimiento ya iniciado, que luego se continúa. Este, es como los anteriores síntomas de la serie esquizofrénica, en particular del tipo Catatónico.

e).—Enriqueciendo aun más esa sintomatología, existe el negativismo, que o bien, se muestra como desobediencia sistemática, o bien como ejecución contraria a la orden dada: "Se manda abrir la boca y se aprietan las mandíbulas". Es muy fácil su confusión con manifestaciones de desconfianza de un Delirante y como un aspecto de la Abulia. El negativismo para alimentarse recibe el nombre de Sitiofobia, la cual puede ser efecto del temor de un Perseguido. La individualización del síntoma es delicada.

La *sugestibilidad morbosa* tiene varias manifestaciones escalonadas, desde la simple imitación hasta la flexibilidad cerea.

a).—Ecoalia, Ecominia y Ecopraxia es el mismo síntoma visto en distintos aspectos de la actividad. Consiste en

la imitación morbosa por parte del enfermo, de lo que ve hacer a su alrededor. Pueden observarse aisladamente, la imitación de las palabras, como si se tratara de un eco y constituye la Ecolalia; así como la reproducción de los gestos o Ecominia, y en general, de todos los actos: la Ecoprasia.

b).—La Obediencia Automática, consiste en la ejecución inmediata de las órdenes dadas al enfermo, por improcedentes y molestas que sean: Hecharse vestido en un charco lodoso, por ejemplo.

c).—La Flexibilidad Cerea, por último, considerada más como un síntoma neurológico, que mental; se manifiesta como anormal posibilidad, de mantener actitudes corporales, muchas veces muy difíciles, durante un lapso prolongado de tiempo, sin dar muestras de fatiga. Se comprueba que hay hipertonia muscular en las actitudes pasivas, y cuando se manejan las extremidades, de sujetos afectados de tal síntoma, se experimenta una sensación semejante a la que da, el manejo de sustancias flexibles (estaño, cera) de donde ha recibido su nombre.

Como hemos tenido ocasión de ver, los fenómenos de esta última serie, pertenecen todos, a la sintomatología Esquizofrénica; lo cual nos llama la atención, ya que todas las alteraciones de la acción explícita, se observan con máxima frecuencia en estos síndromes; ésto nos hace pensar en una cantidad de energía volitiva considerable, regida por ideas y afectividades desorganizadas.

No podríamos dar por terminado este Capítulo sin consignar siquiera, como actividades explícitas susceptibles de verse trastornadas: la Escritura, los Dibujos y los Trabajos Manuales, en los cuales se ven, en ocasiones, con extraordinaria nitidez, lo que otra clase de observaciones repetidas, no han podido lograr.

Finalmente, los Sueños, como creación subjetiva subconciente, centeniendo siempre amplio significado, son también una actividad del sujeto y como tal, fueron considerados y estudiados con particular interés por S. Freud. No puede negarse que dan positivos valores, en la ardua tarea de dilucidar una Psicología Individual siempre que sean fundadamente interpretados. Cosa semejante puede decirse, de los llamados actos fallidos, equivocaciones, movimientos espontáneos en el transcurso de la conversación, etc., todo lo cual constituye una forma de actividad subcon-

ciente, con finalidad precisa aunque desconocida para el sujeto; generalmente sublimaciones subconcientemente realizadas, con cambio del objeto, por un símbolo, con cambio de la acción o de ambas cosas. Prácticamente la interpretación verídica, presenta dificultades a veces insuperables y siempre de magnitud. Los técnicos especializados, cuando varios de ellos se proponen un mismo problema, no llegan siempre a igual solución. Las severas inferencias, deben atenderse, teniendo en consideración, la joven ciencia de que se trata, la ciencia de lo subconciente.

Clasificación de las Enfermedades Mentales

HEMOS citado en el transcurso de este trabajo diversos nombres de Síndromes y Padecimientos Mentales, pero debido a lo imperfecto de la Nosografía Psiquiátrica, podríamos engendrar confusiones si no diésemos a conocer la clasificación que hemos adoptado en la exposición de los síntomas que analizamos.

Conscientes de la imperfección de las clasificaciones, hemos procurado sujetarnos a la que nos parece la más racional y más en uso en la actualidad, la de Kraepelin, que a continuación exponemos, sin desconocer que la clasificación adoptada por el Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría tiene puntos de vista más perfectos y que esperamos sea reconocida y aceptada mundialmente. Entre tanto, continuamos sujetándonos a la del Profesor Alemán.

CLASIFICACION DE KRAEPELIN

(Modificada en España y tomada del Manual de Mira y López).

- I.—Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales:
 - a). Delirio traumático. — b). Epilepsia traumática. — c). Defectos psíquicos traumáticos.

- II.—Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas. (Procesos orgánicos cerebrales).
 - a). Tumores, absesos, cisticercosis. — b). Esclerosis lobar y esclerosis múltiple. — c). Enfermedades germinales: Corea de Huntington, esclerosis tuberosa (idiocia amaurotica enfermedad de Merzbacher, enfermedad de Wilson, seudoesclerosis). — d). Encefalitis (incluida la

encefalitis epidémica, hidrocefalia). — e). Insolación.

III.—Alteraciones mentales en las intoxicaciones.

a). Intoxicaciones exógenas.

1. Alcoholismo: a). Embriaguez. — b). Embriaguez agitada. — c). Alcoholismo. — d). Delirio de celos alcohólico. — e). Delirium tremens. — f). Alucinosis alcohólicas. — g). Psicosis de Korsakow. — h). Epilepsia alcohólica.
2. Intoxicaciones crónicas por los alcaloides: a). Morfinismo, opiofagia, codeinismo, heroínismo, dioninismo. — b). Cocainismos (con y sin morfinismo).

3. Otras intoxicaciones crónicas (exógenas): a). Intoxicaciones con cloroformo, petróleo, bencina, hidrato de cloral, paraldehído, bromo, trional, veronal, plomo, mercurio, sulfuro de carbono y haxis. — b). Ergotismo, pelagra, beriberi (con síntomas mentales).

4. Intoxicaciones agudas: a). Gases: óxido de carbono, gas del alumbrado, óxido nitroso, ácido sulfhídrico, etc. — b). Medicamentos: atropina, yodoformo, quinina, ácido salicílico, tropococaína, etc. — c). Otros tóxicos: hongos, anilina, dinitrotoluoil, toluidina, etc.

b). Intoxicaciones endógenas.

1. Por productos del recambio nutritivo: a) Delirio urémico. — b) Delirio eclámptico. — c). Psicosis de la diabetes. — d). Delirio de la colemia (ictericia grave). — e). Delirio en los trastornos circulatorios. — f). Delirio en las caquexias (carcinoma, anemias graves, etc.). — g). Asfisia por el calor. — h). Delirio por el hambre y por la sed, delirios por colapso (neumonía, erisipela).

2. Intoxicaciones endocrinas (enfermedades endocrinas): a). Psicosis tireógenas: 1).—Enfermedad de Basedof. 2).—Mixedema. 3).—Cretinismo. b).—Debilidad mental en enfermedades: 1).—De la hipófisis (gigantismo, distrofia adiposogenital, nanismo). 2).—De la epífisis (macrogenitosomía precós, obesidad). 3).—De las

cápsulas suprarrenales (pseudohermafroditismo, enfermedad de Addison). 4).—De las glándulas sexuales (enucooidismo, gigantismo, virilidad). 5).—Del timo (idiocia tímica, estado timicolinfático). 6).—Insuficiencias pluriglandulares.

IV.—Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas; (tífus, viruela, poliartiritis, neumonía, influenza, corea, fiebre intermitente, malaria, sepsis, tisis, rabia, lepra tripanosomiasis).

1. Delirio febril e infeccioso. 2).—Estados confusionales (después de enfermedades infecciosas, amencia). 3).—Estados de debilidad infecciosos.

V.—Sífilis.

1. Sífilis cerebral: a). Neurastenia sífilítica. — b). Seudoparálisis sífilítica (cuadros clínicos análogos a los de la parálisis). — c). Lúes cerebral apoplética (debilidad mental sífilítica simple con parálisis). — d). Epilepsia sífilítica. — e). Formas paranoides. — f). Sífilis congénita. (Parálisis cerebral infantil, debilidad mental). 2). Parálisis general progresiva: a). Demencial. — b). Depresiva. — c). Expansiva. — d). Formas agitada y galopante. — e). Tabo parálisis. — f). Formas atípicas (Lissauer). — g). Parálisis juvenil. 3). Psicosis tabéticas.

VI.—Procesos arterioscleróticos y de regresión:

1. Arteriosclerosis: a). Debilidad mental arteriosclerótica. — b). Encefalitis subcortical (diagnóstico anatómico). — c). Epilepsia tardía. — d). Debilidad mental apoplética.
2. Alteraciones mentales seniles y preseniles:
A. Procesos preseniles: a) Formas perniciosas (enfermedades de la edad de la regresión que conducen rápidamente a la muerte con lesiones anatómicas características). — b). Formas catatónicas (catatonía tardía). — c). Formas paranoides (en tanto no presentan síntomas esquizofrénicos).

- B. Psicosis seniles: a). Demencia senil. — b). Presbifrenia. — c). Enfermedad de Alzheimer. — d). Delirio de persecución senil.

VII.—Epilepsia genuina (imbelicidad epiléptica, demencia epiléptica, estados crepusculares, status epilépticus).

VIII.—Esquizofrenias.

- A. Demencia precoz: a). Formas simples. — b). Demencia precocísima (en la edad infantil). — c). Hebefrenia. — d). Formas depresiva y estuporosa. — e). Formas circular y agitada. — f). Catatonía. — g). Demencia paranoide. — h). Confusión del lenguaje.
- B. Parafrenias: a). Sistemática. — b). Expansiva. — c). Confabulatoria. — d). Fantástica.

-IX.—Psicosis maníacodepresiva.

- A. Predisposición maníacodepresiva. 1.—Predisposición irritable. 2.—Predisposición maníaca. 3.—Predisposición depresiva. 4.—Predisposición ciclotímica.
- B. Psicosis maníacodepresiva: a). Manía. — b). Melancolía. — c). Estados Mixtos.

X.—Psicopatías (incluidas las personalidades histéricas): a). Nerviosos. — b). Neuróticos obsesivos. — c). Exitables (con o sin rasgos histéricos). — d). Inestables (con y sin rasgos histéricos). — e). Débiles de voluntad (con y sin rasgos histéricos). — f). Impulsivos (aumento de los impulsos normales). Epilepsia afectiva. — g). Impulsivos patológicos. — h). Perversos sexuales (homosexuales, sadistas, masoquistas, fetichistas y exhibicionistas). — i). Discutidores. — j). Extravagantes retorcidos. — k). Mentirosos. l). Personalidades histéricas (carácter histérico, histeria degenerativa). — m). Camorristas. — n). Asociales.

XI.—Reacciones psicógenas (incluidas todas las reacciones histéricas).

A. Psicosis y neurosis de situación: a). Depresión psicógena (causa externa). — b). Locura inducida. — c) Psicosis de prisión de origen psicógeno (delirio de inocencia, de indulto, litigantes, de prisión). — d) Psicosis de espanto (estados confusionales pasajeros a causa de impresiones muy fuertes. — e). Neurosis de guerra (actitud de rechazo ante el servicio en el frente). — f). Neurosis traumáticas (actitud de repulsa ante la vuelta al trabajo). — g). Neurosis de renta. — h). Delirio de los litigantes..

B. Estados nerviosos: a). Agotamiento nervioso (por exceso de trabajo y emociones). — b). Neurosis de angustia.

B. Reacciones histéricas: a). Histeria del desarrollo (en la edad juvenil). — b). Histeria alcohólica. — c). Histeria traumática. — d). Estados crepusculares de Ganser. — f). Estupor histérico de prisión.

XII.—Paranoia.

- a). Personalidades paranoides.
- b). Formas atenuadas y abortivas de la paranoia.
- c). Delirio de persecución de los sordos.
- d). Paranoia clásica (delirio de persecución, de celos, de descendencia, de grandeza, religioso, de los inventores y erótico).

XIII.—Oligofrenias.

XIV.—Casos oscuros.

En la segunda clasificación antes mencionada, puede observarse la sistematización a base de criterio etiológico, que a momentos se substituye por el patogénico y el sintomático, debido a la pobreza de conocimientos en el estado actual de la ciencia. No obstante en él se leen los esfuerzos realizados a la fecha. Es como sigue:

I.—Psicosis debidas o asociadas a infecciones.

1. Psicosis con sífilis del sistema nervioso central: genos: Debidas a metales. Debidas a gases. De a). Tipo meningeocefálico (parálisis general). — b). Tipo meningovascular (sífilis cerebral). — c). Psicosis con gomas intracerebrales. — d). Otros tipos.
2. Psicosis con meningitis tuberculosa.
3. Psicosis en la meningitis (no específica).
4. Psicosis en la encefalitis epidémica.
5. Psicosis en la corea aguda (Sydenham).
6. Psicosis postinfecciosas.

II.—Psicosis debidas a intoxicación.

1. Psicosis alcohólicas: Intoxicación patológica. Delirium tremens. Psicosis de Korsakow. Alucinosis aguda. Otros tipos.
2. Psicosis debidas a drogas u otros venenos exógenos al opio y sus derivados. Debidas a otras drogas.

III.—Psicosis debidas a traumas (psicosis traumáticas). Delirio traumático. Trastornos de la personalidad postraumáticos. Alteración mental postraumática. Otros tipos.

IV.—Psicosis debidas a perturbaciones de la circulación. psicosis con embolia cerebral. Psicosis con arteriosclerosis cerebral. Psicosis con enfermedad cardiorrenal. Otros tipos.

V.—Psicosis debidas a trastornos convulsivos (epilepsia). Alteración epiléptica. Estados crepusculares epilépticos. Otros tipos.

VI.—Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo, de la nutrición o de la función endocrina.

1. Psicosis seniles: alteración simple. — Tipos presbifrénico. — Tipos confuso y delirante. — Tipos deprimido y agitado. — Tipos paranoides.
2. Psicosis evolutivas: Melancolía. — Tipos paranoides. Otros tipos.

3. Psicosis asociadas a trastornos de las glándulas endocrinas.
4. Delirio exhaustivo.
5. Psicosis asociadas a la pelagra.
6. Psicosis en otras enfermedades somáticas.

VII.—Psicosis debidas a nuevas formaciones. Psicosis en las neoplasias intracraneales. Psicosis en otras neoplasias.

VIII.—Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas, pero asociadas con cambios orgánicos del sistema nervioso.

Psicosis en la esclerosis múltiple. Psicosis en la parálisis agitante. Psicosis en la corea de Huntington. Psicosis en otras enfermedades del cerebro o nerviosas.

IX.—Trastornos de origen psicógeno o sin causa ni cambio estructural claramente definido.

1. Psiconeurosis: Histeria (de ansiedad, de conversión y subgrupos). Psicastenia o estados compulsivos (y subgrupos). Neurastenia. Hipondria. Depresión reactiva (reacción simple de situación y otras). Estados de ansiedad. Psiconeurosis mixtas.

2. Psicosis maníacodepresiva: Tipo maníaco. Tipo depresivo. Tipo circular. Tipo mixto. Tipo perplejo. Tipo estuporoso. Otros tipos.

3. Demencia precoz (esquizofrenia): Tipo simple. Tipo hebefrénico. Tipo catatónico. Tipo paranoide. Otros tipos.

4. Paranoia y estados paranoides: Paranoia. Estados paranoides.

5. Psicosis en personalidades psicopáticas.

6. Psicosis con deficiencia mental.

X.—Psicosis indagnosticadas.

XI.—Trastornos psíquicos sin psicosis (únicamente para los efectos de admisión hospitalaria).

Epilepsia. Alcoholismo. Toxicomanía. Deficiencia mental. Desórdenes de la personalidad producidos por la encefalitis epidémica. Personalidades psicopáticas: Con sexualidad patológica. Con emocionabilidad patológica. Con tendencias asociales o amorales. Tipos mixtos.

Desórdenes primarios de la conducta.

Adaptación simple del adulto. Trastornos primarios de la conducta en el niño. Perturbaciones de los hábitos. Perturbaciones de la conducta Rasgos neuróticos.

No nos corresponde criticar las clasificaciones expuestas; creemos cumplir nuestros fines, dándolas a conocer sencillamente y aclarando que, mientras la más conocida y más en uso es la Clasificación de Kraepelin, para muchos autores resulta más racional, más científica y clara la adoptada por el Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría.

F I N

Bibliografía

- A. Adler.—El sentido de la Vida, 1935.
A. Adler.—Psicología del Niño. (Psicología individual y la Escuela). Trad. J. Salas. Madrid, 1930.
E. Clapared.—Psicología del Niño.
L. Dugas.—La imaginación.
H. Delgado.—De la herencia en Psiquiatría. Rev. Mex. de Psiq. Neurol. y Med. Legal, Vol. II, No. 10.
Dide y Giraud.—La Psiquiatría del Médico Práctico.
S. Freud.—Introducción a la Psicoanálisis. (Los actos fallidos y los sueños).
S. Freud.—Psicopatología de la vida cotidiana. Trat. L. López Ballesteros. 1922. Prólogo. Ortega y Gasset.
P. Janet.—La psicología de los sentimientos. México, 1926.
W. James.—Compendio de Psicología.
Levy-Valenci.—Psiquiatría. Salva. Edit. 1930.
D. Mercier.—Compendio de Filosofía.
R. Messer.—Introducción a la psicología y direcciones de psicología de la actualidad. Madrid, 1934.
E. Mira y López.—Manual de Psiquiatría. Barcelona, 1935.
G. Marañón.—Las secreciones internas. Su significación Biológica y sus aplicaciones a la Patología. Madrid, 1915.
G. Marañón.—Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición. 3a. Ed. Gutemberg, 1920.
C. Pavón A.—La Constitución Mental. Tesis. Méx. 1936.
J. Patrascoiu.—Tratado de Psicología. Buenos Aires, 1929.
Pawlow.—Ensayo de disgresión de un Fisiólogo en los dominios de la Psiquiatría.
Regis.—Compendio de Psiquiatría.
Roustan.—Psicología.
Roques de Fursac.—Manual de Psiquiatría.
Ribot. T.—La imaginación creadora.
Ribot. T.—La psicología de los sentimientos.
Sargant E.—Tratado de Patología Médica. Tomos VII y VIII.
W. Stanley Jevous.—Nociones elementales de lógica deductiva e inductiva. Secret. de Fomento. México.
Touygnon P.—El alma femenina. Ensayo de Psicolog. etc.
Vermeulen.—Psicología del niño. (Psic. del niño y del adolescente). Madrid.