



# La mente enferma

EMILIO MIRA Y LOPEZ

# LA MENTE ENFERMA

(EPITOME DE PSICOPATOLOGIA Y PSICOFARMACOLOGIA)

PROF. DR. EMILIO MIRA Y LÓPEZ

Profesor de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona (España)

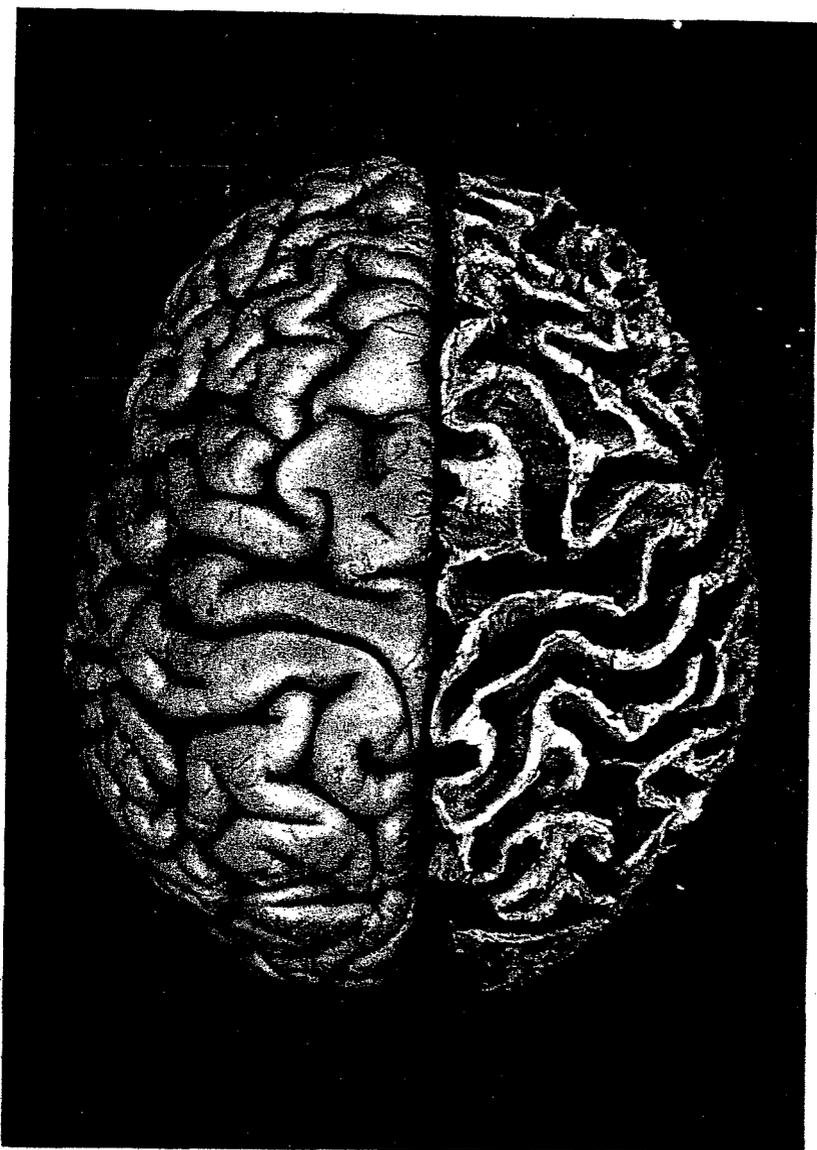
Salmon Lecturer de la New York Academy of Medicine (U. S. A.)

Profesor del Instituto de Medicina Psicológica de Río de Janeiro (Brasil)



SERVICIO CIENTIFICO ROCHE  
MONTEVIDEO - URUGUAY





Cuerpo medular (interior de la sustancia blanca) del hemisferio derecho del cerebro visto desde arriba. (Del "Atlas Cerebri Humani" de E. Ludwig y J. Klinger, editado por S. Karger, Basilea 1956).

## INDICE

I	Concepto moderno de la salud mental .....	13
II	Qué es la medicina psicosomática .....	14
III	Factores determinantes del equilibrio personal ...	16
IV	Influjos condicionantes del desequilibrio mental ..	18
V	Diversos tipos de perturbación mental .....	22
VI	Los grandes síndromes psiquiátricos .....	31
VII	Conducta del clínico ante el paciente psiquiátrico	100
VIII	Normas para la elaboración del plan terapéutico	108
IX	Criterios para la elección de psicofármacos en los diversos tipos de perturbación mental .....	116
X	Papel del médico clínico en la práctica ortopsiquiá- trica .....	122



"Pinel libera a los alienados de sus cadenas". Cuadro de Fleury. Hospital-hospicio de la Salpêtrière, Archivos de Asistencia Pública de París.

## I. Concepto moderno de la salud mental

Hasta hace poco tiempo el concepto de salud incluía "la ausencia de perturbaciones psíquicas", pero desde 1950 el Comité de Expertos de la Federación Mundial pro Salud substituyó ese concepto meramente negativo por otro más concreto y amplio, definiéndola como "un estado de bienestar corporal, intelectual y moral que permite a quien lo siente vivir activamente y enfrentar con eficiencia y serenidad las emergencias de la vida social".

Los peritos de la Organización Mundial para la Salud Mental (adscrita a la UNESCO) han sido todavía más explícitos en su correspondiente definición y consideran que una persona solamente goza de completa salud mental cuando reúne las siguientes condiciones:

- 1) *Se autoestima y acepta ecuanímente.* Esto es, se juzga con objetividad, sin minusvalorizarse ni sobrevalorizarse, de modo que su autojuicio coincide con el que de ella hacen sus semejantes más próximos. Por ello la persona mentalmente sana no corre los riesgos de la vanidad, la soberbia o la desmedida ambición ni tampoco los de la envidia, los celos o la timidez. Reconoce sus errores pero también aprecia sus éxitos en la justa medida.
- 2) *Se relaciona bien con sus semejantes.* O sea que es capaz de adoptar y mantener una actitud cortés y serena ante cualquier interlocutor, sin distinción de sexo, edad, cultura, raza, religión, posición económica, filosófica, política o estado social. Asimismo, se interesa por los problemas de la colectividad y grupos sociales a los que pertenece y está dispuesta a ofrecer su ayuda a quien la precise y, a pesar de

todo, conservar su independencia de juicio y de acción. Tal conducta le lleva a tener amistades duraderas.

- 3) *Sabe enfrentar las demandas de la vida.* Cuando tiene ante sí un obstáculo o un problema sabe estudiarlo y tomar una decisión lógica. Acepta sus responsabilidades. Si no puede cambiar su ambiente, es capaz de adaptarse a él, sin dejar por ello de mantener íntimamente sus propósitos. No es rígida ni oportunista, sino flexible y oportuna, conservando siempre su propia dignidad. Planifica sin temor su futuro y enfrenta con serenidad sus frustraciones, procurando siempre extraer alguna lección de sus fracasos.

Claro está que, si aplicamos este criterio con rigor, son una minoría las personas que pueden satisfacerlo completa y permanentemente. Por eso los especialistas afirman que es normal un cierto desequilibrio mental y han creado una subespecialidad, la llamada *Ortopsiquiatría*, que tiene por fin evitar que tal desequilibrio llegue a sobrepasar los límites compatibles con ese concepto práctico de normalidad. Esto viene a coincidir con el viejo refrán: "De músico, poeta y loco, todos tenemos un poco".

## II. *Qué es la medicina psicosomática*

El concepto de enfermedad ha cambiado tan profundamente como el de salud lo que ha dado lugar a una nueva orientación doctrinal de la medicina, pasando ésta del criterio anatomoclínico al psicosomático. ¿En qué consiste, esencialmente, esa modificación? Precisamos saberlo para comprender mejor el actual enfoque de la patología y la terapia del ser humano. He aquí sus postulados fundamentales:

- 1) En patología, es más importante la Persona que el Organo; el "Quien" determina más que el "Qué" cualquier curso mórbido, pues el Todo es siempre más importante que la Parte.

- 2) En patología es más necesario conocer cuáles son los *problemas vitales* del paciente que etiquetar o rotular el *síndrome* que presenta ante el médico.
- 3) No puede haber enfermedades *exclusivamente* orgánicas o psíquicas; siempre es el Hombre, en su radical individualidad (e indivisibilidad) psicósomática, psicosocial e histórica, quien enfrenta total y unitariamente los efectos de las energías nociceptivas.\* Lo que llamamos "enfermedad" es simplemente un *diverso modo de existir*, en el que se observan perturbaciones funcionales y alteraciones anatodinámicas (reversibles o irreversibles) en todos los niveles (iónico, celular, tisular, orgánico y personal) de la vida individual. Esta no puede ser concebida como una síntesis de actos elementales sino como una *sucesión de momentos de una totalidad psicósomática, intencional y auto-referente* (consciente).
- 4) Lo que determina cualquier proceso morboso no es principalmente la violencia de los factores etiológicos ni el grado de resistencia orgánica del enfermo, sino el modo como aquéllos y ésta se combinen e integren con los efectos del plan terapéutico y con el ánimo, la fe y la esperanza del paciente. *La actitud y la prospección personal del enfermo*, no solamente ante su actual perturbación, sino ante sus proyectos y esquema de futura conducta, cobran así su real valor e importancia para el más difícil de los trabajos médicos: el *pronóstico*.
- 5) De todos los influjos nociceptivos conocidos como determinantes de patologismos, son los de naturaleza psíquica, originados por conflictos personales que colocan al sujeto en estado pasional deprimente (miedo, rencor, frustración, remordimiento, etc.) —es decir, los llamados vulgarmente *disgustos*— los que con mayor frecuencia, duración, extensión y gravedad actúan de un modo solapado y desconocido para el médico que siga la clásica orientación anatomoclínica. El psicósomatólogo, en cambio, nunca olvida que el radical "pathos" significa, al propio tiempo, pasión, sufrimiento y perturbación (mórbida). Por eso en sus interrogatorios se interesará, más que en la historia del o

\* Nociceptivo: lo que es ofensivo, doloroso o desagradable.

de los síntomas, en la historia de quien los creó y los sufre. De esta suerte, en vez de remontarse del síntoma al órgano, de éste a la lesión y de ésta al diagnóstico, se remontará de las quejas al estado general, de éste a las zonas de presión y conflicto emocional y de ellas a los déficit de la somato y la psichomeostasis individual, que precisa corregir.

- 6) Un curso morbosos es siempre; por lo tanto, una *antroposis*, con alteraciones más o menos evidentes en todos los planos y niveles funcionales de la individualidad personal, si bien, según el tipo y la localización de tales alteraciones, será posible definir esa antroposis como preferentemente global o local, psíquica o corporal, funcional u orgánica.

### *III. Factores determinantes del equilibrio personal*

Del mismo modo que la pervivencia del organismo humano y la constancia de su medio interno son aseguradas por una serie de procesos auto-reguladores, a los que Walter Cannon asignó en conjunto la misión de compensar cualquier desequilibrio funcional provocado por variaciones súbitas o demasiado intensas de las exigencias ambientales, así también el equilibrio personal se ve normalmente asegurado por una serie de dispositivos de integración, compensación y nivelación funcional que evitan, en lo posible, excesivos desgastes y previenen perturbaciones de conciencia o de conducta. Esta doble "homeostasis" —física y mental— mejora con el ejercicio o repetición experiencial de las mismas situaciones vitales y así permite al Hombre el llamado "aprendizaje adaptativo" a las más diversas condiciones y exigencias existenciales.

Tres grandes sistemas auto-reguladores pueden destacarse en esa silenciosa y permanente actividad que mantiene a una inmensa mayoría de

personas dentro de la franja de la normalidad en sus cuatro aspectos: gnóstico-intelectivo, afectivo-emocional, conativo (propositivo) y práxico.

El primero se encuentra constituido por la reversibilidad de los procesos de excitación e inhibición en los grandes centros de la corteza cerebral. Gracias a la inducción recíproca se suceden convenientemente las dos fases (anabólica y catabólica) del metabolismo neuronal y se alternan los períodos de reposo y de trabajo de los circuitos corticales, produciendo los dos grandes ciclos del sueño y de la vigilia, según predomine, respectivamente, la inhibición o la excitación general de la corteza cerebral.

El segundo sistema auto-regulador es el que controla el equilibrio dinámico de las corrientes córtico-talámicas y tálamo-corticales, permitiendo que exista una adecuada proporción y alternancia entre las actividades conscientes y las subconscientes, entre los procesos discursivos (pensamiento) y afectivos (sentimientos y pulsiones).

El tercer sistema es el que actúa sobre la llamada escala diatésica (Kretschmer) y determina la estabilidad del "ánimo" o "humor" en una zona intermedia entre la alegría y la tristeza, el optimismo y el pesimismo, la fe y la desconfianza. Este tercer sistema es el más complejo y menos conocido, pues en él influyen factores humorales, endocrinos, vegetativos y psíquicos. No obstante, en las dos últimas décadas se ha progresado mucho en su investigación y gracias a esto se ha aumentado extraordinariamente el número y la eficiencia de los recursos médicos para restablecer sus diversas alteraciones, que dan lugar a las denominadas psicosis afectivas o tímicas.

Dada la unidad e integración funcional de la individualidad humana existen correlaciones entre esos sistemas psico-reguladores, de modo que cuando uno de ellos falla puede ser compensado, dentro de ciertos límites, por los demás. Desgraciadamente, existen causas patógenas que los alteran simultáneamente y entonces el desequilibrio personal se torna inevitable.

#### IV. Influjos condicionantes del desequilibrio mental

Son de tres categorías: a) *heredados* o *genotípicos*, es decir, contenidos en los "genes" de los cromosomas de las células germinales paterna y materna; b) *citotípicos* o *plasmáticos*, o sea presentes en el citoplasma de esas células y, sobre todo, en el de las células del cigote, en sus primeras fases del desarrollo embrionario; c) *paratípicos* o *exógenos*, esto es, provenientes del medio ambiente. Vamos a considerarlos sucesivamente con brevedad.

Los influjos o factores *genotípicos* capaces de condicionar una perturbación mental son designados con el calificativo de "taras" y han de ser concebidos como de naturaleza dismetabólica y actuantes en el plano o nivel molecular. Sin duda existen diversos modos de transmisión hereditaria peculiares de tales factores y, además, éstos pueden resultar de mutaciones bruscas de los genes que los vehiculan. Por ambos motivos, es difícil apreciar en cada caso particular el papel que cabe atribuirles en la génesis del trastorno psíquico observado. Los genetistas se valen del cálculo de probabilidades y del llamado "pronóstico empírico" para estimar el porcentaje de descendientes de cada pareja humana, portadora de taras genéticas conocidas, que las tendrán también en forma latente o manifiesta. Pero ningún genetista es capaz de prever si un determinado hijo estará incluido dentro o fuera de ese porcentaje, tanto más cuanto que en la mayoría de los casos lo que se transmite no es la perturbación sino la propensión a sufrirla. Esto significa que nadie nace *fatalmente predestinado* a sufrir tal o cual psicosis, inclusive en el peor caso de herencia dominante. Mas también es cierto que, de acuerdo con su original fórmula genética, cada individuo humano se halla constitucionalmente predispuerto para exhibir tales o cuales desequilibrios personales cuando se encuentre sometido a la acción de causas patógenas que ultrapasen sus dispositivos de adaptación y defensa. Así vemos, por ejemplo, que un mismo disgusto dado a los miembros de una familia, o una misma intoxicación por ellos sufrida, determina en cada uno un tipo diferente

de reacción. Los antiguos decían que cada cual posee su "idiosincrasia" o sea su peculiar modo de ser y de responder ante el ambiente. Con ello querían significar que la constitución individual —directamente derivada de la fórmula genotípica— presupone determinadas propensiones y resistencias, cualidades y defectos, pero, dada la complejidad e importancia de los demás factores integrantes y responsables por la conducta o actividad personal, no cabe admitir que existan perturbaciones mentales *exclusivamente* endógenas o exógenas.

Los influjos *citotípicos*, recientemente investigados por la escuela francesa, constituyen con las llamadas lesiones germinales (*Keimschädigungen*, de los alemanes) un puente entre los factores genéticos o endógenos y los propiamente ambientales o exógenos. Adquieren significación patológica cuando alteran de tal manera el trofismo y el funcionalismo neuroendocrino que desquician la base de la psichomeostasis. Tales factores influyen singularmente sobre el metabolismo del ácido desoxi-ribonucleico y se les considera predominantes en la etiología de las psicosis dismetabólicas, autotóxicas y carenciales, así como en algunos síndromes hipoes-ténicos o hiperesténicos.

En realidad, es a través de los plasmas celulares como se procesan las principales modificaciones del equilibrio homeostático y tiene razón Pickworth cuando escribe que tanto la vía psicosomática como la somatopsíquica actúan a través de variaciones en los metabolitos (oxígeno, azúcar, agua, sodio, potasio, vitaminas, etc.) y de sustancias tales como la adrenalina, la acetilcolina, la histamina, la serotonina, ACTH (hormona hipofisaria) etc., cuyo déficit o cuyo exceso condicionan siempre no solamente una perturbación fisiológica sino una alteración mental más o menos compensable. Por ello, en la moderna investigación psiquiátrica se concede, en forma creciente, un valor mayor a este tipo de influjos.\*

Los influjos *paratípicos*, ambientales o propiamente exógenos son los más fáciles de demostrar, pero también son los más complejos y condicio-

\* Véase: Pickworth: *New Outlook on Mental Diseases*. Williams and Wilkins Ed. Actas del Symposium acerca de Conceptos Químicos de la Psicosis, presidido por Max Rinkel y Herman Denber en el 2º Congreso Internacional de Psiquiatría, Zurich, 1957.

nan no solamente la producción de todas las perturbaciones psíquicas *reactivas*, sino la patoplastia de las de tipo *procesal*. Entiéndese por psicosis reactiva la que es capaz de retrogradar total y definitivamente, sin dejar rastro o secuela pues obedece simplemente al impacto de factores exógenos; las psicosis procesales, en cambio, coinciden con dismetabolismos que lesionan a las neuronas y dejan un "defecto" más o menos ostensible, incluso cuando desaparece el cuadro clínico que las revela.

Correspondiendo a las necesidades vitales de la persona, la Naturaleza y el grupo social con el que convive le proporcionan recursos y técnicas para pervivir, desarrollarse y progresar normalmente, pero, a veces, unos y otras no se ajustan a las posibilidades de utilización y se crea entonces una distancia excesiva entre lo que se precisa y lo que se obtiene, entre lo que se espera y lo que se recibe, entre lo que se desea y lo que se consigue. Cuando tal ocurre, surge la "frustración" que es uno de los motivos paratípicos más patógenos para la mente. En otros casos, la individualidad tiene a su disposición, en el ambiente, cuanto necesita para satisfacer sus necesidades; pero, por motivos de tiempo o de lugar, sufre una presión o censura social (codificada en las llamadas Leyes y Costumbres) que le impide hacerlo directa o suficientemente y le origina un conflicto mental, que se expresa íntimamente en forma de un angustioso malestar y de una inseguridad de propósitos o actos. Si las llamadas "defensas de Yo" no consiguen rodear el obstáculo mediante un compromiso entre los deseos y las obligaciones, se produce una ruptura de la unidad, espontaneidad y flexibilidad personal y se engendran estados de duda, resentimiento, disgusto y tensión, capaces de llevar a tal sujeto a la neurosis o, inclusive, a la psicosis.

En el fondo, una mayoría de enfermos mentales, cualesquiera que sean sus diagnósticos, sufre las consecuencias de no haber podido resignarse a vivir como quieren los demás y no haber podido conseguir tampoco vivir como ellos desean. Hállanse, así, unas veces incompatibles con la realidad, otras con sí mismos y siempre en dificultad para establecer una relación constructiva y pacífica entre el Yo y el No-Yo, es decir, entre los Mundos Subjetivo y Objetivo. De este modo, su conciencia vive en

permanente estado de tensión, porque ni se resigna ni se rebela totalmente, y no consigue superar el dilema de sufrir la frustración o el remordimiento, pues ambos le atemorizan por igual. Si consideramos esta situación con un poco más de profundidad y detalle, veremos que los motivos psíquicos del desequilibrio mental son siempre de naturaleza conflictiva y surgen por disociarse las pulsiones que normalmente unifican el ánimo y la conducta, el pensamiento y la acción, el deseo y el acto.

Tal disociación puede ser debida:

- 1) A existir una oposición y equipotencia entre dos tendencias primarias y de incompatible satisfacción momentánea o simultánea.
- 2) A crearse una oposición entre el deseo y el deber.
- 3) A surgir un conflicto entre lo que el sujeto cree que es su deber y lo que los demás creen que es.
- 4) A darse cuenta el sujeto de que actuó equivocadamente pero no pudo corregir lo que hizo.
- 5) A equivalencia entre el impulso a realizar algo y el miedo a sufrir consecuencias penosas.

Todavía son posibles otras motivaciones conflictivas si se recuerda la dificultad con que, en la práctica, coinciden lo que nos interesa, deseamos, nos proponemos obtener y podemos conseguir, de una parte, y, de otra, lo que los demás juzgan que ha de constituir nuestro objetivo. Pero cualesquiera que sean ellas, siempre se origina la duda y la indecisión bloqueando, en diversos sectores del arco eferente, la carga u onda de reacción, y produciendo así el denominado "síndrome de contención" (Fenichel). Este representa ya la primera fase de la desadaptación, pues la energía neuropsíquica así detenida tenderá a desviarse por otros derroteros engendrando no sólo perturbaciones en las diversas zonas funcionales de la actividad consciente, sino también alteraciones neurovegetativas y somáticas. Según cuales sean las circunstancias, se observarán más o menos rápida e intensamente, alteraciones de tipo psico u organoneurótico o psicótico, produciéndose una caída de nivel y reactivándose pautas más primitivas de reacción, que ya habían sido superadas por la evolución y el aprendizaje experiencial.

No hay duda que cuanto más se complica la organización social más aumenta la presión y las exigencias que gravitan sobre cada miembro del grupo para poder convivir en su seno y, por ello, también aumentan las perturbaciones mentales en las grandes aglomeraciones urbanas. Pero si bien es cierto que son nuestros semejantes los principales responsables de nuestros disgustos y aflicciones, no cabe olvidar que entre los influjos desequilibrantes de naturaleza exógena o paratípica hay que incluir, además de los de naturaleza psíquica que acabamos de mencionar, los de naturaleza *traumática*, los de tipo *exotóxico* e *infeccioso* y los de tipo *climático* o *atmosférico* (entre los que se incluyen estímulos nociceptivos de tipo térmico, eléctrico, químico, lumínico y radioactivo). Con gran frecuencia convergen varias de esas categorías para ultrapasar las defensas personales, de modo que siempre que enfrentamos un caso de perturbación mental hemos de procurar ponderar y evaluar debidamente no sólo la causa que parece como más directamente eficiente o determinante, sino todas las demás que constituyen la "constelación nociceptiva" que sobre él actúa. Y no bastará esto para poder comprender la patogenia sino que, además, será necesario estudiar la interacción de todos esos factores entre sí y en contraposición con los dispositivos de homeostasis individual.

## V. *Diversos tipos de perturbación mental*

Es sabido que la actividad mental desborda el campo de la conciencia personal y puede ejercerse sin que el sujeto se dé cuenta de ello. Nuestros centros nerviosos encefálicos tienen diversos niveles de excitación y nunca se observa su total reposo ni su máxima actividad global. Ocurre en ellos algo semejante a lo que vemos en las actividades de una gran urbe: según las horas y los barrios, notamos oscilaciones en su ritmo, extensión e intensidad, pero nunca encontraremos esa ciudad totalmente paralizada

o totalmente activa. No obstante, en términos generales se dice que la ciudad "duerme" o que "se está despertando", que "trabaja", "está de fiesta", etc. porque se generaliza a la totalidad de su perímetro y de sus habitantes cuanto se observa en los llamados barrios céntricos. De la misma manera, existen en el encéfalo, de modo permanente, centros excitados y centros inhibidos, alternándose según las circunstancias y los períodos, lo que permite al individuo gastar y recuperar sus energías dentro de los límites de la normalidad. Mas, por la acción de los factores mencionados en el capítulo anterior, puede ocurrir que se alteren los ritmos funcionales encefálicos y determinados centros permanezcan excitados más tiempo del conveniente o que lo sean con desusadas intensidades y, entonces, se engendran desequilibrios y entrechocos en las ondas que recorren los diversos circuitos nerviosos, de modo semejante a lo que se observa en un estanque cuando las leves ondulaciones provocadas por la brisa se ven interferidas por las originadas con el lanzamiento de piedras hecho por un chico travieso.

Tenemos, así, que considerar la posibilidad de que se produzcan en el funcionamiento encefálico alteraciones que afectan a la *velocidad, intensidad, extensión, ritmo e integración* de sus actividades. Tales alteraciones se manifestarán en la doble vertiente: *intima o subjetiva* (dando lugar a modificaciones del pensamiento, el ánimo y los propósitos) y *práctica u objetiva* (originando alteraciones de la conducta o comportamiento). En teoría, es factible imaginar cada una de ellas aisladamente; pero en la clínica se presentan asociadas constituyendo los diversos tipos de síndromes psiquiátricos. Para la mejor comprensión de éstos vamos, previamente, a ocuparnos de su análisis por separado.

*Perturbaciones de la velocidad de los procesos psíquicos.* Cada persona tiene un "tempo psíquico" que le es propio y obedece a su peculiar constitución individual. De acuerdo con él, sus actividades mentales y sus movimientos corporales se realizan con una velocidad determinada. A quienes es propio y habitual un "tempo psíquico" lento, el vulgo los denomina "calmosos", "sangre de horchata", "sangre gorda", etc. y los técnicos los designan como *bradipsíquicos*. Viceversa, quienes tienen un

"tempo psíquico rápido" son popularmente designados como "nerviosos", "cohetes", "pilas", etc. y los técnicos los llaman *taquipsíquicos*. Algunos autores quisieron explicar esas diferencias por el predominio de los procesos activantes o frenadores del trofismo neuroendocrino y no faltaron quienes asociaron la bradipsiquia con el vagotonismo y la taquipsiquia con el simpaticotonismo. Hoy sabemos que la velocidad reaccional del neuroeje no depende solamente de las particularidades metabólicas de sus elementos, sino también del aporte de los llamados "mediadores químicos" (noradrenalina, acetilcolina, etc.) y del equilibrio iónico (principalmente K y Ca) así como de las condiciones circulatorias locales. Por esto existen sustancias que, ejerciendo en realidad una acción sedante sobre el neuroeje, pueden, en cambio, acelerar transitoriamente sus reacciones (el alcohol es una de ellas).

La verdadera perturbación mental en este aspecto sobreviene cuando se altera *relativamente* el "tempo psíquico" individual, pasando así a un *cambio de velocidad* (en sentido positivo o negativo) y, por tanto, a adquirir una aceleración cuyo valor estará en proporción directa con los síntomas observados. En los casos extremos de aceleración positiva, se produce una irradiación cortical y se desorganiza el pensamiento así como la conducta, engendrándose un estado de *ansiedad paroxística*. En cambio, en los casos extremos de retardo o aceleración negativa, se produce una extinción de los procesos antes de alcanzar las placas motrices y se pierde así la continuidad del intercambio reaccional con el ambiente, originándose estados de *estupor, apatía, abulia o akinesia*.

*Perturbaciones de la intensidad de los procesos mentales.* No faltan quienes las confunden y engloban con las anteriores, debido al hecho de existir una positiva asociación entre ambas, pero, en realidad, se trata no solamente de dos propiedades diferentes (la velocidad es regulada por la permeabilidad y cronaxia sinapsial en tanto que la intensidad lo es por el desnivel potencial de la onda de excitación y por el número de axones implicados en la conducción troncular) sino que, además, pueden presentarse asociadas inversamente. Tal ocurre, por ejemplo, cuando, por estar el individuo ante una situación crucial —que no exige inmediata solu-

ción— intensifica voluntariamente su trabajo mental, pero, al propio tiempo, lo realiza cautelosamente.

Más razonable es ligar las perturbaciones de intensidad con las diferencias de nivel, vigilancia o claridad consciente. Existe realmente un

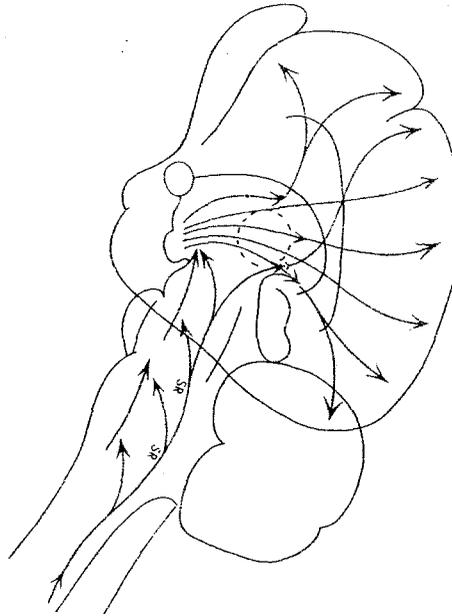


Fig. 1. Esquema de las relaciones pedúnculo-corticales, mostrando la dirección de los impulsos del sistema reticular activador de Magoun. Los impulsos eferentes de la formación reticular están representados por las flechas emergentes (en azul) de la zona SR y excitan los centros hipotalámicos (en verde) los que a su vez transmiten (en rojo) y difunden las ondas de excitación y alerta a las zonas corticales.

*umbral* por debajo del cual los procesos psíquicos pasan inadvertidos al sujeto, por no provocar en él las sensaciones o vivencias correspondientes. Asimismo, por encima de ese umbral existen diversos niveles de conciencia y todo hace suponer que éstos corresponden a otros tantos valores de des-nivel potencial en los circuitos que actúan en el encéfalo. La teoría de

Hughlings Jackson, según la cual aquellos niveles corresponden a los diversos pisos o estratos de la organización neuronal (cortical, subcortical, talámico, hipotalámico, etc.) ha sido reformada y reforzada por Stanley Cobb y adaptada por Ey y Rouart a la patogenia psiquiátrica, pero, en

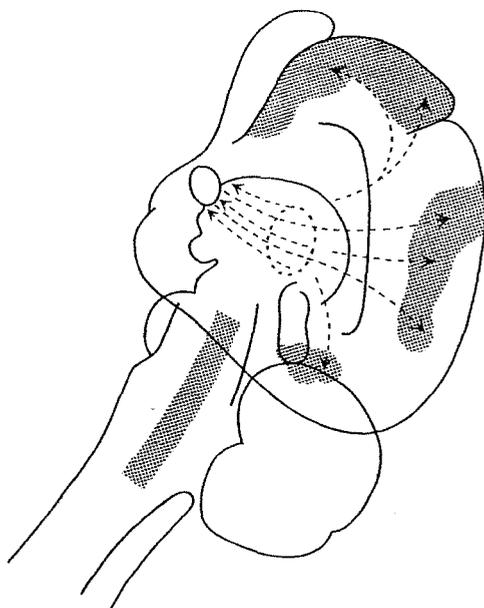


Fig. 2. Esquema de las vías de inter-relación córtico-pedunculares, mostrando especialmente la difusión de los impulsos hipnógenos (inhibitorios) a partir del área central hipnógena (Hess) situada en la zona hipotalámica (en el esquema corresponde al ovoide en amarillo). Los impulsos descendentes (en rojo) se dirigen hacia el quiasma óptico y los ascendentes (en azul) a las zonas corticales. De éstas, a su vez, pueden emanar impulsos descendentes, que inhiben la actividad del área hipnógena (sistema cortical activador descendente, no representado en el esquema).

realidad, presupone que la disolución funcional no solamente implica cambios de *tensión* (intensidad) sino también de *velocidad*, pues la inhibición de un centro superior desinhibe y acelera positivamente las corrientes de acción en el estrato inmediatamente inferior a él. De otra parte,

las más recientes investigaciones de Gelhorn, Magoun, Papez, Lorente de No, Mac Lean, etc. sitúan los centros de la autognosis\* más profundamente y destacan que el ritmo sueño-vigilia está controlado por el cerebro intermedio, dando así razón a la antigua teoría de Hascovec. (V. figuras 1 y 2).

9	La aceleración de los procesos psíquicos, su irradiación y curso incontrolados debilitan o anulan la reflexión.	EXALTADO FRENETICO
8	Hay una mayor tensión atenta. Hay hiperpercepción y mayor intensidad reaccional de lo normal.	HIPERLUCIDO HIPERFRENICO
7	Existe normal integración en los planos aferente, asociativo y eferente del funcionalismo consciente.	NORMAL ATENTO
6	La zona psicomotriz se halla, ya, activada pero la acción sobre ella es principalmente predeterminada por automatismos habituales.	ADAPTATIVO HIPOBULICO
5	Escasa noción de autoidentidad existencial. El yo se encuentra como extasiado y pasivamente receptivo:	APATICO, CON- TEMPLATIVO
4	Mezcla indiscriminada de elementos senso-perceptivos con imágenes oníricas y alucinatorias. Lenguaje incoherente. Ausencia de autocrítica.	ONIROIDE CREPUSCULAR
3	Reposo psíquico con normales actividades somato-vegetativas. Fácilmente mudable para los niveles superiores.	ONIRICO
2	Perplejidad. Falta de relación comprensible con el ambiente: obnubilación y desorientación. Conducta incoherente.	ESTUPOROSO CONFUSIONAL
1	Falta de lenguaje. Total aislamiento del mundo ambiental. Apenas leves automatismos defensivos ante los más violentos estímulos nociceptivos.	COMATOSO
0	Ausencia de autognosis.	INCONSCIENCIA TOTAL

Fig. 3. Grados o niveles de la intensidad de los procesos mentales.

De cualquier modo, es posible diferenciar diversos grados en la intensidad y claridad de los fenómenos mentales; éstos transcurren con normalidad en la zona medio-superior, se debilitan y obscurecen paulatinamente en la franja inferior y se exaltan y desorbitan hasta desorganizarse de

\* Noción del Yo.

nuevo en la franja superior (v. figura 3). Con una finalidad didáctica puede afirmarse que resultan patológicos los grados o niveles 1, 2, 4, 5 (el nivel 3 corresponde al llamado sueño normal o fisiológico) en la franja inferior, y los números 8 y 9 en la superior.

Cabe admitir que, inclusive en los niveles considerados como normales (6 y 7), exista un aspecto de las actividades mentales que adquiera desusada intensidad (por exceso o por defecto) y origine así, al principio, una perturbación de carácter focal o local, si bien pronto se generalizará, dado el globalismo e integración que se observan en la vida psíquica individual.

*Perturbaciones de la extensión de los procesos psíquicos.* Las dos funciones básicas del sistema nervioso —excitación e inhibición— pueden irradiarse (extenderse) o concentrarse en el ámbito encefálico. Cuando un centro nervioso entra en actividad y se transforma en dominante —por atender, en ese instante, a la satisfacción de una necesidad vital básica— crea una especie de drenaje en virtud del cual van a parar a él las ondas de negatividad circulantes en la zona circunvecina y, por decirlo así, absorbe sus energías, que se transforman de ese modo en incitantes (excitantes internos) para su mayor intensidad funcional (ley del centro dominante de Pavlov). Esto explica por qué cuando alguien desea algo intensamente lo hace cada vez con mayor fuerza, a medida que encuentra obstáculos para lograrlo. Esto explica también por qué se producen los llamados fenómenos paradójicos en la conducta humana (el sujeto se comporta cada vez más en contra de lo que de él se espera o exige). En tales casos, se observa una concentración tan exagerada del potencial psíquico que se engendra un estado de monoideísmo y obsesividad, diciendo las gentes que el sujeto “está cegado” y sólo vive para realizar tal o cual propósito descabellado. Corresponde esa perturbación a los períodos de *ensimismamiento* y *autismo productivo*, a veces observados tanto en enfermos mentales como en artistas, inventores y luchadores idealistas.

Y, al contrario, puede existir una irradiación excesiva de las ondas de excitación, que domine a los diversos focos de inhibición existentes y origine entonces un estado de *dispersión total de los potenciales*. El sujeto vive íntimamente esa situación perdiendo el llamado “hilo del pensa-

miento", es decir, la continuidad de sus procesos discursivos y desorientándose totalmente, en el tiempo, en el espacio y respecto a sí. La falta de inhibición lleva, hasta la vía final de los efectores, tales potenciales y engendra, a su vez, una conducta incoherente, contradictoria, característica de los cuadros clínicos más impresionantes de la locura (delirio furioso, delirium tremens, etc.). Claro es, no obstante, que, en condiciones normales, pueden observarse estados de ensimismamiento y de éxtasis, de concentración autista y dispersión atenta, sin que por ello pueda afirmarse que existe una perturbación mental. Esta solamente se establece cuando no cabe al individuo modificar voluntariamente el grado de esa concentración o dispersión y entonces *permanece perdido dentro de sí o fuera de sí*, destruyéndose la radical bipolaridad (sujeto-objeto; pensante y pensado) característica del sano juicio y de la conciencia normal.

*Perturbaciones del ritmo de los procesos psíquicos.* Todos los procesos psíquicos, tanto conscientes como inconscientes, son intermitentes, ondulantes y sometidos al constante ritmo impuesto por los procesos de inducción positiva y negativa del neuroeje (en virtud de ello la excitación y la inhibición se suceden y autorregulan recíprocamente, instituyendo un régimen de trabajo mental compatible con la recuperación metabólica de las neuronas). En condiciones habituales, esas oscilaciones se observan de modo regular, pasándose de uno a otro estado gradualmente; pero, por diversos motivos, pueden producirse asincronías o hipersincronías que dan lugar a bruscos cambios de los niveles de excitación o inhibición, y entonces surgen las diversas formas de *disritmia* características de un gran número de perturbaciones mentales (singularmente las pertenecientes a la constelación eneuquética o epiléptica).

Una vez iniciada, la disritmia tiende a extenderse y a exagerarse, del mismo modo que, cuando en una calle de tránsito denso se altera la circulación en un punto determinado, tiende a propagarse en cadena o en avalancha y a originar frenazos, sustos, choques e irregularidades en proporción creciente, hasta producir, a veces, la total paralización del tránsito a centenas de metros de distancia del lugar donde se inició la alteración.

En cierto modo, puede admitirse que la disritmia quede localizada y

sólo se torne perturbadora en determinadas funciones o momentos. Así, por ejemplo, es posible que una determinada persona muestre un carácter tranquilo, afable y simpático, pero, en cambio, sea sumamente irregular su rendimiento intelectual, pasando por fases brillantes y otras opacas, bruscamente, de tal modo que resulte imprevisible su eficiencia ante cualquier plano de trabajo. Esto se debe a que en esa persona han adquirido mayor madurez los hábitos sociales que los profesionales. De hecho, existe en los albores de la vida personal una disritmia básica o inicial, producida por la imperfección de las transmisiones sinápticas, así como por la insuficiencia de la inervación recíproca, asociadas a un déficit de mielinización y a una falta de diferenciación de los estímulos y de adecuación de las respuestas motoras. Por ello, los movimientos de los recién nacidos son bruscos, dismétricos y torpes; del propio modo, sus emociones se presentan de un modo casi explosivo y se suceden o desaparecen sin transición. Con el avance de los procesos de maduración del neuroeje y los progresos del aprendizaje de la experiencia, van estableciéndose cada vez más y mejores pautas adaptativas y reactivas, corrigiéndose así la básica y primitiva disritmia, tanto en el aspecto motor (explícito) como en los aspectos afectivo e intelectual (implícitos) de la conducta. Esta, empero, volverá a tornarse fácilmente disrítica cuando enfrente situaciones vitales urgentes y amenazadoras. Tal ocurre, por ejemplo, cuando alguien que no sabe nadar cae en el agua; aun dando por supuesto que supiese hacer fuera del agua los movimientos natatorios, se ahogaría pues los efectuaría atropelladamente.

Dada la unidad funcional existente en el individuo humano, es factible todavía que se conserve discretamente la integración y la eficiencia del trabajo mental, a pesar de hallarse éste perturbado por la disritmia; del mismo modo que un automóvil todavía puede transportar al conductor cuando éste aprieta disríticamente el pedal del acelerador o cuando el motor está mal regulado.

Esto explica por qué existiendo aproximadamente un 10 % de personas adultas que tienen su mente disrítica apenas la quinta parte solicita auxilio médico.

*Perturbaciones de la integración de los procesos psíquicos.* El todo es siempre más que la suma de sus partes. Por esto cabe admitir que una mente funcione en normales condiciones de velocidad, intensidad, extensión y ritmo, y a pesar de ello no llegue a un rendimiento satisfactorio por faltarle la integración o síntesis adecuada de todos sus procesos elementales.

Si nos entregasen todas las piezas de un rompecabezas cuyo conjunto no hubiésemos visto previamente ni tuviésemos indicación de él, sin duda nos costaría gran trabajo integrarlas de modo que, ocupando cada una su lugar, pudiesen formar conjuntamente el dibujo original. Así también hay mentes capaces de anotar, percibir y manipular los diversos componentes de la realidad (externa e interna) pero no consiguen sintetizarlos e integrarlos, viviendo entonces de un modo más o menos *disociado* y dando lugar a los diversos síntomas y perturbaciones de la constelación esquizofrénica.

## VI. *Los grandes síndromes psiquiátricos*

Cada vez nos hallamos más alejados del criterio anatomoclínico en psiquiatría. Su principal defensor, en este siglo, fue el gran psiquiatra alemán Emilio Kraepelin que aspiraba a poder encerrar la infinita variedad de las posibles perturbaciones mentales en un limitado número de entidades mórbidas, capaces de ser concretamente delimitadas por poseer una etiología, patogenia, sintomatología, curso y terapéutica bien definidos. Ya entonces se alzó contra ese criterio otro gran psiquiatra, A. Hoche, que en 1912 expuso la idea de que las enfermedades mentales (psicosis) son nada más que formas de reacción con las que la individualidad responde a la presión que sobre ella ejercen diversas constelaciones de causas patógenas. Existen, sí, algunos grandes síndromes preformados, cada uno de los cuales representa un determinado tipo de proceso defensivo y puede coexistir o

alternarse con los demás; pero lo cierto es que, ante un mismo factor nociceptivo, cada psiquismo tiene a su disposición diversos modos de reacción, y cada uno de éstos, a su vez, le puede servir para responder a diversas causas patógenas.

Para efectos meramente descriptivos y didácticos es preciso adoptar, cualquiera que sea la concepción teórica aceptada, una clasificación de las perturbaciones psíquicas que sea no solamente inteligible sino práctica. Por eso vamos a exponer en primer término los grandes síndromes psiquiátricos que hemos seguido durante tres décadas de actividades docentes.

En síntesis, diferenciamos:

- 1) *Oligofrenias*: Perturbaciones mentales producidas por la detención, retardo o insuficiencia del desarrollo y madurez de los procesos psíquicos durante la época del crecimiento individual.
- 2) *Demencias*: Perturbaciones mentales regresivas, debidas a la pérdida, regresión o disolución —más o menos completa e irreversible— de las pautas, integraciones y valores funcionales (adquiridos) de la personalidad.
- 3) *Psicopatías*: Perturbaciones —de conciencia y de conducta— que surgen de la falta de proporcionalidad y armonía entre los diversos sectores o núcleos de la personalidad, originando en ella mayores contradicciones intrínsecas y mayores dificultades de ajuste extrínseco.
- 4) *Psiconeurosis y organoneurosis*: Perturbaciones, predominantemente vivenciales y afectivas, que producen múltiples síntomas psicósomáticos y dificultan el rendimiento personal sin alterar por ello, esencialmente, el juicio de realidad y la inter-relación humana del paciente.
- 5) *Psicosis*: Trastornos de la actividad mental en los que, cualquiera que sea su aparente sintomatología, se produce un desquiciamiento perceptivo e interpretativo de la realidad, en su doble vertiente (subjetiva y objetiva) que lleva anexa una transformación de las actitudes y pautas de reacción personales, dificultando y comprometiendo la normal coexistencia del paciente con los grupos sociales a que se encuentra adscrito y tornándolo extraño a ellos, independientemente de cual sea la conducta de estos grupos ante él. Tal desquiciamiento puede

o no ser notado, principalmente en sus fases iniciales, por quien lo sufre, mas este hecho no altera sus consecuencias, pues el curso procesal no depende de la voluntad individual.

En el siguiente cuadro puede verse la seriación expositiva con que vamos a proceder para la descripción clínica, sumaria, de tales perturbaciones.

Síndromes deficitarios	Congénitos o precocísimos	OLIGOFRENIAS	Debilidad mental Imbecilidad Idiotéz
	Adquiridos	DEMENCIAS	Vasculares Infecciosas Degenerativas Mixtas
Síndromes desarmónicos constitucionales		PSICOPATIAS	Asténicas Paranoides Histeroides Inestables Compulsivas Explosivas Cicloides Esquizoides Perversas
Síndromes morbopáticos		PSICO Y ORGANO-NEUROSIS	Histéricas Neurasténicas Anancásticas Angustiantes
		PSICOSIS	Situativas o reactivas Traumáticas Infecciosas Exotóxicas Endotóxicas Epilépticas Maniacodepresivas Esquizofrénicas Parafrénicas Paranoides

Seguidamente pasaremos a describirlos de modo que permita su diferenciación por el médico no especialista.

## 1. OLIGOFRENIAS.

Aproximadamente un 2 % de la población adulta del mundo civilizado sufre de insuficiente desarrollo mental que se manifiesta, principalmente, por la defectuosa capacidad de juicio y de raciocinio, dificultad de abstracción y torpeza en la utilización de sus conocimientos para resolver las situaciones de emergencia o los problemas que requieren el uso del propio ingenio.

A ese contingente se le designa psiquiátricamente con el calificativo de *oligofrénico* (oligos = poco, escaso; phrenos = mente) y vulgarmente se le tilda de poseer "poco seso". Sin duda, la señal que primero evidencia un retardo o una insuficiencia del desarrollo mental es la dificultad para vencer los diversos aprendizajes propios de cada edad. De este modo, el niño oligofrénico tarda más que los demás o no consigue realizar las adquisiciones y establecer los hábitos que le corresponden en cada una de sus etapas vitales. Existen numerosos libros que contienen los datos necesarios para que cualquier persona de cultura media pueda comprobar si un determinado niño, joven o adulto posee el grado de *nivel mental* que le corresponde por su edad, en su actual ciclo cultural. Tales datos se investigan mediante exámenes y se encuentran sistematizados en las llamadas "pruebas del desarrollo" o "pruebas de madurez intelectual". El cociente entre la "edad mental", determinada por esas pruebas o escalas, y la edad real (cronológica) es igual a la unidad cuando la persona posee un desarrollo mental; es mayor de la unidad cuando el individuo es más inteligente que la mayoría; por último, es más bajo que la unidad, una fracción de ella, si es menos inteligente que la mayoría. Cuando esta fracción es inferior a  $4/5$  o sea a un 80 % de lo normal, hay razones para suponer que el citado sujeto es un oligofrénico, siempre que se tenga la convicción, claro está, de que se ha sometido de buena fe al examen y con deseo de hacerlo lo mejor posible.

De acuerdo con la intensidad del retardo o la insuficiencia mental se diferencian tres grados que se denominan: *debilidad mental*, *imbecilidad* e *idiotéz*.

Se consideran como *débiles mentales* los jóvenes y adultos cuyo nivel intelectual corresponde al de los niños normales de 7 a 10 años de edad. Tales individuos son capaces de aprender a leer y escribir y superar los primeros grados de la escuela primaria. Además, pueden tener aptitudes específicas normales y hasta buenas para trabajos que no exijan cálculo, abstracción o síntesis.

Se considera como *imbéciles* todos aquellos cuyo nivel intelectual no ultrapasa la franja de los 7 años y permanece comprendido entre los 4 y los 7, correspondiendo así a un cociente intelectual cuyo valor oscila entre 0.30 y 0.60 de lo normal cuando se valora con las escalas patrones de desarrollo mental (Binet-Terman, Yekes, Wechsler, etc.). Tales sujetos apenas son útiles para trabajos de naturaleza física, pero pueden mostrar buena capacidad imitativa y poseer algunas aptitudes notables, principalmente en los dominios artísticos (danza, artes plásticas, etc.). También son capaces de poseer buena memoria de datos o fechas.

Se considera como *idiotas* a todos los que no consiguen superar en su desarrollo mental las pautas de conducta propias del ser humano entre 1 y 3 años de edad. Los idiotas no consiguen expresarse suficientemente; pues su lenguaje oral queda detenido en sus primeras fases evolutivas; su atención es sumamente limitada y rápidamente fatigable; son incapaces de un trabajo productivo y precisan inexorablemente de asistencia social.

En cada uno de esos grados de retardo mental se diferencian tres subgrados, de acuerdo con el valor del cociente intelectual y, también, del comportamiento real ante los problemas vitales.

### *Etiología.*

Entre las causas *genotípicas* cabe citar:

- a) Transmisión hereditaria de taras cromosómicas
- b) Agenesia cerebral
- c) Trisomía autosómica\*
- d) Translocación (transposición) autosómica

\* *Trisómico* se dice de los organismos que poseen un cromosoma extra, 3 en lugar de la pareja usual. *Autosoma* es el cromosoma distinto del cromosoma sexual.

Entre las *citotípicas*

- e) Lesión germinal luética
- f) Lesión citotípica bacilar
- g) Dismetabolismo fenilpirúvico
- h) Rh negativo materno
- i) Alcoholismo materno
- j) Abuso de barbitúricos en la gravidez
- k) Virosis e infecciones maternas de tipo neurotrópico

Entre las *paratípicas* (propiamente exógenas)

- l) Anoxemia
- ll) Traumas craneales
- m) Hemorragias capilares (difusas)
- n) Leptomeningitis
- o) Icterus neonatorum
- p) Intoxicaciones graves

### *Patogenia.*

El agente etiológico, cualquiera que sea, sólo puede perturbar el normal desarrollo formativo a través de la vía *humoral* (aporte de materiales necesarios para el metabolismo funcional de las neuronas), de la acción bioquímica *in situ* (alteración de los equilibrios iónicos intraneuronales) o de la destrucción lejana del sistema de estimulación y auto-regulación (enzimas, hormonas, trefonas, mediadores químicos) del neuroeje. Todavía cabe suponer que existe una cuarta posibilidad patógena: la ausencia de los excitantes psíquicos que el medio social proporciona, bien sea por lesiones de los llamados órganos sensoriales o por carencia de atención humana, como en el caso de criaturas precozmente abandonadas en la selva ("lobimen", figura 4). No obstante, en estos casos, que podríamos designar como oligofrénicos "carenciales", cabe suponer que existe la potencialidad necesaria para normalizarlos si se procede a corregir los motivos de esa carencia.

### *Diagnóstico.*

La misión del clínico general no ha de ser la de formular un diagnóstico de oligofrenia, sino sospecharla y ver la necesidad de que un especialista lo haga. Para esto conviene pensar que muchas oligofrenias pasan inadvertidas o son ocultadas no sólo por los interesados sino por sus familiares;



Fig. 4. Representación de dos lobimenes. Estos seres viven todavía en los bosques de Africa del Norte (Argelia) con raros contactos con la civilización; su nivel mental no ultrapasa el de un chimpancé y corresponde aproximadamente al de un niño de 2 años y medio. Clínicamente es un idiota microcefálico. Se alimenta de productos crudos y es nómada.

inversamente, en otros casos el sujeto parece realmente torpe o retrasado por sufrir dificultades en sus medios expresivos (casos de afecciones neurológicas o del aparato locomotor). Por ello será necesario investigar si durante los primeros años de la vida se realizaron a tiempo los aprendizajes básicos de la experiencia o enseñanza. A saber:

- A los 6 meses de edad: mantener bien erecta la cabeza; prender con la mano un objeto; permanecer sentado, sin torcerse, por lo menos 10".
- Al año: mantenerse en pie, apoyándose con las manos en algún lugar; reptar bien; iniciar pasos; enunciar por lo menos 2 palabras.
- A los 2 años: Control de esfínteres. Vocabulario no menor de 30 palabras. Marcha erecta.
- A los 3 años: Usa, con dificultad, la cuchara; bebe solo; comprende órdenes fáciles; usa frases.
- A los 4 años: Usa el primer pronombre personal: "Yo". Comunica verbalmente sus deseos y explica sus actos.  
Empieza a dibujar la figura humana. Ya sabe fingir.  
Es capaz de quedarse tranquilo ante desconocidos, prestigiados previamente por sus padres o tutores.
- A los 5 años: No solamente emplea muchos "¿por qué"? sino que con frecuencia no le satisfacen las respuestas recibidas. Empieza a mostrar sentido del humor. Diferencia bien lo bonito de lo feo. Tiene noción numérica hasta 10 (como mínimo). Es capaz de jugar con otro niño de su edad, aceptando reglas. Se desviste solo. Salta con los pies alternados.
- A los 6 años: Dibuja figuras con cuello, manos y ropa. Copia un rombo. Diferencia derecha e izquierda. Re-

cita números hasta 30. Distingue las horas de antes y después del mediodía. Es capaz de realizar 3 encargos sencillos, dados de una sola vez.

A los 7 años: Es capaz de leer oraciones y escribir algunas palabras. Cuenta hasta 100. Empieza a juzgar por sí lo que es bueno y lo que es malo (para él y los demás). Come y bebe sin ayuda. Es capaz de vestirse solo. Repite 5 cifras.

A los 8 años: Es capaz de hacer nudos y lazadas. Usa bien la goma de borrar. Diferencia de conducta en relación con el sexo de colegas. Capaz de jugar en un grupo aceptando normas. También puede trabajar en colaboración con un amigo o amiga. Se mantiene bien sobre un pie, con ojos cerrados, más de 5 segundos.

A los 9 años: Es capaz de invertir correctamente un número de 4 cifras. Escribe su nombre y apellidos en forma inteligible. Puede distraerse solo leyendo historietas. Capaz de estudiar solo. Escribe pequeñas composiciones (si ha tenido escolaridad normal). Suma y resta correctamente.

A los 10 años: Sabe que piensa "con la cabeza". Es capaz de citar 2 cualidades y 2 defectos personales. Repite 6 cifras (por lo menos una vez en 3 intentos). Duerme bien en cuarto solo. Recuerda exactamente la dirección de su casa.

(Estos requisitos se refieren a personas que hayan tenido oportunidades escolares).

Precisa recordar, para el diagnóstico, que, con excepción de los casos graves, el retraso en el desarrollo mental acostumbra no ser uniforme, hallándose generalmente más pronunciado en uno o dos de los niveles de madurez que en los demás. Así, por ejemplo, en personas educadas en ambientes rurales, el nivel psicomotor (agilidad y precisión de movimientos) suele encontrarse más desarrollado que los demás y, en cambio, en las personas educadas en ambientes urbanos lo están los niveles verbal (lenguaje oral) y social (hábitos de relación interpersonal).

También precisa tener en cuenta que hay diversas afecciones mentales que crean un desinterés más o menos total del individuo por los aprendizajes vitales y, de este modo, lo "oligofrenizan" paulatinamente, al retrasarlo respecto a sus semejantes de igual edad, sin que por ello pueda hablarse propiamente de que exista en él un síndrome oligofrénico, pues, en realidad, este sujeto no aprende, no se desarrolla y no progresa *porque no quiere*, en tanto el verdadero oligofrénico no lo hace porque *no puede*. Al ocuparnos de las esquizofrenias precoces y precocísimas daremos indicaciones para establecer en tales casos el diagnóstico diferencial.

En el caso de no poseer antecedentes fidedignos, es preferible basar el diagnóstico en la conjunción de la observación del comportamiento del sujeto ante diversas situaciones y ante un examen mental realizado con una de las baterías o escalas patrones de pruebas que ya han sido adaptadas en Latinoamérica (preferentemente se usan las de Binet-Terman para niños y la de D. Wechsler para adultos).

#### *Conducta del médico general ante la confirmación del diagnóstico.*

Si el psiquiatra o el psicólogo clínico ratifican la existencia de oligofrenia simple, esto es, no acompañada de otras perturbaciones mentales, corresponde, a veces, al médico de cabecera formular y acompañar los planes convenientes para el caso. He aquí los puntos esenciales que habrá de tener en cuenta al hacerlo:

- 1) Cuanto mayor sea el grado de retraso intelectual, tanto más hace falta convencer a los familiares de que deben dejar de ocultar, negar o disimular la realidad. El mejor modo de conseguir que un oligofré-

nico viva ajustado socialmente es que el ambiente no le exija más de lo que él puede dar. Por eso, en vez de pretender que siga insistiendo en aprendizajes escolares o en la formación de hábitos sociales, hay que concentrarse en lograr que domine los aprendizajes vitales y adquiera los hábitos necesarios para asegurarle la supervivencia.

- 2) Si se trata de un imbécil o de un idiota, se impone su traslado a un ambiente rural. Si predominan síntomas de excitación hay que procurar que el oligofrénico viva la mayor parte del tiempo al aire libre, ocupándolo en tareas que exijan esfuerzo muscular, pero de tipo rítmico. Hay que evitar lo más posible recurrir a los sedantes, a no ser que haya necesidad de una medicación anticonvulsiva. Si, por el contrario, predominan la apatía y la inhibición, se prescribirán tónicos, estimulantes o euforizantes, duchas, fricciones, ejercicios (musicados con ritmo e intensidad crecientes) y se procurará solicitar frecuentemente la atención, pero en períodos muy cortos y usando el tipo de estímulos que la experiencia demuestre ser más agradable.
- 3) Cuando se trata de una debilidad intelectual menos profunda es frecuente que el oligofrénico se dé cuenta de su torpeza o insuficiencia y esto le origine angustia, inseguridad, frustración y malhumor. Entonces precisa combatir tales reacciones mediante un trato afable y sereno, asociado a una medicación calmante de su distimia, pero que no sea estupefaciente o hipnótica. La asociación de ácido glutámico y Librium proporciona buenos resultados.
- 4) La música, juegos y deportes, pequeños trabajos manuales y sobre todo el dibujo, la danza, la cerámica y la pintura libre son excelentes complementos en cualquier plan vital para oligofrénicos.
- 5) Siempre que sea posible se recurrirá al auxilio pedagógico, bien sea contratando los servicios de un maestro o maestra especializados, bien sea procurando que el caso asista a las llamadas "clases para excepcionales" que, en régimen de externado o semi-internado, dan los diversos establecimientos de ortofrenia, públicos o privados. La internación total, en establecimientos médico-pedagógicos "ad hoc", ha de

ser reservada para casos graves, con serios trastornos de conducta o carencia de hogar.

- 6) Siempre que los resultados de las exploraciones clínicas y de laboratorio (serología, análisis de líquido cefalorraquídeo, radiografía craneal, electroencefalograma, etc) lo justifiquen, habrá de tentarse una terapia causal, destinada a suprimir los factores responsables del retraso del desarrollo o a eliminar sus complicaciones.
- 7) Siempre que sea factible se procurará encomendar al oligofrénico el cuidado de plantas o animales domésticos, pues ante ambos se siente seguro y superior, obteniendo con frecuencia, de esas tareas, una fuente de íntima satisfacción.
- 8) La terapia endocrina raras veces es conveniente, pero, en todo caso, habrá de ser confiada a un especialista. También son escasos los beneficios de los preparados comerciales que, con nombres más o menos pomposos, pretenden ser útiles para propulsar la "encefalización" de los oligofrénicos. Sigue vigente el aforisma: "Quod natura non dat, Salmantica non praestat".

## 2. DEMENCIAS

Son debidas a lesiones encefálicas y por tanto se acompañan siempre de síntomas productivos, capaces de enmascararlas. Lo característico de los síndromes demenciales es la progresiva e irreversible destrucción de las adquisiciones personales, reduciendo cada vez más la capacidad creadora y privando al sujeto de sus mejores y más finos hábitos, hasta convertirlo en un inválido social, que precisa de constante vigilancia y asistencia.

Los síndromes demenciales pueden ser producidos por procesos que afecten la vida de las neuronas de la sustancia gris encefálica (especialmente de los grandes centros corticales) bien sea atacándolas directamente (diversas infecciones y virosis neurotropas, algunas sustancias tóxicas) bien sea privándolas de la posibilidad de recibir sus materiales nutritivos o de eliminar sus residuos tóxicos o, inclusive, de metabolizar debidamente

aquéllos. Así pueden diferenciarse las llamadas demencias *infecciosas, tóxicas, vasculares, degenerativas y mixtas*.

En cuanto a su extensión, se diferencian en *circunscritas* (traumas, hemorragia, neoplasia, etc.) y *difusas* (arteriosclerosis generalizada, lúes parenquimatosa, demencia senil, etc.). Bajo el punto de vista anatómopatológico, se distinguen: las *demencias atróficas*, en las que se observa un proceso de vacuolización y lisis neuronal, cual ocurre en la llamada enfermedad de Pick; las *demencias esclerosantes* o escleróticas, en las que por obliteración vascular se produce una isquemia y degeneración neuronal secundaria; y, por último, las *demencias tóxicas* o de impregnación neuronal por productos nociceptivos.

Por su sintomatología psíquica —y esto es lo que más interesa al clínico para su diagnóstico— cabe diferenciar las formas *aperceptiva, afectiva, mnéstica, conativa y amorala*.

En la forma *aperceptiva*, el sujeto va perdiendo cada vez más su capacidad de percibir e interpretar correctamente los acontecimientos del mundo exterior, pues no solamente se elevan los umbrales y se estrecha la franja de reacción de sus órganos sensoriales, sino que se lentifican y dificultan las funciones de asociación e integración perceptiva que normalmente permiten a cada ser humano "darse cuenta de la situación". De este modo, van cerrándose inexorablemente las ventanas a través de las cuales el Yo contempla y se comunica con la realidad ambiental, y aquél se retrae y limita cada vez más a una existencia vegetativa.

En la forma *afectiva*, dominan los fenómenos de represión afectivo-emocional y el sujeto vuelve a interesarse y a sentir como en sus años infantiles. Esta es la modalidad que hace con frecuencia exclamar a los familiares del paciente que está "volviendo a ser un niño", pues llora, ríe, se irrita y asusta ante las mismas situaciones y por idénticos motivos que en su infancia.

En la forma *mnéstica*, domina la pérdida de la memoria de fijación y la sustitución de los recuerdos inmediatos por una actividad fabuladora, de pobre contenido temático y casi sin lógica. Los pacientes, entonces, se presentan aparentemente alegres y bien dispuestos, hablando "por los co-

dos", pero repitiendo siempre las mismas historias, cada vez menos verídicas y coherentes. Entretanto, aparecen cada vez más desorientados (síndrome de Korsakoff senil) y, en realidad, ansiosos e inestables.

En la forma *conativa*, se observa, fundamentalmente, la perturbación de los propósitos, intenciones y el control voluntario de la conducta. El sujeto es capaz de saber y definir exactamente lo que ha de hacer o dejar de hacer pero se comporta en forma opuesta. Unas veces da muestra de excesiva testarudez; otras, de una increíble abulia. Siempre se torna de difícil trato y de imprevisible conducta, creando cada vez mayores dificultades para su coexistencia en el hogar.

Finalmente, en la forma *amoral* predomina la ejecución impulsiva y casi automática de actos instintivos totalmente incompatibles con las costumbres y las normas sociales vigentes. Así, por ejemplo, el sujeto se desnudará o realizará prácticas exhibicionistas, evacuará sus esfínteres, se apropiará de objetos ajenos, intentará prácticas sexuales o realizará agresiones físicas sin importarle lo más mínimo el estar delante de personas que lo observan y critican. Lo curioso de estos casos es que, por lo menos durante un tiempo, tales actos anormales e incomprensibles pueden ser la única señal del proceso regresivo o demencial, pues fuera de ellos el sujeto todavía conserva aceptable la "fachada" de sus hábitos profesionales y sociales, previamente adquiridos.

Pocos son los casos que presentan en forma pura las sintomatologías precedentes, siendo lo común que se asocien o alternen varias de ellas, de suerte que a través de las diversas anomalías de conducta observadas se destaque el cuadro básico del proceso demencial: *pérdida de la capacidad de abstracción, disminución de la autocrítica, pérdida de la capacidad de aprendizaje y predominio de la vida sensual e instintiva.*

#### *Diagnóstico diferencial.*

A pesar de ser característico, el síndrome demencial es a veces difícil de diagnosticar por evolucionar paralelamente a procesos orgánicos graves que, a su vez, producen alteraciones psicóticas de tal complejidad y violencia que llegan a enmascararlo. A medida que estas alteraciones se cal-

man y los síntomas productivos (defensivos) desaparecen, se evidencia más y mejor la pérdida de nivel mental y la regresión sufrida por el paciente. En ausencia de antecedentes, hay que establecer, sobre todo, el diagnóstico diferencial con los estados oligofrénicos, los de estupor o confusión mental y los de autismo o negativismo (esquizofrénico). Cabe al especialista esa tarea, usando para ello su mayor saber, experiencia y armas de exploración, en particular la llamada técnica del "scatter" o dispersión que se basa en el estudio comparativo de los rendimientos individuales en las diversas pruebas de Babcock o de Wechsler, capaces de establecer el llamado "índice de deterioro". Pero, no obstante, el clínico podrá orientarse provisionalmente si recuerda que:

- 1) En cualquier demencia siempre es factible sorprender restos de conocimientos o de hábitos correspondientes al período pre-demencial y que nunca podían haber sido alcanzados por un oligofrénico; éste puede ser comparado a un pobre de nacimiento mientras que aquél se ha empobrecido o "venido a menos".
- 2) En el estupor hay una inhibición total o casi total de la mímica y de la motricidad, lo que no sucede en la demencia.
- 3) En el autismo hay un *rechazo voluntario* del mundo social, adoptando el enfermo una actitud de total desinterés ante cualquier solicitud o tentativa de relación personal, inclusive si ésta le ofrece la satisfacción de una necesidad dominante; un demente no dejará de tomar el dinero o el dulce que se le ofrezca; pero un esquizofrénico autista sí.

En cuanto al diagnóstico etiológico, las reacciones peculiares del líquido cefalorraquídeo (Guillain, Lange, Wassermann, Kahn, etc.), los reflejos pupilares anormales (signo de Argyll-Robertson), la disartria, etc. indicarán una demencia paralítica resultante de una encefalitis parenquimatosa luética (parálisis general progresiva).

Los signos de etilismo crónico, en ausencia de otros hallazgos, harán sospechar la demencia alcohólica. Los datos del electroencefalograma asentarán la etiología neoplásica o confirmarán la naturaleza epiléptica de un síndrome demencial asociado a crisis convulsivas. La demencia arteriosclerótica sobreviene en personas de edad avanzada, hipertensas, ac-

tivas y malhumoradas, que pasan a quejarse de mayor dificultad de concentración, insomnio, vértigos, pérdida de memoria y dar muestras de ansiedad y depresión. El diagnóstico del proceso de reblandecimiento cerebral, responsable por ella, se ve facilitado por la coexistencia de los

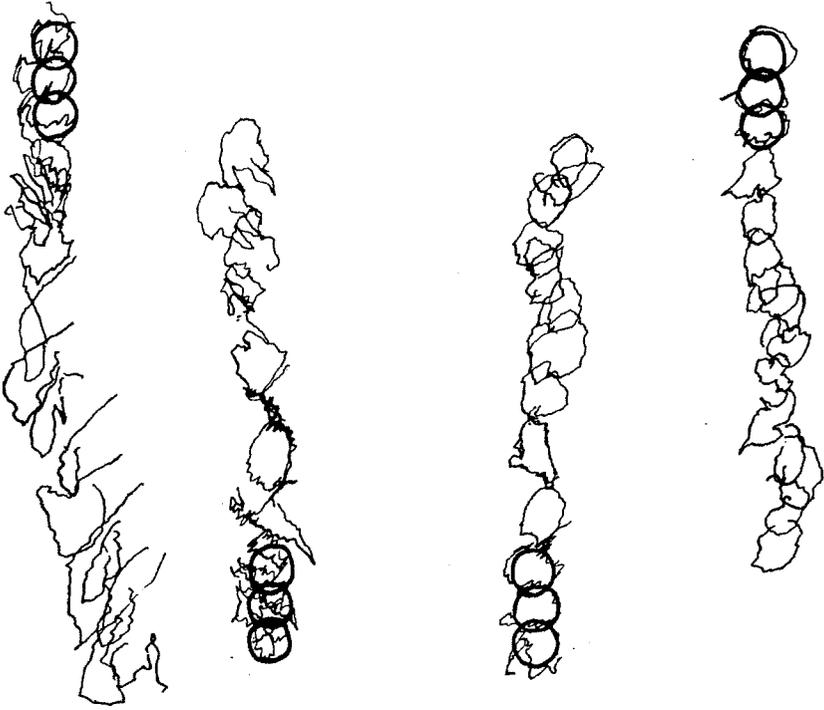


Fig. 5. Disolución de las formas kinéticas en la prueba de las cadenas (PMK) en un caso demencial senil.

síntomas neurológicos, cardiovasculares y renales habitualmente concomitantes. La obtención del trazado miokinético (PMK) permite establecer periódicamente la marcha del proceso obliterante, reflejado en la progresiva disolución y desagregación de los kinetogramas (v. fig. 5). Si tales síntomas se producen en ausencia de los fenómenos hipertensivos y arterios-

cleróticos generales, habrá que sospechar la existencia de una demencia senil. Lo común en clínica es que ambas formas demenciales sean concomitantes. Finalmente, las demencias traumáticas tienen evidente su etiología (trauma craneal, conmoción cerebral) y lo mismo ocurre con los síndromes deficitarios consecutivos a graves neuroaxitis (infecciosas o heredodegenerativas).

#### *Papel del clínico general en la terapia asistencial de los dementes.*

Si el diagnóstico preciso y la formulación del plan terapéutico general cabe al psiquiatra, en muchos casos, la prosaica realidad impone al médico general la tarea de cumplirlo, reservándose el especialista apenas el derecho de una eventual supervisión. En tales condiciones, además de aplicar la terapéutica causal correspondiente a la naturaleza etiológica del caso, corresponde al clínico la tarea de conservar lo mejor posible la salud somática, controlar el plan asistencial e incluso, si se trata de persona joven o adulta, estimular la tarea de re-menciación o re-aprendizaje. Obviamente todo paciente demencial requiere permanentemente alguien que lo vigile, asista y trate de conservar los hábitos que todavía no ha perdido. Difícilmente se encuentra en el medio familiar quien tenga tiempo, paciencia, tacto y devoción suficientes para tal tarea, mas por otra parte existe carencia de personal técnico especializado y, cuando se encuentra disponible, son pocos los hogares que pueden usarlo, teniendo en cuenta sus elevados honorarios y la cronicidad evolutiva de la mayoría de estos síndromes. Esto explica por qué una mayoría de los casos va a parar a un depósito institucional. Suponiendo, no obstante, que sea factible su permanencia en un ambiente hogareño, habrá siempre que dar preferencia al que ofrezca "mayor espacio vital" y condiciones mejores de vida natural, esto es, en contacto con la Naturaleza. Será igualmente preferible disponer de dos auxiliares, uno diurno y otro nocturno, ya que las noches son especialmente intranquilas y peligrosas para la mayoría de los dementes y no puede confiarse su normalidad al uso y abuso de barbitúricos y estupefacientes, pues la toxicidad de estos recursos agrava secundariamente el cuadro, ya que por sí sola es capaz de perjudicar, a largo

plazo, la actividad neuronal. Otra exigencia imprescindible es contar con un buen baño y servicio de limpieza, ya que es muy frecuente la enuresis y ecopresis, con peligro de maceración e infecciones cutáneas y úlceras de grave pronóstico vital.

Teniendo en cuenta que las funciones intelectivas —de comprensión, inferencia, abstracción y síntesis— son las que primero declinan en los síndromes demenciales, será conveniente que el clínico procure orientar a los familiares y asistentes del paciente para que, en la medida de lo posible, regularicen y uniformicen —en tiempo y espacio— el plan de vida diario, de modo que pueda convertirse en una serie de automatismos. Esto significa que hay que repetir los mismos actos a las mismas horas y en los mismos lugares, de suerte que la conducta del demente podría igualmente ser confiada a un "robot". Solamente así, disciplinando y canalizando sobre rieles mentales su actividad personal, será posible aprovechar al máximo lo que todavía queda de aprovechable.

El principal obstáculo que precisa vencer es, no obstante, la dispersión atenta y la agitación psicomotriz, en los casos de "agitación" demencial, y la apatía y el negativismo en los de "depresión" demencial. Para ello se ha de recurrir a una medicación coadyuvante y que no sea excesivamente tóxica (asociándola, por lo demás, a un régimen alimentario y a recursos desintoxicantes convenientes). De un modo general, se encuentran indicados, en la primera eventualidad, el bromuro cálcico, durante el día, y el amital sódico durante la noche; si predomina la ansiedad, puede prescribirse con éxito el Librium y si existen síntomas de hipertensión arterial se preferirán los preparados de rauwolfia (Reserpin, Raudixin, etc.). En la segunda eventualidad —que puede comportar inclusive el rechazo de alimentos (sitofobia)— se prescribirán preferentemente inyecciones de preparados lecitínicos (Bioplastina) y de Benerva (100 a 200 mg diarios) asociando el Marplan, por vía gástrica, si no hay alteración del parénquima hepático.

La música, cualquiera que sea la forma demencial, tiene un efecto favorable siempre que sea dada como "relón de fondo", es decir en forma suave y continuada. Además, el ejercicio regular (paseos, gimnasia calis-

ténica,\* pequeños trabajos de jardín, etc.) siempre está indicado y consume potenciales de acción que, de otro modo, se descargarían en forma y en vías anómalas. En cambio, irritan sin necesidad el cine, la televisión, las lecturas y la permanencia en "tertulias", pues la mente demenciada se halla demasiado desorganizada para poder prestar atención y captar el significado psíquico de tales actividades.

Algunos autores pretenden haber obtenido resultados favorables con el uso de los preparados de percaína en las demencias vasculares, propias de las edades avanzadas, pero la mayor parte de los especialistas se muestran escépticos. Lo mismo puede afirmarse de los diversos preparados opoterápicos y de la mayoría de específicos que se titulan "revitalizantes de la célula nerviosa".

Como último recurso, en los casos de constante y peligrosa agitación, con demencia irreversible, puede consultarse al especialista acerca de la posible indicación de la intervención psiquirúrgica (lobotomía, leucotomía, etc.).

### 3. PERSONALIDADES Y REACCIONES PSICOPÁTICAS

Las personas poseedoras de la llamada "constitución psicopática" se caracterizan, como ya fue mencionado al principio de este capítulo, por una *desarmonía* o falta de proporcionalidad entre los núcleos que integran y regulan su vida psíquica, en su doble vertiente íntima y social (conciencia y conducta). Esa desarmonía les perturba la normal secuencia de los procesos de excitación e inhibición y les predispone a reacciones paradójicas y ultraparadójicas, en las que se desajustan íntima y explícitamente, constituyendo verdaderas "crisis", conocidas como "reacciones psicopáticas". Estas pueden adquirir tal intensidad que exija inclusive su aislamiento frenocomial y el uso de los grandes recursos de la terapia psiquiátrica (somnoterapia, terapia de choque, etc.). Pero, a diferencia

\* Vigorizante.

de lo que ocurre con las psicosis propiamente dichas, tras breves días o semanas, se observa el retorno a la relativa normalidad, principalmente favorecido por una psicoterapia de apoyo.

De acuerdo con el tipo dominante de sus actitudes y dispositivos defensivos en las situaciones emocionales, se diferencian diversos tipos de personalidad y reacción, cuyo número varía según los autores (K. Schneider, Birbaum, Kahn, Lottig, Tramer, Schroeder, etc.). En conjunto, según Cleckley, muestran todas o la mayoría de las siguientes características:

- 1) Atracción superficial y buena inteligencia
- 2) Ausencia de delirios y otros síntomas de pensamiento irracional
- 3) Ausencia de manifestaciones psiconeuróticas
- 4) Inconstancia
- 5) Insinceridad
- 6) Disminución del sentido ético (por excesivo egotismo o egofilia)
- 7) Conducta social oscilante e inadecuadamente motivada
- 8) Falta de ecuanimidad y dificultad o imposibilidad de aprender las "lecciones de la vida"
- 9) Falta de empatía\* y de generosidad en el amor
- 10) Reacciones afectivas tumultuosas pero poco profundas
- 11) Defectuosa previsión
- 12) Tendencia excesiva a la "originalidad" y a la conducta extravagante o exagerada
- 13) Coquetea a veces con el suicidio
- 14) Vida sexual irregular, impersonal, pobremente integrada
- 15) Falta de perseverancia en el cumplimiento de los proyectos de vida

Considerando en conjunto esos rasgos, producen la impresión de que los psicópatas son una especie de "niños grandes", esto es, individuos que *crecieron pero no maduraron*, y usan así sus recursos intelectuales mucho más para justificarse que para corregirse.

\* Empatía o intropatía es la proyección imaginativa o mental de uno mismo en los elementos de una obra de arte o dentro de un objeto natural.

*Etiopatogenia.*

Si la salud, el crecimiento biológico y el nivel cultural de las personalidades psicopáticas pueden parangonarse, a veces ventajosamente, con los de las llamadas normales, hay que buscar la génesis de su desequilibrio en la violencia de los impulsos, la flaqueza de los frenos voluntarios,

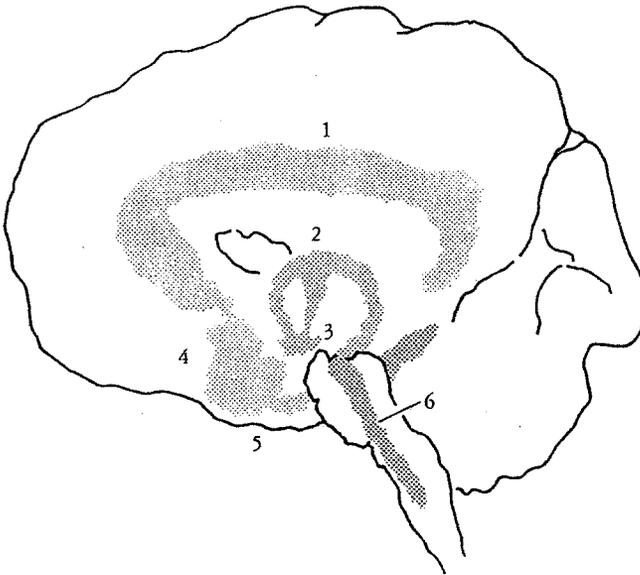


Fig. 6. Esquema de corte sagital medio del encéfalo. Aparece sombreada la zona de localización correspondiente a las diversas formaciones integrantes del llamado cerebro interno, cerebro visceral o sistema límbico, de primordial importancia en las reacciones emocionales y en la autognosis somática. 1. Cíngulo. 2. Fornix. 3. Amígdala. 4. Lóbulo uncinado. 5. Circunvolución del hipocampo. 6. Formación reticular.

el exceso de las ambiciones, la impaciencia, la terquedad, la propensión al autoengaño y, en general, a perturbaciones de la llamada vida afectivo-emocional que es principalmente regulada y centrada en el llamado *cerebro interno* (sistema límbico) tanto o más que en el diencefalo e incluso el

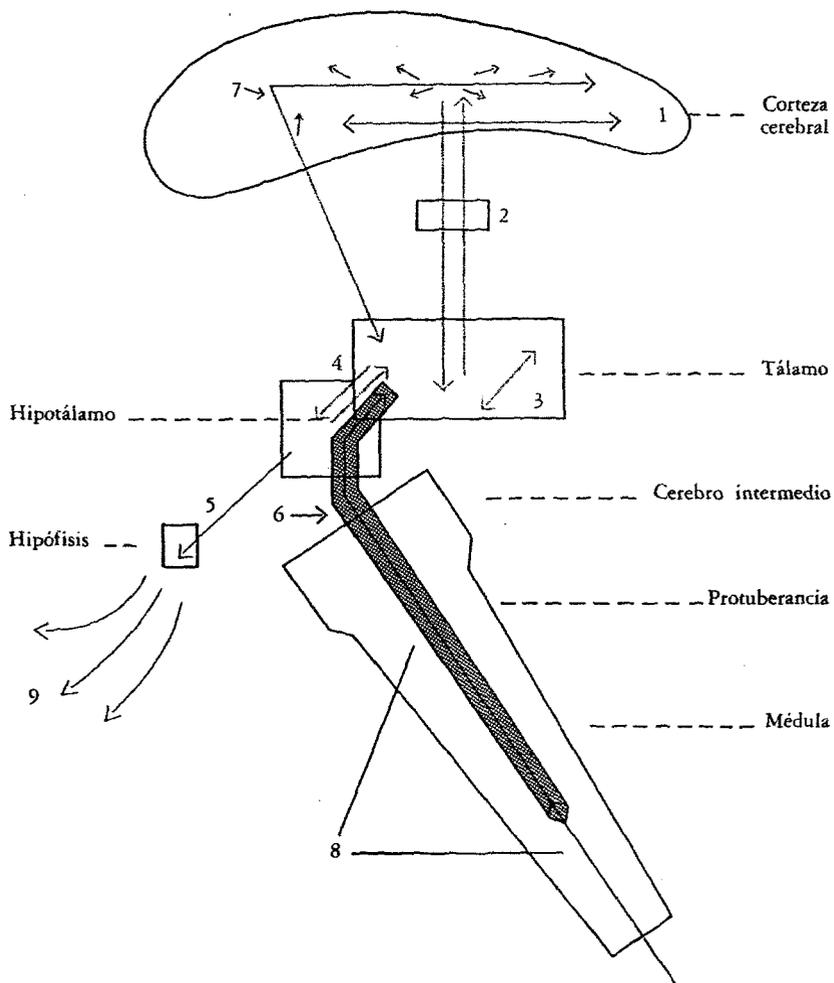


Fig. 7. Substratum neuroanatómico de las reacciones emocionales (esquema). 1. Fibras y conexiones asociativas corticales. 2. Vías córtico-talámicas (aférentes y eférentes). 3. Fibras y conexiones talámicas (asociativas). 4. Conexiones tálamo-hipotalámicas (aférentes y eférentes). 5. Conexión hipotálamo-hipofisaria (eférente). 6. Formación reticular. 7. Proyección (difusa) de impulsos talámicos en la corteza cerebral. 8. Vía diencefalo-visceral (fibras aférentes y eférentes que aseguran la transmisión somatopsíquica y psicósomática). 9. Difusión de la "ola emocional" vehiculada por las hormonas hipofisarias, a través de la vía humoral.

mesencéfalo, la sustancia reticular de éste parece tener más importancia en la regulación de los niveles o grados de "claridad (*alertness*) de la conciencia que en la intensidad y cualidad de las reacciones emocionales. Fulton y Mac Lean incluyen en el área del cerebro interno (también llamado cerebro visceral) el área piriforme, la circunvolución del hipocampo, el lóbulo uncinado y el cíngulo. El fornix constituye su principal vía eferente y los núcleos amigdalinos constituyen su proyección cortical. Es en esa zona en donde Kleist, Hascovec, Papez, Massermann y Mac Lean, con escasas variantes, localizan los centros más responsables por la modalidad de las reacciones emocionales individuales y a ella corresponde el asiento principal de las funciones pulsionales de la llamada "personalidad básica" o "persona profunda" de la individualidad humana. En la concepción junguiana sería en esa área donde radicarían los núcleos energéticos de la "Sombra", porción oculta de nuestro carácter. Sin duda no cabe hoy aceptar una concepción estrictamente focal o localista de las grandes funciones y pautas de conducta personal, pero tampoco cabe despreciar el enorme aporte experimental, que demuestra la inestabilidad de ese cerebro interno o visceral en la mayoría de los psicopatas. Por esto puede afirmarse que es a nivel de los circuitos interneuronales mesencefálicos, diencefálicos o rinencefálicos —mediante un ajuste psicofarmacológico conveniente— en donde hay que buscar el mejor recurso preventivo de las reacciones psicopáticas, sin por ello infraestimar la importancia que la educación y la psicoterapia correctiva (psicagogía) pueden tener en su definitiva desaparición. En las figuras 6 y 7 aparecen esquematizadas el área del cerebro interno y las principales zonas y conexiones nerviosas implicadas en la conducta emocional. Tanto la hiperexcitabilidad como la hipoexcitabilidad, la hiper o la hipoinhibición de uno o de varios de esos niveles funcionales pueden dar lugar al desajuste de la conducta y al sufrimiento psíquico ante problemas vitales que normalmente son controlados por los dispositivos de adaptación y autocompensación conscientes.

### *Formas más frecuentes de las reacciones psicopáticas.*

Cada personalidad psicopática, de acuerdo con su predisposición constitucional, las pautas de conducta adquiridas, su saldo de la experiencia y la situación que enfrenta, es capaz de exhibir diversos tipos de reacción anormal, pero siempre tiende a predominar en ella el que corresponde a sus tendencias básicas, es decir, más precozmente manifestadas. Estas son, por lo demás, las que sirven al psiquiatra para etiquetarla clínicamente. No corresponde aquí una exposición detallada de tales formas reaccionales y sólo, apenas, un sumario de las más frecuentes, puesto que así se facilitará al clínico general su ulterior orientación terapéutica.

a) *Reacción aversiva.* Ante la frustración de sus proyectos y aspiraciones, es frecuente en las personalidades psicopáticas un viraje de 180° en su teclado afectivo-emocional, que pasa ahora a teñir con odio, rencor y desprecio cuanto ayer coloreaba con afecto, simpatía y admiración. Entonces "no puede ver ni oír hablar" de cuanto se relacione, directa o indirectamente, con la situación y personajes frustradores. Se aleja violentamente de cualquier lugar en que pueda encontrar siquiera una "huella" de su presencia y descarga su frustración destruyendo los objetos que pudiesen testimoniarla o recordarla. No obstante, la excesiva generalización de esa aversión impone al individuo limitaciones en la satisfacción de otros deseos (no puede, por ejemplo, concurrir a lugares en donde podría encontrar nuevamente a quienes ahora odia) de suerte que diariamente renueva, de un modo secundario, sus frustraciones y, de este modo, en vez de disminuir aumenta con el tiempo la violencia de su disgusto, que ahora inclusive se extiende a sí mismo, pues el Yo psicopático se da cuenta de que ha quedado preso dentro de sus propias defensas y no consigue librarse de ellas. Por esto, es probable que, tarde o temprano, esa reacción ceda su lugar a la siguiente:

b) *Reacción agresiva.* Toda persona normal muestra en su vida reacciones agresivas, derivadas de su emoción colérica, pero en los psicópatas que exhiben tales reacciones es característico el hecho de que la intensidad y duración de las mismas sean desusadas y que no correspondan —lógica-

mente— a los motivos que aparentemente las desencadenaron. De otra parte, en su propia modalidad estructural tales reacciones adoptan, con frecuencia, formas de manifestación completamente anómalas.

El exceso de violencia, que a veces se observa en las agresiones de tipo psicopático, acostumbra a producirse más en el terreno verbal o moral que en el propiamente físico, pues es propio de la inmensa mayoría de los psicópatas tener un Yo inseguro y, por tanto, receloso de enfrentar las consecuencias de graves actos. Por esto, a no ser que existan componentes epileptoides, es más frecuente el insulto, la amenaza y la agresión indirecta que el ataque frente a frente. Asimismo se torna común la llamada agresión desplazada o simbólica, en la que alguien o algo asociativamente ligado a la persona o al grupo odiado es elegido para descargar la ira del psicópata.

c) *Reacción quejumbrosa*. Es muy usada, principalmente, por el sexo femenino, y consiste en difundir y dramatizar lo más posible los acontecimientos frustradores, deformándolos de modo que el psicópata desempeñe el papel angelical de mártir inocente y suscite la simpatía y el consuelo, cuando no la directa ayuda, de quienes incautamente le escuchan y creen.

d) *Reacción regresiva*. Consiste en responder al obstáculo o situación causantes de la frustración exhibiendo ante ellos una conducta que sería propia de un nivel de madurez inferior al que realmente tiene el psicópata. Este pasa —si es adulto— a comportarse “como si fuese un adolescente” o inclusive “como si fuese un niño” y modifica correspondientemente sus pretensiones o sus técnicas para alcanzar los objetivos inicialmente visados. Podría decirse que esta reacción es inversa de la llamada reacción de sublimación en la cual se observa siempre una tendencia a la superación de la dificultad, colocándose el individuo en un plano de mayor elevación ideológica y moral.

e) *Reacción mitómana*. El psicópata niega ante los demás —y termina negándose ante sí— la realidad frustradora y teje, en su lugar, una pseudo-realidad fantástica, que adorna con toda clase de supuestos detalles y le

proporciona así la falsa y efímera satisfacción del "como si". Tan pronto como sus fábulas dejan de ser creídas prepara otras o cambia de ambiente para colocarse en condiciones de seguir explotando la credulidad ajena.

f) *Reacción de conversión (somatizante)*. Hay la posibilidad de que la carga de acción no ejecutada y la tensión intencional acumulada se conviertan o somaticen dando lugar a la aparición de fenómenos somáticos que expresan más o menos simbólicamente no tanto la naturaleza del conflicto mental originario como el deseo insatisfecho. Se pone en acción entonces el llamado "lenguaje de los órganos" y el psicópata expresa todas sus frustraciones a través de espasmos, algias, parestias y demás disfunciones posibles en los órganos que sirven de "vía final común" para la ab-reacción psicopática. No han faltado autores que hayan querido ver una oposición entre la existencia de esta conversión organoneurótica y la psicopaticidad personal, afirmando que es en la medida en que la persona lucha para comportarse normalmente que, por represión expresiva, internaliza y somatiza sus conflictos. Lo cierto es, no obstante, que la persona normal consigue adaptarse o resolver sus conflictos y problemas sin necesidad de tener que recurrir a este tipo de reacción (cuyas ventajas radican en el hecho de tornar a quien la exhibe "digno de compasión" y así otorgarle el derecho a no ser atacado).

g) *Reacción narcisista*. Por un proceso de supercompensación, surge con frecuencia en los psicópatas una actitud de supervaloración personal que los lleva a una mórbida vanidad y a un verdadero "complejo de superioridad", que nutren a base de proyectar en los demás los motivos de sus fracasos. Intimamente se consideran entonces verdaderos genios incomprendidos o injusticiados y adoptan un aire de aparente desinterés por las opiniones ajenas, sin desperdiciar, no obstante, la más mínima ocasión para hacerse la propaganda, inclusive citando como defectos personales rasgos que saben han de ser elogiados por sus interlocutores (tales como el hecho de ser "independientes", "francos", "intransigentemente honestos", etc.). Esta reacción narcisista puede confundirse fácilmente con la megalomanía y la autodivinización de algunos psicóticos paranoicos y esquizofrénicos;

por esto, cuando se observe su "crescendo" habrá de solicitarse siempre la intervención del psiquiatra, en vez de —como a menudo sucede— "no llevar el apunte" a quien la exhibe.

h) *Reacción depresiva y distímica.* Las depresiones puras son muy raras de observar entre las personalidades psicopáticas, siendo más comunes las depresiones ansiosas y distímicas, en las que domina el cuadro de un malestar y desasosiego asociado a limitación de la zona de intereses, fatiga, insomnio y dificultad creciente para las actividades productivas y creadoras. Los pacientes hablan constantemente de que "así no se puede vivir" y dramatizan sus sufrimientos, anunciando urbi et orbi que se van a matar. No es raro que hagan tentativas espectaculares de suicidio; lo raro es que se maten. En la duda, no obstante, hay siempre que establecer bien el diagnóstico diferencial con la melancolía y las depresiones psicóticas, pues en éstas sí existe realmente una voluntad imperativa de autodestrucción y, por ende, es preciso vigilar muy de cerca todos los actos del enfermo.

i) *Reacción autista.* Este tipo se observa casi exclusivamente en los psicópatas de personalidad esquizoide y se caracteriza por su mutismo, negativismo y oposición al ambiente. De un modo voluntario y premeditado —a diferencia de lo que ocurre en los esquizofrénicos— tales psicópatas se comportan así en un ambiente o ante determinadas personas y dejan de hacerlo en otras circunstancias. Tal ocurre, por ejemplo, cuando tienen que enfrentar una situación que les resulta desagradable (visita, examen, etc.): entonces son capaces de transformarse en verdaderas esfinges durante horas seguidas, sin perjuicio de volver a ser "sociables" cuando deciden serlo. No es raro, inclusive, que usen esa capacidad como recurso de "chantaje" y amenaza para sus familiares, creando en éstos el temor de su aislamiento ante cualquier decepción o contrariedad.

j) *Reacción toxicómana.* Son los psicópatas los principales clientes de los vendedores de tóxicos (alcohol, morfina, cocaína, estupefacientes, hipnóticos, etc.) que permiten crear temporalmente un estado de "evasión" de la realidad e ingresar en los mal llamados "paraísos artificiales". Cada vez que se sienten irritados, decepcionados o amedrentados, recurren a esa

evasión química con la que progresivamente debilitan sus defensas corticales y su voluntad y terminan teniendo que ingerirlos a dosis cada vez mayores y de un modo permanente. Sin duda se establece aquí otro círculo vicioso, pues a medida que el paciente compara su estado de intoxicación con su estado de vigilia normal, éste le va resultando más penoso, entre otras razones porque a todos sus problemas se une ahora el autodesprecio y también la crítica ajena por su toxicomanía. De este modo propende, cada vez más, a vivir "dopado".

k) *Reacción ludómana*. Es otra modalidad de la anterior, pero en ella el recurso utilizado para no enfrentar la realidad es el juego, casi siempre hecho a base de dinero y de desafío al azar. El psicópata juega al principio para "distraerse" y termina haciéndolo obligatoriamente para huir del infierno que para él representa tener que enfrentar las consecuencias de sus pérdidas. Es obvio que no todos los adeptos del juego son psicópatas ni todos los psicópatas juegan, pero entre los mayores y más "viciados" jugadores se encuentran siempre, de un modo casi exclusivo, psicópatas.

#### *Correspondencia entre las "reacciones" y los "tipos de personalidad" psicopática.*

Sin duda los diversos tipos de personalidad psicopática que han sido descritos tienen características propias que sirven para definirlos y aislarlos, pero cualquiera de ellos es capaz de presentar, simultánea o sucesivamente, diversas o todas las reacciones que acaban de ser descritas. Por eso es difícil una sistematización expositiva y, en realidad, cada psicópata constituye un caso "sui generis", que no puede ser rotulado, comprendido o guiado con criterio pre-establecido. No obstante, se puede señalar una correspondencia entre "reacción" y "tipo de personalidad" psicopática basándose en las asociaciones clínicas que con más frecuencia se observan. A saber:

<i>Tipo de "reacción" dominante</i>	<i>Tipo de "personalidad" dominante</i>	<i>Indicación terapéica dominante</i>
R. aversiva	Asténica-Esquizoide	Neurotónica-Aporiolítica* Psicagógica-Descondicionante.
R. agresiva	Paranoide-Explosiva	Sedante-Miasténizante. Relajadora (Schultz-Jacobson).
R. quejumbrosa	Histeroide-Hipobúlica	Psicoterapia adleriana. Psicoterapia de grupo. Psicoléptica leve.
R. agresiva	Esquizoide	Psicoterapia de grupo. Psicoanaléptica leve.
R. mitómana	Histérica-Inestable Perversa	Psicagógica (correctiva). Descondicionante.
R. de conversión	Cicloide-Inestable Histérica	Psicoterapia de base analítica.
R. narcisista	Hipomaniaca-Paranoide	Psicoterapia de grupo. Psicoléptica.
R. depresivo-distímica	Cicloide-Hipocondriaca Distímica	Psicoterapia de apoyo. Psicoanaléptica. Aporiolítica.
R. autista	Esquizoide	Psicoléptica intensa para permi- tir psicoterapia dinámica.
R. toxicómana	Ansiosa-Hiperemotiva Cicloide-Distímica	Desintoxicante. Segregación de ambiente. Psicoanálisis breve, seguido de reeducación ocupa- cional y psicagógica.
R. ludómana	Histérica-Ansiosa Hipertímica-Hipobúlica	Segregación de ambiente. Te- rapia ocupacional. Psicagogía. Hipnosis eventual.

\* Aporia, significa ansiedad.

### *Conducta del clínico general ante las reacciones psicopáticas.*

En primer lugar, cabe prevenir al clínico contra el peligro que para su prestigio profesional supone cualquier tentativa de querer tratar *permanentemente* a una personalidad psicopática. Es una tarea difícil inclusive para el especialista más experimentado.

Pero el clínico, sin embargo, no puede rehusar hacerlo cuando es llamado para atender en plena crisis a un psicópata que exhibe una o más reacciones de las precedentemente enumeradas. En tal caso, antes de entrar en contacto personal con el enfermo, es conveniente que se entere bien de sus antecedentes, del tratamiento que estaba siguiendo y de los factores que pueden explicar —por lo menos aparentemente— la crisis actual. En el supuesto caso de estar ese paciente al cuidado de un psiquiatra, que no puede atenderlo en esa eventualidad, siempre intentará ponerse en contacto telefónico o radiofónico con él para recibir su orientación. Si esto no fuese posible, procurará ver al psicópata a solas, en condiciones de que la conversación no pueda ser oída, y tendrá como norma en ese primer contacto *no mostrar prisa alguna* y conservarse sereno y tranquilo, no dejándose impresionar por cualquier frase, gesto o conducta de aquél. Si el clínico adopta esta *actitud de pasiva pero atenta y simpática expectación* puede ocurrir que el psicópata empiece a monologar y a quejarse de ser "incomprendido". Entonces será el instante oportuno para hacerle ver que el médico, por hallarse "fuera" de su zona conflictiva y por su mayor experiencia humana, está en condiciones de comprenderlo y ayudarle, cuando menos a reducir su sufrimiento y a superar con mayor eficiencia la situación. Conviene que el clínico recuerde esta máxima: *cuanto más consiga que el psicópata hable, mejor le conocerá y menos medicamentos precisará para calmarle y reajustarle*. Además no ha de olvidar que el psicópata tiene como síntoma fundamental, básico, la angustia —que es por él vivida en forma de "ahogo"— y por ello lo que más precisa es poder *desahogarse*, es decir, dar salida a sus tensiones emocionales, descargándolas por la palabra, el gesto y los movimientos pantomímicos. Cuanto más intensa y violenta sea esa ab-reacción (que constituyó el primero y más importante hallazgo de Freud) tanto mejor sobrevendrá la calma

y el psicópata podrá entonces escuchar la "voz de la razón", en este caso representada por el buen sentido y el ánimo sereno y acogedor del médico.

Muchos clínicos cuando son llamados de urgencia ante cualquier tipo de reacción crítica psicopática, se lanzan a administrar inyecciones de intenso poder estupefaciente (preparados opiáceos, barbitúricos, etc.) y al dejar al paciente sumergido en un sueño casi comatoso, se alejan tranquilos, creyendo haber cumplido con su deber.

Aparte el peligro que supone provocar una intoxicación medicamentosa en un organismo con un sistema defensivo demasiado sobrecargado por su constante "stress emocional" y por abusos anteriores, se encuentra el hecho de que, en tales casos, al producirse el despertar, casi siempre se observan síntomas confusionales, no raras veces seguidos de agitación intensa y de fenómenos alucinatorios que espantan a los familiares todavía más que la anterior reacción del enfermo. Por eso es por lo que el clínico ha de procurar *tranquilizar al paciente sin siderarle, calmarle sin intoxicarle*. Esto no impide el uso de psicolépticos, mas ellos deberán ser elegidos convenientemente en cuanto a su composición, dosis y medios de administración. Este asunto es de tal importancia que a él se dedica el capítulo IX del presente opúsculo.

#### 4. PSICO Y ORGANONEUROSIS (NEUROSIS)

Los tres tipos de síndromes que hasta ahora han sido mencionados (oligofrenias, demencias y reacciones psicopáticas) no constituyen propiamente procesos morbosos, puesto que los dos primeros representan más bien un estado de relativa o total invalidez mental y el último es derivado de una normal anormalidad o anormal normalidad del carácter. En cambio los que van a ser descritos se presentan y evolucionan con todas las características de una enfermedad, hasta el punto de que así los designan tanto el lego como el técnico. Por esto mismo, quienes los padecen acuden espontáneamente, o son forzosamente llevados, al médico, con la diferencia de que si se trata de psiconeurosis u organoneurosis raras veces este médico es inicialmente un psiquiatra, mientras que si se trata de psicosis

raras veces no lo es. Esto significa que al clínico le corresponde estar más enterado de aquellas que de estas enfermedades mentales. Vamos pues a considerarlas con la relativa extensión que respectivamente merecen.

### *¿Qué es una neurosis?*

Uno de los más autorizados especialistas de la psiquiatría actual, el Prof. Franz Alexander, las define como morboopatías que derivan del Yo en su labor integrativa y coordinadora de las "presiones" que lo impulsan y frenan. Tales presiones proceden del exterior (medio social) o de su intimidad (necesidades vitales, primarias o secundarias) y pueden sobrepasar los habituales dispositivos de adaptación y defensa de la conciencia personal, originando entonces sufrimientos y malestares que se extienden al área somática y se acompañan de trastornos funcionales. Si en el cuadro clínico dominan los síntomas meramente localizados en determinados sectores (orgánicos) de esa área corporal se habla de *organoneurosis*; si el sufrimiento es global y se centra en el Yo, se habla de *psiconeurosis*. Obviamente, dada la unidad funcional del ser humano, tal diferencia es muy relativa, de suerte que un mismo neurótico puede presentarse al médico quejándose exclusivamente de estar enfermo de tal o cual órgano y poco tiempo después, excluyendo tal creencia, afirmar simplemente que se siente mal y está enfermo de la cabeza o de "los nervios". En el primer caso —si se comprueban trastornos funcionales sin lesión evidenciable— sería diagnosticado como organoneurótico y, no obstante, poco tiempo después lo sería como psiconeurótico. Por ello domina en la práctica el criterio de usar en ambas eventualidades, preferentemente, la palabra *neurosis*.

### *Conceptos etiopatogénicos de las neurosis.*

Si bien, de un modo general, se admite que las neurosis reconocen una etiología fundamentalmente psicosocial y derivan de conflictos surgidos en las relaciones interpersonales, divergen, no obstante, las escuelas psiquiátricas en cuanto al papel que otorgan a los factores predisponentes, condicionantes y complicantes de tales cuadros morbosos, así como en cuanto a los modos y maneras de explicar su dinamismo y su evolución.

Veamos, en síntesis, las ideas sustentadas por los dirigentes de tales escuelas:

a) *Concepto freudiano de las neurosis*. En su forma final admite que la neurosis surge cuando la conciencia individual no consigue sintetizar en una conducta, compatible con las normas eticosociales vigentes, los impulsos instintivos que provienen de uno o de ambos principios rectores de la vida psíquica: *Eros* (que lleva a la efusión y a la perpetuidad de la especie, siendo por tanto creador) y *Thanatos* (que impulsa a las tendencias agresivas, punitivas y destructivas, propendiendo a la anulación individual).

Para evitar el sufrimiento, surge entonces un compromiso o "arrangement" en virtud del cual se crean los síntomas neuróticos que sirven, a la vez, para descargar y satisfacer aquellos impulsos y para autopunir al sujeto, librándolo del remordimiento. En virtud de la represión, la conciencia individual del neurótico ignora ese compromiso y desea librarse de los síntomas; mas por otro lado, inconscientemente, el neurótico se aprovecha de ellos, pues le permiten olvidar los deseos inmorales que los determinaron. Por esto afirmó Freud que la neurosis es "el negativo de la perversión".

b) *Concepto adleriano de las neurosis*. En vez de la lucha entre los instintos sexuales y los instintos de muerte, Adler incrimina a la pugna entre el íntimo sentimiento de inferioridad o minusvalía y el deseo o voluntad de poder, la causa de las neurosis. Estas surgen también como resultado de un "arreglo ficticio" en virtud del cual el sujeto adopta un estilo de vida dramático y se refugia en su supuesta invalidez para explicar sus fracasos y suscitar la compasión ajena.

c) *Concepto junguiano de las neurosis*. Según Jung la neurosis es "el alto precio que se paga por desoir la voz de los arquetipos". Estos son núcleos energéticos que se encuentran anclados en las diversas zonas o estratos del llamado inconsciente "colectivo" pero pueden "revelarse" ante la conciencia individual, bajo numerosas formas simbólicas que surgen en los sueños, en los estados de éxtasis o ensoñación y en momentos de

gran tensión emocional, adoptando entonces una modalidad alucinatoria. Cada arquetipo junguiano propende a imprimir al individuo un determinado estilo de vida desiderativa e imaginativa, pero las presiones sociales, llevan a una gran parte de seres humanos a vivir un tanto alienados, es decir, ajenos a sí mismos, centrados en su "persona", que es como una máscara para desempeñar los diversos papeles que el Mundo les impone. Esa vida superficial y ficticia, antinatural, provoca la reacción telúrica de los arquetipos, crea la angustia y lleva al existir neurótico.

d) *Concepto neoanalítico de las neurosis.* Las llamadas escuelas "neoanalíticas" divergen de la ortodoxia freudiana por el hecho de que en la génesis de las neurosis, dan mayor importancia a los factores económicos, culturales y sociales que a los primeros conflictos y traumas infantiles. Según ellas, lo que alimenta y mantiene la neurosis no son determinados "complejos" reprimidos, sino la falta de una actitud conveniente ante la vida interpersonal. Por eso, en lugar de encaminarse hacia el "pasado" para tratar de recordar las vivencias traumáticas iniciales, lo que hay que hacer es analizar la situación que el neurótico enfrenta *actualmente*, para saber cuáles son las frustraciones que tiene en vigencia; también hay que analizar el modo como se comporta ante el analista, pues si aprende a relacionarse normalmente con éste sabrá como hacerlo con sus demás semejantes, ya que habrá corregido los defectos de su carácter neurótico. De aquí que para la escuela neoanalítica la neurosis es, ante todo, *un modo defectuoso de encarar la vida de relación social* y que, mucho más que tratar sus síntomas, es necesario enseñar a vivir mejor a quien los tiene.

e) *Concepto existencialista de las neurosis.* La escuela psiquiátrica que sigue la orientación de la llamada antropología existencial no ha conseguido unanimidad entre sus adeptos, en cuanto a la interpretación patogénica de los síndromes neuróticos, a pesar de que les ha dedicado singular atención. No obstante, de un modo genérico, los considera como muestras o efectos de *un modo anómalo de existir*, derivado de la insuficiencia individual para auto-realizarse como ser que está en el Mundo para cum-

plir una misión y realizar un Destino. De acuerdo con esta escuela, el neurótico no lo es por inconformidad sino por desorientación y por cobardía, pues o no ve cual es su camino o le faltan las fuerzas para seguirlo y arrostrar sus responsabilidades. De otro lado, nadie puede verse libre de la llamada angustia existencial, pues esta preocupación por la vida es una característica humana y, en cierto modo, el precio que el hombre paga por serlo.

f) *Concepto soviético (pavloviano) de las neurosis.* Es predominantemente neuro-reflexológica y deriva de un amplio aporte experimental en animales, niños y enfermos mentales. Según Pavlov y sus discípulos, las neurosis se deben a un desequilibrio en la auto-regulación de los reflejos condicionados, responsables de todo el aprendizaje y de la capacidad adaptativa del hombre y de los animales superiores. Es posible crear en estos últimos neurosis "experimentales" y así estudiar las condiciones en que sobreviene tal desequilibrio. La escuela soviética considera que intervienen en la producción de los síndromes neuróticos factores *fisiopatológicos* y factores *psicopatológicos*.

Los primeros se encuentran vinculados a la propia constitución del sistema nervioso y son de naturaleza dismetabólica. A ellos se debe que existan las diversas formas del llamado "tipo temperamental nervioso" y también las extensas variaciones individuales, en el hombre y en los animales superiores, de resistencia a los factores "neurotizantes". Sin duda el concepto pavloviano de los tipos nerviosos es paralelo al de las constituciones psicopáticas prevalente en otras escuelas científicas, pero aquél es más experimental y menos especulativo.

En los factores psicopatológicos radican un exceso de exigencias o una falta de ayuda del medio social y han de ser superados por la mejor organización de éste. Aislada o conjuntamente, tales causas provocan una perturbación en los procesos de inducción recíproca que regulan las relaciones funcionales entre los centros de los reflejos corticoviscerales y los propiamente corticosociales, que regulan los reflejos condicionados del "segundo sistema de señales" (lenguaje) originándose una *distorsión* entre el organismo y el Mundo, capaz de aumentar en forma de círculo vicioso.

Por ejemplo, si se tiene dolor de estómago, no se sienten ganas de hablar, pero también al no hablar —cuando debemos— puede atribuirse un dolor de estómago ulterior.

Todos los síntomas neuróticos mejoran tras la instalación de una inhibición cortical suficientemente prolongada, pues ésta permite a las neuronas recuperar su ritmo trófico natural; por eso, los psiquiatras soviéticos, en sus tratamientos, usan tanto la descondicionalización por el sueño prolongado.

### *Formas clínicas de las neurosis.*

La tentativa freudiana de sistematizar las neurosis ha sido superada, como lo fue también el intento análogo de Kraepelin para las psicosis. Hoy se sabe que un mismo enfermo neurótico, a lo largo de su existencia, puede desenvolver síntomas pertenecientes a todas las formas que antes se consideraban como independientes. No obstante, en cada "fase" existencial, tales síntomas acostumbran a organizarse y centrarse en un síndrome predominante y que servirá, tanto al médico general como al especialista, para una previa orientación comprensiva y terapéica. Por esto tiene todavía actualidad y utilidad práctica diferenciar los siguientes cuadros clínicos.

a) *Neurosis sexuales.* Más frecuentes en el sexo masculino —contra la opinión de los legos— se deben menos a la represión de los deseos —como creía Freud— que a la imposibilidad material de satisfacerlos adecuada, oportuna y suficientemente. Como motivos de tal insatisfacción pueden mencionarse: insuficiente vigor de los impulsos, fatiga del arco reflejo sexual, perturbación del placer orgástico, ausencia o mal comportamiento del "objeto" sexual visado, etc. La tensión erótica insatisfecha por sus vías normales tiende a descargarse en actos solitarios o en devaneos imaginativos que provocan, secundariamente, irritabilidad, autodesprecio o depresión y engendran manifestaciones sintomáticas de tipo hipocóndrico; quejándose de ellas el paciente intenta desviar su atención y solicita compasiva ayuda. Lentamente se establece en él un círculo vicioso que puede esquematizarse del modo siguiente:

Fracaso orgásmico inicial → recelo de su repetición → mayor tensión desiderativa → nuevo intento, en condiciones de inseguridad → nueva frustración → ambivalencia ante la situación sexual que engendra ahora angustia → irrupción del potencial erótico insatisfecho congestionando otras vías eferentes y originando los diversos síntomas hipocondríacos, casi siempre de tipo espasmódico → disociación consecutiva entre los sectores psíquico y genital del arco sexual, cerrando cada vez más las posibilidades de su normal funcionamiento.

b) *Neurosis de ansiedad*. En ellas el cuadro clínico está dominado por miedos desproporcionados o carentes de motivación lógica (fobias). Tales miedos se imponen a la voluntad del paciente y limitan su capacidad de acción, pues tienden a reactivarse ante cualquier asociación del primitivo factor que los motivó con cualquier otro objeto o situación, hasta entonces indiferente, pero ahora a ellos condicionados. A medida que se limita la capacidad de resistencia, aumenta la expectativa ansiosa y se termina “teniendo miedo de tener miedo”, inclusive cuando, transitoriamente —por soledad, reposo y otras posibles defensas— se han creado condiciones de seguridad que corresponden a las inicialmente deseadas e impuestas por el propio enfermo.

c) *Neurosis compulsivo-obsesiva*. Aparentemente opuesta a la anterior en su contenido ideativo es, en realidad, su habitual complemento; ambas, con frecuencia, se presentan asociadas también a los llamados “escrúpulos y dudas” de tipo mórbido, configurando así la triada patognomónica de la llamada *neurosis anancástica* (antigua psiscatenia de Janet). Lo propio de la compulsión neurótica es que el sujeto se ve impelido a realizar determinados actos, que voluntariamente no quiere ejecutar, o a repetir ininterrumpidamente otros cuya utilidad ya cesó. De la misma manera, a veces se siente obligado a tener ideas que le molestan o repugnan (las llamadas ideas fijas u obsesivas) y le dificultan o impiden cualquier otro tipo de actividad productiva. Para defenderse de tal eventualidad, cada enfermo desarrolla especiales actos defensivos que se tornan en él rutinarios y se denominan por ello “ceremoniales”. Aparentemente ilógicos,

tales actos tienen, no obstante, un significado expiatorio y de indirecta gratificación de los deseos, con los que se encuentran inconscientemente ligados por una relación asociativa de tipo mágico. El mejor ejemplo de ceremonial se halla en el gesto de Pilatos, lavándose las manos ya que no podía lavarse su conciencia, tras la condenación a Cristo. Este tipo de neurosis acostumbra ser recurrente y es el de más difícil tratamiento.

d) *Neurosis de angustia*. En realidad es una organoneurosis de tipo espasmódico y localización precordial. Comienza bruscamente y no raras veces tienen una motivación aparentemente fisiopatógica, pues coincide con una crisis coloidoclásica, una intoxicación digestiva, un choque histamínico, un sobre-esfuerzo muscular o cualquier otra situación de gran "stress" emocional. Sin embargo, otras veces, la primera crisis sobreviene sin motivo aparente durante la noche: el paciente se despierta bruscamente, sintiéndose mal, con falta o exceso de pulsaciones, impresión de ahogo, y no es infrecuente que sienta también dolor precordial. Por todo ello, se cree enfermo del corazón y generalmente es atendido por un clínico o por un cardiólogo en vez de un psiquiatra.

Más lo que caracteriza a la neurosis es el hecho de que, una vez restablecida la normalidad subjetiva, permanece y aumenta en el paciente el miedo al próximo ataque, así como la desconfianza ante las afirmaciones de que su crisis fue "nerviosa" y no puso en peligro su vida. Consiguientemente, el neurótico de angustia o aporioneurótico pasa a reclamar casi a diario la presencia del médico, la ejecución de nuevos exámenes y la compañía de sus más queridos deudos. No es raro que la tensión emocional lleve a estos pacientes a abusar de toda clase de medicamentos, algunos de ellos opuestos entre sí, con lo que desequilibran todavía más su sistema neurovegetativo y engendran síntomas secundarios (aerofagia, somnolencia, irritabilidad, etc.).

e) *Neurosis digestivas*. No es exagerado afirmar que una mayoría de los pacientes del consultorio de los gastroenterólogos son o han sido neuróticos y sus perturbaciones se deben a una conversión y somatización de conflictos mentales. El sector del aparato digestivo afectado, así como el

tipo de trastorno inicial del mismo, pueden servir para orientar acerca de la naturaleza de tales conflictos. Véase cómo Alexander los esquematiza:

	<i>Tipo gástrico</i>	<i>Tipo colítico</i>	<i>Tipo estreñido</i>
Verbalización esquemática de su actitud consciente.	Soy independiente y eficiente. No preciso nada.	Puedo pedir o tomar, porque doy algo en cambio.	Ni tomo ni recibo y por eso no doy ni debo.
Significado oculto de los síntomas.	Tendencias orales receptoras y agresivas. Deseo de ser nutrido.	Tendencia a dar en pago de los impulsos agresivos. Deseos de dominación. Tendencia expulsiva.	Repulsa a dar (miedo de castración). Inhibición de impulsos sádicos.
Simbolismo que origina la disfunción.	Recibir. Tomar.	Dar (restituir). Eliminar (agresivamente).	Retener (por miedo a perder). Temor de causar daño.

Sin duda, la mayor parte de los neuróticos del aparato digestivo tienen un predominio de las reacciones del sistema vagal (vagotonismo) y presentan un carácter en el que el deseo de afirmación competitiva enfrenta una natural tendencia a la sumisión, creando así un estado de gran tensión intrapsíquica que provoca las alteraciones vasculares, secretorias y cinéticas responsables de las diversas modalidades del trastorno observable. Si estas disfunciones se consolidan, pueden, a su vez, dar origen a lesiones (inflamatorias, infecciosas, etc.) transformando al paciente en una víctima del recíproco influjo de los factores psíquicos y somáticos.

f) *Neurosis asténica (Neurastenia)*. Esta forma clínica que estuvo de moda a principios de siglo, cuando triunfó la concepción de Beard —que la definió como una consecuencia del “agotamiento nervioso”— ha ido disminuyendo en frecuencia a medida que se han conocido mejor las diversas modalidades de los cuadros depresivos. No obstante, todavía existen casos que presentan su cuadro típico: vivencia de cansancio y

fatiga desde el momento del despertar, malestar general, irritabilidad, insomnio y desinterés objetivo. Este último síntoma explica la supuesta pérdida de memoria y la dificultad de concentración para el trabajo, que también constituyen quejas habituales de tales pacientes, casi siempre del sexo masculino. En la actualidad la mayoría de los autores incluyen el síndrome neurasténico entre las neurosis sexuales.



Fig. 8. Cuadro que reproduce una escena de las célebres "Leçons du mardi" del Prof. Charcot en la Salpêtrière de Paris (obra de Andrés Brouillet, Museo Masséna de Niza). En él se ve una enferma histérica en la que el célebre clínico provocó un estado de letargia, para demostrarlo ante el auditorio médico. (Reproducción autorizada por la Dirección de los Museos de la ciudad de Niza).

g) *Neurosis proteiformes, histéricas o pitiáticas*.\* Lo mismo que la forma precedente, la histeria —la gran simuladora que hasta hace medio siglo predominaba en la frecuencia de los cuadros neuróticos, principalmente en sexo femenino— es hoy de muy rara observación, especialmente

\* Pitiático, curable por la persuasión.

en su modalidad espectacular de crisis o "ataques" de dramática pantomima (v. fig. 8). Sin duda la emancipación económico-social y la mayor cultura y libertad de la mujer contemporánea son los factores principales del ocaso de la histeria. No obstante, el clínico no ha de olvidar la posibilidad de su ocurrencia, principalmente en los medios rurales, cuando enfrente síndromes cuya aparente gravedad no corresponda a los hallazgos objetivos.

### *Conducta del clínico general ante las neurosis.*

La carencia de especialista, la gran frecuencia de las neurosis y la posibilidad de que éstas se asocien a perturbaciones orgánicas (organo-neurosis) que lleguen a ser lesionales y caminen hacia su irreversibilidad, justifican la intervención del médico general en muchos casos que, en rigor, habrían de ser confiados a un psicoterapeuta competente. Por ello, hay que proclamar la necesidad de que todos los médicos posean nociones de la psicopatogenia y dinámica del síndrome neurótico, como también que sean capaces de formular planes de ataque psicosomático ante los pacientes de neurosis que, por diversos motivos, no puedan beneficiarse del tratamiento de un especialista. Como simple pauta orientadora, se recuerdan a continuación 10 principios que conviene siempre tener presentes en tal eventualidad:

- 1) De todos los enfermos el neurótico es el que necesita más tiempo, más tacto, comprensión y suave firmeza del médico. No ha de comprometerse el clínico a tratarlo si no sabe o no quiere disponerse a escuchar infinidad de veces las mismas quejas y análogos relatos. La confianza del paciente en él —base esencial para el éxito terapéutico— aumentará en la medida que lo sepa escuchar y le responda menos.
- 2) A pesar de diagnosticar inicialmente una neurosis, el clínico ha de someter al paciente a un completo examen somático, incluso más meticuloso que si se tratase de un caso de evidente diagnóstico orgánico.
- 3) Más que lanzarse a comprender los síntomas del neurótico, el clínico ha de intentar comprender su personalidad, su vida, sus conflictos, aspiraciones, frustraciones y dificultades que enfrenta en su actual

situación. Sin saber lo que íntimamente desea y teme su paciente, no podrá serle útil en la tarea de reajustarlo emocionalmente.

- 4) Es de singular importancia conocer no sólo cual es la actitud del enfermo respecto a sus familiares, jefes y amigos íntimos, sino también lo recíproco, especialmente de los primeros respecto a él, pues solamente conociendo las dos partes involucradas en su relación interpersonal se podrá trazar un plan de vida realizable.
- 5) El médico ha de ser el *maestro social* del neurótico y habrá de procurar convencerle de que, más que verse libre de sus actuales molestias, interesa que evite crear nuevas fuentes de sufrimiento moral o anímico en el futuro, adoptando para ello una filosofía de vida sana, creadora y ecuaníme.
- 6) Toda la tarea de exploración, de análisis, de interpretación y de reeducación persuasiva, habrá de hacerse sin excesiva doctrinación ni largas explicaciones, pues todos los neuróticos —incluso los que por su aparente posición de dependencia (oral pasiva) afirman lo contrario— odian los “sermones”. Claridad, concisión y corrección verbal, cuando no el silencio, han de ser constantemente las armas psicoterápicas usadas.
- 7) Con delicadeza, pero insistiendo, ha de procurar el clínico conocer la situación real y las fantasías correspondientes a la vida sexual de su paciente (en sus aspectos erótico y genital) sin, para ello, hacerle preguntas demasiado directas. Si bien no se puede mantener hoy el criterio de que *todas* las neurosis son de naturaleza sexual, hay que admitir, sin embargo, que la conducta sexual se encuentra alterada en la inmensa mayoría de ellas y es un factor que no puede descuidarse en el plan readaptativo.
- 8) En el plan terapéutico formulado habrá que dosificar tanto el trabajo como las distracciones y el reposo. La mayoría de los neuróticos nunca han sabido dedicar a esas tres actividades la debida atención y siempre han exagerado una o dos de ellas, o han descuidado todas, dedicándose excesivamente a la “rumiación mental” ligada a problemas de su propio Yo.

- 9) Igualmente todo plan terapéutico habrá de comportar indicaciones dietéticas, higiénicas y psicofarmacológicas (v. para éstas el capítulo IX).
- 10) En contra de lo postulado inicialmente por la psicoterapia analítica, es no solamente conveniente, sino necesario, que el clínico establezca contactos con los familiares que conviven con el paciente, para instruirlos debidamente en su tarea de observación y colaboración, a la vez que para recibir de ellos datos que el enfermo calla o deforma y pueden desorientarlo.

## 5. PSICOSIS

Como ya se anticipó, la diferencia esencial entre las psicosis y las neurosis es que en las primeras existe una perturbación del llamado "juicio de realidad", en virtud de la cual se desquicia la visión conceptual de los objetos y acontecimientos del Mundo. Esto lleva al sujeto a interpretar de un modo cada vez más equivocado y subjetivo cuanto sucede en su alrededor, hasta determinar que su conducta —si bien casi siempre coherente con tales interpretaciones— se distancie de tal manera de la que sus semejantes esperan y merecen, que justifique su aislamiento, mediante la "internación del desquiciado" (vulgarmente llamado "loco" o "alienado") en un establecimiento psiquiátrico. No obstante, en ciertos casos, el enfermo consigue conciliar su peculiar visión del Mundo con la conducta social tolerable y no siendo considerado peligroso (es llamado "loco pacífico") se salva de ser segregado socialmente. Por esto, el conocido dicho de que "ni son todos los que están ni están todos los que son", es siempre cierto en la segunda parte y cuestionable en la primera.

Si el clínico general se ve comprometido a tratar a neuróticos, no debería —salvo casos de fuerza mayor— aceptar el tratamiento de psicóticos, puestos éstos son mucho más difíciles de ser ayudados y representan un potencial de mucha mayor peligrosidad, ante el cual el clínico no se encuentra debidamente preparado, tanto desde el punto de vista técnico como humano y experiencial, aun cuando la ley le permita hacerlo. Por esto los síndromes psicóticos serán aquí presentados no en forma siste-

mática y sí apenas panorámica, para permitir una orientación diagnóstica que los revele antes de que alcancen evidencia para los legos.

### *Síndromes psiquiátricos exógenos.*

Se incluyen aquí diversos tipos de psicosis cuya característica común es la de tener su causa *determinante* en factores exógenos (ambientales) y, por lo tanto, no estar predeterminados ni por la herencia ni por conflictos o desequilibrios intrapsíquicos. Si el factor causal de tales perturbaciones radica en una situación vital más o menos intolerable (prisión, desempleo, amenazas, pérdida de recursos, etc.) se denominan "psicosis de situación" y, generalmente, adquieren curso tumultuoso pero breve, adoptando la forma crítica (semejante a las reacciones psicopáticas) y presentándose bajo el aspecto depresivo-paranoide, con intensa angustia y repercusión sobre el estado general. Son siempre influibles favorablemente por la sedación, la cura de sueño asociada a una psicoterapia de apoyo y que abra perspectivas situacionales más favorables para el futuro. Hay que atender principalmente a conservar el estado general de fuerzas, reforzar las defensas biológicas y evitar el peligro de auto o hetero-agresión.

Otro grupo de factores patógenos es el representado por *traumas, heridas, quemaduras e intoxicaciones profesionales*, capaces de engendrar principalmente cuadros pseudoencefálicos, de tipo confusional o amencial, con abundantes alucinaciones y un delirio inconexo que obligan a una constante asistencia del paciente en una clínica, a la que, por otra parte, ya habrá sido conducido previamente, con motivo del accidente causal. En casos tales, el tratamiento habrá de ser confiado al especialista competente en la terapia de las lesiones existentes y corresponde al clínico cuidar de cumplirlo, atendiendo, además, a la exacta observación de las medidas dietéticas e higiénicas coadyuvantes, a la prevención de complicaciones y a la administración de la medicación sintomática. A este respecto, hay que advertir contra el uso indiscriminado de sedantes opiáceos, barbitúricos o de preparados capaces de atacar la célula hepática, ya que el peor peligro puede emanar de su insuficiencia funcional. De modo general, se vigilará siempre el equilibrio ácido-básico, se evitará la aceto-

nemia, se procurará mantener en nivel prudencial la tensión sanguínea, se colocará al paciente en buenas condiciones de silencio y reposo, favorecidas por una música suave, como telón de fondo, asistentes discretas, temperatura y oxigenación convenientes, etc. Se tendrá suma prudencia, también, en el manejo de los estimulantes intensos (cortisona, ACTH, etc.) y se procurará reducir al mínimo la medicación sintomática (v. cap. IX) teniendo en cuenta que —dejando aparte el tratamiento causal— lo que favorece la recuperación es la asociación del tiempo con la “vis medicatrix Natura” (defensas naturales del enfermo).

En cuanto a las psicosis infecciosas —de ellas, las que más pueden enmascararse son las luéticas— difícilmente crearán hoy problemas, pues la inmensa mayoría de infecciones cuenta con terapéutica específica o, por lo menos, con la eficiencia de antibióticos de amplio espectro. Por esto no hemos de referirnos a ellas en particular. Apenas recordaremos la necesidad de pensar en la peor de todas, la PGP (parálisis general progresiva) en el caso de tratarse de hombre adulto o senescente, con alteraciones incomprensibles de conducta. El examen pupilar y la serología (especialmente, como ya indicamos al ocuparnos de los síndromes demenciales, las reacciones positivas de Guillain, Lange, Wassermann y Kahn en el l. c. r.) resolverán el diagnóstico.

Finalmente, merecen una cauta advertencia las perturbaciones accesorias de los toxicómanos (alcohólicos, opiómanos, cocainómanos, etc.). En ningún caso el médico general debería aceptar la difícil tarea de tratarlas, pues en el fondo de todas ellas hay una personalidad psicopática que solamente podrá ser realmente ayudada con una profunda y perseverante tarea psicoterápica y psicagógica, hecha por un buen especialista psiquiatra.

### *Síndromes psiquiátricos endógenos.*

Constituyen, sin duda, la mayoría de los casos observados en psiquiatría, con excepción de las neurosis. Son secundarios a un defecto, disarmonía o tara constitucional del substratum físico de la individualidad que, a su vez, bajo la acción de ciertos factores desencadenantes, provoca la desin-

tegración de los normales dispositivos homeostáticos de la vida psíquica y origina en ésta un proceso de progresivo desquiciamiento. Tal proceso llega a alterar de modo duradero la relación Yo-Mundo, con entera independencia de la situación externa. Los síndromes psiquiátricos endógenos pueden agruparse en 3 grandes constelaciones: *epiléptica* (disrítica, enequética o ictafin), *esquizofrénica* (a la que se han incorporado moderadamente los cuadros parafrénicos y paranoicos) y *ciclotrénica*. Cada una de ellas contiene muy diversas formas de presentación clínica, pero mantiene su unidad a través de un determinado número de síntomas primarios, que constituyen la esencia de su categoría procesual y han de ser reconocidos por el clínico para evitar demoras perjudiciales en la aplicación del tratamiento. Aquí, como en los demás sectores de la patología, el éxito terapéutico disminuye en la medida en que se retarda la instalación de los recursos terapéuticos adecuados a la naturaleza del caso.

Antes de pasar a describir tales síndromes es preciso recordar que ellos pueden presentarse en forma reversible o irreversible, recuperable o no, de acuerdo con la intensidad de la tara que los origina y del modo como se imbriquen los factores que los desencadenan y complican o los que los combaten y corrigen, todos de naturaleza paratípica o ambiental y por tanto susceptibles de relativa manipulación médica. Esto significa que el hecho de que una psicosis sea endógena no implica que se apoye en alteraciones lesionales ni que sea incurable. Lo único que puede preverse es que el sujeto que la padece está expuesto a recaídas con mayor facilidad que si no existiese tal predisposición o propensión endógena.

#### A) PSICOSIS EPILÉPTICAS.

No todos los epilépticos sufren psicosis pero, sin duda, tampoco las psicosis que sufren son *exclusivamente epilépticas*. No obstante, raro es el caso de epilepsia llamada "esencial" o endógena (hereditaria) que no presente, en alguna fase de su vida, perturbaciones psíquicas más o menos accesionales y de naturaleza grave, dejando aparte el estado habitual de malestar y tensión en que viven todos los pacientes que están al par de sufrir esta enfermedad. Antes que nada, precisa recordar que

no basta que un enfermo tenga "ataques" de tipo convulsivo para que se pueda, a distancia y a *posteriori*, diagnosticarlo de epiléptico. Se precisa, para hacerlo, que tanto la cuidadosa anamnesis clínica, como la exploración electroencefalográfica y psicológica confirmen el diagnóstico. Por cuatro motivos pueden alterarse las reacciones psíquicas en las personas que sufren epilepsia:

- a) por hipersincronía de las descargas neuronales;
- b) por alteraciones consecutivas a las crisis comiciales, principalmente hiperemias e isquemias encefálicas.
- c) por efecto de medicaciones anticonvulsivas que impregnan secundariamente las neuronas y alteran sus ritmos autóctonos, creando posibilidad de disturbio en la integración funcional de las mismas.
- d) por la distancia psíquica que se establece entre el Yo epiléptico y los Demás (existe recelo recíproco y mayor tensión en las relaciones interpersonales).

Derivadas del primer tipo de motivos son, principalmente, las "explosiones" afectivoemocionales, las descargas motoras bruscas y violentas, los llamados actos automáticos, de violencia y brusquedad imprevisibles.

Derivadas del segundo orden de factores son, principalmente, las amnesias, los estados crepusculares y distímicos y, sobre todo, las alteraciones deficitarias (demenciales) a largo plazo.

Consecutivos a la tercera clase, son los disturbios de la productividad, la apatía, la lentitud y la dificultad de concentración mental.

Resultantes de la cuarta son, principalmente, las reacciones neuróticas y psicopáticas, la tendencia al aislamiento y al misticismo, la predisposición a las interpretaciones auto-referentes y, quizás, al refugio en la sensualidad.

*Diagnóstico.* Dado el polimorfismo epiléptico, precisa asociar más que en otros síndromes los diversos métodos de diagnóstico (clínico, psicológico y electroencefalográfico). Por lo menos dos de ellos han de ser coincidentes para tener seguridad acerca de la naturaleza comicial de las perturbaciones observadas.

Clínicamente, una anamnesis detallada, la presencia de crisis ictales en ausencia de factores situacionales, las huellas visibles de las mismas (mordeduras de la lengua, cicatrices de caídas, etc.) o, incluso, la producción

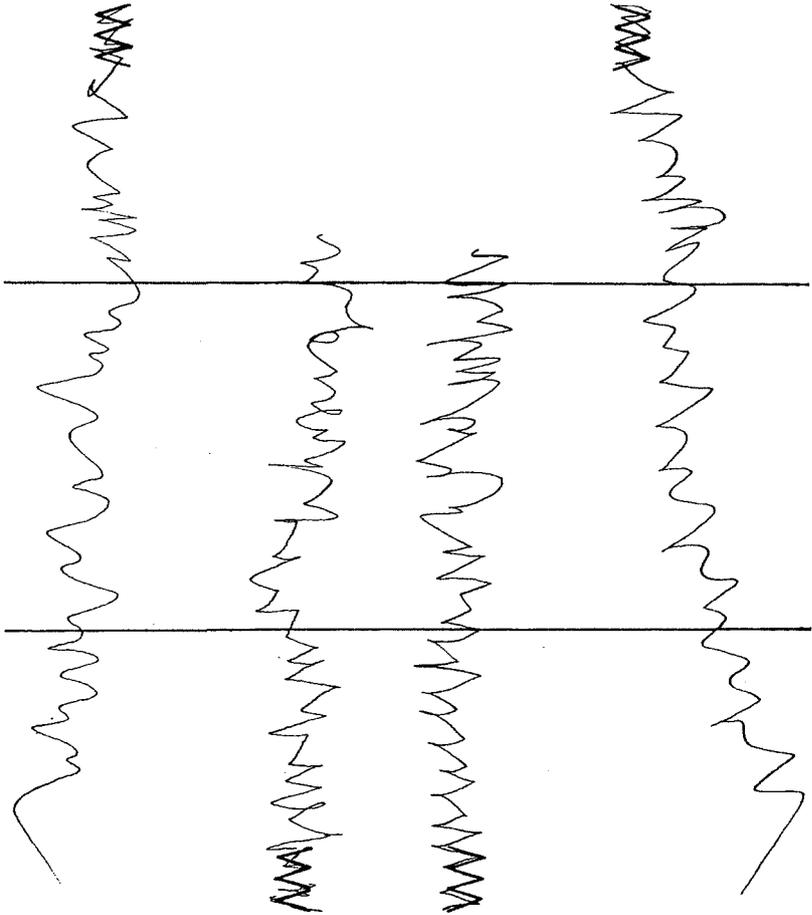


Fig. 9. Trazados del PMK (zigzags) en un caso de epilepsia esencial con intensas manifestaciones psicopáticas. Puede apreciarse claramente la disritmia así como la coexistencia de una base esquizotímica (principalmente visible en la mano izquierda).

experimental de una crisis (hiperventilación, sensibilización por el cardiazol, etc.) permiten plantear el diagnóstico. Pero no hay que olvidar que las crisis convulsivas han podido pasar desapercibidas o incluso no

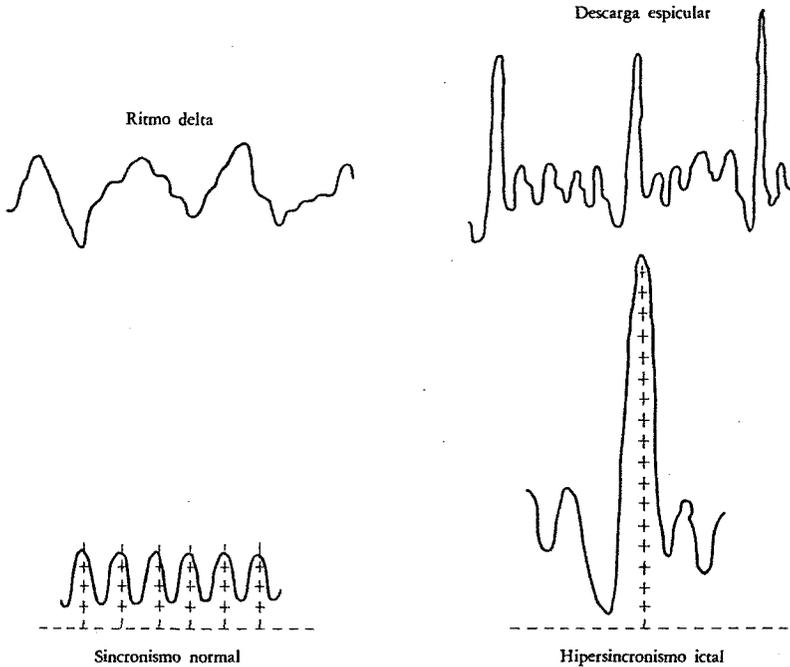


Fig. 10. Ondas de ritmo delta (2 a 3 ondas por segundo, de alto voltaje) y descarga espicular (onda de 10 a 20 milisegundos de duración y de 50 a 1000 m. v.) que suelen observarse en la epilepsia, junto con el hipersincronismo ictal. Esquema tomado de Galeano Arana.

existir (formas anictales). Por ello es necesario recurrir a la confirmación diagnóstica por los dos restantes métodos.

El método *psicológico* se basa en examen del paciente mediante diversas pruebas mentales, especialmente el Rorschach y el psicodiagnóstico

miokinético. No es tarea del médico general emplear estos métodos, pues su interpretación exige años de experiencia. No obstante, para quienes ejercen en áreas distanciadas de los centros de psicología clínica —en donde conviene realizar tales exámenes— es factible una simple investigación preliminar que puede confirmar o desechar sus sospechas; consiste en la obtención del llamado "trazado en zig-zag", correspondiente a la segunda hoja del test miokinético. Para esto se utiliza la hoja-modelo del test\* y se siguen las instrucciones del manual. La diferencia entre los trazados disrítmicos o esquizo-disrítmicos, propios de los epilépticos y de los demás tipos de trazado "saltan a la vista", como vulgarmente se dice (v. fig. 9). Los trazados de los epilépticos se caracterizan por la disociación de los movimientos de ambas manos, por su irregularidad, sus bruscas fluctuaciones de tamaño, presión y valor angular, con presencia de momentos en los que la mano sufrió un microimpulso y trazó una espícula, enteramente semejante a las que en el EEG caracterizan bioeléctricamente el síndrome epiléptico (v. fig. 10).

El método *electroencefalográfico* (EEG) requiere también la colaboración del especialista y proporciona indicaciones válidas en el 95 % de los casos. Su alteración característica es la presencia de ondas espiculares —consecutivas a la hipersincronía o sumación de descargas neuronales simultáneas— seguidas o no de ondas lentas (delta). En la fig. 10 pueden verse esquematizados los trazados correspondientes al denominado ritmo delta y a la descarga espicular.

*Formas clínicas habituales.* Las formas de presentación de las perturbaciones mentales epilépticas son muy diversas, casi tanto como las de la histeria, con las que frecuentemente se confundían hasta hace poco (la psiquiatría francesa creó el concepto de histero-epilepsia para salvarse del compromiso diferencial). Hoy, con la ayuda de los métodos psicológico y electroencefalográfico, su diferenciación es siempre posible. He aquí, brevemente sintetizadas, las más habituales:

\* Ed. Paidós, Buenos Aires.

a) *Alteraciones perceptivas*. Se presentan casi siempre en forma brusca y adoptan la forma *ilusoria* (interpretación equivocada de la realidad sensorial) o *alucinatoria* (confusión de los recuerdos con la realidad presente, creyendo el paciente estar ante imágenes actuales cuando revive apenas productos de su fantasía, o sea, re-presentaciones). No son raras las llamadas *dismorfias* (se ven las imágenes sensoriales deformadas: más pequeñas o más grandes, etc.). Predominan los trastornos de la esfera visual y casi siempre las pseudopercepciones se presentan con vivos colores. No es raro, también, que inclusive cuando el paciente percibe la realidad normalmente experimente la impresión de haberla vivido en una época pretérita (impresión "du déjà vu").

b) *Alteraciones del pensamiento*. Consiste en el llamado pensamiento "iterativo": el enfermo que está hablando normalmente, de pronto repite varias veces la misma frase o el mismo nombre, como ocurre con el disco gramofónico cuando la aguja queda presa en un surco. A veces incluso se presentan palabras sin sentido (embololalias) durante unos segundos.

c) *Crisis distímicas*. Son muy típicas. Sin motivo aparente, o por una nimiedad, el epiléptico estalla en un llanto y desesperación que sorprenden y asustan a sus circunlocutores. Su cara se congestiona, se presentan síntomas de hipersecreción no solamente lagrimal sino salival y sudoral, hipertensión, palpitaciones y dificultad respiratoria. Otras veces, cuando está solo, se inmoviliza y queda sumergido y ensimismado en profunda rumiación y disgusto, hasta que vence el bloqueo y tras unos cuantos gestos y movimientos —casi siempre estereotipados— vuelve a la normalidad, tan bruscamente como la perdió.

La duración de tales crisis es sumamente variable, de unos segundos a unas semanas, con intervalos de tranquilidad. En el caso de que se prolonguen pueden confundirse fácilmente con las crisis melancólicas y depresivas de los ciclofrénicos, pero en éstas hay siempre una racionalización del estado afectivo y mayor comunicabilidad que en aquéllas.

De otra parte, los antecedentes clínicos y los resultados del examen psicológico o electroencefalográfico permitirán la diferenciación.

d) *Despersonalización*. Es menos frecuente pero, cuando es típica, permite por sí sola el diagnóstico. El sujeto cae en un automatismo motor y vivencial, durante el cual pierde enteramente la noción de su autoidentidad o adopta una personalidad enteramente diversa y absurda. Es frecuente que en tales condiciones desaparezca de su ambiente (la llamada "fuga epiléptica") e incluso que realice los mayores delirios, sin que al retomar conciencia de sí, recuerde lo sucedido. Obviamente son bastantes los psicópatas que pueden, para provecho propio, simular tal estado, pero compete al especialista desenmascararlos. Incluso no se excluye la hipótesis de que un auténtico epiléptico trate también de aprovecharse de su diagnóstico para eludir su responsabilidad por determinadas conductas, mas también aquí será posible, aunque más difícil, descubrir la superchería con el auxilio de las modernas técnicas psicológicas. Uno de los indicios a favor del origen comicial de tales síntomas es su total inutilidad o incluso perjuicio para quien los exhibe.

e) *Crisis de furia agresiva*. Se observan, por lo general en casos muy cargados, con crisis ictálicas antiguas e intensa tara hereditaria. No es raro que se asocien con *dipsomanía*, ingestión impulsiva y descontrolada de bebidas tóxicas, principalmente alcohólicas. Durante tales crisis el enfermo se torna altamente peligroso y puede realizar los más nefandos e injustificados crímenes.

f) *Estados confusionales*. Pueden coincidir o no con alguno de los anteriormente mencionados. Adoptan dos formas, capaces inclusive de alternarse: en la primera, de tipo estuporoso, predomina la depresión apática y la perplejidad; en la segunda se observa una agitación angustiosa; en ambas el sujeto se presenta obnubilado y desorientado, casi siempre por no poder diferenciar su mundo onírico del mundo exterior.

g) *Estados crepusculares*. Representan casi siempre un antecedente o un consecuente de los anteriores. En ellos el sujeto puede presentar una

conducta menos incoherente y responder, a veces adecuadamente, a las solicitudes del ambiente, pero, al mismo tiempo, atiende a sus vivencias oníricas y vive parcialmente sumergido en ellas, o sea, que está *soñando despierto*. Estos estados son, a veces, confundidos con las psicosis esquizofrénicas, en las que el llamado síndrome de doble orientación y las vivencias oniroides son también muy frecuentes. Su diferenciación corresponde al especialista pero exige, en todo caso, el aislamiento del enfermo en una clínica, dado el peligro que representan y la duración que habitualmente tienen (varias semanas).

h) *Delirio místico-alucinatorio*. Hasta cierto punto podía ser incluido en el cuadro de los estados crepusculares pero merece diferenciarse por ser más lúcido que éstos y también más pacífico. Los enfermos se sienten transportados al Reino de los Cielos y se consideran santificados, estableciendo diálogos con los personajes divinos. Otras veces afirman haber vuelto a la tierra, encargados de misiones que "no pueden revelar". No es raro que su cara, lenguaje y expresiones, revelen una profunda identificación con ese estado de éxtasis, en el curso del cual, a veces, son capaces de las mayores mutilaciones y autotorturas. Hasta qué punto estos cuadros tienen una base encefalógena y hasta qué punto son resultado de una supercompensación del íntimo sentimiento de minusvalía —que es también observable en las oligofrenias— resulta difícil saberlo.

i) *Cuadros deficitarios (demenciales)*. Son siempre terminales, es decir, observables en pacientes que han sido durante muchos años castigados por frecuentes crisis o estados de gran mal epilépticos. Son predominantemente aperceptivas, demostrándose por la creciente dificultad que los pacientes tienen para percibir, comprender e interpretar la realidad, lo que es, en parte, responsable de la tendencia iterativa, la pegajosidad y la pobreza sintáctica del lenguaje verbal de tales enfermos. Asimismo explica su indiferencia ante los mayores acontecimientos situacionales y su impudor obsceno; sus impulsos sexuales no tiene freno alguno y se manifiestan con absoluta y salvaje fuerza natural, en cualquier circunstancia y lugar.

*Conducta del clínico ante los síndromes epilépticos de tipo psiquiátrico.*  
Dada la frecuencia de la disritmia cerebral (el 5 por mil de la población la sufre en forma de crisis convulsivas, pero el 5 por ciento la acusa en forma más o menos visible) se comprende que una enorme cantidad de cuadros psicóticos y psicopáticos puedan tener un fondo comicial, que sólo cabe descubrir cuando se sospecha su existencia y el enfermo es sometido a los exámenes convenientes por un especialista. Mucho se discute si este especialista ha de ser un "neurólogo", un "psiquiatra", un psicólogo clínico, un electroencefalografista o, inclusive, un neuro o psicocirujano. La verdad es que todos ellos habrán de trabajar en equipo en un centro exclusivamente dedicado a este tipo de trastornos.

Por ello, lo mejor que puede hacer el clínico es dirigir sus pacientes a la institución en donde confluya el mayor número de tales especialistas, pues esto aumentará la probabilidad de que el diagnóstico no sea apenas de síndrome y sí de localización, etiología y patogenia, así como que el tratamiento sea formulado en los diversos planos que precisan ser considerados. Afortunadamente, existen hoy en casi todos los países latino-americanos representaciones de la Liga Internacional contra la Epilepsia y a ellas puede dirigirse el médico práctico en demanda de orientación. La simple prescripción de la clásica medicación fenilbarbitúrica (u otra similar) con finalidad anticonvulsiva es tan insuficiente como la prescripción de aspirina para un paciente de cefalea.

#### B) PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICAS.

Mucho ha cambiado la orientación doctrinal desde la inicial descripción de la "demencia precoz" por Kraepelin, a principios de siglo, hasta la actual concepción de la "constelación esquizofrénica", iniciada por Emil Bleuler y cada vez más ampliada, principalmente por los especialistas germanos. En la actualidad las psicosis de tipo esquizofrénico no sólo son las que dan el mayor contingente de internados en los frenocomios, sino que como afirmó Bayard Homes, esta perturbación mental constituye "el mayor, más extenso y más calamitoso problema de la salud pública contemporánea". El número de enfermos de esquizofrenia es mayor que el

de cancerosos, con el agravante de ser, en su mayor parte, jóvenes y adultos que durante años no solamente dejan de producir y siguen consumiendo, sino que, además, entrañan un permanente peligro social, tanto por su posible acción agresiva y delictiva como por el posible contagio de sus ideas mágicas y actitudes autistas.

Ante una psicosis de la constelación esquizofrénica no es solamente el clínico quien se encuentra desarmado e intranquilo, pues la verdad es que, pese a la enorme cantidad de investigaciones y de trabajos publicados, la esencia del síndrome sigue todavía en el misterio. Apenas se cree que tenga una base hereditaria y, por eso, se incluyen entre las psicosis endógenas sus formas más graves y crónicas. Pero la realidad es que no hay actualmente unidad de criterio al respecto, pues todas las tentativas de establecer una anatomía patológica del mismo han fracasado por ser consideradas concomitantes o consecutivas, y no causales, las diversas lesiones descritas. Adoptando un criterio ecléctico pasaremos a describir los considerados "trastornos primarios" o síntomas fundamentales de las diversas formas de esquizofrenia.

a) *Vivencias delirantes*. Llamadas también "percepciones" e "intuiciones" delirantes, son la base de los llamados delirios esquizofrénicos y se caracterizan por ocasionar un impacto tan extraordinario en el Yo que éste, desobedeciendo la lógica de la realidad, queda preso en ellas y pierde su espontánea actividad, viviendo sólo a la espera de nuevas ocurrencias de las mismas. Desde el principio, tales vivencias o intuiciones delirantes constituyen para el Yo un descubrimiento sin precedentes que *transforma por completo* su panorama existencial y muda no solamente su actitud ante el Mundo inmediato —el llamado Perimundo— sino ante la propia Vida. Hay como una especie de "corte" que transforma el hombre anterior (no esquizofrénico o pre-esquizofrénico) en hombre partido, hendido (que es lo que significa etimológicamente la palabra "schizos": partición) y, por tanto, se produce la ruptura entre él y la Realidad exterior, ya que ahora ésta será artificialmente "fabricada" en función de las nuevas vivencias delirantes. Por esto, es propio de la fase inicial de los procesos esquizofrénicos un intenso sentimiento de angustia, que

acompaña la vivencia de "destrucción del Mundo" (*Weltuntergangserlebnis*). Se pierde así la unidad y la integración Sujeto-Objeto que caracteriza a la conciencia normal. Todo el pensamiento sale de su habitual surco y el paciente empieza a vivir fuera de él (*de-livar* significa también, etimológicamente, "estar fuera del camino").

b) *Autismo*. Consecuencia natural de la disolución de la concepción del Mundo real es la reacción observada en el paciente, en virtud de la cual éste da la espalda a su ambiente y se concentra en la espectación de sus nuevas impresiones existenciales. Hasta cierto punto, él no vive más sino que "es vivido" por las imprevisibles fuerzas que ahora se centran en el campo consciente y construyen un mundo privado, ajeno, fantasmagórico, irreal e ilógico: el mundo autista. En virtud de ese nuevo modo de existir pierden interés los estímulos y las pautas hasta entonces imperantes y, por ello, se interrumpe la posibilidad de incentivar o motivar al paciente esquizofrénico con ofertas o amenazas que antes habrían sido efectivas (v. fig. 11).

c) *Ambivalencia*. Es otro fenómeno primario que nunca falta en las esquizofrenias. La pérdida de la síntesis integradora y unitaria de la conducta deja sin cetro al Yo que se torna cada vez más pasivo ante los acontecimientos e incluso, en muchos casos, siente que su Ser está transformándose bajo la acción de influjos más o menos misteriosos, que lo dejan perplejo y angustiado, unas veces, indignado y desesperado, otras, o —"rara avis"— lo extasían, iluminan y atraen. De un modo o de otro, sus decisiones tórnanse difíciles y contradictorias; cualquier impulso está inmediatamente frenado o interceptado por su opuesto (contraimpulso) no solamente en el plano intelectual sino también en el plano motor. La equipotencia de las cargas efortoras produce la disociación del gesto motor y se acusa subjetivamente en los fenómenos de ambivalencia afectiva e intelectual, siendo, sin duda, uno de los motivos por los cuales se derrumba el principio de contradicción y se disgrega todavía más el comportamiento del paciente, que así pierde su coherencia, su sentido y su inteligibilidad ante los circunstantes.

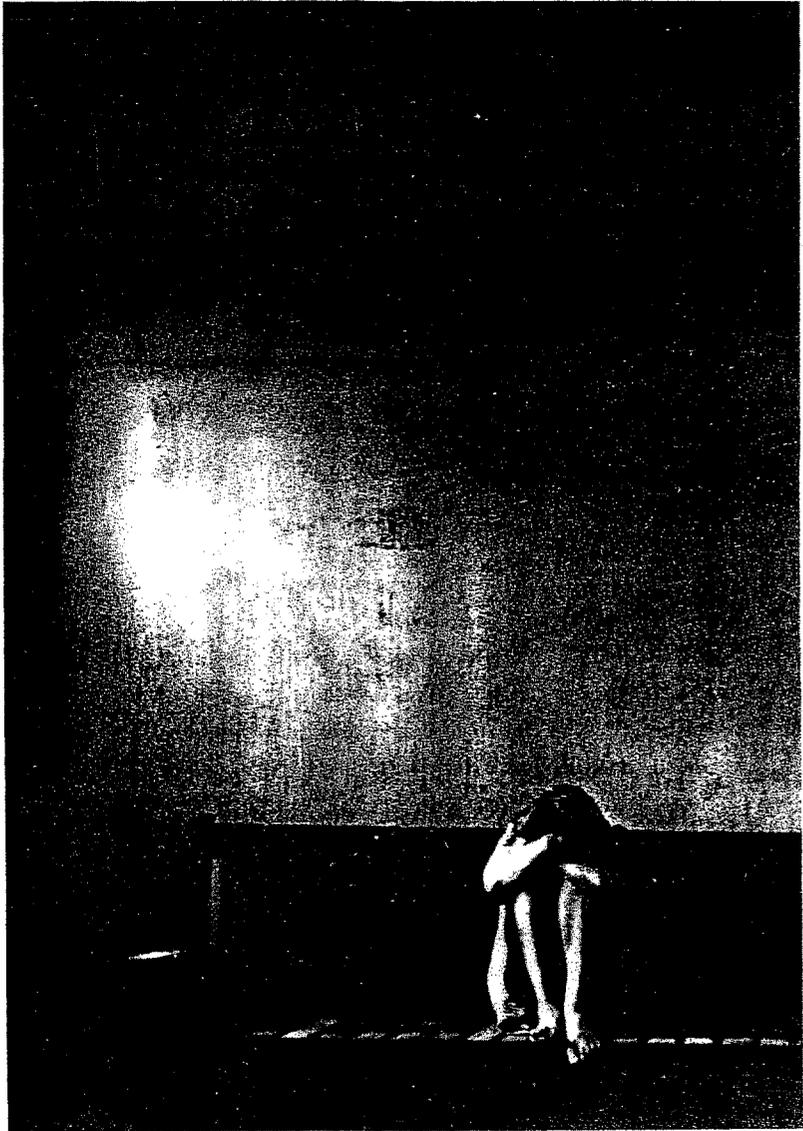


Fig. 11. Posición típicamente autista (fetal) en enferma esquizofrénica de raza blanca.  
(Fotografía de Jerry Cooke).

d) *Simbolización mágica*. He aquí otro fenómeno fundamental que en las formas paranoides puede ser inicialmente disimulado por el paciente. Consiste en que todas las imágenes, tanto sensoriales como representativas, pasan a ser interpretadas no de acuerdo con su primitivo significado,



Fig. 12. Primera de una serie de acuarelas (ver figs. 13 y 14) que expresan la "marcha hacia el autismo" en una enferma de esquizofrenia mixta. En esta acuarela la paciente se proyecta en el infierno y quema sus genitales.

sino en relación simbólica con la vivencia delirante dominante. De este modo, cualquier palabra, gesto o acción adquieren para el esquizofrénico significados diversos según cual sea el lugar y el momento en que son percibidas por él y, al propio tiempo, se establecen asociaciones anómalas

entre los elementos todavía notados en la realidad exterior y los procedentes del mundo onírico o realidad interna. *De esta manera se pierden las formas objetivas*, esto es, los contenidos estables de las cosas u objetos y al *vaciarse* el campo consciente de tales contenidos, el pensamiento esqui-

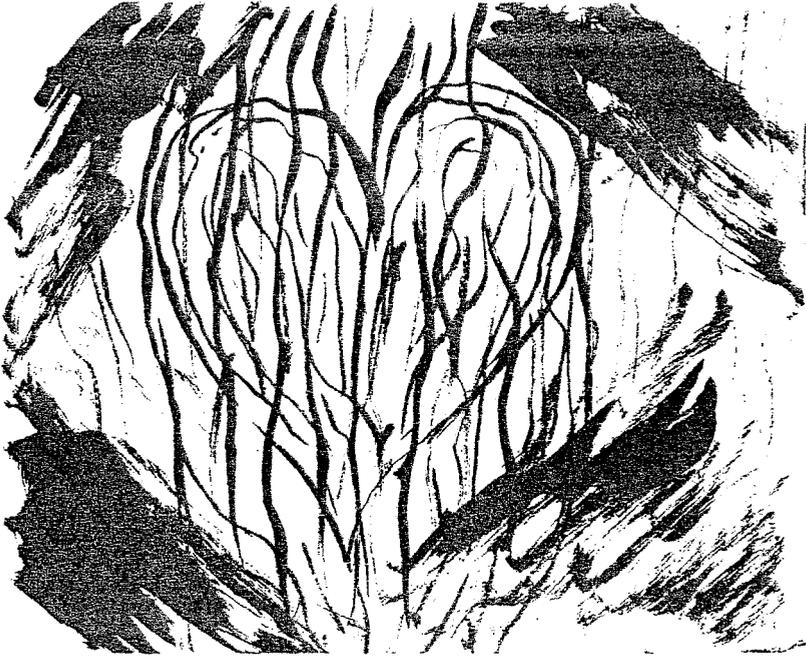


Fig. 13. En esta producción, la paciente quema su corazón. Las llamas son —al propio tiempo— semen.

zofrénico (mágico y dereístico\*) pasa a apoyarse en símbolos más primitivos y arcaicos. De ahí el abstraccionismo e irrealidad de la mayoría de producciones artísticas creadas por este tipo de enfermos que ilustran las figuras 12 y 16.

\* Separado de la realidad.

Entre los síntomas *secundarios* o derivados de los anteriores se cuentan los "neologismos", "manierismos" y el "negativismo" (reyección activa del ambiente con oposición completa a sus solicitudes) así como las numerosas "extravagancias" (actos extraños, clownescos, absurdos) impulsos, explosiones emocionales, etc. De otra parte, el lenguaje verbal, a



Fig. 14. En esta acuarela, última de la serie, la enferma, transformada ya en ser místico, con cuerpo de mujer, brazos de árbol y cabeza de pájaro, se dirige al encuentro de su final destino: "águila petrificada".

medida que avanza el proceso, expresa el paulatino *alejamiento* de la mente; cada vez es más difícil comprender al enfermo no sólo por las nuevas palabras usadas, sino también por la pérdida de sintaxis, la tendencia a la musitación y la intromisión de deformaciones vocales y silábicas en las palabras usuales.

*Formas clínicas principales.* Cuando se presenta el cuadro clínico de estas psicosis en toda su magnitud, se asocia a trastornos somáticos, singularmente de tipo neurovegetativo y neurotrófico y produce, después de cada uno de los llamados *brotos procesales* —que habitualmente constituyen períodos de agudización crítica de 2 a 6 meses de duración— una



Fig. 15. Guache de demente esquizofrénica, con mutismo e intenso autismo. En él se simboliza la persistencia de su "envie du penis". En el período pre-demencial evidenció la fantasía de "dar un hijo a su madre". (Nótese que en la obra el falo emerge en vez de entrar en la vagina).

pseudocuración transitoria y precaria, pues siempre se observa una pérdida del nivel mental (la llamada curación con defecto). Si durante tales brotes predominan los fenómenos en el plano delirante-intelectivo, se habla de "esquizofrenia paranoide", pero si predominan los síntomas motores (alternándose la agitación psicomotriz y la verbigeración con la inmovilidad y el mutismo) se habla de "esquizofrenia hebefrenocatatónica". Si domina el delirio de tipo alucinatorio auditivo pero, por poseer mayores



Fig. 16. Dibujo de joven esquizofrénico paranoide, que nunca había dibujado antes de su psicosis. En él puede verse el fenómeno de la "aglutinación" de imágenes, además del rico contenido sexual y abstraccionista de las mismas. Nótese además el carácter "desanimado" o "enmascarado" de las expresiones faciales. (El dibujo fue hecho en una sola vez, aprovechando un breve intervalo entre dos comas insulínicas).

recursos defensivos, el Yo consigue hasta cierto punto encapsularlo y mantener separado ese "rumor psíquico" del resto de sus pautas de conducta social, se califica entonces al paciente como "parafrénico" y no es raro que pueda permanecer largo tiempo en contacto social. Ello no obstante, aun cuando con mayor lentitud, el proceso se encamina invariablemente hacia la pérdida de la creatividad e iniciativa individual, produciendo igualmente el llamado "defecto esquizofrénico". Estos pacientes, cuando ya están internados, acostumbran ser designados como "delirantes crónicos" y repiten con machacona insistencia, pero aparente frialdad, sus quejas ante todo nuevo visitante. La figura 17 ilustra un caso de este tipo; puede observarse la disociación entre la rigidez del grafismo y el elevado contenido emocional que expresa.

Finalmente, cuando los fenómenos pseudoperceptivos están ocultos y se destaca en el cuadro una intensa labor interpretativa, con aparente coherencia lógica (en realidad de tipo sofisticado), se acostumbra a clasificar a los pacientes como "paranoicos".

*Conducta a seguir ante los síndromes esquizofrénicos.* En ningún caso el médico general debería aceptar tratar un portador de síndrome esquizofrénico sin la supervisión directa de un psiquiatra, incluso si los síntomas somáticos que el caso presenta hacen pensar en la naturaleza reactiva o sintomática. ¡Cuántas veces hemos visto esquizofrénicos tratados por endocrinólogos, sexólogos, gastroenterólogos, etc., hasta que la comisión de una grave agresión contra una inocente víctima determinó su internación y sacudió la conciencia de los familiares! Lo que corresponde precisamente al médico general es *sospechar* el diagnóstico de esta psicosis en cualquier caso de perturbación de la salud, principalmente en jóvenes, que se acompañe de alteraciones del carácter (con actitud recelosa, desconfiada o abstraída del paciente) aun cuando siga aparentemente normal su comportamiento en la rutina vital. En vez de querer buscar "focos" o causas criptogenéticas, deberá pensar en la posibilidad de que la aparente somatosis sea apenas la evidente fachada de un proceso más solapado, que está siendo todavía contenido por la censura consciente y que deberá ser descubierto por un especialista. Si éste no existe a

palabras de un hombre;  
 no sé que significa eso solo  
 de hoy que aprenda, porque  
 el hombre que termina el  
 mundo no sé lo que lo ha  
 traído acá. El mundo no  
 cambia a nadie solo a los que  
 juro que debo ser sus verdaderos  
 hombres amigos y amigos  
 no de hoy de otra cosa que  
 de mañana, lo de mañana  
 tendrá que ser una parte  
 del que será un mundo  
 que debería dar la voz

Fig. 17. Facsímil de escritura de una enferma de parafrenia sistemática. Puede verse la rigidez automática del grafismo, en contradicción con el elevado contenido emocional que vehicula.

disposición del clínico, podrá recurrir a utilizar algunos de los test psiquiátricos que con mayor facilidad de manejo indican la presencia de los síntomas primarios, en particular el psicodiagnóstico miokinético, que es capaz de mostrar, en sucesivas aplicaciones, el aumento de los contra-impulsos y de la ambivalencia motora. Si tales exámenes confirman su sospecha, habrá de conseguir la movilización del paciente hasta el más próximo centro de salud mental, en donde podrá ser definitivamente asentado el diagnóstico.

Suponiendo, empero, que sea llamado urgentemente para asistir una crisis aguda de agitación motora en un esquizofrénico, habrá de procurar su sedación de acuerdo con las indicaciones que se dan en los capítulos VIII y IX.

Es muy importante para el médico no especialista, ante los esquizofrénicos egresados de un centro psiquiátrico y que están en período llamado "intervalar", vigilar y controlar la conducta de los familiares para que éstos no provoquen la recaída del paciente o no sufran las consecuencias de cualquiera de sus impulsivas agresiones eventuales. En el caso de ser consultado acerca de la elección de centro para la internación de pacientes esquizofrénicos, habrá de dar preferencia a los establecimientos en donde exista la posibilidad de someterlos a un tratamiento en equipo, en el que se integren los recursos de la moderna fisio y quimioterapia psiquiátrica con la psicoterapia, la terapia ocupacional y social. No es el "lujo" y sí la "eficiencia" asistencial y terapéutica lo que ha de orientar el criterio selectivo.

#### C) CICLOFRENIAS.

También llamadas *psicosis afectivas*, se caracterizan por ser recurrentes, alterar fundamentalmente el ánimo, sin comprometer seriamente el nivel intelectual —como ocurre con las esquizofrenias— ni modificar tampoco la visión del mundo objetivo, por lo menos en sus formas habituales. Tales psicosis pueden presentar alternadamente, o a veces en forma imbricada, dos sub-síndromes denominados *maniaco* y *melancólico*, en los cuales se observa respectivamente, una expansión y una retracción de la

autoestimativa individual, junto con otros síntomas que se detallan a continuación:

*Síndrome maniaco* (hiperrelación, excitación y aumento del "turgor vitalis"). El ánimo y las reacciones afectivas se encuentran en estado de exaltación e inestabilidad, oscilando generalmente entre la alegría y el optimismo o la ira desbordantes. El curso del pensamiento y de los movimientos, así como la velocidad de los procesos psíquicos, se encuentran acelerados hasta observarse el llamado "flujo de ideas", que torna el lenguaje verbal a veces un tanto incoherente. El paciente se siente desbordante de vitalidad, poder, iniciativas, fuerza, salud y "visión" de los acontecimientos. Su Yo se agiganta y puede inclusive aceptar ideas megalomaniacas absurdas, juzgándose capaz de las más difíciles empresas. Binswanger afirma que el maniaco vive "un existir escurridizo, fluido, juguetón e inestable, que desdibuja y borra los límites entre el Yo y el Mundo", de suerte que acorta las distancias entre la intención y la acción, rompiendo los frenos de la crítica y la prudencia. De esta manera, el paciente se juzga casi omnipotente y se vincula a cualquiera ofreciéndole ayuda o aniquilamiento, según este cualquiera le resulte simpático o anti-pático en aquel instante.

De más está decir que en las formas maniacas de la psicofrenia tórnase casi imposible la permanencia del paciente en el ambiente familiar o en el medio social, pues su constante actividad (verbal y motora) además de entrañar un peligro potencial de agresión, agita y perturba por demás a quienes alcanza. No obstante, cuando la intensidad de la agitación no es excesiva resulta factible evitar la internación si se da al maniaco "espacio vital" suficiente y libertad necesaria para descargar inocuamente sus movimientos y su verborrea. Al propio tiempo, pueden administrársele psicolépticos (promazina, cloropromazina, reserpina, etc.) graduados de acuerdo con sus condiciones somáticas y el grado de excitación. La canalización de su hipercinesia en forma productiva será más fácil en ambientes rurales (demolición, remoción de tierras, etc.) y, por ello, siempre es preferible internar los casos de manía en establecimientos situados fuera de las áreas urbanas. La indicación de las terapias de choque y de

sueño prolongado es muy limitada en estos casos y corresponde formularla exclusivamente al psiquiatra.

*Síndrome depresivo (melancólico).* Aparentemente opuesto al anterior, con el que se alterna regularmente en las formas maniaco-depresivas típicas, puede no obstante presentarse de un modo aislado y adquirir diversos grados de intensidad y gravedad. Así como en el cuadro de la manía predominan la exaltación, la expansión, el optimismo y el "turgor vitalis", aquí, inversamente, dominan la depresión, la retracción, el pesimismo y el "desánimo". Los pacientes depresivos pueden o no tener hipoidaeación o trastornos de su autojuicio y del juicio de su situación real, pero siempre exhiben una notable limitación de su eficiencia productiva, un estado de disgusto íntimo y una perturbación de su normal "joie de vivre" que les torna penosa la existencia y les hace desear el sueño como reposo para la tonalidad angustiosa de sus vivencias. Tal deseo les lleva, no raramente, a la idea de suicidio (aún cuando no existan sentimientos de culpabilidad, autoexpiación o autodesprecio). De ahí la necesidad de rodear siempre y en todo momento al enfermo depresivo de una vigilancia discreta e indirecta, colocando fuera de su alcance cualquier medio que pudiese servirle para realizar el suicidio.

Cuando predominan en la depresión las molestias localizadas en las diversas áreas somáticas, se produce el cuadro llamado *hipocondriaco-neurasténico*. Cuando predominan los malestares en el propio centro psíquico o área yoica se destaca la típica *depresión afectiva simple*. Cuando adquieren preponderancia las ideas de ruina, indignidad, autoacusación, culpabilidad y expiación, se delinea el cuadro de la llamada *melancolia delirante*. Finalmente si predominan la agitación, la impaciencia y la distimia angustiosa se perfila el diagnóstico de las llamadas *psicosis depresivo-ansiosas*, que ya resultan atípicas (no siendo raro que representen cuadros confundibles con las formas depresivas de la esquizofrenia).

De todos modos, para su debido tratamiento, no basta hacer el diagnóstico del síndrome clínico, sino que hay que aclarar su naturaleza y patogenia, lo que impone siempre la intervención del psiquiatra para evitar desenlaces tan desagradables como el captado en la dramática instantánea



Fig. 18. Este suicidio pudiera haberse evitado si el clínico no superestimara su saber y su eficiencia. (Foto Wampler).

de la fig. 18. Si ese paciente hubiese sido visto a tiempo por un psiquiatra habría sobrevivido a su crisis depresiva.

*Conducta del clínico general ante los casos de psicofrenia psicótica.*  
A pesar de que en la inmensa mayoría de estos enfermos es posible establecer un diálogo comprensible y, sobre todo en las formas depre-

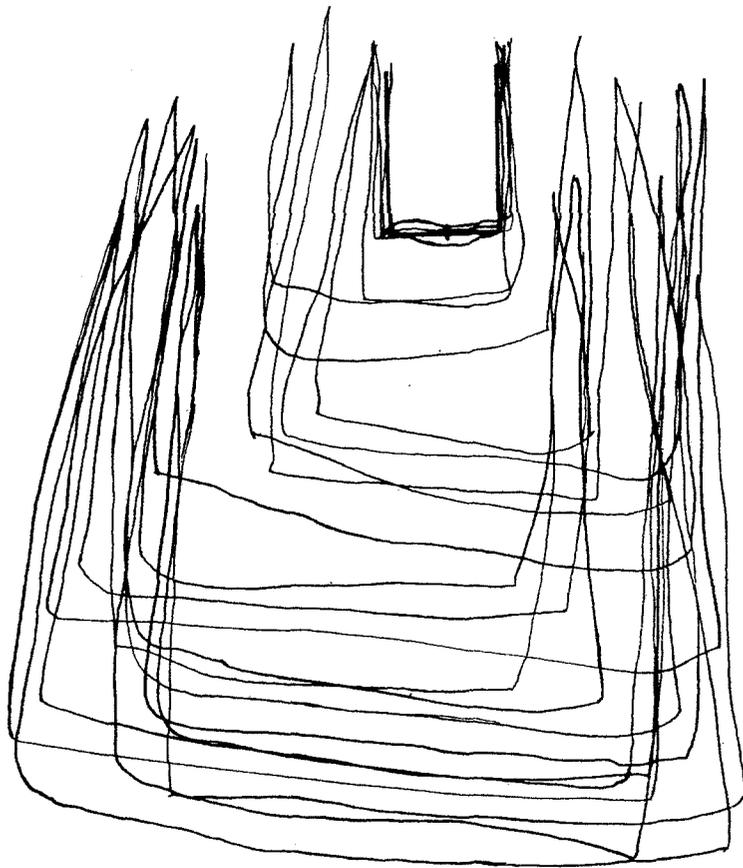


Fig. 19. U vertical del trazado PMK en una psicofrenia de forma depresivoansiosa con repetidos intentos autoagresivos. Nótese la caída progresiva del trazado y el constante aumento del tamaño de los kinetogramas (señal característica de ansiedad).

sivas, no producen impresión de locura. el médico general no debería lanzarse a tratarlos, ni siquiera contando con los poderosos recursos psicofarmacológicos de que actualmente dispone la terapéutica moderna a menos de que el caso ya esté estrechamente supervisado y controlado por un psiquiatra. Esto es válido, sobre todo, para las formas depresivas que podríamos denominar *pseudosomáticas*. en las que las quejas subjetivas y la sintomatología aparente parecen explicarse por la coexistencia de un proceso susceptible de justificar un tratamiento predominantemente físico o químico (pacientes diabéticos, reumáticos, hipertensos, disglándulares, ulcerosos, etc.). No obstante, cuando las circunstancias lo justifican y obliguen, podrá orientarse con la lectura de los capítulos VII y VIII.

En todo caso, para evitar el peligro de suicidio, es siempre útil comprobar periódicamente el estado tensional del paciente mediante la obtención del psicodiagnóstico miokinético. La coincidencia de intensa depresión y ansiedad (v. fig. 19) con trazos de autoagresividad en el plano sagital tornan evidente la existencia de tal peligro.

## VII. *Conducta del clínico ante el paciente psiquiátrico*

Aunque al describir los diversos síndromes psiquiátricos ya se han indicado las actitudes más convenientes que el médico general debe adoptar ante ellos, convendrá insistir aquí en algunas normas que pueden ayudarle ante la eventualidad de tener que asistir o tratar a un enfermo mental. Al hacerlo se acepta una situación "de facto", pues incluso en los países más adelantados resulta insuficiente el número de especialistas para atender al elevado porcentaje de la población que sufre de alteraciones mentales. De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud, se puede estimar en un 2 % la cifra de oligofrénicos, 2 %

la de esquizofrénicos, 2 % la del resto de psicóticos, 3 % la de enfermos pseudosomáticos y 6 % la de psicópatas, toxicómanos y neuróticos! Prácticamente, uno de cada 7 adultos es tributario de asistencia psicológica, psicoterápica o psiquiátrica en una, varias o todas las fases de su vida. Es obvio que el número de profesionales especializados está lejos de cubrir esa necesidad y, por ello, ha de recaer sobre los médicos, en general, la atención a los casos más leves y, sobre todo, el descubrimiento precoz de los que precisan ser llevados al psiquiatra.

Como ya se ha mencionado anteriormente, son cuatro las posibles causas o motivos para que el médico general tenga que asistir a un paciente psiquiátrico: a) el hecho de presentarse inicialmente su trastorno bajo la forma de una somatosis, de modo que los síntomas corporales enmascaran o justifican aparentemente sus reacciones psíquicas; b) el hecho de ser llamado el facultativo para atender *de urgencia* (un caso inicial, agudo, una crisis en un caso crónico, etc.); c) la posibilidad de que el clínico colabore, bajo la supervisión del psiquiatra, en el tratamiento regular de un paciente; d) la eventualidad de que trate y asista una perturbación mental de carácter leve. En cualquiera de tales circunstancias es útil recordar lo que *no ha de hacer* y lo que le conviene y *debe hacer*:

### LO QUE NO HA DE HACER EL CLINICO

- 1) Visitar al paciente mental sin previamente hablar con el psiquiatra que lo atiende, incluso si es para examinarlo por cualquier somatosis concomitante.
- 2) Visitar a cualquier paciente mental "libre" sin estar comprendido en ninguna de las cuatro eventualidades anteriormente reseñadas y sin dejar constancia de la mayor conveniencia de que sea atendido por su psiquiatra.
- 3) Presentarse ante el paciente mental para examinarlo bajo un pretexto que oculte el verdadero fin de su actuación.
- 4) Interrogar a un paciente mental en presencia de otras personas y todavía menos en presencia de familiares.
- 5) Organizar careos entre el paciente mental y sus cuidadores.

- 6) Dar muestras de recelo, de prisa o de supersuficiencia ante tal enfermo.
- 7) Hacerle administrar sedantes previamente para "facilitar" la exploración.
- 8) Lanzarse a formular un juicio diagnóstico tras el primer examen.
- 9) Pedir o realizar exámenes que no estén justificados.
- 10) Recetar drogas cuya acción no le sea dado pronosticar, teniendo en cuenta las peculiaridades reaccionales del caso.

### LO QUE HA DE HACER EL CLINICO

- 1) Elegir el momento y lugar oportunos para observar y examinar al paciente.
- 2) Disponer de serenidad y calma suficientes, contando siempre con las posibles agresiones verbales o motoras o el negativismo eventual de éste.
- 3) Iniciar siempre la entrevista mediante preguntas que permitan la mayor descarga posible de la tensión emocional del enfermo sin aumentar sus actitudes negativas hacia el profesional.
- 4) Guardar silencio benevolente ante cualquier comentario o respuesta inadecuada.
- 5) Responder amablemente a las repreguntas que le sean formuladas, sin mentir ni tampoco adelantar apreciaciones capaces de frustrar e irritar a su examinado.
- 6) Proceder al examen clínico del enfermo mental igual que si se tratase de un paciente corporal.
- 7) Teniendo en cuenta la mayor fatigabilidad, tensión, agresividad y recelo de los enfermos mentales, no prolongar demasiado el período de cada examen. Vale más distribuir el tiempo en varias sesiones.
- 8) Terminado el examen físico se procederá al del estado mental, usando para ello una pauta con el fin de que sea sistematizada y completa la obtención de datos orientadores.

## PAUTA PARA EL INTERROGATORIO MENTAL

(Será seguida total o parcialmente, según las posibilidades)

A) *Preguntas destinadas a investigar si el paciente está orientado respecto a sí y al ambiente.*

¿Tiene la bondad de decirme su nombre y apellidos?, ¿edad?, ¿ocupación?, ¿estado civil, ¿religión?, ¿personas con quienes convive?, ¿nombres y residencias de sus parientes más próximos? ¿Qué fecha es hoy? ¿Cuál fue su residencia anterior?

B) *Preguntas destinadas a investigar su capacidad de memoria inmediata.*

¿Tiene la bondad de relatarme qué ha hecho en el día de hoy? ¿Qué camino ha seguido para llegar hasta aquí? ¿A quién ha visto primero al entrar en este cuarto? ¿Cuánto tiempo le parece que lleva en esta habitación? ¿Recuerda cuáles han sido las 3 primeras preguntas que le he hecho?

C) *Preguntas destinadas a investigar su capacidad de comprensión.*

¿Podría decirme cuánto cuestan dos sardinas y media a céntimo y medio la sardina y media? Si Antonio es mayor que Luis y José es igual a Antonio pero menor que Pedro ¿cómo es Pedro respecto a Antonio? Si doy 20 pasos al frente, 10 a la izquierda, 5 a la derecha y 15 atrás, dónde estaré cuando me pare?

D) *Preguntas destinadas a investigar su capacidad para elaborar hipótesis.*

Cuándo un reloj se para, ¿a qué puede ser debido? Si la luz se apaga, ¿a qué puede ser debido? Si no doy limosna a un pobre, ¿a qué puede ser debido? Si Ud. saluda a un amigo y él no le contesta, ¿a qué puede ser debido?

E) *Preguntas destinadas a averiguar la capacidad de crítica reflexiva.*

¿Cuál es el mejor medio para evitar ser timado? ¿Qué haría Ud. si se perdiese de noche, en lugar desierto y desconocido, a muchos kilómetros de la ciudad? Piense 3 minutos antes de responder y procure justi-

ficar bien su respuesta. ¿Qué haría si preguntando a 3 personas la misma dirección le diesen 3 respuestas diferentes? Piense 1 minuto y procure justificar la conducta que seguiría en ese caso.

F) *Preguntas destinadas a explorar su "autoscopia", o sea, la visión de sí mismo.*

¿Cómo se siente Ud.? ¿Goza, en general de buena salud? ¿Qué enfermedades o padecimientos recuerda haber sufrido antes de ahora? ¿Cuál es la parte de su organismo que considera Ud. ser más fuerte? ¿Y cuál le parece que es la más débil? ¿Se considera Ud. portador de alguna predisposición o defecto físico? Si pudiese Ud. formular 3 deseos respecto a sí, ¿cuáles pediría?

G) *Preguntas destinadas a obtener información acerca de su concepción vital.*

¿Está satisfecho de su modo de vivir? ¿Por qué? ¿Le gustaría cambiar de alguna manera su plan de vida? ¿Cómo? ¿Qué le parece, en general, la vida? ¿Y la sociedad? ¿Qué tipos de personas le resultan más simpáticos? ¿Y más antipáticos? ¿Debe Ud. especial gratitud a alguien? ¿Tiene enemigos? ¿A qué lo atribuye? Si Ud. pudiese, ¿cómo y dónde le gustaría residir? ¿En qué le agradaría ocuparse? ¿Cuáles serían las modificaciones que introduciría en la vida de la Humanidad, si le fuese posible hacerlo?

H) *Preguntas específicamente destinadas a evidenciar posibles ideas delirantes.*

¿Cree Ud. que va a vivir mucho? ¿Por qué? ¿Cuántos años le gustaría vivir? ¿Ha tenido alguna vez sensaciones raras? ¿Le han acontecido hechos inexplicables? ¿En qué circunstancias? ¿Qué piensa Ud. al respecto? ¿Se considera justamente tratado por sus semejantes? ¿Nota Ud. últimamente algo "diferente" en su derredor? ¿Siente algún influjo extraño? ¿Cree que pueda haber alguien interesado en causarle algún daño? (en caso afirmativo, ¿quién y por qué?). ¿Le parece que hay en su vida algún secreto que no ha conseguido descubrir? ¿Opina que en el futuro su vida cambiará profundamente? (en caso afirmativo, ¿de qué modo y

por qué?) ¿Tiene Ud. recursos suficientes para enfrentar los obstáculos? ¿Con qué "aliados" cuenta en su lucha por la vida? ¿Ha inventado algo que le parezca útil? ¿Ha descubierto algo que merezca ser difundido o explorado? ¿Se siente Ud. "llamado" hacia alguna misión? ¿Cómo se imagina su futuro?

I) *Preguntas para explorar su actitud y problemas sexuales.*

¿Podría recordar y decirme, confidencialmente, cuáles fueron sus primeras impresiones sexuales? ¿En qué circunstancias las tuvo? ¿Qué efecto le causaron? ¿Cuáles fueron sus ideas acerca de la vida sexual en su segunda infancia, en su adolescencia y ahora? ¿Cómo cree Ud. que podría aliviarse el sufrimiento sexual que muchas personas tienen actualmente? ¿Ha tenido Ud. mismo problemas, decepciones, dificultades o desvíos en este aspecto? (si afirmativa, ¿cuáles?) ¿Cuáles le parecen ser las cualidades que Ud. más apreciaría en la persona que fuese a compartir su vida sexual con Ud. ¿Le parece conveniente conceder mayor libertad o, por el contrario, mayores restricciones a la actual moral sexual? ¿Qué opina Ud. de la masturbación en el hombre y en la mujer? ¿Y del llamado amor libre? ¿Y de las diversas perversiones sexuales? ¿Cree Ud. haber recibido oportuna y suficiente información acerca de la vida sexual en sus años mozos? ¿Considera esencial para su felicidad tener una vida sexual regular? ¿Con una sola persona o con varias? ¿Por qué?

J) *Preguntas dirigidas a investigar la actitud ante sus familiares.*

Tenga la bondad de describir con la mayor sinceridad y minuciosidad posibles el carácter de todos los familiares con quienes Ud. ha convivido. Sus datos son estrictamente secretos y confidenciales. ¿A cuál de ellos cree Ud. parecerse? ¿Cuál o cuáles le parece a Ud. que sienten verdadero cariño y estarían en cualquier momento dispuestos a ayudarle? ¿Cree Ud. que hay algún familiar que por celos, envidia o cualquier otro motivo le tenga antipatía? ¿Podría Ud. citar alguna situación en la que sus familiares le hayan ayudado eficazmente? ¿Y alguna otra en la que le hayan molestado o perjudicado, aun sin proponerse hacerle daño? Si tuviese Ud. que dar una definición conjunta de su familia, ¿cómo la caracteri-

zaría Ud. en relación con las demás? ¿Qué cree Ud. que pensaban o piensan sus padres a su respecto? ¿Cómo eran (o son) las relaciones entre sus padres? ¿Qué opina Ud. del divorcio? ¿Y qué opina de la llamada "autoridad" familiar?

K) *Preguntas destinadas a evidenciar sus actitudes afectivas básicas.*

¿Se considera Ud. sentimental? ¿emotivo? ¿apasionado? ¿Por qué? ¿Puede Ud. describir cuál es su estado de humor habitual y los motivos que más lo modifican? ¿Qué sentimientos emergen en Ud. con mayor facilidad? ¿Cree que puede dominar sus sentimientos y disimular sus emociones más, igual o menos que la mayor parte de las personas? ¿Podría citar 4 ocasiones en las que se haya sentido muy emocionado en su vida? ¿Recuerda cuáles han sido los mayores sustos que ha tenido? ¿Y los mayores disgustos? ¿Cómo reaccionó Ud. ante ellos? ¿Puede indicarle algo que le produzca horror, indignación, desprecio, compasión, simpatía, alegría, admiración? ¿Le parece que es preferible dejarse llevar por los sentimientos, por la razón o por un medio término entre ésta y aquéllos? ¿Por qué? ¿Cuál es el sentimiento que a Ud. más le agrada despertar en sus amistades?

L) *Preguntas destinadas a investigar la extensión, intensidad y tipo de su agresividad.*

¿Qué opina Ud. de la justicia? ¿Y de la policía? ¿Cuál es su opinión acerca del modo como se administra actualmente la justicia en nuestro país? ¿Qué artículos le gustaría poder suprimir y cuáles le agrada poder añadir a los Códigos? ¿Es Ud. partidario de la pena de muerte? ¿En qué circunstancias condenaría Ud. a alguien a prisión perpetua? ¿Le parecen necesarios los castigos físicos? (si afirmativa: ¿cuáles?) Si un ladrón entrase de noche en su casa y Ud. tuviese a mano un arma de fuego, ¿qué haría Ud.? ¿Cómo acostumbra Ud. a reaccionar cuando alguien le dirige una observación impertinente? ¿Recuerda alguna ocasión en la que se haya Ud. peleado, a golpes, con alguien? (si afirmativa: ¿podría Ud. describir cómo ocurrieron los hechos?). ¿Qué opina Ud. de los llamados "duelos de honor"? ¿y del suicidio? ¿y de los delitos pasionales?

¿Cree Ud. que el orgullo es una cualidad o un defecto? ¿Qué opina Ud. de las guerras?

LL) *Preguntas para investigar su actitud (prospectiva) ante el futuro.*

¿Cómo se imagina que se modificará su vida en los próximos años? ¿Hasta cuándo le gustaría Ud. vivirla? ¿Qué opina Ud. que ocurre después de la muerte? Si Ud. pudiese volver a nacer y tener otra vida, sin ser Ud. mismo, ¿qué o quién le agradaría ser? ¿Considera Ud. que el hombre en el próximo siglo, por término medio, será más o menos feliz que en el actual? ¿Le parece que nos es dado el poder de modificar nuestro porvenir o cree Ud. que "ya está escrito" y fatalmente habremos de enfrentarlo sin poder cambiarlo?

#### *Integración provisional de los datos recogidos para una orientación diagnóstica.*

El clínico se encuentra en posesión de *antecedentes* (datos por el propio paciente o sus familiares o amigos), datos de *observación directa* de la conducta espontánea, resultados del *examen somático* y, finalmente, síntomas deducibles del *interrogatorio mental*. Dejando aparte la posibilidad de proceder a exámenes de laboratorio y al uso de tests especiales, le será ya factible encuadrar provisionalmente al enfermo en alguno de los síndromes que han sido descritos en el capítulo VI.

Esto le permitirá —si se trata de una urgencia— iniciar un tratamiento sintomático, pero es obvio que no basta para satisfacer su noción de responsabilidad ya que, tratándose de enfermo mental, sus síntomas pueden variar de un momento a otro y lo que se precisa es llegar a comprender la naturaleza del proceso a ellos subyacente así como los llamados "dinamismos psicopatógenos". Así, por ejemplo, si el clínico se encuentra frente a un paciente que recusa alimentarse, no le bastará etiquetar el síntoma como "sitiofobia" y ver si forma parte de una actitud general de negativismo, propia del síndrome esquizofrénico. De mucho mayor interés práctico le será, en cambio, ver si esa recusa de alimentos está siendo hecha porque el enfermo tiene miedo de ser envenenado, porque quiere expresar a través de ella una protesta, porque desea morir, intenta hacer

un "chantage" moral a sus familiares, sufre de anorexia o de espasmo, etc. (hay catalogados más de 25 motivos patogénicos de la sitofobia).

Es en esta tarea de concatenar e integrar los datos donde se diferencian los buenos y los malos técnicos de diagnóstico, cualquiera sea su especialidad. De otra parte, no solamente habrá que estructurar esos datos en una visión comprensible lógicamente sino que, en la medida de lo posible, habrá que superponer las motivaciones de naturaleza psíquica (global) y las de naturaleza física (local) para poder atacar la reacción mórbida de la individualidad desde los dos grandes planos en que biológicamente se apoya. Así, por ejemplo, de manera simultánea podremos dirigir la terapia contra la sitiofobia, convenciendo persuasivamente al enfermo para vencer el bloqueo del reflejo de alimentación en el nivel en que estén detenidos los impulsos aferentes, de su hambre o los eferentes, de su ingestión alimenticia (cortex, centros subcorticales, diencéfalo, etc.).

Obviamente, esa tarea supera, en general, los conocimientos del médico no especializado y, por esto, se requiere que cuando el síndrome amenace la vida o las reacciones vitales y sociales del paciente —lo que casi siempre ocurre— éste sea llevado al psiquiatra, por lo menos para formular el plan general de tratamiento.

## VIII. Normas para la elaboración del plan terapéutico

### A) De carácter general.

En cualquier caso de trastorno o enfermedad mental, el plan terapéutico ha de ser elaborado o supervisado periódicamente por un psiquiatra o, todavía mejor, por un equipo de personas especializadas en las diversas ramas de la psiquiatría, junto con el médico general que previamente atendiese al paciente; en efecto, las informaciones del período pre-mórbido

pueden obtenerse y comprobarse mejor con el concurso del médico general, pudiendo éste, a su vez, encargarse de la ejecución del plan, en su totalidad o en algunos de sus aspectos.

Ese plan solamente será establecido cuando se haya llegado a un diagnóstico comprensivo, dinámico, multidimensional y etiopatogénico, no solamente del trastorno mental observado sino de la persona que lo presenta y de sus conflictos existenciales, pues solamente así se podrá instituir simultáneamente la tarea de *corregir y prevenir* que es la base de toda acción médica.

Para evitar confusiones, todo plan terapéutico habrá de ser formulado por escrito y, si es posible, justificado cuando menos en sus medidas más drásticas, ya que algunas de ellas pueden entrañar un riesgo.

Por este motivo todo plan terapéutico habrá de ser comunicado al familiar más directamente responsable del paciente o a este mismo, en el caso de que se encuentre en condiciones de comprensión y decisión suficientes.

En la elección de los auxiliares que habrán de colaborar en la ejecución del plan de tratamiento hay que tener tanto cuidado como en su formulación, pues con frecuencia el éxito o el fracaso depende tanto de aquéllos como de ésta.

La ejecución de cualquier plan terapéutico podrá ser realizada en las siguientes condiciones:

- 1) Tornándola compatible con la vida ordinaria del paciente.
- 2) Obligando a éste a presentarse regularmente en el consultorio, ambulatorio o centro médico.
- 3) Presuponiendo la permanencia del enfermo en una clínica especializada. En tal caso esa permanencia puede ser: a) completa, b) nocturna, d) diurna.

En el caso de permanencia completa, corresponde la responsabilidad de *ejecución* del plan al director médico del establecimiento. En los demás, solamente le cabe responsabilidad por el período de internamiento. La actual situación, en la que teóricamente el profesional que interna al paciente es quien dirige y responde ante la familia por el éxito o el fracaso

del tratamiento, se presta a continuas interferencias de autoridad, a confusiones, reclamaciones y, en definitiva, resulta perjudicial al paciente. Teniendo en cuenta que el personal del establecimiento depende económicamente de su dirección, resulta obvio que ésta es quien más puede exigir el cumplimiento de las obligaciones con los pacientes en él atendidos.

No obstante, el profesional, responsable de la atención del enfermo "fuera" del establecimiento, podrá visitarlo en él cuantas veces lo juzgue conveniente y asesorarse de su evolución, así como indicar a la dirección las modificaciones pertinentes del plan en ejecución.

Cualquiera que sea el trastorno mental existente, su plan terapéutico habrá de ser siempre mixto, dada la multiplicidad de los factores causales. Así comprenderá siempre los recursos de los métodos y técnicas de:

- 1) Terapia constitucional.
- 2) Terapia dietética.
- 3) Terapia física (hidroterapia, kinesiología, etc.).
- 4) Talasoterapia.
- 5) Farmacoterapia (sintomática y, cuando sea posible, causal).
- 6) Psicoterapia (incluyendo siempre el aspecto psicagógico).
- 7) Ergo y Ludoterapia.
- 8) Reajuste de actitudes en los grupos de presión que circundan al paciente (familiares, profesionales, congénitos).

Corresponde principalmente al clínico intervenir en la determinación y ejecución de los 4 primeros y colaborar en la de los 4 últimos.

#### B) *De carácter especial.*

Aun cuando ya se han delineado algunas de tales normas durante la descripción de los grandes síndromes (Capítulo VI) será útil sintetizarlas ahora de modo más sistemático:

##### 1. *Oligofrenias.*

Ante cualquier caso de oligofrenia hay que procurar fundamentalmente:

- a) Determinar su etiología para poder instituir una terapia causal, que evite cuando menos su empeoramiento.

- b ) Instruir pacientemente a los familiares para que no adopten ante el caso una actitud ambivalente: protección y supercuidado aparentes y reyección y despecho íntimos.
- c ) Dar al oligofrénico el espacio vital necesario, la tranquilidad y maleabilidad de ambiente conveniente, la oportunidad de aprendizaje correspondiente a su nivel de maduración y necesidades vitales dominantes. Por esto mismo: evitar toda tentativa de injertar en él conocimientos o hábitos que no correspondan a esos dos órdenes de condiciones.
- d ) Instituir un plan de vida que atienda a la normalización de las funciones corporales comprometidas y a la evitación de complicaciones secundarias (traumas, infecciones, intoxicaciones, etc.).
- e ) Confiar la tarea de condicionalización a un técnico pedagógico especializado en excepcionales o, en su defecto, contactar lo más posible el caso con un establecimiento ortofrénico.
- f ) Instituir una farmacoterapia conveniente para suprimir la angustia básica y el descontrol emocional que son propios de todo síndrome oligofrénico. Tal farmacoterapia habrá de excluir el uso de medicamentos que puedan perjudicar secundariamente el metabolismo neuronal.
- g ) Proceder periódicamente al control del tratamiento con exámenes psicológicos (evaluación de niveles de maduración) y con el EEG (modificación de los ritmos y ondas electroencefálicas).
- h ) Intentar lo más posible la automatización de las reacciones que aseguran la autosuficiencia y la pervivencia del caso, antes de insistir en el aprendizaje de tipo cultural o profesional.
- i ) Asegurar a todo oligofrénico períodos de convivencia social con personas capaces de distraerlo, animarlo y satisfacer sus necesidades de contacto y cariño, sin por ello excitarlo. (Precisa recordar que la sensualidad de los oligofrénicos acostumbra a estar exaltada).
- j ) Si es posible, interesar al oligofrénico en el cuidado de plantas y animales domésticos y rodearlo de un ambiente musical suave, el mayor tiempo posible.

## 2. *Demencias.*

Ante los síndromes demenciales las normas que orientan el plan terapéutico son bien diversas de las anteriores, a pesar de las semejanzas que ambos tipos de trastorno puedan presentar para los legos. Helas aquí:

- a) Intensificar la terapia del proceso causal, casi siempre en actividad incluso en los casos terminales.
- b) Determinar la internación del paciente en un centro psiquiátrico especializado, de acuerdo con las características del caso (traumático, encefalítico, tumoral, etc.).
- c) Si tal internación no es viable o existen condiciones suficientes para el tratamiento ambulatorio, disponer para el enfermo un ambiente con amplio espacio, suficientemente independiente y debidamente sometido a constante vigilancia indirecta.
- d) Cumplir el resto de las indicaciones formuladas en el Capítulo VI referentes a la terapia asistencial de los dementes.
- e) Atender a las posibles complicaciones legales y financieras, derivadas de la irresponsabilidad del caso, procurando un acta de incapacitación del mismo, tan pronto como resulte establecido inequívocamente su diagnóstico.

## 3. *Psicopatías.*

Es en el amplio sector de las personalidades y reacciones psicopáticas en donde más difícil resulta formular planes terapéuticos, pues con gran frecuencia ocurren en personas que gozan de gran proyección política, económica, social, cultural, religiosa, científica o artística y son consideradas como intangibles por gran número de sus admiradores. Incluso el psiquiatra más eminente se encuentra desprovisto de autoridad para intervenir eficazmente en tales casos. Pero por fortuna, al lado de los grandes personajes, que aspiran a figurar en el libro de la historia, a pesar de su psicopaticidad (o quizás porque ella resulta simpática y expresiva de la que está latente en la humanidad) tenemos un número mucho mayor de psicópatas que llegan al terapeuta, en períodos agudos y difíciles de su existencia, dispuestos a cumplir con relativa obediencia sus disposicio-

nes. Es principalmente para este contingente que resultan aplicables las normas que ya fueron delineadas en el Capítulo VI y que ahora pasan a ser completadas.

- a) Ante cualquier caso de reacción psicopática es imperativo sustraer de la presencia directa del paciente las personas u objetos que se encuentren vinculados a ella, sea por una relación causal (determinante o desencadenante) sea por una relación asociativa inmediata (reflejo condicional de primer grado). Este es el principal motivo por el cual puede hallarse indicado el traslado del psicópata a un ambiente "neutro" (casa de amigos, hotel, casa de reposo, etc.) inclusive cuando la intención de sus síntomas excluye la peligrosidad de sus descargas agresivas.
- b) Es imperativo señalar que, en cualquier caso, el plan terapéutico comprende dos etapas: la *inmediata*, de retornar al psicópata a su anterior "anormalidad normal" y la *mediata*, de conseguir una "normalidad normal", es decir, un reajuste caracterial que le permita sustraerse a la amenaza de nuevas crisis o pautas psicopáticas de conducta. El médico general podrá ser un eficiente colaborador en ambas, pero no deberá asumir la responsabilidad terapéutica en ninguna de ellas.
- c) No obstante, al médico general corresponde, por su mayor y más frecuente contacto con el paciente y sus familiares, inculcar a todos la necesidad de cumplir las indicaciones formuladas y, sobre todo, de tomar una actitud más eficiente ante el problema de las relaciones interpersonales en el grupo de convivencia (esto es, que convive en el hogar). Asimismo le cabrá la difícil tarea de convencer a alguno de esos familiares de la necesidad de someterse también a un tratamiento, a pesar de que éste no se encuentre catalogado públicamente como psicópata. Sin una acción conjunta de esa naturaleza difícilmente se lograrán resultados definitivos.
- d) El uso de psicofármacos es casi imprescindible durante la crisis y reacciones psicopáticas. Habrá de regularse por las indicaciones formuladas en el próximo capítulo.
- e) Juntamente con el plan terapéutico habrán de abrirse al paciente nue-

vas perspectivas —principalmente creadoras— en sus nuevos proyectos de vida, utilizando para ello las aptitudes latentes o no suficientemente usadas. Esto exige casi siempre la consulta a un especialista vocacional y la integración de sus consejos en el resto del plan.

- f) Más que a un tratamiento en "profundidad" hay que atender a un largo período de psicoterapia de "apoyo" y periódico control del régimen de vida. (No hay que olvidar que los psicópatas son más inválidos sociales que enfermos mentales, por regla general).
- g) Habrá, sobre todo, que procurar evitar que el paciente se habitúe a autoadministrarse ulteriormente las medicaciones prescritas en su período crítico, creando así diversos modos y grados de toxicomanía o, por lo menos, de autointoxicación medicamentosa (especialmente porque el paciente acostumbra a manipular tales medicaciones en forma de "cocktails" que contienen a menudo sustancias incompatibles).
- h) El médico general se abstendrá de formular opinión respecto a los problemas médico-legales que con frecuencia giran en torno de los pacientes afectos de psicopatías.

#### 4. *Psico y organoneurosis.*

Por ser estos trastornos los que con mayor facilidad y frecuencia solicitan la atención del médico general, a demanda de sus pacientes, ya han sido formuladas con bastante extensión las indicaciones genéricas del plan terapéutico al describirlos (en el Capítulo VI) y en cuanto a las específicas del tratamiento psicofarmacológico, lo serán en el Capítulo IX. Se recuerda, no obstante, que este tipo de enfermedad exige para su tratamiento la intervención no tanto del médico general o de un psiquiatra como un *médico psicoterapeuta*. Sin duda, cuando se trata de un cuadro típicamente *organoneurótico*, esa intervención podrá ser asociada al mantenimiento de las indicaciones fisio o quimioterápicas convenientes para evitar que en el decurso del tratamiento puedan presentarse complicaciones lesionales, resistentes a la psicoterapia. Conviene recordar que no hay separación entre la perturbación funcional y la lesional, pasándose de una a otra por un gradiente en el que intervienen

apenas la intensidad y la duración de la disfunción establecida, la resistencia y homeostasis individual y la eficiencia de los contraataques terapéuticos.

##### 5. *Psicosis.*

En las *psicosis predominantemente exógenas* (traumáticas, exotóxicas, infecciosas, etc.) el clínico e incluso el cirujano tendrán papel decisivo en la formulación del plan terapéutico. *Este se dirigirá primordialmente a asegurar el máximo efecto del tratamiento causal*, el mantenimiento del estado general y la prevención de complicaciones somáticas. Corresponde entonces al psiquiatra decidir cuanto hace referencia a la medicación sintomática de las reacciones neuropsíquicas, así como a la prevención de posibles influjos complicantes de naturaleza mental, provenientes de la historia previa del paciente (conflictos mentales, etc.) y que ahora pueden adquirir un desarrollo concomitante, por hallarse disminuída la hígidez consciente. Estas psicosis son en su inmensa mayoría de curso agudo, de formas alucinatorias y delirantes o confusionales y requieren el aislamiento en una clínica o la asistencia mediante personal auxiliar especializado. Las formas leves, principalmente las de tipo neurasteniforme o depresivo, podrán ser compatibles con un tratamiento domiciliario, siempre que no se descuide la vigilancia del enfermo.

Más complicada se presenta la situación ante las *psicosis endógenas*, pues todas ellas carecen de un tratamiento causal eficiente, ya que todavía está en discusión su esencia etiológica, a pesar de los recientes avances de la psiquiatría experimental y de la investigación fisiopatológica del encéfalo así como de la bioquímica neuronal. Por ello corresponde *completa y exclusivamente* al psiquiatra, solo o en equipo con los colaboradores que juzgue necesarios, la formulación del plan terapéutico. Sólo en los casos de psicosis epilépticas coincidentes con trastornos congénitos del encéfalo podrá cederse tal responsabilidad al neurólogo o, incluso, al neurocirujano.

De todas formas, el papel del médico general en este sector es mínimo y, por ello, no se precisan más normas que las ya indicadas al describir

sus respectivos síndromes en el Capítulo VI. Apenas hay que recordar que el psiquiatra que desee aplicar en tales casos algún tratamiento de choque, así como el neurocirujano que desee realizar alguna intervención, habrán de consultarlo previamente para que les suministre la información adecuada acerca del pasado somatopatológico y las peculiaridades reaccionales del organismo en foco. Muchas sorpresas y complicaciones desagradables de la terapia chocante y de la somnoterapia podrían haber sido evitadas si se hubiese observado esta regla.

### *IX. Criterios para la elección de psicofármacos en los diversos tipos de perturbación mental*

Tanto las modernas teorías psicodinámicas como los resultados de la experimentación han demostrado que la vida psíquica —contra lo que se creía a fines del pasado siglo— no se localiza exclusivamente en la corteza cerebral sino que deriva de la integración de complejos dispositivos neurohormotróficos, neurovasculares y neurocinéticos, muchos de los cuales se auto-regulan recíprocamente, contribuyendo a la denominada homeostasis personal. Centros de intersección de tales dispositivos se encuentran en el mesencéfalo, en el rinencéfalo y en el llamado cerebro visceral (sistema límbico) en el que no pocos autores ven el asiento principal de las actividades emocionales (v. esquema de la fig. 6). Mas la realidad demuestra que hay otras interacciones y funciones de "feed-back"\* más complejas, aseguradas por la vía hemática y que alcanzan la intimidad de los plasmas celulares. Dejando aparte el importante papel activador del sistema reticular y de las hormonas hipofisarias, sustancias recientemente descubiertas (serotonina, ácido desoxirribonucleico, monoaminoxi-

\* Recebo o retroacción.

dasas, histamina y derivados, etc.) ejercen importante papel no solamente en la regulación de los dos grandes procesos (excitación e inhibición) del neuroeje, sino de los sistemas defensivo-ofensivos personales, determinando, asimismo, las variaciones de la llamada cenestesia, principalmente a través de los centros neurovegetativos en sus dos divisiones, vagal y simpática.

Como es sabido, desde las primitivas y ya superadas investigaciones de Eppinger y Hess, en el funcionamiento del sistema de la vida vegetativa se observa un cierto antagonismo entre el llamado subsistema vagal y el subsistema simpático. La *acetilcolina* es considerada como la hormona vagal o parasimpática por excelencia; actúa sobre las fibras colinérgicas, principalmente de las neuronas pre-ganglionares, liberando impulsos axónicos (por reducir la tensión superficial y vencer la resistencia de su membrana lípida). Su acción en el organismo determina:

Vasodilatación e hipotensión.

Bradycardia.

Hipertonicidad de la fibra muscular lisa, con tendencia al espasmo (bronquialesofágico, gástrico, vesicular, etc.).

Opuestamente, la *adrenalina* es la hormona simpática más importante y tiene los siguientes efectos principales:

Vasoconstricción e hipertensión.

Taquicardia.

Hipotonicidad de la fibra lisa en el tubo digestivo.

Hiperglicemia.

Aumento de oxidaciones y combustiones (catabólicas).

La acetilcolina es inactivada por la colinesterasa (que la hidroliza y desdobra en colina y ácido acético) al paso que la adrenalina es inactivada por oxidación, en la que participan la aminoxidasa, la catecoloxidasa y el sistema citocrómico.

Consideradas sintéticamente, las funciones del sistema vagal son más de tipo defensivo, reparador o anabólico (estimulando las funciones de

asimilación y eliminación y favoreciendo indirectamente el sueño); en cambio la hiperactivación del sistema simpático conduce a un aumento de las funciones ofensivas, combativas y catabólicas. La acción opuesta de la adrenalina y la acetilcolina sobre los sistemas respiratorio y cardiovascular comprueba esta afirmación genérica (Véase el siguiente cuadro).

CUADRO SINOPTICO DE LOS EFECTOS DE LA ACTIVACION DE LAS  
DIVISIONES SIMPATICA Y PARASIMPATICA (VAGAL) DEL  
SISTEMA NEUROVEGETATIVO.

<i>Organos</i>	<i>Excitación del simpático</i>	<i>Excitación del vago</i>
Piel	Erección pilosa	Favorece el "sudor frío"
Glándulas salivares	Reducción y espesamiento del flujo salival.	Intensa salivación
Estómago	Inhibe las contracciones y secreciones.	Aumenta las contracciones y secreciones.
Intestino	Inhibe el peristaltismo.	Aumenta el peristaltismo.
Vesícula biliar	Inhibe su contracción.	Aumenta su contractilidad.
Hígado	Libera el glucógeno.	
Páncreas		Aumenta las secreciones.
Bronquios	Dilatación	Constricción con exudado secundario.
Corazón	Taquicardia	Bradycardia.
Vasos sanguíneos	Constricción (con excepción de los cardíacos).	Dilatación de los pequeños vasos y capilares.

Existen, pues, 3 posibilidades de acción sobre los procesos que mantienen la homeostasis personal: a) sobre el sistema nervioso central; b) sobre el sistema nervioso vegetativo; c) sobre el sistema endocrino-humoral. A su vez, cada una de esas acciones puede hacerse en 4 sentidos: a) excitación; b) inhibición; c) integración; d) desintegración. Y todavía cabe diferenciar los *niveles* en los que se ejercen tales acciones.

Por eso resulta muy difícil presentar un cuadro sistemático de la acción de los llamados psicofármacos, ya que ésta depende no solamente de su constitución química sino también de la del organismo (individual y *sui generis*) que recibe su acción y —en no escasa medida— del estado momentáneo en que dicho organismo se encuentra al recibirla.

A pesar de tales dificultades es necesario tener una clasificación de dichos medicamentos, que los agrupe en función de sus características terapéuticas más comunes. Diversos han sido los criterios propuestos y seguidos para evaluar tales efectos. Adoptando una actitud eclética y prácticodidáctica se ha elaborado el siguiente cuadro sinóptico:

#### SINOPSIS DE LOS PRINCIPALES PSICOFARMACOS Y SUS EFECTOS DOMINANTES

1. ESTIMULANTES		
Analépticos difusos leves	Cafeína	Efectos dinamizantes y levemente "facilitadores" de la transmisión sináptica.
	Malteína	
	Acetato amónico Cardiazol (dosis leves)	
Ergotrópicos y ponolíticos*	Noradrenalina	Disminuyen las necesidades instintivas (apetito y sueño), retardan la fatiga y aumentan momentáneamente la capacidad de esfuerzo.
	Dimae	
	Dexin	
	Pervitin	
	Dexedrin Ritalina	
Euforizantes	Derivados hidrazínicos (inhibidores de la MAO): Marplan, Niamid, Nardil Tofranil (imipramina)	"Levantam el ánimo" y ejercen efecto antidepressivo desincronizado inicialmente para sincronizar luego el EEG.
	Excitantes (Dislépticos)	Anfetamina Cocaína LSD-25 (a dosis leves) Psilocibina
Antiestuporosos	Amital sódico	Por vía endovenosa vence la inhibición estuporosa transitoriamente.

\* De ponos, fatiga.

## 2. SEDANTES

a) <i>Sin efecto hipnótico.</i> Calmantes, tranquilizantes, lépticos, atarácicos.	Metoxadona Atarax Pacatal Equanil Frenquel Miltown	Activan el parasimpático, deprimen el SRA, sedan el diencéfalo, sincronizan el EEG.
b) <i>Con efectos anti-psicóticos</i> (psicolépticos) y levemente hípnicos	Promazina Clorpromazina (Largactil) Taractan Compazina Reserpin Serpasil Raudixin	Controlan más los circuitos reverberantes, bloquean los reflejos condicionados secundarios, relajan el tono de la contracción muscular y son hipotensores.
c) <i>Aporiolíticos</i> (antineuróticos).	Ro 5-0690 (Librium) Ro 5-2807 (Análogo del anterior)	Anticolinérgicos, relajadores de la tensión muscular y sedantes de la ansiedad.
d) <i>Depresores con efecto hipnótico.</i>	Bromuros (Sedobrol, Bromural) Barbitúricos (Luminal, etc.) Hidantoínas Benadryl	Deprimen la excitabilidad cortical, estimulan el área hipnógena, bloquean la transmisión sinapsial.

De acuerdo con el precedente cuadro, veamos el criterio que puede orientar al clínico cuando se vea en la necesidad de prescribir —ante situaciones de emergencia— medicaciones de naturaleza psicofarmacológica:

1. *Si es un enfermo que presenta un cuadro psicótico de tipo delirante, con peligro de agresiones o intensa agitación psicomotora.*

Dará preferencia a los compuestos llamados *psicolépticos*, principalmente los de probada acción antialucinógena y relajante del tono muscular (derivados de la fenotiazina: Clorpromazina, Compazine, etc.; si se trata de personas de edad e hipertensas puede usarse los derivados de la Rauwolfia: Serpasil, Reserpin, etc.).

2. *Si se trata de un enfermo que presenta un cuadro psicótico con fenómenos convulsivos intervalares.*

Dará preferencia a los derivados malonilúricos o barbitúricos (Luminal, Fenobarbital, etc.); instituirá además el resto del plan antiepiléptico.

3. *Si se encuentra ante un paciente con mutismo, negativismo y actitud estuporosa.*

Usará preferentemente la inyección endovenosa de amital sódico para vencer el bloqueo y permitir la exploración. Cuando el cuadro mejora, pero subsisten la apatía y la indiferencia, recurrirá a los psicoestimulantes o energizantes, graduando con prudencia sus dosis (Hyperisin, Meratran, Ritalin, etc.).

4. *Ante un caso de los llamados de depresión melancólica, de forma ansiosa, agitada con peligro de suicidio.*

Usará inicialmente los derivados del meprobamato, asociados, en forma de cocktail, a otros atarácicos y lépticos, hasta que, disminuída la impulsividad, sea factible la introducción de euforizantes (Marplan, Niamid, Nardil, etc.).

5. *Ante una depresión endógena, de forma no agitada.*

Dará preferencia al uso de los preparados de imipramina (Tofranil, etc.) para luego usar los inhibidores de la monoaminoxidasa (Marplan, etc.).

6. *Ante los diversos síndromes neuróticos, principalmente los marcados por ansiedad y tensión.*

Prescribirá los derivados de la benzodiazepina (Librium, etc.) asociados a los del tioxanteno (Taractan) en los casos en que exista tendencia a la depresión y a ideas deliriosas. Si domina el insomnio habrá que pro-

curar inicialmente combatirlo con suaves hipnógenos (antihistamínicos) antes de usar los hipnóticos comunes.

En todo caso, el clínico ha de recordar que no hay ventaja alguna en iniciar el tratamiento con dosis "fuertes", pues éstas, en cualquier medicación, son capaces de no aumentar los efectos terapéuticos y producir, en cambio, efectos tóxicos secundarios, que fácilmente pasan desapercibidos o son atribuidos al propio síndrome existente. Una vez probada la tolerancia y vistos los efectos terapéuticos será establecida la dosis óptima para cada caso. Hay que recordar siempre la necesidad de vigilar la fórmula hemática, principalmente cuando se usen derivados de la imipramina.

## *X. Papel del médico clínico en la práctica ortopsiquiátrica*

Siempre se dijo que "de músico, poeta y loco, todos tenemos un poco", pero en la coyuntura mundial actual podría afirmarse que cada vez se tiene menos de poeta y de músico y más de loco. El sistema nervioso del hombre vive hoy sometido a procesos de estimulación mucho más rápidos, extensos, intensos y bruscos que en los siglos anteriores. Esto le obliga a un mayor "stress" y le disminuye las posibilidades de funcionar con suave regularidad. Por ello la humanidad propende a exagerar sus llamadas "diversiones" y son millones las personas supuestamente normales que necesitan doparse, embrutecerse, exaltarse o embriagarse para, como ellos afirman, divertirse "locamente" o "desesperadamente". Los espectáculos públicos más concurridos son aquellos que ofrecen "mayores sensaciones" y, en vez del pausado goce espiritual, conmocionan todavía más el ya

fatigado sistema emocional humano. Inclusive en relación con el amor, éste se torna disrítmico y violento, considerándose ridículos y anacrónicos los hábitos románticos del "fin du siècle". Domina hoy una onda de sadomasoquismo y el ser humano enfrenta la vida en forma de aviesos dilemas: o es lobo o es carnero, o mata o muere, o engaña o es engañado, o triunfa o es despreciado. . .

Las consecuencias de este anómalo modo de vivir actual se pagan en sufrimientos, precisamente cuando la moderna medicina está consiguiendo un apreciable aumento de la longevidad. Corresponde sobre todo a los educadores, sociólogos y políticos, avizorar una mejor organización económico-social y una mejor filosofía y pedagogía vitales, que sean capaces de librar a las futuras generaciones de las pesadumbres y tensiones actuales. Pero esta obra demanda tiempo y no puede ejercer sus benéficos efectos sobre las actuales generaciones de adultos. ¿Quién debe entonces ocuparse de ell-s? El médico general, ya que el especialista psiquiatra tiene que dedicar primordialmente su tiempo y saber a cuidar las víctimas de tal situación.

Corresponde, pues, al médico general, al clínico práctico, una tarea de constante difusión de ideas y hábitos "eubiátricos", capaces de ir librando paulatinamente al hombre de sus trastornos psicosomáticos. Y, sobre todo, capaces de reducir a sus debidas proporciones ese poco de loco que cada persona normal todavía tiene en sí. Tal es la tarea ortopsiquiátrica: luchar contra excesos, extravagancias, extremismos combativos, intransigencias, intolerancias, preconceptos, vicios y desvíos de conducta tales como los exhibidos por personas supuestamente normales, habitantes de países considerados como portaestandartes de la civilización cristiana.

Si puede resultar difícil a algunos clínicos la lectura de textos psiquiátricos no lo será la de los libros acerca de higiene de la salud mental, que hoy se encuentran abundantemente editados en lengua castellana. Con la misma unción que sus clientes "comulgan" con las píldoras o

cápsulas que les recete, lo harán con los conceptos que les vehicule y de este modo se volverá más eficiente y augusta su misión profesional, ya que ésta no ha de limitarse a *hacer vivir más*, sino a *hacer vivir más sanamente* y esto, en definitiva, significa hacer vivir *mejor* a todas las criaturas humanas. Mucho más importante que recetar e infiltrar bajo la piel un medicamento es dar e incrustar en la mente un buen consejo. Y mucho más conveniente para la Humanidad resulta también verse libre de angustias, sufrimientos y vicios morales que alcanzar metas más lejanas en su calendario vital.

## Bibliografía

### CAPITULO I

Anais do Primeiro Congresso Latinoamericano de Saude Mental. São Paulo. Julho 1954.  
MIRA, E., *Guia de la Salud Mental*, Ed. Oberon, Buenos Aires 1957.

### CAPITULO II

ALEXANDER, F., *Medicina Psicosomática*, Cultural S. A., Habana 1954.  
DUNBAR, F., *Mente y Cuerpo, Medicina Psicosomática*, Esquirol, Buenos Aires, 1957.

### CAPITULO III

CABALEIRO GOAS, M., *Temas Psiquiátricos*. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1959.  
GELLHORN, E., *Physiological Foundations of Neur. and Psych.* Univ. of Minn. Press. 1953.

### CAPITULO IV

CANNON, W., *The Wisdom of the Body*, Ed. Norton, N. York 1932.  
Chemical Concepts of Psychosis, *Symposium* (Chairman Max Rinkel).  
Congress Report 11nd Internat. Cong. of Psychiatry, Zurich, Vol. IV, 1959.  
PAVLOW, I. P., *Los reflejos condicionados*, Ed. Nortus, Buenos Aires, 1954.  
PICKWORTH, F. A., *New Outlook on Mental Diseases*, Williams and Wilkins Co., Baltimore 1952.  
SELYE, H., *Stress*. Trad. española en 2 volúmenes. Ed. Científico-Médica, Madrid 1954.

### CAPITULOS V y VI

ADLER, A., *El carácter neurótico*, Ed. Paidós, Buenos Aires 1954.  
BINSWANGER, L., *Daseinsanalyse und Psychiatrie*, Bern. 1955.  
CLECKLEY, *The Mask of Sanity*, The Mosby Co. St. Louis 1950.  
FREUD, S., *Obras completas*, S. Rueda Ed. Buenos Aires 1956.  
GRUHLE Y OTROS, *Psychiatrie der Gegenwart, Forschung und Praxis* (2º Vol. Klinische Psychiatrie, Springer Ed. Berlín 1960).  
HOCHÉ, A., *Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie*, Z. Neur. 12, 540, 1912.  
JUNG, C. G., *Obras completas*. Pantheon Books Inc. New York, 1958-1962.  
KRETSCHMER, E., *Psicología Médica*, Ed. Labor, Barcelona-Madrid, 1954.  
MAC LEAN, P. D., *The Limbic System and Emotional Behavior*, Arch. of Neur. and Psych., 73, 1955.  
MAGOUN, H., *The Ascending Reticular System., etc.*, Balkwell Ed. Oxford 1954.  
MASSERMANN, *Principles of Dynamic Psychiatry*, Saunders Ed. London 1946.  
MINKOWSKI, E., *Le geometrisme morbide* (en su libro: La Schizophrenie, Payot, 1927, Paris).

- MIRA, E., *Tratado de Psiquiatría* (Volumen II. Psiquiatría Clínica, Ed. Ateneo, Buenos Aires, 1954).
- MOYANO, B., *Anatomía patológica de las psicosis* (Incluida en la obra citada anteriormente).
- PAPEZ, J. W., *Human Growth and Development*. Cornell Cop. Soc. Ithaca 1948.
- SCHNEIDER, K., *Klinische Psychopathologie*. 3ª ed. Stuttgart 1950.
- TREGOLD. *Handbook on Mental Deficiency* 8ª ed. Baillière, London 1950.
- WECHSLER, D., *The Wechsler-Bellevue Intelligence Scale*, Psychol. Corp. N. Y. 1946.

#### CAPITULO VII

- MOORE, *Nature and Treatment of Mental Disorders*, Grune-Stratton, N. Y. 1943.
- WEIZSÄCKER, V., *El hombre enfermo*. Ed. Luis Miracle, Barcelona 1956.

#### CAPITULO VIII

- HELLPACH, W., *Psicología clínica*. Ed. Morata, Madrid 1952.
- LAIN ENTRALGO, P., *La historia clínica*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid 1950.
- MIRA, E., *Terapéutica psiquiátrica* (Volumen III del Tratado de Psiquiatría), El Ateneo, Buenos Aires, 1956.
- TERHUNE, E., *The Integration of Psychiatry and Medicine*, Grune-Stratton 1951.

#### CAPITULO IX

- DELAY. *Methodes biologiques en clinique psychiatrique*, Masson, Paris 1950.
- DIETHELM, *Treatment in Psychiatry*, Thomas 3d. Ed. Illinois 1960.
- GERARD, R., *Neuropharmacology*, Josiah Macy Found, N. York, 1955.
- KRUSE-HOERMANN, *Clinical Evaluation of Antidepressant Drugs*, Current Therapeutic Research, Nº 4, 1960.
- LOYELLO, W., *Medicamentos psicotropicós*. Conf. Instituto de Psiquiatría. Río de Janeiro 1961.
- NATHAN THAL., *Cumulative Index of Antidepressant Medications*, Diseases of the Nervous System., Nº 5, 1959.
- Proceedings of the McGill Univ. Conf. on Depression and Allied States*, Montreal 1959.
- STANLEY COBB, *Emotions and Clinical Medicine*, Salmon Memorial Lecture, N. Y. 1949.
- VERNE, A. L., *Compendium of Neuropsychopharmacology*, Abril 1961 (En publicación por el Journal of Neuropsychiatry de L. J. Meduna).

#### CAPITULO X

- DELGADO, H., *El médico, la medicina y el alma*, Paz Montalvo, Madrid 1952.