

Psiquiatría

UNIVERSIDAD NACIONAL/DE MEXICO. (2)

FACULTAD DE MEDICINA.

VICENTE CALDERON.

EXPLORACION DE LOS ENFERMOS MENTALES.

MEXICO, OCTUBRE DE 1927.



A MIS PADRES.

AL SR. DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO.

**A LA MEMORIA DE MI EXCELENTE
AMIGO EL SR. DR. D. MIGUEL MENESES.**

R. I. P.

INTRODUCCION.

Reconocer a un enfermo mental es uno de los asuntos mas importantes y útiles en Clínica, no obstante las dificultades que presenta, pero que por desgracia ha sido abandonado, debido a la falsa creencia de que las exploraciones de los enfermos mentales son del exclusivo resorte de los especialistas.

Esto, que tiene un fondo de verdad, no es absoluto, pues no compete únicamente al alienista el estudio de estos enfermos. Indiscutiblemente que es el indicado para hacer un examen detenido y minucioso; para formular un diagnóstico preciso, pero el médico general se ve involucrado en su práctica con los problemas relacionados con enfermos mentales y tiene que resolverlos. ¡En cuantos lugares de la República no hay psiquiatras y sin embargo hay locos! Por tal motivo, el médico no debe ignorar la manera de reconocer a un vesánico, no sólo por la utilidad práctica que pueda tener en el desempeño de su profesión sino por razones de cultura, para que si quiera pueda formarse un juicio de los trastornos mentales que sufre un enfermo. Es penoso que al verse frente a un insano el médico no sepa que hacer, qué preguntar y se limite a resolver el problema con una sola frase: enajenación mental. Además los familiares del enfermo le pedirán consejos sobre la conducta que deban observar y ¿qué hará este si no tiene algunas reglas generales, algunos conocimientos fundamentales para poder decidir en un momento dado si es un trastorno pasajero o definitivo, si el enfermo necesita internarse en un sanatorio, si es o no peligroso para sus familiares y los que lo rodean?

El médico de provincia, el médico general, el que tiene que enfrentarse con todos los asuntos de medicina que se le presentan dentro de los cargos privados o públicos que desempeña, ya en su papel de médico legista, ya en el de médico de familia, ya como consejero, tiene que determinar, cuando se trate de un enfermo mental lo siguiente: - 1o. si el padecimiento es pasajero y ligado por ejemplo a una intoxicación aguda o a una infección y en este caso ser cautos para no tomar medidas inadecuadas como se ha visto algunas veces en México al internar en manicomios a enfermos cuyas psicosis son efímeras y secundarias a padecimientos como el tifo, la neumonía, etc.

2o.- Determinar si se trata de un padecimiento mental de evolución larga que requiera el internamiento en su frenocomio o la intervención de un especialista.

3o.- Dilucidar los casos de simuladores que se refugian en la locura para salvar alguna responsabilidad; los de disimuladores que son enfermos mentales que ocultan sus síntomas a fin de parecer personas normales, o la de los "sursimulateurs" de los franceses, que se acogen a otra locura diferente de la que tienen.

Para todo esto es necesario que en el caudal de los conocimientos del práctico exista el de saber reconocer, aunque sea de una manera ligera a los enfermos de la psiquis y pueda hacer un papel airoso en todos los casos que se le presenten. No es indispensable que llegue a obtener un diagnóstico, a plantear un tratamiento definido, pero si es indispensable que llegue a tener un concepto por lo menos sindrómico del enfermo.

Al escribir este trabajo no me guía otro fin que el de darle alguna utilidad práctica, proporcionando los datos sintéticos que he podido recopilar después de meditaciones sobre el asunto, es decir, formar un extracto de propedéutica mental dando indicaciones acerca de

la manera de ponerse en relación con los enfermos, el interrogatorio correcto, algunas pruebas sencillas de Psicología Experimental utilísimas en ciertos casos, que he tomado de los psiquiatras más eminentes así como de los métodos seguidos en los sanatorios para alienados de nuestra República.

MANERA DE PONERSE EN RELACION CON EL ENFERMO.

Dice Victorio y Cosiña que "nada hay tan fuera de toda regla, tan imposible de encausar en límites precisos, tan poco sujeto a pautas determinadas como el examen de un alienado".

Querer formar cartabones para examinar a los vesánicos sería -- perder el tiempo. Únicamente pueden establecerse ciertas reglas que -- sirvan para orientarse en el examen y evitar los escollos de que está sembrado. El médico no debe olvidar, como señalan Sellier y Courbon -- que el mismo tiempo que explora al enfermo es motivo de otro examen -- menos indulgente por parte de este y de sus familiares.

El examen presenta algunas particularidades según sea hecho en la casa del enfermo, en el Hospital o en el consultorio del médico.

En el primer caso, se tiene la gran ventaja de observar al paciente en su medio; así no se pierden detalles en apariencia sin importancia pero que son muy útiles. Hay que evitar que sufra una toilette convencional; es necesario respetar sus hábitos, su manera de portarse, -- pues como veremos al tratar de la inspección, algunos se presentan vestidos de manera extravagante, con los cabellos en desorden, sucios, luciendo falsas condecoraciones, etc.

Es muy frecuente que cuando se cambia al enfermo de medio, el -- examen se vuelva muy difícil pues al verse en otro lugar o en presencia de personas extrañas y sentirse observado, no quiera contestar, se vuelva reticente, oculte sus síntomas como lo vemos frecuentemente. De ahí que debe sorprenderse tal como se encuentre en el lugar y las condiciones en que se halle y buscar la manera de favorecer, siempre que sea posible, que escriba, pues de este modo se pueden encontrar muchos síntomas que son escondidos por él cuando se le practica un examen directo.

En el hospital está bajo la vigilancia de enfermeros los cuales es ventajoso pues estos pueden dar informaciones precisas sobre la vida -- que lleva y sobre todos los pormenores de su conducta, lo que debe ser aprovechado, puesto que el estudio de un insano no se debe hacer en el reducido tiempo de una exploración, sino conocer las particularidades -- diarias de sus actos.

Cuando se hace el examen en el consultorio, varias circunstancias se presentan; ya el enfermo acude por sí solo, pero esto es muy raro, -- pues son pocas las ocasiones en que el paciente va a consultar al médico por creerse afectado de una enfermedad mental. Precisamente es una -- de las dificultades con que cuenta el médico, pues de todas las enfermedades, las psíquicas son casi siempre desconocidas para los que las tienen, pero si sucede que yendo el enfermo a consultar por otro padecimiento, se encuentre el médico en presencia de un enagenado. He tenido la -- oportunidad de observar recientemente un enfermo con Delirio Sistemático de Interpretación que andaba consultando a los médicos de una supuesta enfermedad ocasionada según su decir, por la ingestión de venenos que le habían dado. Varios médicos creyeron lo que el enfermo afirmaba y le hicieron tratamientos numerosos hasta que se vino a determinar por un especialista que eran perturbaciones hipocondríacas causadas por la

psicosis que padece.

A los consultorios de los médicos acuden todos los días pacientes mentales, y el práctico constantemente está descubriendo en enfermos orgánicos reales muchas anomalías mentales y verdaderas psicosis.

Lo mas frecuente es que los familiares lleven al enfermo al consultorio sin que este tenga conocimiento de que se le lleva para estudiarlo como loco, sino que se ve precisada la familia a hacerle creer que tiene alguna otra enfermedad. En todos los casos ya citados en que se pone el médico en contacto con el enfermo por primera vez, se presentan muchas dificultades, para lo cual se requiere tener gran paciencia y procurar desde el principio llegar hasta el enfermo aprovechando a que él manifieste alguna idea, alguna palabra para encarsar la exploración.

Otro de los obstáculos que se presenta en ocasiones y que no quiero omitir, es el desconocimiento de los antecedentes del enfermo, ya porque no tiene familiares e ya porque no hay nadie que sepa algo de él. Al Manicomio General de Mixcoac, llegan enfermos enviados por las Oficinas de Migración de la frontera con los Estados Unidos que no traen absolutamente ningún dato. Muchos de ellos vienen en estados demenciales o confusos y lo único que puede obtenerse es el resultado de la exploración directa. Otro tanto sucede con los pacientes que envían las comisarias por vagar perdidos en las calles, porque cometen actos delictuosos o porque en su conducta revelan tener perturbaciones mentales.

Comunmente las familias de los enfermos ocultan al médico muchos detalles relacionados con los antecedentes, únicamente por la creencia torpe, aunque muy arraigada, de que la locura, la sífilis, el alcoholismo, etc., son denigrantes para la familia.

Es muy conveniente al examinar a un enfermo mental seguir un sistema ordenado y completo, porque siendo tan vasto el campo de la Psiquiatria, si no se hiciera esto, fácilmente se podrían olvidar cosas importantes. Nuestro afán debe ser siempre hacer una exploración completa del enfermo. Desgraciadamente, en algunos casos es imposible hacerlo así y hay que conformarse con exploraciones parciales, ya sea por la falta de personas que puedan dar informes sobre el enfermo, ya porque el estado de este no lo permita, pero entonces se debe procurar completar la exploración cuando sea mas oportuno.

Todos los autores están de acuerdo en que el médico debe presentarse al paciente como tal, sin ocultar su personalidad y no como sucede en ocasiones, por deseo del propio médico o porque el vulgo así lo quiera. Es indebido para su calidad, ir disfrasado como aquel alienista de que habla Chaslin que se presentaba al enfermo vestido de cazader. Únicamente en casos muy especiales cuando el enfermo no tolera absolutamente la presencia del médico, este podrá ocultar su papel o mejor como aconseja Regis, aparentar presentarse para examinar a otra persona de la familia o como un simple amigo de ésta. El hecho de que el médico se identifique con el paciente, influye mucho en ocasiones en el espíritu de éste, pues a veces si en un principio puede ser desconfiado, más tarde pierde sus temores y entra en confianza.

Naturalmente que según el enfermo, así debe ponerse en juego la sagacidad e inteligencia del médico para saber llegar hasta él y obtener el mayor número de datos que lo llevarán a formarse un concepto, lo más preciso posible de su enfermedad.

El método que seguirá en este trabajo acerca del modo de explorar a un enfermo mental será el siguiente:

1o.- Exámen Psíquico.

- I.- Interrogatorio.
- II.- Inspección.
- III.- Examen de las funciones psíquicas.
- IV.- Exploraciones especiales.
- V.- Examen de los escritos, dibujos y trabajos manuales.

2o.- Examen físico y exámen de laboratorio.

I.- INTERROGATORIO.

a).- Consideraciones generales.

Entre los métodos de Propedéutica General aplicables a la exploración de enfermos mentales tenemos el interrogatorio, procedimiento de capital importancia en Psiquiatría; pero no es el que se hace por ejemplo en un enfermo de Medicina o de Cirugía en donde el médico toma datos precisos del este el cual sirve de testigo fiel, se puede observar mas o menos bien, contesta con sinceridad a las preguntas que se le hacen facilitando grandemente la labor. Aquí nos encontramos con un cúmulo de dificultades, tanto por parte del enfermo como de sus familiares. Por parte del primero, su desconfianza, su reticencia, su negativismo, su mutismo con que frecuentemente nos tropezamos. Por parte de los segundos la circunstancia a menudo observada de que son también anormales, que tratan de esconder, desviar o ignorar las informaciones relacionadas con el paciente. Cuando interrogamos al sujeto directamente no es con objeto de tener conocimiento acerca de la evolución de su padecimiento y la sintomatología que ha revestido, sino darnos cuenta de sus facultades psíquicas, pues en muy raros casos el propio paciente puede darnos datos verídicos.

Los antecedentes hereditarios tiene en esta exploración importancia muy superior a la de cualquier otra clase de enfermos, ya para el diagnóstico como para el pronóstico, puesto que por una parte, podemos compenetrarnos del terreno constitucional o adquirido y por otra, de la curabilidad o incurabilidad de la dolencia. Por ejemplo, no es igual el pronóstico de un enfermo con psicosis alcohólica que tiene antecedentes neuróticos por antepasados locos o alcohólicos que otro con la misma dolencia en quien no hay ancestros de esta naturaleza.

El interrogatorio no se debe sujetar a reglas fijas, inamovibles, sino adaptado por el clínico al caso que se le presente. El médico no debe concretarse a llenar un esqueleto previamente formado, para ahí condensar todo el examen de un alienado, v.gr. como el de Ferrari. Esto que es conveniente en los frenocomios para conservar los expedientes e historias clínicas de los enfermos, no debe hacerlo el médico, sino procurar personalmente tomar los datos anamnésticos. Sin embargo, debe seguir un orden y un método bien encausado para ser lógico en su exploración.

De los dos interrogatorios, el indirecto es en Psiquiatría el mas importante, sin que deba desatenderse el directo.

El primero da mas datos precisos acerca de la historia y marcha de la enfermedad. Tales datos se obtienen de los familiares, amigos, enfermeros, etc. Ciertos autores piensan que antes de ver al enfermo se haga; otros dicen lo contrario. Por mi parte creo que en lo posible conviene verificarlo antes de examinar al enfermo para así tener ya cierto concepto de su mal cuando se esté delante de él, y además conviene que si se trata de la familia, nunca se haga en su presencia por razones morales y otras que saltan a la vista.

Hay que evitar hacer preguntas duras o ásperas que puedan herir la susceptibilidad de la familia y no decir si ha habido locos, idiotas imbéciles, degenerados, sino cambiar los términos por excéntricos, nerviosos, raros de carácter (Sollier y Courbon)

Por lo demás, este interrogatorio no presenta otras peculiaridades y puede hacerse conforme a las reglas de Propedéutica General.

No sucede lo mismo con el interrogatorio directo pues se requie-

re echar mano de artificios y desplegar gran habilidad y paciencia. A veces queda reducido a una conversación, pero orientada de tal modo que se obtenga el mayor número de datos. Falret aconsejaba que no se limitara el médico a ser el secretario del enfermo el estenógrafo de sus palabras, el narrador de sus acciones porque podría tener datos erróneos. Procurará no sugestionar al paciente, pues es bien sabido por todos que según el modo de interrogar, pueden originarse en el enfermo fenómenos que no tenía, como sucede en los exámenes neurológicos cuando al explorar la sensibilidad se dice: ¿no siente usted nada en el brazo, el cuello? ¿Siente usted más en un lado que en otro? -- (Gruhle).

La conversación se inicia de varios modos según la actitud que adopte el enfermo, procurando, como aconseja Weygandt abordarlo por rodeos y no bruscamente. Es conveniente que las primeras preguntas que se hagan al sujeto sean sobre orientación, identidad, estado de salud, o tópicos generales de una conversación común y corriente. Las preguntas preliminares inmediatamente orientan sobre el sendero que deba seguirse.

Si se obtiene por ejemplo algún dato que tenga relación con el oficio o sus antiguas costumbres, Krafft Ebing piensa que es un magnífico punto de partida ya que así se van conociendo los incidentes de su vida, sus opiniones, estado de espíritu, inteligencia, etc.

Si manifiesta ideas delirantes, alucinaciones u otras perturbaciones psíquicas, hay que aprovecharlas desde luego y procurar que las exprese con amplitud.

Si rehusa dejarse examinar y afirmar que no está enfermo, conviene tener paciencia; no cohibirse por el mal recibimiento, no hacer aprecio de sus amenazas o injurias y esperar hasta el momento propicio en que exprese alguna idea delirante, diga una palabra, tenga una exclamación o un gesto o bien tranquilizarlo y tratar de ganar su confianza con frases persuasivas y cariñosas, teniendo como mira adaptarse a su modo de pensar y de hablar. Así por ejemplo, con el paralítico general hay que mostrarse alegre; con el perseguido tomar una actitud seria y correctamente amistosa. (Dide y Guiréd); es decir, apropiarse la conducta de acuerdo con el aspecto que tenga el enfermo. A los melancólicos es bueno preguntarles: ¿por qué está Ud. triste? ¿Le ha ocurrido alguna desgracia?. A los maníacos que entran rápidamente en confianza se les dirán palabras que los halaguen: ¡lo encuentro de excelente humor! ¡Qué buena cara tiene Ud! Con los megalómanos, admirar su talento, sus grandes hechos o sus riquezas; con el perseguido tranquilo, reticente, desconfiado, conviene extremar la prudencia, aparentar estar de su parte y aceptar todas sus reflexiones.

Cuando los pacientes hablan, hay que dejarlos y no interrumpir su discurso, anotando todas las indicaciones que den (Sollier y Courbon). No hay que abandonar al enfermo por ningún motivo, porque una vez interrumpida la plática, posteriormente es necesario comenzar de nuevo.

Algunos hablan demasiado y entonces, después de escucharlos un poco de tiempo, se les orientará en el discurso (Levy Valensi), tratando de disciplinar su logorrea. Otros, aunque hablan espontáneamente, pueden tener lentitud en su ideación como los melancólicos, o nebulosa como los confusos. En todos los casos no se debe perder la paciencia. Las preguntas que se hagan no deben ser atropelladas y hay que saber aguardar las respuestas y aunque siempre debe darse dulzura en la entonación y en la actitud, a veces es indispensable tomar un tono autoritario como con algunos agitados, delirantes o alcohólicos.

El interrogatorio debe ser justificado y conciso, y durante él

ir ganando poco a poco la confianza del paciente. Algunos autores como Regis aconsejan que se le fatigue y así llega a hablar sin ambages ni restricciones. Tal cosa no puede hacerse naturalmente en todos los casos, pues en algunos es perjudicial. Es muy importante evitar discutir o poner en duda lo que los enfermos dicen, pues sólo se llegaría a despertar su irritación y desconfianza. De ahí que no manifieste el médico sus opiniones por ningún gesto, ninguna palabra, ninguna actitud que pueda hacer creer que duda de sus palabras.

Expresarse con naturalidad, con amabilidad, nunca con el tono irónico que usa el vulgo, pues los insanos son sensibles a las manifestaciones de cortesía.

Cuando no puede verificarse el interrogatorio por mutismo del enfermo, se procurará hacerlo hablar ya interrogándolo con voz imperativa, ya forzando su atención, o bien como dicen Dide y Guired, dirigiéndole preguntas bruscas, por ejemplo, en uno en quien se sospechan alucinaciones de persecución, decirle ¿por que no les contesta puesto que lo insultan?. Pero si a pesar de esto no se obtiene respuesta y persiste el mutismo, el clínico se limitará a interpretarlo, empleando los otros medios de exploración.

)b.- Orden que debe llevar el interrogatorio indirecto.

La anamnesis debe ser completa y detallada pues tiene mucha importancia para poder precisar bien un diagnóstico y prever un pronóstico. No sólo basta hacer una exploración minuciosa del enfermo, sino tener conocimiento lo más preciso posible de sus antecedentes familiares y personales. En la práctica el interrogatorio conviene efectuarse siguiendo un camino sencillo y conciso sin olvidar ninguno de los puntos que tienen importancia.

I.- ANTECEDENTES FAMILIARES.- Conviene tomar informes minuciosos sobre los antecedentes colaterales y descendentes y hacer siempre que sea posible, el árbol genealógico de la familia.

Padre.- Si vive o no. Edad, profesión, constitución física, carácter, inteligencia; enfermedades que ha padecido (sífilis, tuberculosis, diabetes, etc.); intoxicaciones como alcoholismo; trastornos mentales, afecciones nerviosas (epilepsia). Edad en que han ocurrido los accidentes, si los ha habido; su duración, su terminación; tentativas de suicidio con indicación de la edad; delitos o crímenes, condenas, penas. Causa de la muerte si ha fallecido.

Madre. Las primeras preguntas que para el padre, además: embarazos y abortos; embarazo y parto relativos al enfermo; condiciones en que evolucionó: traumatismos, emociones, intoxicaciones, desnutrición dolores anormalmente vivos, vómitos incorregibles persistencia de las reglas, albuminuria, eclampsia; otros estados patológicos o accidentes nerviosos o mentales como histeria, epilepsia, melancolía, confusión, etc.

Padre y madre. Grado de parentesco; si en la época de la concepción los padres eran muy jóvenes o viejos o con edades muy desproporcionadas; si el momento de la concepción estaban bajo la influencia de una intoxicación, enfermedad, convalecientes, o con alguna emoción.

Si se pueden tener datos acerca de los abuelos, tomar informes semejantes a los de los padres.

Hijos.- Si los ha tenido, número, sexo, edad, estado físico y -

mental; accidentes sífilíticos, nerviosos, mentales; anomalías de desarrollo físico y psíquico.

Colaterales. (paternos y maternos) (hermanos, tíos, sobrinos, primos).- Casos de enfermedades nerviosas o mentales; alcoholismo y otras intoxicaciones; suicidio, crimen; caracteres raros; talentos notables.

En general, en todos los miembros de la familia hay que investigar si ha habido casos de alienación mental, afecciones cerebrales, ~~se~~ neurosis, neuralgias, movilidad e irritabilidad de humor, manifestaciones artríticas, intoxicaciones, suicidios, vicios anormales, detención de desarrollo psíquico, criminalidad, sordomudez, muertes súbitas, ceguera congénita, consanguinidad, abortos, mortalidad infantil, diátesis o casos de excentricidad u organización psíquica defectuosa, etc.

II.- ANTECEDENTES DEL ENFERMO.- Nombre, edad, estado civil, profesión, lugar de nacimiento, habitación.

Inquirir si su nacimiento fué a término o antes; con accidentes o sin ellos; crianza al seno o biberón; dentición (precozidad, retardo, accidentes que hubieren acompañado a la primera dentición); época de la marcha y de la palabra, primeras palabras, despertar de la inteligencia tardío o incompleto; aptitudes escolares; facilidad para aprender a leer y escribir; grado de inteligencia; enfermedades infecciosas, convulsiones, sonambulismo o sobresaltos en la noche.

Pubertad; fecha de su aparición; anomalías concomitantes del carácter; accidentes nerviosos o mentales; manifestaciones epilépticas, hísticas y neurasténicas; obsesiones y escrúpulos; onanismo y otras perversiones sexuales.

En la mujer además, primeras reglas y sus caracteres; emociones o incidentes sociales a que hallan estado sometidas; exámenes, amores contrariados.

Edad adulta.- Casamiento, embarazo, carácter, costumbres, movilidad de humor, susceptibilidad exagerada, irascibilidad, impulsividad, emotividad, fobias, obsesiones, fatiga intelectual, grado de instrucción e inteligencia, hábitos, gustos, preocupaciones familiares, económicas, políticas, sociales, emociones, conducta en relación con el hogar, comportamiento en el matrimonio, celos, cumplimiento de sus obligaciones en la sociedad, aptitudes profesionales, éxitos o fracasos en sus negocios, -- cambios de lugar o de ocupación, vocaciones raras o variables, intoxicaciones (alcoholismo, tabaquismo, drogas estupefacientes), excesos sexuales, infecciones (sífilis, tuberculosis, paludismo, etc.) traumatismos p principalmente craneanos.

III.- ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD.- Tiempo de haber empezado; existencia de accesos anteriores, modo de principio (lento o brusco), -- causas aparentes o reales; primeros síntomas (cambios de carácter, de -- hábitos, de costumbres, de gustos, conducta observada en relación con el estado anterior). Datos que han dado a conocer los primeros trastornos; remitencias o intermitencias de los síntomas; sucesión que han tenido; estado de la inteligencia; trastornos de la percepción de la atención, de la memoria, asociación de las ideas, juicio, afectividad, disminución o aumento de la afectuosidad, emotividad, alegría, tristeza, cambios de carácter, inercia moral, arrebatos coléricos, amoralidad, depresión dolo-

rosa, ternura, miedo de volverse loco, disgusto de la vida; inercia de la voluntad; obsesiones; impulsiones; fobias; actividad (aumento o disminución) modificaciones de la aptitud profesional; cambios de domicilio; viajes frecuentes; prodigalidad (Roges de Fursac, Levy Valensi, - Gilbert Ballet, Krafft Ebing, etc).

El conocimiento de la conducta de los enfermos es de un alto valor para el diagnóstico y es un asunto que muy a menudo se olvida al hacer el interrogatorio indirecto. Por tal motivo le doy un lugar aparte para que se tenga muy presente.

La conducta que observa el paciente es variable según se encuentre en el hogar o en el manicomio. Por consiguiente, los puntos que deben investigarse son los que a continuación se exponen:

Aseo, vestido, conversaciones (monólogos); si hace sus cosas solo o ayudado como la "toilette", vestirse, ir a los excusados, acostarse, comer. Acerca de esto último detallar si lo hace con limpieza, con glotonería, con los dedos, irregularmente, si hay vómitos, etc. Manera de conducirse con las personas que lo rodean como familiares, enfermos, enfermeros, etc. Inclination al trabajo, juego, escritura, lectura, o desinterés por estas cosas, adaptación al medio (quejas, agresividad, tentativas de fuga o de suicidio, violencias). Actitudes; desinterés por lo que le rodea; aislamiento.

IV.- TRATAMIENTOS SEGUIDOS Y SUS RESULTADOS. →

II.- INSPECCION.

Guislain decía: "No se puede dudar que exista en Medicina un arte profundo: aquel de ver en un conjunto de fenómenos una serie de detalles donde otros no ven sino generalidades o no ven nada". Si esto es verdad en Clínica General, en Clínica Psiquiátrica es de observancia rigurosa puesto que en ella no hay que omitir ni los más pequeños detalles en apariencia sin importancia, sino saber observar todas las particularidades de que está rodeado el enfermo.

La inspección se verifica durante todo el tiempo que se está en contacto con el paciente; desde que uno se pone en presencia de él; durante el interrogatorio y las demás exploraciones y todas las veces que se le vea. Debe verificarse lo mas correcta posible, pero con discreción, procurando que no sea molesta para el enfermo; tratar de sorprenderlo en las condiciones en que se encuentre, respetando la actitud, el hábito, etc. Desde el primer momento como dice Peterson, la manera como el paciente recibe al médico, la expresión de la cara y la actitud del cuerpo dan valiosos informes sobre el padecimiento psíquico.

Con Laignel Lavastine debemos considerar dos casos: el primero es cuando el enfermo está encamado y el segundo cuando no lo está. En ambas circunstancias se requiere adaptación determinada. Algunos psiquiatras aconsejan sistemáticamente acostar al paciente para observarlo, pero este está en contra de los preceptos anteriormente indicados y debemos desecharlo por completo y sólo ver a los enfermos en estas condiciones cuando están encamados por causas perfectamente justificadas.

En el primer caso hay que observar: la actitud en el lecho; el estado de la cama (ropa, almohadas); si el paciente está vestido o desnudo; movilidad, posición, estado del cabello, aseo, olor, etc., y des-

pués seguir con los demás datos de inspección que después señalaremos.

Para que la inspección sea completa y ordenada conviene primero tomar los datos de conjunto y después ir detallando parte por parte del paciente, de la cabeza a los pies. Los primeros datos comprenden: talla, edad, estado de la nutrición, manera de efectuar los movimientos normales, existencia de movimientos anormales, proporción de las diferentes partes del cuerpo.

a.- Actitud.- La actitud es muy variable. Puede el enfermo tener la de humildad (melancólicos), de altanería, de satisfacción (megalómanos, paralíticos generales), de dolor (melancólicos); de indiferencia (dementes); de inmovilidad (catatónicos); de desconfianza (perseguidos); de afabilidad (maniacos); de orgullo, de agresividad, etc.

b.- Porte y estado del vestido. El porte general del enfermo cualquiera que sea, entra dentro de estos tres grupos: descuidado, rebuscado y excéntrico.

Siempre debe observarse el estado de los vestidos: limpios, bien arreglados (perseguidos); descuidado (dementes); sucios, cubiertos de restos alimenticios (gatosos). Algunos pacientes se presentan desnudos o con vestidos del sexo opuesto o extravagantes. Los adornos deben también tomarse en cuenta como medallas en los megalómanos, rosarios, reliquias en los místicos, juguetes en los esquizofrénicos, confusos, histéricos, imbéciles. Objetos raros de uso inexplicable (esquizofrénicos, perseguidos); algunos enfermos guardan todo lo que encuentran como basuras, pedazos de papel (coleccionismo, signo de demencia). Otros portan armas o legajos de papeles (paranoicos).

El estudio del cabello y de la barba también debe llamar la atención. Pueden estar crecidos, arreglados, hirsutos, descuidados, etc.

Mucho se ha hablado acerca del olor especial que tienen los enfermos mentales y hasta se ha querido comparar con el olor propio que despiden los ratones. Aunque no es igual, sí cuándo existe es característico. El olor del aliento es fétido en ciertos enfermos como los confusos y melancólicos.

c.- Fisonomía.- La expresión de la cara, dice Morel, nos hace conocer las emociones y las pasiones que dominan al enfermo y es tan importante obtener y dar una interpretación correcta a la fisonomía, que por sí sola puede proporcionarnos una idea del padecimiento del sujeto. Podemos indicar que cada forma de alienación tiene su facies particular.

Facies melancólica.- Expresa humildad, indignidad, resignación, pasividad, dolor moral; los rasgos son inmóviles, sin cambios de actitud, la mirada fija, velada, lánguida, los ojos apagados y la frente arrugada (melancólica). En la melancolía ansiosa la facies tiene un sello de dolor moral.

Facies maniaca.- Vultuosa o muy pálida, mirada animada; de gran movilidad, brillante.

Facies ansiosa.- Expresión de dolor, mirada inquieta y angustiosa rasgos contraídos, cabellos herizados.

Facies estúpida.- Rasgos inmóviles, contraídos o átonos, mirada indiferente y vaga.

Facies demencial.- Inerte, rasgos flácidos, labio inferior caído, boca entreabierto, relajamiento muscular, mirada sin expresión.

Facies paralítica.- Expresión de alegría; inmovilidad de la parte superior y movilidad exagerada de la inferior. temblor de los labios

Facies alcohólica.- Vultuosa; enrojecida principalmente en la nariz; ojos inyectados y brillantes.

Facies epiléptica.- Mirada vaga pero móvil; boca entreabierta - plegaduras de la frente y del surco nasogeniano que revelan la imposibilidad del enfermo para comprender; expresión de desorientación.

Facies extática.- Rostro elevado; rigidez de los rasgos; frente sin arrugas; ojos cerrados o entreabiertos dirigiendo la mirada a lo alto.

Podría seguir señalando otros muchos aspectos que toma la facies pero no tan característicos como los ya señalados, por ejemplo la de los perseguidos, que dirigen su mirada escrutadora, baja y que expresa hospitalidad, etc.

d.- **MIMICA.**- Aunque la mímica y los gestos faciales quedan comprendidos en el estudio de la facies, conviene analizarlas por separado para interpretarlas debidamente. Hay que asegurarse previamente que no existe asimetría facial congénita o parálisis adquirida (Sollier y Courbon), así como la producida por una enfermedad del sistema nervioso o de los músculos como la del parkinsoniano, la pseudo bulbar, la miopática de Landouzy-Dejerine, etc.

Según Pierret puede ser:

Lenta en lugar de ser rápida.

Discordante en vez de ser concordante

Excesiva o insuficiente en lugar de ser adecuada.

Disociada en vez de ser homogénea

Fugitiva o demasiado prolongada en vez de ser suficientemente persistente.

Hay que observar la mímica al estado de reposo y durante la expresión de un sentimiento. (1).

En la observación de un vesánico, lo que a mi juicio conviene recoger es cualquiera de los tres estados siguientes, dentro de los cuales están comprendidas todas las modalidades de la mímica.

I.- Mímica exaltada (hipermimia).

II.- Mímica disminuida (hipomimia).

III. Mímica pervertida (dismimia).

HIPERMIMIA.- Puede ser total o parcial, es decir, comprendiendo todos los músculos de la fisonomía o parte de ellos, El aumento de la misma se presenta principalmente en la manía, melancolía ansiosa, parálisis general, etc.

HIPOMIMIA.- Se ve de preferencia en los melancólicos, oligofrénicos, demencias, estupor, éxtasis, etc.

DISMIMIA.- Puede ser:

Discordancia entre la mímica y los procesos psíquicos, como por ejemplo accesos de risa o de llanto en desacuerdo con el proceso intelectual. Se ve de preferencia en los esquizofrénicos y en los confusos.

Lenta como en los estados demenciales, crepusculares, etc.,

Paralizada en los estados comatosos, en la catatonia y otros.

Monótona.- Generalmente por manierismo, estereotipia, y es casi exclusiva de los dementes precoces.

Existen algunas otras particularidades en relación con la inspección de la cara, por ejemplo la manera de comer y de efectuar la masticación; rechinar de los dientes; contracción de los músculos masticatorios; escurrimiento de saliva por las comisuras, etc.

Aparte de todo esto, la inspección de la cara y del cráneo a primera vista da informes acerca de anomalías craneales, asimetría facial, anomalías de la nariz, de los ojos. Al efectuar esta exploración conviene recoger los datos relacionados con la palabra; pero por ser este asunto de capital importancia lo estudio en un lugar especial para el lenguaje.

e.- TORAX Y MIEMBROS.- Tamaño, forma, simetría, proporcionalidad, movilidad, deformidades etc.

(1).- Algunos biólogos y psicólogos como Darwin y Ribot han hecho un detenido estudio acerca de la mímica en relación con los estados afectivos e intelectuales, el psiquismo superior e inferior, etc. al grado de haber querido determinar los grupos musculares de la cara que se ponen en juego en cada uno de los procesos psíquicos.

III.- EXAMEN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS.

La exploración de las facultades psíquicas se hace por la observación directa del enfermo desde que se pone al frente el clínico y -- por medio de pruebas de psicología Experimental (tests) que sin tener un valor capital, sí ilustran grandemente acerca de determinadas facultades.

Se ha pensado que la exploración de los vésánicos y sobre todo la interpretación que se les da a sus síntomas es algo completamente arbitrario puesto que se sujeta al criterio del observador y no se tiene métodos exactos para valorar sus síntomas.

Verdad es que los síntomas orgánicos están más al alcance de los sentidos y menor es el motivo para opiniones contrarias por ejemplo, un hígado aumentado de volumen, por percusión se puede conocer. Será para unos mayor que para otros, pero difícilmente se negará su aumento. En cambio los procesos psíquicos no se pueden ni palpar, ni percutir ni auscultar, sino que son tomados e interpretados de acuerdo con una semiología convencional puesto que las facultades mentales no son procesos aislados sino constituyen en todo perfectamente enlazado y sinérgico. Pero esta semiología convencional si es conocida, dará los mismos resultados para los que exploran a los insanos. La falta de interpretación correcta se debe principalmente a desconocimiento semiológico y es por tanto regla capital para efectuar una buena exploración tener en la mente la el conocimiento de la semiología psiquiátrica.

Esta exploración es la parte mas delicada del reconocimiento y -- donde conviene acudir a todos los artificios para llevar a cabo el examen, ya por las condiciones especiales del paciente, ya por la dificultad de descubrir dichos síntomas. Preciso es emplear múltiples procedimientos, sin olvidar que todos los métodos pueden ser ineficaces para poner en evidencia cada síntoma mental, y utilizar en cada caso el que mas se adapte a las circunstancias.

En esta exploración es en donde he dejado el interrogatorio directo ya que según mi opinión, tiene por objeto no conocer la anamnesis del enfermo, sino el funcionamiento de sus facultades psíquicas. Si el paciente está capacitado para darnos anamnesis como a veces sucede, cotejaremos sus datos con los que dé el interrogatorio directo, pero repito, esta exploración es para darnos cuenta de su psiquismo. Al verificar estos exámenes conviene como en el interrogatorio seguir cierto método y estudiar facultad por facultad anotando con cuidado las particularidades que encontramos en cada una de ellas y ayudándonos en cada caso por las pruebas de Psicología Experimental si son aplicables para que sea lo mas completo posible el estudio.

Los "tests" son igualmente convencionales; no es prudente ni -- juicioso hacer conclusiones definitivas sobre el resultado de una prueba aislada, sino sumar el conjunto de datos, apreciar los imparcialmente y entonces valorizarlos. Alguna que otra ocasión un solo síntoma con caracteres fijos, bien definidos, es suficiente para dar una opinión, más en lo general conviene ser prudentes y anotar sólo aquellos que sea lo mas preciso posible y no llevar prejuicios en el estudio de los vésánicos.

Consecuente con hacer un trabajo esencialmente clínico, al exponer el orden en que en la práctica conviene estudiar las facultades -- psíquicas, me veo obligado a no seguir el que se encuentra en los tratados de Psiquiatría, en los cuales se va de las facultades más sencillas, a las más complejas, es decir, empezando por las sensopercepciones.

En clínica por donde debemos empezar es por investigar la identidad del individuo, su orientación, etc., puesto que es el camino más fácil para ponernos en relación con el paciente. Además en la exploración de cada facultad enunció las pruebas psicológicas a que se puede acudir en dicha exploración, ya que esto es más sencillo y se agrupa todo lo concerniente al mismo asunto.

a-) ORIENTACION.-

I.- Autopsíquica.- Pedirle al enfermo su nombre; su apellido, su edad, su oficio, su fecha de nacimiento, su lugar de nacimiento.

II. Alopsíquica.- 1.- Cronopsíquica. Preguntar el año en que se está, la estación, el mes, el día de la semana, la fecha, la hora, aproximada del día.

2.- Topopsíquica.- Preguntar al sujeto si sabe en que ciudad se encuentra; si conoce la casa en donde se halla; si sabe donde es su domicilio.

Para darse cuenta si el paciente tiene conciencia de su situación, debe pretuntarse si está o si cree estar enfermo. En caso de estar internado en un manicomio, inquirir de él, por qué motivo se ha tomado esa determinación y si esta de acuerdo con ella. Si en el curso de estas exploraciones el enfermo revela trastornos, por ejemplo desdoblamiento de la personalidad o de transformación corporal, procurar detallar todas las particularidades del caso.

b-) IDEACION.- 1- Asociación de ideas. Los resultados de la exploración anterior revelan como el enfermo asocia las ideas. Esto es de acuerdo con las contestaciones que de a lo que se le pregunta.

La asociación puede ser incongruente, es decir, que no haya un encausamiento lógico en el pensamiento del enfermo, sino que pase de un asunto a otro sin relación. Esto puede ser por dos causas:

Primera.- Incoordinación o fuga de ideas (1). Asociación por exceso de ideas, es decir, en los casos de hiproraxia originada por excitantes exógenos o endógenos pero circunstanciales (asociación por semejanza especialmente fonética (asonancia) por contraste y por contigüidad). Se ve principalmente en los maniacos puros y en algunas manías sintomáticas.

Para buscarla se le hacen preguntas de cualquiera índole al enfermo y se deja que espontáneamente hable. Durante la conversación se provocan ruidos, palabras sueltas o se le enseñan objetos como estampas, libros, lápices.

Segunda.- Incoherencia. Esta asociación de ideas es también incongruente. No tiene en apariencia encadenamiento lógico. El enfermo pasa de una palabra a otra, pero aquí no existen los excitantes ocasionales sino que es regida por procesos afectivos subconscientes (asociaciones catatímicas); característica de los esquizofrénicos.

Existen otras formas de asociación de ideas menos importantes que las anteriores, como por ejemplo la de los epilépticos que después de muchas digresiones terminan de exponer un asunto o la de los dementes - que se hace con suma lentitud, etc.

(1) Ciertos autores piensan que incoordinación y fuga de ideas son cosas diferentes, pero en realidad vienen siendo lo mismo y en este sentido -- pienso exactamente como Victorio y Cosiña.

Para buscarla se hace lo dicho en la figa de ideas, dejando hablar al enfermo espontaneamente.

Dice Peterson que "el método de las asociaciones verbales es ciertamente útil para el uso que se le dió por primera vez, pero que tiene igualmente valor para descubrir los complejos afectivos. Lo subconciente es inmensamente mas importante para nosotros que lo conciente, porque en la subconciencia residen todos los elementos de nuestra personalidad; so solamente el tesoro de nuestras experiencias adquiridas en el curso de los años, sino todas nuestras tendencias ancestrales; deseos, inclinaciones, etc., de hecho el espíritu latente de la raza humana.

El vocabulario de cada individuo está en relación con la vida subconciente. Una palabra posee en si misma un poder mágico para hacer aparecer del fondo de la memoria toda especie de apariciones. Cada palabra tiene un valer emocional en diversos grados.

Por tanto, cuando una palabra de apariencia usual es presentada al sujeto y se le pide responder tan rápidamente como sea posible con la primera palabra que le venga al espíritu, obtenemos no solamente -- una asociación de su contingente mnemóico, sino podemos también encontrar algún completo afectivo, lo que es indicado por una respuesta lenta a la palabra presentada. Este es el método de las asociaciones verbales de Jung, método empleado para el descubrimiento de los secretos en los criminales o de los complejos afectivos y generadores de síntomas morbosos en los sujetos que sufren diversos trastornos psicógenos. En el empleo de esta prueba es preciso emplear las palabras mas ordinarias, de uso diario, porque ellas son las que están en relación con la experiencia individual ordinaria. "(Church-Peterson-Nervous and Mental Diseases).

Para proceder a esta exploración se le dice al enfermo una serie de palabras como: calle, noche, ciudad, montaña, cielo, silla, agua, cama, barco, grande, negro, etc. y se le invita a contestar a cada una de ellas con la primera palabra que le venga a la cabeza. Las respuestas, así como los tiempos de reaccion deben ser anotadas y para ello se utilizará un cronógrafo que marque quintos de segundo.

El maniaco asocia con suma facilidad, pero superficialmente y casi siempre por asonancia, por el sonido de la palabra, rimando. Lo hace con rapidez pero de una manera desordenada.

El melancólico con suma lentitud. El confuso, el demente precoz, el oligofrénico, no asocian bien porque sus ideas no se enlazan (incoherencia).

El demente precoz catatónico lo hace de una manera monótona, amañerada, repitiendo siempre las mismas palabras (asociación estereotipada o verbigeración), o bien por contraste o negativismo; alto-bajo; duro-blando; bonito-feo; etc.

Algunos contestan con neologismos (perseguidos, esquizofrénicos)

Hay un método ideado por Fihrmann que consiste en una lista de 100 palabras inductoras que lee o hace leer al sujeto de modo rítmico y ordenado, determinando la expansión o amplitud del poder asociativo, es decir, el tanto por ciento de reacciones o asociaciones diferentes obtenidas con las palabras inductoras. Al estado normal su cifra es de

90 a 98. Se deja pasar un mes o más y luego se practica un nuevo examen con las mismas palabras anotando las asociaciones nuevas, es decir, las nuevas palabras que resultan de esta segunda prueba y obtiene así en esta vez la riqueza del poder asociativo. Cuando el coeficiente es de 70 a 60% o menor, se trata de un estado morboso.

2 - Ideas delirantes y delusiones.- Las ideas delirantes las pueden presentar espontáneamente el enfermo y en este caso no hay dificultades para explícarlas, o por el contrario las esconde (reticentes), siendo entonces su exploración muy difícil, para lo cual debe desplegarse mucha táctica y así no ocasionar desconfianza en el enfermo, principalmente y cuando se trata de ideas de persecución. Se le harán preguntas en este sentido: ¿Qué le sucede a Ud?. ¿Es desagradable lo que le pasa? ¿Es injusto lo que le hacen? etc. En ocasiones no se recoge nada en una primera exploración y hay casos en los cuales se llega a descubrir las ideas después de ver repetidas veces al enfermo o sorprenderlas ocasionalmente.

No me cansaré de indicar que la exploración completa de un enfermo casi imposiblemente se hace en un solo reconocimiento. Es tarea de observación paciente, de tiempo, de informaciones solicitadas a los que lo rodean, etc.

Cuando un enfermo se niega a contestar y tiene una actitud agresiva, siempre debe pensarse en alucinaciones auditivas o en ideas delirantes de persecución.

Por último, las ideas pueden recogerse sueltas, múltiples, sin ligas que las unan o por el contrario organizadas y sistematizadas.

En los casos en que por la observación directa no se encuentren ideas delirantes, suelen descubrirse en los escritos de los enfermos, asuntos del cual me ocuparé después.

c-) PERTURBACIONES PSICOSENSORIALES.

1- Percepción.- ¿Comprende el sujeto lo que se le dice? ¿Reconoce los objetos que se le enseñan? (1) ¿Reconoce a las personas presentes? ¿al médico?. Se le hará identificar olores, sabores conocidos, objetos usuales por medio del tacto (esteriognosia). En todo esto observar la rapidez de la percepción.

PRUEBA DE HELLBRONER.- Se presenta al enfermo una serie de dibujos incompletos en serie. El primero tiene unos cuantos rasgos, los siguientes van presentando paulatinamente mas hasta la figura completa. - Observar en cual de dichos dibujos reconoce el paciente el objeto.

2- Insuficiencia de percepciones.- Se investiga si oye o ve las cosas raras, como transformadas, vagas. Si las personas le son extrañas o encuentra en ellas modificaciones. Si los sonidos o las voces las percibe difícilmente, etc.

3- Ilusiones.- Estos trastornos se exploran juntamente con la percepción pura y se aprecian porque las sensopercepciones son transformadas. Se provocan ruidos; se enseñan objetos para ver si son percibidos correctamente o modificados; v.gr. si al golpear un objeto percibe gritos de alguien que pide auxilio, etc.

4- Alucinaciones.- Deben investigarse por orden, la existencia de (1)- Lo más usual es presentar al enfermo un cuadro que tenga numerosas figuras como casas, personas, animales, etc. Dejar que lo contemple un rato y después que diga lo que ha visto.

alucinaciones 1o. Psicosenoriales, 2o. Conestésicas y 3o. motrices.

1o. Alucinaciones sensoriales.- Se empieza la investigación por las más frecuentes e importantes que son las auditivas. Si el paciente las revela espontáneamente por su conducta, por su actitud o por sus escritos, ya tiene el investigador un punto donde acogerse para explorarlas, y entonces, según el sentido de tales alucinaciones, interrogar al enfermo. Si se queja de que lo persiguen se le dirá: ¿todavía siguen -- esas personas molestando a Ud? ¿Ha llegado Ud. a reconocerlas? ¿No han variado las intenciones que tienen con Ud?.

Si no hay datos que suministre el enfermo para poner de manifiesto estas alucinaciones, hay que proceder con cautela y no hacer preguntas bruscas, comenzando por las formas elementales (a asmas) y así se le dirá: ¿oye Ud. bien? ¿Le zumban los oídos? ¿Persibe Ud. ruidos? etc., Si el enfermo desconfía y se pone reticente, hay que demostrar que la exploración es para buscar si hay algún padecimiento del oído y así -- destruir sus temores. Una vez encaminada la investigación, deben de recogerse de las alucinaciones todos sus caracteres, es decir, si son ruidos indeterminados, sonidos o voces; únicas o múltiples; quienes las pronuncian; desde donde; si hay alucinaciones antagonistas.

En segundo lugar se examinan las visuales que en ocasiones se -- aprecian por la inspección, como en los confusos o en los alcohólicos, por la actitud, la fisonomía, la fijeza de la mirada sobre cierto lugar, etc. Se debe preguntar si le ha llamado la atención ver algunas cosas -- extrañas, por ejemplo en el momento en que van a dormirse (alucinaciones hipnagógicas). Si ven animales (alucinaciones zoopsicas). Si ven fantasmas o visiones, etc. El estado del enfermo en estos casos es de angustia y de terror, lo cual por sí solo debe orientar en la posible existencia de alucinaciones visuales. Sin embargo, hay un grupo de alucinaciones llamadas liliputienses, muy raras, que consisten en que los enfermos ven hombrecitos o mujercitas muy bien proporcionados, vestidos generalmente con colores brillantes y trajes fantásticos que ejecutan toda clase de movimientos. En tales casos, los enfermos experimentan gran alegría y satisfacción.

Alucinaciones táctiles.- Averiguar si los pacientes experimentan hormigueos, picoteos, si sienten que se les toca o perciben frío o calor en alguna parte del cuerpo. Lo más frecuente es que tengan la impresión de que alguien está junto de ellos o de que se les rasguña o producen cortaduras.

Alucinaciones olfativas y gustativas.- Menos importantes que las anteriores por su frecuencia y significación clínica, pero no hay que olvidarlas, puesto que la hiposmia y la anosmia tienen gran valor como síntoma prodrómico de la parálisis general y el saber estíptico o de azufre en los delirios sistematizados alucinatorios.

2o.- Alucinaciones conestésicas.- Estas alucinaciones han tenido y tienen en Patología Mental un importante valor, puesto que en muchas ocasiones, por sí solas constituyen un cuadro clínico completo. Enfermos de la conestesia se encuentran en todas partes y son con los que el médico general tiene que luchar diariamente. Constituyen ese grupo particularísimo de pacientes que se quejan de numerosas dolencias, principalmente gastrointestinales o hepáticas, que se creen estar siempre muy graves y que difícilmente encuentran alivio a sus padecimientos. Adeptan -- métodos de vida especiales en lo que se refiere a alimentación; toman -- numerosas medicinas sin obtener mejoría, y así descepcionados por la in-

curabilidad de su mal, van de consultorio engañando a los médicos.

Debe ponerse cuidado extremo en determinar estas alucinaciones e inquirir del enfermo si siente algo especial o molesto dentro de su cuerpo, de su vientre, etc.

Las alucinaciones cenestésicas pueden presentar varias modalidades: la destrucción o ausencia de órganos; su cambio de lugar o sustitución por animales u objetos. A este particular tengo presente un enfermo que se quejaba de tener un gato dentro del estómago y una enferma que decía tener un teléfono en su corazón.

Después es conveniente hacer una exploración física cuidadosa de la región o regiones que señala el enfermo para ver si en realidad hay un padecimiento orgánico.

3o.- Alucinaciones motrices.- Si siente que cambia de lugar contra su voluntad; si mueve involuntariamente alguna parte de su cuerpo; si habla impulsado por una fuerza extraña o escribe de la misma manera o ejecuta cualquier otra cosa de movimientos en igual sentido.

Investigar también la presencia de alucinaciones psíquicas: si se le impone o sugiere lo que piensa contra su voluntad; si oye lo que está pasando (eco del pensamiento). Si le roban o le quitan sus ideas (robo del pensamiento).

d-) ATENCION.

1.- Atención activa.- Cuando se llega en particular a esta exploración en lo general ya se ha venido haciendo desde el principio del estudio, puesto que esta facultad se pone en juego durante todo el interrogatorio y exploraciones parciales.

Ver si es fácilmente obtenida o no puede ser despertada (por ejemplo en la idiotez, la hebefrenia) o tiene tendencia a cambiar de objeto (movilidad maniaca). Se le hacen preguntas al enfermo y con el cronógrafo de quintos de segundo se ve el tiempo que tarde en contestar. El normal es de 1 a 3 segundos.

PRUEBAS.- (TESTS).

Prueba de Bourdon.- Consiste en tachar ciertas letras de la página de un libro, por ejemplo todas las r. Este procedimiento es poco práctico y por eso Whitley emplea para esa prueba unas tarjetas con series de letras y recomienda al enfermo que borre todas las que le indique. -- Otros (Santi de Sanctis, Woodworth, Lyman) han modificado este procedimiento para hacerlo aplicable a enfermos que no saben leer. Consiste en series de cruces, triángulos, estrellas, que son las que deben ser borradas.

A	O	F	R	A	T	G	A	M	S	Z	X	F	L
Y	R	M	A	S	Q	A	U	I	X	V	L	O	A
F	O	R	A	T	M	Z	J	K	N	D	A	O	E
I	U	Z	N	P	Y	D	A	O	S	V	Y	I	A
B	R	U	I	Q	A	O	F	M	A	S	T	L	A
D	O	P	R	S	N	D	K	A	H	Q	I	O	G

?	&	\$	i	"	%	9	E	-	:	;	!	?	"
!	(&	/	&	\$.	,	-	%	&	?	%	-
\$!	")	?	/	%	("	%	?	:	;	E
%	&	?	!	("	:	i	,	?	E	=	/	%
))	E	/	\$	%	i	"	;	E	%)	"	%
&	E	/	%	i	i	\$	"	?	-	(E	i	%

Prueba de Binet. Decirle al enfermo que con la mayor rapidez posible escriba debajo de cada una de tres cifras que se le dan, la que sigue, por ejemplo: 20 12 9 El número de errores y el tiempo empleado para escribir dichos números, indicará el grado de atención.

Prueba de Kraepelin. Se le da al enfermo una columna de números simples y se le dice que vaya sumando de dos en dos y diciendo el resultado, o anotándolo.

Prueba de Reich. Consiste en que el enfermo tiene que separar dos o más clases de semillas que se le dan mezcladas en un recipiente. (1).

Prueba de Munsterberg. Hacer que el sujeto trace de un modo simultáneo con una mano, líneas verticales y con la otra horizontales. -- Al cabo de cierto tiempo, ambos movimientos se hacen en el mismo sentido pero el tiempo transcurrido para ello es mas largo en las personas normales que en los enfermos.

2.- Atención pasiva.- Como la anterior es motivo de exploración desde el principio del estudio de un enfermo y se recoge, observando si se fija en los estímulos circunstanciales indirectos, por ejemplo, si platicando de determinado asunto, lo abandona para fijarse en algún ruido provocado, en algún objeto luminoso, etc. La mejor manera de buscarla es iniciar una conversación con el enfermo y durante ella hacer provocar por un ayudante ruidos, sonidos, etc.

E-)

e-) MEMORIA.- Por la conversación con el enfermo se recogen datos acerca de la memoria de las perturbaciones que pueda tener, las cuales pueden ser totales, es decir, sobre todo la memoria y parciales, sobre ciertas formas.

1- Memoria total- La amnesia completa sólo se encuentra en los estados comatosos (epilepsia) pero casi siempre lagunar, es decir abarcando un episodio determinado de la vida.

La amnesia total o sea la pérdida de la memoria de sucesos antiguos y recientes se ve casi exclusivamente en los estados demenciales. La manera de ponerla consiste en hacer preguntas de orden general; que diga el paciente los meses del año, las estaciones los días de la semana, estados de la República.

2- Amnesias parciales. Puede ser para los sucesos antiguos (amnesia retrógrada); para los sucesos recientes (amnesia anterógrada) para uno o varios grupos de sucesos sean antiguos o recientes (amnesia lagunar); para ciertos recuerdos, palabras, etc. (agramatismo y antonomasia).

1o.- AMNESIA RETROGRADA.- Para esto se pueden preguntar acontecimientos de la infancia, niñez o juventud; recuerdos escolares; de la edad adulta; asuntos de trabajo y oficio; sucesos históricos locales y generales, v.gr. ¿A qué edad ingresó usted a la escuela? ¿hasta qué año llegó? ¿Qué estudios le llamaron a Ud. la atención? (si el enfermo refiere alguno, por ejemplo si dice que la Historia Natural hacer unas preguntas en este sentido). Quienes fueron sus primeros amigos; qué re-

(1)- Esta prueba se emplea principalmente en los niños y vesánicos jóvenes.

cuertos agradables tiene de su juventud, cuáles han sido los trabajos que ha desempeñado, si ha efectuado viajes y a que lugares, en que año se casó, en qué época se consumó la independencia de México, en qué año principio la revolución maderista, cuales fueron los presidentes que sucedieron a D. Porfirio Díaz, etc.

Conviene también probar la memoria en relación con el tiempo de diversos sucesos pasados. Así, cuando ha dado correctamente la fecha de su casamiento, se le preguntará: ¿Qué otros sucesos ocurrieron en el año de su casamiento? ¿Quien era presidente de la República?

Como se ve, las preguntas pueden ser numerosas, pero el explorador debe hacerlas de acuerdo con la ilustración del individuo, pues muchas de estas pruebas, si se efectúan en personas incultas o analfabetas, no tienen ningún valor. En cuanto a la pérdida de los recuerdos de cultura en la gente ilustrada o en los profesionistas, si es importantísima, especialmente en los asuntos relacionados con su ocupación.

2.- AMNESIA ANTEROGRADA.- Hacer preguntas acerca de sucesos recientes, ya de orden personal, ya general, por ejemplo: ¿a qué hora se levantó Ud. ayer? ¿Con qué personas estuvo Ud. platicando? ¿qué tomó Ud. en el desayuno?.

Leer al enfermo, o hacer que lea un artículo de periódico o de un libro; después interrogarlo sobre el particular, pidiéndole que explique lo que leyó.

Enunciar una serie de números de una cifra y ver cuantos puede retener. La prueba se hace generalmente con 10 números. Se le dice al enfermo uno por uno con la misma entonación de voz y guardando el mismo intervalo entre unos y otros y al terminar se le pide que indique todos los que recuerde. Esta prueba debe hacerse 3 a 5 veces seguidas.

Se enseña rápidamente un número de varias cifras y se le pide que lo repita. Un adulto normal es capaz de recordar 6 cifras de izquierda a derecha y 5 en sentido inverso.

Dar una dirección: 2a. del Brasil 33 por ejemplo; platicar después sobre cualquier suceso con el paciente y 3 a 5 minutos después ver si ha conservado la dirección. Puede hacerse también con una cifra de varios números y acortando o alargando el tiempo según el caso.

Estas pruebas naturalmente que las tiene que adaptar el explorador a cada caso concreto que se le presente y no hacerlas sistemáticamente en todos los enfermos. A menudo es suficiente darse cuenta de un estado demencial para excluir muchas pruebas que serían impracticables.

3.- Hipnesias.- Inquirir si no ha habido determinados sucesos que se hayan debilitado de la memoria con algunos recuerdos, ciertas épocas de la vida o si la disminución se lleva sobre ciertas cosas, como por ejemplo sobre los substantivos (antonomasia), sobre las fechas, etc. Además investigar la existencia de recuerdos confusos, imprecisos o aislados sin relación con nada anterior o posterior a ellos.

4o.- Dismnesias.- Si los lugares conocidos no tienen apariencias de ser vistos por primera vez (olvido de lo ya visto); o si los lugares no conocidos les parecen familiares (recuerdo de lo nunca visto). Estos trastornos se suelen presentar en algunas ocasiones en los maniacos y confusos, y han sido llamados impropriamente ilusiones y alucinaciones de la memoria.

30.- **Hipermmesia.** La investigación de este estado intelectual se hace durante toda la exploración de la memoria puesto que el observador bien se dará cuenta si el enfermo revela exaltación de la memoria, ya por la prontitud o precisión de las respuestas, ya porque relata los sucesos de su vida como si acabaran de pasar, de su infancia (criptomnesia) o de otras épocas (ecmmesia), y por la prontitud con que resuelvan los test (1).

Hay otras pruebas que sirven para hacer simultaneamente la exploración de la memoria y la atención como la siguiente:

Se lee al enfermo una lista de 10 pares de palabras, estando las palabras de cada par relacionadas entre sí. Después, al mencionar aisladamente una palabra, se le pide que repita la compañera.

Relox	Dios
Cadena	Bondad
Caballo	Canto
Jinete	Pájaro
Zapato	Violín
Calcetín	Música.
Cuello	Obrero
Corbata	Trabajo
Botón	Culpable
Alfiler	Castigo.

e- **Juicio y Razonamiento.**- (autocrítica y heterócrítica).

Hacer que el enfermo manifiesta la opinión que tiene de sí mismo, de su talento, de su persona, de sus aptitudes, etc. y llevar la conversación acerca del desempeño de su oficio, profesión, la marcha de sus negocios y sus proyectos futuros; preguntarle la opinión que tenga con relación a asuntos políticos mundiales y locales del momento presente, así como problemas morales y religiosos.

Hacer que calcule el tiempo que media entre dos palabras separadas por un intervalo x ; la distancia a que se halla un objeto de él o la que media entre dos lugares conocidos, por ejemplo, la catedral de México y el castillo de Chapultepec; que determine en metros la probable altura de un edificio, por ejemplo la Secretaría de Comunicaciones o el Correo.

"Tests".

Prueba de los silogismos de Toulouse. Se le hacen varias proposiciones, construyendo silogismos verdaderos y falsos y se le pide al paciente su opinión, por ejemplo.

La mentira es un vicio feo.
Todo vicio debe evitarse.

(1)- La exploración anterior incluye lo referente al estudio de la amnesia de conservación y de reproducción, por lo que considero inútil repetir esto como exploraciones particulares, En lo que se refiere a la amnesia de fijación, su estudio queda comprendido por entero en la exploración de la atención.

Luego el agua es un cuerpo sólido

El hielo es agua.

El hielo es un cuerpo sólido.

Luego el agua es un cuerpo sólido.

Se le pide que haga crítica de frases absurdas, por ejemplo:

Un ciclista se ha caído y se ha roto la cabeza, muriendo instantaneamente. Le han llevado al hospital pero hay pocas esperanzas de que se salve. (Gruhle).

Ayer se encontró en el bosque un muerto cortado en muchos pedazos. Seguramente se trata de un suicidio. (Id).

Hubo en la estación un descarrilamiento de poca importancia. Sólo murieron 48 personas. (Id);

Un señor decía a otro: si alguna vez desesperado me quisiera matar, no lo haría en martes, pues es día de mala suerte y siempre me han ocurrido desgracias en ese día.

Prueba de Ziehen.- Diferencias los conceptos de palabras que se prestan a confusión, por ejemplo, escala y escalera, estanque y laguna, error y mentira; avaricia y amorro, mendigar y pedir.

Prueba de Finck.- Pedir la explicación de refranes, por ejemplo la ocasión hace al ladrón. Más vale pájaro en mano que ciento volando. De tal palo tal astilla. No por mucho madrugar amanece mas temprano. A la villa que fueres haz lo que vieres, etc.

Prueba de Masselon. Hacer que se formen frases con tres palabras por ejemplo: Soldado.- enemigo - honor.

Escuela	Instrucción	- vida
Fusil	- Campo	- Conejo
Medicina-	Enfermo	- salud
Honradez-	Trabajo	- Riqueza

Prueba de Ebbinghaus.- Método de complementación. Completar las palabras o sílabas que faltan:

Salí al.... y recogí algunas rosas. Las coloqué en un.... sobre la... y el color... pareció aun mas rojo sobre el ... blanco de la mesa

Después de un largo pa... por un sitio que no conocía me sentí tan cansado que... a punto de desma.... Muerto de fa.... me ti... en la yerba y pronto me.... Cuando des.... ya hacía mucho tiempo que era de Los.... del sol habían... tanto mis.... que no los podía soportar. Quise... pero, cosa extraña... pude... mis miembros, estaban como paralizados. Maravillado... alrededor de... y entonces descubrí que... yerbas habían crecido y... fuertemente mis bra.... y.... como si... cordeles.

Pruebas llamadas éticas. Se preguntará por ejemplo: ¿Qué debe Ud. hacer si ve a alguna persona perder un bulto?

¿S, alguien le da a Ud. un golpe y le pide dispensa, que hace? ¿Qué debe hacerse antes de intervenir en un asunto importante? ¿Qué se debe personar mejor: una acción hecha en un momento de cólera y otra hecha en esta-

do de tranquilidad? ¿Qué debe hacerse cuando alguien pregunta su opinión sobre una persona a quien se le conoce?. Estas pruebas orales tienen un valor limitado porque el sujeto puede muy bien decir lo que es correcto hacer pero hace lo contrario. Además, como dice Gruhle la respuesta implica por una parte cierta experiencia de la vida, y por otra dominio de lenguaje y algo de habilidad para resolver conceptos abstractos. Por tal motivo es muy difícil juzgar las respuestas.

f.- Afectividad.-

El estudio de las facultades afectivas es el resultado de observación de la conducta de los enfermos, de su adaptación familiar y social. La afectividad tiene un papel importantísimo en la producción y desarrollo de las enfermedades mentales, de tal modo que su estudio en la actualidad es de gran valor no solo para el especialista sino para el médico, pues ha venido a poner en claro numerosos problemas sociales psicológicos y psiquiátricos desconocidos.

Lo más importante que debe investigarse en la exploración de un vesánico es el tono emocional; euforia (manía, parálisis general, psicosis tóxicas) cacoforia (psicastenia, melancolía, neurastenia). Indiferencia afectiva (oligofrenia, demencias). Irascibilidad morbosa (epilepsia toxifrenas). Miedo patológico (perseguidos, alcohólicos). Se investigan los sentimientos afectivos haciendo preguntas acerca de su cariño a la familia, a sus hijos, amigos, sus deberes sociales, sus aficiones, gustos, inclinaciones, etc. Esta facultad la encontramos matizando todos los estados intelectuales y su estudio, como repito, depende del estudio de la conducta. No existen pruebas

g.- Voluntad.

Para conocer el estado de esta facultad es indispensable llevar la investigación sobre dos puntos:

1o.- Si el enfermo no ejecuta sus actos de acuerdo con sus deseos o de otra manera, si no lleva a la práctica lo que piensa realizar (abulia).

2o.- Si a pesar de comprender que no debe de hacer determinados actos, se ve impulsado a hacerlos (impulsiones).

Se hará una observación minuciosa acerca de obsesiones y fobias. Las primeras principalmente en lo que se refiere a las obsesiones impulsivas (dipsomania, cleptomania, aritmomania, piromania, dromomania, etc. y de las segundas las que frecuentes (zoofobia, agorafobia, claustrofobia, sitiofobia, nosofobias, microfobia, etc.

Dentro de los procesos volitivos conviene investigar lo que se refiere a la actividad del enfermo; entre ella su espontaneidad, sugestibilidad, negativismo, para lo cual se le dan órdenes observando si las lleva a cabo y con que prontitud o si se niega a realizarlas.

IV.- EXPLORACIONES ESPECIALES.

a-) Examen del lenguaje.

Estudios son estos que aunque en gran parte corresponden a la Neurología, tienen en Psiquiatría una importancia muy grande y deben de investigarse en todos los casos.

1-Dislogias.- Ya verbales, ya gráficas (dislogias gráficas) cuando existen se ponen de manifiesto puesto que traducen por el lenguaje las alteraciones fundamentales del psiquismo y solo conviene precisar si se trata de dislogias propiamente dichas (incoherencias logorrea, incoordinación); Dislogias por modificación del estilo y de la sintaxis, que se revelan por un lenguaje escogido, ampuloso, dramático, lleno de metáforas, alegorías, proverbios; dislogias por modificaciones de dicción expresiva, para lo cual se determina la intensidad de la voz, la altura y el timbre.

2- Disfasias.- Esta exploración sólo debe hacerse en el caso en que concorra un padecimiento mental con una afasia. Se investigan los trastornos del lenguaje exterior e interior.

10.- Palabra espontánea.- Riqueza de vocabulario. Adaptación de la palabra a la idea (perifrasis); frases nuevas e incomprensibles; imposibilidad e incorrección de nombrar los objetos o los substantivos; repetición de palabras (intoxicación por la palabra).

20.- Palabra repetida.- Si es posible y correcta.

30.- Audición verbal. Se darán órdenes empezando por las mas sencillas hasta llegar a algunas complicadas y determinar si el paciente las ejecuta y por tanto si comprende lo que se le dice.

Prueba de Pierre Marie.- Se le presentan al paciente tres papeles y se le ordena lo siguiente: Coloque el papel mas grande en su bolsa, el de enmedio póngalo en el suelo y el chico démelo Ud.

40.- Lectura mental.- Dar órdenes por escrito como: póngase Ud. en pié; saque la lengua; abra la boca; camine hacia adelante, etc. y observar si son comprendidas; o bien hacer que el paciente lea un artículo de periódico o un párrafo de un libro e inquirir si lo ha entendido.

50.- Escritura. Espontánea- Dictada- Copiada.

30.- Dislalias. Estos, que son los trastornos propios de la palabra articulada, se buscan haciendo hablar espon ancamente al enfermo, o bien poniendole palabras de difícil articulación a las que se ha dado el nombre de palabras y frases de prueba, como son: truhan, tranquiñuela, constitucionalmente, anticonstitucionalmente, artillero de artillería, tres mil trescientos treinta y tres, etc.

La exploración de las efusias debe, para ser completa, terminar se por la exploración de la agnosia y de la apraxia ideatoria. En lo que se refiere a la primera principalmente acerca de la asimbolia primitiva. Para esto se le enseñarán al enfermo objetos numerosos conocidos y observar si los identifica. La apraxia ideatoria se investiga según la ejecución de actos complicados: prender un cerillo, una vela. O por medio de tests como dar un paisaje dividido en pequeños cuadros o en figuras irregulares y hacer que se forme la figura entera.

b- Exploración de Anormales.

Dentro de la exploración mental está comprendida la relacionada con los oligofrénicos; pero en virtud de ser un capítulo especial de la Psiquiatría que corresponde a la Psicopedagogía de los Anormales y donde entran de lleno gran número de "tests", solo voy a mencionar las pruebas de Binet y Simon que han sido adaptadas a los niños mexicanos por el Dr. Santamarina. Estas pruebas que corresponden a niños normales, son ventajosamente utilizadas en Psiquiatría para determinar el grado de desarrollo

intelectual de los psicodiagnósticos, recordando que el desarrollo psíquico de los idiotas corresponde a la edad normal de niños hasta de 3 años. El de los imbeciles a la de 3 a 7 años y el de débiles mentales a la de 7 a 12 años.

- III.- Años.-
- 1.- Repetir dos cifras.
 - 2.- Describir un grabado
 - 3.- Decir su apellido
 - 4.- Repetir una frase de seis sílabas
 - 5.- Nombrar objetos comunes.
 - 6.- Comparar dos líneas.

- IV.- Años.-
- 1.- Decir su sexo.
 - 2.- Copiar un círculo
 - 3.- Repetir una frase de doce sílabas
 - 4.- Repetir cifras
 - 5.- Nombrar 5 colores (rojo, negro, blanco verde y rosa.
 - 6.- Juego de paciencia (tarjeta)

- V.- Años.-
- 1.- Comparar dos pesos
 - 2.- Copiar un cuadrado
 - 3.- Repetir una frase de diez y seis sílabas.
 - 4.- Contar cuatro monedas de un centavo
 - 5.- Ejecutar tres encargos
 - 6.- Nombrar seis colores (se aumenta el amarillo).

- VI.- Años.-
- 1.- Distinguir la mañana de la tarde
 - 2.- Definir por el uso
 - 3.- Contar 13 monedas de un centavo
 - 4.- Comparación estética.
 - 5.- Tocar la oreja izquierda con la mano derecha. Nombrar 8 colores. (el azul y el café además de los otros)

- VII.- Años.-
- 1.- Copiar un rombo
 - 2.- Describir un grabado (significado).
 - 3.- Comparar dos cosas de memoria
 - 4.- Figuras incompletas
 - 5.- Nombrar 10 colores. (Se aumentan el morado y el anaranjado).

- VIII.- Años.
- 1.- Contar 9 centesimos monedas de un centavo y tres de un centavo.
 - 2.- Contar del 20 al cero
 - 3.- Reconocer todas las monedas
 - 4.- Nombrar los colores plateado y morado
 - 5.- Comprender preguntas fáciles.

- IX.- Años.-
- 1.- Repetir 5 cifras
 - 2.- Dar cambio de 50 centavos
 - 3.- Dar la fecha completa (día, mes y año).
 - 4.- Enumerar los meses
 - 5.- Colocar tres palabras en dos frases.

- X.- Años.-
- 1.- Definiciones superiores al uso
 - 2.- Ordenar cinco pesos

- 3.- Copiar dibujos de memoria
- 4.- Colocar tres palabras en una frase
- 5.- Nombrar el color gris
- 6.- Repetir tres palabras disílabas.

- XII Años.-
- 1.- Resistir sugerencias de líneas
 - 2.- Decir más de 60 palabras en tres minutos
 - 3.- Completar frases
 - 4.- Criticar frases absurdas
 - 5.- Repetir seis cifras
 - 6.- Comprender preguntas difíciles

- XV. Años.
- 1.- Ordenar frases desarticuladas
 - 2.- Definición de palabras abstractas
 - 3.- Interpretar un grabado
 - 4.- Repetir una frase de 20 sílabas
 - 5.- Problemas de hechos diversos
 - 6.- Encontrar tres rimas.

c.- PSICOANÁLISIS.

Debo decir algunas palabras acerca de este moderno método de exploración de los enfermos mentales, desarrollado principalmente por Freud.

No entra dentro de la índole de este trabajo explicar los fundamentos del psicoanálisis, ni juzgarlo desde el punto de vista de su utilidad y de sus resultados. Me limitaré a exponer en términos generales la manera de proceder a esta exploración. (1).

Este método es más a menudo aplicable en casos de histeria o psicastenia o en los periodos de calma de la Psicosis Maniaco depresiva.

En los enfermos que han llegado a la demencia es imposible practicarlo, así como en los periodos de excitación de la Psicosis Maniaco depresiva, en los oligofrénicos y otros.

Para proceder a efectuarla es conveniente hacer algunas pruebas de las funciones psíquicas para saber si el enfermo es capaz de someterse al método.

Freud hipnotizaba a los enfermos, pero en la actualidad ya no se hace esto, sino que se deja al sujeto en completa libertad, procurando que concentre su atención y no se distraiga. Por esto algunos recomiendan vendarles los ojos.

Explicar previamente sobre lo que debe hacer; que sea sincero en sus respuestas y diga lo que verdaderamente le venga al espíritu, y que exponga con claridad sus pensamientos de cualquier clase que sean.

Se comenzará invitándole a que cuente por sí solo todo lo que sepa acerca de su enfermedad y el médico le irá ayudando por medio de preguntas discretas a fin de hacer surgir del fondo de la subconciencia los complejos sumergidos. El explorador debe aprovechar para hacer sus preguntas todos los datos que haya podido obtener acerca del enfermo y de su enfermedad. Preguntarle cuáles son las ideas que le vienen a la mente. Cuales son las cosas que más recuerda. Se necesita mucha sagacidad para hacer

(1).- Para mayores detalles consúltese: PSICOANÁLISIS.- M. Guevara y Oropeza. Tesis recepcional- Año de 1923.

este estudio, porque hay que observar el contenido de lo que el paciente refiera; su manera de expresar sus pensamientos; los gestos o movimientos que efectúa al hablar; las pausas o interrupciones que tenga, Freud recomienda que se le interrogue respecto de sus sueños.

Una vez que ha expuesto todo lo que tenía que decir, se utilizarán las palabras que haya dicho para pedirle que manifieste las asociaciones que acudan a su mente al mencionarle una de dichas palabras. Si se queda callado, hacerle preguntas acerca de lo que está pensando.

Es muy común que los enfermos traten de buscar respuestas lógicas a lo que se les pregunta. Por este motivo es indispensable explicarles que lo que se desea no son respuestas lógicas sino el primer pensamiento que acuda a su mente.

Después, hacer la prueba de las asociaciones de Jung, que como -- queda dicho antes, consiste en poner una lista de palabras y decirle al enfermo que conteste a cada una de ellas con lo que le venga al espíritu. Tomar los tiempos de reacción en quintos de segundo. Este tiempo debe ser de 6 a 12 quintos de segundo. Cuando la palabra inductora se ha puesto en relación con algún complejo sumergido, el tiempo se alarga.

Es mas conveniente hacer para cada caso especial una lista de palabras de acuerdo con los datos que hayan podido obtenerse del paciente y no emplear una lista "standard" como la de Jung porque sería muy difícil abarcar con ella toda la exploración del psiquismo.

El objeto del psicoanálisis es doble. Por una parte sirve para conocer el origen de los trastornos que presentan los enfermos.

Además hace de medio terapéutico desalojando de la subconciencia algún complejo afectivo sumergido que era la causa de los síntomas y que al ser devueltos a la conciencia dejan de producir trastornos psíquicos.

Examen de los ESCRITOS DIBUJOS Y TRABAJOS MANUALES.

Para ser completo el examen de un alienado indispensable es observar y estudiar sus escritos, dibujos y trabajos manuales.

La importancia de los tres es muy grande, especialmente de los escritos, sobre todo cuando pueden establecerse comparaciones con los que ha hecho el individuo antes de su enfermedad.

Ya he mencionado que en ocasiones no se pueden observar las ideas delirantes de un enfermo debido a su reticencia y en cambio, se encuentran con toda amplitud en sus escritos y dibujos.

ESCRITOS.- El escrito debe ser estudiado desde dos puntos de vista

1o.- En relación con el fondo mental (psicográfico) que puede revelar ideas delirantes, trastornos de la asociación de ideas, alucinación, etc.

2o.- La forma de la escritura (caligráfica). Neografismo, estereotípias, irregularidades en las letras, temblor, etc.

Para mayor facilidad de esta exploración voy a recordar sintéticamente la semiología de la escritura en los enfermos mentales.

GRAFORREA.- Es la tendencia a hacer largos escritos en los que se encuentran enormes exposiciones de asuntos que están en relación con las ideas dominantes del enfermo.

Se observa principalmente en los Delirios de Persecución Interpretativos y Alucinatorios, en el periodo prodromico de la parálisis General, en algunos casos de manía y de demencia precoz paranoide. La forma de estos escritos es muy variable (1), ya sea cartas dirigidas a los familiares, amigos o a las autoridades. Lo común es que revelen reclamaciones, acusaciones, peticiones, testamentos, etc.

ESTEREO TIPIA GRAFICA Y NEOGRAFISMOS.- Dentro de la multiplicidad de estas perturbaciones gráficas lo más frecuente es encontrar palabras raras que sólo tienen significación para el que las escribe, acompañadas de figuras geométricas, signos cabalísticos, modificaciones en el tamaño de las letras, tintas de varios colores (Esquizofrenia Paranoide, Delirios Sistemáticos).

AUTOMATISMO GRAFICO.- Su estudio se obtiene presenciando como escribe el enfermo y consiste en que lo hace impulsado por una fuerza irresistible (alucinación verbal motriz gráfica).

ESCRITURA EN ESPEJO.- Una forma curiosa de escritura es la llamada en espejo que se encuentra en la Histeria y en la Imbecilidad. Consiste en que el enfermo escribe de derecha a izquierda de tal modo que solamente se puede leer lo que escribe con un espejo.

LETRA TEMBLOROSA. Fuera de la propia de ciertas enfermedades nerviosas (Paraplegia, Esclerosis en Placas), en patología mental se encuentra en numerosos enfermos. En la Parálisis General se acompaña de desigualdad de letras, omisión de sílabas o palabras de repetición de éstas. Tam-

(1).-Consultese: ESTUDIO CLINICO DE LOS DELIRIOS SISTEMATIZADOS ALUCINATORIOS.- Núñez Chavez- tesis recepcional (1926).

bién se halla en los alcohólicos y dementes.

En estos últimos hay manifiesta pobreza de palabras.

Los escritos pueden ser hechos en papel limpio y son ya cuidadosos, ordenados, regulares (Delirios Sistematizados). Otros lo son en papeles sucios recogidos de las basuras, pedazos de periódicos o cajetillas de cigarros; las líneas irregulares y descuidadas (Dementes, maniacos).

En varias psicosis crónicas, las líneas de la escritura son trazadas en diferentes direcciones y a veces la letra es muy pequeña siendo en ambos casos muy difícil leer el contenido.

Los siguientes ejemplos revelarán la importancia que tiene el estudio de los escritos de los alienados.

Fragmento de la carta de una enferma del Sanatorio Lavista de Tlalpam con Delirio Sistematizado Alucinatorio (ideas de persecución y alucinaciones auditivas):

"Dile a mis hijos que los bendigo cariñosamente y que su madre no fué adúltera. Ellos lo saben bien porque conocen nuestras vidas, íntimas. Por eso mi hijo Juanito y su padre están sentenciados a muerte.

Los hechos que me imputan solo han pasado por la mente de las personas que nos hicieron desgraciadas, destruyendo con la mentira nuestro hogar y nuestras vidas.

Aunque paso los días sin hablar con nadie, sino que estoy rezando y llorando, la gente dice que las ofendo, porque las voces me lo dicen. Las voces son mis enemigos, enemigos que no he ofendido, que nunca les he hecho ningún mal, que no veo, que dicen que soy adúltera porque me han calumniado y siguen calumniándome hasta en esta casa en donde reina el mejor orden. Esas voces me calumnian con toda crueldad pero te juro que mi única satisfacción es que ante Dios, ante mi esposo y ante mis hijos no tengo ninguna mancha", etc.

Fragmento de la carta de un paralítico general del mismo Sanatorio.

"Queridas hermas no la esperanza que podremos poderemos que gusto tendrá y si podremos veros cuando vienen tender todos juntos si Dios quiere algún día podré vero que gusto tendré muchos recus.....".

La escritura era además muy irregular con letras desiguales y caracteres temblorosos.

DIBUJOS Y TRABAJOS MANUALES.— La observación de los dibujos y trabajos manuales puede servir para descubrir muchos trastornos de los enfermos.

Los dibujos son por lo general fantásticos, extravagantes, con figuras raras, colores vivos y en ocasiones revelan el conjunto de ideas delirantes.

2.- EXAMEN FISICO.

Después de verificar el examen psíquico de los alienados, es conveniente terminar la exploración por el examen físico. Como este es un asunto del resorte de la Propedéutica General, sólo voy a enumerar el conjunto de exploraciones que deben hacerse.

Estado de la nutrición.

Sistema nervioso. En ocasiones muy difícil de llevar a cabo pero tiene mucha importancia.

Aparato génito urinario.

Estigmas de degeneración.

Sistema oseo.

Aparato respiratorio

Aparato cardio-vascular.

Por último como datos complementarios, deben de efectuarse exámenes de laboratorio de los cuales sistemáticamente deben hacerse: la investigación de las reacciones luéticas de la sangre y del líquido céfalo-raquídeo.

RESUMEN.

- 1- Exámen psíquico.
 - (Antecedentes familiares (Ascendentes
Colaterales
Descendentes.)
 - I.- Interrogatorio indirecto.-----
 - (antecedentes del enfermo (Infancia, niñez, pubertad,
edad adulta.
 - (Antecedentes de la enfermedad
 - (Conducta del enfermo.
 - (tratamientos seguidos y sus resultados.
 - II.- Inspección.
 - (Actitud.
 - (Porte y estado del vestido
 - (Fisonomía (facies) (Hiperminia
Hipominia
 - (Mímica.----- (Dismimia.
 - (Anomalías craneales; asimetría facial.
 - (Torax y miembros.
 - Orientación
 - (Autopsíquica. (En el tiempo -
 - (Alopsíquica (En el lugar. -
 - (Ideación
 - (Asociación - (Incoordinación. -
 - (de ideas -- (Incoherencia, fugá.
 - (Ideas delirantes y delusiones.
 - (Percepción. (Insuficiencia de percepciones.
 - (Ilusiones. (Sensoriales (auditi-
vazy visuales, tacti-
les olfativas, gusta-
tivas.
 - (Perturbaciones (psicosensoriales) (Alucinacio nes. (Cenestésicas. -
(Motrices.
(Psíquicas. -
 - (Activa. (
 - Atención. (Pasiva. (
 - (Memoria total. (Am. retrógrada.
 - (Memoria. (Amnesias parciales (Am. anterógrada.
(Hipermnesia. (Hipomnesias.
(Dismnias. (Dismnias.
 - III.- Examen de las funciones psíquicas (Interrogatorio directo y "tests").



(Juicio y razonamiento.
(Autocrítica y heterocrítica)

(Afectividad.

(Voluntad.

(Examen del lenguaje.

IV.- Exploraciones especiales.----- (Exploración de anormales.

(Psicoanálisis.

V.- Examen de los escritos, dibujos y trabajos manuales.

2.- EXAMEN FISICO Y EXAMEN DE LABORATORIO.
