

1696  
Afectos  
Esquizofrenia

## La afectividad en la demencia precoz

---

- 1°. Chock emocional: estímulo auditivo. Esfígmograma y neumograma.—2°. emociones, estímulos psíquicos. Esfígmograma y neumograma.—3°. Conversación espontánea. Intereses familiares, económicos, sociales, adaptación al asilo, etc.

El presente trabajo no constituye sino una pequeña parte que a manera de ensayo nos hemos propuesto realizar, dentro del tan interesante y vasto, como sugestivo capítulo, de la Emoción Experimental.

La emoción, como los chocs emocionales que la preceden, se acompaña de modificaciones orgánicas localizadas o difusas y de un estado de conciencia correspondiente. Pero pueden faltar las expresiones, puede creerse en un indiferentismo casi absoluto y sin embargo, existir un grado grande de emotividad que sólo se puede poner de manifiesto con la experimentación; por tanto, apreciando el grado de esas modificaciones orgánicas que seguirán a un estímulo centrífugo o centripeto, podremos juzgar de la capacidad emotiva de una persona, que tanta importancia tiene en Clínica Psiquiátrica. Veamos rápidamente cuales son esas modificaciones y cómo podemos clasificar, según ellas, los diversos períodos de la emoción.

A la afectividad corresponden una serie de fenómenos tanto orgánicos como psíquicos; es por esto que los estados emotivos acarrear la alteración del funcionalismo somático.

Haremos incapié solamente en las reacciones circulatorias y respiratorias que tomamos como base para las conclusiones del trabajo presente y que son producidas por los chocs emocionales.

Existen tres categorías de chocs emocionales, según la intensidad de los cambios circulatorios y respiratorios que provocan:

1.º, pequeños chocs emocionales.—Proviene de excitaciones muy ligeras y las reacciones circulatorias y respiratorias son poco marcadas y de sentido mal determinado;

2.º, comprende los chocs emocionales más intensos que, por poco que se prolonguen, son susceptibles de provocar reacciones afectivas secundarias, sentimientos más o menos durables de alegría, tristeza, miedo, cólera, etc. Pueden durar bajo una forma crónica, renacer por representaciones, complicarse con reacciones psíquicas y fisiológicas, y constituir, por este motivo, un objeto de estudio psicológico más rico y variado que el del choc propiamente dicho. En el tiempo que media entre el choc y la emoción calificada, intervienen representaciones claras o confusas que pueden dar una interpretación más o menos rápida de la causa;

3.º, categoría de chocs emocionales intensos. Actuando excitaciones fuertes (peligro de muerte por ejemplo), se producen grandes desórdenes circulatorios, respiratorios, de la motricidad, del equilibrio de la vida vegetativa y a veces reacciones de intoxicación, inhibición o depresión.

## REACCIONES CIRCULATORIAS Y RESPIRATORIAS EN LOS PEQUEÑOS CHOCS

Las reacciones vasculares de los pequeños chocs se manifiestan bajo la doble forma de vasoconstricción y vasodilatación de las extremidades músculo-cutáneas o de las vísceras. Los resultados obtenidos en las experiencias por diferentes investigadores son discordantes. François Franck, estudiando sobre hombres y animales, concluye que en las extremidades cutáneas se presenta con más frecuencia la vasodilatación que la vasoconstricción; pero el carácter positivo o negativo de una reacción vascular periférica, u otra, debe siempre ser compensado en otra región por reacciones inversas. Se dice que el fenómeno de vasoconstricción se produce cuando al descenso del trazado corresponde la pulsación característica de una más fuerte tensión (ablandamiento del dicrotismo); y el fenómeno de vasodilatación cuando a la ascensión del traza-

do, corresponde la pulsación característica de una más débil tensión (acentuación del dicrotismo).

Las reacciones vasculares sufren también variaciones importantes en su amplitud y rapidez que dependen: 1.º, de las variaciones de la excitación; 2.º, de la impresionabilidad de los sujetos; 3.º, de las condiciones de los vasos; 4.º, de causas desconocidas. Las variaciones de la excitación pueden hacerse en la rapidez, brusquedad, en su intensidad y determinan también cambios de amplitud y rapidez del pulso y respiración, según la significación que tiene la excitación. Los trazados obtenidos por François Frank demuestran que son mucho más marcadas las reacciones cuando ellas corresponden a una sorpresa causada por una detonación, por ejemplo, que cuando ellas corresponden a un grito simulando un accidente en el laboratorio. Por esta misma razón es sin duda que la aprensión de una detonación provoca en un sujeto una reacción más marcada que la detonación misma.

En sujetos normales los pequeños chocs aumentan ligeramente la frecuencia del pulso, elevando un poco la tensión arterial y produciendo efecto tónico sobre el sistema nervioso y netamente sobre el simpático.

## LOS CHOCOS EMOCIONALES MEDIANOS

Los trastornos orgánicos que determinan estos chocs, que en el lenguaje corriente se les denomina emociones fuertes, son mucho más característicos y la mayoría de los investigadores, en especial Cannon, las relaciona directamente con una excitación del simpático. Los elementos del organismo más profundamente afectados son las glándulas y los músculos lisos de las vísceras. Provocando emociones breves, pero muy bien caracterizadas, de horror, disgusto, sorpresa, alegría, etc., se constata, en la mayoría de los casos, vasoconstricción cutánea, aceleración del corazón, elevación ligera de la tensión arterial y respiración acelerada. A estos síntomas se añaden el sudor frío, la erección del sistema piloso, la palidez (que resulta de la vasoconstricción), todo lo cual revela las modificaciones del tono general del sistema nervioso órgano-vegetativo bajo la influencia de la emoción.

Son muy sugestivos los hechos en los cuales se apoya Cannon para demostrar las reacciones neuro-vegetativas características del miedo, la cólera, el dolor, etc. El dice: «las cápsulas suprarrenales producen la adrenalina que actúa sobre los órganos inervados por el simpático, como si en realidad recibieran una excitación de éste. Además, las suprarrenales son inervadas por las fibras paraganglionares del sistema simpático y la estimulación de estas fibras provoca la liberación de la adrenalina en el torrente sanguíneo».

De estas dos consideraciones se deduce que las alteraciones provocadas en el territorio del simpático sean automáticamente aumentadas y prolongadas por los efectos químicos de la secreción suprarrenal. Las observaciones y conclusiones a que llega Cannon van más allá. Sabemos que la estimulación artificial de los espláncnicos no provoca solamente la liberación de adrenalina, libera también el azúcar del hígado y esta liberación es tan considerable, que se ha demostrado en animales, además, la presencia de glicosuria. Si las suprarrenales son extirpadas, la estimulación de los espláncnicos no produce glicosuria. La participación de la suprarrenal parece ser indispensable para la movilización del azúcar en la sangre, cuando esta movilización se opera bajo una influencia nerviosa. Si la secreción suprarrenal medular está aumentada en las grandes emociones o en los estímulos dolorosos de los nervios, y puesto que la hiperglucemia es la compañera normal de los estímulos nerviosos experimentales, que aumentan la secreción de adrenalina, es razonable pensar que el miedo, la cólera y el dolor provoquen hiperglucemia. Esta hiperglucemia tendría un carácter utilitario, puesto que el azúcar suministra a los músculos la mejor parte de su energía. Se ha visto que los grandes dolores, en los animales, les ponen en condiciones de realizar esfuerzos los más violentos, diversos e insospechados para librarse de un sufrimiento. ¿Se puede atribuir la asociación útil que se establece entre las emociones particulares y sus reacciones innatas (asociaciones del miedo con la huida, de la cólera, con el instinto de combate o ataque) a la liberación de azúcar? Para poder estar por la afirmativa sería preciso que la aparición de esta substancia sea inmediata al choc emocional y según las experiencias se ha podido constatar en la sangre la adrenalina 10 segundos después de una excitación y la hiperglucemia 5 minutos después.

Aún cuando nosotros experimentalmente no podremos provocar el choc mediano, ni menos intensos, en nuestros enfermos, sin embargo, diremos unas pocas palabras acerca de los grandes chocs.

*Grandes chocs.*—Acarrean consigo el desorden o la inhibición de todas las funciones orgánicas y mentales y son conocidas sus consecuencias clínicas próximas o lejanas. Se presentan fenómenos de excitación incoherentes, de excitación simpática o de inhibición y de parálisis en sus formas más intensas. Si se trata de una excitación simpática, la agitación desordenada puede hacerse presente en la generalidad de los músculos, en un grupo muscular o en músculos aislados; el corazón bate tumultuosamente y con fuerza, la respiración toma un carácter anhelante.

Si los fenómenos son de inhibición, se presenta la marcha desequilibrada, las piernas se ponen blandas y se flexionan, hay temblor generalizado, desarreglo del automatismo muscular, baja de la presión arterial y retardo del corazón. François Franck ha notado que cuando los chocs emocionales golpean con intensidad y brusquedad sujetos particularmente sensibles, puede producirse sea un aceleramiento del corazón (luego seguido de retardo secundario con baja de la tensión arterial) sea un retardo inmediato con hipotensión y alguna vez un paro del corazón en diástole, que si se prolonga acarrea la muerte.

Resumiendo lo que hasta aquí se ha dicho, se puede deducir que a dosis ligeras las excitaciones emocionales son excitantes; a dosis más fuertes engendran agitación desordenada y a dosis extremas, se traducen por fenómenos de depresión o de parálisis que acarrean sea la inhibición, sea el agotamiento o la fatiga.

Las emociones ejercen reacciones que no son desconocidas sobre los músculos lisos y las glándulas y, el papel del llamado sistema autónomo, en estos casos, es el que predomina. Recordemos que las glándulas y los músculos lisos de las vísceras no son inervados por el sistema nervioso central; entre las neuronas cerebro espinales y las vísceras o glándulas, se interponen neuronas situadas alrededor del sistema nervioso central, constituyendo los aparatos axio-locales y locales de tejido excito-motor. Hay un vasto sistema autónomo (nombre que no se puede aceptar en un sentido literal) que se

subdivide en sistema parasimpático de origen craneal o sacro y en sistema simpático de origen medular, antagonistas entre sí. La función normal de los órganos resulta de la sinergia de los dos sistemas.

Los efectos ejercidos por chocs emocionales sobre los músculos lisos inervados por el sistema autónomo de las vísceras han sido a menudo señalados: la retracción de la pupila o la midriasis a consecuencia de la excitación o la parálisis del esfínter iridiano; las contracturas por parte del esófago; contracturas gástricas que hacen digestiones lentas e incompletas; insuficiencia en el braceaje del quimo, flatulencias, dilatación gástrica; contracturas intestinales o estomacales, o bien contracciones peristálticas rápidas y desordenadas que, conjuntamente a la hipersecreción, entrañan evacuaciones imperiosas de la vejiga, provocando micciones frecuentes, parálisis vesicales, contracturas del esfínter vesical o uretral que tienen por consecuencia la retención de orina y aún el relajamiento del esfínter.

La influencia de los chocs emocionales sobre las secreciones externas ha sido poco estudiada, pero por las experiencias hechas a este respecto, parece que los chocs ligeros son excitantes y los chocs intensos, inhibidores, cualesquiera que ellos sean. Los chocs emocionales producen, pues, respuestas pluriglandulares no específicas, y estas respuestas parecen positivas o negativas según la intensidad de la excitación.

Diremos unas pocas palabras acerca de la acción de los chocs sobre las secreciones internas. Cannon ha establecido ya que bajo la influencia de las emociones positivas hay una hiperadrenalinemia que determina un efecto simpático-tónico, explica también el mecanismo de la hiperglicemia emocional y su utilidad. En cada glándula interna de nuestro organismo se trata de encontrar una reacción determinada y así, en lo referente a la glándula tiroidea, está probado que las influencias nerviosas, los chocs emocionales, el surmenage, la preocupación, etc. pueden jugar un gran papel en la génesis de sus afecciones. Además, las repercusiones orgánicas de la emoción en la respiración, circulación, músculos, vísceras, secreciones externas e internas, pueden atribuirse a manifestaciones tóxicas. Toda grande emoción, por la excitación o por la insuficiencia funcionales que determina, debe tener por consecuencia alteraciones profundas del metabolismo que obedecen necesariamente a autointoxicaciones; y es muy probable que

por el papel capital de las secreciones endocrinas en el metabolismo, la insuficiencia de las glándulas internas, así como su hipersecreción, estén en primer plano entre las causas de autointoxicación.

Estas alteraciones del metabolismo explican el hecho que se observa después de los grandes chocs emocionales, de dolor por ejemplo, en los cuales se encuentra no sólo un aumento de azúcar en la sangre, sino una disminución del poder oxidante del suero y las variaciones bioquímicas múltiples en el hígado, la corteza suprarrenal, el cuerpo tiroideo y los tejidos intersticiales del testículo y ovarios. Por otra parte se tiene una prueba indirecta de las consecuencias tóxicas de la emoción en los accesos de confusión mental, delirante o nó, que suceden con frecuencia a las grandes emociones y que son incontestablemente la manifestación de un proceso autotóxico aparente o latente. La confusión mental que tiene como origen una gran emoción, no se establece inmediatamente; entre el momento de excitación y la reacción confusional, transcurre un tiempo variable desde pocas horas hasta uno o dos días, y en este intervalo se establece el estado tóxico ligado a las perturbaciones funcionales y endocrinas.

*Reacciones hemoclásicas.*—Widal y su alumnos nos han dado a conocer importantes trabajos sobre el choc hemoclásico y sus relaciones con la anafilaxia, planteada mucho tiempo antes por Richet. El choc hemoclásico, según la descripción de Widal y otros fisiólogos, puede ser producido por la introducción en la sangre de numerosas sustancias, particularmente albúminas heterogeneas, y consiste en un síndrome donde se asocian la hipotensión arterial, alteraciones de la coagulabilidad sanguínea, leucopenia, inversión de la fórmula leucocitaria, aspecto rutilante de la sangre y variaciones bruscas del índice refractométrico. Sustancias odorantes, albúminas alimenticas, sustancias coloides y cristaloideas introducidas bruscamente en el organismo, y por tanto, en la circulación; cuerpos parasitarios o microbianos lanzados al torrente sanguíneo en las infecciones; la reabsorción de los propios tejidos del enfermo, producen los accidentes del choc.

Hemos visto de una manera rápida que en las grandes emociones, se producen profundas alteraciones en las funciones orgánicas. Actualmente se trata de encontrar un punto de contacto entre estas perturbaciones súbitas del medio sanguíneo

y las señaladas con el nombre de chocs hemoclásicos. Joltraín, ha expuesto en 1.917 numerosos casos de chocs emocionales de guerra en los cuales había podido observar perturbaciones vásculo-sanguíneas idénticas a las obtenidas por Widal en los casos de deshomogeneización de las albúminas de los tejidos o de introducción de albúminas heterógenas. Este es un punto muy discutido aún y sería extendernos demasiado si quisiéramos exponer las razones en pró y las objeciones que se han planteado.

### REACCIONES AFECTIVAS SUPERIORES.—SENTIMIENTOS

Hasta aquí hemos visto el choc emocional únicamente desde el punto de vista de sus reacciones orgánicas.

Todas nuestras sensaciones se acompañan siempre de un tono sentimental o sentimiento de placer o displacer, en un grado variable. La sensación desaparece, al desaparecer el estímulo, pero deja tras de sí una imagen mnemórica o una representación que si ejerce su influjo sobre las asociaciones de ideas y los impulsos motores, constituye los afectos o las emociones propiamente dichas. Los tonos sentimentales sensoriales se transmiten también a los tonos sentimentales e intelectuales o sea a las representaciones e imágenes mnemónicas.

El tono sentimental de placer se llama también positivo; y el de displacer, negativo. A la transmisión del tono sentimental de una representación a otra se llama *irradiación*: toda nuestra vida emotiva, y por tanto, todas nuestras acciones están dominadas por estas irradiaciones que tienen su consecuencia sobre lo que más luego explicaremos y se denomina *estado de ánimo*.

Si experimentamos en una cierta unidad de tiempo una o algunas sensaciones o representaciones con su tono sentimental intenso, entonces, las otras muchas sensaciones y representaciones que aparezcan en la misma unidad de tiempo y que no vayan acompañadas de ninguno, o sólo de un débil tono sentimental, serán matizadas por el tono sentimental de aquella representación primitiva. Así resulta que muy frecuentemente nuestras sensaciones y representaciones muestran dentro de una unidad de tiempo cierta homogeneidad de los tonos sentimentales y esto es lo que constituye un estado de



ánimo o «humor». El humor variará según el momento, y para una misma clase de estímulos, según el individuo.

Es muy complicada la manera como se originan estos tonos sentimentales y no intervienen en ello solamente la intensidad de los estímulos, sino también la cualidad de ellos. Entre los sentimientos existen muchos compuestos principalmente de tonos sentimentales negativos y éstos originan un estado de ánimo depresivo. Existen igualmente otros que consisten en tonos sentimentales positivos y éstos originan la mayor exaltación. Entre estos dos estados tenemos los indiferentes.

Una complicación más considerable de nuestros tonos sentimentales la encontramos en ciertas reacciones afectivas superiores, es decir, cuando nuestros tonos sentimentales son transmitidos a las sensaciones y representaciones de nuestras propias acciones y de las de nuestros semejantes. Nosotros, sin duda, primeramente asociamos esas representaciones y sensaciones sólo con los tonos sentimentales ya conocidos. Como resultado de un contacto permanente del individuo con el medio, los caracteres afectivos de éste van constituyendo una especie de hábito. Los sentimientos familiares no están constituidos desde que el niño nace, pero a medida que el nuevo ser progresa, se sistematizan una serie de conocimientos acentuados sobre una experiencia afectiva elemental. Los cuidados de la madre dan lugar a numerosas sensaciones de tono sentimental positivo, los asociamos nosotros con el sentimiento de agradecimiento y de amor; y llega una cierta edad en que se siente una ligazón afectiva hacia aquellos que nos rodean. El niño sabe cuales son sus padres y distingue la cantidad de afecto que siente para cada uno de los que están con él; así se forma el sentimiento familiar que es, en último término, el resultado de una adaptación de la experiencia afectiva elemental al medio y perfeccionada por la inteligencia.

Pero todos estos sentimientos todavía son absolutamente egocéntricos, presuponen únicamente nuestra propia persona, hasta que descubrimos que nuestros semejantes también sienten, es decir, que tienen sensaciones y representaciones asociadas al tono sentimental; entonces nos formamos representaciones de estos tonos sentimentales en nosotros mismos, pero singularmente en nuestros semejantes: nos formamos las representaciones de la pena, placer, compasión, regocijo,

amor, odio. El tono sentimental de estas representaciones se desarrolla en el individuo de muy diversas maneras; por ahora no entraremos en detalles y sólo diremos que los tonos sentimentales congénitos no existen, así como no existen representaciones cogénitas. Estos son el producto de un desarrollo ontogénico lento y complicado y también filogénico.

Otros factores que intervienen en la vida afectiva del individuo, son los instintos de naturaleza vegetativa y los sentimientos que sobre la misma base instintiva van perfeccionando la experiencia, gracias a un desarrollo mayor de los procesos intelectuales. Prácticamente los sentimientos regulan la afectividad elemental o filogenética animal, representada por los sentidos. Si no todos los individuos reaccionan de igual modo a los estímulos, es por que en cada caso varía el grado de desarrollo de las manifestaciones instintivas y sentimentales. De allí que la constatación de la evolución de estos dos factores, no pueda hacerse sin la historia afectiva del individuo, lo que es de capital importancia en Psiquiatría. Hay niños que no han sido exigentes a sus necesidades vegetativas, poco inclinados al juego, reflexivos, que lloraban y reían poco. Estos son antecedentes que nos hacen juzgar que el desarrollo afectivo e instintivo ha sido defectuoso.

La infancia se caracteriza por el predominio de las manifestaciones instintivas sobre las intelectuales; la adolescencia es un conflicto entre el instinto y la experiencia intelectual; en el adulto, hay equilibrio entre éstas manifestaciones y aún, predominio de la inteligencia.

## TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

Como fenómeno normal, se observan variaciones periódicas o irregulares del estado de ánimo; pero en los psicópatas estas variaciones duran un tiempo mayor por causas internas o externas y desproporcionadas al estímulo.

Hay sucesos dolorosos que impresionan más de lo normal a una persona; dura un tiempo demasiado largo la conmoción interna. Por oposición, los temperamentos llamados esquizotímicos se marcan por una hipotesia afectiva; una desgracia, como la muerte del padre, parece no conmoverlos en lo mínimo. En cambio, causas sin importancia producen tras-

tornos de consideración: no hay una relación entre el estímulo y la reacción.

En los enfermos mentales esta falta de reacción es muy acentuada. Según la manera de responder a los estímulos, encontramos individuos 1.º, emotivos, aquéllos que responden rápida y exageradamente; 2.º, poco emotivos, en los cuales los estímulos, por intensos que sean, no encuentran reacción apropiada; 3.º, equilibrados, en los que la reacción es adecuada a la intensidad y cualidad de los estímulos.

Estos tres grupos pertenecen a los llamados temperamentos ciclotímicos o emotivos exagerados; esquizotímicos, poco o nada emotivos; y mixtos, en que hay un equilibrio emotivo intelectual.

Las variaciones instintivas y sentimentales son muchas. El humor puede presentarse por manifestaciones de alegría o depresión, cólera, miedo, terror, etc. Todas estas se observan en estados patológicos y tienen su significación. Estudiamos algunas de ellas,

**OBSESIÓN.** Esto signo tiene mucha importancia en la Psicología; un estado de ánimo (terror, cólera, tristeza), viene a ser casi permanente, estado de ánimo (terror, cólera, tristeza), viene a ser casi permanente, se prolonga un tiempo exagerado y en el aspecto intelectual se traduce por una verdadera obsesión. Así por ejemplo, hay obsesiones o fobias que se sintetizan por un temor incalculable respecto de la salud personal; se ve individuos que se defienden de ese temor exagerando los hábitos higiénicos: se lavan las manos cincuenta y cien veces diarias, no dan la mano al saludar. Como esta obsesión hay muchas similares.

**OBSESIÓN CONTRASTE.** Las obsesiones en general son síntomas propios de personas de fondo neuropático y se sistematizan en ciertas paranoias, histeria, etc. La obsesión contraste consiste en que predominando en el individuo un estado de ánimo tal, su conducta representa todo lo contrario (blasfemias de los místicos). A pesar de la exaltación del misticismo del enfermo, él no puede referirse a sus ideas sin blasfemias verbales o escritas.

Después de haber hecho todas estas consideraciones generales, nos concretaremos a estudiar la afectividad en la *Demencia precoz*. La esquizofrenia es un estado patológico en el cual los procesos intelectuales y sobre todo, los afectivos,

se alteran profundamente y son los primeros llamar la atención. Tal es el desorden de las funciones de afectividad, que con razón a la esquizofrenia se le ha calificado de «Demencia Afectiva». Estos desórdenes pasan por una gama de variedades, según el estado de la enfermedad, pero siempre se revelan en un grado mayor o menor.

Por la inhibición de todo lo que no se relaciona con el autismo de estos enfermos, los sentimientos poseen un carácter de demarcación que sólo abarca el mundo de las ideas en que vive sumergido el esquizofrénico; de allí nace una repulsión a la asociación para todo lo que con las mismas no se relaciona. En las formas graves de la esquizofrenia, esa demencia afectiva es el síntoma más llamativo; hay individuos que durante años no muestran ningún sentimiento, suceda lo que suceda a él o a los que le rodean. Si aún se ven exteriorizaciones afectivas, éstas son muy limitadas; hemos encontrado enfermos en que los sentimientos elementales de afectividad están conservados (se alegran por la presencia de un estudiante, les gusta oír y hacer chistes). Sin embargo, en la casi generalidad, se nota una indiferencia absoluta hacia sus intereses, su porvenir, su familia; no hablan espontáneamente jamás de sus deudos y si se les hace referencia a ellos, no demuestran ningún interés, no desean saber nada, no les quieren, sin saber por qué. A un esquizofrénico de nuestro Hospicio, J. A. P., le interrogamos: tiene mamá? Sí. Quiere a su mamá? No. Por qué no la quiere? Porque nó.

Otras veces el enfermo quisiera ocultar esa falta de cariño, pero no puede y trata de justificarlo, aduciendo para ello motivos tan nimios y banales que no valen la pena tomarlos en cuenta como caudales que determinarían este cambio de sentimientos. En los casos ligeros, no hundidos aun en el autismo, encontramos frecuentemente que el paciente tiene la sensación subjetiva de haber perdido la afectividad, de no tenerla, o al menos de que ésta es incapaz de ser despertada por cosa alguna. El paciente encuentra que le invade una indiferencia y despreocupación para todo lo real de la vida y que todo esto lo deja frío e inmovible; sabe que no siente, pero al contrario de lo que sucede en un melancólico, quisiera sentir, pero no se entristece ni sufre grandemente por ello.

Individuos en absoluto indiferentes, ante sucesos de relativa importancia, que parece no se conmueven ni se inmutan por nada, dan muestras de interés y hasta reaccionan con un

sentimiento de placer intenso ante cosas insignificantes. No puede negarse que los esquizofrénicos tienen sentimientos fundamentales de euforia, de depresión, angustia, etc. Pero este estado de ánimo viene desde adentro, desde su Yo, y es independiente de las asociaciones; pero estos sentimientos son las más de las veces pasajeros: vemos enfermos que rien solos, otros que impulsados por causales que duran poco, hacen sus exteriorizaciones afectivas en el sentido de una euforia exagerada patológicamente, para luego caer en la indiferencia absoluta.

Si bien es cierto que la rigidez afectiva parece la norma, ya que hay esquizofrénicos que rara vez reaccionan fácil y adecuadamente a los estímulos que les llegan, sobre todo del exterior, que no se ponen a tono con el ambiente ni con las personas que le rodean, o que son unilaterales, pareciendo marchar por propia cuenta; sin embargo, en los casos menos graves de la enfermedad, es posible que no encontremos indiferencia total, pues aún hallamos factores cargados de poder afectivo, pero con cierto carácter propio, *suigénérés*.

Otras veces, aunque no en todos los momentos, notamos una disgregación o disociación entre la afectividad y la actividad general. Ya hemos dicho anteriormente que la actividad se disocia de las representaciones y no corresponde a ellas. El mismo fenómeno notamos con respecto a la actividad general, quedando los estados afectivos sin producir efectos sobre la conducta y aún sobre la mímica, lo cual produce una impresión chocante de alejamiento e indiferencia en el observador.

Todos los autores están de acuerdo en que el defecto esquizofrénico de los cauces asociativos determina que cosas opuestas diametralmente pueden estar una al lado de otra en la psiquis, coexistiendo al mismo tiempo y sin que ninguna de las dos se sobreponga. Esto es lo que se conoce con el nombre de ambivalencia afectiva: «quieren al mismo tiempo una cosa y no la quieren». Aman y odian a la misma persona; pero mientras en un individuo normal esta manera de ser puede tener su razonamiento, en el esquizofrénico no parece que exista. Y así como hay una ambivalencia afectiva, existe también una ambitendencia de la voluntad, una ambivalencia ideativa, por la cual el enfermo piensa simultáneamente «que es y no es», porque se siente «ser y no ser».

Todos estos caracteres determinan la personalidad del enfermo o individualizan su modo general de ser.

También llama la atención la falta de un interés grande que guíe la vida de estos enfermos; de manera que el esquizofrénico se siente frío, indiferente, incommovible. Muchas veces atribuye esto a las condiciones de vida o a la enfermedad, pues dice que su verdadero Yo, el Yo que tenía de niño, es otro, sensible, franco, alegre y que quisiera recobrarlo. Estos sentimientos le son molestos y por consecuencia de ello, adopta ante la vida de los demás, que no le conmueve, una actitud algo fría e impasible, extraña y ajena a él.

.c

---

Nuestra manera de obrar en el presente trabajo ha sido la siguiente:

1º., conversación espontánea con los enfermos, durante la cual hemos tratado de descubrir siempre su tono afectivo;

2º., observación de su conducta en el Hospicio frente a hechos suficientes para despertar estados emocionales;

3º., trazados del neumograma y esfigmograma después de un tiempo conveniente de permanencia en el laboratorio, procurando que se hallen en reposo absoluto;

4º., mientras se hacían los trazados y sin que los pacientes adviertan nada, se les sorprendía con un estímulo auditivo, consistente en una fuerte detonación;

5º., pasado un tiempo prudente, se hacía el estímulo psíquico, consistente en una noticia grave, como la muerte del padre, la madre, la esposa, etc.

CRÍTICA DE ESTE PROCEDIMIENTO.—El hecho de experimentar con individuos anormales ofrece serios inconvenientes y grandes dificultades, ya que no son dóciles, o si lo son, no toman en cuenta todas las advertencias que se les hacen, o las olvidan, y el momento menos pensado hablan, contraen

sus músculos, ejecutan movimientos, todo lo cual influye en el trazado neumático y esfigmográfico, no pudiendo ser exacto el número de pulsaciones ni respiraciones, por unidad de tiempo, y variando el carácter mismo de la gráfica. De allí que determinar el número de pulsaciones y respiraciones en un minuto de tiempo, a veces no es posible y hay que hacer el cálculo en fracciones de minuto (40 segundos, 30 segundos, 20 segundos, etc.) único tiempo en el cual las gráficas han tenido una marcha regular (Ver gráfs. 1, 2, 3 y 4).

### CASUÍSTICA

Nº. 1. H. P. Demencia precoz, tendencia a la catatonía. Ingresó al Hospicio el 16 de Diciembre de 1926. Lo visita la madre; en la segunda infancia fué alegre, amable; a partir de los 12 años se torna misántropo, comienza su inercia y decadencia moral, cambia de carácter. Permanece cinco años en el instituto Dn. Bosco, hasta que es incapaz de trabajar, se acentúa su indiferencia, depresión, negativismo afectivo y de la voluntad. Es adaptado al asilo.

Nº. 2. R. G. Demencia precoz simple; comienza su enfermedad hace 8 años; antes fue amigo del licor y las mujeres; le gustaba divertirse. Actualmente tiene indiferencia afectiva para sus parientes; sentimientos afectivos para las mujeres; es algo comunicativo; impulsivo con las personas que cree se oponen a sus deseos. Recuerda su profesión (Telegrafista) y manifiesta deseos de volver a trabajar.

Nº. 3. J. A. L. Demencia precoz simple. A su ingreso era indiferente, rígido y circunspecto, vivía su vida interior, propia y era irritable. No respondía a las preguntas, había depresión de la actividad voluntaria; los intereses familiares y económicos no le interesaban. Ahora ha mejorado y sólo piensa en su familia y sus asuntos económicos.

Nº. 4. J. B. Demencia precoz hebefreno-catatómica. Indiferente a la presencia del médico; procura ocultarse, sumamente desconfiado; lugar natal, familia e intereses generales no le importan; tiene arranques de impulsividad por causas banales.

Nº. 5. P. A. B. Demencia precoz Paranoide. Comienza su enfermedad hace mucho tiempo. Siempre fué marcado su temperamento esquizotímico; tuvo más confianza y cariño a sus amigos antes que a sus deudos; estos actualmente no le interesan, aún más, no los quiere; le preocupa lo relacionado con la política del país y especialmente con la de Chile, lo mismo que las doctrinas socialistas. Es comunicativo a veces, amigo de versificar. Impulsivo con frecuencia.

Nº. 6. A. M. Demencia Precoz Paranoide. Ingresó al Hospicio la primera vez en 1930; sale después de poco tiempo y reingresa voluntariamente en 1931. Tiene tendencia a la sátira y el sarcasmo; se burla y empequeñece a sus compañeros. Afectividad para su familia muy disminuída; fué siempre misántropo; nunca le gustaron las mujeres. Desearía salir a reiniciar su trabajo. Es impulsivo.

Nº. 7. N. C. Demencia Precoz simple. Aún cuando en las conversaciones muestra cierta afectividad para sus parientes, nunca se interesó por ellos ni los recuerda espontáneamente. Vive aislado, indiferente al medio; a veces impulsivo.

Nº. 8. N. A. Demencia Precoz simple. No siente cariño para su familia. En su juventud fué retraído, poco gustó de las expansiones; manifiesta deseos de mejoría a fin de poder trabajar.

Nº. 9. N. A. Demencia Precoz simple. (pequeño estado demencial) En la actualidad podemos decir que su afectividad se conserva; es amable con sus compañeros; condescendiente. Manifiesta deseos de salir.

Nº. 10. N. A. Demencia Precoz simple (mediano estado demencial). En las conversaciones se muestra afectuoso para con sus parientes; se interesa por su mejoría y quisiera trabajar.



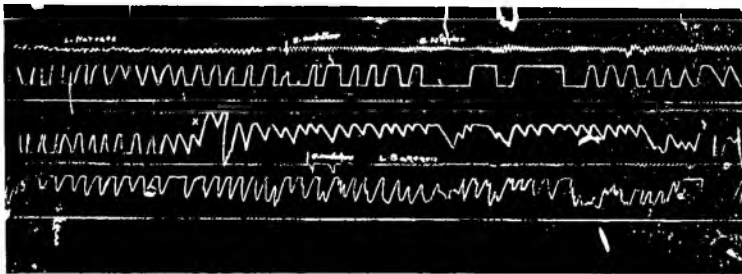


Gráfico Núm. 1

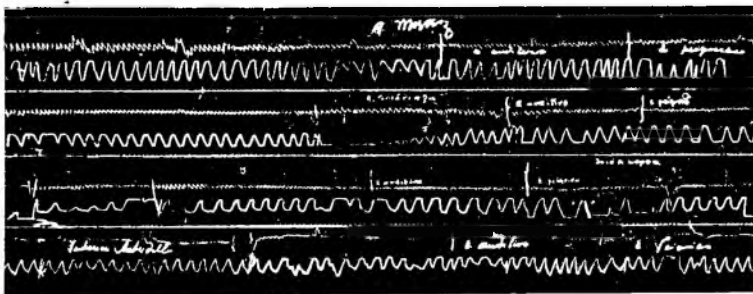


Gráfico Núm. 2

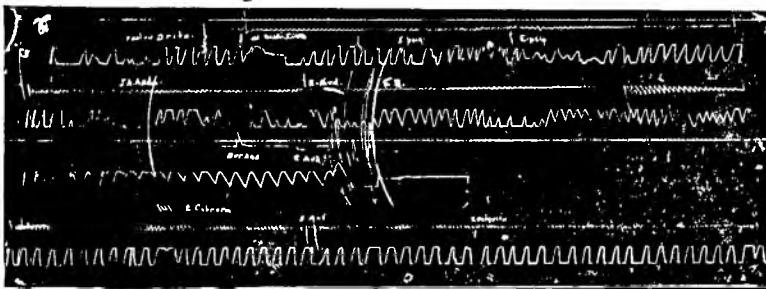


Gráfico Núm. 3

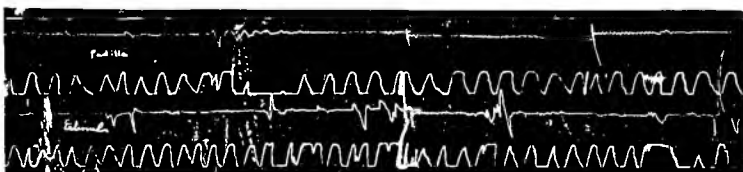


Gráfico Núm. 4

## Resumen de las curvas (neumo

	ESFIGMOGRAMA			NEUMOGRAMA		
	Antes del estímulo	Estímulo auditivo	Estímulo psíquico	Antes del estímulo	Estímulo auditivo	Estímulo psíquico
P. A. B.	60	60	54	24	16	
H. P.	62	54	62	14	12	14
J. B.	70			20		
J. A. L.	66	70	67	18	16	16
A. M.	59	60	57	22	22	21
R. G.	70	70	72	21	22	21
N. A.	75	76	75	22	26	20
E. C.	75	66	74	21	18	18
N. A.	78	74	75	20	20	18
A.	57	60	55	22	24	26
J. B.	70	68	68	20	22	19

## Resumen de las curvas (neumo

	ESFIGMOGRAMA			NEUMOGRAMA		
	Antes del estímulo	Estímulo auditivo	Estímulo psíquico	Antes del estímulo	Estímulo auditivo	Estímulo psíquico
P. A. B.	60	60	54	24	16	
H. P.	62	54	62	14	12	14
J. B.	70			20		
J. A. L.	66	70	67	18	16	16
A. M.	59	60	57	22	22	21
R. G.	70	70	72	21	22	21
N. A.	75	76	75	22	26	20
E. C.	75	66	74	21	18	18
N. A.	78	74	75	20	20	18
A.	57	60	55	22	24	26
J. B.	70	68	68	20	22	19

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** En todos los enfermos que hemos interrogado, a excepción de uno, se observa, si nó una desaparición, por lo menos una disminución de sus sentimientos afectivos superiores.

**SEGUNDA.** Las alteraciones producidas en los trazados del esfigmograma y neumograma, durante el estímulo auditivo, nos comprueba la existencia de reacciones de carácter instintivo.

**TERCERA.** Los trazados se alteran con menos frecuencia al estímulo psíquico.

**CUARTA.** Las alteraciones de los trazados duran muy poco (elevación o depresión brusca de la curva esfigmográfica; respiración prolongada, corta o entrecortada) y no son apreciables las variaciones de amplitud o rapidez.

**QUINTA.** En resumen: en la Demencia Precoz se hallan gradualmente alteradas, en el sentido de una disminución, las reacciones afectivas superiores; y en menor grado, las elementales.

## BIBLIOGRAFIA

DUMAS G.: «Nouveau Traité de Psychologie».—T. II.—Paris. 1932.

FOZ A.: «La emocionalidad en la demencia Precoz».—Bol. del Inst. Psiquiat. del Rosario.—1929.—Año I. 198.

MINKOWSKA: «Troubles essentiels de la Schizophrénie», etc.—L'Evolution Psychiatrique.—Paris 1925.

MINKOWSKI: «La genèse de la Notion de Schizophrénie, etc.»—L' Evol. Psychiat. Paris. 1925.

MINKOWSKI: «La Schizophrénie». Paris. 1927.

KRETSCHMER: «Manuel théorique et pratique de Psychologie Médicale.—Paris. 1927.

MAUZ F.: «El Pronóstico de las Psicosis endógenas». Madrid. 1931.

SACRISTÁN J. M.: «Diagnóstico diferencial entre la Psicosis maniaco depresiva y la esquizofrenia.—Málaga. 1929.