

**Dr. JULIO ENDARA,**  
Profesor de Clínica Neuro-Psiquiátrica

**Dn. JORGE ESCUDERO**  
Profesor de Psicología Jurídica

# Demencia Senil y Senilidad Normal

## (INFORME PERICIAL)

Quito, enero 24 de 1950.

Señor Juez Provincial Tercero del Guayas.

Guayaquil.

Dr. Julio Endara, Profesor de Clínica Psiquiátrica y Neurológica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, y Jorge Escudero Moscoso, Profesor de Psicología Jurídica en la Facultad de Jurisprudencia de la misma Universidad, designados por usted peritos para examinar el estado de las facultades mentales del señor J.C.I., debidamente juramentados, tenemos el honor de someter a su consideración el siguiente Informe:

Los días 19 y 20 del presente mes nos constituímos conjuntamente en la casa de habitación del señor J. I. con el objeto de llevar a cabo el examen, tanto desde el punto de vista clínico general como psicológico y neuro-psiquiátrico. Posteriormente recogimos todos los datos que encontramos a nuestro alcance —y que por su procedencia y evidente veracidad nos podían ser útiles— relativos a sus antecedentes familiares y personales.

Se trata de un hombre que por sus caracteres físicos frisa entre los 75 a 80 años de edad. Raza blanca.

Empresario de espectáculos. Ecuatoriano. Originario de Ambato.

1.—**Antecedentes Familiares.**—Nada preciso se conoce de ellos, salvo que sus progenitores murieron de edad relativamente avanzada. Fueron varios hermanos. En la actualidad sobreviven sólo dos hermanas que tienen descendencia. No se conocen datos patológicos de sus ascendientes ni de sus progenitores.

2.—**Antecedentes personales.**—Se sabe que fijó su residencia en Guayaquil cuando era aún muy joven (18 años), habiéndose dedicado al oficio de la zapatería. Más tarde se consagra a la explotación de un carrousel y luego (1905) amplía sus actividades explotando el negocio de cines. En la actualidad sus rentas provienen en buena parte de sus dos negocios: el carrousel y el cine. Todas las versiones que hemos podido recoger coinciden en afirmar que desde su llegada a Guayaquil y luego a través de sus diversas actividades comerciales, el señor se hizo apreciar por su dedicación al trabajo, la escrupulosidad en el cumplimiento de sus obligaciones, la posesión de prendas morales propias de un jefe de familia y el respeto por la sociedad en cuyo seno vivía. Parece que todas estas circunstancias influyeron para que, pese a la cultura modesta del examinado, fuera ganando con el paso de los años la consideración y la estima del ambiente escogido como suyo desde su juventud. Serio, morigerado en sus costumbres. Sólo se anota una inclinación acentuada hacia el bello sexo. No ha tenido descendencia en su hogar legítimo ni en sus relaciones extramatrimoniales.

No recuerda de sus enfermedades de la infancia. Cree haber contraído paludismo más de una vez, sin que haya sufrido ataques graves ni experimentado complicaciones propias de esta afección. Niega venéreas. Hace ocho años, aproximadamente, se descubrió que padecía de diabetes mellitus, enfermedad que ha sido comprobada reiteradamente por medio de exámenes de sangre y orina, razón por la cual continúa bajo tratamiento. En 1934 fué operado de un adenoma de la prostata,

convaleciendo sin complicaciones. Parece que a raíz de la comprobación de su diabetes sufrió trastornos generales, especialmente del sistema motriz y nervioso, conformándose luego un cuadro del cual conserva sus secuelas, pues aún hoy se puede reconocer la existencia de una polineuritis. Nos afirma no haber experimentado jamás desórdenes nerviosos graves ni padecido de alteraciones mentales; sólo acusa fuertes dolores de la rodilla izquierda, la misma que, estudiada radiográficamente, permite reconocer la presencia de una artritis. Los últimos malestares es probable que daten de más de 5 años.

3.—**Exámen directo.**—a) El señor es un hombre anciano, corpulento, algo arrogante a pesar de la inclinación del tronco. Desde el primer momento deja ver lo difícil que le resulta el acto de caminar. Su continente es impecable: bien vestido, aseado, no hay detalle reprochable en su vestimenta. La expresión fisonómica corresponde en cada caso a la calidad de las vivencias intelectivas o afectivas del momento, sin que se puedan apreciar discordancias o exageraciones cuando esas vivencias son muy vivas. Mímica sobria. Lenguaje articulado claro, medurado. Escritura correcta, también clara (no se aprecia temblor).

b) Estructura alta, complexión robusta, buena conformación somática, tipo pícnico un tanto desvaído por la edad. No hay asimetrías. Las extremidades distales superiores aparecen algo deformadas (atrofia de los interoseos de las manos y de las eminencias tenar e hipotenar).—Organos torácicos y pelvianos en condiciones normales.—Aparato circulatorio: id. Pulso: 78'. Tensión arterial: 150-80 (Controlada varias veces en el último tiempo por el Sr. Dr. D. Juan Tanca M). Se nos presenta un electrocardiograma normal, de fecha relativamente reciente.—Aparato digestivo: normal. El examinado dice padecer de una constipación crónica que la combate con el tratamiento que le han prescrito sus médicos.—Sensibilidad normal (Con excepción de los principales troncos nerviosos accesibles al exámen que presentan una hipoalgesia notable, tanto en los

miembros superiores como inferiores; reflejos cutáneos muy ténues.—Tono muscular normal, con excepción de las manos donde se aprecia hipotonía y atrofia.—Pupilas normales.—Motilidad normal de la cabeza; debilitada en los miembros superiores y muy limitada en los inferiores, sobre todo en la pierna izquierda. El Señor nos explica que si no fuera por el dolor de su rodilla podría caminar con mayor facilidad). La rodilla descubierta no presenta aumento de volúmen ni signos de inflamación, pero es sensible a la presión y más aún a la movilización activa o pasiva (artritis crónica).

Los datos referentes a las alteraciones de la sensibilidad, motilidad, s. refleja y tono muscular nos permiten reconocer la existencia de una antigua polineuritis que, en ausencia de otra etiología conocida en el presente caso, es plausible atribuirla a la diabetes.

Funciones de coordinación normales.—No hay signos de conflictos de espacio. Pares craneales normales.—Presbicia.

Ap. urinario: El examinado afirma no experimentar ninguna molestia desde que fuera operado de la próstata.

c) Examen psíquico.—Sensopercepción: normal. Orientación alopsíquica (noción de tiempo, lugar y medio) normal. Lo mismo la orientación de la propia persona (autopsíquica).—Humor del examinado: en relación con los estímulos del ambiente (contrariedad cuando la presencia de alguna persona no le es agradable o cuando ocurre algo que le choca. (Que no se nos haya brindado cigarrillos, etc.) Por lo general se mantiene tranquilo, su comportamiento es mesurado. Cuando le recordamos algo que le contraría (p. e. las circunstancias relacionadas con el actual juicio de interdicción) hace ostensible su protesta pero su continente no es exagerado ni hay signos de desinhibición afectiva. Más bien controla con seguridad sus actos y expresiones.—La asociación de ideas y el curso del pensamiento son satisfactorios aunque lentos (bradipsiquia). No constatamos apatía ni delirio de acción. Tampoco ideas de transformación de la personalidad, alucinaciones, ilusiones ni delirios.—La atención exhibe un tono satisfactorio,

tanto con relación al ambiente como con relación a sus vivencias íntimas. No hay impulsiones.—Los procesos intelectivos, en general, son satisfactorios y en relación con la edad y cultura del sujeto. Buena capacidad crítica y discriminativa, aún con relación a las fallas de su cerebración, principalmente armónicas, de las que nos ocuparemos aparte. Transcribimos fragmentos de nuestros interrogatorios, para que se pueda apreciar mejor el fundamento de nuestras afirmaciones:

P.—Puede Ud. informarme sobre sus familiares?

R.—No le puedo informar sobre mi familia cercana porque no todos viven aquí y yo salí de mi tierra muy joven.

P.—Por qué se radicó en Guayaquil?

R.—Los parientes de mi mamá me sugirieron venir.

P.—Cómo controla sus negocios?

R.—Me informan sobre los ingresos. El administrador me entrega los saldos. Hay también un contador que ya no más viene. Viene todos los días.

P.—Es bueno el negocio?

R.—El negocio a veces es bueno. Las películas pasan por . . . . .

P.—La censura?—R.—Sí, claro. Antes el negocio era mejor.

P.—Qué enfermedades ha tenido?

R.—No he tenido enfermedades raras. Ahora tengo diabetes; desde hace ocho años.

P.—Se ha sometido a dieta?

R.—Me han prohibido pan, dulce, fideos y otras cosas.

P.—Qué médico le atiende?

R.—Me ha atendido el doctor Tanca.

P.—De qué otras enfermedades ha sufrido?

R.—Después me enfermé con los dolores de las piernas, me fuí a Lima y me encontré con un médico de muy buena pasta que me hacía aplicaciones con una máquina eléctrica en mi casa hasta 15 horas.

P.—No serían minutos?

R.—Claro. El origen no me dijeron. Sólo me dolían las rodillas.

P.—No tuvo antes reumatismo?

R.—No he tenido reumatismo.

P.—Qué más?

R.—He sido sometido a la operación de la próstata hace talvez 10 años.

P.—Qué sentía antes de la operación?

R.—No podía orinar (sonríe).

P.—Ha tenido usted enfermedades venéreas?

R.—No he tenido infecciones.

P.—Y paludismo?

R.—Debo haber cogido paludismo. Este entra volando y se va volando (sonríe).

P.—Duérme usted bien?

R.—Duermo de 8 a 10 horas.

P.—Y sus digestiones?

R.—Debo atender al intestino.

En todo el curso de la conversación no se aprecia precipitación, volubilidad ni incoordinación ideativa. Por lo demás, hay perfecta correspondencia entre las ideas actuales y la educación recibida.

**Ideas y actividades políticas.**—P: Ha sido usted político? R: No lo he sido nunca.—P: Pero sé que usted hizo campaña con el General Alfaro? R: Cierto. Hice campaña con el General Alfaro. Conocí a todos sus amigos Alfaro me quería. Era muy recto.—P: Le concedió a usted algún grado? R: Soy capitán particular. Debo constar en las listas.—P: Cómo murió Alfaro? R: Le arrastraron.—P: Se divertían mucho en las campañas? R: Nó, a veces sólo tomábamos unas copitas de cognac".

**Con relación al círculo familiar.** P: Es usted casado? R: Fuí casado. Mi mujer murió hace dos años.—P: La echa de menos? R: Sí, porque me he quedado muy sólo y la quería mucho.—P: Però no tiene usted hermanas y sobrinos? R: Estoy ligado con Olimpia, casada con el doctor. . . . . Mi sobrino ha sido como mi hijo. Hoy mi sobrino me quiere hacer loco para internarme en el manicomio.—P: Por qué? R: Porque me quiero casar con la señora que me acompaña. El es un infame. Son treinta años de trabajo y viene un mequetrefe a querer llevárselo todo.—P: Hace tiempo que conoce usted a la

señora? R: Mi mujer tiene conmigo cinco años. Los familiares no sirven para nada; vienen por la plata (mímica). Este C. P. es el único que se me ha apegado. Tiene 40 años. Lo he atendido, lo he servido, pero me ha pagado muy mal.—P: Fué su empleado? R: No ha sido mi empleado firme. Le hice un testamento y lo anulé porque tengo mis razones. Era mi heredero.

Debe destacarse que en el curso de esta conversación, que tocaba el núcleo esencial del conflicto familiar actual, el examinado se expresa con una mímica pausada. En ningún momento da muestras de indignación extraordinaria. Analiza la situación recordando incidentes ocurridos por ese motivo en los últimos tiempos. No hay expresiones desmesuradas de irritabilidad y sus manifestaciones afectivas siguen las oscilaciones que corresponden al contenido de los temas propuestos en el curso de nuestra conversación.

**Memoria.**—Por cuanto hasta aquí se relata puede apreciarse que cualesquiera que sean los puntos tocados en el interrogatorio, el examinado encuentra en el bagaje de sus recuerdos los elementos necesarios para satisfacer nuestras preguntas. Sin embargo, se anota una falla evidente en cuando a la poca seguridad de las evocaciones cuando tiene que referirse a fechas y nombres y la presencia de cierta perseveración de errores de fechas. Se anota asimismo la presencia de errores en el cálculo numérico cuando la operación tiene que realizarse de memoria.

P: Qué edad tiene Ud? R: Unos 76 años.—En qué año nació? R: En 1878.—P: Cuándo abrió el teatro Parisiana. R: Lo abrí en 1826.—P: En qué año estamos ahora? R: Estamos en 1850.—P: Fíjese bien, en qué año estamos? Ah, estamos en enero de 1950.

Hay pues un evidente predominio memónico de evocación en cuanto a fechas, de 1800 sobre 1900. Este hecho hasta cierto punto podría tomarse como una particular reviviscencia de los recuerdos ya distantes. La equivocación de fechas en realidad no tiene mayor importancia ni puede servir de base por sí sola para un diagnóstico de afección mental, porque se tra-

ta de un anciano de más de 70 años. Los errores que ha cometido el examinado viene una vez más a confirmar el aserto de Mira y López: "Otra mala costumbre seguida por bastantes psiquiatras es la de obligarle a precisar fechas. Cuando se trata de personas de escasa cultura o de poca inteligencia, es muy raro que tengan una noción exacta del calendario. Así, juzgar de la memoria evocativa de un enfermo por el resultado de preguntas tales como éstas: En qué año contrajo matrimonio, cuándo se murió su padre, qué año fué la guerra de Cuba, etc., es sencillamente absurdo. Basta tener presente, para darse cuenta de ello, que hay muchas personas normales que no saben en qué año viven. Para obviar tales inconvenientes, he aquí unos cuantos ejemplos de preguntas formulables: De dónde es usted? En qué poblaciones recuerda usted haber vivido? En dónde ha estado usted más tiempo? Qué destinos ha tenido? En qué regimiento cumplió su servicio militar? Cómo se llamaba el capitán de su compañía? Cuáles son los nombres de sus amigos de juventud más íntimos?" (E. Mira y López: Tratado de Psiquiatría. Buenos Aires 1943. Pág. 122).

Aparte de que la evocación es un tanto débil o por lo menos poco rica en detalles, también pudimos constatar, aplicando el test de Wechsler para el estudio de la memoria inmediata "campo extensivo de la atención" (que consiste en la repetición de 7 series de números progresivamente complicados), que el examinado logró repetir completamente las tres primeras series, incurriendo en errores en las demás.

Sin embargo, no puede hablarse de amnesia, ni aún en cuanto a la fase de fijación (aprehensión o fijación). En apoyo de nuestra tesis sólo señalaremos dos hechos: 1º Cuando nos presentamos el 2º día del examen para continuar con nuestra tarea, el señor nos identificó perfectamente, y 2º recordó los principales incidentes de la primera entrevista (p.e: al oír las instrucciones para la realización de la prueba destinada al estudio de la formación de conceptos de Kassanin, experimentando luego las dificultades que surgían para lograr una solución satisfactoria, dijo: "Este trabajito



si que está difícil. No es como el de ayer, que estuvo muy bonito y entretenido. Se refería a la prueba de Rorschach, que en efecto se realizó el día anterior).

En cuanto se refiere al proceso global de la función memónica debe anotarse como algo fundamental que, pese a su evidente debilitamiento y a la gran dificultad con que tropieza cuando se trata de fechas —cosa que ya hemos comentado— no hay tendencia alguna a la confabulación, que existe cuando se trata de "enfermos con graves trastornos de la capacidad de fijación". "La incapacidad de fijación determina lagunas en la memoria que espontáneamente o bajo la presión del interrogatorio se llenan con invenciones. El contenido de estas confabulaciones suele proceder del curso habitual anterior de la vida cotidiana, pero también puede ocurrir que, hallándose perturbado el marco temporal, auténticos recuerdos aislados vayan a llenar equivocadamente la laguna amnésica. Por último, si existe perturbación de la conciencia, destrucción de los conceptos, desorganización de la vida instintiva, puede tener lugar una producción abundantísima de contenidos confabulatorios absurdos e inverosímiles, que con frecuencia presentan un carácter oniroide. También ocurre algunas veces que contenidos oníricos claramente recordados son utilizados como recuerdos reales". (J. Lange: "Psiquiatría".—Barcelona. 1942. Pág. 73).

**Inteligencia abstracta.**—La prueba de Mira, en que se exigen razonamientos de diferencias, el examinado la comprende perfectamente, lo que demuestra que nunca fué poseedor de una inteligencia relevante y que no está apto para llevar a cabo un trabajo que no sea del tipo de sus ocupaciones habituales.

En la prueba de la formación de conceptos de Kasanin, el examinado anota las diferencias de las fichas que deben ser clasificadas sin encontrar las semejanzas. Nuestro comentario a este propósito es similar al anterior.

Para estudiar la **personalidad** en su conjunto y advertir al mismo tiempo las particularidades esenciales de la misma, aplicamos el Psicodiagnóstico de Rors-

chach. Sus resultados, por el interés que contienen y porque es el procedimiento preferido en la actualidad en la práctica de la psiquiatría forense, los presentamos con la amplitud necesaria para que puedan ser justipreciados.

A este propósito, debemos comenzar recordando las palabras del eminente psiquiatra Dr. Honorario Delgado: "Este método ofrece la inmensa ventaja de que suministra una información fidedigna acerca de la personalidad, permite la exploración de la inteligencia, sin poner en primer término el saber escolar y no turba el espíritu del examinando porque tiene la apariencia más de algo recreativo que de psicotécnico. Consiste, como se sabe, en presentar sucesivamente diez láminas al sujeto de estudio, invitándole a que diga lo que le parece ver en las figuras" (Honorio Delgado: "Demencia senil y analfabetismo". Arch. de Med. Legal. Buenos Aires. Año III. 1933.—Pág. 94.

Las respuestas se las clasifica de acuerdo con las normas de la técnica ya estandarizada universalmente y luego se interpretan sus resultados

Anotamos, antes de exponer sus resultados, que todas las respuestas las obtuvimos en una sola sesión ("Lo que sería muy difícil si se tratara de un demente senil". H. Delgado. Id. Pág. 95.

Tiempo: 22'.—Nº de Respuestas 16.—Tiempo de reacción: a) total: 1'22" cada R;—b) 32" la R. de cada lámina;— c) 1'22" cada lámina.

W : 4	F + 8	H : 2	O + : 3
D : 9	F — 3	Hd: 1	P : 2—3
Dd: 3	FM + 3	A : 7	
	FC: 1	Ad: 3	
	M: 1	Obj: 2	
		Abs: 1	

Un rechazo. Tipo de iVvencia M: C: M2½: 1C.  
R. de las 3 últimas láminas: 12%.

			Norma
F	%: 75%	W %: 25%	W %: 20—30%
F +	%: 72%	D %: 56%	D %: 60—70%
A	%: 62%	Dd : 16%	Dd : 10—20%
O	%: 18%		
P	%: 18%		

Modo de Apercepción: W. D. Dd.—Sucesión ordenada, casi rígida.

**Interpretación:** El número relativamente pequeño de respuestas, en un individuo introversivo y de ritmo psíquico normal, califica a la personalidad como un tanto reprimida. Evita las influencias externas (12% de R. correspondientes a las 3 últimas láminas) en beneficio de los procesos de adaptación interna. Huye, en lo posible, del conflicto con la realidad y representa un índice de productividad más bien pobre.

**Tipo de apercepción:** (25%W; 56%D; 16%Dd). Recursos intelectuales normales. Producción ligeramente baja. Buena capacidad de sintetizar y abstraer, sin sujeción a imposiciones. Posibilidad de construcciones lógicas, estéticas, étnicas, religiosas, políticas, etc. Predominan las disposiciones prácticas en los aspectos intelectuales de la personalidad (Problemas rutinarios de la vida diaria). No sólo posibilidad de inclinaciones críticas sino acaso exageración de ellas. El "sentido común" prima como resorte principal de las actividades mentales con evidente apego a la minucia y a la exigencia del detalle.

**Sensaciones determinantes.**—F%: 75 (Norma: 50%). Personalidad que experimenta constricción interna (edad, conflicto, etc.) F + %: 72 (Norma: 75%). La mentalidad ha alcanzado un nivel de desarrollo normal, sin que se hayan revelado mayores aptitudes creadoras. Respuestas de movimiento: 2½. Número normal. Capacidad para responder a los estímulos emocionales internos y externos. Estabilidad imaginativa. Tendencia a la introversión por el predominio con

que aparecen sobre las respuestas de color. Madurez, estabilidad. A% ; 62: Predominio de ciertos planos primitivos de la personalidad en ciertos procesos de adaptación actual (necesidades vegetativas, afectivo-instintivas). Nivel medio de inteligencia.—Respuestas de color: Número escaso. (Sólo FC). Afectividad capaz de buena adaptación, aunque empobrecida cuantitativamente. Individuo capaz de mantener el control sobre su vida emocional.—Respuestas originales (O% : 18). Inteligencia normal, con predominio de los intereses prácticos.—Variedad del contenido (A% : 62. Norma: 50% " índice de estereotipia). Intereses limitados.—Sucesión ordenada, casi rígida: Buena dotación intelectual, pero inseguridad en el rendimiento.

**Aspectos emotivos especiales.**—Adaptación interna. Equilibrio consigo mismo. Contacto normal entre la vida interior y la actividad mental (W: M). Disminución de la capacidad productiva. Emocionalmente infantil (círculo restringido de intereses). Representación ostensible de los planos más íntimos de la personalidad. Condición todavía satisfactoria de la adaptación a la realidad externa.

En resumen, personalidad normal, sin mayores capacidades creadoras. Predominio de los intereses prácticos. Buena adaptación interna y externa, a pesar de existir una acentuación de los planos primitivos de la personalidad afectiva. Por su tipo de vivencia introversivo: capaz de mantener control sobre su vida emocional.

**Psicodiagnóstico y ancianidad.**—Sin considerar los casos límites, los caracteres de la senilidad son:

1º—Disminución de la capacidad introversiva, volviéndose el tipo de vivencia más coartado. (En nuestro caso, la evidente introversión lo alejan aún de una coartación definida y acentuada. Extraversión egocéntrica que a veces aparece en la Demencia senil).

2º—Predominio de F— (formas mal vistas). No hay en nuestro caso.

3°—Predominio de CF sobre FC. No hay en nuestro caso.

4°—Presencia de DW. No hay en nuestro caso.

5°—Aumento de A% (índice de estereotipia). Norma 50%. En nuestro caso 62%, signo evidente de senilidad normal.

Resumen: Senilidad evidente, pero lejos aún de límites extremos.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

#### **Demencia Senil:**

1.—Elevado N° de W, casi todas negativas. En nuestro caso W en N° normal y positivas.

2.—Presencia de DW. En nuestro caso no hay.

3.—Amenudo Do en número elevado. En nuestro caso no hay.

4.—Muy bajo F% + (0 a 40%). En nuestro N° normal.

5.—Pocas M. Algunas FM. En nuestro caso 1M; 3FM bien vistas.

6.—Gran N° R. de color. En nuestro caso no hay.

7.—Presencia de Cn ó enumeración colores. En nuestro caso no hay.

8.—Elevado A% (70—100%). En nuestro caso 62%. No hay.

9.—Gran N° de O. En nuestro caso 18%. Pequeño. no hay.

10.—Sucesión relajada. En nuestro caso Ordenada. No hay.

11.—T. reacción acortado. En nuestro caso límite normal. No hay.

Como para diagnosticar una demencia senil se requiere que el número de signos positivos sea de 5 o más, en nuestro caso sólo está presente uno; por consiguiente, hay que rechazar de plano el diagnóstico de demencia senil.

### DEMENCIA ARTERIOESCLEROTICA

1.—Bajo N° de W; más positivas que en el caso anterior. En nuestro caso, no hay.

- 2.—DW aislada. En nuestro caso, no hay.
  - 3.—Do más que en la D.Senil, pero frecuentemente positivas. En nuestro caso, no hay.
  - 4.—F+ % : 50—65%. En nuestro caso, no hay.
  - 5.—Ausencia de M y presencia algo frecuente de FM. En nuestro caso, no hay.
  - 6.—Alg. respuestas cromáticas. En nuestro caso, no hay.
  - 7.—Cn. aislada. En nuestro caso, no hay.
  - 8.—A% muy elevado. 70—100% igual a De. Senil. En nuestro caso, no hay.
  - 9.—Bajo 0% (10—20) positivas y negativas. En nuestro caso, hay +.
  - 10.—Suc. casi siempre ordenada. En nuestro caso, hay +.
- T.reacción acertado, pero no tanto como en la De. Senil. En nuestro caso, no hay.

Aplicando el mismo criterio que en el caso anterior, es decir al tratarse de la Demencia Senil, la posible sospecha de Demencia arterioesclerótica hay que rechazarla porque sólo se encuentran dos signos positivos. (v.Piotrowski).

**Bibliografía** especialmente consultada para el Psicodiagnóstico de Rorschach:

- H. RORSCHACH: "Psicodiagnóstico". Buenos Aires. 1948.
- J. SALAS: "El Psicodiagnóstico de Rorschach". Madrid. 1944.
- S. J. BECK: "Rorschach's Test". New York. 1944.
- B. SÉREBRINSKY: "Psicodiagnóstico de Rorschach en los Adolescentes". Buenos Aires. 1948.
- B. KLOPFER and KELLY: "The Rorschach Technique". New York.
- D. RAPPAPORT: "Diagnostic Psychological Testing". Vol. II Chicago. 1945.
- B. SZEKELY: "Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach". Buenos Aires. 1941.
- F. PASCUAL DEL RONCAL: "Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach". México. 1949.
- S. PIOTROWSKY: "The Rorschach Method and its uses in Military Psychiatry". New York. 1942. Brussel, Hitch:
- S. PIOTROWSKY: "A Comparative Table of the Main Rorschach Symbols". New York. 1942.

#### 4.—Consideraciones diagnósticas y Psiquiátrico- Forenses.

El análisis clínico que antecede nos faculta para enjuiciar y valorar la capacidad jurídica del señor Mas, para ilustrar convenientemente el criterio del señor Juez, nos es preciso hacer una confrontación previa de los cuadros psicológicos correspondientes al proceso senil normal y al proceso patológico —atrófico y degenerativo de la corteza cerebral— que comporta la demencia senil. Creemos firmemente que no es dable otra alternativa de diagnóstico diferencial. La "amencia" invocada por los señores peritos preopinantes, no asoma ante nuestra observación por ninguna parte. De ser así, el examinado habría presentado un cuadro delirante— alucinatorio de tipo agudo, con más o menos obscurecimiento de la conciencia. Diagnóstico inadmisibles bajo todo aspecto que se le considere.

En la descripción que sigue nos remitiremos en todo momento a la experiencia clínico-psicológica de connotados maestros de la psiquiatría mundial, y las referencias bibliográficas que se anotan son muy asequibles a quien quiera verificarlas.

El Diccionario Psiquiátrico de Hinsie y Shatzky habla de la decadencia senil normal en estos términos: es un lento y progresivo declinar físico y mental. La fatigabilidad, las fallas de la memoria, la disminución de la concentración mental son manifiestas. Existe una restricción de los intereses efectivos y en todo terreno se denuncia la regresión hacia el pasado que sufre el viejo. Las funciones viscerales defectuosas juegan un papel en tal decadencia.

Gruhle, en su "Psiquiatría para el Médico Práctico" (Págs. 178-179), se expresa de parecida manera: "La decadencia de las facultades intelectuales, principalmente de la memoria, propia de la vejez, se hace perceptible en cada individuo en muy distinta edad. . . A menudo comienza a manifestarse el entorpecimiento cerebral por la mala memoria de fijación (facultad de adquirir y fijar nuevos recuerdos). Ya a los 60 años se quejan muchos sujetos de la pérdida de la memoria pa-

ra los nombres, refiriéndose siempre a los nombres nuevamente adquiridos. Los recuerdos antiguos, por lo general, se conservan durante largo tiempo; el aprendizaje de nuevos nombres se verifica con dificultades. Esta amnesia de fijación es el síntoma más desagradable para los mismos ancianos”.

El debilitamiento de la memoria constituye, pues, junto a los otros signos de déficit psíquico del viejo, uno de los más específicos de la decadencia senil-normal.

“Es un error —dicen Puillet y L. Moral, citados por H. Delgado en el trabajo más arriba aludido, pág. 23— juzgar el debilitamiento demencial por la baja de la memoria. . . La amnesia no entraña la demencia”.

E. Bleuler, psiquiatra de excelente formación psicológica, se expresa de esta guisa con respecto a la decadencia senil: “Aunque la decadencia normal del cerebro comienza hacia los 50 años, se hace ordinariamente manifiesta en el último decenio de la vida normal. Lo más precozmente encontramos las más de las veces en muchas gentes aún antes del comienzo del sexto decenio una cierta incapacidad para asimilarse nuevas ideas; se es pasivamente neofóbico-temeroso de lo nuevo.—aunque todavía se es capaz en un grado limitado de hacer nuevas combinaciones de ideas. Pero cada vez más la capacidad de asimilar se debilita en su conjunto: lo que ocurre en el mundo, le interesa cada vez menos al anciano; sus pensamientos se limitan, haciéndose egocéntrico en el sentido de las más perentorias necesidades, y esto tanto en su aspecto intelectual como en el afectivo. Los sentimientos se hacen inestables, reaccionan ante pequeñeces y con facilidad se presentan distimias permanentes. En su trato muestran en unos casos tendencia a una locuacidad vacía; en otros, a un laconismo tórpido. Al lado de una exagerada sugestibilidad, llama la atención una indocilidad testaruda. Toda la memoria —no sólo la memoria de fijación— se hace más infiel, primero para nombres y luego para aquello que es particularmente difícil. La incapacidad de comprender los nuevos sucesos y de recordarlos, la reproducción relativamente o en absoluto más fácil del antiguo material de la memoria, en unión con la propiedad ge-



neral que imágenes de la memoria agradable se evocan más fácilmente que las desagradables, hace de ellos **laudatores temporis acti**. Todos los procesos psíquicos se hacen más penosos y lentos, y tanto más cuanto más complicados son. Que al mismo tiempo disminuye la capacidad de conducirse en la práctica, es evidente".

Esta larga transcripción obedece a nuestro empeño de situar el caso sometido a exámen pericial dentro de la categoría que más le cuadre. Se echa de ver fácilmente que todas las fallas psicológicas de que se le ha achacado, pertenecen a la mera categoría de debilitamiento senil normal.

Abundando más en detalles, permítasenos una última referencia a los conceptos fundamentales del Profesor H. Wallon, expuestos en el T. VIII de la Enciclopedia Francesa, 8°56-2. El Prof. Wallon aplica la sugestiva fórmula verbal de "la esterilización de las actividades mentales al déficit senil. Al considerarla" pérdida del sentimiento cronológico", nos hace notar cómo el viejo, pletórico de experiencia, es incapaz ya de elaborar recuerdos. Sus propios acontecimientos recientes, indebidamente uniformados, acaban por perder su individualidad, esto es, no son ya distinguidos entre sí. El senil normal no capta la novedad de una situación, ni se da cuenta que se repiten las situaciones. En el extremo, él confundirá circunstancias semejantes, pero que se refieren a épocas y personas diferentes. El discrimen del presente y del pasado puede anularse.

El resumen que hemos hecho del enjundioso trabajo de Wallon, no necesita comentario ninguno, al aplicárselo al caso que venimos estudiando.

**Demencia Senil.**—El cuadro psicológico de la demencia senil ha sido del mismo modo descrito e interpretado por psiquiatras muy versados, a cuyo dictámen nos acogemos en nuestro cometido.

La demencia senil es una entidad clínica bien delimitada. Se caracteriza por la decadencia global, profunda y progresiva de las facultades mentales, operada en un individuo senil. A la amnesia de fijación continúa en total, sigue la amnesia de evocación —incapa-

idad de recordar aún los acontecimientos remotos—. La consecuencia de esta perturbación es la desorientación total del enfermo en el tiempo y el espacio, acompañándose de confabulaciones y de falsos reconocimientos.

Los dementes seniles son en extremo irritables, ariscos, sensibles y egoístas.

La atención disminuye notablemente, las asociaciones de ideas se hacen muy lentamente, las ideas mismas se limitan empobreciéndose, el juicio es enteramente erróneo. El automatismo psicológico toma la primacía, en forma de turbulencia o de apatía. La sugestibilidad es marcada. El enfermo acaba por no saber lo que está haciendo. Aparecen secundariamente ideas delirantes de variados contenidos, con su carácter absurdo e incomprensible. En suma, se opera el derrumbamiento total de la personalidad y de sus potencias volitivas.

En la decadencia normal senil estas capacidades están ligeramenté afectadas, y de ningún modo en ella se marca el sello de lo morboso en las actividades de esos sujetos. Además, en contra de Bleuler, que conceptúa a la demencia senil como la exageración cuantitativa de todos los síntomas que están ya esbozados en la decadencia senil normal, nosotros, siguiendo a Minkowski, advertimos en la demencia senil una modificación estructural de la personalidad, que la hace "inaccesible a nuestra comprensión". Minkowski. T. VIII de la Enciclopedia Francesa. La Demencia Senil.—8. 56.—12.

En punto a diagnóstico diferencial de los dos estados, Bleuler se decide por la dificultad del mismo, acogiéndose por último a la opinión de Kraepelin, quien aconsejaba que para establecer un diagnóstico de demencia senil era necesario advertir la aparición de ideas delirantes, a lo cual agrega Bleuler, los desórdenes marcados de la afectividad. ("Psiquiatría" de Bleuler. Pág. 221). De semejante modo Gruhle afirma en lo tocante a la interdicción de los dementes seniles, "que se está autorizado para aceptar la inaptitud, tan pronto se presenten ideas delirantes en un senil. (Psiquiatría" de Gruhle. Pág. 289).

He ahí expuesto de modo sumario el cuadro típico de una demencia senil bien delineada. Si sus síntomas cardinales los encontrásemos presentes en nuestro caso no vacilaríamos en asegurar que se trata de dicha enfermedad mental. Pero dónde y cómo encontrar en él las mentadas ideas delirantes y los graves desórdenes de la afectividad? ¿Y el derrumbamiento global de su personalidad, que lo haría inasequible a nuestra comprensión?

De otro lado, nadie hasta este momento nos ha informado que este señor observe una conducta irregular, incorrecta e inescrupulosa, como es lo común entre los dementes seniles.

Se podría preguntarnos, cual es nuestro criterio para poder afirmar que al presente no se incuba en él una demencia senil. Evidentemente al colocarnos en el plano de la mera posibilidad de pronóstico, no lo podríamos negar rotundamente. Pero lo que se exige en un peritaje psiquiátrico es la comprobación de la existencia y presencia de una enfermedad mental determinada, esto es, la demencia senil en nuestro sujeto. Estar en potencia.—como lo asevera Delgado— "significa sólo que hay la capacidad, la virtualidad, la disposición pero nó la realidad, la actualidad. Luego, sabemos que la demencia es, existe de modo presente o no es, no existe: la vejez, por avanzada que sea, la arterioesclerosis, aunque fuera comprobada en el cerebro, no engendran necesariamente demencia senil". Loc. cit.

Permítasenos una última observación a propósito de posibles errores al enjuiciar y valorar los resultados que nos suministra la aplicación de pruebas psicológicas. En nuestro caso no se cumplieron los requisitos aconsejados para tales situaciones. El mentado señor ejecutó y resolvió los tests mentales bajo la mirada de extraños y aún de alguna persona adversa a sus designios. Sin embargo, salió de la prueba más o menos bien, cosa de todo punto de vista inconcebible en un demente senil. Jaspers, en su "Psicopatología General"—ed. francesa. Pág. 472—al referirse a los tipos de demencia dice lo siguiente: "Se confunde fácilmente la falla de la inteligencia con la detención súbita de todas

las facultades bajo la influencia de choques afectivos —estupidez emocional de Jung—. Esta estupidez no se observa solamente en los concursos, sino también en los exámenes médicos y en muchas otras ocasiones enervantes en los sujetos predispuestos”.

5.—CONCLUSION.— Basados en estos hechos, nuestra conclusión afirma simple y llanamente que el señor J. C. I. sometido a nuestro peritaje, exhibe las características propias de un debilitamiento mental que corresponde a un estado de senilidad normal.

Del Señor Juez, muy atentamente.

(f.) **Julio Endara.**

(f.) **Jorge Escudero**