

Lr. Dr. Jorge Donoso Velasco

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

1072

**REVISTA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS**



VOLUMEN II

NUMEROS III y IV

JULIO - DICIEMBRE 1951

COPIA

QUITO - ECUADOR
Imp. de la Universidad

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(PUBLICACIÓN TRIMESTRAL)

DIRECTORES:

Dr. MIGUEL SALVADOR S.

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA

Consejo de Redacción:

Dr. Carlos R. Sánchez.

Dr. Luis A. León .

Dr. Julio Endara.

Dr. José Cruz Cueva.

Dr. César Jácome Moscoso.

Dr. Eduardo Yépez V.

DIRECCION:

**REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL.—(Quito - Ecuador).**

**LA RESPONSABILIDAD por las ideas y doctrinas
expuestas en los trabajos publicados en esta Re-
vista, corresponde exclusivamente a sus autores.**

SUMARIO

Págs.

NEURO PSIQUIATRIA

- Dr. Julio Endara y Prof. Jorge Escudero.**—Demencia Senil y Senilidad Normal (Informe Pericial)
Dr. Luis Riofrío G.—El Psicodiagnóstico de Rorschach y Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López en las enfermedades Clínicas

7)
27 1072

HISTORIA DE LA MEDICINA

- Dr. Virgilio Paredes Borja.**—Comentarios a los "Apuntes para la Historia de la Farmacia en el Ecuador" ...
Prof. Dr. José E. Muñoz.—Apuntes para la Historia de la Farmacia en el Ecuador

145
151

LARINGOLOGIA

- Comité Latino-Americano para el estudio del Cáncer Laríngeo.—Examen de un supuesto canceroso laríngeo
Se sugiere reforma a la Ley sobre Medicina

181
188

ENSEÑANZA MEDICA

- Dr. J. A. Pridham.**—Informe del Comité sobre Enseñanza Médica
Dr. Virgilio Paredes Borja.—Publicaciones de Historia de la Medicina

191
195

CRONICA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- ✓ Nuevos Dignatarios de la Facultad
Agasajos.—Nombramientos.—Publicaciones
Comité de Alumnos
Acta de fundación del Comité Pro-Construcción del Anfiteatro de la Cátedra de Anatomía
Los alumnos de la Cátedra de Anatomía arman un esqueleto para Colegio de Ibarra

205
206
208
209
213

NEURO-PSIQUIATRIA

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 invención 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 preoponentes, 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 estan 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**

1072

Dr. LUIS RIOFRIO G.

“El Psicodiagnóstico de Rorschach y Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López en las enfermedades Clínicas

PRIMERA PARTE

I

GENERALIDADES

Introducción

La Medicina tiene un origen que se confunde con el desenvolvimiento mismo de la especie humana; se pierde en la noche de los tiempos junto al empirismo y a la superstición que determinan el concepto popular y el concepto sacerdotal de la misma. Ya en pueblos antiguos y desde muchos milenios atrás se habla de preparación y estudios médicos regulares, como ocurre en Egipto, en donde la medicina se practica en templos como los de Menphis, Thebas, etc., y se basan en libros sagrados del dios de la Sabiduría. Sin embargo, la momificación impide el desarrollo de la Anatomía.

La Medicina israelita se halla también bajo los lazos sacerdotales, de los cuales se libera después del cautiverio de Babilonia para convertirse en una Medicina laica y se realizan ya ciertas observaciones anatómicas y quirúrgicas:

En Grecia comienza la Medicina con un carácter mitológico, personificada en Esculapio. En la *Ilíada* se habla ya de los tratamientos hechos para curar las heridas. Se practican ya algunas medidas de higiene y terapéuticas, como los baños, los vendajes junto a la adivinación de los males por los oráculos y una supersticiosa influencia de los sueños. En Grecia intervienen también los filósofos como Anaxágoras, Orofenes o Pitágoras, creando Escuelas que desde luego no han alcanzado a tener la influencia enorme que ha alcanzado la Escuela de Cos con Hipócrates, en la cual se llega ya a realizar verdaderas descripciones clínicas de ciertas enfermedades, que poco o nada han sido modificadas posteriormente; se llega a buscar la etiología de las enfermedades en agentes físicos del ambiente (temperatura, clima, etc.) Para su terapéutica influyen los factores del enfermo y del ambiente junto a la enfermedad misma y emplea en ella la dietética, el ejercicio físico y las drogas. Sirve de base a sus interpretaciones la teoría de los humores.

Las ideas filosóficas influyeron decididamente en la corriente que se dió a la Medicina en las Escuelas de los griegos y así asoma el Empirismo, el Atomismo, etc., encaminadas a descubrir la causa de la enfermedad. Hipócrates constituye, pues, el más alto representante de la Medicina Griega.

En Roma, alcanza la Medicina el mayor desarrollo con Celso y Galeno, quien recibió enorme influencia de Grecia y fué continuador de la teoría patológica de los Humores de la Escuela Hipocrática. Galeno realiza estudios muy interesantes de Anatomía y Fisiología, dedicándose ya, en forma más científica, a la parte experimental. En la Edad Media surge la Escuela de Salerno, que toma, en gran parte, las teorías de Hipócrates y Galeno.

La Medicina en la Edad Media se desarrolla en los Conventos en torno al criterio de la fe cristiana, aislando, por tanto, de su estudio a aquél que no profese la fe cristiana o dando las interpretaciones etiológicas de las enfermedades de acuerdo con ella.

Más tarde, aparecen las Academias italiana, francesas, inglesas, alemanas, entre los siglos XII y XIV, pero, en todas ellas, se daba más importancia a la parte teórica de la Medicina y de acuerdo con la Filosofía escolástica, antes que a la parte práctica y aplicada.

En el Renacimiento, siglo XVI, aparece un nuevo horizonte de claridad hacia todos los campos del conocimiento humano y en la Medicina comienzan los nuevos progresos que habían quedado iniciados por los autores clásicos de la Antigüedad. Progresan la Anatomía y la Fisiología; se descubre la circulación de la sangre; progresan los conocimientos químicos y pasan a servir de base a las interpretaciones patológicas; se descubren nuevas enfermedades y se las describe en forma más o menos perfecta; se descubre nuevos medicamentos y adelanta la Terapéutica.

En el siglo XVII, se comienza a aplicar el microscopio y se perfecciona la Fisiología Experimental. En esta época, surgen las ideas de la teoría vitalista con Van Helmont, que explicaban la vida dirigida por un principio vital superior y surge también la teoría de los Humores, que había sido olvidada por un tiempo, pero con una nueva modalidad que consiste en un predominio ácido y alcalino en los cuatro humores, el mismo que explicaría la aparición de las enfermedades.

Nace, en este tiempo, la Anatomía Patológica con los trabajos de Morgagni y se conocen, al fin, las lesiones anatómicas que producen las diferentes enfermedades.

A principios del siglo XVIII surgen una serie de teorías que tratan de interpretar el origen de las enfermedades, como el sistema de los Solidistas basado en el concepto de los romanos respecto a la existencia de una hipertonia o hipotonia de los tejidos que determinaban las enfermedades; el sistema del Animismo, que era una expresión del vitalismo; el sistema de la irritabilidad o incitabilidad fundamentado en la mayor o menor capacidad de los diferentes órganos para ser irritados o excitados.

A fines del siglo XVIII en el XIX, alcanza un gran desarrollo la Semiología y la Histología, que ayuda

enormemente en el estudio de la interpretación de las enfermedades. Nace luego el Determinismo Médico de Claudio Bernard que, abandonando las llamadas causas finales a la Filosofía y Teología, se encarga de los estudios más concretos de la causa de la enfermedad.

Luego surge Virchow con su doctrina que creía que el origen de la enfermedad se hallaba en las alteraciones celulares, que éstas determinaban la alteración orgánica y ésta, a la vez, las alteraciones funcionales. La célula era el elemento básico de la Patología; esto sirvió también de base a la Terapéutica.

La era de la Bacteriología marca una nueva época para el siglo XIX, con las investigaciones de Pasteur a la cabeza; se descubren los gérmenes de muchas enfermedades infecto-contagiosas; se alcanza una nueva interpretación etiológica de las enfermedades y un nuevo rumbo en la Terapéutica. Se descubren las vacunas y se pone en boga la Sueroterapia. Suerodiagnóstico. Se desarrolla la Parasitología.

En el siglo XX, vienen las aplicaciones de los Rayos X en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades. Se desarrolla la Histopatología, la Endoscopia; los exámenes de Laboratorio para los líquidos humores; los recuentos celulares en los líquidos orgánicos; los métodos de Electrocardiografía; la Fonocardiografía; la Electroencefalografía, etc., etc., que son poderosos auxiliares de la Clínica en cuanto a la interpretación de las enfermedades.

Surge un gran desarrollo de la Parasitología; de la misma manera y bajo los mismos conceptos ha tenido un gran desarrollo la Terapéutica.

Pero, junto a este desenvolvimiento de la Medicina se ha producido también el desenvolvimiento de la Psicología, la misma que, constituyendo en la Antigüedad un simple capítulo de la Filosofía, pasa paulatinamente a ocupar el lugar de una verdadera ciencia que, gracias a sus métodos experimentales, iba encontrando, día tras día, numerosos campos de aplicación práctica. Es así como surge la Psicología Médica, que orienta, más tarde, hacia el campo de la Psiquiatría. Pero, esta Psicología Médica, que se desarrolla gracias al es-

fuerzo realizado por varios investigadores, trata de ponerse al servicio de la Psiquiatría, dejando, pues, de un lado los problemas de la Clínica General. Pero, de todas maneras ha sido a través de este progreso alcanzado por la Psiquiatría y la Psicología Médica, en corto tiempo, el que ha permitido comprender ciertos problemas médicos, como el de las Psiconeurosis y Organoneurosis, así como la explicación del origen psicógeno de muchas enfermedades clínicas, que marca el concepto de la Medicina actual.

En efecto, si analizamos nosotros en sentido general y en síntesis los conceptos que la Medicina ha tenido respecto al origen de la enfermedad, encontramos que, para muchos pueblos de la Antigüedad, la enfermedad es el significado de un castigo divino o una manera de vengarse que tenían los dioses; más tarde, se atribuye como origen de la enfermedad la acción de ciertos agentes físicos de la Naturaleza; en tiempo de Hipócrates, juegan un importante papel los desequilibrios humorales. Para Morgagni se presentan ya las lesiones anatómo-patológicas que determinan la enfermedad. Para Virchow, las enfermedades se originan en alteraciones celulares, las mismas que determinan alteraciones orgánicas y éstas dan alteraciones funcionales. Ya, últimamente, se manifiestan teorías que creen que el origen de la enfermedad es de tipo funcional y ésta determina una alteración; posteriormente, las alteraciones orgánicas. Pero, en ninguno de los casos se da la importancia debida al factor psíquico hasta cuando asoma la Medicina Psicosomática.

La Medicina Psicosomática

El término "Medicina Psicosomática" (de Psiquis= espíritu y Soma=cuerpo) responde a un concepto antiguo del arte de curar. Ha sido conocido por todos los médicos más o menos en forma precisa que una alteración orgánica lleva también consigo una alteración psíquica, especialmente de carácter afectivo. Este criterio que tiende a considerar al enfermo como una unidad integral constituido de soma y psiquis no puede llegar

a cristalizarse en una realidad en la interpretación etiológica de las enfermedades y en el tratamiento de las mismas, debido a los conceptos extremadamente organicistas, estructurales que condujeron a una separación marcada entre la enfermedad y la personalidad humana, entre el cuerpo y el espíritu, determinando por parte del médico una preocupación intensa por la parte somática, un ferviente anhelo por conocer, en la forma más precisa cada vez, los diferentes órganos y aparatos, a tal extremo que han llegado a una exagerada especialización y hasta a una especie de mecanización de la Medicina con la Radiología, la Electroencefalografía, etc. Con lo cual, indudablemente, la Medicina ha alcanzado grandes progresos, pero, en cambio, ha sido relegada la parte psíquica y sólo en los últimos tiempos, cuando todo aquello considerado como las mejores conquistas no puede explicar ni curar un gran porcentaje de enfermedades, se introducen los factores o elementos psicógenos en la interpretación de las mismas. Y no sólo esto, sino que se encuentran medios de tratamiento más eficaces de carácter psíquico, aun para ciertas enfermedades orgánicas. De esta manera, nace la Medicina Psicosomática, una Medicina integral, que responde realmente al papel de la Medicina frente al organismo humano.

No comprendo, desde luego, a la Medicina Psicosomática como una simple especialización, semejante a las anteriores, sino, por el contrario, entiendo que ella constituye el núcleo básico de la Medicina. No es posible concebir al hombre desarticulado de su personalidad, ni es posible concebir una enfermedad en la que no intervengan los factores emocionales en una u otra forma y, por esta razón, todo médico debe conocer la Medicina integral, la Medicina Psicosomática e interpretar una enfermedad, sabiendo que junto a sí se halla un enfermo que lleva consigo una personalidad también alterada.

Es indudable que la falta de preparación en nuestras Universidades en los aspectos de la Medicina Psicosomática ponen al médico en una situación desesperante de encontrarse frente a un nuevo factor y de enor-

me trascendencia en su práctica diaria; lo cual lleva consigo el riesgo de la no aceptación fácil de la nueva corriente como ha sucedido ya en otras épocas del desenvolvimiento de la Medicina, en que asoma un concepto nuevo para el que no se está preparado; prueba de ello fué la época bacteriológica de Pasteur que encontró una enorme resistencia por parte de los mismos médicos, en los primeros tiempos de su desarrollo. Pues bien, la Medicina atraviesa en esta ocasión por una nueva fase semejante a la Pasteuriana, dada la enorme importancia de los factores emocionales.

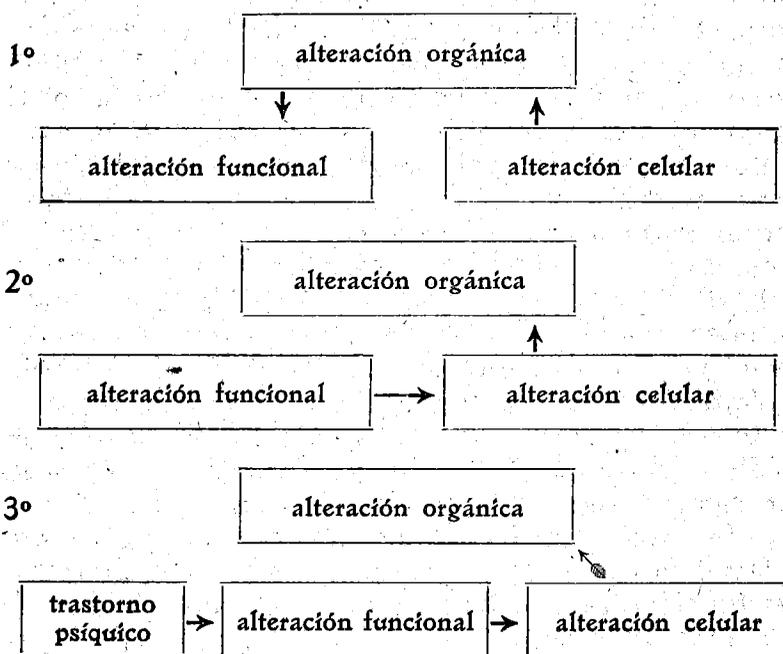
El auxiliar fundamental de la Medicina Psicosomática es el Psicoanálisis que, desde la época de Freud, ha venido abriendo un precioso campo al desenvolvimiento de la Medicina; es un método que permite adentrarse en el desconocido campo del inconsciente y descubrir allí las más grandes sorpresas para la Patología. No puede la Medicina integral dejar de conocer aquello que constituye el amplio campo del inconsciente y que representa lo más vasto de la vida de la persona, porque allí, justamente, encuentra en un enorme porcentaje de casos la explicación clara y la etiología de ciertas alteraciones orgánicas, y olvidarse de ello significaría estudiar un enfermo en forma tan superficial, como estudiar un libro a través de sus pastas y de su índice, sin llegar al fondo mismo del problema. Es preciso, pues, estudiar al enfermo como a una persona, es decir, en forma completa y no sólo conformarse con la exploración de su cuerpo y la observación externa de su parte psíquica constituída por la conciencia, sino que el médico debe descubrir todas las situaciones, ya sean conscientes o inconscientes que determinan los conflictos afectivos, situaciones que ignora personalmente el enfermo y que, en forma velada, determinan alteraciones funcionales, que traen consigo, posteriormente, alteraciones orgánicas.

De esta manera, para nuestra época, ya no es posible aceptar aquella fórmula general del siglo pasado, en que se creía que la alteración celular determinaba una alteración orgánica y ésta, a la vez, una alteración funcional, ni tampoco aquella otra que creía, al comienzo

de nuestro siglo, que el trastorno funcional trae consigo la alteración celular y ésta a la vez, la alteración orgánica en forma tan general para la interpretación patológica de las enfermedades. Pues, en ambas existe el mismo defecto de omitir completamente los factores psicológicos.

Edward Weis y O. Spurgcon English, en su libro "Medicina Psicosomática", se expresan con respecto a este punto en los siguientes términos: "Aún ignoramos qué puede preceder al trastorno funcional, como en la hipertensión esencial y la angiopatía consiguiente. Al parecer, las futuras investigaciones permitirán afirmar que un trastorno psicológico puede preceder a la alteración funcional".

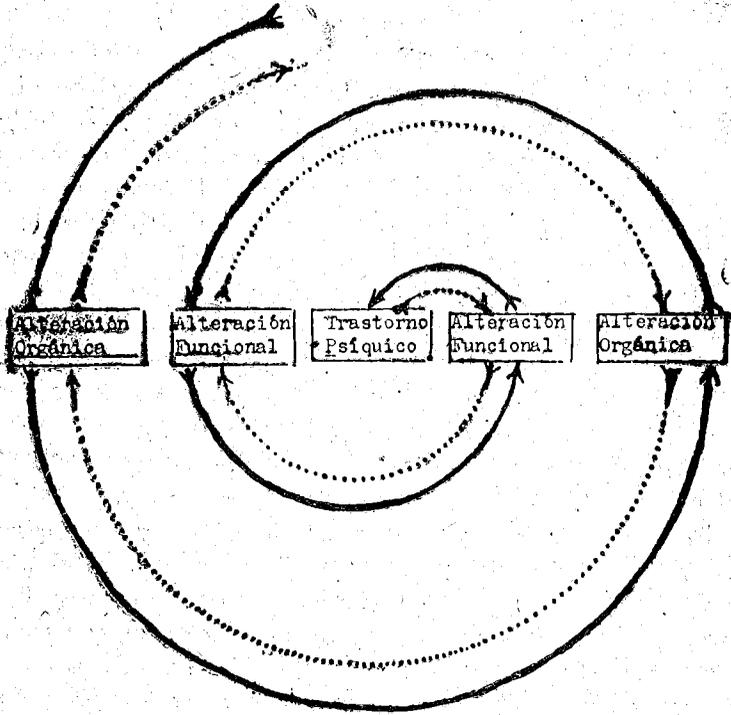
Tendríamos, pues, de esta manera, tres fórmulas que se las podría sintetizar en la siguiente forma:



Pero, yo me atravesaría, conociendo la interrelación perfecta que existe entre todos los factores, a no aceptar en forma exclusiva ninguna de las tres fórmulas, porque creo que de la innumerable serie de enfermeda-

des conocidas hasta hoy, unas presentarán indiscutiblemente, en primer término, una alteración funcional que trae alteraciones orgánicas consiguientes; otras presentarán, primero, una alteración celular u orgánica que trae consigo alteraciones funcionales, y, por fin existen enfermedades que tienen como primer origen una alteración psíquica que trae consigo una alteración funcional, primero, y orgánica, después; pero, en todas ellas, habrá siempre una alteración celular, ya sea de carácter anatómico, ya sea de carácter físico-químico o bioquímico, etc., es decir, que siempre existirá un desequilibrio celular, perceptible o no, y así mismo en todas ellas hay, indudablemente, un trastorno consiguiente y constante del psiquismo, alteración cuya intensidad y calidad variarán dentro de marcos muy amplios; esta alteración psíquica puede, en ciertos casos, ser el origen de las alteraciones funcionales y orgánicas, como muy bien lo enuncian Weiss y English, pero también existirá este trastorno psíquico aun cuando él no haya sido la causa desencadenadora de los trastornos funcionales y orgánicos, es decir, que así como las alteraciones psíquicas traen consigo alteraciones orgánicas funcionales, también las alteraciones orgánicas y funcionales traen consigo los trastornos psíquicos. Es por esto que todo paciente lleva consigo junto a su cuerpo enfermo una personalidad trastornada en mayor o menor grado, sin importar cuál sea el origen de su enfermedad, y por esto surge la importancia decisiva del Psicodignóstico de la Personalidad, que debe ser aplicado sistemáticamente en los casos clínicos junto a los exámenes psicoanalíticos, a la anamnesis psicosomática o a los exámenes de Laboratorio, Radiológicos o Electrocardiográficos, etc.; entonces, habremos estudiado al enfermo en toda su integridad.

Por estas razones, me permito sintetizar las correlaciones que existen entre lo psíquico, lo orgánico y lo funcional en una espiral:



en la cual podemos observar la transición de lo psíquico a lo funcional y a lo orgánico y, viceversa, de lo orgánico a lo funcional y a lo psíquico.

Un paciente puede presentarse en cualquiera de estas fases de su enfermedad y el médico debe, está obligado a descubrir las verdaderas causas de su enfermedad, para lo cual es necesario siempre tener presente el psiquismo del enfermo, ya que allí puede residir el origen mismo de la dolencia; por otra parte, el médico está obligado a curar al enfermo hasta devolverle la tranquilidad a su cuerpo, pero también no debe olvidar que, para que exista esta tranquilidad, es necesario curarlo de los posibles trastornos psíquicos que pueden haber quedado como secuelas de su enfermedad, aunque ella haya tenido un origen netamente orgánico. He allí

la importancia de la Medicina Psicosomática, de la Psicoterapia como auxiliar valiosísimo de la cultura del médico; he allí la causa para que muchos médicos despidan a sus enfermos sin darles la atención necesaria y limitándose a decir que el enfermo no tiene nada "orgánico" y que todo cuanto sufre puede curarse "por esfuerzo propio"; "sobreponiéndose a sus dolencias" y dejan caer a su enfermo en manos de profanos o curanderos incapaces y empíricos, en vez de afrontar con valentía el problema de sus enfermos.

En muchos Hospitales y Clínicas de países altamente cultos, han comenzado a resolver el problema mediante la atención de los enfermos en el aspecto psíquico, parte que encargan a los médicos psiquiatras, especialistas en la técnica psicoanalítica, con lo cual el Psiquiatra y el Psicoanalista han salido, por fin, de las cuatro paredes del Manicomio para realizar su labor en los casos de la Clínica General. Sería, pues, de esperarse que tal práctica se realice en forma sistemática, de ser posible, en todos los Hospitales y Clínicas.

II

ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD NORMAL

Se ha querido hacer derivar el concepto de Personalidad del nombre persona que proviene del verbo "personare= resonar o sonar alrededor". Concepto extraído de las representaciones, mediante cantos, de los personajes importantes en la antigüedad; por esta razón, se ha querido aplicar el concepto y término "personalidad" a aquellos personajes distinguidos, uso que, aun en nuestros días, se da a este término.

El concepto de Personalidad ha variado también a través de los tiempos y, así, por ejemplo, para los filósofos escolásticos era el "componente que, con una naturaleza racional, constituye una persona".

Como lo ha planteado Luis Juan Guerrero en su Psicología, el estudio de la personalidad podemos realizar desde varios puntos de vista que pueden ser par-

ciales como los intelectuales, afectivos y volitivos o globales como el temperamento y el carácter.

La vida intelectual, con sus funciones de adquisición, conservación y elaboración, ayuda al conocimiento de los objetos y ayuda a la formación de la personalidad, dan a la persona cierto sello característico en cuanto a sus sensopercepciones, a su imaginación, a su poder de invención y razonamiento, a su capacidad de discriminación o espíritu crítico.

La vida afectiva, con sus emociones, sentimientos y pasiones, interviene en la formación y mantenimiento de la personalidad y contribuye al establecimiento de los valores.

La vida volitiva, con sus tendencias, deseos, decisiones y realizaciones, da los elementos también característicos de la personalidad, el sello de la dirección y orientación de los actos personales que se hacen bajo un gobierno propio, autónomo y libre.

El temperamento constituye la base sólida de la personalidad, pero que no debemos confundirla con ella misma. Desde la antigüedad ha existido la preocupación de clasificar a los tipos temperamentales, considerándolos, unas veces, como producto del predominio de los humores; otras veces, como consecuencia de los elementos hormonales; otras, como la actitud afectiva total, etc.

Hipócrates trató ya de establecer una clasificación temperamental fundándose en su teoría humoral, agrupando los temperamentos en cuatro casillas:

1º—**El sanguíneo**: entusiasta, por la fuerza de su sangre.

2º—**El flemático**: apático, por el predominio de la flema.

3º—**El colérico:** irritable, por el predominio de la bilis-amarilla.

4º—**El melancólico:** triste, sombrío, a causa del predominio de la bilis negra.

Esta clasificación tuvo eco hasta cuando Harvey descubrió la circulación de la sangre.

Sigaud y la Escuela francesa clasificaron los temperamentos, según el predominio de un aparato o sistema del organismo, en cuatro grupos:

- 1.—Respiratorio: con predominio del tórax.
- 2.—Digestivo: con predominio del abdomen.
- 3.—Muscular: con predominio del sistema muscular.
- 4.—Nervioso: con predominio craneal.

La Escuela italiana con Viola y Pende y bajo el impulso de Lombroso clasifican a los temperamentos en 7 u 8 grupos, fundamentándose en caracteres antropométricos o en el funcionamiento endócrino.

Viola, de acuerdo con los caracteres antropométricos, acepta siete tipos temperamentales:

- 1.—Normotipo.
- 2.—Braquitipo.
- 3.—Longitipo.
- 4.—Paracentral superior normotipo.
- 5.—Paracentral inferior normotipo.
- 6.—Atlético.
- 7.—Asténico, reductibles en síntesis, a tres tipos:
 - 1.—Microspláncnicos.
 - 2.—Normospláncnicos.
 - 3.—Megalospláncnicos.

El Microspláncnico se caracteriza por tener el tronco pequeño y los miembros largos. Hay predominio de la vida de relación; es hipovegetativo; con tendencia a la forma larga y delgada; es longilíneo por la talla; con vísceras pequeñas, catabólico, taquiprágico; tiene hipertiroidismo o hiperpituitarismo.

El Megalosplácnico se caracteriza por tener tronco grande y extremidades cortas; sus vísceras son grandes; es hipervegetativo; anabólico; brevilíneo por su talla; bradiprágico, con ligera insuficiencia tiroidea e hipopituitarismo.

Pende, después de observar la fórmula endócrina, en relación con la organización individual, clasifica los temperamentos de la siguiente manera:

- 1.—Hipertiroideo: con predominio de función tiroidea.
- 2.—Hipotiroideo: con déficit en función tiroidea.
- 3.—Hipéropituitario: con predominio de función de la hipófisis.
- 4.—Hipopituitario: con déficit de función de la hipófisis.
- 5.—Suprarrenal: con predominio de función suprarrenal.
- 6.—Hiposurrenal: con déficit de función suprarrenal.
- 7.—Hipoparatiroideo: con déficit de función paratiroidea.
- 8.—Hipertímico: con predominio de función tímica.

Los caracteres para cada tipo temperamental vienen dados por factores físicos corporales, determinados por el predominio o déficit de función hormonal; por caracteres funcionales de los diferentes aparatos y sistemas del organismo, determinados también por el predominio o déficit de las funciones hormonales, y por caracteres psicológicos, que se hallan también en armonía con la exageración o déficit de las funciones hormonales.

Así, por ejemplo, un hipertiroideo es un individuo de talla alta, delgado, con peristaltismo aumentado y con una hiperexcitabilidad psíquica.

Un hiperpituitario es de talla muy alta, huesos fuertes, prognatismo en la mandíbula inferior, hipertensión muscular y psíquicamente hipertímico.

Un hipertímico es un individuo con características infantiles, tanto físicas como psíquicas.

Según la Escuela Alemana, con Kretschmer a la cabeza, se cree que el temperamento es la actividad afectiva total del individuo, con dos caracteres fundamentales que son la sensibilidad y la impulsividad. Esta Escuela clasifica a los temperamentos en:

1.—Ciclotímicos y 2.—Esquizotímicos.

El temperamento interviene sobre la Psicoestesia, la diatesis, el tempo-psíquico y la psicomotilidad.

La Psicoestesia es la inestabilidad entre las excitaciones psíquicas.

La diatesis es el estado de ánimo que varía entre la alegría y la tristeza.

El tempo - psíquico se refiere a la aceleración o retardo de los procesos psíquicos.

La psicomotilidad se refiere a los movimientos lentos o rápidos junto a los procesos psíquicos.

En el ciclotímico predomina la diatesis o estado de ánimo; se conduce neutral en el sentido de la Psicoestesia; el tempo-psíquico es intermedio. En el aspecto de la Psicomotilidad, el movimiento es adecuado al estímulo.

En el Esquizotímico predomina la Psicoestesia que varía entre la hipersensibilidad y la insensibilidad ante los estímulos; es indiferente la diatesis; el tempo-psíquico varía entre la tenacidad y la inestabilidad; el movimiento es adecuado al estímulo.

A la vez, en los temperamentos Ciclotímicos y Esquizotímicos, podemos encontrar los siguientes subgrupos:

Ciclotímico:

- 1—Hipomaniaco (alegre, humor levantado).
- 2—Deprimido (triste).
- 3—Sintónico (intermedio entre los dos).

Esquizotímico:

- 1—Hiperestésico (hipersensibilidad).
- 2—Anestésico (insensible).
- 3—Intermedio.

Al realizar Kretschmer sus estudios en el hospital de Tubingia alrededor de la Psicosis maniaco depresi-

va" y la "demencia precoz", se preocupó de realizar una serie de observaciones en sus enfermos, observaciones que fueron completadas con las mediciones y fotografías de los enfermos. Esto ayudó enormemente para que estableciera él grupos de acuerdo con los tipos corporales y señalara la facilidad que cada uno de esos grupos presentaba para la alteración en uno u otro sentido de las dos psicosis señaladas arriba.

Estos tipos corporales pudo clasificarlos en los siguientes grupos:

1.—**Tipo Leptosomático o asténico**, con predominio del diámetro longitudinal sobre el transversal, cuerpo delgado, enjuto (tipo Don Quijote de la Mancha), cara delgada (de pájaro), pelo fuerte, cejas largas unidas, corazón en gota y ptosis visceral.

2.—**Tipo atlético**: con mayor diámetro transversal, cuello grueso, hombros anchos, pecho prominente; buen desarrollo óseo y muscular.

3.—**Tipo pícnico**, con predominio del diámetro abdominal, miembros cortos, cara redonda o gruesa, cuello pequeño ancho, abdomen abultado.

4.—**Tipos mixtos**: Entre ellos tenemos:

a) **Tipo asténico-atlético.**

b) **Tipo displásico:**

1.—Gigantes eunucoides.

2.—Eunucoides y obesos pluriglandulares.

3.—Hipoplásticos e infantiles.

La Psicosis maníaco-depresiva predominaba en el tipo pícnico con un 60 o 65%, aproximadamente, en tanto que la demencia precoz predomina en el tipo asténico con un 60%, más o menos.

Estas observaciones llevan al autor a la conclusión de que la alteración mental está de acuerdo con la constitución somática del individuo y realiza nuevas investigaciones en personas que oscilan entre la normalidad y la enfermedad y encuentra los tipos intermedios entre el ciclotímico normal y psicótico maníaco depresivo y

que lo denomina Cicloide, y entre el Esquizotímico normal y el Esquizofrénico o demente precoz, tipo Esquizoide.

Estos estudios de Kretschmer dieron nuevo rumbo a la Psiquiatría y sus enunciados fueron muy bien aceptados en el mundo médico.

Escuela Americana.—Se halla representada por Sheldon y Stevens.

Sheldon hizo sus primeras investigaciones con 4.000 escolares, estableciendo la clasificación en tres grandes grupos, que son: el viscerotónico, somatotónico y cerebrotónico, según haya predominio visceral, muscular o cerebral, y que fueron denominados con términos embriológicos, de acuerdo con el origen del sistema que predomina. Así, por ejemplo, el viscerotónico tiene como expresión el mayor desarrollo del tubo digestivo, que es de origen endodérmico y se lo denomina Endomorfo; al de mayor desarrollo muscular, Mesomorfo, y al de mayor desarrollo cerebral, Ectomorfo.

En síntesis, para la Escuela Americana existen tres tipos, que son;

- 1.—Tipo Endomorfo.
- 2.—Tipo Mesomorfo.
- 3.—Tipo Ectomorfo.

El tipo Ectomorfo corresponde al asténico de Kretschmer y al Macrosplánico de la Escuela Italiana.

El tipo Mesomorfo corresponde al atlético de Kretschmer y al Normosplánico de la Escuela Italiana.

El tipo Ectomorfo corresponde al estético de Kretschmer y al Microsplánico de la Escuela Italiana.

Los investigadores americanos han querido establecer una escala de referencia para determinar el tipo correspondiente, escala que va del valor 1 al valor 7 para cada tipo, considerándose como valor máximo al 7.

Por ejemplo, los valores correspondientes a:

Endomorfo	Mesomorfo	Ectomorfo	
7	1	1	= endomorfo en su forma extrema
1	7	1	= mesomorfo extremo.
1	1	7	= ectomorfo extremo.

El Endomorfo tiene predominio vegetativo; en el aspecto psíquico es alegre, de gran contacto social (como el cicloide), de afectividad fácilmente reconocible.

El Mesomorfo, con predominio de la actividad muscular, activo, de constante movimiento, rápido en sus decisiones, emocionable y de regular contacto social. Impresiona por el vigor (atlético de Kretschmer).

El Ectomorfo corresponde en sus caracteres al Esquizoide de Kretschmer; tímido, retraído, propenso a huir de sus compromisos sociales; impresiona por su trabajo intelectual.

La Escuela Americana es una de las más modernas en la clasificación temperamental y tiene también gran importancia. Podría ser aprovechada esta clasificación temperamental para sacar algunas conclusiones respecto a Medicina Psicosomática, ya que, como sabemos muy bien, muchos factores psicógenos determinan alteraciones celulares orgánicas en órganos provenientes de las diferentes hojas blastodérmicas y, si los factores psíquicos temperamentales de un sujeto varían de acuerdo con el mayor o menor desarrollo de las hojas germinativas, podrían correlacionarse estos elementos y permitir, junto a otros factores psico-sociales, determinar un esquema de la Patología Psicosomática.

El Carácter: carácter (cuño, sello, marca). Este término ha sido usado bajo diferentes formas y modalidades; así, por ejemplo, se dice que una persona tiene "buen carácter" o "mal carácter", que es "fuerte de carácter" o "débil de carácter", que le falta "carácter" para realizar algo, confundiendo al carácter con las fases de decisión y acción de la voluntad.

Asimismo, dentro del aspecto psicológico, se ha dicho que el carácter constituye el conjunto de rasgos característicos de una persona, diciendo que ésta es dulce, amable, dura o áspera; pero, este criterio, que correspondería al "carácter bueno" o al "Carácter malo" del vulgo, no constituye el sello o marca característica permanente de un sujeto, porque es conocido, aún en el aspecto vulgar, que una persona no es de "buen carácter" o "mal carácter" permanentemente, sino que, por el contrario, puede, unas veces, poseer un carácter determinado frente a ciertas personas, y, otras veces, poseer otro carácter diferente frente a otras personas, y aún más, puede su carácter variar aun frente a una misma persona en diferentes momentos. De acuerdo con esto, lo más característico de una persona no sería su carácter y podría quizá confundirse más bien con el temperamento. En el temperamento no influyen los factores externos; éste tiene su fondo hereditario. El carácter, en cambio, se forma gracias a esta influencia externa; es seleccionador de estímulos exteriores; constituye la totalidad de las posibilidades reactivas de un sujeto, engendradas a lo largo del curso de la vida.

El temperamento nace y se desarrolla con nosotros, pero siempre por medio de procesos orgánicos.

El carácter no viene con nosotros y se modela sobre la base temperamental, pero gracias a la influencia externa y no de procesos orgánicos.

Se ha pretendido también, respecto al carácter, hacer una clasificación desde mucho tiempo atrás, pero de todas las clasificaciones las que han alcanzado verdadero valor son la de Jung y la de Spranger.

Para Jung existen dos tipos de carácter, que son:

- 1.—El Extrovertido.
- 2.—El Introverso.

El extravertido corresponde a aquel tipo de carácter dirigido hacia afuera, hacia el mundo exterior, hacia la realidad, y, por eso, la persona que lo posee, es una persona práctica, real, sociable, adaptable fácilmente al medio exterior y conquistadora de la realidad externa. Este tipo de carácter concuerda con el tipo temperamental ciclotímico de Kretschmer.

El introvertido, en cambio, es aquel carácter dirigido hacia dentro, hacia la realidad íntima. Las personas de este carácter son poco comunicativas; tienen un gran desarrollo de la imaginación y de la reflexión; son personas poco prácticas y nada emprendedoras y concuerdan con el tipo temperamental Esquizotímico de Kretschmer.

En la realidad, no se dan los tipos puros de Yung, como bien acepta el autor mismo, y se encuentran comúnmente tipos mixtos que participan de la introversión o extraversión, simplemente con predominio de uno de los dos caracteres.

Spranger parte, para su clasificación, del concepto y clasificación de los valores, de la interrelación y dependencia de los valores respecto a la personalidad, y así, pues, de acuerdo con estas cualidades llamadas valores clasifica a las personas en los siguientes tipos:

1.—Hombres teóricos, caracterizados por los valores intelectuales y cuya objetivación es la ciencia.

2.—Hombre estético, cuyo carácter constituyen los valores estéticos, cristalizados en el arte.

3.—Hombre económico, cuyo carácter rigen los valores utilitarios, objetivizados en la Economía.

4.—Hombre social, con un carácter determinado por los valores morales y objetivizado en la Sociedad.

5.—Hombre político, caracterizado por los valores políticos que se objetivizan en el Estado.

6.—Hombre religioso, con carácter marcado por los valores religiosos y orientado hacia la Religión.

Pero, tampoco estos tipos de carácter permanecen puros, sino que se presentan en forma mixta y con predominio de uno de ellos o de algunos de ellos, según los casos, y que son los que dan el sello o marca a la persona.

Para la Escuela Psicoanalítica, existe la clasificación del carácter de acuerdo con las fases del desarrollo infantil, en carácter oral, anal, fálico y genital.

La Personalidad ha sido motivo de definiciones diversas, pero todas ellas concuerdan en hallar un elemento común, permanente y que da el sello a la misma;

pues, la forma de reacción de la persona frente a las circunstancias excitantes, tiene siempre factores o elementos psíquicos semejantes, dados especialmente en la esfera afectiva.

Se ha creído por mucho tiempo, con las teorías dualistas, que la persona estaba integrada por dos partes que esencialmente eran diferentes: la una, material, física, el cuerpo y la otra, inmaterial, psíquica, que era el alma, cuyas relaciones se hallaban explicadas por dos teorías, que eran: el Paralelismo y el Interaccionismo. El Paralelismo que creía que se trataba de dos series paralelas, capaces de variar sinérgicamente, pero sin ninguna reciprocidad que los determine.

El Interaccionismo cree que los dos grupos de actos o fenómenos son genéticamente diferentes, pero que son capaces de interrelaciones e influencias recíprocas.

Pero, surge frente al dualismo la concepción monista de Aristóteles, Spinoza y Wundt, que consideraban al hombre como una unidad biológica indivisible y que los dos grupos de fenómenos mencionados antes son aspectos de una misma serie de fenómenos simplemente apreciados desde puntos de vista diferentes.

Willams Stern mantiene una posición hasta cierto punto intermedia y que se ha denominado "Personalista", en la que deja el estudio de la esencia del hombre a los filósofos metafísicos y pasa a considerarlo para su estudio al hombre con dos órdenes de actividades, que son: 1) las fisiológicas fundamentales en la estructura anatómica de órganos que constituye el organismo, y 2) las psicológicas, que integran la persona como una unidad biológica indivisible, no analizable ni descomponible en parte, sino considerada en diferentes momentos.

Estos dos órdenes de actividades son susceptibles de continuarse los unos a los otros, insensiblemente, sin límites precisos.

Es, pues, conocida en la actualidad la enorme influencia que puede tener la personalidad sobre el funcionamiento orgánico y esto, justamente, constituye un elemento básico de la Medicina Psicosomática. Esta influencia de la personalidad sobre el funcionalismo y aún sobre la estructura orgánica, se hace posible gra-

cias a las interrelaciones de los sistemas nerviosos de la vida de relación y de la vida vegetativa que determinan una verdadera unidad biopsíquica, la misma que sólo desde el punto de vista didáctico ha sido conceptualizado en planos o niveles, como lo hace el mismo Stern al considerar que, en la personalidad, existen tres planos: el vital, el vivenciante y el interocipiente.

Asimismo, para la Escuela Psicoanalítica, existen los planos de conciencia, que se corresponden con el "Ello", el "Yo" y el "Super Yo".

Desenvolvimiento del Niño desde el punto de vista Psicoanalítico

Es fundamental, respecto a este punto, comenzar por dar el concepto cabal de lo que se denomina "Sexualidad", que es mucho más amplio que la acepción que, comunmente, se ha dado al "instinto sexual". Ya veremos, más tarde, cómo este concepto tiene que ver sólo con una fase de la sexualidad (fase genital).

La Sexualidad, comprendida de este modo, se refiere a todos aquellos fenómenos encaminados, en último término, a la consecución del placer.

Los caracteres de la vida sexual del adulto tienen su origen en la sexualidad infantil. Así, por ejemplo, el beso de los enamorados produce el mismo placer que el que consigue el niño en su primera fase evolutiva o bucal, lo cual ha sido comprobado mediante el Psicoanálisis en el tratamiento de las neurosis.

Las partes orgánicas del niño, que comienzan a ser aptas para la consecución de placer, comienzan en las superficies sensibles de la piel y de las mucosas (zonas erógenas) y, entre ellas, la boca, o comienzo del tubo digestivo, es el órgano que primero se pone a este servicio, dando lugar a la llamada fase bucal; luego, en el ano, o término del tubo digestivo, dando una segunda fase, llamada fase anal, y, en tercer término, el órgano genital (falo), dando origen a la fase fálica, previa a la fase genital, que es de mayor perfección en el desenvolvimiento de la Sexualidad. Esta evolución se realiza hasta los 5 o 6 años, más o menos, en que comienza una

fase de indiferencia hacia las cuestiones sexuales, hasta que llega la adolescencia, en que vuelve a ponerse de manifiesto esta vida de la sexualidad.

Según la Escuela Psicoanalítica de Freud, la personalidad quedaría formada ya a los 5 o 6 años de vida y para cada una de las fases señaladas correspondería un tipo de carácter con sus modalidades peculiares. Así, por ejemplo, tendríamos el carácter bucal, el anal o el fálico.

Fase Bucal: Comienza a manifestarse por la pasión al chupeteo que, en muchas ocasiones, ha sido descubierta antes del nacimiento, en el claustro materno (mediante las operaciones cesáreas), y que se continúa después del nacimiento, en la lactancia, durante la cual se diferencian, más o menos, claramente dos fases, que son: la primera de simple chupeteo y la segunda en la que asoman nuevas manifestaciones para la adquisición de placer, como son pellizcos a la madre. El niño, a veces, muerde el seno o realiza actos de contacto de su mano en zonas de su cuerpo o del cuerpo de la madre, etc., que marca un período de la "toma de posesión" del niño y se manifiesta, luego: por el hecho de que el niño trata de devorar todo cuanto encuentra a su alcance; en efecto, el niño lleva todos los objetos a la boca; este período se denomina "período canibalista" de la fase bucal.

Cuando en esta fase se presentan censuras o prohibiciones mediante cortas actitudes por parte de las personas encargadas del cuidado del niño, con el fin de no dejar que el niño lleve los objetos a la boca, como el recubrir sus dedos de sustancias ácidas, picantes o desagradables, se está preparando el campo propicio para el desencadenamiento de las neurosis en el futuro.

Cosa igual tendríamos que decir respecto a los destetes realizados de una manera brusca o sirviéndose de medidas coercitivas, como en el caso anterior (pintarse el seno, recubrir de sustancias desagradables el pezón, etc.).

Según la opinión de los Psiquiatras, es en esta fase bucal, y especialmente en el período canibalístico, cuando se produce la alteración denominada melancolía.

Fase Anal—Para Adler, debido a ciertas normas impuestas por el ambiente social, llega la defecación a constituir el problema central de la vida del individuo. Este se produce después del destete y el niño encuentra, como medio de combate contra las normas de los adultos, la expulsión de sus fecales, primero, y la retención de las mismas, después. Pero, para Freud, en cambio, la expulsión de materias fecales constituye para el niño una nueva fuente de placer, aparecida después de la fase bucal; el orificio anal se constituye en una nueva zona erógena; pero, esto dura un corto tiempo, después del cual el placer se produce más bien por la retención de las materias fecales, lo cual se produce, debido a que el niño considera al comienzo a las fecales como parte integrante de sí mismo y su expulsión es recibida por la madre que cuida al niño con una sonrisa placentera, como si se tratara de un pequeño regalo; por esta razón, se produce una valoración exagerada de la defecación y el niño siente placer al retenerla.

En esta fase es necesario indicar que aparecen componentes de carácter sádico o masoquista, es decir, la consecución de placer por el sufrimiento de los otros o del sufrimiento propio y, por esto, han denominado a esta fase sádico-anal.

En esta fase la falta de orientación por parte de las personas del cuidado de los niños puede determinar la aparición de un terreno adecuado para el desarrollo de "Neurosis". En primer término, por ejemplo, el mal manejo de los conceptos morales, de lo que es permitido y de lo no permitido o prohibitivo, puede desencadenar el "sentimiento de culpabilidad". Los componentes del complejo "sádico-masoquista" pueden llegar también a expresarse en el campo patológico, debido a un defectuoso desenvolvimiento de esta fase. Los Psiquiatras señalan en esta fase la aparición de las neurosis compulsivas.

Fase Fálica: Hemos visto cómo la consecución del placer ha encontrado su asiento en la superficie piel-mucosa, dando, en primer término, la fase bucal (consecución del placer a través de la boca), luego la fase anal (consecución del placer a través del orificio anal).

Más tarde, la fuente del placer se localiza en los órganos genitales y empiezan, entonces, a asomar las diferencias y valoraciones sexuales a partir de sus padres; empieza a descubrir que, en la Sociedad, es el padre el que tiene primacías y esto determina la orientación de las identificaciones del niño con el padre o con la madre. Al mismo tiempo descubre que tanto la madre como el padre le imponen reglas y normas que significan obstáculos al libre desenvolvimiento de sus instintos; pero, también, ellos le proporcionan cariño, amor y por esto surge en el niño, unas veces, odio y, otras, amor hacia ellos y nace la denominada ambivalencia afectiva.

La Escuela Psicoanalítica acepta en esta fase la aparición del "complejo de Edipo" en el niño varón y del "complejo de Electra" en la mujer.

Para el niño varón existe, en efecto, un acentuado amor hacia su madre y encuentra, en cambio, al padre como el primer hombre y el primer rival. (Complejo de Edipo).

La niña encuentra como primera mujer a la madre y ésta se constituye en la primera rival que le roba el cariño de su padre. (Complejo de Electra).

En esta fase, surge también el "complejo de Castración"; pues, la orientación de la atención tanto del niño como de la niña, a sus genitales, les hace descubrir la existencia del pene en el uno y la ausencia del mismo en la otra y esto determina el temor que tiene el niño a que su padre le castigue, privándole de su privilegio sexual, quitándole el pene por el apego de él hacia su madre. Asimismo, la niña hecha la culpa a su madre por la pérdida de su pene y surge la agresión contra ella. Se da cuenta de su falta orgánica del pene; adquiere conciencia de su inferioridad frente al sexo masculino y nace la vinculación hacia el padre.

El desenvolvimiento sexual del niño corre riesgo notabilísimo en esta época y es necesaria la orientación

adecuada por parte de padres y pedagogos, para evitar el apareamiento de formas de neurosis o anomalías de la sexualidad en el futuro.

III

LA PERSONALIDAD NORMAL Y LA PERSONALIDAD PATOLOGICA

La personalidad normal no corresponde o concuerda con un esquema rígido y preciso o con una fórmula matemática exacta, sino que presenta más bien una especie de equilibrio que fluctúa dentro de límites amplios o una especie de término medio de todos los tipos de personalidad anormal.

Pero, en términos muy generales, podríamos caracterizar a la personalidad normal, diciendo que está dada por un sentimiento de bienestar orgánico-funcional, por un equilibrio en su conducta, es decir, una ausencia o mínima expresión de conflictos psíquicos y una capacidad de adaptarse con satisfacción a ciertas circunstancias del ambiente, como el trabajo, el amor a otras personas, las recreaciones y las exigencias de la vida social.

Desde el momento en que no se cumplan dentro de ciertos límites los caracteres señalados o se exagera alguno de ellos, comienza a surgir la personalidad patológica o psicosis.

Pero, tampoco la personalidad patológica constituye un salto brusco de la personalidad normal, es decir, no hay un límite preciso que pudiera marcarse con una línea entre la personalidad normal y la francamente anormal, denominada también personalidad psicótica, sino que existe un amplio campo entre las dos, en donde se localizan aquellas personalidades que no son normales, pero que tampoco son psicóticas ya estas personalidades, que tienen algo de normal y algo de psicóticas y que se las denomina personalidades psicopáticas.

Clasificaciones de Personalidades Psicopáticas.—

El Profesor español Mira y López describe los siguientes tipos de Personalidad: epileptoide, esquizoide, cicloide, histérica, mitomaniaca, paranoide, perversa o amoral, inestable, asténica, hipocondríaca, compulsiva.

Personalidad Cicloide.—Su estado de ánimo varía de alegre a triste, de la actividad a la inercia, con cierto ritmo y, a veces sin motivo.

Los hipomaníacos se destruyen por la continua actividad; son de ánimo alegre, sensación de bienestar, dispuestos, bromistas, optimistas, capaces de los más grandes esfuerzos para vencer obstáculos. Sin embargo, como no tienen plan premeditado, el cicloide malgasta sus esfuerzos y deja a medias lo emprendido.

Poseen anestesia para la fatiga, son incansables; pero, cuando a esta hiperactividad constitucional se suma una inteligencia clara y regulada por juicio profundo, memoria de evocación y fijación sobresaliente y con fondo moral robusto, tenemos al "**genio**" con sus concepciones atrevidas realizables y realizadas; al investigador analítico y de exposición concisa.

Encontramos rasgos que acercan el genio con la locura. El depresivo del cicloide se manifiesta por inactividad, pereza, escasez y pobreza de ideación; la vida tiene color gris y no vale la pena de vivirla; estos sujetos fatigados precozmente, cansados antes de realizar la labor, se desaniman ante el mínimo esfuerzo, y el fracaso dentro de su vida culpan a personas cercanas dentro de la familia o relaciones sociales. Sufre decepciones en su trabajo y vida sentimental; se vierte hacia afuera culpando a otros. Sólo, a veces, dice Fleury, estos sujetos cuando se hallan animados por la ambición o sentido del deber, logran salir de este estado.

Con inteligencia y buen estado imaginativo pueden tener ocasión de realizar un trabajo encomiable y duradero. Pero, por lo regular, les domina la inactividad y pereza y pueden caer en el parasitismo, si se dejan influenciar por vicios sociales, como tóxicos, buscando estímulos para levantar su estado psíquico.

En ocasiones, la fasceta hipomaníaca y depresiva oscilan en un mismo sujeto en forma periódica y circular, esto se encuentra en la biografía de los grandes hombres.

Personalidad Esquizoide.—Opuesto al cicloide. Oscilan los afectos, sentimientos, va de la hiperestesia afectiva a la anestesia más inmovible de los sentimientos y del cariño. "Se muestra sensible como una paloma y frío como el hielo". (Expresión de Stringbeld).

Nunca se les conoce bien; nos sorprendemos con sus actos e ideas. Debido a que es interiorizado, su morbosa imaginación se encumbra en fantasías; lo absurdo y extravagante para la persona normal, adquiere realidad y vive imaginativamente el esquizoide. Esta cualidad se llama autismo. Vive y sueña al tiempo. Vive de ilusiones.

Al esquizoide, por estar reatraído, es difícil sacarle de este estado de vida; no pueden con él ni sus familiares ni sus relaciones sociales. Nunca es posible sacarle de su reclusión y ni acepta; está malhumorado.

En la Esquizofrenia hay dos polos: hiperestésico y anestésico. El primero sumamente sensible, excitable. Reacciona desproporcionadamente a los estímulos. El anestésico es frío, indolente, a veces brusco, caprichoso, sus reacciones pueden hacer mucho daño a la sociedad.

Dentro del esquizoide existen dos subformas: esténico y asténico. Esténico viene de fuerza y asténico de flojedad.

En el esquizoide estético hay gran tensión psíquica, acompañada de insensibilidad y frialdad. El asténico se distingue por la pobreza psíquica; son personas inactivas, perezosas, próximos parásitos sociales.

Personalidad Epileptoide.—Para Kretschmer, los rasgos son:—grosería, brutalidad, fuerte tensión psíquica, accesos de rabia explosiva, tendencia a crisis afectivas graves, tendencia a embriaguez patológica, a presentar crisis epileptiformes, cólera, etc.

Como característica epiléptica el sujeto es pegajoso, maliciosamente confiado, pedante, egocéntrico, prolijo, santurrón. Se caracteriza por su tendencia a reacciones impulsivas graves por motivos insignificantes y casi no recuerdan los actos luego del impulso.

Otra característica es la bradipsiquia (bradi = despacio y taqui = ligero), o sea lentitud en las operaciones psíquicas. Este carácter unido a la pegajosidad de la personalidad epiléptica se denomina viscosidad psíquica.

Dentro del aspecto criminológico es de gran importancia.

Ya hemos dicho que la personalidad psicopática es la exageración de la personalidad normal; llegamos entonces a la psicosis o locura, o alienación mental.

Etimológicamente, "psicópata" quiere decir afección de la mente, que sufre de la psiquis. Se producen perturbaciones de la conducta ligadas a alteraciones afectivas y cenestésicas (sensibilidad interna) frente a motivos emocionales. Estas perturbaciones se presentan en época precoz del desarrollo individual, pero son influenciables por la psicoterapia. Estas perturbaciones se deben a rasgos internos, explicadas por la Escuela Psicoanalista Freudiana, por falta de armonía entre los componentes de equilibrio e inestabilidad de los sentimientos afectivos. Por esto, hay cambios en la conducta y decisiones.

Otro mecanismo es la falta de objetivación de los juicios; juzgando de acuerdo con su modo de sentir, hay polarización egocéntrica, según su estado subjetivo; son incomprensibles. Estas personalidades psicopáticas se encuentran dentro de la población libre.

Pueden tener tendencia a sufrir de ataques epilépticos.

Personalidad Histérica.—Histeria viene de "histeros" = útero, término poco científico, porque antes creían que la histeria era hipersexualidad.

La personalidad histérica se caracteriza por una emotividad superficial, rápida y lábil (sensible, sugestionable). Sugestibilidad exagerada, porfía caprichosa, tendencia a la ficción, a la mentira, llena de proyectos.

Como trazos innatos: el charlatanismo, amor al bluf, tendencia a la teatrolería. Este tipo de personalidad psicopática se explica porque confunden el mundo real con el fantástico, con tendencia a la fabulación y mentira.

Existe estrechamiento del campo de la conciencia.

Confunden el mundo de la vigilia con el mundo del sueño. Están como semidormidos. Son fácilmente hipnotizables.

Lo Ideoplastia es otra característica mediante la cual fija corpóreamente lo que siente espiritualmente. Presentan actos teatrales para llamar la atención de los demás, pero son actos inconscientes.

Respecto a la sexualidad es falso que haya hipersexualidad; más bien, se observa el polo contrario.

Personalidad Mitomaniaca.—Se confunde con la histérica por la tendencia al ensueño y confabulación. El tipo mitomaniaco es imaginativo. Su placer es morboso. Esta tendencia ha sido buscada en sus orígenes en tres formas:

- 1.—Canidosa (llamar la atención);
- 2.—Miligna (tendencia a la heteroacusación genital), y
- 3.—Perversa.

Casi siempre se hallan envueltos en la calumnia y difamación. Son testigos falsos.

Personalidad Paranoide.—Se caracteriza por la tendencia a perjudicar a otros, a los celos, a querellarse, a la sensiblería en relación con los demás. Tiene manía de reformas e invenciones. Se caracteriza por la susceptibilidad, testarudéz y desconfianza, por hipertrofia del yo o autovaloración, desprovista su conducta de altruismo.

El Profesor Mira dice que impresiona su razonamiento en alto grado y el culto a la verdad y justicia, pero que no pasa de ser un apasionado modo de ver en cada caso.

1) — Se cree infalible en sus juicios con argumentación silogística; los datos que manipula le son dados deformados por su proceso afectivo; además tienden a la racionalización.

2) — Las conclusiones se encuentran predeterminadas; en sus juicios se parece a los malos poetas (que, unas veces, no dicen lo que quieren y, otras, lo dicen mal).

El paranoide logra convencerse a sí mismo y raras veces a los demás. Interpreta los hechos torcidamente.

Este tipo interesa dentro del aspecto criminológico, se ve envuelto en procesos criminales. La tendencia a la desconfianza, autovaloración y anormal razonamiento se observa en los tipos conductores de masas (los flacos), no el verdadero líder.

Personalidad Perversa.— Denominada también amoral, dada por psiquiatras italianos y psiquiatras penalistas ingleses. Los italianos conceptúan como enfermedad mental, como locura moral, desde luego, es concepto errado. Es más bien una personalidad psicopática portadora de debilidad genotípica sobrevenida en la esfera del juicio ético.

Según la causa a la que se deba, se indica las siguientes:

1.—Por ignorancia de las normas éticas que deben acatarse en cada situación.

2.—Por falta de comprensión de las obligaciones morales.

3.—Por excesiva fuerza de las tendencias instintivas antisociales.

4.—Por déficit de la capacidad e inhibición consciente.

5.—Por ausencia de sentimientos morales.

1.—Ignorancia-Pseudoamoralidad: caso del sujeto que, por falta de cultura e instrucción, desconoce las normas.

2.—Falta de comprensión, debido a un defecto de la inteligencia, que en oligofremias se hallan incapaces de comprender las obligaciones con la sociedad.

Cuando se mezclan 3-4 y 5, dan lugar a los peores tipos; pero, más los que se deben al 3 y 5. El 4 se debe a falta de voluntad e influencia de malas compañías; puede ser pervertido antes que perverso. Pero, combinadas con una inteligencia sobresaliente, se utiliza para eludir las consecuencias legales de sus malas acciones. Despierta egolatría y da lugar a crímenes fantásticos.

En la forma más aguda hay inversión de la fórmula afectiva ética. Lo que a un normal puede producirle sufrimiento, para este tipo es un placer morboso. Cuando se suma un defecto físico, aumenta su resentimiento a la sociedad y favorece al tipo.

Desde los primeros años, se manifiesta tendencia a maltratar a los animales; no se sujetan a disciplina; los castigos no le hacen rectificar su actitud; responde con indiferencia a los razonamientos y halagos.

Dentro de los intersexuales, su constitución es grácil, infantil; son hermosos por eufemismo y sin embargo de tener constitución perversa.

Personalidad Asténica.—Se caracteriza por agotamiento de sus ciclos de actividad psíquica; la expresión motriz es inadecuada al estímulo. Llámase también tipo flojo, sujeto que no tiene energía suficiente para llevar a cabo los actos de cada situación.

Se confunde con la neurastenia, psicastenia y esquizofrenia. La personalidad asténica (abúlico) o flojo puede acompañarse o coincidir con el tipo somático asténico.

Personalidad inestable—Los alemanes los llaman psicópatas inquietos; predomina los cambios en su modo de pensar, sentir en los propósitos e intenciones; por esto, no logran conseguir resultados eficaces. Enredan y comprometen a los demás y luego los abandonan.

Vulgarmente se las califica de frívolas, inquietas, que se meten en todo, que son como veletas. Se encuen-

tra de preferencia en el sexo femenino. Se hallan favorecidas por el exceso de sí mismos. Son personas que no saben realmente lo que quieren.

Personalidad Hipocondríaca.—Los contenidos de conciencia intelectuales se dirigen a su estado somático, corporal.

La Escuela Psicoanalítica explica como detención de la evolución de la libido en la fase narcisista o auto-crática.

Llegan a tener miedo morboso a las enfermedades por su desarrollo excesivo del instinto de conservación.

Personalidad Compulsiva.—Tipo que se confunde con la personalidad histérica o también con la epileptoide.

Encontramos gran espíritu de organización, método. Es inteligente, con energía psíquica, capaz de realizar sus programas. Pero, lo que distingue es su carácter malhumorado, sombrío-irritable, que constituye un elemento perturbador en la vida social y familiar. Ha sido designada como personalidad quejumbrosa, enredadora. Se meten en lo que no les importa.

La Escuela Psicoanalítica considera como detención de la libido en la fase sádico-anal, Hacer sufrir a los demás y sufrir ellos mismo, dejando todo para el último momento para martirizarse a sí mismo. Para Freud es el resultado de la pugna más o menos equilibrada entre el "Ello" o impulsión instintiva y el "Super Yo".

Clasificación de las Enfermedades Mentales.—Respecto a la clasificación de las enfermedades mentales propiamente dichas existen varias Escuelas, de las cuales creemos prudente citar la Argentina y la Americana.

Para la **Escuela Argentina**, según Bosch y Ciampi, la clasificación se hace en:

1.—Síndromes mentales pre-morbosos (que corresponden a las constituciones psicopáticas).

2.—Síndromes mentales con debilitamiento temporal de la anatomía psíquica (corresponde a las neurosis).

3.—Síndromes mentales con pérdida completa y temporal de la anatomía psíquica (corresponde a las psicosis agudas).

4.—Síndromes mentales con falta de desarrollo de la anatomía psíquica (Síndromes juveniles, frenestenas).

5.—Síndromes mentales con pérdida completa y duradera de la anatomía psíquica. (Demencias seniles).

La Escuela Americana clasifica las enfermedades mentales en:

1.—Psicosis infecciosas.

2.—Psicosis por intoxicación.

3.—Psicosis traumáticas.

4.—Psicosis por trastornos circulatorios.

5.—Psicosis por trastornos convulsivos.

6.—Psicosis por trastornos metabólicos o endócrinos.

7.—Psicosis por neoformaciones.

8.—Psicosis de causa desconocida, asociadas a trastornos neuroorgánicos, que comprende:

Histeria de Conversión

Psicastenia.

1) Psiconeurosis: Neurastenia.

Hipocondriasis.

Depresión y ansiedad.

2) Psicosis maníaco-depresiva

3) Esquizofrenia.

4) Paranoia, etc.

9) Psicosis no diagnosticadas, etc.

10) Trastornos psíquicos sin psicosis, etc.

Para el autor español, Profesor Mira y López, existe, además de las constituciones psicopáticas, los tras-

tornos deficitarios y los trastornos morbosos propiamente dichos, que los clasifica de la siguiente manera:

1—Trastornos deficitarios	{ 1—Congénitos 'o precocísimos }	Oligofrenias.
		{ 2—Adquiridos o irreparables }
2—Trastornos Morbosos propiamente dichos.	{ 1—Psiconeurosis y Organoneurosis. }	Histérica
		Neurasténica
		Anancástica
		Angustiosa.
		De situación o Reactivas.
		Traumáticas
		Infecciosas y post infecciosa.
		Exotóxicas.
		Endotóxicas
		Epilépticas.
2—Psicosis.	Maníaco - depresivas.	
	Esquizofrénicas	
	Paranoicas y Parafrénicas.	

Los trastornos deficitarios señalados por el Profesor Mira han sido motivo de estudio de la Psiquiatría y pueden ser reconocidos aunque sea en forma grosera por el clínico general y enviados para su estudio y tratamiento al Psiquiatra.

Pero, entre los trastornos morbosos propiamente dichos, existe, como acabamos de ver, dos grupos, de los cuales el grupo de las Psicosis puede también ser motivo de fácil reconocimiento por parte del médico, clínico general y entregados asimismo al Psiquiatra, por no constituir, pues, motivo de su práctica diaria; en tanto que el grupo de las Neurosis constituye un grupo de entidades clínicas no bien diferenciables por parte del clínico general y muchas ocasiones por parte del Psiquiatra, y más aún, en aquellos casos que con una finura extraordinaria los factores psicógenos determinan altera-

ciones funcionales y orgánicas que se localizan en los diferentes órganos, aparatos o sistemas del individuo.

En estos casos, el clínico general no reconoce como motivo de estudio o tratamiento por parte del Psiquiatra por la ausencia de síntomas píquicos y lo toma más bien para sí, debido a las alteraciones orgánico-funcionales; el Psiquiatra, por su parte, puede descuidar del examen completo del enfermo y creer que se trata de un caso de la clínica general o, en otras ocasiones, aun reconociendo el caso, sentirse desarmado frente a él para su tratamiento. Y de esta manera un gran porcentaje de enfermos anda de consultorio en consultorio sin encontrar alivio para su dolencia y sin poder explicar él mismo todo cuanto siente y aumentando cada vez más su tono de angustia.

He allí un duro problema de la Medicina que, por ventura, en los últimos tiempos se ha comenzado a dar solución, mediante el desarrollo de la Medicina Psicosomática.

Las Neurosis

Va a ser ya dos siglos que comenzó a ser empleado el término "Neurosis" y su empleo fué dado primeramente por el médico escosés Cullen en el año 1776, quien define diciendo que "Neurosis es toda enfermedad del sistema nervioso en que no se ha encontrado ninguna patología orgánica". Desde entonces, este vocablo que fué creado por compromiso como se acaba de ver para designar trastornos que no podían ubicarlos en ningún sitio de la Patología Médica, comienza a enriquecerse con numerosos casos cada vez más crecientes, casos cuya localización en esta casilla se debía a su carencia de claridad para ser ubicados en otras casillas concretas de la Patología Médica.

Los enfermos enigmas crecían de manera abrumadora y han seguido llenando cada vez más los Hospitales; el médico por su parte ha tratado de escribir su fórmula definitiva mediante un diagnóstico demasiado general, tratando de liberarse del enfermo y condenándolo al suplicio perpetuo de su enfermedad.

En los últimos tiempos, mediante las valiosas aportaciones de Freud, Adler, Jung y otros, se ha llegado a comprender en gran parte el problema de las neurosis y ha nacido la Medicina Psicosomática, gracias al valioso esfuerzo de numerosos investigadores, como Alexander, Ferenzi, Stephen, Lewis T. Dunbar F., Weiss E., English spurgeon, Abraham, entre los autores de lengua inglesa; Raskovski L., Mira y López, Garma A., Carcamo C., Ferrari G., Salerno, y muchos otros en lengua española; además muchos otros autores que trabajan en los países europeos.

Ventajosamente va encontrando cada vez la merecida acogida la Medicina Psicosomática y en la América por ejemplo ya existen muchos centros de investigación, entre los que se destacan los de New York, Chicago, Boston, Buenos Aires, etc. y gracias a ella ha sido posible comprender que todo estado morbosos da síntomas en la esfera somática u orgánica y en la esfera psíquica.

Para Freud, la Neurosis significa el producto de las represiones instintivas (De los instintos sexuales y agresivos que él considera como manifestaciones del Eros, amor o unión y del Tanos, odio o destrucción); dichas represiones se deberían al control social y al control del "Super YO" o conciencia moral. La neurosis permite al individuo la satisfacción del instinto insatisfecho, pero surge al mismo tiempo el castigo de su "YO" por parte del "Super Yo".

La Neurosis tiene su origen en la fases evolutivas de la infancia (Oral, Sadico-anal, Fálica) y se manifiesta como consecuencia de la acción de elementos psicógenos desencadenantes en un momento dado de la vida posterior, con lo cual se producen verdaderas regresiones de la libído para fijarse en una de las fases de la evolución infantil pregenital. Mientras esta fijación se establezca en fases menos evolucionadas de la vida infantil, la neurosis se caracterizará por una mayor tendencia hacia el "Narcisismo" hasta llegar a la fase oral primaria o narcisismo total.

En cuanto a las manifestaciones patológicas, éstas corresponderán a alteraciones más profundas cuanto

más profunda sea también la fijación; así por ejemplo una fijación en la fase fálica determinará manifestaciones histéricas; en la fase anal secundaria, neurosis obsesiva; en la fase anal primaria, Paranoia; en la fase oral secundaria, Psicosis maniaco-depresiva; en la fase Oral primaria, Esquizofrenia (Forma Catatónica); en la fase prenatal, crisis epilépticas.

Las Neurosis que iban ampliando más y más el marco de sus estudios con nuevos grupos patológicos fueron denominadas más tarde con los términos de Psiconeurosis y órganoneurosis, queriendo significar con esto que junto a una alteración mental existía también una alteración orgánica, con la circunstancia que en la Psiconeurosis, lo fundamental constituía la alteración psíquica y lo secundario la alteración orgánica, en tanto que en las órganoneurosis lo fundamental radicaba en la alteración orgánica, y lo secundario era la alteración psíquica. Con todo esto se llegaba a establecer casi verdaderas confusiones, ya que era poco menos que imposible el tratar de diferenciar una psicosis de una psiconeurosis; ésta de la órganoneurosis y la órganoneurosis, de las enfermedades orgánicas y funcionales que corresponden a la Clínica General.

Hoy se ha llegado a comprender que no es posible pensar en enfermedades físicas u orgánicas como algo divorciado de las enfermedades psíquicas, sino que por el contrario, la persona constituye una entidad biopsíquicas y que en ella va íntimamente ligado el factor psíquico al factor orgánico y viceversa, razón por la cual muchas enfermedades que parecía eminentemente orgánicas o exclusivamente orgánicas han demostrado después de su estudio ser producidas por factores psicógenos y por tanto ir ligadas a alteraciones psíquicas, especialmente de la esfera afectiva. Este descubrimiento maravilloso que demuestra que entre la Clínica General y la Psiquiatría no existe un límite preciso se debe al progreso de la Medicina Psicósomática y todas aquellas alteraciones que en otros tiempos no sabíamos en donde ubicarlas, ni con qué nombres calificarlas han pasado a ser motivo de estudio de esta nueva Ciencia que quizá para mi modo de ver no es nueva ni es acertada

la denominación que se la ha designado; es simplemente la "Medicina" ya que dentro de ella debía caer tarde o temprano las alteraciones patológicas, pues todas ellas al ser enfermedades del hombre son tanto de su parte somática como de su parte psíquica y por ello está demás y algo redundante añadir el término "Psicosomática", ya que toda Medicina es o será con el tiempo Psicósomática y bastará entonces denominarla Medicina. Y digo que no es una rama nueva porque desde la antigüedad se ha reconocido en las enfermedades ya una participación no sólo de lo orgánico sino también de la Psique, mediante interpretaciones que se hallaban en oposición del dualismo filosófico.

En la actualidad existe ya un sinnúmero de enfermedades que necesitan de la Medicina Psicósomática para el establecimiento de su diagnóstico etiológico y para su correcto tratamiento.

Es por esto necesario señalar una vez más que junto a los trastornos somáticos debe el médico investigar los trastornos psíquicos consiguientes, ya que la Personalidad como unidad biopsíquica indivisible participa siempre de los trastornos orgánicos. Por esto también surge la necesidad imprescindible de preparar al médico en el campo de la Medicina Psicósomática ya que constituyendo más de la tercera parte de los enfermos, este grupo será motivo de su práctica diaria tanto para el Clínico como para el psiquiatra.

De allí la importancia también de realizar junto al examen físico del enfermo, junto a los exámenes de Laboratorio, radiológico, etc., el examen de la Personalidad en forma rutinaria, sirviéndose para ello de los métodos existentes hasta ahora y tratando de encontrar nuevos métodos que nos encaminen al diagnóstico más certero de la misma.

Yo por mi parte he querido esta vez aplicar dos de los métodos conocidos, sin pretender con esto obtener datos definitivos en el campo de la Clínica general, sino apenas tratando de despertar una inquietud más en el espíritu investigador.

Para obtener resultados más o menos halagadores no debería dejar de un lado el valiosísimo método Psi-

coanalítico como medio de investigación de los trastornos de la Personalidad y de las causas Psicógenas que intervengan, pero me he visto precisado a ello por no ser un Psicoanalista especializado ni haber recibido esta cultura en mis cursos universitarios y la parte de Teoría que he podido aprender no concuerda con la práctica suficiente e indispensable para estos casos. Pues quizá el gran progreso de la Medicina Psicosomática en el Mundo haga llegar a nuestra Universidad la necesidad de la creación de una Cátedra de Psicoanálisis o de Medicina Psicosomática.

Por falta de dicha investigación psicoanalista no he podido presentar mis casos con una anámesis psicosomática completa que me habría agradado por sobre manera, ya que ésta debía ser completada indispensablemente con los datos obtenidos por la investigación psicoanalítica, para que tenga todo su valor.

Por las razones señaladas no podréis encontrar en esta Tesis sino los datos que nos señalan los exámenes practicados en forma rutinaria en nuestros servicios Hospitalarios, y junto a ellos los resultados del Diagnóstico de la Personalidad mediante el Psicodiagnóstico de Rorschach, que ya ha rendido maravillosos frutos en el campo de la Psiquiatría, Educación, Psicología del Trabajo, Criminología, etc., y mediante también el Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López (P. M. K.) que a pesar de su reciente aparición ha alcanzado enormes resultados en los campos de la investigación.

SEGUNDA PARTE

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

Algunos autores consideran que el Psicodiagnóstico de Rorschach tiene su origen en la publicación de Justino Kerner intitulada "Kleksographien" realizada en el año 1857, pero en realidad ocurre que antes de este autor ha existido ya la interpretación de las manchas. En realidad dicha interpretación data de los tiempos mas antiguos en que se confundía

con la superstición popular y el concepto sacerdotal del tiempo de los Oráculos, en que se pretendía obtener presagios llenos de fantasía y leer en las manchas de sangre el porvenir de una persona.

Pero todo esto no satisface ni remotamente al objetivo científico que ha alcanzado el método de interpretación de las manchas.

Justino Kerner mismo publicó su obra más desde el punto de vista poético sobre la inspiración que le provocaba las manchas o borrões de sus escritos.

Más tarde, a fines del siglo XIX se trató ya de emplear el método con el fin de estudiar la imaginación y la fantasía y cuando más llegaron en sus exploraciones a encontrar que la imaginación podía ser activa o pasiva y que las interpretaciones podían ser globales o de detalle.

Hermann Rorschach que nace a fines del siglo XIX (1884) y se gradúa de médico en 1910, empieza a considerar el método desde otro punto de vista diferente y no solamente como exclusivo método de estudio de la fantasía y la imaginación; para él tiene más importancia en cuanto se refiere a los fenómenos de Percepción y los llamados por Bleuler "Apercepción".

Con esta concepción, Rorschach da a este Método un impulso singularmente grande y que ha sido acogido con enorme entusiasmo por los más altos exponentes de la Psicología y de la Psiquiatría. Su Método es expuesto en un libro intitulado "Psicodiagnóstico" publicado en el año 1921. Es lamentable desgraciadamente la muerte prematura del genial autor acaecida el 2 de Abril de 1922, o sea apenas un año más tarde de publicada su obra.

En su obra presenta Rorschach el siguiente cuadro estadístico respecto a los casos tomados en sus investigaciones realizadas con 405 sujetos.

	Hombres	Mujeres
Personas normales educadas	35	20
Personas normales incultas	20	42
Personalidades Psicopáticas	12	8
Alcohólicos	8	—

Débiles mentales, imbéciles	10	2
Esquizofrénicos	105	83
Maníacodepresivos	4	10
Epilépticos	17	3
Paralíticos	7	1
Dementés seniles	7	3
Demencias arterioescleróticas	3	2
Korsakoff y estados similares	3	—

Con este número de pruebas señalado, más algunas otras experiencias realizadas por el autor con unas láminas empleadas al comienzo de sus estudios y que luego fueron desechadas, llega a establecer un sinnúmero de conclusiones valiosísimas expuestas en su obra.

Después de su publicación han aparecido numerosísimas publicaciones hasta nuestros días y la bibliografía aumenta cada vez más en forma halagadora. Nosotros, en el presente trabajo seguiremos las huellas de autores de habla española y algunos de habla inglesa, desde luego tomando en primer término la traducción española del libro de Rorschach.

El Psicodiagnóstico de Rorschach comenzó a ser aplicado con los fines señalados por el autor en el cuadro estadístico que dejamos señalados anteriormente, pero más tarde cada autor ha tratado de ampliar el campo de acción investigadora, trayendo desde luego maravillosos resultados en el campo de la Psiquiatría principalmente y de la Clínica general en parte.

Me permitiré señalar como esquema representativo el cuadro presentado como síntesis de las investigaciones de más de 4.500 psicogramas realizadas por F. Pascual del Roncal, quien constituye en habla española el más claro y sistemático expositor del método de Rorschach.

En sujetos normales.

En enfermos mentales.

En enfermos no mentales.

En delincuentes.

Niños de 4 a 12 años y adolescentes.

(No se incluyen en esta relación los niños delincuentes).

ADULTOS NORMALES:

Los adultos mentales se dividen en:

- a) Subnormales.
- b) Débiles mentales.
- c) Imbéciles.

PSICOPATAS—PSICONEUROSIS:

- a) Histerias.
- b) Psicastenia.
- c) Nerosis obsesivas.

TOXICOMANIAS:

- a) Marihuana.
- b) Morfina.
- c) Cocaína.
- d) Alcoholismo.

ESQUIZOFRENIAS:

- a) Hebefrénicas.
 - b) Catatónicas.
 - c) Paranoides.
 - d) Ingertadas.
 - c) Precocísimas.
 - f) Formas mixtas.
- Psicosis maniaco-depresivas.
Parálisis general progresiva.
Epilepsias criptogenéticas.
Epilepsias focales.
Psicosis de Korsakoff.
Psicosis seniles.
Psicosis postencefalíticas.
Tumores cerebrales.
Paranoias.
Lobotomizados.
Casos dudosos.
Enfermos no mentales.
Endocriopatías.

Diabéticos.
Embarazadas.
Leprosos.
Tuberculosos.
Daltonianos.
Casos diversos.

Por lo que se observe en el cuadro señalado podemos darnos cuenta que el método no sólo se ha restringido al campo estricto de la Psiquiatría, sino que también se ha aplicado en casos de la Clínica General, dando con esto un aporte valioso para la Medicina Psicósomática que necesita de este tipo de investigaciones.

Por mi parte he tratado de aplicar también el Psicodiagnóstico en el campo de la Clínica General, buscando ciertos grupos de enfermedades, en los que con mayor preferencia pueden presentarse trastornos de la Personalidad.

He indicado ya anteriormente, y lo repito aquí una vez más que el fundamento psicológico de Rorschach fué totalmente distinto al de sus predecesores, es decir que no pretende la exclusiva investigación de la imaginación y fantasía sino especialmente las funciones de Percepción y Apercepción como el autor mismo lo dice al comienzo de su obra. Se emplea el Psicodiagnóstico de Rorschach para el estudio de la Personalidad en toda su estructura, ya que como hemos dicho antes no es posible dividir a la Personalidad en funciones aisladas sino tan sólo en forma artificial y desde el punto de vista didáctico.

En este trabajo trataré de exponer los siguientes puntos:

- 1—La técnica del método o recolección de protocolos.
- 2—La clasificación de las respuestas.
- 3—La interpretación.

La clasificación de las respuestas y la interpretación de la casuística presentada en este trabajo lo haré relacionándolo con los resultados obtenidos en el P M K

TECNICA DEL METODO

Material

El método se realiza tomando como material diez láminas standarizadas por Rorschach y que son universalmente aceptadas e iguales a fin de que concuerden los resultados estadísticos.

Cada una de estas láminas presentan en su centro una mancha simétrica, la misma que es de color obscuro en algunas de ellas; rojo y negro en otras y multicolores las tres últimas.

Todas estas láminas están numeradas en la cara posterior con números romanos del I al X, numeración que sirve para poder ordenarlas antes de entregar al paciente.

Además se utiliza como material hojas formularios para el Protocolo, las cuales varían un tanto según los experimentadores, en nuestro caso hemos utilizado el modelo adjunto. Además es necesario un reloj con segundero.

Condiciones de la prueba.— En general podemos decir que las condiciones de la prueba son pues aquellas que exige la Psicotechnia en la aplicación de los test, es decir debe disponerse de un ambiente tranquilo, confortable; el local debe estar adecuadamente iluminado, desprovisto en lo posible de estímulos externos que vayan a dificultar o perturbar la realización de la prueba. Es pues además necesario una relación espiritual entre el examinador y el sujeto examinado, es decir establecer el consiguiente "rapport".

El sujeto en experimentación debe sentarse cómodamente y en un lugar donde penetre la luz natural por su parte posterior a fin de que las láminas que maneja se hallen muy bien iluminadas. El experimentador, por su parte, debe también colocarse en un sitio un tanto posterior al paciente a fin de poder observar las man-

chas de las láminas y estar atento a la descripción que realiza el paciente al mismo tiempo que señala las láminas. Es necesario indicar sin embargo, que algunos autores no dan importancia a esta situación del experimentador.

Realización de la Prueba.—La prueba debe comenzar con una pequeña explicación por parte del experimentador más o menos en los siguientes términos: "Le voy a presentar a usted unas láminas, en ellas existen unas manchas y usted me dirá qué vé en esas manchas". Una vez dicho esto le entrega la lámina al sujeto, siempre en una posición normal.

El sujeto puede mirar en cualesquier distancia, siempre que no exceda la que le permite su brazo extendido; es decir no debe abandonar la lámina en un lugar para mirarla a gran distancia, ya que así se alteran las condiciones de la prueba; por esta misma razón no se debe permitir que el sujeto mire una lámina a la distancia antes de que sea entregada, debido a que es difícil que pueda destruir la primera impresión que tuvo de ésta.

La lámina debe serla entregada en posición normal, pero el sujeto tiene absoluta libertad de girarla hacia el lado que desee y cuando el sujeto averigua si le es permitido esto de girar la lámina por sus bordes el experimentador dará su aceptación, pero en ningún caso debe sugerir el experimentador este procedimiento.

Debe el experimentador obtener en lo posible por lo menos una respuesta para cada lámina, pero sin llegar nunca a sugerir tipos de respuesta. El tiempo que dure la exposición no es preestablecido rígidamente y este debe variar según los casos, es decir según hayan o no respuestas inmediatas; para los casos en que no hayan respuestas inmediatas se puede dejar pasar de 1 a 2 minutos sin interrupción y entonces volver a insistir preguntándole "Encuentra algo" si a pesar de ello el sujeto permanece sin contestar se puede dejarle un tiempo más, hasta completar de tres a cinco minutos. En cambio en los casos en que haya una superproducción de respuestas debemos conformarnos cuando se haya reco-

gido unas 20 respuestas y retirar la lámina, desde luego dejando constancia que el sujeto sigue en capacidad de contestar más. Una vez que el sujeto ya no encuentra interpretaciones se le debe aconsejar que coloque la lámina sobre la mesa, virándole de tal manera que la mancha queda invisible.

En cuanto al registro de las respuestas, estas se anotarán en el formulario, inmediatamente que sean dadas por el sujeto y sin alterarlas absolutamente en nada, es decir anotando sus formas exclamatorias y de ser posible aún las actitudes especiales que adopta al dar sus respuestas. Esta anotación se hace de la siguiente manera:

1—Se anota en primer lugar la hora exacta a la que se comienza la prueba.

2—Se anota el número de la lámina en números romanos.

3—Se anota el número de las respuestas en orden progresivo para todas las láminas.

4—Se anota el tiempo que tarda el sujeto en dar la primera respuesta de cada lámina.

5—Se anota el tiempo que tarda el sujeto en todas las respuestas de una lámina.

6—Es necesario anotar también la posición de la lámina mediante un ángulo, cuyo vértice señala siempre el borde superior normal de la lámina ∇ (∇ = invertida) (\leq = borde superior dirigido a la derecha) (\geq = borde superior dirigido a la izquierda), y cuando los movimientos sean repetidos puede irse señalando mediante una sucesión de ángulos o también mediante una espiral que puede tener dos orientaciones, según sean los movimientos a la derecha o a la izquierda.

7) debe anotarse a continuación, **cuando sea posible**, la localización de la respuesta en, la cual va siendo más fácil cada vez para el experimentador avezado y cuando no sea posible debe dejarse para anotar después de que el sujeto haya terminado la prueba o por lo menos haya dado las respuestas correspondientes a una lámina, según el criterio del investigador, siendo para esto necesario ya hacer una investigación al sujeto respecto a que nos señale el lugar de la lámina donde in-

interpretó tal o cual respuesta, lo cual debe hacerse de una vez junto a la investigación de las respuestas de color, de movimiento, etc.

Para la localización de las respuestas puede el principiante guiarse por tablas en las que se señala el fragmento correspondiente de la lámina, mediante un símbolo y la descripción correspondiente, como lo hace Pascual del Ronçal en su "Psicodiagnóstico de Rorschach" en la pág. 126.

La calificación de las respuestas debe ser realizada en ese mismo momento o dejarse para después de realizada la prueba, siendo mejor esto último especialmente cuando el sujeto dé numerosas respuestas.

En la investigación, para determinar la localización de la respuesta en la lámina es necesario dejarle toda libertad al paciente, según Rorschach permitirle que nos señale sobre un papel transparente el sector interpretado de la lámina, lo cual produce rápido deterioro de las láminas y pueden aún producir huellas muy asentadas o líneas que dañen la lámina, ya que estas pueden llegar a interpretarse junto con la mancha; es mejor utilizar para esto unas hojas con un facsímil en negro de cada lámina. De la misma manera es necesario dejar en libertad al sujeto al investigar el factor cromático y para ello es necesario emplear ciertas frases adecuadas, por ejemplo "Que lo hizo a usted interpretar esto como...?" "Si esto tuviera un color negro, lo interpretaría también como...?"

Las respuestas de movimiento serán tomadas, no solamente las que se refieren a movimientos humanos antropomórficos, como lo quería Rorschach, sino también los movimientos de animales y aún de cosas, y para esta calificación es necesario descubrir el proceso mental que rige la interpretación.

Hay veces en que se repite constantemente una respuesta en algunas láminas o en todas ellas, en cuyo caso deberá repetirse la prueba, y para ello, al finalizar el primer protocolo deberá el examinador invitar al sujeto a empezar de nuevo, diciéndole que el protocolo anterior estuvo bien con lo que él vió, pero "repetiremos la

prueba porque hay muchas otras cosas diferentes que pueden ser vistas".

Al finalizar el test es necesario preguntar al sujeto cuál de las láminas le ha gustado más y cual es la razón para ello, es decir porque le gusta más una u otra lámina.

II

CLASIFICACION DE LAS RESPUESTAS

En esta parte entra en acción íntegramente el investigador y constituye indudablemente la parte más difícil tanto como la interpretación de la prueba, a tal punto que para esta actividad requiere el individuo una verdadera especialización, la que se lleva a cabo en Instituciones especiales como el "Rorschach Institute" en Estados Unidos u otros similares en Europa. En Latino América, el profesor Pascual del Roncal ha organizado y llevado a cabo "Seminarios del test Rorschach". Existen, protocolos en los que la calificación de una respuesta de movimiento o de Color, como cosa afirmativa o negativa, puede hacer cambiar notablemente el resultado final. Lo mismo ocurre en cuanto al número de respuestas, ya que en ciertas ocasiones hay respuestas que deben calificarse como dos o más y se las califica como una sola o viceversa.

Otra cosa importante de determinar es que si una respuesta es global o no y en caso de no serlo si se trata de un detalle o un pequeño detalle o un detalle oligofrénico, etc.; esto se ha resuelto en parte tomando en cuenta no el tamaño de la porción de mancha considerada para llamarle de detalle o pequeño detalle, sino más bien la frecuencia de tales respuestas. Así mismo es un tanto problemático el calificar una respuesta como vulgar u original, ya que respuestas que pueden ser vulgares para unas personas son originales para otras. (Según la procedencia, la profesión o forma del trabajo, etc.)

En el tiempo que ha transcurrido desde la aparición del Rorschach hasta nuestros días ha sido posible

ventajosamente llegar a sistematizar la calificación de las respuestas, mediante listas de las mismas publicadas gracias a los trabajos de Beck, Sala, Hertz, Pascual del Roncal etc. y en nuestro medio gracias a los trabajos de investigación del doctor Julio Endara.

Para facilitar la interpretación de las respuestas se ha utilizado una nomenclatura universalmente aceptada, expresada mediante signos y símbolos que varían un tanto para la escuela alemana o la inglesa y Americana. Esta nomenclatura fue utilizada por el autor del método, pero desde Rorschach a esta época ha variado por la introducción de nuevos elementos de calificación, etc. Nosotros nos permitimos hacer constar aquí en primer término la tabla de claves y abreviaturas de Rorschach empleada en su tiempo y luego señalamos a continuación la nomenclatura del "Rorschach Institute" de New York, debida principalmente a Klopfer y sus colaboradores.

Tabla de Claves y Abreviaturas

Clave inglesa	Clave alemana	Significado
W	G	Respuestas global
DW	DG	Respuestas global Secundaria
D	D	Respuestas de detalle.
Dd	Dd	Respuestas de pequeño detalle.
S	Dzw	Interpretación de los espacios en blanco.
Do	Do	Respuestas de detalle oligofrénico.
Apper	Erft	Tipo aperceptivo
Suc	Suk	Sucesión.
F	F	Respuestas formal (de forma).
M	B	Respuesta cinética (de movimiento).
FC	FFb	Respuesta morfocrómica (forma color).

Tabla de Claves y Abreviaturas

Clave inglesa	Clave alemana	Significado
CF	FbF	Respuesta cromoformal (de color forma).
C	Fb	Respuesta cromática primaria.

Experience	Erlebnistypus	Tipo vivencial
Type		
H	M	Respuesta antropomórfica.
A	T	Respuesta zoomórfica.
Hd	Md	Respuesta de detalle antropomórfico.
Ad	Td	Respuesta de detalle zoomórfico.
Obj	Obj	Respuesta objetal.
Ldscp	Pais	Respuesta de paisaje.
A%	T%	Proporción zoomórfica.
Orig%	Orig%	Proporción de respuestas originales.

SISTEMATIZACION DE LOS SIMBOLOS SEGUN KLOPFER

Esta Sistematización la hemos tomado de libro de Pascual del Roncal intitulado "Psicodiagnóstico de Rorschach".

- W Respuestas globales, abarca toda la lámina.
- WS Respuestas globales, en las que se incluye el espacio en blanco.
- DW Respuestas globales, derivadas de un detalle.
- D Respuestas de detalle comunes.
- d Respuestas de pequeño detalle comunes.
- DS Respuestas de D a los que se agrega los espacios en blanco.
- Dd Respuestas de detalle raro, que comprende dd, detalle muy pequeño.

de, detalle de los contornos.
di, detalle interior.
dr, detalle combinado raro.

- Do Respuesta de detalle oligofrénico.
- S Respuestas de los espacios en blanco.
- F+ Respuestas de formas bien vistas.
- F— Respuestas de formas mal vistas.
- M Respuestas de movimiento humano.
- FM Respuestas de movimiento animal.
- m Respuestas de movimiento de objetos o movimientos abstractos.
- FC Respuestas de forma-color.
- CF Respuestas de color-forma.
- C Respuestas de color puro.
- C' Respuestas de superficie de color acromáticas.
- Cn Respuestas de enumeración de colores.
- K Respuestas de claro-oscuro.
- FK Respuestas de perspectivas de visiones tridimensionales.
- KF Respuestas de claro-oscuro, con forma secundaria.
- k Respuestas de proyecciones tridimensionales sobre un plano (radigrafía).
- kF Respuestas semejantes a las anteriores con forma secundaria.
- Fk Respuestas con participación principal de la forma.
- c Respuestas de carácter táctil o textil (rugoso, liso, seda lana, etc.)^a
- Fc Las mismas cuando hay forma bien diferenciada.
- cF Las mismas con forma indefinida.
- H Respuestas de contenido humano completas.
- Hd Respuestas de contenido humano incompletas (brazo, ojos, cadera, etc.)
- A Respuestas de contenido animal completas.
- Ad Respuestas de contenido animal incompletas.
- Ana Respuestas de contenido anatómico.
- Sex Respuestas de contenido sexual.
- veg Respuestas de contenido vegetal.
- O Respuestas originales.
- F Respuestas populares o vulgares.

- R Número de respuestas.
- T Tiempo total de la experiencia.
- t' Tiempo medio de reacción para las láminas no coloreadas.
- t'' El mismo para las láminas coloreadas.
- W% Porcentaje de respuestas globales en toda la prueba.
- D% Porcentaje de respuestas B.
- d% Porcentaje de respuestas d en toda la prueba (I)
- F% Porcentaje de respuestas de forma en toda la prueba.
- F+ % Porcentaje de formas bien vistas en el total de respuestas de forma.
- A% Porcentaje de las respuestas de contenido animal.
- EC El valor numérico de las interpretaciones de color, que resulta de la fórmula siguiente:

$$EC = \frac{FC + 2CF + 3C}{2}$$

M/C Fórmula de vivencia.

$$\frac{FM + m}{Fc + c + C'} \quad \text{Segunda fórmula vivencial.}$$

Nosotros, por nuestra parte emplearemos la última nomenclatura, con algunas pequeñas modificaciones.

El número de respuestas: (R) C.

Como hemos dicho anteriormente es necesario para cada respuesta ir anotando su número correspondiente en orden sucesivo en el protocolo, pero hay ocasiones en que al realizar la calificación se aumenta o disminuye el número total de respuestas primeramente señalado. Este número obtenido al final será pues el que debe anotarse definitivamente en el protocolo.

Duración de la Prueba.

Hemos dicho también anteriormente que debe anotarse la hora exacta a la que comienza la prueba y luego la hora a la que finaliza la misma, pudiendo de esta manera establecer el tiempo de duración, que se anota en el registro.

Tiempo de Reacción:

Se ha querido determinar por parte de algunos autores el tiempo de reacción estableciendo un cociente entre el tiempo total empleado en la prueba y el número de respuestas obtenido. Pero según otros, esto no sería muy exacto y aconsejan anotar el tiempo que tarda el sujeto en dar cada una de las respuestas, lo cual sin embargo constituiría una labor muy fatigosa. Es mejor para solucionar esta dificultad anotar el tiempo que el sujeto se tarda en dar la primera respuesta de cada lámina y el tiempo que se tarda en el total en cada lámina y el tiempo que el sujeto tarda en dar la primera respuesta de cada lámina corresponde al tiempo de reacción.

El modo de apercepción, el tipo de vivencia y la sucesión serán dados posteriormente, con motivo de la interpretación.

Respuestas Globales: (W)

Se denominan respuestas globales, (Whole: W) aquellas en que es utilizada toda la mancha para la interpretación como "murciélago" en la V "flores en la X etc.

Pueden, sin embargo según algunos autores, calificarse como globales aquellas respuestas en que se excluyan ciertas partes, como las manchas rojas de la lámina III pero como lo dice Pascual del Roncal, no hay razón para que se establezca esta clase de excepciones.

Cuando en la interpretación de la mancha intervienen los espacios en blanco, se anota también la respuesta como global, pero con el símbolo WS.

Pueden en el caso de las respuestas globales existir unas que son sencillas como "murciélago" en la V, nubes en la VII o flores en la X y otras respuestas que son complejas, lo cual nos debe encaminar a una interpretación diferente respecto a la capacidad y nivel intelectual de los dos grupos, correspondiendo el segundo a una mejor capacidad intelectual.

Respuesta DW:

Estas respuestas surgen cuando el sujeto interpreta toda la mancha basándose en un detalle de la misma y que aún se expresa con los símbolos DW o DrW; según el tamaño y más que todo la rareza del detalle, así por ejemplo la respuesta "Cangrejo" de la lámina primera debida a la interpretación de las pequeñas proyecciones superiores como garras, será DW; en tanto que la respuesta "gato" en la lámina VI enterprutada a partir de las líneas de la parte superior vistas como "vigotes de gato" será una respuesta Dr.

A estas respuestas DW las han denominado también "globales" secundarias dejando para las W la denominación de globales primarias.

Las respuestas globales pueden ser de los siguientes tipos:

- 1) Globales "Confabulatorias" que corresponden al DW que señalamos arriba.
- 2) Globales de "combinación sucesiva" en las que se interpreta toda la mancha a partir de varios detalles en cuyo caso debe calificárselas como W.
- 3) Globales de combinación simultánea" en que si bien la interpretación global se realiza a partir de varios detalles como en la anterior, en cambio no son expresados estos detalles por el sujeto debido a sus asociaciones rápidas. Se expresa por W.
- 4) Respuestas contaminadas, resultantes de una fusión de respuestas y que se presentan en la Esquizofrenia.
- 5) Formas combinadas de las anteriores.

Respuesta de detalle D.

Se expresa con D los grandes detalles y con (Dd) los pequeños detalles.

Así por ejemplo las respuestas de "abeja" o "mujer" en la parte central y superior de la I; o "conejos" o "borrego" en el gris lateral de la II son respuestas D; en tanto que las respuestas "cabeza" o "pata" en el extremo inferior de la columna central de I corresponde a Dd.

Al comienzo de la aplicación de este test se quiso calificar como D y Dd a porciones de la mancha que se diferenciaba por el tamaño, pero la práctica del Psicodiagnóstico ha enseñado que es preferible determinar las D y las Dd según el porcentaje de respuestas, es decir según la frecuencia de las mismas, siendo más frecuentes la D que las Dd

Respuestas Dd

Son llamadas respuestas de pequeño detalle, no precisamente las de más pequeño tamaño, sino las que son dadas con menos frecuencia, según hemos señalado ya antes.

Estas respuestas han sido clasificadas y estudiadas por el Rorschista Klopfer para quien hay varios tipos de respuestas de pequeño detalle, que son: (dd) o "detalles menudos" que se hallan aislados de la mancha grande (de) "detalles de contorno" que se refiere estrictamente al contorno de la mancha (di) "detalles internos" que son determinados por matices claro-oscuros y vistos en el interior de la mancha, corresponde pues a respuestas K o sus derivadas.

(dr) o "detalles raros" que son todos los que no corresponden a grupos anteriores.

Todas estas respuestas de detalle deben ser sumadas para dar el total de Dd.

Respuestas Do

Estas respuestas llamadas de "detalle oligofrénico" que se hallan en ciertos casos de anomalía mental, sin que sea patrimonio exclusivo de la oligofrenia, consisten en interpretar como partes del cuerpo en sitios donde las personas normales ven cuerpos completos. Estas respuestas indican una inestabilidad emocional o tendencia a las neurosis, indican pues ansiedad, angustia.

Respuestas S y DS:

Estas son respuestas en las que intervienen de una u otra manera para las interpretaciones los espacios en blanco, e indican caracteres compulsivos o sea las tendencias oposicionistas del sujeto ya sea contra el ambiente o consigo mismo. Algunas respuestas se refieren no sólo al espacio en blanco, sino además a algún detalle que se halla en su contorno, en cuyo caso se las denomina Ds; pero este concepto no tiene mayor importancia ya que es necesario sumar todas estas respuestas para dar el computo de S y el valor que pueda tener quizá se refiera a interpretaciones complementarias.

Respuestas de forma: (F)

Cuando es la forma el principal determinante de la respuesta debe ponerse (F), ya sea que se refiere a la mancha en totalidad o algún detalle de la misma. Estas respuestas indujeron a Rorschach a denominar a su test, un test de interpretación, lo que indica que la forma de la mancha constituye el estímulo primario.

Las respuestas formales pueden ser bien vistas o mal vistas en cuyo caso debe señalarse como F+ a las primeras y F— a las segundas y según Rorschach debe guiarnos el criterio estadístico para su valoración. Pero, en nuestro medio, el profesor Julio Endara expresa con razón en su "Psicodiagnóstico de Rorschach y sus aplicaciones Clínicas" que no basta el criterio estadístico,

sino que es necesario considerar y tener en cuenta: 1) La calificación de repuestas realizadas por otros autores en sujetos de ambiente análogo al considerado; 2) Las explicaciones y ampliaciones que se exigen al final de la prueba y 3) La apreciación directa del investigador experimentado".

El factor forma, además, puede ir ligado a otros elementos como movimiento, color, etc. dando diferentes tipos mixtos de respuestas FC, FK, o mF, CF, etc.

A veces surgen dudas respecto a la positividad o negatividad de las formas, en cuyo caso se anotará F+ o F—.

Respuestas de movimiento: (M) (FM) (m)

Se denominan respuestas M aquellas en las que además de otros elementos, como los formales (F) intervienen también factores Kinestésicos. Rorschach señala en su obra los siguientes ejemplos "dos ángeles bañando las alas" en la lámina I, "dos payasos que bailan juntos" en la lámina II, etc. en los cuales hace intervenir siempre factores humanos o antropomórficos y acentúa que "No se debe caer en la tentación de estimar que todo movimiento descrito o imitado por el sujeto obedece a factores cinéticos: Existen, dice, personas que nombran numerosos objetos animados, sin que por ello se trate de respuestas cinéticas". Este concepto de Rorschach ha cambiado en la actualidad y se considera como respuestas cinéticas no sólo aquellas que se refieren a movimientos humanos o de monos u oso, sino también a aquellas que expresan movimiento de animales o de objetos, con la circunstancia de que a las primeras se las expresa por (M), a las segundas por (FM) y a las que se refieren a objetos por (m). Citaremos como ejemplos:

FM= "Gato peinándose"

m: "Hojas movidas por el viento" torbellino.

Hay ocasiones en que los movimientos se refieren a seres mitológicos (mitad humana y mitad animal) en cuyo caso puede surgir la duda respecto a que sea M o FM; para solucionar esto es necesario analizar si el movimiento realizado es humano, caso en que se anota (M) o si es animal, se anota (FM) ejemplos:

M= "Sirena peinándose".

FM= "Esfinge volando"

Puede también ocurrir que se vea sólo una parte de la figura humana en movimiento, "brazos" etc. será (M).

Respuestas de color (C, FC, CF,)

Se dá los calificativos indicados (C, FC, CF,) a aquellas respuestas en las que interviene el elemento color para la interpretación. Se llama (C) aquellas en que la interpretación se hace exclusivamente por el color, lo cual indica una gran irritabilidad, impulsividad propia de los maníacos; se encuentra también en los oligofrénicos en que hay una afectividad primitiva y una conducta violenta, impulsiva; otras veces se halla en los neuróticos y en muy pocas ocasiones en personas normales, en quienes señalaría un marcado grado de impulsividad.

Se representa por (FC) aquellas respuestas en las que la mancha es interpretada sobre la base de la forma, pero coopera el color, se llaman a estas respuestas de "forma-color" e indican la concordancia afectiva con el medio ambiente, la capacidad de relación y adaptación a él.

Las respuestas (FC) "Color - forma" son aquellas en las que el determinante principal es el color y el accesorio es la forma; estas respuestas, por predominar el color indican tendencia a la impulsividad.

Para diferenciar si se trata de (FC) o de (CF) es necesario realizar una buena investigación indagatoria después del protocolo.

Respuestas (C' —C'F —FC')

Se representa con el símbolo (C') aquellas respuestas en que el negro y el blanco son tomadas por el sujeto como colores, como sucede en los ejemplos "Marmol negro" "Mariposa negra, de mal agujero" "Pantalla de seda blanca" etc. Klopfer distingue tres tipos de estas respuestas que son: (C') cuando no tiene ninguna intervención la forma; (FC') cuando existe una forma definida y (C'F) cuando la forma no definida.

Respuestas Cn:

Se designa con (Cn) las respuestas en las que el sujeto realliza una simple enumeración de colores y que no tiene ni forma ni contenido; pues en el caso en que el sujeto asigne alguna forma aunque sea después se enumera los colores, se anotará (CF) o (FC).

Respuestas de claro obscuro: (K-KF-FK-k-kF-Fk).

Este tipo de interpretaciones llamadas de "clarobs-curo" no fueron considerada por Rorschach, sino en uno de sus aspectos en aquél en que predominaba la forma sobre el matiz, pero mas tarde gracias a los estudios de Binder y de Klopfer se ha podido establecer algunos tipos de estas respuestas, estos son:

El tipo (K) en que el sujeto dá su respuesta guiado únicamente por el elemento claro-obscuro, como en los casos de "sombras en la noche "noche tormentosa" etc. Son respuestas (KF) aquellas en que el factor determinante de la interpretación es el claro-obscuro y el factor secundario de la misma es la forma.

Las respuestas (FK) son las que tienen como factor determinante principal la forma y secundario o accesorio el matiz claro-obscuro.

Además Klopfer distingue un nuevo grupo de respuestas que se hallan relacionadas con el matiz claro-obscuro y estas son las respuestas que se refieren a mapas geográficos en los que participe el aspecto topográ-

fico y que se las expresa con los símbolos k— kF y Fk, los cuales se emplean también en las respuestas de radiografía o en general respuestas de claro-oscuro tridimensionales proyectadas sobre un plano.

Respuestas c— cF Fc.

Existe también un tipo de respuestas en las que los matices tienen su referencia a ciertas formas de sensibilidad táctil o textil, como en los casos de "rugoso" "liso" "aspero" o también "terciopelo", "lana", etc. y se anotarán (c, cF, o Fc) según haya o no participación definida de la forma y según esta constituya el elemento primordial o no.

Se denomina respuestas táctiles o textiles.

Respuestas originales y respuestas vulgares (O-V-P)

Rorschach señaló como respuestas originales aquellas que son dadas una vez por cada cien respuestas. Klopfer señala la necesidad que existe de separar los llamados "grupos de frecuencia" que deben ser hechos tomando en cuenta la edad, la cultura, el medio ambiente, etc. Ya hemos dicho que para Rorschach son originales (O) aquellas que son dadas en una proporción de 1% y son populares las que son dadas 1 por cada 3 respuestas. En cambio Beck sugiere en vez de estas interpretaciones el "balance de organización".

En síntesis debemos señalar que lo que rige la calificación de (O o P) son los datos estadísticos.

Ha sido el profesor Julio Endara quien en nuestro medio ha realizado un trabajo sobre calificación de respuestas y para él considera de igual manera que Rorschach, que son respuestas originales las que se presentan en 1% y vulgares o populares las que se presentan uno por cada tres.

Calificación o valoración del Contenido.

El contenido de las respuestas nos indica "que es lo que el sujeto ha visto en la lámina; esta es muy amplia, pudiendo referirse a los temas y aspectos más variados, por lo cual para su representación simbólica sólo se puede dar reglas generales, con algunas excepcio-

nes. La regla general consiste en expresar por las tres primeras letras del nombre que lleve el contenido, pero se expresa en una o dos letras las respuestas de contenido humano (H y Hd) o animal (A i Ad).

Respuestas de contenido H y Hd

Para que estas respuestas reciban el calificativo (H) es necesario que se refieran a figuras humanas completas, en caso contrario, cuando la referencia sea solo a partes del cuerpo se calificará con (Hd). Estas respuestas H i Hd nos indican la preocupación del sujeto por los problemas reales y humanos. Es necesario no confundir las respuestas H i Hd con las anatómicas; serán consideradas anatómicas la expresadas en términos estrictamente anatómicos.

Respuestas de contenido animal (A i Ad).

Así mismo como en el contenido humano, se llamará (A) cuando la referencia se haga a animales completos y (Ad) cuando sea a partes del cuerpo animal. Las respuestas (A) guardan una proporción inversa con las respuestas (M); la razón de esto señalaremos en el capítulo siguiente que se refiere a la interpretación. Ahora solo debemos indicar que las respuestas humanas y animales se calificarán con (H,Hd) (A o Ad) ya sea que la referencia se haga al cuerpo humano, a los animales o sus partes constitutivas en posición estática o en movimiento.

Respuestas de contenido anatómico (Ana o Anat)

Corresponde a este tipo de respuestas aquellas cuyo contenido se refiere a partes del organismo humano, pero expresadas en términos estrictamente anatómicos como "fémur" "pelvis" o "torax", dejando todas las demás respuestas para las de contenido humano (Hd), según Pascual del Roncal aún las expresiones como "Cadera" "brazo", que también constituye términos de la anatomía topográfica, pero que las excluye el autor de las respuestas anatómicas quizá por ser términos más usados por el vulgo en vez de "pelvis" o "biceps" como él señala. En ciertas profesiones como la de médico, pin-

tor, escultor, etc., que se relaciona con estudios constantes de Anatomía puede darse respuestas de este tipo y no constituirá esto una razón suficiente para que los cataloguemos en casilleros patológicos o con tendencia hipocondríaca, esto aclararemos más en el capítulo siguiente que se refiere a la interpretación.

Respuestas de contenido sexual (Sex)

Se ha dado el calificativo de sexuales aquellas respuestas que se refieren a órganos del aparato genital, a zonas típicamente erógenas del cuerpo, a actitudes sexuales, etc, etc. y se las expresa por las tres letras iniciales.

Respuestas con contenidos de objetos (Obj)

Resulta pues sumamente fácil el calificar a este grupo de respuestas; se trata pues de respuestas cuyo contenido son objetos diferentes. Estas respuestas, sin embargo no son muy frecuentes.

Respuestas de plantas: (Veg o Pl)

Se llaman respuestas de contenido vegetal aquellas que se refieren a partes de una planta, como "hojas" "tallo" "flores" "corolas", etc.

Respuestas arquitectónicas: (Arq)

Son aquellas cuyo contenido se refiere a edificios o partes de estos "casa" "puerta", etc.

Respuestas artísticas (Art)

Se califica de esta manera a las respuestas cuyo contenido es artístico, o sea de pinturas o esculturas. A veces se incluye dentro de este grupo las respuestas arquitectónicas.

Además de los señalados pueden existir otros contenidos, como geográficos (Geog), geométricas (Geom) mitológicas (Mit), de más caras, (Masc) de contenido abstracto o absurdo (abs).

Porcentajes de algunas respuestas.

Una vez calificadas las respuestas, se procede a determinar ciertos porcentajes que tienen importancia en la interpretación, estos son los siguientes:

W% corresponde al porcentaje que tengan las respuestas (W) en el total de respuestas (R) en el total de respuestas, para lo cual se emplea la fórmula:

$$W\% = \frac{W \times 100}{R}$$

D% corresponde así mismo al porcentaje de respuestas D que hay con respecto al total de respuestas. Se calcula por la fórmula

$$D\% = \frac{D \times 100}{R}$$

Dd% esta dado por el porcentaje que haya de Dd en el total de interpretaciones, se da por la fórmula:

$$Dd\% = \frac{Dd \times 100}{R}$$

F%.: Representa el porcentaje de todas las interpretaciones de forma con relación al total de respuestas. Se determina por la fórmula

$$\frac{\text{total de F} \times 100}{R}$$

F+ % Significa el porcentaje de formas bien vistas, con relación al número total de F, es decir se dá por la fórmula:

$$F+\% = \frac{F+ \times 100}{R}$$

A% está dado por el porcentaje de respuestas A con relación al total de respuestas, tanto A como de Ad se dá por la fórmula

$$A\% = \frac{A + Ad}{R} 100$$

H% tiene un significado análogo al anterior y se da por

$$H\% = \frac{H + Hd}{R} 100$$

O% es el porcentaje de respuestas originales con relación al total de respuestas. Se dá por:

$$O\% = \frac{(O + +O-)}{R} 100$$

V% O P%, tiene un significado igual al O% y se calcula de igual manera.

Las demás fórmulas señaladas en la hoja formulario que hemos indicado anteriormente serán estudiadas con motivo de la interpretación en el capítulo siguiente.

III

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Después de realizada la prueba hemos visto que se procede a la Calificación de las respuestas, procesos que pueden ser realizados, el uno por una persona práctica y experimentada en el asunto, el segundo necesita ya mayores conocimientos teóricos sobre el Psicodiagnóstico y una agudeza especial a la vez que una referencia amplia en datos estadísticos.

Pero después de realizada la Calificación viene la parte aún mucho más importante de toda la prueba y

se refiere a la interpretación de los datos obtenidos. Esta fase requiere indudablemente el conocimiento exacto de la estructura de la Personalidad humana a fin de ir encontrando sus manifestaciones en las interpretaciones dadas a las manchas y además requiere una abundante práctica del método en numerosos casos tanto normales como patológicos.

Nosotros, por nuestra parte, no disponemos de estas brillantes cualidades y por esta razón esperamos que nuestra pequeña práctica en la aplicación de este método ayude a dar alguna interpretación a nuestros casos. Antes de presentar nuestra casuística con la interpretación correspondiente veamos primero la interpretación que se ha dado por Rorschach y algunos otros investigadores.

Número de respuestas:

Rorschach nos dice en su libro que el número de respuestas para una persona normal oscila entre 15 y 30, pudiendo sólo en raras ocasiones disminuir de 15 o aumentar de 30. El número de respuestas da la capacidad de comunicación con el medio ambiente; depende más de factores emocionales que asociativos, razón por la cual se encuentra mayor número en los exaltados, imaginativos ambiciosos, en los maníacos y epilépticos, en los oligofrénicos y algunos esquizofrénicos. Se halla disminuído el número promedial en los mal humorados, en los ambiciosos de calidad que desean dar respuestas escogidas y que por escojer disminuyen en el número, en las distimias depresivas y algunos esquizofrénicos que dan diez o menos de diez respuestas.

En las Psiconeurosis, por lo común, el número no excede de 25 respuestas y el promedio es de trece.

Falta de respuestas o rechazo de las láminas.

La falta de respuestas no es observable en los individuos normales; es un signo de constricción y por esta razón puede fallar los neróticos debido a la acción de sus complejos que interceptan la respuesta. Las láminas más comunmente rechazadas por personas normales son la II, VI y IX.

Serebrinsky ha señalado también fallas muy comunes en los delincuentes .

Tiempo de reacción.

Según Rorschach, el tiempo de reacción es de 20 a 30 minutos para los casos normales es decir para el caso que haya de 15 a 20 respuestas. Hemos dicho anteriormente que el tiempo de reacción está dado por el cociente entre el tiempo total de la prueba y el número

$$\frac{T}{R}$$
 de respuestas — que al ser 30 minutos para 30 respuestas correspondientes a 1 minuto.

También hemos señalado como tiempo de reacción el que se tarda el sujeto para dar su primera respuesta de cada lámina; este último tiempo tiene importancia para la determinación del Shok Cromático.

El tiempo de reacción se halla aumentado en los epilépticos, orgánicos y depresivos y se halla disminuido en cambio, en los maníacos y esquizofrénicos disgregados.

Localización.

La localización de las respuestas nos rebela la forma como el sujeto emplea sus capacidades mentales en la solución de sus problemas diarios, correspondiendo pues a tipos de capacidad semejante al de las localizaciones (W,D,Dd,S)

Interpretación de las respuestas W

Según Rorschach estas respuestas nos indicarán una inteligencia abstracta, filosófica, teórica; señalará pues este tipo de capacidad por parte del sujeto, lo cual no es absolutamente cierto ya que si bien necesita para dar estas respuestas un poder de abstracción, puede también deberse a una pérdida de la capacidad de análisis. Tampoco la ausencia o el número bajo de (W) implica necesariamente una carencia de capacidad de abstracción pues puede suceder que se trata de un sujeto que no emplee dichas capacidades en sus problemas diarios de la vida o también puede tratarse de un

neurótico compulsivo que no encuentra perfecta a la figura para dar su respuesta global.

Se ha tratado de establecer fórmulas de relación entre las respuestas (W) 1as (D) (Dd) y S considerándose como normal. Según Rorschach la relación 8W-23D- 2Dd-O a 1S y según Bech, la fórmula normal sería la siguiente 6W-21D-4Dd (con O a 1S)

Se ha querido también clasificar las respuestas (W) en dos grupos, que serían aquellas respuestas sencillas como "murciélago" "nubes" "radiografía" etc. y las respuestas complicadas que demuestran una verdadera capacidad de síntesis, y con ello determinar la parte cualitativa del sujeto.

Puede presentarse un elevado número de respuestas (W) en sujetos con un "Complejo de inteligencia" que tratan a todo trance de quedar bien; se encuentra en número mayor que (6W) en los fantaseadores, esquizofrénicos, incoherentes, paranoides, epileptoides, epilépticos orgánicos, etc., y se encuentra en número menor que (6W) en los pedantes, débiles mentales e imbéciles, en la demencia simple, en los melancólicos.

Interpretación de las respuestas D W.

1) —Las respuestas globales "Confabulatorias" se encuentra ocasionalmente en personas poco inteligentes o débiles mentales y se encuentra con más frecuencia entre los epilépticos, maníacos, orgánicos y esquizofrénicos.

2) —Las respuestas globales de "Combinación sucesiva" se encuentra en los sujetos de gran poder imaginativo, en algunos maníacos y en la Psicosis de Korsakoff.

3) —Las respuestas globales "de Combinación simultánea" demuestran también un gran desarrollo de la imaginación.

4) —Las respuestas son características de la esquizofrenia.

Interpretación de las respuestas D:

Las respuestas de detalle (D) expresan inversalmente que las (W) una inteligencia concreta, práctica,

cuando predomina la fórmula indicada, sin creer tampoco que este sea el único factor para determinar la inteligencia.

Interpretación de las respuestas Dd

Las respuestas Dd constituye un índice de meticulosidad y cuando en la fórmula asoma aumentada notablemente es de pensarse en sujetos de un gran espíritu artístico o en estos patológicos con disgregación (esquizofrenia).

Interpretación de las respuestas Do

A estas respuestas se las denomina de detalle oligofrénico debido a que Rorschach las hallaba principalmente en los oligofrénicos, pero hoy se ha demostrado que no es sólo característico de ellos, sino que se halla también en los estados de angustia, ansiedad, en las tendencias a las neurosis, en las neurosis obsesivas, en la melancolía y también se halla en la preadolescencia.

Interpretación de las respuestas S

Estas respuestas nos dan el índice de las tendencias oposicionistas del sujeto, que pueden ser contra su propio "yo" contra el ambiente externo, sucediéndose lo primero en los introversivos y lo segundo en los extratensivos.

Las respuestas S nos indican disminución de la sociabilidad, y cuando se refieren a respuestas "agua" significa un puerilismo emocional y la existencia de conflictos masturbatorios.

Tales interpretaciones deben hacerse cuando las respuestas (S) sean más de una.

Interpretación de las respuestas F

Las respuestas (F) nos indican, junto a las W, el grado y tipo de inteligencia. Las F+ son el índice de la capacidad perceptiva y asociativa, el grado o capacidad de concentración; las (F—) señalan en cambio todo lo contrario: dificultad perceptiva y baja concentración, disminución de la atención.

Las respuestas (F) deben corresponder a un 50%, normalmente; del total de respuestas; cuando aumenta indica coartación de la personalidad, como en los neuróticos.

Las (F+) debe corresponder a un 75% del total de las formas, aunque es necesario indicar que para la interpretación correspondiente se debe tomar en cuenta, no solo la cantidad; sino también la calidad de respuestas, para lo cual se ha dividido a las (F+) en dos grupos que son: 1) las respuestas sencillas (F+) y 2) las respuestas complejas (F+) y de mayor elaboración, exactamente igual a lo que se ha hecho con las respuestas (W), con lo cual obtenemos un elemento de interpretación de la calidad de inteligencia del sujeto.

Interpretación de las respuestas M

Las respuestas de movimiento, dice Rorschach es proporcional a la productividad de la inteligencia, y por esta razón no se las halla en los oligofrénicos estereotipados. Así mismo, se dice por parte de otros autores, que las (M) representan la forma intratensiva de experimentar el ambiente externo, representan lo subjetivo o expresan según la escuela Psicoanalítica una identificación del sujeto con el movimiento en la mancha que estaría determinada por la "simbolización" que permite el inconsciente burlar la censura establecida en el hombre por la civilización; son pues una especie de actos virtuales, que como las imágenes oníricas expresarían formas simbólicas de deseos o temor del sujeto.

Las respuestas (M) son raras en los niños y en los enfermos orgánicos del cerebro, en tanto que son numerosas en los epilépticos, en los maníacos.

En los psiconeuróticos no se obtiene respuestas (M) o muy rara vez ya que carecen ellos de estabilidad interna.

Es necesario también al calificar e interpretar las respuestas (M) darse cuenta si los movimientos son de flexión o extensión; los primeros se hallan en las neurosis, con tendencia a la sumisión a la fatiga y los segundos se halla en los sujetos dominadores, alegres, etc.

Interpretación de las FM

Mientras las respuestas (M) son el producto de mentalidades maduras, las respuestas (FM) son el producto de mentalidades infantiles, razón por la cual se da en gran número en las personas con vida emocional infantil o también en los niños que dan muchas respuestas (FM); estas respuestas FM demuestran por tanto un predominio de impulsos instintivos o la influencia de estos sobre la personalidad.

Interpretación de las respuestas m

Estas respuestas no son observables en las personas normales y cuando asoman en los protocolos hay que interpretarlas como la expresión de neurosis o tendencia a ella; pues en la realidad indican conflictos internos o tendencias reprimidas.

Interpretación de las respuestas C—FC—CF[®]

El color como determinante de la respuesta nos expresa la vida afectiva del sujeto, los estados emocionales en relación con la realidad externa, y según Marinnesco, el estado de excitabilidad de los centros sub-corticales.

Las respuestas (C) expresan una afectividad infantil o de tipo primitivo; se presenta en sujetos cuya conducta es violenta como en los niños de difícil educación o también a veces en los neuróticos; según Pfister son de afectividad menos evolucionada las personas en las que predomina el amarillo y más evolucionada en las que predomina el verde.

Las respuestas (FC) nos demuestran la capacidad de adaptación que tiene el individuo en el medio ambiente o sea la concordancia que hay entre su vida emocional y la realidad externa.

Las respuestas (FC) representan el grado de labilidad afectiva, de sugestibilidad emocional, especialmente en los neuróticos.

La fórmula normal de las respuestas de color deben ser 4FC—2CF—OC

Interpretación de las respuestas Cn

Cuando en el protocolo asoman las respuestas (Cn) significa un bajo índice de inteligencia, por esto se presenta en la imbecilidad y la idiocia, en los enfermos orgánicos del cerebro.

Interpretación de las respuestas (K-FK-KF-k-kF-Fk)

Esta clase de respuestas se encuentra en las personas de humor deprimido y denotan una forma ansiosa de adaptación según Rorschach; muchos autores se hallan acordes en considerar a estas respuestas como manifestación de un estado de ansiedad que dificulta por otra parte el proceso interno creativo y por esta razón las respuestas K no van seguidas de respuestas (M) o (C).

Las respuestas claro-oscuro puras (K) son expresión de una distinta depresión y juegan un rol decisivo para el diagnóstico de ciertas neurosis o psicopatías. Cuando las (K) solo forman parte secundaria de una descripción o es apenas mencionada en ella puede dar lugar más bien a interpretaciones intelectuales.

Las respuestas (FK) pueden ser de contenido depresivo o también de contenido enfórico, en cuyo caso se acompañan las respuestas de color; las primeras significan un esfuerzo por adaptarse en actitud escrupulosa, prudente en tanto las segundas indican una actitud delicada, confiada y se dan en pequeño número en las personas normales en tanto que si el número aumenta puede hacernos pensar en una neurosis benigna.

Las respuestas (KF) nos indican en cambio, un humor lábil y se presentan en neurosis graves.

En cuanto a las respuestas k—Fk—kF debemos indicar que tienen también un significado de ansiedad.

Interpretación de las respuestas c—Fc—cF

Las respuestas táctiles o textiles, tienen importancia para determinar la fórmula del tipo de vivencia y representan a veces deseo de contacto social.

Interpretación de las respuestas (O) y (P)

El número de respuestas originales (O) expresa cierta capacidad **deductiva** del sujeto, o sea la capacidad de ir de lo concreto a lo abstracto, de lo simple a lo difícil y complejo. En los sujetos normales hay un porcentaje de 10 a 30 por ciento; en los artistas se eleva el porcentaje a un 50% y estas son respuestas (O+). Puede también haber respuestas originales en los imbéciles, pero ellos son (O—) e indican estas respuestas las tendencias antisociales del sujeto.

El número de respuestas P o más exactamente su porcentaje P% nos guía a interpretar el grado de capacidad adaptativa del sujeto al medio ambiente.

Interpretación del Contenido de las respuestas. H y Hd

El significado de las respuestas de contenido humano se refiere a la relación o alejamiento del sujeto con su realidad exterior, con los problemas humanos y las demás personas.

Según Rorschach, la abundancia de (H) y pocas o ninguna (Hd) se observa en los sujetos normales más inteligentes y en los esquizofrénicos disgregados.

Hay más respuestas (H) que (Hd) en los sujetos normales con distimias hipomaníacas, en los débiles mentales, confabuladores, maníacos, epilépticos, esquizofrénicos y orgánicos.

Hay un predominio de (Hd) sobre las (H) en los sujetos anormales poco inteligentes con distimia depresiva, en los pedantes, en los angustiados, en los hebefrénicos.

Y por fin, hay muchas (Hd—) y muy pocas o ninguna (H) en los imbéciles en los débiles mentales no confabuladores, en la tendencia esquizofrénica simple, en los melancólicos y arterioescleróticos.

Respuestas de contenido animal (A y Ad).

Las respuestas de contenido animal representan el grado de estereotipia, es decir una falta de creatividad como producto de un pensamiento pobre e inanimado; por esta razón no se observa esta clase de respuestas en los sujetos con gran capacidad creativa, es decir

en aquellos en que hay respuestas (M); las respuestas (A) y (M) se hallan en relación inversa.

Respuestas de contenido anatómico (Anat)

Estas respuestas, cuando se presentan en personas que no son médico ni estudiantes de Anatomía, pintores, escultores, etc., son el índice según Rorschach de las tendencias hipocondriacas. Se encuentra en casos de neurosis de reacción a siniestros, en epilépticos, orgánicos del cerebro y esquizofrénicos, en ciertas Psiconeurosis o en caso de "Complejo de inteligencia".

Respuestas de contenido sexual (Sex)

Se encuentran principalmente en neuróticos con complejos sexuales.

Respuestas de contenido vegetal (Veg)

Se presentan en los débiles mentales en sujetos pueriles o en los niños.

Respuestas con contenido (obj)

Se las halla en sujetos disgregados en los esquizofrénicos y a veces en maníaco depresivos.

Respuestas de máscaras (Masc)

Señalan estas respuestas ciertos rasgos Psicastéinicos; si son respuestas globales señala un pensamiento mágico y unidad entre el "yo" y el mundo; cuando son de detalle o máscaras vistas de perfil significa tendencia a separar el "yo" del mundo. Se halla estas respuestas en ciertas Psiconeurosis, en la histeria.

INTERPRETACION DE LOS PORCENTAJES DE CIERTO TIPO DE RESPUESTAS

Interpretación de W%

El porcentaje de W en personas normales oscila entre 20 y 30%.

Este porcentaje puede en ocasiones variar ya en el sentido de aumento o de disminución, pudiendo a veces constituir el 100% de las respuestas (inteligentes am-

biciosos) o bajar al 0% (Pedantes, imbéciles, dementes, orgánicos).

Para la interpretación es siempre necesario referirse a la fórmula: W D—Dd—S que dejamos indicada antes y que volveremos a estudiar con los modos de apercepción.

Interpretación de D%

El valor porcentual normal de las respuestas de detalle (D%) alcanza a 60 o 70% según Klopfer, pero estos valores pueden así mismo variar en sentido de aumento para las inteligencias prácticas que están más a tono con la realidad. En todo caso para la interpretación no se puede olvidar de relacionarlas con las W-D-Dd-i S.

Interpretación de Dd%

El mayor porcentaje de Dd nos indica una tendencia a las minuciosidades; en las personas normales el porcentaje de Dd no debe sobrepasar del 12%. Cuando aumenta nos indica un espíritu crítico asentado; se encuentra en las neurosis ansiosas, pero como las anteriores es necesario relacionarlas con las W— y S para la interpretación de los modos de apercepción.

Interpretación de (F+ %) (F—%) (F%)

Podemos decir, en términos generales, que el porcentaje normal de respuestas de forma (F%) corresponde al 50% (del total de respuestas). Cuando este porcentaje aumenta significa una inhibición de la capacidad creativa, falta de espontaneidad; este aumento se encuentra entre los neuróticos por ejemplo. El porcentaje de formas positivas (F+ %) debe hallarse normalmente en relación directamente proporcional con el número de (M). Cuando esta relación se invierte, se puede pensar en la existencia de distimias maníacos y depresivas, arterioescleróticas y en las epilepsias.

Así mismo es normal una relación inversa entre el porcentaje (F+ %) y las respuestas de Color; se invierte la relación, estableciéndose una proporción inversa en ciertos artistas y personas nerviosas lo mismo que en los paranoides productivos. El porcentaje normal de for-

mas positivas (F + %) de entre todas las formas vistas oscila en la persona normal entre 80 y 100% pudiendo llegar al máximo (100%) en los que el pensamiento lógico es automatizado, rígido, y puede bajar de la media en los maníacos, confabuladores, débiles mentales, etc.

Interpretación de A %

El porcentaje de respuestas de contenido animal (A%) constituye un índice de estereotipia del pensamiento.

Las respuestas Zoomórficas alcanzan de 25 a 50% en personas inteligentes. Cuando aumenta este porcentaje se trata claramente de sujetos estereotipados, en tanto que cuando disminuye se trata de personas imaginativas. Puede también variar este porcentaje debido a los cambios de humor; el elevado (A%) en los melancólicos, apáticos, dementes simples. En la idiocia e imbecilidad puede subir a más del 70% y en los neuróticos también sube a más de 50%.

Interpretación de H %

Puede en ocasiones, el porcentaje de respuestas humanas (H%) representan también estereotipia, pero esto es raro, siendo lo común que nos indique, más bien el mayor o menor acercamiento o alejamiento de la realidad. Pues cuanto mas (H%) haya, más acercamiento hay a la realidad y viceversa.

Interpretación de O %

El porcentaje de respuestas originales es de 10 a 30% y cuando aumenta dicho porcentaje es generalmente un signo patológico. Además pueden estas respuestas ser como las respuestas formales, positivas. Un porcentaje de más de 50% de (O+) se observa en los artistas y cuando son (O—) en los inbéciles.

Interpretación de V %

El porcentaje de respuestas populares (V%) nos indican la capacidad de adaptación del sujeto al medio

ambiente. Este porcentaje aumenta también en relación inversa con el cociente intelectual.

Shok cromático.—Su interpretación

En ciertos sujetos se puede observar que al presentarles las láminas coloreadas, se quedan un tanto perplejos y no dan su primera respuesta sino después de mucho tiempo de esperar. Este fenómeno se produce generalmente en los sujetos neuróticos, en los cuales alcanza un elevado porcentaje (98%) de los casos, aunque es necesario señalar que no es este el único factor para determinar las neurosis.

Shok Sombreado.—Su interpretación

A semejanza de lo que ocurre con las láminas coloreadas puede también señalarse que se produce un fenómeno igual por parte del sujeto frente a láminas muy oscuras como la IV y la VI. En este caso se interpretará también como respuestas características de las neurosis.

Es necesario no confundir el verdadero Shok con algún otro tipo de actitud, como el estupor de los esquizofrénicos.

MODO DE APERCEPCION

El modo o "tipo de apercepción".

Significa la forma como el sujeto sigue la resolución de sus problemas de la vida. Los elementos que ayudan a determinar el modo de apercepción son W—D Dd—Do—S la fórmula normal es 6W—2OD—4Dd

Tipo W puro

Es aquel en que existe solo o casi solo interpretaciones globales y no hay respuestas D ni Dd. En este caso las respuestas (W) pueden ser positivas o negativas. Hay predominio de (W+) en individuos inteligentes y en aquellos que tienen un afán de rendimiento, creyendo que la prueba es de abstracción. Hay predominio de (W) en los esquizofrénicos abúlicos, descuidados, en los disgregados.

Tipo W—D

Es aquel en que predominan las respuestas (W) sobre las (D). Cuando las respuestas son (W+) indican buena inteligencia teórica o se halla también en los paranoides, cuando predominan las (W—) se trata de demencia senil.

Tipo D W

En que predominan las (D) sobre la (W); cuando las respuestas son (D+) se trata de una inteligencia práctica.

Tipo D—Dd

Con predominio de respuestas (D) sobre las (Dd) aparece en los sujetos con gran espíritu de crítica y detallistas.

Tipo D—Do—iDo—D

Se encuentra en los angustiados y débiles mentales.

LA SUCESION

Es el tipo oposicionista.

La sucesión

La sucesión nos indica el plan que sigue el sujeto para resolver sus problemas. Es decir si el sujeto va de lo global al detalle o viceversa, del detalle a lo global o si es desordenado en su plan. De acuerdo con este criterio Rorschach ha indicado los siguientes tipos de sucesión:

- 1.—Sucesión rígida.
- 2.—Sucesión ordenada.
- 3.—Sucesión invertida.
- 4.—Sucesión relajada.
- 5.—Sucesión desordenada.

Sucesión rígida.

Cuando el sujeto dá respuestas en un orden rígido yendo de las (W) a las (D) y luego (Dd) y se expresa por W—D—Dd. Este tipo se encuentra en los formalis-

tas o de pensamiento lógico, en los pedantes, en los deprimidos y angustiados.

Sucesión ordenada

Es aquella en la que el sujeto obra de una manera ordenada, sin ser rígidamente ordenada. Es el tipo normal de sucesión.

Sucesión invertida

Es el tipo que va de las (Dd) a las (D) y de estas a las (W) (Dd—D—W); demuestran también angustia.

Sucesión relajada

Es el tipo que pierde un tanto la ordenación; es prueba de una falta de atención concentrada y denota una afectividad lábil; se encuentra en personas poco inteligentes y en algunas psicosis.

Sucesión desordenada

Aquí se pierde totalmente la ordenación y se encuentra este tipo en la disgregación de la personalidad.

TIPO DE VIVENCIA

El tipo vivencial se determina por la relación que hay entre las respuestas de movimiento (M) y las respuestas de color (C—CF—FC), para lo cual se dá a cada una un valor numérico el mismo que para $M=1$; para $FC=0,5$ para $CF=1$ y para $C=1,5$.

Como bien sabemos ya las respuestas (M) expresan "lo subjetivo", en virtud de lo cual, cuando estas predominan se tratan de personas introversivas y cuando predominan las de color se trata de una persona extrovertida. Pero en la realidad no se dan estos tipos puros, sino que existen tipos mixtos y por esto se ha clasificado a los tipos vivenciales en los siguientes grupos:

- 1.—Tipo coartado.
- 2.—Tipo coartativo
- 3.—Tipo ambiguo.
- 4.—Tipo introversivo.

- 5.—Tipo Extratensivo
- a) adaptativo
 - b) egocéntrico.

Tipo coartado

Estos tipos no dan respuestas (M) ni (C); en tanto que si dan respuestas (F+). Son personas que tienen predominio de las funciones lógicas, con disminución de su adaptación afectiva. Pertenecen a este sector algunas formas de distimia depresiva, los individuos pedantes y rutinarios, los melancólicos y los dementes simples.

Su fórmula vivencial es (OM—OC)

Tipo coartativo (IM-OC) (IM-IC) (OM-IC).

Corresponde a un tipo coartado atenuado.

Tipo ambigüal: ($x M = x C$)

Este es un tipo equilibrado entre el introversivo y el extratensivo; corresponde al tipo normal, aunque puede encontrarse aquí a los maníacos, epileptoides y catatónicos.

Tipo introversivo: ($M > C$)

En este tipo hay un predominio de respuestas (M) sobre las de color (C) y según Rorschach pueden ser:

($2M—1C$) = Tipos de buen promedio.

($3M—1C$) = Tipos abstractos.

($3M—2C$) = Teoréticos.

Se hallan en estos tipos los filósofos, intelectuales puros de los que no son muy comunicativos sino con las personas que se ganan su confianza.

Aquí se hallan también, según Rorschach, los artistas con las mismas características.

Y dentro de este grupo se hallan aquellas personas que padecen presiones por causas psicógenas; en lo patológico se hallan los Paranoicos; en estos dos grupos puede darse el caso de respuestas exclusivamente (M) sin ninguna (C).

Tipo extratensivo (C M)

Dentro de este grupo se hallan las personas con predominio de respuestas (C) sobre las (M); se trata

de personas muy sociables, con su actividad dirigida al medio ambiente que hace amistades fácilmente y tiene sentido práctico.

IV

APLICACIONES DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

El Psicodiagnóstico de Rorschach constituye indudablemente una de las pruebas o test de gran valor en el estudio de la "estructura de la personalidad". En efecto en el test de Rorschach participan, como ya hemos señalado, no sólo funciones intelectuales sino también la vida afectiva del sujeto.

Este hecho, junto a la sencillez del procedimiento de presentar diez láminas y buscar el Rappor adecuado ha hecho que se aplique cada día más y más en todos los campos de la actividad humana.

Después de las investigaciones de Rorschach, muchos autores tales como: Bindér, Hertz, Klopfer, Beck, Levy, Kuhn, Székely Pfister, Bleuler, Serebrinsky, Pascual del Roncal, Oberholzer, Mira y López, Aguiar y numerosísimos más se han preocupado de aplicar sus conocimientos en los campos de la Psicología normal, de la Psiquiatría, de la Psicología del trabajo, la Pedagogía, Sociología, Criminología, orientación profesional, etc., etc. Llegando con esto a conclusiones cada vez más claras sobre la importancia del método.

El profesor Julio Endara ha sido entre nosotros el primero que se ha dedicado a realizar trabajos muy valiosos con este test, tanto en aspecto criminológico, en que goza de gran autoridad en nuestro medio Latino Americano, como también en el aspecto Clínico.

Mi interés al escoger esta prueba para el trabajo de mi tesis ha sido el de aplicarla junto con el Psicodiagnóstico Miokinético a ciertos casos de la Clínica Médica General, con el fin de observar y determinar si es posible las modificaciones o trastornos de la Personalidad que acompañan a este tipo de enfermedades y más que

todo con el fin de despertar inquietud por esta clase de investigaciones.

TERCERA PARTE

EL PSICODIAGNOSTICO MIOKINETICO

El profesor Mira y López E. ha emprendido hace poco en un estudio nuevo del hombre a través de las praxias y con esto ha creado un nuevo método del estudio de la Personalidad y ha indicado indudablemente el origen de una nueva disciplina Científica, la Praxología, como ya lo dice acertadamente el doctor César Coronel en su obra.

Con este método se trata de superar aquella influencia subjetiva a que pueden conducirnos algunos métodos verbalistas de investigación, ya que en el se obtiene una expresión gráfica de la actitud psíquica del individuo y por lo mismo interviene en buena parte la objetividad en la interpretación, sin que por ello querramos decir que se trata de un método rígidamente objetivo y que puede mecanizarse por la rutina; pues la traducción de los fenómenos motores a la esfera psíquica requiere indudablemente de un sólido conocimiento de la Personalidad humana, ya desde el punto de vista normal como desde el punto de vista patológica a la vez que una práctica constante en la aplicación del método.

FUNDAMENTOS BASICOS DEL P M K

El Psicodiagnóstico miokinético de Mira y López se fundamenta en la relación íntima que existe entre la actividad mental y la actividad motriz de las personas, es decir que la actividad mental puede ser expresada en un momento dado como una sucesión de actitudes posturales, o en otras palabras, todo movimiento

ya sea voluntario o involuntario se halla orientado en el espacio debido a la actividad mental.

En el Psicodiagnóstico de Rorschach hemos visto ya que en la interpretación de las respuestas de movimiento es necesario tener en cuenta si los movimientos son de flexión o de extensión, queriendo con esto dar importancia interpretativa a la tensión psíquica que determine tales respuestas. Pues, bien, en el Psicodiagnóstico miokinético se trata de obtener gráficamente la expresión de las tensiones musculares del sujeto, de acuerdo con la dirección de los movimientos (predominio de flexión, extensión, etc.) Por esta razón dice el profesor Mira que cuando pedimos a un sujeto realizar movimientos oscilatorios en los tres planos del espacio (sin el control visual) obtendremos desplazamientos que nos indican el predominio de sus funciones musculares y a través de ellas obtendremos también su tipo de conducta, ya que la longitud de los movimientos oscilatorios variará en el sentido de aumento (excitados) o de disminución (deprimidos).

Sabemos perfectamente que a partir de los actos más simples del individuo como los reflejos aparece un proceso reaccional constituido por tres partes que son: 1) el estímulo, ligado anatómicamente a los elementos sensitivos; 2) el elemento conector o de transformación, representado o ligado a las neuronas conectivas y más tarde a los centros de elaboración y 3) la respuesta, ligado a los elementos de la motilidad, etc. Es decir en otras palabras interviene: 1) elementos aferentes, destinados a transportar la energía que actúa sobre los centros superiores; 2) elementos de elaboración que hacen coordinación motora o reaccional a partir de los elementos anteriores, es lo Psicoceptivo de Coronel y 3) sistema eferente o reaccional que traduce en movimiento la elaboración y coordinación anteriores. Esto nos hace ver con claridad que las formas de acción o movimiento representan indudablemente las tensiones contenidas en el campo psíquico o sea en el pensar por lo cual se dice con mucha razón que el sujeto actúa de acuerdo con lo que piensa, es decir vierte su pensamiento en forma de acción y esto ayuda indudablemente a compren-

der la importancia del (P M K) como método de estudio de la vida psíquica o sea de la estructura de la personalidad de un sujeto.

Las tres dimensiones del espacio y la motilidad del individuo.

La prueba de Mira y López se relaciona con movimientos realizados por el sujeto en las tres dimensiones fundamentales del espacio, como ya lo veremos al exponer el método. Este hecho se fundamenta en que la dirección y sentido del movimiento tiene enorme significado en la interpretación de su vida mental.

No sabemos además la razón por la cual el profesor Mira no ha tomado en cuenta la cuarta dimensión que constituye el tiempo, sabiendo que los movimientos y las reacciones en general pueden realizarse ya en forma brusca ya en forma lenta, llegando casi a la anulación y demostrar indudablemente diversas interpretaciones.

En cuanto a las tres dimensiones fundamentales del espacio podemos anotar que los movimientos se realizan en:

- 1.—Dirección sagital.
- 2.—Dirección transversal.
- 3.—Dirección vertical.

1- La dirección sagital nos ayuda a la determinación de las tendencias de "atracción" o "repulsión" de acercamiento o alejamiento entre el "yo" y el mundo circundante. Estaría demostrándonos además la disposición a la "agresión" o a la "defensa" es decir la actitud más cómoda del individuo en un momento dado; sería pues agresiva cuando el desplazamiento sea hacia adelante y defensiva en caso contrario.

2 La dirección transversal se presenta desde el momento en que adquiere el hombre la estación bípeda y la consiguiente habilitación funcional de sus miembros superiores.

La interpretación es un tanto análoga a la anterior dirección, es decir que en el caso de impulsos internos muy fuertes, tenaces ampliarían el espacio práctico que le interesa para su satisfacción, dando por esto ma-

yor, amplitud a los movimientos transversales y representando acentuación de la tendencia agresiva, en tanto que sucederá lo contrario cuando el estímulo interno sea poco intensivo, varía de acuerdo con la sensibilidad o Psicoestesia de Kretschmer.

3 La dirección vertical dá lugar a las interpretaciones del estado de ánimo. Es decir de "excitación" o "depresión" de alegría o de tristeza, de actividad o de apatía, de la manía o la melancolía, correspondiendo a la escala diatésica de Kretschmer.

El autor señala que su método debe ser realizado por el sujeto con las dos manos en ocasiones simultáneamente (Zig-Zag) y otros alternativamente. Este concepto se fundamenta indudablemente en que la mano izquierda representa los movimientos que se relacionan con el sector más profundo de la Personalidad, con lo arcaico o genotipo, en tanto la mano derecha marcan los movimientos que se relacionan con el sector más superficial de la personalidad, de reciente adquisición, con lo nuevo, con el fenotipo. Esto está acorde con las concepciones de W Wolff, Klages, Stern, etc. y con el criterio anatómo-patológico y fisiológico de que las funciones de los dos Hemisferios cerebrales no son idénticas y que para los sujetos dextrómanos, los centros nerviosos que corresponden a recientes adquisiciones en la esfera psíquica se halla en el hemisferio izquierdo y para los "zurdos" en el derecho, en tanto que los centros que corresponden al genotipo o sea a lo arcaico, se hallan en el otro hemisferio correspondiente; esto es que la mano izquierda, en los diestros, demuestra la parte constitucional del sujeto, y la mano derecha, los rasgos caracterológicos.

II

TECNICA DEL METODO

1.—Material.

El material necesario para la realización del (P M K) es el siguiente:

1—Una mesa baja que permita al sujeto sentado levantar sus codos 5 o 10 ctms. del ombligo, para escribir.

2—Una tabla de madera bien pulida de dimensiones 30 x 40 ctms.

3—Los formularios láminas u hojas que contienen las pruebas.

4—Cuatro chinchas de dibujo.

5—Dos lápices negros de igual tamaño y uno de color rojo todos bien afilados.

6—Una hoja de cartón o cartulina para interponer y impedir la visión del sujeto, la que puede sustituirse con una pantalla manejable mecánicamente.

7—Una regla graduada.

Los formularios o cuadernos del test comprenden cinco partes que son:

a) Los Kinetogramas lineales.

b) Las líneas en Zig-Zag.

c) La escalera y los círculos.

d) Las cadenas.

e) Las paralelas y las U

Todos ellos pueden observarse en los modelos adjuntos que son los que hemos empleado en nuestras investigaciones.

Realización de la prueba

El investigador debe antes de comenzar la prueba conseguir el Rapport necesario y controlar que el sujeto se halle sentado cómodamente, como para escribir.

Luego coloca la primera hoja o sea la de los kinetogramas lineales sobre la tabla de madera, en forma tal que quede bien sentada y asegura a la misma con cuatro chinchas de dibujar.

Es necesario, además, centrar el tablero en la mesa, de manera que el plano sagital del sujeto coincida con la línea media del papel.

Una vez hecho esto, el investigador le indica al sujeto que vamos a hacerle que trace "unas líneas sobre las ya existentes y que procure no salirse de ellas, levantando los codos unos 5 o 10 ctms. de la mesa, con lo cual comprobaremos el estado de su pulso.

Los movimientos que realiza entonces el sujeto serán de flexión y extensión del antebrazo sobre el brazo, pero sin bajar el codo y cuando esto suceda hay que insistirle sobre la necesidad que hay de que tenga levantado y además no debe asentar la mano ni los dedos sobre el papel.

De esta manera va colocando el investigador las diferentes hojas modelo que deben hallarse numeradas, para quien se inicia en las investigaciones.

1.—**Los Kinetogramas lineales.**

La primera hoja que corresponde al kintograma lineal y que constituye la prueba fundamental contiene líneas de 4 ctms. de longitud, en número de tres para cada mano: una sagital, otra transversal y la tercera vertical.

Se invita al sujeto, a recorrerlas de un extremo a otro, levantando el codo como ya hemos indicado; traza primero tres veces con el control visual, entonces el investigador la cubre con la pantalla o cartón y el sujeto sigue trazando diez veces más sin el control visual.

El trazo del Kinetograma lineal comienza con la línea horizontal del lado derecho, luego la línea sagital del mismo lado; pasa entonces a trazar las líneas similares del lado izquierdo con la mano izquierda. A continuación el investigador coloca la tabla en posición vertical e invita a realizar los trazados de las líneas verticales, primero con la mano derecha y luego con la izquierda.

2.—**Zig-Zag.**

La siguiente hoja contiene trazados de ángulos en zig-zag que son dos superiores externos y dos inferiores internos.

Se trata de que el sujeto dibuje estos ángulos agudos de 30 grados que forman un verdadero zig-zag como consta en el modelo. El trazado se realiza simultáneamente con las dos manos. Para esto se le entrega al sujeto los dos lápices de igual tamaño y se le invita a recorrer los ángulos que se hallan más cerca de él y el recorrido debe realizarse yendo hacia adelante, es decir en sentido egocifugo, moviendo las manos siempre en

sentido opuesto, como para aplaudir o tocar acordeón y procurando después de haber repasado los trazados del modelo, repetir nuevos trazados en la dirección egocífu-ga señalada. Cuando el sujeto ha terminado de repasar los trazados del modelo y además ha trazado tres ángu-los más debe el investigador interponer la pantalla o el cartón y dejar que siga trazando los nuevos ángulos o Zig-Zags. Es necesario, desde luego, anticipar que se vá a interponer la pantalla o cartón y que no debe dejar de realizar su trazado. El investigador debe observar la di-rección y modo del trazado, hasta unos 10 o 20 ctms.

Una vez terminado este trazado egocífu-go se le invita al sujeto a realizar algo semejante con los Zig-Zags situado arriba y hacia afuera de la lámina, pero en esta vez siguiendo un sentido inverso es decir de ade-lanto hacia atrás, del modelo hacia su cuerpo o sea del mundo exterior hacia su "yo".

El investigador debe cuidar que el sujeto mantenga levantados sus codos y que los movimientos de las manos sean opuestos, como que se van a encontrar y no en el mismo sentido.

Esta prueba del Zig-Zag corresponde a las prue-bas de trazo continuo.

3.—La escalera

En la tercera hoja del cuadernillo test existe un trazado de dos escaleras, una ascendente y otra descen-dente, como se puede ver en el modelo.

Antes de comenzar el trazado debe colocarse el pa-pel en el tablero y poner el tablero en posición vertical; luego dar la dirección al sujeto en siguiente forma: Esta vez va usted a tomar el lápiz con su mano derecha y re-pasar estos escalones trazados en el papel y cuando ha-ya terminado de repasar continúe trazando otros nue-vos exactamente iguales a estos y siguiendo la misma dirección. Yo debo interponerle una pantalla y usted debe continuar los trazados sin el control visual. Cuan-do yo le indique con la palabra "ya" usted debe realizar un descenso hacia la derecha y simétrico en dirección al trazado anterior. Procure tener siempre levantado su codo y no apoye su mano ni los dedos sobre el papel.

De esta manera procede el sujeto a señalarle la escalera que queda a la izquierda del sujeto y que se halla dirigida hacia arriba. Además la voz de alarma "basta" o "ya" se dá. Cuando haya llegado el borde superior del papel o su parte media; la pantalla se coloca después del tercer escalón.

Una vez terminado, el trazo con la mano derecha, da un giro al tablero y comienza con la mano izquierda, dando instrucciones semejantes y señalando la escalera que queda esta vez al lado derecho y que se dirige también hacia arriba.

4.—**Los círculos.**

En la misma hoja tercera se encuentra trazados también dos círculos, los mismos que al colocar el papel quedan al lado derecho y son el uno superior y el otro inferior.

Se procede, esta vez como la anterior, a colocar el tablero en posición vertical e indicar al sujeto lo que debe hacer, más o menos en estos términos: Ahora va usted a tomar el lápiz con su mano derecha y repasar con él sobre este círculo (señalándole el superior derecho) procurando no salir del trazado modelo; cuando yo le coloque la pantalla debe usted continuar su trazado.

De esta manera, le deja trazar tres círculos con el control visual y diez sin el control visual, es decir con la pantalla interpuesta.

Una vez terminado el trazado con la mano derecha debe realizar el sujeto el trazado con la mano izquierda, para lo cual el investigador da un giro al tablero y la explicación correspondiente, semejante a la anterior y señalando esta vez el círculo que queda a la izquierda del sujeto y en la parte superior. En ambos casos, como en los demás, el sujeto no debe asentar la mano.

5.—**Las cadenas**

En la hoja N° 4 del cuadernillo se encuentra un trazado consistente en seis cadenitas constituidas cada una de tres círculos; de ellas dos son superiores internas; dos medias y externas y dos inferiores e internas también.

La prueba se inicia colocando la hoja de papel sobre el libro y este se halla acostado sobre la mesa, en las condiciones señaladas al comienzo, es decir que la línea media coincida con el plano sagital del sujeto.

El trazado comienza con la mano derecha y a partir de la cadena que se halla mas cerca del sujeto y a su derecha (es decir la inferior derecha de la hoja) Se le invita al sujeto a repasar los pequeños círculos que constituye la cadena pero en tal forma que el trazado sea discontinuo, es decir que después de haber terminado de trazar un círculo, levanta el lápiz para trazar el siguiente. Cuando haya terminado ya de repasar los círculos de la cadena de la hoja modelo debe el sujeto trazar otros nuevos, semejantes y a continuación, siguiendo la misma dirección, es decir hacia delante o sea egocéfuga del "yo" hacia el mundo exterior. El investigador interpondrá la pantalla cuando el sujeto haya trazado tres círculos nuevos fuera de haber repasado los existentes y le dejará trazar sin control visual diez círculos más.

Una vez terminado este trazo se pasa a la cadena media de derecha y se invita al sujeto a repasar los círculos de ella pero en sentido de delante atrás o sea de la cadena hacia el sujeto, es decir en sentido centrípeto, o del mundo exterior hacia su "yo". Cuando haya terminado de repasar se le deja trazar tres nuevos círculos y se le interpone la pantalla para que el sujeto trace diez círculos más sin el control visual.

Terminado esto con la mano derecha se procede en forma semejante con la mano izquierda y en las dos cadenas correspondientes del lado izquierdo, pero en sentido centrífugo y luego en sentido centrípeto.

Para el resto de las cadenas en los trazados se coloca el tablero en posición vertical y se invita entonces al sujeto a comenzar su trazado por la cadena superior derecha, en la cual, como en el caso anterior debe primero separar los círculos ya trazados en dirección de arriba hacia abajo y luego trazar nuevos círculos. El investigador interpondrá su pantalla después de que el sujeto haya trazado tres círculos nuevos y le permitirá al sujeto trazar diez más sin el control visual.

Terminados estos trazos pasará a la cadena media derecha nuevamente, en la cual repasará primero y hará nuevos trazos después, pero siguiendo una dirección de abajo hacia arriba; así mismo el investigador interpondrá su pantalla después de que el sujeto ha trazado su tercer círculo nuevo y le permitirá trazar diez círculos más.

Una vez terminado el trazado vertical con la mano derecha debe pasar a trazar con la mano izquierda en las cadenas similares del lado izquierdo y siguiendo un procedimiento semejante al de la mano derecha.

Los trazos deben realizarse también en estos casos sin acentar la mano ni los dedos de la mano que traza sobre el tablero.

6.—Las Paralelas

En las hojas N^o 5 y 6 se encuentran trazados en cada una dos modelos consistentes en dos líneas sagitales de unos 16 centímetros de longitud paralelas entre ellas y con una distancia de cuatro y medio centímetros; entre las líneas hay dos líneas horizontales que las caen, que se hallan a una distancia de 0,8 ctms. una de otra y que también son paralelas entre ellas, como se puede ver el modelo indicado anteriormente.

El trabajo consiste en trazar otras tantas líneas horizontales como las dos indicadas, que guarden siempre la misma distancia entre ellas y que no se salgan de los límites señalados por las dos líneas sagitales. El tablero debe estar horizontal (y de tal manera que las U que acompañan a las escaleras en esta hoja queden más lejos del sujeto).

Se comienza con la mano derecha y yendo de dentro hacia afuera, es decir en sentido egocéfugo, para lo cual se invita al sujeto en primer lugar a repasar la línea paralela ya trazada en sentido horizontal y luego a continuar realizando los trazos semejantes. El investigador debe cubrir con la pantalla cuando el sujeto haya terminado de trazar la 3^a línea horizontal nueva y permitirle que trace diez líneas más sin el control visual. Las nuevas líneas deben trazarse delante de las anteriores, en sentido centrífugo.

Cuando se haya terminado los trazados con la mano derecha debe pasarse a la mano izquierda con lo cual se realiza trazados semejantes en la figura que se halla al lado izquierdo y en sentido así mismo, de dentro afuera y cada nuevo trazo debe hacerse delante del anterior, es decir en sentido centrífugo como en el caso de la mano derecha.

Una vez terminados los trazos de escaleras en la hoja N° 5 debe procederse el trazado en la hoja N° 6 colocando así mismo el tablero en posición horizontal (de tal manera que las U que acompañan a las escaleras en esta hoja quedan mas cerca del sujeto) y se procede a trazar líneas horizontales primero con la mano derecha y de dentro a fuera pero trazando cada nueva línea más cerca del sujeto. Luego pasa al trazado con la mano izquierda siguiendo las normas ya indicadas.

El investigador interpondrá la pantalla después de tres trazos con control visual y el sujeto hará diez trazos sin control visual. No debe asentar la mano ni los dedos.

Los trazos son pues de tipo discontinuo o sea que el sujeto levanta el lápiz cada vez que va a realizarse un nuevo trazado.

7.—Las U

Así mismo las hojas N° 5 y N° 6 del cuadernillo test contiene también cada una dos trazados en forma de U que se hallan el uno hacia la derecha y el otro a la izquierda del sujeto.

La prueba corresponde al grupo de trazados continuos.

Se comienza por los trazados de la hoja N° 5 para lo cual se coloca el tablero en posición vertical, quedando de esta manera las U en la parte superior. Se invita al sujeto a comenzar con su mano derecha a repasar la U del lado derecho yendo y volviendo sobre la misma y sin levantar el lápiz. Se interpone la pantalla cuando haya repasado tres veces y se deja repasar diez más sin el control visual. Se pasa luego a la mano izquierda.

En la hoja N° 6 el sujeto debe hacer lo mismo pero con el tablero colocado horizontalmente. En ningún caso debe asentar la mano.

TRABAJO COMPLEMENTARIO DEL INVESTIGADOR

A la vez que se realiza la prueba en la forma señalada, el investigador debe preocuparse de ciertos detalles como son: 1) observar el Rapport conseguido, es decir las relaciones de adaptación del sujeto hacia investigador y la prueba. 2) Debe señalar con el lápiz rojo-azul la primera y última líneas trazadas sin control visual en los kinetogramas lineales.

2) debe señalar con el lápiz rojo-azul la primera y última líneas trazadas sin control visual en los kinetogramas lineales.

3) Debe cubrir con una cartulina adecuada cada trazado que va realizando el enfermo, a fin de que este no vea e influya su voluntad en los siguientes trazados.

4) Hacer las anotaciones consiguientes respecto a ciertos comportamientos especiales por parte del enfermo, como ser detenciones en el trazado de Zig-Zag o aumentos de velocidad un tanto exagerado, etc.

5) Señalar con lápiz rojo el último círculo trazado sin control visual.

6) Señalar con el lápiz rojo los extremos de la última U trazada con cada uno.

III

CALIFICACION DE LOS TRAZADOS

Con este título vamos a estudiar las alteraciones que se producen en los diferentes trazados, es decir su determinación, sin pretender llegar todavía a su interpretación dejando este asunto para un capítulo posterior.

ALTERACIONES EN EL KINETOGRAMA LINEAL

Los trazados del kinetograma lineal constituyen indudablemente la parte fundamental de la prueba, ya que los demás trazados son tomados solamente como medios complementarios de estos; por esta razón es de tener mucho cuidado en la determinación de las alteraciones del lineograma. Para dichas alteraciones debemos utilizar la regla, el compás, etc.

Debemos considerar en el kinetograma lineal dos tipos de alteraciones que son 1) Alteraciones cuantitativas.—2) Alteraciones cualitativas.

Las alteraciones cuantitativas

Tamaño lineal.

Este se determina midiendo con la regla la última línea trazada por el sujeto, ya habíamos indicado debe ser señalada en sus extremos con puntos rojos por el investigador.

Las líneas del Kinetograma son como hemos señalado ya de 4 cm. de longitud y su reproducción debería también ser del mismo tamaño; pero lo común es que el tamaño de estas aumente o disminuya un tanto, aún para los casos normales. El profesor Mira nos ofrece los siguientes promedios de variación:

En el hombre para la mano derecha 7,5 milímetros; para la izquierda 7,85 mm.

En la mujer, para la mano derecha 7,15 mm. para la izquierda 7,70 mm.

Las alteraciones cualitativas

Estas son las desviaciones que pueden ser a la vez

- 1) Desviaciones primarias.
- 2) Desviaciones secundarias.
- 3) Desviaciones axial.

1.—Desviaciones primarias.

Esta constituye una determinación de gran importancia y se realiza midiendo la distancia que existe en

tre el punto central de la línea modelo y el punto determinado por la proyección del centro de la última línea trazada. En el ejemplo demostrativo sería la distancia OP' (ver adelante).

En el trazado horizontal se considera:

Positiva (+)

1.—Si se hace hacia la derecha para la mano derecha.

2.—Si se hace hacia la izquierda para la mano izquierda.

Negativa (0—)

1.—Si se hace hacia la derecha para la mano izquierda.

2.—Si se hace hacia la izquierda para la mano derecha.

En el trazado sagital se considera:

(+) Cuando el trazado se hace hacia delante para ambas manos y

(—) Cuando el trazado se hace hacia atrás es es decir acercándose al campo del sujeto.

En el trazado vertical se considera:

(+) Cuando se dirige hacia arriba.

(—) Cuando se dirige hacia abajo.

Los promedios que nos ofrece el profesor Mira y López son los siguientes:

En el hombre

Horizontales	1.—Mano derecha	14,08mm
	2.—Mano izquierda	16 mm
Sagitales	1.—Mano derecha	14,20mm
	2.—Mano izquierda	13,60mm
Verticales	1.—Mano derecha	14,40mm
	2.—Mano izquierda	15,5 mm

En la mujer

Horizontales	1.—Mano derecha	13,36mm
	2.—Mano izquierda	15,20mm
Sagitales	1.—Mano derecha	13,8 mm
	2.—Mano izquierda	12,8 mm
Verticales	1.—Mano derecha	15,30mm
	2.—Mano izquierda	16,30mm

2.—Desviación Secundaria

Para determinar esta desviación se procede primero a determinar al centro de la última línea trazada; 2º Se proyecta este punto sobre la línea modelo, obteniéndose un nuevo punto que es el de proyección. 3º Se mide en línea recta la distancia entre los puntos obtenidos. Estaría presentado en el ejemplo por PP'.

Esta desviación es normal dentro de los siguientes límites:

Horizontales, Sagitales y Verticales

Hombre	1.—Mano derecha	4,56mm
	2.—Mano izquierda	4,53mm
Mujer	1.—Mano derecha	4,80mm
	2.—Mano izquierda	5,67mm

3.—Desviación axial

En este caso las líneas reproducidas dejan de guardar el paralelismo con la línea modelo y vascular sobre su centro, inclinándose o cruzándose con la línea modelo. Esta alteración denota un carácter patológico que estudiaremos en la interpretación.

Alteraciones de los Zig-Zag

Con el fin de determinar las alteraciones de los trazados en el Zig-Zag es necesario tomar las siguientes medidas:

- 1.—Tamaño máximo.
- 2.—Tamaño mínimo.
- 3.—Angulo máximo.
- 4.—Angulo mínimo.
- 5.—Desviación primaria.
- 6.—Desviación axial.

1.—Tamaño máximo.

Se determina midiendo el lado más largo de un ángulo. Los valores normales son:

Tamaño máximo

Hombres	1.—Mano derecha	5,73
	2.—Mano izquierda	5,01
Mujeres	1.—Mano derecha	4,74
	2.—Mano izquierda	5,16

2.—Tamaño mínimo.

Se determina así mismo midiendo el lado más corto de un ángulo. Los valores normales según el profesor Mira son:

Tamaño mínimo

Hombres	1.—Mano derecha	3,05
	2.—Mano izquierda	2,51
Mujeres	1.—Mano derecha	2,50
	2.—Mano izquierda	2,42

3.—Angulo máximo

Corresponde al ángulo mayor y los datos normales de alteración son:

Angulo máximo

Hombres	1.—Mano derecha	19 mm
	2.—Mano izquierda	23, mm
Mujeres	Mano derecha	18,6mm
	2.—Mano izquierda	21,2mm

4.—Angulo mínimo.

Corresponde al menor ángulo de los Zig-Zag y sus valores normales son:

Angulo mínimo

Hombres	1.—Mano derecha	17,50mm
	2.—Mano izquierda	23,6 mm
Mujeres	1.—Mano derecha	17,70mm
	2.—Mano izquierda	19,50mm

5.—Desviación primaria

Se procede a medir primero en los trazados de la mano derecha, tanto egocífugo como egocípeto, luego se pasa a los trazados de la mano izquierda.

Para contar y comparar es necesario previamente trazar dos líneas paralelas y que limitan los Zig-Zags egocífugos y egocípetos de cada mano en unos diez cm. más o menos. Se encuentra el número de ángulos por sus vértices externos y se compara los egocífugos con los egocípetos y cuando hay diferencia en su número se señala el punto que corresponde al número similar de ángulos del otro trazado y se traza desde ese punto una línea que va hasta la línea paralela, luego se mide esta línea trazada y se anota si el predominio es en sentido egocífugo (+) o si es en sentido egocípeto (—) Esto constituye la determinación de la desviación primaria, cuyos valores normales son:

Desviación primaria

Hombres	1.—Mano derecha	27,3mm
	2.—Mano izquierda	27,9mm
Mujeres	1.—Mano derecha	28 mm
	2.—Mano izquierda	27,7mm

6.—Desviación axial

Para su determinación se traza el eje del Zig-Zag trazado por el sujeto y una vez obtenidos estos dos ejes se mide el ángulo que se forma entre ellos, el cual es (+) cuando la desviación sea hacia afuera y es (—) en caso contrario.

Puede ocurrir que el sujeto en sus trazados de Zig Zag no siga un solo eje sino que cambia la dirección del trazado, en cuyo caso es necesario obtener un promedio.

Estas medidas se obtienen primero para la mano derecha y luego para la izquierda. Los valores normales son:

Desviación axial

Hombre	1.—Mano derecha	6,33mm
	2.—Mano izquierda	6,33mm
Mujeres	1.—Mano derecha	6,54mm
	2.—Mano izquierda	6,60mm

ALTERACIONES EN EL TRAZADO DE LAS ESCALERAS

Para la determinación de las alteraciones de trazado procedemos a trazar en primer lugar una línea horizontal a nivel del último escalón que trazó el sujeto con control visual; esta horizontal puede además cortar a la escalera trazada en el lado opuesto en sentido descendente.

Una vez trazada la línea horizontal debemos determinar los siguientes elementos:

- 1.—La desviación primaria.
- 2.—La forma de la escalera.
- 3.—La dirección de los trazados.
- 4.—La desorganización de la configuración práctica.

1.—La desviación primaria.

Se determina de la siguiente manera: se cuenta los escalones a partir de la línea horizontal en la escalera ascendente, luego en la escalera descendente y se compara los resultados; cuando predomina el número de escalones en una de ellas se encuentra el número similar al de la otra a partir del vértice y se señala el punto en que coincide. Luego se trata desde dicho punto una línea que se va hasta la horizontal. La desviación está dada por distancia medida en milímetros de la línea trazada, considerándose como datos normales los siguientes:

Desviación primaria

Hombre	1.—Mano derecha	15 mm
	2.—Mano izquierda	14,70mm
Mujer	1.—Mano derecha	18,40mm
	2.—Mano izquierda	16 mm

La forma de la escalera:

La escalera modelo se halla construido con líneas iguales de medio centímetro y que forman entre ellas ángulos de 90° ; los trazados del sujeto deben también reunir estas condiciones.

Pero pueden ocurrir que se presenten alteraciones en la forma y que consisten:

a) En que el sujeto traza líneas horizontales y verticales sin sujetarse a la regla, dando como consecuencia la diferente longitud entre ellas y la irregularidad de los escalones.

b) Pérdida de la dirección horizontal y vertical de los trazados, convirtiéndose más bien en un verdadero Zig-Zag.

c) Combinación de las dos alteraciones anteriores.

La dirección de los trazados.

Puede ocurrir que el sujeto pierda la dirección de los trazados y hasta realice los trazados siguiendo una dirección opuesta; por ejemplo al trazar las escaleras con la mano derecha, debe realizar los trazos de las horizontales hacia afuera, pero el sujeto en este caso realizaría hacia dentro, con lo cual daría lugar al trazado llamado en "franja de castillo"; esta alteración se llama "reversión".

Desorganización de la configuración Praxica.

Hay casos en que el sujeto pierde por completo el concepto de la confirmación de las escaleras y traza una serie de líneas desorganizadas que constituye un signo patológico evidente.

ALTERACION EN EL TRAZADO DE LOS CIRCULOS

Los círculos modelos son de 2½ centímetros de diámetro, los mismos que deben ser repasados por el sujeto sin salirse. Pero puede producirse en este trazado los tipos de desviación que son:

- 1.—La desviación primaria.
- 2.—La desviación secundaria.
- 3.—Alteraciones de tamaño.

La desviación primaria.

Se determina por la distancia que existe entre el centro del círculo modelo y el centro del último círculo trazado a ciegas; es positivo cuando asciende y negativo cuando desciende.

Los valores normales de desviación primaria del círculo son:

Desviación Primaria

Hombre	1.—Mano derecha	14,20mm
	2.—Mano izquierda	13,50mm
Mujer	1.—Mano derecha	16,60mm
	2.—Mano izquierda	14,90mm

Desviación secundaria.

Se determina por la distancia horizontal que hay entre el centro del círculo modelo y el centro del último trazado sin control visual. Los promedios normales son:

Desviación secundaria

Hombre	1.—Mano derecha	8,35mm
	2.—Mano izquierda	17,65mm
Mujer	1.—Mano derecha	8,85mm
	2.—Mano izquierda	9,35mm

El tamaño: puede variar en sentido de aumento o disminución.

ALTERACIONES EN EL TRAZADO DE LAS CADENAS

Antes de realizar la valorización se trazan dos líneas paralelas horizontales en los trazados egocífugo y egocípeta de la mano derecha; la una horizontal a la altura del centro del primer aro trazado a ciegas en la cadena egocífuga y la otra a la altura del centro del primer aro trazado a ciegas en la cadena egocípeta.

Entre las alteraciones de los trazados de las cadenas se considera:

- 1.—La desviación primaria.
- 2.—La desviación secundaria.
- 3.—La forma de los eslabones.
- 4.—El tamaño de los eslabones.

1.—Desviación primaria.

Se procede a contar los eslabones en ambos trazados de la mano derecha; y en el que haya mayor número se cuenta hasta llegar al número igual al otro trazado y se señala con un punto; desde ese punto se traza una línea que va en la misma dirección del trazado hasta tocar la horizontal trazada por nosotros. Se mide esta línea y su medida en milímetros nos dá el valor de la desviación primaria.

C. Coronel indica que las horizontales deben ser trazadas, una en el centro del primer aro indicado y otra a 5 ctms. de esta para cada caso y para determinar la desviación primaria se procede de igual manera a la indicada; se mide la línea consabida y el resultado se multiplica por dos.

De la misma manera se procede en el lado izquierdo. Los valores promediales para esta desviación son los siguientes según Mira y López.

Desviación primaria

Hombre	1.—Mano derecha	24 mm
	2.—Mano izquierda	24 mm
Mujer	1.—Mano derecha	23,6 mm
	2.—Mano izquierda	25,4 mm

En los trazados verticales se procede así mismo a trazar las dos horizontales paralelas entre sí, de idéntica manera a las anteriores y se hace así mismo el cálculo comparando los dos trazados de cada mano, o sea de cada lado del eje del papel. Los valores promediales así mismo son los siguientes:

Desviación primaria en los trazados verticales

Hombre	1.—Mano derecha	24 mm
	2.—Mano izquierda	22,70 mm
Mujer	1.—Mano derecha	23,8 mm
	2.—Mano izquierda	24,60 mm

Desviación secundaria.

Se procede en primer lugar a trazar el eje de las cadenas modelo y el eje que corresponde a las cadenas trazadas por el sujeto; después, se mide en milímetros la distancia que existe entre el eje de las cadenas trazadas y el eje de la cadena modelo, a la altura de la segunda línea horizontal. El resultado obtenido se multiplica por dos.

Forma de los eslabones.

Puede alternarse la forma de los aros y en vez de hacer círculos perfectos se hagan círculos imperfectos o incompletos.

Tamaño de los aros:

Pueden los círculos estar aumentados o disminuidos en su tamaño.

ALTERACIONES EN EL TRAZADO DE LAS PARALELAS

Las alteraciones que pueden presentarse en los trazados de las líneas paralelas son:

- 1.—Desviación primaria.
- 2.—Desviación secundaria.
- 3.—Desviación axial.
- 4.—Alteraciones en el tamaño.
- 5.—Alteraciones de la forma.

1.—Desviación primaria:

A partir del primer trazo sin control visual se mide diez centímetros y se traza por este punto una horizontal y paralela a la modelo. Entonces, se encuentra el número de paralelas tanto en las egocípagas como en las egocípetas y en la que haya mayor número se señala el punto en que hay igual número al otro trazado y desde este punto se traza una línea hasta topar a la horizontal; se mide esta última línea trazada en milímetros y su valor nos da la desviación primaria. Los valores normales de esta desviación son:

Desviación primaria

Hombres	1.—Mano derecha	33,10mm
	2.—Mano izquierda	32,10mm
Mujeres	1.—Mano derecha	31,7 mm
	2.—Mano izquierda	31,2 mm

Desviación secundaria.

Se determina en primer lugar un eje, uniendo el centro de la línea modelo y el centro de la última línea trazada. Luego se determina en milímetros el desplazamiento de este eje con relación al eje modelo. Los valores normales para esta desviación son:

Desviación secundaria:

Hombres	1.—Mano derecha	8,6 mm
	2.—Mano izquierda	8,4 mm
Mujeres	1.—Mano derecha	9,85mm
	2.—Mano izquierda	8,3 mm

Desviación axial

Esta desviación es semejante a la desviación axial del Kinetograma lineal, es decir aparece cuando las líneas trazadas sufren un giro alrededor de su eje imaginario o sea un movimiento de vástula.

Alteraciones de tamaño

Para su determinación se mide la décima paralela trazada sin control visual y se compara con la línea modelo, pudiendo presentarse aumento o disminución de tamaño.

Alteraciones de la forma:

Puede ocurrir que las líneas trazadas no sean rectas, sino más bien onduladas; además puede en ocasiones terminar el trazo en un gancho o a continuación del trazo lineal aparece un punto.

ALTERACIONES EN EL TRAZADO DE LAS U

También en los trazados de las U se pueden determinar:

- 1.—La desviación primaria.
- 2.—La desviación secundaria.
- 3.—La desviación axial.
- 4.—Alteración del tamaño.
- 5.—Alteración de la forma.

1.—Desviación primaria.

Su determinación se hace indicando la distancia que hay entre el centro del modelo y el centro del último dibujo en sentido vertical y en milímetros. Los valores considerados como normales son:

Desviación primaria en U verticales

Hombres	1.—Mano derecha	24,40mm
	2.—Mano izquierda	19,5 mm
Mujeres	1.—Mano derecha	22,9 mm
	2.—Mano izquierda	

Desviación primaria en U sagitales

Hombres	1.—Mano derecha	22,6mm
	2.—Mano izquierda	19,8mm
Mujeres	1.—Mano derecha	20
	2.—Mano izquierda	18,2mm

Desviación secundaria.

Se determina indicando también la distancia que hay entre el centro de las U modelo y el centro de la última U trazada sin control visual, pero en sentido horizontal, los valores promediales son los siguientes:

Desviación secundaria en las U verticales

Hombres	1.—Mano derecha	12 mm
	2.—Mano izquierda	12,5mm
Mujeres	1.—Mano derecha	12,8mm
	2.—Mano izquierda	11,5mm

Desviación secundaria de las U sagitales

Hombres	1.—Mano derecha	11,6mm
	2.—Mano izquierda	13,1mm
Mujeres	1.—Mano derecha	11,1mm
	2.—Mano izquierda	13,1mm

Desviación axial

Representa la vasculación o, giro de las U sobre un centro imaginario. Tiene importancia patológica

Alteraciones del tamaño

Se determina comparando el tamaño de la U modelo con el de la última U trazada. Puede variar en sentido de aumento o disminución.

Alteraciones de forma

Puede observarse cambios en la forma llegando a trazarse a veces círculos, etc.

IV

INTERPRETACIÓN DE LOS TRAZADOS

Hemos visto ya que la aplicación del método, en cuanto a la parte técnica, se realiza con la colaboración del sujeto investigado y su realización requiere más que

todo práctica constante para la obtención de los diferentes trazados.

La segunda parte del Método, es decir su calificación o recolección de datos para la valoración requiere ya de un trabajo aislado del sujeto y entregado al investigador que debe conocer de los fundamentos del test así como de la recolección de trazados también a través de una larga experiencia.

Viene luego la tercera y más importante parte, que consiste en la interpretación de los datos obtenidos. Indiscutiblemente que esta es la parte que requiere por parte del investigador una sólida preparación psicológica capaz que le permita traducir las expresiones motrices del paciente en manifestaciones psíquicas que deben encaminarle al diagnóstico.

Por otra parte, es necesario que el investigador se halle empapado de los fundamentos básicos de la Psiquiatría así como de la Clínica General, a la vez que de la aplicación de otros Métodos similares, a fin de establecer comparaciones que le permitan llegar a conclusiones más favorables en esta prueba que todavía tiene pocos años al servicio de la Ciencia y que a pesar de ello ha llegado ya a ser motivo de estudio por parte de distinguidos investigadores extranjeros.

Este Psicodiagnóstico, como el de Rorschach, requiere también de una verdadera especialización a fin de formar hombres capacitados en su manejo.

Nosotros, dada la limitada experiencia que existe en nuestro medio no podemos sino señalar en términos generales los resultados obtenidos con este método en los pocos casos clínicos que hemos aplicado, pero antes de presentar nuestra casuística que es motivo de nuevos capítulos, no permitiremos sintetizar, como lo hicimos con el Rorschach, el procedimiento que se debe seguir en la interpretación.

En este Psicodiagnóstico de Mira y López (M P K) aparece un primer término la interpretación de los Kinetogramas lineales que constituyen indudablemente el fundamento de toda la interpretación, ya que los demás trazados tienen un valor secundario y más bien de carácter complementario.

Lamento enormemente que mi poca práctica no me permita dar una interpretación del factor tiempo que lo considero de sumo valor, pero indudablemente constituye para mi un motivo de preocupación que trataré de resolverlo en el futuro.

INTERPRETACION DE LOS KINETOGRAMAS LINEALES

El tamaño.

Cuando los trazados nos revelan aumento de tamaño existe una falta de control de la corteza cerebral, pues en realidad, siendo los movimientos realizados sin el control visual, es decir a ciegas, debe asignarse el trastorno no a alteraciones visuales sino a la memoria Kinética. Por esto el aumento de tamaño aparece en la demencia senil y en ciertos casos de angustia y ansiedad en que se pierde la autonomía psíquica.

Cuando existe disminución en el tamaño de los trazados es prueba de que existe una verdadera coartación que es debida a la influencia de factores emocionales negativos; en estos sujetos existe miedo e insuficiencia.

Desviaciones primarias.

Ya sabemos que esta desviación puede realizarse en las líneas sagitales, horizontales o verticales del kinetograma; estudiaremos por tanto las desviaciones en cada caso.

En las líneas sagitales, la desviación puede hacerse en dos sentidos: 1) centrífugo cuando el trazado se dirige hacia delante o sea que va alejándose del sujeto, y 2) centripeto cuando el trazado de la última línea está más cerca del cuerpo del sujeto, como ya hemos indicado anteriormente al hablar de calificación de los trazados.

La desviación centrífuga nos indica agresividad en tanto que la desviación centripeta nos indica una tendencia defensiva. La desviación hacia adelante o desviación centrífuga se hace por predominio de los movimientos de extensión que son indudablemente los movi-

mientos representativos de la agresividad (Reacción agresiva de Mira o Cólera de Watson) la desviación hacia atrás o centrípeta se realiza por predominio de los movimientos de flexión que son característicos de la defensa (Reacción de Choque o miedo y típica de la posición fetal), que debe estar dada indiscutiblemente por acción de factores emocionales del tipo del miedo o temor.

Estos dos tipos de tendencia tendrían mayor significado cuando las desviaciones se observan en la mano izquierda.

En las líneas horizontales puede también observarse la desviación primaria que se dirige hacia afuera o hacia adentro, con relación al "yo" del sujeto; es decir en el primer caso el trazado se dirige de adentro afuera, del "yo" del sujeto al mundo exterior, en tanto que en el segundo caso, los trazados se dirigen de fuera adentro, del mundo exterior hacia el "yo". Correspondería pues, el primer caso al tipo extravertido de Jung y el segundo al tipo introvertido de Jung.

Aquí también, como en el caso anterior, existe predominio de los músculos extensores en la desviación primaria hacia afuera y de los músculos flexores en la desviación hacia adentro; es decir existe una tonalidad de agresividad o tendencia de defensa como sucede realmente en los tipos de Jung. Por este hecho en los primeros los actos aparecen con el tono de espontaneidad y con una tendencia agresiva, de movimientos rápidos y los segundos son individuos que actúan con meticulosidad, dubitación.

En la dirección vertical puede producirse una desviación primaria hacia arriba o hacia abajo demostrándonos en el primer caso una excitación y en el segundo caso una depresión y por esto, esta clase de desviaciones se encuentran en los compulsivos, epilépticos y maníacos, la primera forma o sea la desviación hacia arriba o desviación superior y en los deprimidos, en la fase depresiva de la psicosis maníaco —depresiva, en los sujetos fatigados después del trabajo, en los sujetos mal humorados), etc.

Las desviaciones primarias se encuentran

Avance sagital

Paranoia	8%	
Psicosis maníaco depresiva	70%	
Personalidades Psicopáticas		60%
Psicosis orgánicas	15%	
Psicosis maníaco depresiva		

Avance horizontal

Paranoia		
Oligofrenias y demencias	22%	
Psicopotías	57%	

Retroceso horizontal

Psicosis maníaco-depresiva	9%	
Psicosis maníaco depresiva		
Paranoia	9%	
Ascenso vertical Psicopatías	30%	
Desviación vertical Psicosis maníaco de- presiva.		
Desviación primaria de gran tamaño Psi- copatías.		

Desviación secundaria.

Se debe a una falta de sinergia funcional entre los músculos agonistas y los antagonistas, dando desviaciones hacia dentro cuando hay mayor contracción en los flexores y hacia afuera cuando sea en los extensores.

Este tipo de desviación aparece en los Psiconeuróticos; en alteraciones producidas en la personalidad por causas ocasionales, cuando la alteración se presenta en la mano derecha o a causas definitivas, en caso contrario podemos citar en los siguientes casos:

Desviación secundaria

Psicosis maniáco depresiva	
Oligofrenias y demencias	30%
Psicopotías	50%

Desviación axial

Este tipo de desviación se debe también a alteraciones de la sinergia muscular entre flexores y extensores, produciéndose la desviación en el sentido del grupo que predomina. La desviación axial se encuentra en:

Desviación axial:

Esquizofrénia	85	—90%
Paranoía	24%	
Oligofrénias y demencias	40%	
Psicosis orgánicas	14%	

Temblores

Puede también observarse en los líneasgramas trazados que expresen un temblor más o menos acentuado, demostrando incoordinación y se presenta en:

	Paralísia general progresiva.
	Esclerosis en placas.
Temblores	Enfermedad de Parkinson.
	Hemiplejia.
	Alcoholismo, etc.

INTERPRETACION DE LOS ZIG-ZAGS

En los trazados de Zig-Zag encontramos un medio complementario de los trazados del Kinetograma. En realidad, los movimientos que se realizan son de sentido egocífugo y egocípeto, pero además participan los movimientos de fuera adentro y de dentro afuera. En síntesis podemos decir que en dichos movimientos hay participación de los músculos flexores y de los músculos extensores. Pero no es esto todo; es necesario anotar que

el trazado se realiza simultáneamente con ambas manos, por lo cual hay también la prueba de la coordinación de movimientos o coordinación dinámica de Ozeresky. Como se ve esta prueba, siendo complementaria de los kinetogramas, es de carácter sumamente complejo y sus resultados son de enorme valor.

Cuando predominan los movimientos de flexión puede producirse en el Zig-Zag egocéfugo el fenómeno de la "regresión consistente en que el movimiento de extensión carece tanto de impulso motor que se hace sobre el anterior (flexor) o da lugar a la formación de lazos.

Cuando hay predominio de los movimientos de extensión, la alteración se produce en Zig-Zag egocípeto.

La reversión en el Zig-Zag egocéfugo se presenta en persona tímidas y decaídas.

Se presenta reversión en:

Reversión

Esquizofrenia	75	—80%
Paranoía	35%	
Psicosis maníaco depresiva	9%	

INTERPRETACION DE LAS ESCALERAS

Como sabemos en las escaleras encontramos como alteraciones: la desviación primaria, forma de la escalera, dirección de los trazados y desorganización práctica.

En la desviación primaria decimos que hay excitación cuando hay menor número de escalones en la escalera ascendente y depresión en caso contrario.

En cuanto a la forma, puede pensarse una modificación o una pérdida completa de la configuración, como en la Psicosis Orgánica lo primero y en la Paranoía lo segundo.

La dirección de los trazados la alteración más importante es la "reversión" o la "franja de castillo" que se presenta en la esquizofrenia, en la paranoía, en las Psicosis orgánicas.

La desorganización praxica se presenta en los trastornos profundos de la Personalidad; consiste como sabemos en la pérdida total de la figura y se encuentra en la esquizofrenia, Paranoia, oligofrenias y demencias, en las Psicosis orgánicas.

INTERPRETACION DE LOS CIRCULOS

Las alteraciones del trazado de círculos puede realizarse en cuanto al tamaño o a las desviaciones.

En cuanto al tamaño puede estar aumentado cuando haya una falta de control de la corteza cerebral; se presenta en los estados de ansiedad. Cuando está disminuído el tamaño denota una micropersonalidad frente al mundo externo es decir una coartación un achicamiento de la Personalidad.

La desviación primaria hacia la parte superior, hacia arriba denota excitación y cuando se hace hacia abajo denota depresión.

La desviación secundaria es un complemento de la desviación secundaria del kinetograma lineal y su interpretación es semejante.

INTERPRETACION DE LAS CADENAS

Sabemos que se presentan como alteraciones en el trazado de las Cadenas las desviaciones, primaria y secundaria; alteraciones del tamaño y forma de los eslabones.

La desviación primaria tiene su significado según que su dirección sea en sentido egocífugo o egocípeto ya como manifestación de agresividad o ya como manifestaciones de tendencias defensivas; esto es en las Cadenas sagitales.

En las Cadenas de trazado con el tablero en posición vertical se interpreta como excitación el predominio de trazados hacia arriba y como depresión el predominio de trazado hacia abajo.

La desviación secundaria es complemento de la desviación secundaria del kinetograma.

INTERPRETACION DE LAS PARALELAS I LAS U

Lo mismo que en los casos anteriores es necesario interpretar las alteraciones en cuanto a la desviación primaria, desviación secundaria, desviación axial, alternaciones de tamaño y forma.

En la desviación primaria se producen desplazamientos en sentido egocéfugo o egocípeto que nos demuestra las tendencias agresivas o las tendencias de defensa respectivamente.

La desviación secundaria podemos encontrarla en la esquizofrenia, en las Psicosis orgánicas.

La desviación axial se refiere, como sabemos a una vasculación de los trazados sobre su centro imaginario y se encuentra en la Esquizofrenia en que hay cruzamiento y verdadero apelonamiento; en las oligofrenias y demencias, en las Psicosis orgánicas.

En cuanto a la interpretación de las U, esta sigue las reglas ya establecidas através de la exposición hecha para los otros trazados. Es necesario indicar, sin embargo que en ocasiones pueden alterarse la forma de la U modelo, transformándola en un aro abierto hacia delante, lo cual sucede comunmente en los débiles mentales.

V

APLICACIONES DEL P M K

La primera publicación del autor fué "Proceedings of the Royal Society of Medicine" como producto de los estudios y conclusiones presentadas a la "Royal Society of Medicine" de Londres publicación que aparece en el año de 1940 desde entonces hasta nuestros días han transcurrido once años pero en este tiempo han aparecido numerosos trabajos de diferentes autores como: Brucher (1941). Ortiz González (1942). Simón (1943) E. Arruda (1944). Meglar (1946). Bustamante (1946 contribución al Congreso Sud Americano de Medicina).

Meneses (1947). López González (1948). César Coronel (1950). Fernández Barahona (1950), etc. y muchísimos otros investigadores más, además de las publicaciones hechas por el mismo autor.

Todas estas publicaciones han ido ampliando cada vez el campo del P M K ya dentro del campo normal, como dentro del campo patológico Psiquiátrico y Neurológico.

Nuestro interés, en esta ocasión es el de realizar algunas observaciones acerca de la estructura de la Personalidad en algunas enfermedades de la Clínica General.

Dentro del campo normal se ha realizado, estudios de personas adultas y normales, de adolescentes, etc. Dentro del campo patológico se ha aplicado fundamentalmente a la Psiquiatria y Neurología. Se han hecho también aplicaciones del M P K al estudio de la delincuencia y se ha dado un valioso aporte a la Criminología.

(Concluirá)

HISTORIA DE LA MEDICINA

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA
Catedrático de la Facultad de Ciencias Médicas.—Quito.

Comentarios a los “Apuntes para la Historia de la Farmacia en el Ecuador”

Curar cuerpo y alma y preparar medicamentos ha sido oficio de una misma persona en todas las primitivas civilizaciones, situación que sobrevivió al auge y decadencia de las culturas de la antigüedad, en las que los sacerdotes de sus cultos atendían enfermos y preparaban remedios, posición ventajosa para el arte de curar que recogió el Cristianismo y la mantuvo con éxito hasta principios del siglo pasado.

En la América Hispana los frailes fueron, al mismo tiempo, médicos y boticarios; así anduvieron las cosas después de la fundación española de Quito, y esto dejando pasar algún tiempo, si tenemos en cuenta que en los primeros años que siguieron a 1534 no había frailes médicos, ni médicos ni boticarios laicos. Después de la batalla de Iñaquito, ningún médico atendió a los heridos del destrozado ejército del Virrey Núñez de Vela, ni a los del vencedor Gonzalo Pizarro. No había ni prácticos. Fueron personas aficionadas a la medicina casera, y los indios, sobre todo ellos, a los que nuestros antepasados fueron cobrando gran confianza, los que curaron y prepararon medicinas después de esta gran jornada, la primera rebelión contra el dominio de España en América, inspirada y peleada por españoles.

Los frailes médicos y boticarios van viniendo, los conventos arreglan sus boticas, dirigidas por un fraile práctico y hasta titulado de médico y boticario que atiende al público.

Cuando vienen los Betlemitas desde Lima, llamados por el Cabildo de Quito, para que se hagan cargo del "Hospital de La Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo", casi todos fueron médicos y boticarios. El tan conocido Padre José del Rosario que trajo del Perú a Luis Chugshi, padre de Espejo, fué boticario y médico competente y experimentado.

Desde 1704 en que vienen los Betlemitas y que ya encuentran médicos, boticarios y boticas pequeñas en los Conventos de Quito, la situación se prolonga hasta las campañas de la Independencia. Después de Pichincha hay que comenzar a ver la separación del sacerdocio de la Medicina y el arte de Botica, que se vuelven laicos. Esto en los centros urbanos. En las Comunidades de indios de la Sierra y en las montañas del Litoral, el Curandero es médico y prepara remedios, pontificando, al mismo tiempo, con lo sobrenatural, como adivino y brujo, y ésto aún en poblaciones cercanas a Quito y a las capitales provinciales. En las tribus salvajes del Oriente Ecuatoriano, el Brujo hace de sacerdote, médico y preparador de remedios.

Este marchar siempre juntos de la Medicina y la Farmacia, justifica que nosotros escribamos estas líneas y solo por complacer la amabilidad de nuestro estimado amigo, el Profesor doctor José E. Muñoz, quien ha puesto en nuestras manos el original de sus "APUNTES PARA LA HISTORIA DE LA FARMACIA EN EL ECUADOR", confianza que nos ha dispensado y que nos apresuramos en agradecerle.

Para la Historia de la Farmacia en el Ecuador, es necesario conocer lo original que se ha hecho en el Ecuador y el progreso alcanzado con la traída de técnicos y nuevas técnicas que nos vienen de afuera.

El uso del "floripondio", el "huantug" y el "chamico" como analgésicos y estupefacientes en la región interandina del Ecuador, el de la "hayahuasca" con los mismos fines, en el Oriente ecuatoriano; el uso del "Pa-

lo Santo", la "Zarzaparrilla" y la "Cañafístola", con varios fines terapéuticos, por los aborígenes del Litoral, son contribuciones valiosas y originales al arte de curar y preparar remedios, y lo es la revelación del Cacique de Malacatos, bautizado Pedro Leiva, al Jesuíta Juan López, de las propiedades antimaláricas de la Quina y la forma de prepararla para que la tome el paciente, en maceración.

La venida de los primeros boticarios prácticos de España, los primeros botiquines de los conventos quiteños, el primer boticario graduado, la venida de los Betlemitas y la instalación que hicieron de la Botica más importante de la época virreynal ecuatoriana, que fué la del Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo de Quito, son puntos importantes en el orden de nuestro progreso en el arte farmacéutico, que detalla con claridad y amenidad en su obra el doctor Muñoz.

Con sobrada razón se detiene al hablar de los doctores Alejandro Schibbey y Antonio Mortensen, personajes que iban olvidándose en lo que se relaciona con su contribución valiosa al progreso químico y farmacéutico en el Ecuador.

Schibbey fué un químico preparado y bien entrenado, tuvo su laboratorio de investigaciones junto a la "Botica Alemana" que fundó luego de haber venido a insinuaciones del Presidente García Moreno. Arregló el primer laboratorio moderno, para su tiempo, que se instaló en el Ecuador. Fué experto en análisis toxicológicos, como el que se practicó en Quito, en 1877, año en el que fué envenenado con estriknina el Arzobispo Checa Barba y Borja, informe en que interviene Schibbey y su discípulo Vivar y que motiva elogios del doctor Domec, que suscribió el informe de autopsia. Domec en su libro: "La Capitale de l'Ecuateur au point de vue Medico-Chirurgicale" —que acabamos de traducir del francés y escribir el Prólogo— transcribe el informe y admira el adelanto a que habíamos llegado en análisis toxicológicos en Quito y la correcta técnica de los químicos y toxicólogos que hicieron casi todos los análisis, pruebas y confrontaciones, con verdadero espíritu científico y claro razonamiento, a los que no habíamos estado acostum-

brados hasta entonces, en una disciplina que comenzaba a conocerse y practicarse.

Unos diez años más tarde viene el doctor Antonio Mortensen, químico farmacéutico graduado, como Schibbey, en Dinamarca. Mortensen se hace cargo de la Botica Alemana y fué de los primeros en practicar análisis de laboratorio aplicados a la Clínica, introduce este valioso método para llegar al diagnóstico, trabaja con los médicos quiteños, que luego tendrán en el doctor Jijón Bello un hábil colaborador en esas investigaciones. En Guayaquil trabaja con pericia el doctor Flores Ontaneda, quien se dedica también a la Microbiología.

Por el año de 1896 señala el doctor Muñoz la intervención quirúrgica, practicada en Quito, a Don Manuel María Jijón Ascázubi, en la que gracias al farmacéutico francés Mr. Plachez, se introduce la asepsia en la Cirugía. Nosotros tenemos datos conseguidos en vida del doctor Alejandro Bastidas; nuestro colega y amigo nos contaba que en su tiempo —se graduó en 1888 e ingresó a la Universidad Central en 1882— ya se hervían los instrumentos para las operaciones; y el doctor Antonio Miño, todavía vivo, graduado dos años después (1890), nos ha asegurado que siendo alumno del Colegio, acompañaba al Dr. Miño, su pariente médico, a intervenciones de cirugía menor y se hervían previamente los instrumentos a usarse en las operaciones. Gayraud y Domec en "La Capitale de l'Écuateur au point de vue Medico-Chirurgicale", escriben en 1874 que usaron solución de fenol para desinfectar las heridas operatorias. La asepsia fué conocida antes de la fecha señalada, lo mismo que la antisepsia. Según el doctor José María Troya, (Diario "El Porvenir"—XII—28—1922—Quito), fue el doctor Antonio E. Arcos quien vino de Europa con la novedad de la técnica de Lister y la aplicó en en Quito en 1878.

En 1877 el doctor Jesús San Martín publica en París su tesis doctoral sobre "Plaies de Sereuses Traitées por les pansement de Lister". Según nuestro apreciado amigo y destacado historiador de la medicina doctor José Alcántara Herrera, de México, en el mismo año que publicó su tesis (1877)— el doctor San Martín, aplica-

ba en Puebla, en el Hospital de San Pedro, y por primera vez en México la técnica de Lister el doctor Francisco de Paula Marín, con excelentes resultados.

Sobre Legislación y Reglamentos relacionados con el ejercicio de la Farmacia, el estudio del doctor Muñoz es abundante en detalles y citas de Leyes y Reglamentos, admirando, como nosotros, las Leyes de Indias y Cédulas Reales dictadas con ese objeto, ya que España marchó a la cabeza de Europa en lo que se relaciona con investiduras y ejercicio de la Farmacia e instalación de Boticas en la Península y sus posesiones de Ultramar. La influencia española fué valiosa para el progreso del arte farmacéutico ecuatoriano, como lo fué para las Ciencias y las Letras; para las Artes y las Industrias en nuestro País.

En la época contemporánea la Farmacia busca la industrialización. Del farmacéutico propietario de su Botica, se ha pasado al farmacéutico que organiza laboratorios de investigación dirigida y planeada con rigor científico, con la colaboración de botánicos, fisiólogos, farmacólogos, químicos, clínicos y expertos en mercados y negocios. Los que funcionan en el Ecuador han hecho progresar y dirigir la Farmacia por nuevos rumbos. En el terreno de la investigación y el hallazgo original se tiene afán y se trabaja con métodos modernos. Se ha progresado, no podía ser de otra manera, pero entre las cosas hermosas que halagan la vida, debemos recordar los botes de las Boticas del siglo pasado y comienzos del presente, primorosamente decorados por los pintores en porcelana franceses y alemanes, piezas dignas de un museo, con su linda escritura latina, sus colores, sus alegorías, sus figuras y adornos. De ahí se sacaban las sanguijuelas, los bálsamos y los unguentos. Y las estanterías y mostradores de madera tallada. La mas hermosa, tallada con gusto barroco, con columnas retorcidas, dorada al pan de oro, con querubines y bustos de Hipócrates y Dioscórides, fué la de la Botica del Hospital de San Juan de Dios de Quito, obra de tallistas e imagineros quiteños, que ya le conocimos hace muchos años barnizada de blanco.

Por tratarse de un asunto en el que intervenimos, que se nos permita indicar que no fué nuestro amigo Dr. Jaime Jaramillo Arango, de Bogotá, quien demostró que la leyenda popularizada por Ricardo Palma, respecto a la Condesa de Chinchón, es falsa. Fué A. W. Haggis en el "Buletin of the History of Medicine", publicado por la Jhon Hopkins University, quien hizo tal demostración, recogida y citada por nosotros en un opúsculo titulado: La Contribución del Ecuador a la Materia Médica: la "Quina", publicado en la Revista de la Casa de la Cultura Ecuatoriana, N° 3, Enero-Diciembre-1946.—El Dr. Jaramillo Arango leyó nuestro opúsculo en Londres, cuando preparaba su tan bien documentado estudio sobre la historia de la quina y nos escribió amablemente hablándonos de su obra que estaba en preparación y la publicó en fecha muy posterior con el título de: "Estudio Crítico acerca de los hechos básicos en la Historia de la Quina", editada en 1951. Nosotros la hicimos reproducir, con todos sus grabados, en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Quito, que dirigimos.

La labor cumplida por el doctor Muñoz ha sido paciente, dedicada y bien conducida. Hay que ver lo difícil que es hallar documentos y fuentes de información en nuestros archivos y los obstáculos con que tropieza el estudioso para terminar su obra, y, en este caso, quizás la mas lograda sobre este desconocido aspecto de nuestros conocimientos, es la que ofrece a los estudiosos e investigadores del pasado histórico nuestro apreciado y diligente amigo doctor Muñoz, que nos pidió un Prólogo sin haberlo menester.

Al ofrecernos la oportunidad de poner nuestras palabras preliminares en su nuevo libro, nos sentimos honrados y hacemos votos porque ocupe el lugar que bien merece en la bibliografía ecuatoriana.

Prof. Dr. JOSE E. MUÑOZ—Químico
Ex-Profesor de las Universidades de Quito y
Loja.—Miembro Correspondiente de la Casa
de la Cultura Ecuatoriana; del "Ateneo de "El
Salvador"; del Círculo de la Prensa; del Insti-
tuto Ecuatoriano de Cultura Hispánica, etc.

Apuntes para la Historia de la Far- macia en el Ecuador

"EL RETORNO A LO ANTIGUO ES UN PROGRESO"
G. VERDI.

I PARTE

LA CIENCIA MEDICA Y FARMACEUTICA PREHISTORICA

Médicos y Herbolarios indígenas antes de la Conquista

El arte de curar las enfermedades aparece con el hombre, éste, víctima de las inclemencias de la Naturaleza, del ataque de las fieras, o después de las luchas sostenidas con sus semejantes, siente su organismo alterado o su cuerpo cubierto de heridas.

Actualmente las tribus salvajes que viven en las profundidades impenetrables de las selvas de América o de Africa, practican esa medicina primitiva, instintiva o inductiva —si así se la quiere llamar— y que ha sido el origen y fuente de las Ciencias Médicas contemporáneas, tan llenas hoy de prodigiosas conquistas, que

son otras tantas y nobles armas para luchar contra la enfermedad y la muerte.

El médico primitivo es, al mismo tiempo herbolario y farmacéutico, sin saber, ni conocer siquiera la palabra, ni su significación; y así, al mismo tiempo que diagnostica y distingue la enfermedad, aplica el remedio.

Pero no siempre el médico procede en este sentido natural y simplista. Impotente, muchas veces, para encontrar el mal, su causa y su remedio, rinde su ignorancia a los poderes sobrenaturales y hace a éstos responsables del mal, por lo que, agotados sus recursos naturales, acude al exorcismo, a los sacrificios aplacadores de la ira de los espíritus o de los dioses, o invoca un espíritu de superior poder que contrarreste la mala influencia que él —inútilmente— está combatiendo. En otros casos aplica una terapéutica combinada: natural (con sus hierbas) y sobrenatural (con sus exorcismos, mágicos y sacrificios) con lo cual cree proceder con acierto e infalible eficacia.

Las primitivas culturas

Estas primitivas ideas, no pudieron ser —ni lo fueron— extrañas al hombre de América, y las sucesivas migraciones de otros continentes, trajeron consigo sus propias ideas, cultos, costumbres y medicinas.

No siendo del caso, ni el lugar para hacer una revisión detallada de esos sucesos, que se pierden en el oscuro e intrincado dedalo de la prehistoria americana, hemos de referirnos, simplemente y sumariamente, a lo que sucedió en el territorio ecuatoriano; o sea la estratificación etnográfica de razas y culturas, cuyo origen, muchos autores, las colocan y hacen remontar al continente asiático, al archipiélago melanesio, y al casi continente australiano, a través del Estrecho de Behring, sin que por eso dejen de asomar pruebas evidentes de migraciones venidas por el Atlántico.

Todos esos elementos etnográficos, se incorporan a los núcleos autóctonos: se refunden o desaparecen, y sólo deja vestigios de su existencia, en inscripciones, artefactos primitivos que recuerdan con mayor o menor

aproximación, lo que los historiadores modernos han podido encontrar en los pueblos cuya verdadera historia conocemos.

Los estratos etnográficos.

La primitiva población de la América del Sur vino de la cuenca amazónica, llegando del Asia y del Mar Caribe. La raza puruhá que pobló primitivamente nuestras actuales provincias de Tungurahua y Chimborazo, tuvo su estrato etnográfico en los bosques amazónicos (1) otras secciones del territorio ecuatoriano sufrieron la influencia de las razas centro-americanas que se vertieron desde las costas colombianas que miran al Mar Caribe, hasta nuestras costas de Esmeraldas y la altiplanicie andina. Luego, en los comienzos de la prehistoria aparecen los Caras desembarcando en Bahía de Caráquez y avanzando hasta Quito en el siglo X, fundando la ciudad y el reino sobre los restos de un pueblo al que vencieron, para sufrir luego, la misma suerte, frente a los Incas conquistadores y dueños de una más alta cultura que, empezando por su idioma, impuesto a los diversos pueblos que iban sometiendo, llega hasta los conocimientos astronómicos, médicos, quirúrgicos y técnicos que asombraron a los primeros conquistadores españoles venidos en el siglo XVI.

La cultura incásica nacida a orillas del Lago Titicaca, se extendió pronto y cubre un inmenso territorio; funda el Imperio del Tahuantinsuyo, con su capital el Cuzco, y de allí se expande su influencia por los ámbitos de esa gran porción de la América del Sur, en la que estaba comprendido nuestro actual Ecuador.

La organización social del Incario.

La organización social impuesta por el Inca, encontraron los Conquistadores, digna de admiración y estudio. Comprendía el Emperador o Inca Hijo del Sol, que la presidía por derecho propio e inalienable; luego venían los "Amautas" o nobles del Imperio, casta elegida que

(1) —G. Arcos.—La Medicina en el Ecuador.—Quito, 1933.

poseía conocimientos científicos y sabía interpretar los **"quipos"** (cordones de nudos y colores diferentes que compendaban los hechos notables); cantaban las glorias y hechos guerreros; eran además los médicos, sacerdotes y astrónomos; después seguían, en categoría, los guerreros, y en fin venía el pueblo.

El **amauta** siendo sacerdote, astrónomo y vidente, es al mismo tiempo el médico y como tal posee los secretos de las hierbas y de los animales. Su dominio y su ciencia sólo lo comparte restringidamente con el cirujano:

Ocampacc y Villca-cama.

El médico era distinguido con el nombre de **"Ocampacc"** y el cirujano, con el de **"Villca-cama"**; a este le correspondía practicar determinadas intervenciones como castrar a los eunucos encargados de vigilar a las vírgenes del Sol y a las mujeres del Inca, reducir los cráneos, mutilar a los prisioneros de guerra, trepanar los cráneos y extraer las muelas. Con esta última ocupación toma contacto con lo que también en Europa, a la época del descubrimiento de América (1492), correspondía a los **"bárbaros"** y **"sangradores"**, profesiones, tan **en boga en el Antiguo Mundo, en el que no faltaron** tampoco los **"bizmadores"** o **"algebristas"**, especializados en fracturas o luxaciones, los **tallistas**, expertos en la extracción de cálculos biliares y los **"ensalmadores"** a quienes se recurría cuando, por otros medios, no se podía alejar un mal y pretendían que con sus ensalmos, plegarias, cábalas y amuletos, sanaban enfermos deshauciados por médicos. Es decir, en la Europa culta del siglo XV y XVI, tampoco faltó lo que abundaba entre los aborígenes americanos, confirmando así lo dicho al empezar estas líneas.

El Dios de la Salud.

El **"amauta"** iniciado, se dedicaba a estudiar los secretos de las plantas y animales. Antes de iniciar un tratamiento, o en casos aflictivos de epidemias, hacía una invocación al Dios de la Salud **"Bachacamac"**, en los siguientes términos: "Oh! Hacedor, que estás en los ci-

mientos y principios del mundo hasta en los fines de él; poderoso, rico, misericordioso, que distes ser y valor a los hombres y con decir: sea este hombre y ésta sea mujer, hiciste, formastes y pintásteis a los hombres y a las mujeres; a todos éstos quisisteis y disteis ser, guárdolos y vivan sanos y salvos sin peligro y en paz. A donde están? Por ventura en lo alto del cielo y en las nubes y nublados o en los abismos? Oyeme y respóndeme y concédeme lo que pido: Danos perpetua vida para siempre; ténnos de tu mano; y esta ofrenda recíbela a donde quiera que estuvieres, oh Hacedor!

Como todo pueblo primitivo, el hombre de América fué también panteísta, como seguramente lo fueron los incas. Más éstos desembocaron en una religión heliolátrica, cuyo supremo poder y representación fueron el Sol o **Inti** y **Pachacamac**, el Dios de la Salud. Al lado de estas divinidades poderosas, estaban también los dioses o divinidades menores y a las cuales se rendía culto, en su mayor parte dirigido a obtener bienes o a alejar los peligros.

Así, pues, aquí como en otras viejas civilizaciones, lo sobrenatural influye en las curaciones y a veces las substituye o supera.

La Medicina es aquí, en sus comienzos, como en todas partes, un arte en que se mezclan grandes dosis de superstición, de brujería y de ideas conectadas a deducciones de influencias naturales, más o menos claras.

El mismo culto fálico de los griegos, tiene una réplica en el Incario, con el culto del ídolo "**Ishrmana**", al que varias tribus le atribuían gran poder para la curación de las vías urinaarias y era el dispensador de numerosas proles (2).

Por los restos arqueológicos encontrados en la Isla Santa Clara, frente a las costas de Manabí (Ecuador), se cree que las primitivas tribus adoraban una divinidad dispensadora de la salud, pues, en el templo a ella consagrado, se encontraron ex-votos representando brazos, piernas, pechos de mujer, etc.

(2)—González Suárez.—Historia General de la República del Ecuador.

El P. Bernabé Cobo, en su Historia del Nuevo Mundo, señala además el hecho de que las "**Huacas**" o entierros que existían en muchas partes, eran veneradas implorando ante ellas por la salud del Inca o de los viajeros que penetraban en la Cordillera de los Andes. Tampoco faltaron las divinidades tutelares, para cada familia o para cada tribu. Se las denominaba "**Huasicamayoc**", que significa justamente cuidadores o protectores de la casa, y eran representados en oro o barro y se llevaban colgados al pecho, para preservarse de enfermedades, y las mujeres en cinta, especialmente, las usaban para conseguir un feliz alumbramiento.

Estas ideas y supersticiones, aún se conservan en ciertas parcialidades indígenas, si bien un poco modificadas e influenciadas por la religión católica, y no es raro aún, encontrar gentes del pueblo buscando con ansia, la llamada "piedra del águila", que dicen, cura instantáneamente las hemorragias.

Mas al lado de estas quimeras se desarrolló también el espíritu de observación del hombre primitivo y, ya consagrada socialmente una clase pensante y prevenida de influencia cultural, a ella refluye todo el conocimiento adquirido a través de todo el largo proceso de elaboración inductiva.

Por eso el **Amauta** médico sabe de las virtudes medicinales de las plantas y, en no pocas veces, a la administración de éstas, bajo forma de cocimientos, extractos o emplastos, une también la magia, la plegaria o el conjuro a los espíritus bien hechos y a **Pachacamac** especialmente.

Entonces, como para el resto del Mundo y para los orígenes de toda civilización, el amauta, siendo sacerdote, es al mismo tiempo también médico y farmacéutico; por consiguiente, es él quien conoce, administra y vende las primitivas drogas extraídas de la asombrosa flora americana.

Pero no por eso hay que creer que conocían exclusivamente, el valor terapéutico de los vegetales (y aún de una rudimentaria, cuanto hormonoterapia, sobre la cual y sobre los animales en la Medicina, volveremos a

su debido tiempo), sino también ya observaron el valor de la dieta y del aislamiento; en casos de epidemias.

Más aún en cirugía, los cráneos hallados en excavaciones arqueológicas, nos está probando la técnica admirable que empleaban los Incas, para la trepanación del cráneo. Como instrumento para esta delicada operación, se servían de los "**tumis**", instrumento hecho de sílex durísima (3) o de oro, cobre o bronce, como los descritos por los doctores Muñiz y Rivet. Quizás esta operación marca la máxima habilidad quirúrgica inca y su motivo ha sido muy discutido por autores de tanta capacidad como Ameghino.

Pero aquí debió, indispensablemente, intervenir una anestesia que hiciera soportable el dolor de la larga y laboriosa operación. Para ello se prestaría, indudablemente, la coca (Eritroxilon coca) llamada en quichua "**hayo**", y muchas especies de plantas solanáceas, de efectos somníferos.

Valiéndose de esas mismas plantas fué que, seguramente, lograron también practicar las orificaciones dentarias, encontradas en cráneos aborígenes.

Por otra parte, como anota el doctor Eduardo Escobel, médico peruano, los incas conocieron ya una técnica para aislar la cocaína, por medio de la cal viva y el carbonato potásico de las cenizas.

Augures y Herbolarios.

Omitimos por brevedad y concisión del tema, las prácticas idolátricas, en que se mezclaban los sacrificios humanos (casi siempre de niños) y los conjuros a los espíritus y divinidades, practicadas aún como simples homenajes o en celebración de acontecimientos de la vida humana. Las viejas relaciones y crónicas de los primeros españoles que pisaron estas tierras de los Andes, están llenas de esos prolijos y fantásticos relatos.

Sin embargo por las reminiscencias y analogía estrechísima entre culturas y creencias tan alejadas, en el tiempo y el espacio, diremos que, también entre los in-

(3)—La llamada vidrio de volcanes que se presenta en colores, negro, azul y blanco grisáceo.

cas existieron y florecieron en gran predicamento los augures o "**Pichiuricuc**", que predecían el porvenir en el vuelo de los pájaros, tal como los augures romanos; los **Mosccc**, adivinos de los más profundos secretos de las personas, y los **Paccharicuc**, que adivinaban el porvenir leyéndolo en las patas de arañas. Hasta hoy superviven estas creencias y prácticas, entre los indios de muchas regiones ecuatorianas, poco accesibles a la civilización, así como persisten iguales ideas en ciertas regiones de Hungría, Rumania, el Cáucaso, etc., en Europa; y tanto aquí como allá son frecuentes los casos en que la Policía interviene contra esos falsos brujos, magos y curanderos, cuya presencia hoy día, no es rara en las plazas y mercados de las ciudades.

Pero ahora llegamos a lo más importante de nuestra visión retrospectiva: la botánica médica de los Incas.

Fué inmensa pérdida para la Ciencia, la desaparición de datos auténticos y el exterminio de la raza indígena que sucedió al tiempo de la Conquista española. Quizás ese mismo exterminio reconoció como una de sus causas, el instinto de defensa, para alejar de su contacto a quienes podían perjudicarles en su salud o en sus mismas empresas, con la administración de hierbas, venenos y drogas desconocidas y por lo mismo más terribles. Mas, ni esto les libró por completo, sino que más bien tuvo por resultado dejar perdidos conocimientos que, siglos más tarde y a fuerza de gran trabajo, se pudieron rehacer o que todavía son un misterio para la Ciencia.

La Ciencia de los Amautas, médicos y envenenadores.

Los **amautas** —sacerdotes y médicos— fueron los elaboradores y depositarios de los secretos botánicos de la riquísima flora.

Pero aparte de ellos, y a su sombra prosperaron también los "**Camascas**" o envenenadores, quienes se decían inspirados por el dios del trueno o el demonio que les había enseñado los secretos de la selva y el modo de administrar las drogas, en lo cual no siempre anduvo, como fin principal, la curación de los males, sino

la venganza y hasta el vicio, nacido éste quizás, como en todo conglomerado humano, de un deseo o necesidad de escapar a las crudas realidades de la vida, o a satisfacer un placer, aún a costa de la salud, a lo cual es tan proclive la humana naturaleza. Pruebas de esto último tenemos aún hoy día, con el uso del **"aya-huasca"**, de la que nos ocuparemos con la debida oportunidad.

Las relaciones de Molina (4) ponen un énfasis especial en describir la habilidad de los **"camascas"** como envenenadores. Estos técnicos en el crimen poseían los secretos de los venenos y contra-venenos, cuyos poderes, a veces los conocía el pueblo; otras veces eran patrimonios de una tribu o familia; y en no raras ocasiones de un individuo que, al morir, llevaba su secreto a la tumba, o lo devolvía al diablo (**"Supay"**) que lo enseñó.

De no haber desaparecido la tradición, qué de historias de venganzas y crímenes cumplidos entre los incas hubiésemos sabido hoy, y cuántas drogas hubiesen sido estudiadas e incorporadas al arsenal de la Química contemporánea! Recordemos no más que es del siglo pasado que empezó a revelarse el misterio del **"Curare"** de las selvas orientales amazónicas.

Mas parece que no fué este solo el mortal veneno de las flechas que debían buscarlo en las lejanas selvas. Las relaciones antiguas hablan con mucha precisión de otro empleado por los indios de la altiplanicie y así mismo de acción violentísima y que persistía en el cuerpo del difunto al extremo que, si se cortaba un brazo o una pierna y se la dejaba secar al aire, fuera de la acción directa de los rayos del sol, y después de algunos días se introducían, en esos músculos secos, las puntas de flechas nuevas, éstas quedaban impregnadas del mortal veneno.

El Cronista Herrera, en su **Historia de las Indias** y el Inca Garcilaso (II Parte de los Comentarios Reales), describen escenas impresionantes de muertes y el cuadro sintomático de tóxicos, lo mismo que también dejan

(4)—Molina.—Relación de las Fábulas y ritos de los Ingas.

constancia del conocimiento que tenían los indígenas, de los contravenenos.

La ciencia herbolaria indiana, en muchas ocasiones, se asociaba a la zoología, aprovechando de ésta, especialmente los reptiles y los arácnidos, cuyas secreciones, mezcladas a los tóxicos vegetales, producían tremendos efectos. Así, por ejemplo, empleaban con frecuencia, el terrible tóxico llamado "**irruqui-aliburqui**" que, lo obtenían del vientre de unas enormes hormigas negras con manchas amarillas. Las cogían envolviéndolas con algodón, las arrancaban el vientre que lo echaban en agua hirviendo: dejaban enfriar y recogían el veneno que estaba constituido por una especie de velo pastoso que sobrenadaba en el líquido; lo guardaban en pequeños tubos o canutos cilíndricos hechos con tibias o fémures de tigre o de mono, y así lo llevaban consigo en sus viajes o para sus combates.

Hoy día aún se ven llegar indios de la Región Oriental portando, misteriosamente, canutos llenos del mortal veneno llamado "**Ticuna**" que paraliza los centros nerviosos respiratorios. Es de consistencia pastosa y de color pardo con visos verdosos. No se conoce de qué planta o plantas procede. Puede que sea de alguna Stricnea de las que se obtiene el Curare, o quizás de alguna Solanácea.

Eran así mismo conocidas, de tiempo inmemorial, las propiedades de los diversos géneros de "**barbasco**" o timbós, utilizados no solo para la pesca, sino también como venenos usados con fines de venganza. (5) Es de recién que se conoce el cuerpo químico responsable de su actividad (la rotenona y sus homólogos) y el modo de actuar de estos cuerpos.

La lista de tóxicos podría alargarse indefinidamente, y a lo dicho bástenos agregar el conocimiento y administración que hacían los "**camascas**", de muchas especies del Género Datura, tan abundante en este país. Y lo que es más: sabían graduar desde la simple acción narcótica, hasta la tóxica mortal y violenta, pasando

(5)—En 1932 nos tocó intervenir en una investigación criminal, en la que un padre envenenó a sus pequeños hijos con "barbasco".

por los estados paroxísticos de delirios, alucinaciones, etc., como se leen en las numerosas relaciones antiguas, y en muchos protocolos criminales modernos, en los que el papel decisivo, en manos expertas de indios todavía poseedores de esos antiguos secretos, jugó la temible droga —el "chamico"— (*Datura tatula*), en dramas de odio o de amor, cuando en este último caso, no habían dado resultados las drogas afrodisíacas que, como el famoso "**cuchucho**" —afrodisíaco tremendo—, el "**huanarpo**" (una euforbiácea) o el "**chahuarmishqui**" (miel del *Agave americana*) producían —y producen— la excitación amorosa, que bien supieron despertarla las enamoradas indias de los blancos, en los primeros tiempos de la Conquista y la Colonización españolas.

Narcóticos.

Mas no se crea que la ciencia botánica-farmacéutica oborigen, se limitaba a estas especulaciones colocadas en la peligrosa línea divisoria entre el crimen y la necesidad.

Fueron así mismo muy conocedores de los narcóticos usados sea con fines medicinales o toxicomaniacos, como era el caso del famoso "**Taculi**" (*Pernettya parvifolia*), cuyos frutos ingeridos sume al individuo en un profundo letargo, la ya citada "**aya-huasca**" (*Banisteria Caapi*) que, según modernas investigaciones, produce un debilitamiento de la conciencia, con pérdida de la noción del tiempo y provoca alucinaciones (6), el matico del Perú (*Pipper angustifolium*) el **saire** (*Nicotiana paniculata*), el "**chimbalo**" (*Solanum caripensi*), usado todavía con mucha frecuencia para reforzar la acción embriagadora de la **chicha**, y por este orden muchas otras especies no descritas, ni conocidas quizás por la Botánica moderna.

Medicamentos.

Y ahora viene el capítulo interesantísimo de los medicamentos.

(6)—Para más detalles sobre la "aya-huasca" o "yagé", ver el estudio de Guy de Lavalade.—Rev. da Soc. Brasil. de Química.—Nº 3, Vol. XIV 1945.

La estupenda flora de todos los climas de América y de este País, el Ecuador, suministró y sigue suministrando hoy, a pesar de los avances de la Química Orgánica y de la Bioquímica, materiales preciosos e insustituibles para la Farmacopea y la Terapéutica.

Por lo tanto nada de raro tiene que los aborígenes ecuatorianos hayan sido expertos y profundos conocedores de las cualidades medicinales de las plantas de todas las regiones y latitudes del País.

Y si solo nos refiriéramos, como punto general a la contribución americana, a la Farmacopea, desde el mismo día del Descubrimiento, tenemos que admitir que, empezando por el tabaco, cuyo uso como maravillosa medicina tuvo tanta boga y tantos propagandistas, la contribución no ha terminado todavía, sino que al contrario, van apareciendo nuevos productos de innegable valor.

El "Guayacán" o "palo santo" (*Guayacum officinalis*) y la Zarzaparrilla (*Smilax* sp.) fueron de las primeras contribuciones ecuatorianas a la Medicina y a la Farmacia universales, gracias al uso que los primeros conquistadores españoles aprendieron de los indios, para curar las "bubas" (sífilis), los reumatismos y las fiebres. En efecto, siglos más tarde se vino en conocimiento de que el "palo santo" o guayacán, contiene una resina, la "gayasaponina", un ácido, el "gayasarogénico" y una esencia constituida principalmente por ácido benzoico, alcohol guayacólico y un sesquiterpeno no identificado todavía.

En las "**Relaciones de la Cibad de Sant Francisco del Quito**", hechas en 1573 por autor anónimo, a 81 años del Descubrimiento y a 49 de la fundación de Quito, se lee lo siguiente: a propósito de la incidencia sifilítica y la aplicación de la zarzaparrilla (otro medicamento precioso usado con los mismos fines) y el guayacán o "palo santo" o "palo de las Indias". "24.—"Las enfermedades son las "bubas", de las cuales participan algunos españoles poco recatados de la comunicación con mujeres naturales, las cuales de ordinario, heredan desde el vientre de sus madres".—25.—"La medicina más usada y provechosa es la zarzaparrilla y el palo lla-

mado "**guayacán**" o "**palo de las Indias**". Han hecho maravillosos efectos, para curar dichas enfermedades, unas píldoras hechas con cocimiento de zarzaparrilla, aceite, mirra y azafrán. El modo de curar con la zarzaparrilla es, bebiendo el zumo, cuando es fresca, o cocimiento siendo seca, de manera que por sudores se expelle el mal".

Y Herrera describe así el uso del "**palo santo**", para el tratamiento de las fiebres, y en el cual se incluye hasta la dieta que ha de observar el paciente: "Púrgase el doliente con píldoras de regimiento que creo llaman "**fumus terrae**", las cuales se toman pasada la media noche, e después que ha purgado come un aye y bebe un poco de vino muy aguado y desde ha dos días que esto ha hecho echase en la cama y entre tanto come templadamente y de buenas aves pollas. E así echado en la cama, ya ha de estar hecha el agua de palo santo la cual se hace de esta manera: Tomar un pedazo de palo e picándole menudo quanto pudiera ser y poner en una olla nueva libra y media del palo así picado con tres azumbres de agua; y ponerlo en remojo prima noche hasta otro día de mañana, y en seyendo de día quanto hasta que el agua ha menguado la tercia parte y entonces toma el paciente una escudilla de aquella agua así cocida e tan caliente como pudiera soportar, y después que la ha bebido cúbrese muy bien e suda una hora o dos". Y mas adelante dice: "Los que tienen llagas, lavándolas con un paño y después de exuntas tornar a untar la llaga con la espuma que hace el agua en el cocimiento, que tienen recogida para ello, ponerle sus hilas blancas e no de camisa de mujer.—E sanar de llagas (que por cierto yo las he visto sanar desta forma) tales que se tienen ya por incurables, por muy viejas e muy enconadas e denegridas, que ya parecían mas de especie de cáncer o de Sanct Lacaro, que otra cosa. Para mi opinión yo tengo por muy sanct cosa esta medicina deste árbol o palo sancto, que dicen".

Las virtudes de la zarzaparrilla les fueron comunicadas, a los españoles, por los indígenas, que tenían en gran predicamento a la planta, al extremo de que, la divinizaron y erigieron un templo en su honor; en la Isla

de Puná (en la desembocadura del Río Guayas), en donde ofrecían sacrificios y ofrendas de oro y plata.

Los Huancavilcas, tribu aborigen de la Provincia del Guayas, y a quienes no pudieron someter los Emperadores Incas) dice Modesto Chávez Franco (7) "eran médicos afamados y su farmacopea vegetal, animal y mineral extensa y combinadísima y de resultados tan eficaces que, hoy mismo estamos asistiendo a una resurrección de sus aplicaciones en las nuevas formas con que la ciencia las descubrió. Basta recordar de las maravillosas curaciones de los Perdomo, los Sánchez, los Guerrero y otros; basta saber que el remedio del cáncer existió aquí y se perdió; que el del "grano de oro", existía en manos de una montubia en Palenque, el de mordedura de ofidios era efectivo secreto de los campesinos ya extinguidos; que Perdomo extirpaba tumores y bocios **sin efusión de sangre**, que extirpaba tenia y extraía dientes con sólo poner en la lengua o en el diente un polvillo: que mil testimonios andan en viejos libros coloniales y hoy mismo en boca de campesinos y gente del pueblo humilde, sin asomo de brujería. Y bástenos que somos los dueños de la cascarilla, la quinaquina, el sazafrán, el ají, el higuierón, el paico, la zarzaparrilla, la ipecacuana, el algarrobo, el tanino, el tabaco, el palo santo, el bejuco zamora, el guuco, la ratania, la canchagua, la canafístola (8) y millares y millares de plantas, raíces, gomas que llenan ya volúmenes en los diccionarios y que todavía —Dios lo quiera para bien del futuro— están por reivindicarse sus antes burladas virtudes otros millares de cosas y colijiones tenidas antes, por hijas de la ignorancia o la superstición. Ya está en estudio la maravillosa liana ayahuasca (Banisteria caapi) que será la última palabra, el ideal de la anestesia consciente, sin paralización, ni consecuencias ingratas. Y quién se ha ocupado del maravilloso "**matecllu**" cuyos prodigios relata Garcilaso, para todas y las más graves fecciones de la vista? Y del maravilloso **Arbol de la**

(7)—Crónicas del Guayaquil antiguo.—Tomo I. 1944.

(8)—Se han empezado estudios sobre esta planta, en los Laboratorios "Life" de Quito.

Cruz?" Y ya que hemos mencionado el "guaco", planta que extiende su habitat por las regiones tropicales de los Países al Oeste de Sud-América; bueno será decir algo, respecto de ella, para conocimiento, especialmente de los lectores extranjeros, que alguna vez lleguen a ver estas líneas.

En el Archivo de Indias de Sevilla y en el de Bogotá, seguramente, existe el Manuscrito con la "Relación que hace Don Pedro Fernández de Vargas, Corregidor del pueblo de Zipaquirá, sobre la Descripción, uso y virtudes de la yerba llamada "Guaco", con informe de la Real Botica", documento que data de 1790.

En éste se dá la descripción botánica, bastante aproximada de la planta, la misma que a falta de otra moderna (que no la conocemos hasta la fecha), consideramos muy interesante. Dice así: "la raíz es fibrosa y se extiende en todo sentido. El tallo trepador o vejuco-so es redondo cuando joven, y de cinco ángulos cuando viejo, poblado de hojas opuestas acorazonadas, verdes, entremezcladas de morado, cuando la planta es tierna, y de un verde oscuro cuando ha llegado a su perfecta sazón, lisas por debajo, ásperas por encima y con cabillos. Las flores colocadas en cimero, son amarillas, flo-culosas, con cuatro flósculos en cada cáliz común o ca-pullo.—Dentro de la roseta embudada y de cinco hen-diduras, se hallan cinco estambres unidos por las ante-nas o barbillas en forma de cilindro que abraza el pun-tero o estilo del germen, que tiene el estigma escotado profundamente y encima varias ramillas algo largas, dotadas de un vilano cardoso".

Y a continuación describe las pruebas a que se so-meti6, tanto el mismo informante, cuanto también otras personas serias y un esclavo de Fernández de Vargas, para comprobar que con el zumo de esa planta, se po-día manejar impunemente las culebras; que haciendo penetrar ese mismo jugo vegetal, por cortes practicados en los espacios interdigitales de los pies y las manos, se adquiriría una inmunidad, más o menos larga, con lo cual o no se atrevían a picar las culebras, o si, lo hacían, su veneno quedaba sin acción, o por lo menos el herido se curaba pronto, bebiendo el mismo zumo del "guaco" y

en fin que donde se criaba esa planta eran raras las muertes por picaduras de culebras.

Verdaderamente es lastimoso que no se hayan comprobado modernamente estos informes, que por la forma cómo están emitidos y la calidad de los testigos, nos hacen inclinar muy favorablemente hacia sus virtudes, que ya quisiéramos que puestas en manos de la Ciencia contemporánea, vengan a servir de arma eficaz, para la lucha contra esa plaga.

Y con respecto a la "cañafístola", no habrá más que recordar que, fué de las drogas favoritas de la época —y hasta entrado el siglo XX— para combatir muchos males.

El mayor uso se hizo como laxante y purgante y se prescribía como preámbulo para el tratamiento posterior de enfermedades del hígado, riñones, sarampión, viruelas, "mal de madre", "pasma", etc., etc.

Adquirió cartas de privilegiada naturalización en la Farmacopea y en la Medicina del siglo XVI. Uno de los principales propagandistas de la "cañafístola" fué Fray Agustín de Farfán, Médico que residió en México, donde escribió un "Tratado de Medicina", que fué obra clásica, especialmente para la América, obra de la cual se hicieron algunas ediciones.

En las láminas adjuntas se reproduce la portada del célebre Tratado, y la página en donde se trata de la "Cañafístola" y algunas de las formas de preparar medicamentos con ella:

Y pasemos ahora al medicamento de indiscutible origen ecuatoriano y aplicación multiseular: la Quina (o como dicen con tanta impropiedad ahora los americanos. y los otros: Cinchona).

Las propiedades anti-maláricas y febrífugas de la Quina ya fueron conocidas por los Incas, mucho antes de la llegada de los Españoles al Ecuador. Se cree, con mucho fundamento, que a fines del siglo XIV, fué usada intensamente, para combatir una epidemia de paludismo que atacó a los ejércitos del Inca Pachacútec. Se cree, así mismo, que la forma de administración fué la del polvo de la corteza macerada en **chicha** (cuyo contenido o grado alcohólico es de 2-5 y a veces hasta 8%),

lo que favorecía la disolución del alcaloide, práctica que se observó y se observa hasta hoy, en ciertas tribus que superviven en el territorio ecuatoriano.

No es el lugar, ni nuestro cometido el hacer aquí, la historia de la Quina, en lo cual se ha invertido mucha tinta y mucho papel, en el mundo entero; solo si diremos que la Quina empezó a conocerse después de 1630 y que la denominación de "**Chinchonas**" (aplicada al género) y la que por extensión o antonomasia, se da ahora a la Quina es, históricamente, injusta y falsa, y que nada tuvo que ver la tal Condesa de Chinchon, ni con el uso, ni con la recomendación, ni con el nombre, como magistralmente acaba de probarlo el Dr. Jaramillo Arango (9) quien demostró con documentos recientes, de primera mano, que ninguna de las dos esposas (Condesas de Chinchon) del Virrey del Perú Fernando de Cabrera: Doña Ana de Osorio y Doña Francisca Henríquez de Rivera, hicieron nada ni por el conocimiento, ni por la aplicación de la corteza de Quina; de donde se deduce que el nombre impuesto por Linneo, es bajo cierto aspecto arbitrario y quizás solo basado en erróneas informaciones pues, desgraciadamente, se han perpetuado hasta hoy en los círculos especializados y en el gran público.

Más bien se podría pensar en la justificación del nombre por el supuesto de que se administró polvos de quina al propio Virrey Conde de Chinchon que, según el Legajo 50 del Archivo General de Indias, de Sevilla, que forma parte del "**Diario Oficial**" del Virrey llevado por su Secretario, dá noticia que: "el 21 de Octubre de 1631 Su Excelencia cae enfermo. . . . ha desarrollado fiebre, por lo cual fué sangrado dos veces". Como muy bien observa Jaramillo Arango, si ya se hubiera conocido la Quina, se habría aprovechado esta oportunidad para acreditarla o desacreditarla definitivamente. Si lo primero, allí hubiera tenido ocasión de justificarse el nombre de "**polvos del Conde**" (no de la Condesa) de **Chinchón**".

(9) —Jaime Jaramillo Arango.—Boletín de la Federación Médica del Ecuador.— Año V.—Nº 38; págs. 2-3.

En cambio la primera cita de la corteza de la quina, asoma en el libro del agustino P. Antonio de la Calancha (10) que al hablar de las excelencias y abundancias de dicha tierra, Perú, dice que: **"los polvos de la corteza del árbol de calenturas, han hecho en Lima, efectos milagrosos"**.

Es imposible creer que el P. Calancha hubiese dejado de consignar en su libro, la curación debida a estos polvos, en los personajes de tanto viso político y social como eran el Virrey o la Virreina Condesa de Chinchón.

Y valga esta oportunidad para reconocer que nosotros también nos habíamos dejado arrastrar por la leyenda —aparentemente documentada— de la Condesa de Chinchón, error que hoy lo rectificamos, al mismo tiempo que aplaudimos y reconocemos el mérito inmenso del doctor Jaramillo Arango, destruyendo con documentos la leyenda tan difundida y aceptada de la Condesa de Chinchón, doña Ana de Osorio, muerta el 8 de Diciembre de 1625; o sea 3 años antes de que el Conde de Chinchón fuera siquiera nombrado Virrey del Perú, o de la segunda esposa del Conde doña Francisca Hernández de Ribera, quien si acompañó a su esposo al Perú y murió en 14 de Enero de 1641, en Cartagena, pero de ella, no se menciona, históricamente, en ningún documento que sufriera de "tercianas" o de "fiebres malignas", ni que fuese curada de ellas con la corteza de quina, lo que hubiese permitido dar, con alguna propiedad y motivo, el nombre de **Chinchona**, a la preciosa planta.

Hemos mencionado ya de paso la Coca, al hablar de la técnica para las trepanaciones. Volvamos a ella con un poco más de detenimiento.

La planta y sus virtudes fueron conocidas por los indios, muchísimo tiempo antes de que llegaran los Conquistadores, y aún el Inca dictó disposiciones penales circunscribiendo la plantación y el uso de la coca.

(10) —Crónica Moralizada de la orden de San Agustín en el Perú (1633) cit. por Jaramillo Arango.

Las plantaciones solo se realizaban en los valles húmedos y profundos de las vertientes de la Cordillera de los Andes, y las cuidaban, a costa de mil penalidades, los **"Coca-camayo"**. El uso (o el abuso mejor dicho) lo prohibió el Inca, y para ello se hizo entrar el elemento religioso, pues se hacían ofrendas de hojas de coca, al Sol y a las **huacas**: aparte de que la leyenda de la planta, la identificaba con una ardiente y hermosa mujer que pervertía a los hombres, por lo cual "la mataron y partieron por medio y de ella había nacido un árbol al cual llamaron **"mama-coca"** o **"coco-mama"** (madre de la coca) y que desde allí la empezaron a comer y que se decían la traían en una bolsa y que ésta no se podía abrir para comerla, sino era después que habían tenido cópula con mujer en memoria de aquella, y que muchas **pallas** (.) ha habido y hay que por esta causa se llamaron "coca" y que esto oyeron decir a sus (ante)-pasados, los cuales contaban esta fábula y decían que era el origen de la dicha coca (11).

Aún hay más con respecto a la coca: la precipitación de la cocaína. Para ello empezaban por calcinar la planta llamada **"chilca"** (Chichilla Baechiri (villei),) cuyas cenizas son muy ricas en potasa; estas cenizas las amasaban con cal y obtenían así una substancia fuertemente alcalina. Entonces masticaban conjuntamente la hoja de coca, con esta pasta denominada **"lipta"** o **"mambi"**, la cual precipitaba la cocaína, que la ingerían con la saliva (si así era necesario), o arrojaban el producto de la masticación, ya alcalinizado, para usarlo en operaciones quirúrgicas, tales como la orificación de los dientes, las trepanaciones, etc. En algunas tribus se acostumbraba recojer los desechos de las masticaciones, para ofrendarlos a las **"huacas"**.

Y veamos otro don inestimables de América, a la Farmacopea universal; la Ipecacuana (Ipecacuana estriada). Esta planta bastante difundida en América, abunda en el Ecuador y fué conocida y usada por los primitivos habitantes de este País y los **"amautas"** del incario ya la administraban como emético, como espec-

(11)—Informaciones de Francisco Toledo.—Medina-Lima. Tomo III.

torante y, según cree Arcos, también para combatir las hemorroides.

La ipecacuana, en efecto, se la encuentra en las zonas semi-tropicales y húmedas de este País, y no solo en las selvas orientales, como se había creído. Hemos conocido y trabajado con muestras procedentes de las montañas de Nanegal, Gualea y Mindo Tandapi. Hay pues, para cree que, el conocimiento y uso de esta preciosa planta, no pasó desapercibido al habitante de la altiplanicie andina.

Con respecto al tabaco, a pesar de no haber encontrado documentos que prueben los usos que de él hacían los aborígenes ecuatorianos, es indudable que lo conocieron, ya que una de las más importantes variedades la denominaban con el nombre de "saire" y que, como dijimos antes corresponde a la **Nicotiana paniculata**.L.

No es difícil que la forma de usar esa planta fué similar a la que encontraron los españoles en las islas del Mar Caribe: la de fumar, pero que la convertían en medicinal, variando las formas de aspiración, cantidad de humo y recinto en donde sometían al enfermo al tratamiento tabáquico.

Solamente Garcilaso de la Vega, cita el uso del tabaco como rapé para despejar la cabeza, pero se hace eco de la admiración que despertó en los españoles la planta, a la que tantas virtudes le atribuían, hasta el extremo de llamarla "Hierba Santa".

El famoso médico español Monardes, enviado por el propio Rey de España para que les informara de las cosas y costumbres del Nuevo Mundo, fué un propagandista ferviente del tabaco, al cual le atribuía múltiples virtudes, como antineurálgico, antirreumático, antiasmático, parasiticida, cicatrizante, y hasta como comida y bebida.

Autores contemporáneos de Monardes, se volvieron a costa de poco también panegiristas del tabaco, y cada uno parecía que se empeñaba en encontrar nuevas virtudes. Pero como hace observar Folch Andreu, después de esa boga, vino la época de mirar las tales virtudes con mas serenidad y después con maduro ex-

men, al extremo que, pocos años más tarde, saltaron a la arena de las discusiones otros autores que dejaron en mal predicamento la propaganda anterior. (12).

Sin embargo, el tabaco siguió figurando después de varios siglos, en las Farmacopeas europeas que eran y son seguidas todavía en América; en países que como el Ecuador, no tiene la propia), como en la española de 1884 y hasta la de 1905, con sus dos reimpresiones de 1915 y 1925 (13).

Tampoco el maíz, el alimento y cereal predilecto del Inca, dejó de incorporarse al arsenal terapéutico aborígen y permanece aún gallardamente en la Farmacopea.

A más de ser alimento rico y substancioso, de dar origen, por fermentación a la "chicha", la bebida exquisita y aplacadora de la sed, los estigmas de la planta, bebidos en infusión de agua, o a veces de la misma "**chicha**", eran —y son— un diurético poderoso y eficaz.

Aun más: según testimonio de Acosta (14), los indios tomaban para las enfermedades génito-uritarias, una chicha especial fabricada con maíz tostado y "en efecto se halla que para riñones y orina es muy saludable bebida; por donde apenas se halla en indios semejante mal".

La fabricación de ciertos tipos de "**chicha**", se hacía mediante un ritual y un cuidado especiales. Así, por ejemplo, la destinada a ceremonias religiosas, o al consumo del Emperador, la fabricaban mujeres y muchachas del palacio, a quienes se les obligaba, durante los días que duraba el trabajo de la masticación del maíz que ulteriormente fermentaría, "a abstenerse de consumir sal y ají en las comidas, y de todo contacto sexual".

No podremos interpretar esto como un rudimentario e inductivo conocimiento de las cualidades bactericidas o antidiastásicas de la sal y el ají? No habrán

(12)—El Tabaco en la Historia y en la actualidad.—R. Folch Andreu.—Madrid 1950.

(13)—Ibid. Ibid. Ibid.

(14)—Joseph de Acosta.—Historia Natural y Moral de las Indias.—Madrid 1608.

ellos observado que, el contacto sexual producía alguna alteración —por vía hormonal o refleja— del poder diastásico de la saliva, o disminución de la cantidad secretada de este jugo?

Y no olvidemos, además que, el maíz aparte de sus propiedades curativas naturales y propias, era usado en la medicina mágica, a la cual eran tan afectos los Incas. El empleo del maíz, en estos casos, como lo refiere el Padre Cobo, era ya sea bajo la forma de harinas o de granos de diferentes colores, según el caso. Una de las formas mas usadas era la de harina revuelta con agua, con la cual lavaban el cuerpo del enfermo, a guisa de limpieza previa, antes de empezar el tratamiento mágico. . . . En otras veces y en casos de enfermedades graves, "los hechiceros ponían al enfermo en un cuarto o aposento secreto que primero preparaban de esta manera: limpiábanlo muy bien y para purificarlo, tomaban en las manos maíz negro y traíanlo refregando con él paredes y suelo, soplando a todas partes mientras ésto hacían y luego quemaban el maíz en el mismo aposento,, y tomando luego maíz blanco, hacían lo mismo, y después asperjeaban todo el aposento con agua revuelta con maíz, y de esta suerte lo purificaban limpio, pues, y purificado así, echaban al enfermo de espalda dél. . . ."

De paso hablemos de otra planta que, a mas de ser alimento, era también usada como remedio y como cosmético: la "**Quinoa**" o "**Quinoa**" (*Chenopodium quinoa*).

En efecto; a más de que con su harina, los aborígenes obtenían un pan exquisito y de gran duración (que es lástima no hayamos perpetuado su uso) (15): el agua procedente del lavado previo del grano, la empleaban como vomitivo y contraveneno; machacadas las semillas y formando una pasta, con grasas animales, la empleaban como cataplasma, en las fracturas y luxaciones, uso que hasta hoy se observa entre los campesinos.

(15)—En 1937, propusimos al Ministerio de Previsión Social del Ecuador, la fabricación de un **pan mixto**", a base de harina de quinoa, maíz y trigo. Nuestros empeños quedaron burlados por la incómprensión y los intereses particulares.

nos. La quinua la reputaban como un magnífico excitante de la secreción láctea, por lo cual las mujeres aborígenes después del parto, comían mucha quinua que, desde luego de muy fácil digestión y rica en elementos nutritivos (prótidos sobre todo y fosfatos) era adaptable a la dieta; y en fin el agua del lavado de la quinua —especialmente de la variedad llamada "quinua amarga"— se aplicaba a la cara para obtener tersura del cutis, lo cual hasta hoy se practica, con excelentes resultados.

Ha sido necesario que pasen varios siglos, para que empiece a justificarse estas cualidades polivalentes de la quinua; pues solo es de pocos años, que el químico alemán Generman, ha aislado de la saponina que disuelve el agua de lavado de la quinua, dos principios activos: la **quineína** y el **ácido quinoico**, que se emplean hoy como resolutivos, depurativos y estimulantes.

El nuevo Mundo entregó —no sabemos si por mal o por bien— el tabaco (*Nicotiana tabacum*) cuyas propiedades fueron conocidas, no solo por los aborígenes de las Islas del Caribe y de la América Central, sino por los de otras comarcas de América. Y por lo que se refiere a nuestro país o mejor dicho al Imperio del Tahuantinsuyo, el tabaco creemos que por lo menos se lo usó como medicamento, aunque no haya tenido la misión de servir como vicio y placer (?). El Inca Garcilaso al mencionar el "saire", lo hace como una droga igual al rapé, que despejaba la cabeza; y las antiguas crónicas refieren el uso del tabaco, como parasiticida y para combatir las picaduras de los mosquitos, para el asma mezclado con hoja de **Chamico** (*Datura tatula*), en lo cual no anduvieron desacertados, a causa de la presencia, en esta última planta, de los alcaloides del grupo de la atropina; las infusiones de hojas y flores de tabaco tomadas, servían de fuertes vomitivos y purgantes, a causa de la acción de la nicotina, cuyo poder, a veces, lo reforzaban con ají.

Nosotros si creemos que el tabaco o "saire" que ya hemos mencionado y que justamente corresponde al **N. paniculata**, conocido y cultivado en el Brasil, se conoció también en nuestro país; pues habiéndolo conoci-

do y usado las tribus amazónicas del Brasil; y habiendo pruebas evidentes de que, una de las más fuertes e influyentes migraciones vino de la cuenca amazónica, hay para relacionar el conocimiento y uso del tabaco, no avanzó hasta las tierras del oeste del Continente sudamericano; pues si bien los escritores antiguos, no pueden mencionar la costumbre de fumar el tabaco en el Perú (y territorios anexos), no puede afirmarse que del todo no se conoció la planta o algún uso de ella, y ya vemos como antiguas crónicas relatan muchos usos de la planta.

Queda aún por mencionar el famoso "**matecliu**", que según las informaciones del Inca Garcilaso, era la panacea infalibles para todas las enfermedades de la vista, aún las más graves. Es lástima que esta planta no se la haya podido identificar, y no se sabe a cual correspondería en nuestro actual sistema botánico.

Y avanzando un paso más en el terreno de la fisioterapia de los aborígenes, ya conocieron y practicaron los baños de vapor y del calor húmedo, lo mismo que la acción violenta del frío aplicado al cuerpo o a partes del cuerpo humano.

Es así como aplicaban los "**sudatorios**" a las enfermedades de la piel, a las fiebres (inclusive a la puerperal), y hasta para reanimar a los mordidos por las víboras.

Para aplicar este método, tenían construídos unos cuartos subterráneos que ellos llamaban "**tezmacallis**", hechos de adobes de 6-8 pies de dimensión y que se comunicaban con un horno donde se producía calor por combustión de leña, o a veces de hierbas aromáticas. Se encerraba al enfermo en el cuarto, y cuando la temperatura en el horno era la deseada, se abría la comunicación, recibiendo así, el aire caliente, el enfermo; si se necesitaba el calor húmedo, se lo obtenía echando agua sobre ladrillos caldeados dentro del mismo cuarto.

Arcos en su Historia de la Medicina dice: "Es digna de mención la manera de curar ciertas clases de fiebre, se le provocara al paciente mucha sed y pudiera ingerir cantidades fabulosas de **chicha**, lo que le oca-

sionaba abundante diuresis y una crisis violenta de vida o muerte”.

Una práctica análoga y que persistió hasta hace unos sesenta años, nos ha relatado una persona de abonado crédito y que vió practicar repetidas veces, en las cercanías de la ciudad de Latacunga, en donde existía un célebre curandero llamado Robayo, que curaba muchas enfermedades y especialmente las fiebres. Para este último caso, envolvía al paciente en la piel de una oveja (negra de preferencia) recién sacrificada, poniendo en contacto el cuerpo desnudo del enfermo con la parte interior y fría y húmeda de la piel del animal.

Así mismo, tenía un tratamiento que decía nunca fallaba para el tratamiento de las neuralgias, y consistía en matar una gallina: extraerla todas las vísceras, y el cuerpo así vacío del ave, lo encasquetaba, a manera de gorro, en la cabeza del enfermo. No garantizamos el resultado: pero si el aspecto archi-cómico, que tendría el pobre enfermo con tan peregrino tocado.

Y conste que esto sucedía en los últimos años del siglo XIX y primeros del XX, y que el tal Robayo, era tan afamado, que sus servicios se solicitaban hasta de Quito, y antes de que se empezara a conocer la técnica quirúrgica oftalmológica, este mestizo, operaba tranquilamente, de cataratas, con un simple cortaplumas, y lo que es más admirable, siempre tuvo éxito.

Por lo demás, no queda sino lamentarse de que los secretos de esa Farmacopea aborigen, se hubiesen perdido, en la vorágine política, social y económica, que significó para el Incario, la Conquista y que quienes la efectuaron, por una fatal ley biológica solo pensarán, en los primeros tiempos, en matar y defenderse, que en curarse, ni aprender, y que solo, poco a poco acuciados por la necesidad, tuvieron que recurrir a los “**Amautas**” o “**churi**” sobrantes, para que los atendieran —con recelo y todo— en sus enfermedades y en sus heridas.

Como vestigios de ese inmenso tesoro de observación y experiencia, quedan todavía el conocimiento y uso de muchas plantas, cuyas virtudes esperan la comprobación científica y que podrían ser incorporadas al conocimiento universal. Como una muestra citaremos

unas pocas cuya enunciación, puede despertar grandísimo interés, en otros Países.

De la obra de Luis Cordero, principalmente extractamos los siguientes datos, que esperamos sean no solo de satisfacción de curiosidad, sino de interés y provecho (16).

El "cubilán" (*Senecia vaccinoïdes*.—Wedd) es un arbusto de los pajonales y cuyas virtudes se preconizan como odontálgico, vulnerario y antisifilítico. Esta fama es antiquísima, en muchas comarcas ecuatorianas. La "taruga-secha" (*Halenia esclepiadea*.—Griseb?).— Es una planta que crece en las alturas. Los indios usan sus hojas y flores machacadas, para calmar el dolor de muelas.

El más antiguo historiador ecuatoriano, el P. Juan de Velasco (17) menciona con especial énfasis, el famoso "**cuy-chunzhulli**" con el cual se curó de elefancia el "jesuíta lego". Es probable que se trate de una cuscuta, quizás aquella finísima que suele enredarse en el árbol llamada "cursi-sisa". (*Hodvatis cricoides*) que crece en los declives de las colinas de la provincia del Azuay.

Con igual nombre de "cuy-chunzhulli" aunque de género y especie muy diferente, y que corresponde al *Stachis elliptica* H. B. K., se usa como gran estimulante del sistema nervioso y tónico de acción rápida.

Goza de fama de poderoso emenagogo la "**Ingarosa**" (*Lantana rugifosa* H. B. K.) que es un arbusto de las localidades secas y climas templados, con flores rosadas muy bonitas, pero de olor fétido.

De fama y uso multiseccular es el llamado "**Allcujambi**" (veneno de perro) que corresponde al *Solanum enteromodeum* H. B. K. y cuyas bayas o bellotas son efectivamente un tósigo formidable para los perros, cuando machacadas, se las mezcla con suero de leche o alguna otra golosina que provoque engullir al animal.

(16).—Enumeración botánica de las principales plantas, indígenas o aclimatadas que se dan en las Provincias de Azuay y Cañar.—Cuenca 1911.

(17).—Historia General del Reino de Quito.

La yerba llamada **"guis-guis"** (*Alansoa caulaliata* R. et B.), tiene antigua fama, como antiasmática y parece que fué usada por los aborígenes con el mismo objeto.

Se conocen entre los indios y campesinos de las comarcas del Sur del Ecuador, dos especies del Género *Epidendrum*, cuyas virtudes como curativas y resolutivas de los abcesos hepáticos, viene de muy antiguo, lo que permite creer que formaron parte de la farmacopea aborígen, anterior a la llegada de los españoles. Nos referimos a las plantas llamadas **"urcupamui"** e **"inguil"** o flor de Cristo. El nombre autóctono significa "flor por excelencia", quizás debido a los resultados que se obtienen, cuando sus flores machacadas se aplican, como emplasto, mezclándolas con el zumo del tallo, a los abcesos hepáticos. De la misma manera, dicen ser muy eficaz, para la misma enfermedad, el jugo tomado de los bulbos o cebollas del **"urcu-paqui"**.

Y como una de las curiosidades más interesantes que constituyen todavía un rezago de la medicina aborígen, hemos de mencionar el árbol llamado **"cucharillas"**. (*Embotrium grandiflorum*.—Lam); árbol de mediana corpulencia, muy común en las faldas sub-andinas; los indios lo llaman **"gañal"** o **"galuay"** y los campesinos **"cucharillas"**, aludiendo a la forma de las cápsulas leñosas en que maduran las semillas. Las cápsulas, cuando tiernas, y carnosas todavía, gozan de gran reputación para curar las hernias, contrayendo la distensión del peritóneo. Al efecto muelen las cápsulas inmaduras, mezcladas con flores de *Alstroemeria caldasi* H. B. K.; añaden a la mezcla que resulta algo de aquel carbonato de cal que los campesinos llaman **"licamanche"** (18) forman con todo una cataplasma: lo adhieren fuertemente a la parte afectada, conservándola así por largos días, perfectamente asegurado con un braguero; lo mudan una o varias veces, según el éxito, y aseguran que este es definitivamente satisfactorio.

No terminaremos esta primera parte que es un simple y rápido esbozo de la medicina y farmacia pre-

(18)—Es s el cálcir o carbonato de cal bruto.

hispanica, sin hacer notar también la reminiscencia y puntos de contacto de la zoo-terapia (natural o sobrenatural) que se practicó entre los indios, y la que se ha practicado en muchísimos, o mejor dicho en todos los pueblos del Mundo, y que empezando por el culto místico de animales o aves, se va hasta el uso de partes de esos mismos animales o aves, como aún se hace, en muchos lugares de la misma Europa y en otros tantos de América contemporánea.

Así vemos que, no solo en los siglos X—XVIII, en Alemania, Austria, Suiza, Francia e Italia, se tenía en gran predicamento las "**lágrimas**" y el "**asta de ciervo**", el hígado de zorro, la lana quemada de la cabeza del carnero, los sesos de aves de rapiña y de ardilla, etc., etc., para la curación (real o ficticia) de muchas y variadas dolencias; así mismo en América, los primitivos médicos, aplicaban partes o secreciones de animales o aves de la rica y exótica fauna del Nuevo Mundo. Persiste, por ejemplo, hasta hoy día, en este País, la práctica de restregar el cuerpo de un enfermo de fiebre, pulmonía o "**pasmo**", tétanos), etc., con un cobayo o cuy vivo, el cual, según la creencia popular "**se chupa**" la enfermedad; otras veces se atan partes de aves (o animales) como amuletos o profilácticos, para ciertas enfermedades: Una de las prácticas muy difundidas todavía hoy, entre los campesinos, es la de atar cresta de gallo, al cuello de los niños enfermos de "espanto".

La manteca o grasa de culebra, fué de los medicamentos usados, con mucha frecuencia, por los médicos aborígenes, lo mismo que la de oso, y que se transmitió hasta épocas muy recientes.

Lo dicho nos revela los puntos de contacto universales de la Medicina y Farmacia aborígen, con los comienzos (y numerosas supervivencias) de la Medicina Universal contemporánea, que con criterio selectivo, ha ido poco a poco, eliminando lo que hubo de absurdo e inútil, o simplemente fantástico, para dejar paso a lo realmente científico y bueno, como se está demostrando con la hormonoterapia, una de cuyas últimas adquisiciones es el valor del hígado crudo, como fuente de la vitamina B₁₂ o vita-roja.

LARINGOLOGIA

Comité Latino-Americano para el estudio del Cáncer Laringeo

Examen de un supuesto canceroso laringeo

Es corriente considerar curado a un cáncer cuando transcurridos cinco años de la terminación del tratamiento, el paciente se encuentra sin recidivas o metástasis. Este éxito puede ser obtenido con la cirugía o la radioterapia.

La laringe ofrece como ningún otro órgano de la economía la posibilidad de obtener ese ansiado éxito. Las estadísticas demuestran que 1 de cada 3 pacientes con cáncer de laringe curan definitivamente.

En presencia de una localización laringea el pronóstico está condicionado por dos factores, a saber: localización del tumor dentro del órgano y precocidad del diagnóstico.

Diagnóstico precoz:

Este ideal de la cancerología adquiere en el caso particular de la laringe singular importancia, ya que en muchos casos precoces la radioterapia o la cirugía conservadora ofrecen la oportunidad de curación sin pérdida de las funciones fonatorias o deglutorias del órgano. La localización del tumor es ajena al médico, el diagnóstico precoz por el contrario es siempre obtenible con el examen prolijo de todo paciente portador de un posible cáncer. La experiencia enseña que son más sospechosas aquellas personas de sexo masculino de 40 años cumplidos, grandes fumadores, etilistas y profesio-

nales de la voz. Cuando el paciente concurre por primera vez a la consulta, ya han transcurrido uno o dos meses desde la iniciación de los síntomas, veamos ahora por separado qué lo lleva a requerir consejo médico.

Dísfonía:

Este es el síntoma más y mejor conocido. La causa capaz de producirla puede ser despistada por el examen laringoscópico desconocido. Si éste no bastare y ante la mínima sospecha debe recurrirse a otros métodos que analizaremos más adelante. La dísfonía es constante en el cáncer de laringe, es un síntoma precoz en los tumores de cuerda, localización ésta que se caracteriza por ser de crecimiento lento, poco o nada metastatizante y susceptible de ser tratada con criterio conservador. Es importante saber que muchos pacientes pueden tener un tumor de laringe sin trastornos de la voz.

Dolor:

Como síntoma inicial del cáncer laríngeo, el dolor sigue en frecuencia a la dísfonía. Desgraciadamente no es un dolor localizado, sino por el contrario referido a órganos vecinos y tampoco es espontáneo sino que se presenta durante la deglución. No pocos de estos casos han perdido tiempo con exámenes repetidos de oído y amigdalectomías inútiles. El examen de estos casos debe ser más minucioso aún. Este síntoma es también común a muchas adenopatías laríngeas, pero es un síntoma precoz en las localizaciones del vestíbulo y epiglótis (epiglótis, repliegue aritenoepiglótico, bandas ventriculares y tumores faríngeo laríngeos). Estos tumores crecen rápidamente, son metastatizantes y muchas ocasiones se benefician de la radioterapia o de la cirugía conservadora.

Adenopatías:

Algunos pacientes concurren al médico para consultar por un bulto que ha aparecido en el costado de

su cuello, sin que les haya llamado la atención su disfonía y odínofagia. Es inútil y perjudicial para el tratamiento ulterior biopsar esos ganglios antes de haber agotado la búsqueda del tumor primitivo. Este síntoma puede ser precoz en las localizaciones del vestíbulo epiglótico, pero lo es más aún en los tumores faringolaringeos.

Dísnea:

Frecuente en muchos tumores laringeos aún operables con probabilidades de éxito, puede ser el síntoma de comienzo de la localización subglótica, forma ésta que se caracteriza por ser poco metastatizantes y por extenderse por la submucosa.

Dísfagia, hemóptisis, eritrosedimentación acelerada, mal estado general, son síntomas frecuentes en muchos cánceres laringeos, pero raramente precoces.



Veamos ahora con qué armas cuenta el médico para el diagnóstico.

Laringoscopia:

Este es un procedimiento sencillo e indoloro, la medicación de base a la anestesia general pueden permitir el examen de los pacientes más rebeldes. El laringólogo es quien debe realizarlo, y a menudo es también incompleto, sobre todo para apreciar la extensión del tumor.

Radiografía:

La radiografía de perfil (el frente, es imposible por la superposición de la columna) permite ver las partes impares de la laringe, valécula, epiglotis, comisura posterior. También permite a menudo ver los ventrículos.

Tomografía:

La tomografía suple los inconvenientes de la radiografía de frente y permite ver la extensión de los tumores a las partes pares de la laringe, subglotis, cuerdas vocales y bandas ventriculares, ventrículos de Morgagni, repliegues aritenopiglóticos y senos piriformes.

Biopsia:

Es sin duda el único elemento capaz de hacer el diagnóstico de certeza. Una biopsia no invalida el diagnóstico de cáncer. En estos casos excepcionales se justifica la apertura de la laringe para tomar una biopsia. El tipo histológico no permite hacer pronóstico. Un epiteloma diferenciado de cuerda puede responder mejor a la radioterapia, que un indiferenciado de seno piriforme, etc.

El paciente ya tratado debe consultar al especializado, periódicamente, durante un lapso no menor de cinco años; las metástasis ganglionares son tratadas por la cirugía y a veces por los medios físicos.

LESIONES BENIGNAS DE LARINGE QUE PUEDEN ORIGINAR UN CANCER

Para hacer una mejor profilaxia de la laringe es necesario tener bien en cuenta varios estados patológicos de este órgano, que tienen aspecto y son de naturaleza benigna; pero que tienen un porcentaje apreciable de probabilidad de transformarse posteriormente en un tumor maligno. Son los estados precancerosos de la laringe admitidos por varios autores y discutidos por otros, pero que en la práctica responden a una realidad clínica, que conviene valorar del punto de vista profiláctico de la malignidad.

La leucoplasia. Como en otras localizaciones de la mucosa, la leucoplasia laríngea evoluciona con frecuencia hacia el cáncer.

El aspecto larínscópico, es el de manchas blanquecinas, lisas, que se destacan en relieve sobre la cuerda vocal que está generalmente enrojecida. La movilidad de la cuerda está bien conservada.

Se recomienda vigilar atentamente y con frecuencia, la evolución de esas lesiones, mientras se investigan y se practican todas las medidas que contemplan los factores conocidos de irritación crónica local: tabaco, alcohol, mal uso de la voz, especificidad, etc.

Pero si se constata una tendencia a evolucionar hacia la irregularidad de la superficie blanquecina de la leucoplasia, o hacia el engrosamiento de la cuerda vocal enrojecida; y con más razón, hacia la disminución de movilidad de la cuerda lesionada, entonces se debe proceder sin demora a la biopsia de la zona modificada. El resultado confirmatorio de la evolución maligna, obliga a su extirpación amplia e inmediata por laringofisura.

El papiloma: El tipo hiperkeratósico, es el papiloma más comunmente encontrado en la laringe. Se puede decir que aproximadamente tres quintos de los casos son de este tipo clínico y que dos quintos corresponden a las diversas formas del papiloma simple. Esta comprobación tiene mucha importancia, porque es precisamente el papiloma hiperkeratósico el que tiene muchas probabilidades de evolucionar hacia el cáncer.

Por lo tanto, estos enfermos deben ser tratados, teniendo por objeto la completa desaparición de las lesiones laríngeas; y vigilados periódicamente para descubrir a tiempo las posibles residivas. La conducta terapéutica debe ser encarada en la siguiente forma:

Un primer caso favorable es aquel en que se extirpa toda la lesión por cualquier técnica endoscópica, se analiza la pieza que da como resultado: papiloma hiperkeratósico, se corrigen todos los factores de irritación crónica local, y se vigila al enfermo constatando que posteriormente no vuelva a aparecer nada en las cuerdas vocales,

Un segundo caso frecuentemente se presenta en la clínica y es aquel en que se extirpa bien la lesión por cualquier técnica endoscópica, se analiza que da también papiloma hiperkeratósico simple, se corrigen los factores de irritación crónica local, pero en la vigilancia posterior del enfermo se constata la residiva de las mismas lesiones sobre la cuerda vocal. A veces la recidiva se hace a corto plazo con una tenacidad implacable. Debemos considerar estas recidivas como un cáncer en potencia, pues es muy frecuente su transformación maligna. En estos casos, no debemos demorar la extirpación amplia de esa cuerda vocal por vía endoscópica, cuando se dispone de instrumental y hábito de trabajo en equipo, o por medio de una laringofisura, que es actualmente considerada como una técnica sencilla.

Un tercer caso es aquel en que la evolución del papiloma o el aspecto clínico de la recidiva, permiten constatar un comienzo de irregularidad, de ulceración, de infiltración, o de disminución de la movilidad de la cuerda, como para sospechar su naturaleza maligna. Otras veces es el examen histológico quien viene a revelar una incipiente alteración epiteliomatosa. Tanto la clínica o la histología pueden obligar en estos casos a la extirpación amplia de las lesiones por vía externa, sin demoras en maniobras endoscópicas.

La paquidermia laríngea: es una afección que vemos poco en la práctica corriente, pero es bueno tener en cuenta que puede evolucionar hacia el cáncer. Un engrosamiento del espacio interariteniideo que se extiende simétricamente a la parte posterior de las cuerdas vocales, duro, resistente, no ulcerado, está constituido por una marcada hiperplasia principalmente de la capa epitelial. La completa extirpación endoscópica es necesaria para evitar que la evolución maligna imponga una laringectomía.

El pólipa de la laringe: es un diagnóstico que se hace con relativa frecuencia en la clínica diaria. Pero en realidad esa clasificación sólo se refiere a la forma exterior de la lesión que hace saliencia en una zona determinada de la laringe. La histología se encarga de

establecer su verdadera naturaleza, pudiendo corresponder a la estructura de diversos tumores benignos. Dentro de este grupo existe el pólipo de causa inflamatoria crónica, sobre la cual pueden influir preponderantemente ciertos factores etiológicos, como son: edad del enfermo, sexo, tabaco, exceso de uso de la voz, etc. y entonces pueden tener una evolución o una recidiva que lleva a la malignidad. En estos casos es importante aplicar una conducta severa en la eliminación completa de la lesión y en la vigilancia posterior del enfermo. Por lo tanto, estos estados precancerosos principales que acabamos de enunciar, como asimismo otro que pueda presentarse en la clínica, deben ser tratados teniendo en cuenta sus probabilidades de transformación cancerosa y en este sentido siempre conviene recordar:

Primero. La extirpación completa de la lesión;

Segundo. El control histológico sistemático;

Tercero. La supresión de todos los factores etiológicos de inflamación o irritación crónica;

Cuarto. La vigilancia posterior rigurosa para descubrir precozmente una recidiva;

Quinto. Por último, la indicación inmediata e impostergable de la intervención por vía externa para extirpar ampliamente una lesión en que hay sospecha clínica o histológica de una incipiente evolución epiteliomatosa.

Se sugiere reforma a la ley sobre medicina

Bogotá, Colombia.—Hace algunos meses el Prof. José del Carmen Acosta, Presidente de la Asociación Médica colombiana, en carta abierta dirigida al Presidente de Colombia, sugirió cambios en la organización y función del Instituto de Acción Social de Colombia, así como en la ley sobre la práctica médica en relación a los servicios médicos en la salud pública rural y la higiene rural.

En opinión de los médicos de Colombia, según informe publicado en *The Journal of the American Medical Association*, el grado de doctor en medicina debe darse al médico inmediatamente que complete sus estudios, en vez de dársele después de completar un año de servicio en centros rurales, que es la costumbre actual.

Otro cambio que se sugirió fué el de la ley que ahora permite que «graduados de Universidades cuyos diplomas no se reconocen en Colombia ejerzan la medicina, si solicitan al Ministerio de Higiene nombramiento para servicio rural por tres años». La asociación cree que «El número de médicos que terminan los estudios en las facultades colombianas cada año, es suficiente para satisfacer la necesidad actual y futura de cuidado médico de la población rural. De esta manera todos los territorios rurales, ciudades pequeñas y municipalidades, tendrán médicos graduados colombianos, sin necesidad de traer médicos extranjeros».

(«El Radíqueño». Milwaukee Stbre.-Otbre. 1951)

ENSEÑANZA MEDICA

Dr. J. A. Pridham

Informe del Comité sobre Enseñanza Médica

En la reunión del Consejo de Asociación Médica Mundial celebrada en Ginebra, abril del 1951 el siguiente informe fué adoptado unánimemente.

LAS INVESTIGACIONES DEL COMITÉ

1. El Informe I sobre Educación Médica Postgraduada y Entrenamiento de Especialistas aprobado por la A. M. M. el año pasado, ha sido ya impreso y distribuido.

2. El Comité ha recibido información adicional de asociaciones médicas nacionales acerca de ciertos principios recomendados por la A. M. M. acerca de la Enseñanza Médica Postgraduada. En su debido tiempo el Comité preparará un documento conteniendo toda esta información.

3. En la primavera de 1950 se envió un cuestionario muy detallado (Investigación 5, 1950). Las respuestas a este cuestionario han sido muy lentas, pero hay una buena razón para esto y es que las preguntas requieren que se reúna mucha información en cada país.

4. Un cuestionario corto basado en las resoluciones de la Asamblea General de Nueva York en 1950 ha recibido rápida respuesta.

FASES CAMBIANTES EN LA ENSEÑANZA MÉDICA

5. El Comité ha considerado los resultados de sus diversas investigaciones acerca de la enseñanza médica, y también ha visto otros informes acerca de este tema

y artículos y cartas sobre el mismo. Por muchos años, la opinión acerca de la enseñanza médica escolar ha sido abundante y polémica y tanto, la profesión médica como el público en general, han mostrado interés en su desarrollo.

6. Parece que ha llegado el momento de hacer un nuevo estudio acerca de los métodos de enseñanza médica. Hay varias razones para esto. Primero, los métodos presentes son principalmente tradicionales y en este siglo no se han hecho cambios radicales. Sin embargo, durante los últimos cincuenta años se han producido enormes cambios en la práctica de la medicina.

7. En segundo lugar, el extenso crecimiento en el conocimiento y el desarrollo de técnicas nuevas en la medicina y ciencias afines ha dado como resultado la división de la medicina en numerosas secciones o especialidades. Puede ser que Osler fuese el último médico que pudo entender la Medicina completa. Hoy es imposible que un solo hombre domine todos los aspectos del extenso campo del conocimiento médico, y es todavía más importante que comprenda las relaciones de cada parte con el total.

8. En tercer lugar, el desarrollo de las especialidades algunas veces se ha inclinado a perder de vista el hecho de que el paciente debe de ser considerado como un todo individual con una personalidad indivisible. La necesidad de considerar al paciente como una totalidad al centro del cuadro, ha sido últimamente reconocida, y la «medicina social», que estudia al paciente en su medio ambiente social, ha comenzado a obtener significado.

9. Una de las principales críticas del plan de estudio es que en muchos aspectos, no se ha ajustado a estas condiciones cambiantes. Según se desarrollan las especialidades, se añaden nuevos temas al plan de estudio, el cual se hace más y más largo y más y más sobrecargado. Cada especialidad lucha para obtener reconocimiento y más tiempo en el plan de estudios. Hay necesidad de hacer énfasis en la preparación integral del estudiante de medicina, para darle una base amplia para la práctica médica.

10. Durante los últimos años la sensación de que no todo está a pedir de boca en la enseñanza médica ha sido expresada en varias partes. Se pregunta: ¿Se está produciendo médicos con predisposición hacia la consagración en una especialidad y la renuencia hacia la práctica general y de familia? Si es así ¿es esto bueno para la comunidad o para la medicina? ¿Es el entrenamiento del estudiante lo suficientemente completo como para equiparlo para la práctica general?

11. En resumen, hay un despertar general del interés en los problemas de la enseñanza médica y un deseo general de mejorar sus métodos y normas actuales.

El tema es de interés e importancia internacional, y el Comité recomienda al Consejo que la A.M.M. convoque a una conferencia internacional acerca de la enseñanza médica.

UNA CONFERENCIA INTERNACIONAL

12. El Comité sugiere que la conferencia debe ser organizada por la A.M.M. después de discutirla con otros cuerpos internacionales y haber asegurado su cooperación.

El propósito de ser reunir un cuerpo de expertos y otras personas con autoridad, para discutir y, si posible, llegar a conclusiones en aspectos importantes en la enseñanza médica. Las conclusiones alcanzadas por tal responsable cuerpo de expertos de los diferentes países del mundo, serían seguramente escuchadas por todas las personas responsables y tendrían un efecto profundo y útil en la medicina.

13. El Comité ya ha recibido opiniones favorables sobre sus sugerencias, del Consejo sobre Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana y del Profesor Sir Henry Cohen, Presidente de la Asociación Médica Británica, y Presidente del Comité sobre Enseñanza Médica de la Asociación Médica Británica. El Consejo para la Coordinación de Congresos Internacionales de las Ciencias Médicas (CCCICM) también ha expresado interés en el proyecto.

14. El Comité todavía no debe sugerir una agenda definitiva para el Congreso propuesto hasta que haya llevado a cabo las discusiones preparatorias sugeridas en los párrafos precedentes.

Cuando se hayan hecho decisiones acerca de la duración del Congreso, de su financiamiento y otros puntos, un comité tendrá que hacer una agenda.

El propósito general del Congreso debe ser el encontrar las respuestas a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es el propósito de la enseñanza médica escolar?

2. ¿Cuáles deben ser los requisitos para ingresar en los estudios médicos?

3. ¿Cuál debe ser el carácter general del plan de estudio después del ingreso?

Al contestar todas estas preguntas hay ciertos puntos que deben ser considerados tales como:

a) Los peligros que entraña para la enseñanza médica el aumento de las especialidades en los hospitales y la enseñanza, y el de los medicamentos.

b) Métodos de la enseñanza clínica.

c) El aspecto histórico de la enseñanza médica.

d) El hospital ideal para el entrenamiento escolar.

e) Métodos de integrar el plan de estudios médicos.

f) El entrenamiento del maestro clínico.

g) ¿Deberían escogerse los estudiantes? ¿Cómo?

h) ¿Se inclina la enseñanza moderna a producir interés en la enfermedad más que en la salud, y da suficiente énfasis a la medicina preventiva y social?

i) Otros puntos todavía no determinados.

Por razones monetarias, la conferencia debe de celebrarse en Europa.

15. Se tiene que estudiar la cuestión financiera.

Dr. Virgilio Paredes Borja
Catedrático de la Facultad de
Medicina.—Quito.

Publicaciones de Historia de la Medicina

ARCHIVOS IBEROAMERICANOS DE HISTORIA DE LA
MEDICINA.—Vol. III.—Fasc. I.—Madrid, 1951.—Juan
Antonio Paniagua Arellano.

VIDA DE ARNALDO DE VILANOVA

Con mesura y correcto conocimiento de la accidentada vida del biografiado, la figura de más relieve en la historia de la medicina cristiana medieval, el autor comienza por explicar que el interés por la personalidad de Arnaldo de Vilanova no comienza a manifestarse sino al finalizar el siglo pasado, cuando Menéndez y Pelayo publica en 1879 su «Ensayo Histórico, Arnaldo de Vilanova, Médico catalán del siglo XIII», incluido después en su «Historia de los Heterodoxos Españoles». De los historiadores de la medicina, fué Diepgen, dice, quien se ocupó en 1910 de Arnaldo en su «Arnald von Vilanova Als Politiker Und Laien-theologe» y «Estudios» posteriores.

Sobre el origen de Arnaldo, aceptando su procedencia «exgleba ignobilis et obscura», el autor señala la discrepancia de quienes le creían francés, de Provenza, y de quienes, como Diepgen, acabaron por demostrar su origen valenciano. En 1281 se le impone la obligación de residir en Barcelona como médico de la Casa Real. Su formación médica fué conventual. Todas las órdenes religiosas de entonces tenían sus enfermerías en donde se iniciaban los futuros médicos medievales; seguramente se adiestró en Valencia con los frailes Predicadores. Conocía el latín empleado en sus obras,

como todos los científicos de la época, ya que el latín fué el idioma universal de las ciencias; dominaba el árabe y en tratadistas árabes se inició en las ciencias ocultas, siendo el arabismo la base de los conocimientos médicos de Arnaldo. No es seguro que conociera el griego. Parece que no tuvo una sólida cultura literaria. Se dedicó a la Teología, que la reconocía como ciencia que no era de su dominio. En 1260 estudia medicina en Montpellier, Universidad de las mas antiguas de Europa, fundada en 1220 por la Carta Orgánica del Cardenal Conrado, perteneciendo en aquel tiempo al reino de Aragón y siendo Universidad aragonesa, con la escuela médica más notable de la época.

Arnaldo viaja por Francia; en Italia estudia en Salerno, que declinaba en su fama de pasados siglos. Recorre España, pero, ahí el interés de la manera cómo aprendía el arte de curar: no se contentó con el aprendizaje académico ni las prácticas en las enfermerías monacales, sino que fué a la observación popular, en conventos, plazas, hosterías y pueblos y en conversaciones con alquimistas, frailes, barberos, charlatanes y viejas, con el pueblo indocto, sin despreciar lo que oye, va enriqueciendo su experiencia con «medicamentos probados» que luego recomienda.

En esta biografía de Arnaldo se alcanza a ver la formación de un prestigio médico medieval, con sus viajes, su aprendizaje en los famosos lugares de enseñanza médica, y, sin desestimar la observación y la experiencia, como vulgarmente se cree de los médicos del medievo, a quienes se les juzga frecuentemente como teorizantes, sin espíritu científico, en el moderno concepto de ciencia, que si lo tuvieron, y bien cimentado, tanto que hicieron posible el moderno progreso médico. Ya nadie que tenga una mediana ilustración ignora que no hay tal Edad Media oscura y sin ciencias, sino un medievo en el que estaba formándose la ciencia moderna, con personalidades, en España, como Raimundo Lulio y Arnaldo de Vilanova, los médicos más destacados de la Europa medieval.

De estilo pintoresco y original, la obra médica de Arnaldo contiene citas de Hipócrates, Galeno, Dioscó-

rides, Averroes, Avicena y Rhazes, para quien tiene gran respeto. Su formación es greco-romana y arabista.

De Profesor lo vemos en la misma Montpellier en donde fue alumno; luego va de médico de Jaime II. Le respetan Pedro III, Bonifacio VIII, Benedicto XI, Clemente V y Roberto II. Monarcas y Papas buscan su consejo, es un personaje elevado, más que todo por sus conocimientos médicos y su gran experiencia. La teología, a la que dedicó sus afanes, no fué su fuerte, fue su afición, su pasión, y en las controversias teológicas buscó y halló amarguras y sinsabores. Como alquimista lo fué conforme al acerbo científico de su época. Como Mago, aprendió de los árabes, fué como si hoy dijéramos un «moderado», que aceptaba la Magia Natural y la aplicaba en sus pacientes, utilizando lo que dicen «magia religiosa». Practicó la astrología y la interpretación de los sueños.

Sus obras médicas: «Introduction un un Medicinalium Especulum», de doctrina galénica y arabista, obra de Medicina General. «Parabola Medicacionis», contiene 345 aforismos, método conciso y apto para gravarse en la mente, muy del agrado de Arnaldo. Escribe «Comentarios» a los textos griegos de Medicina. En el «Especulum» hay un «Régimen Sanitatis» semejante al famoso «Régimen Sanitatis Salernitarum», versos higiénicos que constituyen la base de los conocimientos de higiene de la cultura latina. «De Humido Radicali», sobre la naturaleza de la humedad del organismo. «De Considerationibus Operis Medicinae». «De Graduationibus Medicinarum per Artem Compositam», reglas para la acción de los medicamentos compuestas.

El que se ocupen de la personalidad de Arnaldo de Vilanova y divulguen su gran figura médica, es interesante para el lector de hispanoamérica, que va adentrándose en el verdadero y lucido papel que en la historia médica han desempeñado los grandes tratadistas españoles medievales que, resumiendo los conocimientos médicos de la época, legado de griegos, romanos y árabes, los enriquecieron con su experiencia, con el realismo español de que tanto nos hemos venido olvidando, y sólo destacando la fantasía y el idealismo, asombro-

sas facultades de nuestros antepasados a las que acompañaron el coraje y el amor a la libertad, que hoy florece en la América de habla española.

Pedro Lain Entralgo.—LA ANATOMÍA DE VESALIO.

La Anatomía Humana es una ciencia estática, formada y acabada, a la que no cabe añadirse nada —nos dijo un diligente colega y amigo— repitiendo un concepto muy difundido entre nuestros médicos. Pero la Anatomía Humana no ha tenido siempre ni tendrá la misma manera, «el mismo estilo» —como dice Lain Entralgo— para expresarse, y, sobre todo, no ha sido ni será entendida en idéntica forma por los anatómicos que marcan el progreso de esta ciencia al través de la historia.

Los que redactaron los textos hipocráticos, en lo que toca a la Anatomía que ellos contienen, está probado que sufrieron errores de bulto al referirse más a la Anatomía del mono y del perro que a la del hombre. Los alejandrinos, con Erasístrato, Herófilo y Marino, fueron los verdaderos observadores del cadáver humano, que diseccionaron y describieron con ciertas precisiones. Galeno se refirió a los hipocráticos y alejandrinos en *DE ANATOMICIS ADMINISTRATIONIBUS* y en *DE USU PARTIUM*, que fueron la clave de la Anatomía medieval, con las modificaciones de los anatómicos del medievo, como en el caso de Henry de Mandeville en Francia y Berengerio de Carpi en Italia. La Anatomía de la Edad Media fué galénica y con el pecado original de referirse a la anatomía del mono y del perro en gran parte de sus descripciones. Pero no hay sólo esto, sino que Galeno y los galenistas entendían la Anatomía como una descripción de «partes», el pie, por ejemplo, que lo desligaba del todo, o sea que se hacía anatomía segmentaria; además, al tratar de los aparatos digestivo, urinario, genital, respiratorio, se hacía anatomía funcional, entrando en terrenos de la fisiología.

El mérito de Vesalio, según bien señala Lain Entralgo, estuvo en hacer una Anatomía bastante expurgada de lo funcional y, sobre todo, en estudiar en los

siete libros de *Humanus CORPORIS FABRICA*, con un sentido tectónico, o sea de ordenación física de los grandes sistemas anatómicos: esqueleto en el primer libro, ligamentos y músculos en el segundo, en el tercero venas y arterias; los nervios en el cuarto, los órganos de la nutrición y generación en el quinto, el corazón en el sexto, y, por fin, el cerebro y órganos de los sentidos en el séptimo. Un todo comprendiendo sus partes relacionadas y armónicas es la Anatomía de Vesalio, en contraposición a la Anatomía galénica que estudia segmentos del cuerpo humano y aparatos con referencia funcional. Esto en cuanto a la manera de «entender» la Anatomía del hombre. En cuanto a la manera de «ver», Vesalio disecciona cadáveres humanos y se encuentra con una discrepancia notable a lo que describe Galeno, que, como dijimos, se refería más a la anatomía del perro y mono que a la humana que no la diseccionó ni observó.

Galeno escribió como integrante de una cultura dogmática, infinita, especulativa más que objetiva, cuya representación en el campo de las artes es el gótico medieval, mientras que Vesalio escribió su «Fábrica» con criterio objetivo, limitado, con la observación de la naturaleza, como es el arte renacentista italiano. Y es que Vesalio, renano, nacido en Bruselas, de Wesalia, latinizado el nombre en Vesalius, estudiante en París bajo la dirección de Silvius, pasa a Padua, en donde se forma y luego enseña Anatomía y escribe la «Fábrica» en 1542, dedicada al Emperador Carlos V. Inmediatamente redacta un Epítome o resumen para uso de los estudiantes, que los dedica catorce años después al Príncipe Felipe II. Viajó por Italia y España, aprendió en Pisa y Bolonia y su cultura y su manera de ver el mundo fué la de un renacentista italiano, no germano. Fué un caso como el de Durero en el arte.

Una feliz interpretación de la obra vesaliana hace Lain Entralgo en su estudio, al hablar del estilo de la Fábrica, y refiriéndose a Ortega que señala que la pauta para conocer la dimensión de la vida en que comienza una nueva fé es el arte, entonces, haciendo lo que genialmente hizo Wolfflin al analizar la obra de arte, y

con idéntico criterio, refiere la obra vesaliana como la de un artista del renacimiento con sus cinco maneras: Primero, predominio de lo lineal sobre lo pictórico; segundo, visión del espacio como planos yuxtapuestos; tercero, conjunto cerrado, limitado; cuarto, unidad con armonía de las partes; quinto, claridad, composición, luz y color están al servicio de la forma.

Con todo, según señala el autor, y hoy se acepta, la *Fábrica de Vesalio* tiene mucho de galenismo y anatomía de la antigüedad, sobre todo en los tres últimos libros. Cita a Hipócrates, a los alejandrinos Herasítrato y Herófilo y no se refiere a ningún anatómico medioeval, ni Mondeville ni Mondino ni Bertuccio, ni los anatómicos renacentistas italianos: Zerbi, Achillini, Benedetti, Berengerio da Carpi. También en las descripciones e interpretaciones no se puede sacudir del galenismo y por él se deja guiar.

Cinco láminas anatómicas sirvieron de enseñanza gráfica en toda la Edad Media, herencia de los anatómicos alejandrinos conservada y transmitida a la cultura latina por los árabes. En el año 1538, a petición de sus alumnos y colegas, Vesalio hace imprimir sus primeras Seis Láminas anatómicas, poco diferenciadas de las Cinco Láminas medioevales ya conocidas. Pero, la «*Fábrica*» aparece con 300 láminas que son un primor en xilografía y un punto de referencia en la historia del grabado. Von Kalkar, discípulo de Ticiano, bajo la dirección de Vesalio, hace los grabados en madera, obra maestra de la ilustración de texto y verdadera obra de arte por la plástica del grabado, las actitudes artísticas del cuerpo humano, el paisaje renacentista que sirve de fondo, la nitidez y proporciones tan bien tratadas. Nosotros conservamos una reproducción de doce de las láminas de la *Fábrica* y siempre las admiramos como muy distintas en valor artístico a los dibujos y cromograbados de los modernos tratados de Anatomía. Lain Entralgo acepta que ni Vesalio ni Von Kalkar conocieron los dibujos anatómicos de Leonardo.

Al hablar de la *Fábrica* en la historia del espíritu humano, Lain Entralgo hace eruditas elucubraciones sobre el alcance de la obra vesalina, que por sí mismo

quiso conocer la forma del cuerpo humano y cumplió con su propósito, rectificando errores seculares y contradiciendo a un «magister» indiscutible que en mil años nadie había puesto en duda y dejando una pauta de metodología y concepto vigente hasta nuestro siglo. Con todo, Lain Entralgo acepta que la gran capacidad de Vesalio fué la descripción y ordenación —«su indudable genialidad fué más descriptiva que intelectual» —dice— «los ojos y la mano del disector—y la pluma, del descriptor—estuvieron muy por encima de la inteligencia del naturalista».

Y el esfuerzo editorial que significó imprimir la Fábrica. Démonos cuenta de un Tratado en siete volúmenes y con 300 xilogramados en el texto y un hermosísimo frontispicio de puro sabor renacentista, en el que aparece Vesalio enseñando Anatomía en un gran anfiteatro, rodeado de sus alumnos, forman una montaña de papel impreso que debió dar muchos rompederos de cabeza a los diligentes y pacientes impresores del renacimiento.

Notable el erudito estudio del ilustrado Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Madrid, dedicado a J. B. de C. M. Saunders y Charles D. O' Malley, vesalianos de California, de quienes hemos hecho comentarios respecto a alguno de sus Estudios en otras Notas Bibliográficas.

Y como Vesalio supo ver y entender el cuerpo humano, también los anatómicos modernos tienen su manera de entender un órgano, una formación anatómica, interpretar una relación, idear un proceso didáctico, hacer comprensible un órgano de complicada morfología como el cerebro o de intrincadas relaciones como el ventrículo medio. Todos pueden ver el hígado de un cadáver, pero pocos pueden comprenderlo y sólo ciertos seres excepcionales alcanzan a transmitir lo que han comprendido.

Entre los anatómicos modernos más consultados, Testut hace anatomía vesaliana, por sistemas, para anatómicos y naturalistas, Rouvière hace anatomía galenista, segmentaria, para médicos. Gerard y Coningham entienden y describen la anatomía humana con diferentes

conceptos. No hay la anatomía acabada y estática de que nos hablaba nuestro amigo y colega.

Dr. Carlos Rico-Avello.—LA CURACIÓN DE LA CONDESA DE CHINCHON Y EL DESCUBRIMIENTO DE LA QUINA.

En 1946 publicamos en la Revista de la «Casa de la Cultura Ecuatoriana», correspondiente a Diciembre y Enero, un corto estudio en el que afirmábamos: que no hay datos que prueben que los aborígenes americanos usaron la quina para tratar la malaria en la época precolombina ni en los cien años que siguieron al descubrimiento y conquista del reino de los Incas; que la revelación de las propiedades antimaláricas de la quina la hizo el Cacique de Malacatos en la Provincia ecuatoriana de Loja, bautizado Pedro Leiva, al jesuita Juan Ruiz, por el año de 1638; la falsedad de la leyenda popular de la curación de la Condesa de Chinchón con quina de una supuesta infección palúdica.

Rico Avello, en 1951, sin conocer nuestro escrito, afirma lo mismo que nosotros en un estudio abundante en referencias.

El autor está haciendo editar su *Aportación hispánica al conocimiento de la quina*, obra premiada por la Real Academia de Medicina de Sevilla el año 1949, con abundante bibliografía y documentación.

«En resumen —dice— creemos verosímil sospechar que la quina se desconocía en la época precolombina». «Vargas Machuca, que nos da curiosos tratamientos para las calenturas endémicas de los conquistadores, confirma el descubrimiento», añade: «nada refieren los cronistas Niza, Gómarra y Garcilazo sospechoso de hallazgo o revelación; ni tampoco Cieza de León, Lizárraga y Ortiguera cuando aluden a la fundación de la Zarza (Loja) por el Capitán Mercadillo el año 1546, describiendo la flora y fauna de esta región». «Nuestros conquistadores, cronistas y misioneros, la avanzada de España en América, desconoció asimismo las virtudes curativas de la quina», dice luego: «Tiene interés de citar la aportación del Licenciado Méndez Nieto, inédita casi en su totalidad en el Archivo Real de Palacio, ya

que es un médico documentado muy curioso de noticias indianas, como lo prueban sus «Discursos Medicinales» y otra obra desaparecida sobre la «Facultad de los alimentos y medicamentos indianos»; pues bien, este médico español, que residió largo tiempo en Cartagena de Indias en los comienzos del siglo XVII, y trató innumerables tercianarios, nada sabía el año 1607 sobre la quina».

«Siguiendo la opinión de algunos autores —que además de ocuparse del tema son quiteños o peruanos— como Palama, Velazco, Alcedo, Herrera, Vargas, Ugarte, fué un indio de la región de Loja, llamado Pedro Leiva, quien reveló a un misionero jesuita, el año 1630, en la cordillera Urituga (léase Uritozinga), sus observaciones... Calancha, en su minuciosa Crónica, anterior a 1630 refiere... los efectos milagrosos obtenidos con la Quina en la ciudad de Lima».

Dice: «el P. Rubén Vargas Ugarte me comunicó verbalmente el año 1945 que había encontrado en Lima pruebas documentadas de que el P. Alfonso Mesías Venegas... había introducido las primeras porciones de cascarilla en España a fines de 1631».

Con Haggins y Paz Soldán mantiene el punto de vista de que la Condesa de Chinchón no estuvo enferma ni fué tratada con quina.

«Juan López Cañizares el legendario Corregidor —escribe— es persona que nosotros no hemos encontrado citada en el Diario de Lima (1629-1634)». Afirma que López de Cañizares debió tener escasa o nula intervención en el envío de la primera muestra de cascarilla a Lima.

«El diario de Suardo no habla para nada de que a Chinchón (el Conde) se le medicara con cascarilla o algún remedio indiano, y en el período que comprende los años 1629-1634 no cita ni una sola vez a don Juan López de Cañizares, Corregidor de Loja».

Nosotros sostuvimos, con Carter, que no hay pruebas de que existiera la malaria antes del descubrimiento de América; el punto es fundamental para el estudio de la aplicación de la quina en el tratamiento del paludismo, que no lo hubo en la América precolombina, no pudiendo, por consiguiente, hablarse de un medicamento para

curar una enfermedad que no existía. Nada nos dice Rico-Avello sobre punto tan esencial en la controvertida historia de quinas y cascarillas.

Archivos publica también: Luis S. Grangel.—*La personalidad médica de Pío Baroja*; Armando Pego Bustos.—*Vida y obra del cirujano José Ribera y Sans*.—*Textos ejemplares: R. T. Laenec*.—*Tratado de la auscultación mediata* (Introducción); *Notas y estudios breves: M. Rubén García Álvarez*.—*La Medicina en la Galicia prerromana*; Victor Lis Quíben.—*Datos de Medicina Popular*; Alfonso Bonilla Naar.—*La Historia de nuestra medicina*; Amalio Huarte.—*La odisea de un médico rural*; Antonio Cardoner Planas.—*El título de médico y cirujano en los tercios de Flandes durante la campaña de 1567-1574*.—251 páginas de artículos originales, cuidadosamente seleccionados, de interés especial para los lectores de habla española, gracias a la bien dirigida labor de los doctores Pedro Lain Entralgo, de Madrid y Aníbal Ruíz Moreno, nuestro apreciado colega y amigo de Buenos Aires, a quienes felicitamos cordialmente.

CRONICA DE LA FACULTAD

NUEVOS DIGNATARIOS DE LA FACULTAD

Conforme mandan los estatutos, se reunió la Facultad de Ciencias Médicas con el fin de escuchar el informe de Labores del Decano Doctor Miguel Angel Aráuz, durante los dos años que ha ejercido la primera autoridad de la Facultad.

El Dr. Aráuz hizo conocer la organización de tribunales fijos para grados y su normal funcionamiento que tan benéficos resultados ha dado para la justicia en las calificaciones; la organización y vigilancia de los tribunales de admisión; la formulación y estricto cumplimiento de horarios y funciones docentes; la resolución bien estudiada de todos los problemas educativos y reclamaciones de profesores y alumnos.

En lo referente a publicaciones tuvo frases amables para el personal directivo y de Redacción de esta Revista, fundada durante su mandato, haciendo notar las abundantes solicitudes de canje que vienen a la dirección de toda la América, demostrándose el interés que ha despertado el órgano oficial de la Facultad.

El informe mereció un unánime voto de aplauso a la labor del Decano cesante.

Se procedió a la elección de nuevos dignatarios, habiendo sido electos: Dr. Teodoro Salguero Z., Decano; Dr. Juan Francisco Orellana, Subdecano; Dr. Luis Rengel Sánchez y Dr. Hernán Dávalos Avilés, Representantes ante la Comisión Directiva de la Facultad. El Decano fué electo Representante ante la Junta Central de Asistencia Pública. Todos los electos recibieron una ovación de sus colegas de cátedra y de la barra de alumnos.

AGASAJOS

La Facultad ofreció un banquete en honor del Dr. Alfredo Pérez Guerrero, electo Rector de la Universidad Central, del Dr. Teodoro Salguero Z., del Dr. Juan Francisco Orellana, electos Decano y Subdecano de la Facultad, del Dr. Julio Enrique Paredes C., Rector que terminó su período y de los Doctores Miguel Angel Aráuz y Miguel Salvador, Decano y Subdecano que también terminaron su período legal. Se pronunciaron discursos en honor de los homenajeados y hubo sentidas frases gratulatorias.

Los colegas y amigos de la Facultad ofrecieron un banquete en honor de los Doctores Julio Endara y Miguel Salvador, en el Hotel Colón. En una reunión afectuosa y de franco compañerismo se hizo el elogio de los homenajeados, para los que sus amigos guardan el aprecio y altas consideraciones a que se han hecho acreedores en su larga y bien llevada labor profesional y docente.

NOMBRAMIENTOS

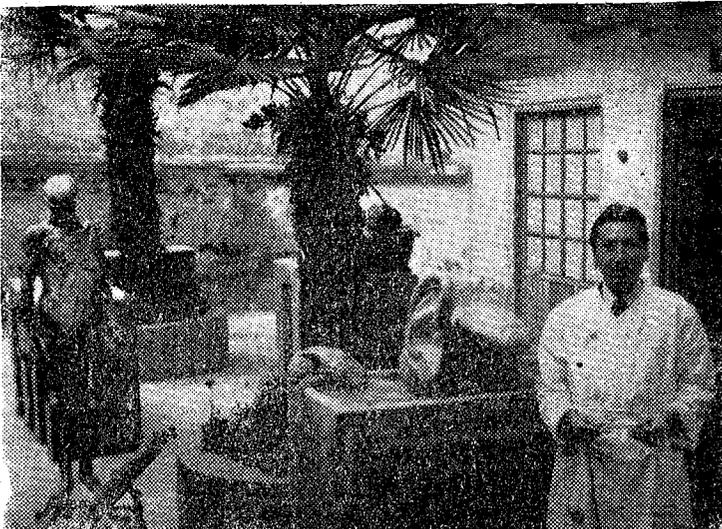
Con beneplácito de sus colegas han ingresado a la Facultad: el Dr. José Cruz Cueva, nombrado Profesor Titular de Medicina Legal y Deontología Médica, el Dr. Leonardo Cornejo Sánchez, designado Profesor Titular de Urología, el Dr. Alfonso Zambrano O., Profesor Agregado de Oftalmología, el Dr. Leonardo Madrid, Profesor Agregado de Técnica Quirúrgica, el Dr. Luis Rendón, Profesor Agregado de Sifilografía y Dermatología y el Dr. Galo Ballesteros, Profesor Agregado de Cirugía Traumatológica.

PUBLICACIONES

La Comisión de Publicaciones del Consejo Universitario conoció y aprobó por unanimidad la petición del Dr. Virgilio Paredes Borja, Catedrático de Anatomía, solicitando se le conceda la impresión de la versión española del libro de MM. Gayarand y Domec, titulado «LA CAPITALE DE L'EQUATEUR AU POINT DE VUE MEDICO

CHIRURGMCALE», edición de 500 ejemplares de 300 páginas, que hará conocer a los estudiosos las observaciones de los profesores franceses en tierra ecuatoriana durante los años de 1873-75. Hay estudios sobre lepra, tuberculosis, reumatismo, climatología, sifilografía, dermatología, oftalmología, cirugía general, medicina social, nutrición, higiene; una curiosa relación de la ciudad de Quito en 1875, del ambiente médico y social de la capital del Ecuador, de las costumbres de sus habitantes y de las ideas médicas de la época. La traducción va precedida de un extenso estudio crítico en el que el Dr. Paredes Borja analiza la obra de los profesores franceses, tan beneficiosa en la historia de nuestro progreso médico. El texto va profusamente ilustrado con grabados, la mayor parte no conocidos; entre otros hay autógrafos de Gyaraud y Domec, un plano de Quito en 1877, el cadáver del Presidente García Moreno con su guardia de «ENGASTADORES», y una viñeta de los autores dibujada por el traductor.

La Casa de la Cultura Ecuatoriana ha contribuido para la edición con el papel necesario. El Dr. Alfredo



Modelado del cuerpo humano, bomba de inyectar formol y modelados de órganos, traídos por Gueyrod en 1874, que se conservan en el Museo de la Cátedra de Anatomía.—(De la «Capitale de l'Equateur», traducción del Dr. Paredes Borja).

Pérez Guerrero, Rector de la Universidad, se ha interesado en que la resolución de la Comisión de Publicaciones sea cumplida y el libro se imprima en los primeros meses del año que comienza. Gracias al interés de la Universidad Central y a la Casa de la Cultura Ecuatoriana la obra de MM. Gayraud y Domec podrá ser conocida; servirá de fuente para nuevos estudios en el campo de historia médica ecuatoriana y de los personajes que han intervenido en su desenvolvimiento, gracias a la paciente labor del traductor Dr. Paredes Borja.

COMITE DE ALUMNOS

Los alumnos de primer curso de Medicina se reunieron en Asamblea en el Salón Máximo de la Universidad y fundaron el COMITE PRO CONSTRUCCION DEL ANFITeatRO DE LA CATEDRA DE ANATOMIA. Todos estuvieron acordes en el entusiasmo por laborar en sus altruistas propósitos, firmaron el Acta de Fundación que se da a conocer a continuación y designaron los miembros de la Comisión Ejecutiva del Comité: Presidente: Sr. Gonzalo Avilés; Vocales: Sres. Rodrigo Ruiz, N. Chiriboga y Rubén Aulestia; Secretario, Sr. Galo Chávez; Tesorera, Srta. Flor Cifontes.

En una entrevista con el Dr. Alfredo Pérez Guerrero, fueron felicitados por la primera autoridad universitaria y ofrecieron laborar por el éxito de su misión. El Rector les ofreció todo apoyo y estuvo conforme en ir a la construcción provisional del Anfiteatro como una necesidad impostergable. Hay gran entusiasmo en el alumnado y ya fueron presentados ante el Rector, para que se sirva hacer conocer al Consejo Universitario, el proyecto de construcción acompañado de dos croquis que inmediatamente han sido llevados a estudio de la sección de planificaciones para levantar los respectivos planos. Hay la seguridad de que el tan anhelado proyecto de profesores y alumnos sea una realidad, gracias a que el Rector Dr. Pérez Guerrero se ha dado inmediata cuenta del problema e inteligentemente ha indicado la forma de proceder para llevarlo a la práctica, sin dilaciones. Hay una grata impresión en el Comité por

la acogida que les ha brindado el Rector, el Decano y autoridades de la Facultad.

ACTA DE FUNDACIÓN DEL COMITÉ PRO CONSTRUCCIÓN
DEL ANFITEATRO DE LA CÁTEDRA DE ANATOMÍA

Los alumnos de *Anatomía Descriptiva* de la Universidad Central de Quito fundan el *Comité pro construcción del Anfiteatro Anatómico*.

Miembros activos del *Comité* son todos los alumnos, nacionales y extranjeros, de la asignatura de *Anatomía Descriptiva*.

El *Comité* tiene la finalidad de hacer todas las gestiones encaminadas a conseguir de las autoridades y organismos universitarios la construcción y equipos necesarios para la enseñanza de *Anatomía Humana*, colaborando con los profesores en tan altruista propósito y buscando la cooperación de todas las corporaciones de alumnos de la Universidad Central, por todos los medios que estén a su alcance.

El *Comité* estará regido por un *Presidente*, que será el Representante del Curso elegido conforme señala el Estatuto Universitario, cuatro vocales designados el 20 de Octubre de cada año por la Asamblea de alumnos de *Anatomía Descriptiva*, un *Secretario* y un *Tesorero* elegidos en la misma forma y en la misma fecha.

Los miembros activos del *Comité* se renovarán anualmente, el 20 de Octubre, con los nuevos alumnos que ingresen al Curso, quedando los anteriores en calidad de *Miembros Adjuntos*.

El *Comité* designará, cuando a bien tenga, *Miembros de Honor* y un *Presidente Honorario*.

Toda la gestión correrá a cargo de una *Comisión Ejecutiva*, integrada por el *Presidente*, y los cuatro *Vocales*, con voz y voto, el *Secretario* y el *Tesorero* en calidad de informantes, sin voto.

Cuando a bien lo tuviere el *Presidente de Honor* presidirá la *Comisión Ejecutiva* con voz y voto.

La *Comisión Ejecutiva* sesionará semanalmente e informará trimestralmente a la Asamblea el resultado de sus gestiones.

El Comité buscará la adhesión de todos los alumnos que siguen sus estudios en la Facultad de Ciencias Médicas.

Reunidos en el Salón Máximo de la Universidad Central, en Quito, a 11 de diciembre de 1951, fué discutida y aprobada la presente *Acta de Fundación*.

GONZALO AVILEZ,
Presidente.

RODRIGO RUIZ,
Vocal.

RUBÉN AULESTIA,
Vocal.

N. CHIRIBOGA,
Vocal.

GALO CHÁVEZ,
Secretario.

FLOR SIFONTES,
Tescrero.

Firman a continuación todos los alumnos de Primer Curso de Medicina. Año escolar de 1951-1952.

INFORME

Quito, diciembre 17 de 1951.

Señor Rector de la Universidad Central. *

Ciudad.

Señor Rector:

En cumplimiento de vuestra comisión relacionada con la construcción del Anfiteatro de la Cátedra de Anatomía Descriptiva, nos es grato informaros:

El Anfiteatro que ocupa la Cátedra, construido en 1875, no ha tenido otras mejoras que una reducida ampliación hace 30 años.

El estado del edificio es de ruina. En 76 años que han transcurrido no se lo ha reparado y las aguas por las filtraciones de los desagües están amenazando la estabilidad de la construcción; hay desplomes de consideración, de un momento a otro todo puede venirse al suelo. Los bareques de hace 30 años y la cubierta están con la madera inutilizada y no soportarán mucho tiempo.

La estrechez del edificio puede calcularse pensando que fué construido para enseñar Anatomía a unos 30 alumnos. Comenzó con unos 8, y hoy reciben clase y diseccionan más de 150 alumnos de Anatomía Descriptiva, además los alumnos de Anatomía Topográfica, Dental y Técnica Quirúrgica o a más o menos unos 300 alumnos en total.

Las incomodidades para explicar y aprender son todas las imaginables. Alumnos de pie, aglomerados, sin implementos y sin los más elementales medios de aseo. Hasta para el vecindario es un peligro: el mal olor por la falta de refrigeradoras de morgue, las moscas y las ratas que invaden todos los contornos. El Anfiteatro es un atentado para la salud pública, y una vergüenza para la ciudad y para la Universidad que le ha venido manteniendo en semejante estado, pese a insistentes reclamos que en sesiones y peticiones hemos presentado a catráticos y alumnos a las anteriores autoridades universitarias. Se nos decía, desde hace unos 10 años, que todo quedaría arreglado con la construcción del moderno monobloque de la «Escuela de Medicina», para cuya edificación se contaba con terrenos y dos millones de sucres. Han pasado los años, y, como bien se hizo notar a su debido tiempo, nada se ha hecho.

Esperar que el monobloque se construya sería vivir de ilusiones, y ahí está mientras tanto la urgencia presente de explicar, sin edificio y sin implementos.

No queda más que un camino: hacer una construcción provisional, lo más elemental y simplificada que se pueda, en el sitio que posee la Universidad en el Hospital «Eugenio Espejo» y salvar no sólo el presente, sino muchos años del futuro, ya que el monobloque de la Escuela de Medicina es un bello proyecto para unos diez años adelante, y, mientras tanto, serán 10 años de imposibilidad de enseñar y aprender, 10 años de estancamiento y de vergüenza ante nacionales y extranjeros que tienen que concurrir a semejante sitio para aprender Anatomía e iniciarse en Medicina. Este es el criterio de Profesores y alumnos: ir lo más pronto que sea posible a la construcción provisional, que no va perdida, porque de construirse la Escuela de Medicina puede ser-

vir para bodegas, garages, habitación de empleados, que necesita un edificio semejante. No afectará a la construcción que se proyecta, porque la construcción provisional, se la hará en el perímetro del terreno, ocupando una faja de 8 metros al fondo y dos pequeñas fajas de 8 metros a los lados.

La financiación podría buscarse: vendiendo el terreno del actual Anfiteatro propiedad de la Universidad, que la ha ocupado ininterrumpidamente más del tiempo prescrito por la ley; o, tomando doscientos mil sucres de los fondos destinados a la construcción de la Escuela de Medicina; o con un préstamo reembolsable, con parte de los fondos del presupuesto anual de la Facultad de Medicina a la Caja del Seguro o a un Banco. Se trata de unos doscientos mil sucres que hay urgencia, es impostergable sean conseguidos en este mismo año, para poder iniciar la construcción, que puede terminarse en unos 8 meses.

Acompañamos un croquis señalando el tipo de construcción, lo más económico que hemos encontrado, materiales: ladrillo, madera, teja y una faja de base de piedra. En dicho croquis, que indicará lo que necesitamos al arquitecto que levante los planos, están indicadas todas las necesidades, no del momento, sino aún las que pueden presentarse en un plazo prudencialmente calculado de 20 años, para que podamos hacer cátedra, no con comodidad, a la que aspiramos, pero no exigimos, sino con las más elementales medidas de aseo y decencia. Se trata del mismo croquis presentado a consideración del Consejo Universitario hace unos 2 años, con muy ligeras variantes en sus detalles.

Para las autoridades de la Facultad, para los Catedráticos de Medicina, para el Comité «Pro-Construcción del Anfiteatro», y para todos los alumnos, será motivo de eterno reconocimiento que el Consejo Universitario de vuestra acertada presidencia, considere y resuelva en forma favorable el gravísimo problema del Anfiteatro de la Cátedra de Anatomía, el más importante de atender en la Facultad, pero desgraciadamente hasta hoy, el que siempre ha sido pospuesto, no obstante

habernos reconocido en todo momento la razón de nuestros reclamos.

Del señor Rector, muy atentamente,

DR. VIRGILIO PAREDES BORJA,
Catedrático de Anatomía.

GONZALO AVILÉS Y.,
Presidente del Comité «Pro-Construcción del Anfiteatro de Anatomía».

LOS ALUMNOS DE LA CÁTEDRA DE ANATOMÍA ARMAN
UN ESQUELETO PARA COLEGIO DE IBARRA

Sociedad de Ex-alumnos del Colegio «Sánchez y Cifuentes» de Ibarra.—Quito-Ecuador.—Presidencia.

Quito, a 25 de octubre de 1951.

Sr. Dr. Virgilio Paredes Borja.

Muy respetado doctor:

El 25 de junio del presente año, los ex-alumnos de uno de los Colegios de la capital de Imbabura, organizaron un programa de actividades tanto culturales como deportivas.

De todas las manifestaciones de adelanto cultural, la Exposición de Anatomía y Fisiología fué su exponente máximo, demostrando el avance científico de los jóvenes universitarios de la Central; pero ese triunfo no hubiera sido completo, al no mediar la enorme ayuda y eficaz colaboración prestada por usted así como la donación de un esqueleto para la Cátedra de Anatomía. Actos como el suyo, sabrán apreciar en su justo valor las futuras generaciones estudiantiles.

La Sociedad de Egresados por su parte, quiere dejar constancia de su agradecimiento, al Catedrático Universitario y entusiasta Director del Instituto Anatómico Dr. Paredes Borja que con su altruista personalidad puesta al servicio de la Ciencia ha demostrado ser el guía efectivo de la juventud estudiosa.

Nuestro agradecimiento hubiéramos deseada darlo con la debida oportunidad; pero encontrándonos en periodo de exámenes finales primero y de vacaciones des-

pués no fué posible convocar a sesión; hoy que lo hacemos por primera vez en el presente año lectivo, hemos designado a nuestro Representante por Medicina, Sr. Oswaldo Proaño Galindo que se acerque ante Ud. a decirle de viva voz nuestro agradecimiento, reconocimiento y gratitud por tan gran fineza.

Atentamente,

LCDO. G. REYNA B.,
Presidente.