

R

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

CDE
✓

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

-73



VOLUMEN III

NUMEROS I y II

ABRIL - JUNIO 1952

QUITO-ECUADOR
Imp. de la Universidad

REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

(PUBLICACION TRIMESTRAL)

DIRECTORES:

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA

Dr. MIGUEL SALVADOR S.

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

| | <u>Págs.</u> | |
|---|--------------|---|
| ANATOMIA | | |
| <i>Dr. Gustavo Cevallos A.</i> —Huesos Sesamoides | 7 | R |
| ENDOSCOPIA | | |
| <i>Dr. Fernando López Lara.</i> —Caso raro de cuerpo extraño de traquea en un niño de cuatro años de edad | 17 | |
| CANCEROLOGIA | | |
| Comité Latino Americano para el estudio del Cáncer Laríngeo.— El aporte cardiológico al diagnóstico del cáncer de laringe... | 24 | R |
| NEURO PSIQUIATRIA | | |
| <i>Dr. Luis Ríofrío G.</i> —El Psicodiagnóstico de Rorschach y Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López en las enfermedades clínicas | 31 | R |
| DERMATOLOGIA | | |
| <i>Dr. Pietro Boriani G.</i> —Roentgenterapia de contacto de las afecciones cutáneas | 153 | R |
| FARMACOLOGIA | | |
| <i>Dres. Reinaldo Miño V. y Jorge Isaac Sánchez P.</i> —Exploración funcional de las suprarrenales con ACTH y aplicación de esta hormona en los procesos reumáticos | 161 | R |
| VARIOS | | |
| <i>Dr. Virgilio Paredes Borja.</i> —La Universidad Central del Ecuador, su Pasado y su Presente | 179 | R |
| CRÓNICA DE LA FACULTAD | | |
| Nombramientos | 191 | |
| Agasajos | 192 | |
| El nuevo Anfiteatro | 194 | |
| Modificaciones al Reglamento Interno de la Facultad de Medicina | 196 | |
| Conferencias | 199 | |
| El Hospital General de Riobamba | 200 | |
| Denuncia | 201 | |

ANATOMIA

Anatomía - Osteología

HUESOS SESAMOIDEOS

«El hueso sesamoideo no está sujeto a corrupción y se conserva en el seno de la tierra, como esperando que en el día de la resurrección surja un hombre de cada uno como de una semilla».

JAIME GREVIN.—1569.

DEFINICION:

Llamamos huesos sesamoideos a pequeños huececillos de aspecto lenticular, que suelen ubicarse en la mano y en el pie, al rededor de las articulaciones o en el espesor de los tendones. Deben ésta su denominación a una remota semejanza, hallada por sus primeros descriptores con las semillas de sésamo.

HISTORIA:

Fueron ya conocidos por los anatomistas de la antigüedad. En la «Osteología» de Soemmering encontramos ya una descripción bastante ajustada a la realidad.

Posteriormente se han ocupado de ellos:

Gillette en «Des os sesamoïdes chez l'home» 1872.

Aeby en «Die sesambeine der menschlichen hand» 1875.

Retterer en «Contribution au developpement du squelette des extremités chez les mammiferes» 1884.

Pfifnerz en «Die sesambeine des menschl. korpers» 1890.

Tedeschi en «Contributo alla conoscensa delle essa sesamoïdee» 1891.

Thilenius en «Die methacarpophalangeal sesambeine der menschl. embrionen» 1894 y en «Zur Entwickelung der menschl. Hand» 1890.

Lunghetti en «Contribution allo studio della morphologia e dello svilippo dei sesamoidei intratendinei» 1909.

Bizarro en «On sesamoid and supernumerary bones of the limbs» 1921.

A pesar de una intensa búsqueda realizada por nosotros no hemos logrado encontrar bibliografía más moderna relativa al tema, como tampoco hemos obtenido datos acerca de publicaciones e investigaciones en nuestro idioma.

ANATOMIA DESCRIPTIVA:

a) *Localización:* Debemos a Guillette la división de los sesamoideos en dos grandes grupos: *Periarticulares:* aquellos que se ubican junto a una articulación de la mano o del pie. *Intratendinosos* aquellos que lo hacen en el interior del tendón de inserción de cualquier músculo. Mas nosotros podríamos añadir una tercera clasificación: la de los *mixtos o tendino-articulares*, porque como se verá en nuestra estadística es frecuente observar como hay sesamoideos que estando en el espesor de un tendón se ubican junto a una articulación.

b) *Sesamoideos periarticulares de la mano:* Tienen las siguientes características: 1º. Estar todos ellos localizados en la cara palmar de la mano o sea en la cara de flexión. 2º. Se encuentran exclusivamente a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas o interfalángicas. 3º. En cuanto a su forma, tamaño y número no encontramos una regla fija; sin embargo según Testut «cuéntase de dos a siete en cada mano; dos son constantes, los que corresponden a la articulación metacarpo falángica del pulgar».

c) *Sesamoideos metacarpofalángicos del pulgar:* Siempre se encuentran en número par: uno *externo o radial* que mide de 4 a 5 milímetros de diámetro y otro *interno o cubital* que es más grande ya que mide 7 u 8 milímetros de diámetro. Ambos se encuentran localizados en el espesor del ligamento glenoideo de la articulación metacarpofalángica y descansando directamente sobre la cara palmar de la extremidad falángica del primer metacarpiano.

Pueden existir también: sesamoideos interfalángicos del pulgar; metacarpofalángicos en el índice y en el meñique y

en los dedos medio y anular y finalmente pueden haber interfalángicos en los cuatro últimos dedos.

d) *Sesamoideos intratendinosos de la mano:* Normalmente no existe ningún sesamoideo en el último segmento del miembro superior. El tendón del músculo cubital anterior se halla tan íntimamente unido al pisiforme que por largo tiempo se ha considerado a este hueso como un verdadero sesamoideo.

En la actualidad se ha desechado este concepto con los datos útiles proporcionados por la anatomía comparada y la embriología.

e) *Sesamoideos periarticulares del pie:* Están dispuestos de un modo muy análogo a los de la mano. En el pie podemos constatar sesamoideos metatarsofalángicos del dedo grueso; metatarso falángicos del segundo y quinto dedos y por último los sesamoideos interfalángicos.

Los metatarsofalángicos del dedo grueso son así mismo dos: uno externo y otro interno.

f) *Sesamoideos intratendinosos del pie:* Son más frecuentes y se localizan en el espesor de los tendones de los músculos: gemelo externo; tibiales anterior y posterior y peroneo lateral largo.

g) *La rótula hueso sesamoideo?* Para muchos autores la rótula es un hueso sesamoideo desarrollado en el espesor del tendón del músculo cuádriceps.

Para explicar su aparición aluden al hecho de los frecuentes rozamientos que sufre dicho tendón con la extremidad inferior del fémur sobre todo en los movimientos de locomoción.

Pero esta interpretación no coincide con hechos plenamente justificados ya por la anatomía comparada que demuestra que no existe ninguna relación entre este desarrollo y la locomoción.

Por otra parte modernos trabajos nos enseñan que la rótula no nace en el tendón del cuádriceps, sino por fuera de él, proviniendo de un esbozo esquelético independiente.

La rótula pues por su origen y por su estructura tiene todas las características de un hueso corto ordinario.

El esqueleto de la pierna se compondría primitivamente de tres radios: *uno interno o tibial* que evoluciona progresivamente para formar la tibia adulta. Otro *externo o fibular*, que posteriormente evolucionara para formar el peroné y finalmente un *radio intermedio o intermedium cruris* que evolucionara regresivamente dando por su extremidad inferior o distal el «os trigono» que se suelda al astrálogo en el pie y por su extremidad superior o proximal dará origen a la rótula.

Esta teoría que es la más ajustada a la realidad está siendo objeto de una prolija revisión en el momento presente ya que hay la tendencia de volver a lo antiguo o sea considerar a la rótula como un verdadero hueso sesamoideo intraretidínoso anexo al tendón inferior del cuádriceps.

h) *Conformación interior de los sesamoideos*: Tienen una estructura semejante a la de los huesos cortos o sea se componen de una masa central de tejido esponjoso o areolar envuelta de una delgada cáscara de tejido compacto. Antiguamente se creía que los sesamoideos son el resultado de una osificación de tejido fibroso, pero esta opinión hoy día no puede prosperar gracias a los estudios modernos de Embriología.

i) *Desarrollo*: Los sesamoideos en un principio están constituidos por simples nódulos cartilagosos. Luego en una época variable y no perfectamente definida aparece en su espesor un centro de osificación que invade lentamente el tejido cartilaginoso al cual acaba por desplazarle.

Es un hecho digno de anotar el que los sesamoideos tienen una osificación tardía. Por lo demás recorren, como lo ha demostrado Rettere «las mismas fases que las demás piezas del esqueleto».

Luego a medida que el sujeto avanza en edad los sesamoideos pierden su forma peculiar y característica, se ahuecan y se ensanchan; sus apófisis se ponen más prominentes y presentan rugosidades que no tenían en su juventud. (Gillette).

j) *Interpretación morfológica:* El problema de la interpretación morfológica de los sesamoideos es de naturaleza aún no perfectamente definida. Muchas sugestivas teorías se han lanzado respecto a ella, mas profundizando al problema presentan todavía muchos vacíos, que no pueden ser explicados en rigor científico.

Para algunos autores, la principal función de los sesamoideos consiste en *ensanchar las articulaciones*, al rededor de las cuales se hallan ubicados; en otras están destinados a *proteger* a las palancas articulares. Para otros anatomistas su función es *operar en la transformación de los movimientos* de la articulación a la que están anexos. Por último para otros *sirven de polea* a determinados tendones. Pero todas estas explicaciones no satisfacen enteramente porque hay hechos morfológicos que demuestran lo contrario.

También para justificar la presencia de sesamoideos en determinados puntos del organismo se ha acudido a la influencia determinada por repetidos frotamientos y roces continuos que sufre el órgano en ese sitio. Esta última teoría no está bien fundamentada ya que se ha visto la presencia de huesos sesamoideos en sitios perfectamente protegidos de las extremidades. Igual cosa sucede con la explicación que se funda en la relación que puede existir con la constitución somática de los individuos. En resumen podemos afirmar que éste es un punto no dilucidado todavía y que se halla en espera de frecuentes y numerosas investigaciones de Embriología y Anatomía Comparada que dirán la última palabra.

k) *Nuestra estadística:* Durante el lapso de los tres últimos años lectivos hemos realizado observaciones sobre NOVENTA manos de cadáveres de ambos sexos, que han arribado a nuestra morgue procedentes de los hospitales Eugenio Espejo y San Juan de Dios y del Manicomio de San Lázaro de esta ciudad. Igualmente hemos observado SESENTA Y SEIS pies de los mismos cadáveres.

He aquí los resultados obtenidos en ese material, gracias a la colaboración que agradecemos de los Ayudantes señores Larrea, Muñoz y Avilés:

1º. *Manos observadas:* NOVENTA, que se descomponen así: CINCUENTA Y DOS manos DERECHAS y TREINTA Y OCHO manos IZQUIERDAS.

De las noventa manos: SESENTA Y SEIS corresponden a individuos del sexo MASCULINO y VEINTE Y CUATRO al sexo FEMENINO.

2º. Resultados:

a) *Sesamoideos periarticulares*: Hemos observado en TODOS los casos la presencia de los que corresponden a la articulación metacarpo falángica del pulgar, Son pues CONSTANTES.

En noventa manos hemos encontrado en VEINTE Y TRES (25 %) sesamoideos localizados en las articulaciones interfalángicas del pulgar.

En NUEVE manos (10 %) hemos encontrado sesamoideos en las articulaciones interfalángicas del meñique.

No hemos encontrado sesamoideos interfalángicos en los otros dedos.

b) *Sesamoideos intratendinosos de la mano*: En noventa manos hemos encontrado UNA que posee un sesamoideo perfectamente desarrollado y definido anexo al tendón de inserción del músculo flexor corto del pulgar en el hueso grande de una mano izquierda de mujer (0,9 %).

2º. Pies observados:

Hemos observado SESENTA Y SEIS pies, que se descomponen así: TREINTA Y OCHO pies derechos y VEINTE Y OCHO pies izquierdos.

De los sesenta y seis pies: CUARENTA Y NUEVE corresponden a individuos hombres y DIEZ Y SIETE a mujeres.

Resultados:

Hemos encontrado en SESENTA Y CUATRO pies (96 %) huesos sesamoideos localizados en la articulación metacarpo falángica del dedo grueso. Desgraciadamente no podemos asegurar que en los DOS pies que no existen corresponden al mismo individuo.

Hemos encontrado en TRES pies (5 %) localizados en la articulación interfalángica del dedo grueso.

Y hemos encontrado en CINCUENTA Y UN pies (75 %) sesamoideos localizados en las articulaciones interfalángicas del dedo pequeño. Este alto porcentaje lo estimamos justificado porque nuestra estadística se refiere a un elevado porcentaje de individuos que con toda seguridad no usaban calzado para proteger sus pies.

Hemos encontrado en SEIS casos (11 %) sesamoideos *intratendinosos* localizados anexos al tendón del tibial anterior en su inserción terminal en la primera cuña y la base del primer metatarsiano.

Esta localización es terminantemente negada por Testut, En cambio no hemos encontrado en ningún caso localizados en el gemelo externo o en el tibial posterior que según la obra clásica son muy frecuentes.

En resumen diremos que: concordamos con todos los tratadistas en la Constancia de los sesamoideos periarticulares de la metatarsofalángica del pulgar y del dedo grueso.

Hemos encontrado altos porcentajes en las interfalángicas de la mano e interfalángicas del pie, sobre todo en el quinto dedo.

Los sesamoideos *intratendinosos* anexos al pie no son muy raros. En la mano sí son excepcionales.

Indudablemente que estas pocas observaciones, pecan por ser poco numerosas y poder sacar de ellas conclusiones definitivas, no son sino resultado del incipiente afán de observación, que tiende a ser estimulado cada vez más en la Cátedra del Profesor Paredes Borja.

BIBLIOGRAFIA

- L. TESTUT Y LATARGET: «Anatomía Humana»: 9 E. 1951.
H. ROUVIERE: «Anatomía Humana»: 2 E. 1926.
FORT: «Anatomía Humana»: 1895.
LAUTH: «Manual del Disector»: 1841.
SARMIENTO: «Anatomía Humana»: 1935.
PARODI Y DELLEPIANI: «Técnica de Disección»: 1946.

ENDOSCOPIA

Venezuela - Ecuador

Caso raro de cuerpo extraño de traquea en un niño de cuatro años de edad

Trabajo presentado al III. Congreso Panamericano de Otorinolaringología y Broncoesofagología en la Habana, y a la Sociedad Ecuatoriana de Pediatría (Filial de Quito).

W. V. J. de cuatro años de edad, nacido y residente en Quito, capital de la República del Ecuador. Padeció de sarampión al año y medio de edad. Después a los dos años y medio, sufrió de tos férina.



FIG. 1.—FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE.—W. V. J.—4 AÑOS DE EDAD.

Sobre su estado actual nos proporcionan los siguientes datos:

Encontrándose convaleciente de tos férina, experimenta una caída en el suelo a consecuencia de la cual lloró mucho, presentando cierta dificultad para respirar; enseguida tosió bastante, acompañando a esta tos un poco de expectoración, con una que otra estria de sangre de color rosado. Tiene 37 y medio grados de temperatura.

Al día siguiente fué llevado donde un facultativo quien después de tratarlo algunos días y en vista de que no desaparecían los síntomas anotados, pensó que estaba evolucionando alguna lesión tuberculosa, prescribiéndole

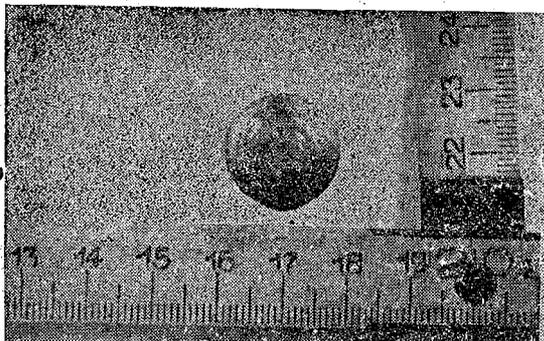


FIG. 2.—FOTOGRAFÍA FRONTAL DEL CUERPO DISCOIDEO EXTEAIDO.—SE APRECIA EL TAMAÑO (19 MILÍMETROS).

además algunos reconstituyentes. Entonces, consultan con otro facultativo, quien sospechando lo mismo que el anterior, lo remite a un dispensario antituberculoso para confirmar el diagnóstico. Allí le hicieron una fluoroscopia encontrándose una imagen en forma de disco. Luego esto es comprobado con las radiografías N^o. 1 y N^o. 2 tomadas en posición de frente y lateral, respectivamente. En estas condiciones es llevado por el padre a una clínica particular, donde se intentó la extracción bajo anestesia general, sin haber logrado éxito.

Después de pocos meses, es decir, a principios de octubre de 1951 es llevado al servicio de endoscopia peroral del suscrito. En efecto, procedo previa administración de nembutal, a la intervención, sin anestesia general como acos-

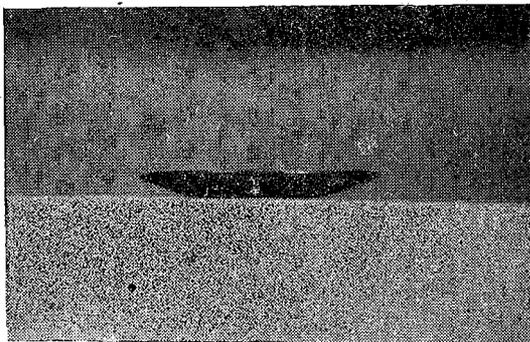


FIG. 3.—FOTOGRAFÍA DE PERFIL DEL CUERPO DISCOIDEO. SE APRECIA LA FORMA CÓNCAVO-CONVEXA.



RADIOGRAFÍA N^o. 1, ANTERO-POSTERIOR.

SE OBSERVA UN OBJETO APLANADO EN FORMA DE DISCO, EN LA PORCIÓN INFERIOR DE LA TRÁQUEA.

tumbro trabajar en niños la endoscopia. Uso el broncoscopio 4 X 30, y con la pinza liviana de prehensión directa, efectúo la toma por el canto del disco que se presentaba visible y hago el aseguramiento a la boca del tubo broncoscópico, de acuerdo a la técnica aconsejada.

Cuando creí estaba el cuerpo extraño asegurado en buena forma coloqué el diámetro mayor del objeto en dirección del plano sagital de la hendidura glótica. Pero, fui desagradablemente sorprendido, por cuanto el cuerpo extraño, deteniéndose en la parte superior de la tráquea, fué materialmente sacado de la pinza. Hice otra nueva tentativa también con resultados desalentadores. Resolví no traumatizar al niño, insistiendo; y determiné intervenir posteriormente. Constaté eso sí, a la fluoroscopia y radiografía el sitio donde se de-



RADIOGRAFÍA N^o. 2, LATERAL.

SE OBSERVA UN OBJETO EN FORMA OVOIDEA EN LA PORCIÓN INFERIOR DE LA TRÁQUEA.

tuvo el disco, según puede observarse en la radiografía N^o. 3. Aconsejé a los familiares del paciente regresar con el enfermito después de unos quince días, habiéndose presentado a los dos meses.

Entonces efectué una nueva tentativa con broncoscopio 5 X 30 y pinza de prehensión directa más sólida que la anterior, actuando sin anestesia. Con buena presentación del disco hice la toma, procediendo de acuerdo a la técnica en todos sus detalles; pero, siempre la pieza fatalmente fué detenida. Repetí la maniobra por tres veces más, en el transcurso de cuarenta minutos, sangrando apreciablemente el momento que trataba de forzar demasiado la extracción. Observé ese instante a la fluoroscopia que el disco se encontraba enclavado al nivel del tercero o cuarto cartílago traqueal; y, como la exploración se había prolongado y repetido va-



RADIOGRAFIA N^o. 3, LATERAL.

SE OBSERVA EL OBJETO APLANADO EN EL SITIO DONDE SE DETUVO LA PRIMERA TENTATIVA DE EXTRACCIÓN.—ALLÍ PERMANECIÓ DOS MESES.

rías veces decidí hacer la traqueotomía a nivel o muy cerca de dicha implantación, animándome también la idea de que si la suerte no me acompañaba, podía seguir al cuerpo extraño hacia abajo, mediante una traqueobroncoscopia inferior. Pero, felizmente el enclavamiento del cuerpo discoideo era intenso y al no descender resbalando, pude asirlo con una pinza pequeña corriente, a través de la incisión de la traqueotomía, habiendo dejado la cánula correspondiente e instalado terapéutica de penicilina y estreptomycinina.

En vista de la evolución favorable, extraje la cánula a las 48 horas, y descansé los antibióticos a las 72 horas, habiendo continuado el paciente en perfectas condiciones.



RADIOGRAFÍA N.º 4, LATERAL.

MUESTRA DE LA TRÁQUEA LIBRE DEL CUERPO EXTRAÑO.

ESTUDIO DE LA PIEZA.—El cuerpo extraño que obtuve presenta la forma de un disco metálico cóncavo-convexo, como muestra la fotografía de canto, y mide 19 milímetros de diámetro; tiene además bordes un tanto agudos.

Comentario.—Este es un caso que considero sumamente raro. Pues, estudiando las estadísticas de los grandes maestros no encuentro un caso idéntico.

Sabemos que la mayoría de los cuerpos extraños en forma de disco, siguiendo el paralelismo de la base de la lengua son conducidos más fácilmente a esófago.

Además se oponen a la penetración en el árbol traqueo-bronquial los siguientes obstáculos anatómicos:

Primero, la epiglotis que en el niño pequeño es más horizontal.

Segundo, la acción esfinteriana de la abertura superior de la laringe que actúa con sus salientes de tejido móvil y sus movimientos de báscula; y,

Tercero, las bandas ventriculares.

Todos estos obstáculos anatómicos, con los reflejos que protegen los conductos respiratorios inferiores, como el túsigeno, son las causas que contribuyen a que no sean tan frecuentes los cuerpos extraños discoideos en árbol traqueo-bronquial.

Cabe insistir sobre el tamaño del disco extraído y el de la traquea de un niño de esta edad, es decir de cuatro años.

Revisando los datos anatómicos que nos dan Clair Thomson, de Londres, y Chevalier Jackson, de Filadelfia, eminentes endoscopistas, es sorprendente como se distiende una traquea de 10 o 12 milímetros aproximados, en un niño de cuatro años de edad.

Esta causa junto con los bordes casi agudos, y el movimiento lateral que la pinza plana, posiblemente, imprimía al disco cóncavo convexo, imposibilitaron la extracción del cuerpo extraño por las vías naturales.

616.22-006
2733

El aporte radiológico al diagnóstico del cáncer de laringe

En primer lugar debemos recordar que no se debe pedir a la radiología el diagnóstico de cáncer de la laringe.

No podemos hacer radiológicamente el diagnóstico de la naturaleza de un proceso.

Lo que se le debe pedir al examen radiográfico es otra cosa: la topografía, extensión y profundidad de un proceso que el clínico, ya supone que es un cáncer por el examen clínico y confirmado por la biopsia.

También puede suceder que el clínico, observe por el espejo laríngeo, una tumuración lisa sin alteraciones en la mucosa y que clínicamente no puede resolver sobre su naturaleza, ya que no encuentra mucosa enferma para hacer la biopsia. En estas condiciones la radiografía puede resolver el problema, mostrando que se trata de un gran saco aéreo: laringosele.

Pero este es el caso excepcional, lo frecuente es que el clínico se halle frente al primer caso y desee estudiar la extensión y profundidad del proceso.

La arquitectura laríngea se presta muy bien para el estudio radiológico, ya que está compuesta de elementos de distinta densidad.

- 1) Esqueleto óseo cartilaginoso.
- 2) Partes blandas.
- 3) Cavidades aeriformes.

La visión que tiene el clínico de la laringe es la que ve a través del espejo, como si miráramos por el extremo de un tubo, y la que puede deducir a la palpación.

a) La radiografía aporta una gran contribución al estudio de la laringe al mostrarla en su proyección lateral en toda su extensión.

La superficie de la mucosa endo-laríngea que corresponde principalmente a la parte anterior, queda impresionada como una línea nítida que reproduce los detalles anatómicos de las valéculas, epiglotis hasta la comisura y línea subglótica anterior.

En esta proyección, cuando una lesión infiltrante o vegetante está implantada en las partes anteriores de la laringe, ya que en la parte posterior es excepcional, la sombra tumoral aparece en relieve sobre la superficie o extendiéndose en profundidad con toda la claridad.

b) La tomografía nos da la imagen de frente con características de simetría que son perfectas, nos muestra las cuerdas vocales y banda con toda nitidez, y por lo tanto la noción del lado de la lesión, su extensión y profundidad.

La superficie de la mucosa endo-laríngea queda impresionada marcando una línea sinuosa que reproduce los detalles anatómicos bien conocidos.

Con esta técnica, cuando una lesión está implantada en la pared lateral, de la endo-laríngea, si es vegetante la sombra tumoral aparece en relieve y si es infiltrante se extiende en profundidad con toda nitidez.

Es importante destacar que estas técnicas tienen cada una su indicación bien precisa y si bien puede ser conveniente hacer sistemáticamente la placa lateral y la tomografía no siempre son necesarias las dos.

Por ejemplo: los tumores correspondientes a la parte superior de la epiglotis, de su cara laríngea y repliegue glótico anterior, puede ser suficiente la placa lateral; en cambio lo que corresponde a la glotis es necesario emplear la tomografía.

Para poder llegar a una mejor precisión vamos a detallar cuáles son las posibilidades que la radiografía puede dar al clínico frente a un tumor de la laringe. Por razones de orden práctico dividiremos a la laringe en las tres partes bien conocidas:

- 1 Región supraglótica.
- 2 » glótica.
- 3 » subglótica.

No entraremos en detalle en cuanto a la limitación de cada una de ellas recordando que corresponde a la glotis solamente la cuerda vocal.

1. En la parte de la *región supraglótica* tenemos en primer lugar la epiglotis. El clínico que ha visto por el espejo que existe un cáncer de la epiglotis, confirmado por la biopsia, le interesa de manera fundamental para el tratamiento:

- a) La propagación del tumor en profundidad.
- b) La propagación del tumor en extensión descendente.
- a) La propagación en profundidad nos la dará la proyección lateral, la que es suficiente. Esta nos mostrará la invasión del espacio pre-epiglótico en distintos grados, hasta el ligamento tiro-hioideo o hasta el hueso hioides o valécula o base de lengua.

La clínica por sí sola puede tener dificultad para resolver en un primer grado la propagación en profundidad en esta región.

La consecuencia importante que se desprende de la radiografía, cuando se realiza esa propagación es la de que es necesario hacer una laringectomía agrandada con espacio pre-epiglótico, hueso hioides y base de lengua, o bien que el caso es inoperable.

También la radiografía nos podrá mostrar en los casos de tumor de la cara laríngea de la epiglotis la existencia de un cráter que invade el espacio pre-epiglótico y entonces las pocas probabilidades de ser tratado por los Rayos X.

b) Un tumor de la cara laríngea de la epiglotis, cuando es muy vegetante no permite al clínico ver por el espejo su extensión descendente y controlar el polo inferior del tumor. Y esto es punto importante para los que tienen tendencia a la cirugía parcial, ya que les permitirá hacer una intervención con conservación de las cuerdas vocales.

La radiografía estudia este problema en la proyección lateral.

El tumor infiltrante o vegetante de la cara laríngea de la epiglotis muestra irregularidades en la conocida línea oblicua que está bien representada en la placa lateral y si esas irregularidades descienden hasta el pie de la epiglotis. La

radiografía nos dirá si se extiende el tumor hasta la comisura anterior, no modificándola.

La radiografía nos muestra pues si hay separación de esta línea oblicua de la cara anterior del cartilago tiroides.

En esas condiciones se podrá apreciar cómo el tumor se extiende, tomando la comisura, la que dificultaría hacer una laringectomía parcial del tipo horizontal con conservación, por lo tanto, de la voz y de la respiración por vías naturales.

2. *Parte media.*—En esta parte, desde el punto de vista radiográfico, podremos estudiar, no sólo la glotis, sino también los ventrículos especialmente.

Aquí en esta zona, se debe usar sistemáticamente la tomografía porque nos muestra los distintos planos bien separados y nos evita la interposición de la sombra que puede provocar el cartilago tiroideo. Esta técnica complementa con gran ventaja, los datos que ofrece la proyección lateral. Se estudiará en esta zona, repetimos, el cáncer de la cuerda vocal y de los ventrículos. Su extensión en profundidad y especialmente la extensión descende hacia la subglotis.

En el ventrículo su extensión en profundidad puede ser también muy útil. Además existe un tipo de cáncer glótico anterior donde la radiografía es fundamental.

La proyección lateral de estos casos presta una gran utilidad.

Se trata de un tumor cuyo crecimiento intra-laríngeo llega a ser muy pequeño, propagándose rápidamente hacia afuera con invasión del cartilago tiroides, pudiendo ser interpretado como un tumor primitivo de la glándula tiroides. La radiografía lateral nos mostrará, en estos casos, cómo está destruido el borde anterior del cartilago tiroides cuando el tumor hace su invasión en esta zona y da lugar a la imagen «en pico de loro» formada por el fragmento que aún queda del borde anterior y del borde inferior del cartilago en su parte anterior.

Lo interesante en estos casos, es que la biopsia puede ser negativa repetidas veces y la radiografía será la que mostrará la extensión y tipo del proceso.

3. *Parte inferior o subglótica.*—Los tumores de esta zona o sea los subglóticos:

a) Anterior; b) Lateral; c) Posterior.

a) Anterior. La línea traqueal anterior se confunde con el ligamento crico-tiroideo del conocido espacio claro triangular. Cuando existe un tumor a ese nivel, esta línea es desplazada hacia atrás y ocupado, según su desarrollo parte o todo el espacio claro. Cuando el tumor se extiende hacia arriba desvía la línea oblicua de la epiglotis que termina en la comisura. Lo que se observa muy frecuentemente en estos casos, dado lo avanzado del proceso, cuando el enfermo consulta al especialista.

b) Lateral. El subglótico lateral se puede apreciar también como el anterior simplemente en la radiografía lateral. Pero es indudable que puede ser ocultado, cuando no está muy desarrollado hacia abajo, por la densidad del cartilago tiroideo, especialmente en la zona que más nos interesa o sea el borde inferior. La tomografía nos lo pondrá bien en evidencia mostrando toda su extensión hacia arriba y hacia abajo.

c) Posterior. El cáncer subglótico posterior es muy excepcional y se confunde con el espesamiento de las partes blandas prevertebrales, gotera faringo-laríngea.

Como conclusión de esta región que nos interesa, diremos que en los casos de cáncer subglótico anterior usaremos la radiografía lateral y en los cánceres subglóticos lateral preferimos la tomografía.

NEURO PSIQUIATRIA

Dr. Luis Riofrío G.

16-07-87
585

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

(Conclusión)

CUARTA PARTE

I

EL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH EN PERSONAS NORMALES

En primer lugar debemos indicar que el concepto de normalidad es bastante relativo y no podemos determinar en una forma exacta y matemática, pero se puede dentro de ciertos límites considerar un campo de normalidad fuera del cual se hace perceptible la anormalidad física o psíquica.

Bien, por estas circunstancias nosotros presentaremos como ejemplo algunos casos escogidos entre personas consideradas como mentalmente sanas y también como clínicamente sanas, es decir que no adolecen una enfermedad perceptible.

Hubiéramos también deseado en este caso tomar para nuestras investigaciones de personas normales a personas psicoanalizadas para estar seguros de que han desaparecido muchos conflictos que pueden interpretar las conclusiones de normalidad; pero esto no es posible en nuestro medio y además, aunque fuera posible llegaríamos a escoger quizá personas que por su excesiva normalidad den la apariencia

real de absolutamente diferentes a la mayoría, de tipos raros y aparentemente extravagantes y considerados más bien como personas anormales por su acentuada normalidad.

Por esta razón tomamos del grupo mayoritario de personas aquellas que serían consideradas por todas o la mayoría como normales y que en realidad diariamente las tratamos como tales.

El interés al presentar estos casos de aplicación del psicodiagnóstico a personas normales es simplemente el de facilitar la comparación de estos protocolos con los obtenidos de personas que adolecen de alguna enfermedad clínica, especialmente de aquellos grupos de entidades nosológicas en que se hacen presente con más frecuencia los factores psicógenos.

Antes de presentar a título de ejemplos unos dos o tres protocolos nuestros, analizaremos las características de normalidad que nos presenta en sus investigaciones Rorschach, Pascual de Roncal, Klopfer y otros más.

Se citan pues como condiciones de normalidad en la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach los siguientes:

1. Número de respuestas de 15 a 30.
2. Tiempo de reacción que da 20 a 30 minutos para 15 a 30 respuestas, según Rorschach y que tiene un valor de 0,70 minutos por respuesta $\left(\frac{T}{R}\right)$ según Stander.
3. No debe haber rechazo de lámina.
4. Ausencia de Shok cromático o Shok sombreado.
5. Debe insistir una determinada proporción entre las respuestas W-D-Dd que debe ser:

- | | | |
|----|---------------------|-----------------|
| a) | según Rorschach | 8W-23D-4Dd-1S |
| b) | » Beck | 6W-21D-4Dd a 1S |
| c) | » Pascual de Roncal | 6W-20D-4Dd |

Se han querido por estas disparidades de criterio considerar una determinada elasticidad en los límites y propor-

ción de estas respuestas, expresándolas más bien en forma de porcentajes que son:

$$W = 20 - 30 \%$$

$$D = 60 - 70 \%$$

$$Dd = 10 - 20 \%$$

6. Debe haber respuestas de espacios en blanco en un número que no exceda de 0 a 1 (S) para un número total de 25 a 30 respuestas.

7. Las respuestas F deben ser al 50 % del total, y de ellas al 75 % deben ser F (+).

8. La proporción entre respuestas M — FM — m debe ser

$$4M - 2FM - 1m = 4; 2 : 1$$

Proporción normal entre las respuestas FC — CF — C que es

$$4FC - CF - 0C$$

9. La fórmula vivencial debe ser

1. fórmula vivencial $M/C = 4M/4FC - 2CF$

2. » » (FM — m = debe estar de acuerdo con la primera.)

10. Las respuestas de las tres últimas láminas debe ser de 30 a 40 % del total de respuestas.

Rorschach nos presenta como ejemplos de normalidad tres casos que son:

a) Un caso de tipo normal medio

b) » » » » supranormal medio

c) » » » » infranormal medio

En ellos encontramos, comparativamente, los siguientes cálculos:

| | Tipo normal medio | Supranormal medio | Infranormal medio |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Nº. de resp. | 21 | 41 | 10 |
| W | 5 | 12 | 5 |
| D | 16 | 18 | 5 |
| Dd | — | 6 | tendencia a Do |
| S | — | 5 | |
| M | 4 | 6 | 0 |
| F | 14 (2—) | 29 (1—) | 9 (2—) |
| FC | 2 (1—) | 4 | 1 (1—) |
| CF | 1 | 2 | 0 |
| C | 0 | 0 | 0 |
| contenido | | | |
| H | 4 (+) | 6 | 1 (+) |
| Hd | 1 (+) | 3 | 0 |
| A | 9 (8+) | 11 (1—) | 4 (+) |
| Ad | 3 (+) | 9 | 1 (+) |
| Veg | 1 (+) | 3 | — |
| Obj | 1 (—) | 6 | — |
| orn | 1 (+) | 1 | — |
| Fuego | 1 | — | — |
| Anat | — | 2 | 4 (—) |
| F+ | 86 % | 97 % | 78 % |
| A | 57 % | 49 % | 50 % |
| O+ | 5 % (+) | 41 % | 20 % |
| Apperc | W-D | W-D-Dd-S | DW-D |
| Suc | óptima rigidez | suelta | ? |

| Tipo vivencial | 4M/2FC+1CF+0C | 6M/4FC+2CF+0C | 0M/1FC |
|----------------|---|--|-------------------------------------|
| | Hay más introversión | + introversión | extratensión |
| Afectividad | Estable equilibrada buena adaptación (1CF) (2FC) (4M) | Algo inestable buena adaptación (2CF) (4FC) (6M) | regular adaptación (0CF) (1FC) (0M) |
| Inteligencia | Buena (21R-5W) Concreto, práctico 5W-16D | Buena (41R-12W) Abstracto Oposiciónista | Baja (10R-5W) |

Los resultados obtenidos por Rorschach para las personas normales coinciden en gran parte con los resultados obtenidos por algunos autores latinoamericanos.

En nuestras investigaciones de algunos casos normales

hemos podido encontrar también resultados que coinciden en gran parte con los datos presentados anteriormente. En vía de ejemplos presentamos a continuación dos de nuestros casos, en los cuales podemos apreciar los siguientes resultados:

PROTOCOLO DE UN CASO NORMAL

| Nº. de Lám. | Nº. de Resp. | | Localización |
|-------------|--------------|---|---------------------|
| I | 1 | El Esfenoídes | WF + Ana |
| | 2 | Mariposa | WF + A |
| | 3 | Alas | DF + Ad |
| | 4 | Un escudo | WF + Obj. |
| II | 5 | Dos Payasos danzando | WM + H |
| | 6 | Dos hombres saludando | WM + H |
| | 7 | Un par de ositos bailando... | WM + H |
| III | 8 | Unos dos saloneros que se hacen reverencias..... | DM + H |
| | 9 | Dos alas de mariposa | DFC + Ad |
| IV | 10 | Un gorro frigio..... | DFC + Obj. |
| | 11 | Columna vertebral | WF + Ana |
| V | 12 | Un par de botas | DF + Obj. |
| | 13 | Murciélago | WF + A |
| VI | 14 | Una cruz | DF + Obj. |
| | 15 | Una hoja de árbol | WF + Veg. O |
| | 16 | Una piel de animal..... | WF _c + A |
| VII | 17 | La vulva | DF + Sex |
| VIII | 18 | Dos animales | DF + A |
| | 19 | La médula..... | DdF + Ana O |
| IX | 20 | Una pintura de acuarela..... | WCF + Art. |
| | 21 | La cabeza de un venado... | DF + Ad |
| X | 22 | Una araña | DF + A |
| | 23 | Cabeza de conejo | DF + Ad |
| | 24 | Frutas de un árbol..... | DF + Veg. |
| | 25 | Parece una escultura..... | DdF + Art. |
| | 26 | Parte del aparato respiratorio que ha sido preparado como material didáctico para una clase de Anatomía | DF + Ana |
| | 27 | Una isla en un Continente mitológico | DdF + Geog. |

FORMULA

| | | |
|---------------------------------------|--|----------|
| R : 27 | T : 20' | t : 0,74 |
| F : 19 | H : 4 | Obj: 4 |
| W : 11 | M : 4 | Hd : 0 |
| D : 13 | FC : 2 | A : 5 |
| Dd : 3 | CF : 1 | Ad : 3 |
| W ⁰ / ₀ : 40,7 | FC : 1 | Ana: 4 |
| D ⁰ / ₀ : 48,1 | | Geo: 1 |
| Dd ⁰ / ₀ : 12,5 | | |
| Modo de App. W—D—Dd. | M/C : 4/2 | |
| Sucesión.... ordenada | FM—m | |
| Tipo de Vivencia: 4M/2FC—1CF—0C | c—Cn | : 0/1 |
| | (R en VIII—X) ⁰ / ₀ : 35 | |

Conclusiones: Se trata de una persona de sexo masculino de 27 años de edad, estudiante de Medicina, inteligencia buena, de tipo predominantemente abstracto y con un buen poder de creatividad. La afectividad se halla perfectamente estabilizada (4M con 2FC y sólo una CF). El tipo de vivencia es introversivo. No se encuentra elementos de anormalidad en el Psicograma.

2º—PROTOCOLO DE UN CASO NORMAL

| Nº. de Lám. | Nº. de Resp. | Localización |
|-------------|--------------|--|
| I | 1 | Parece una mujer.....:DF + H |
| | 2 | Esto que está aquí parece una pirámide.....:DF + Geo.O |
| | 3 | Aquí veo esto que parece un árbol.....:DF + Veg.O |
| | 4 | Estos como árboles pero están hacia abajo; si ponemos la lámina al revés, queda bien.....:DdF+ Veg |
| II | 5 | Esto parece un mechón de fuego:DFC+ Fue |
| III | 6 | Aquí parece unos dos hombres que están lavando algo.....:DM + H P |
| | 7 | Esto es un lazo.....:DFC+ Obj. |
| | 8 | Esto parece una lora.....:DFC+ A |

| Nº. de Lám. | Nº. de Resp. | Localización |
|-------------|--------------|--|
| IV | 9 | Parece un onímal, un mono :WF + A |
| | 10 | Parece las patas del mono ...:DF + Hd |
| V | 11 | Una mariposa:WF + A |
| | 12 | Esto parece un cóndor.....:DF + A |
| | 13 | O una pirámide, pero está dividida:DF + Geom |
| VII | 14 | Que parece esto? Parece perro:DF + A |
| | 15 | Una forma de animal o mujer:DF + H |
| VIII | 16 | Aquí veo una especie de fantasma:DM + H O |
| IX | 17 | Esto que está aquí parece un paraguas:DF + Obj. O |
| | 18 | Un espacio medio azulado que parece agua.....:SC' + Agu. |
| | 19 | Y esto parece el vestido de una mujerWCF— Ves. |
| X | 20 | Aquí veo unos hombres apostados en un posteDM + H |
| | 21 | Aquí está la cara de un animal, un conejo DF + Ad |

FORMULA

| | | |
|--------------------------------------|--------|----------|
| R : 21 | T : 24 | t : 1,1 |
| W : 3 | F : 13 | H : 5 |
| D : 16 | M: : 3 | Hd : 0 |
| Dd : 1 | FC : 3 | A : 7 |
| S : 1 | CF : 1 | Ad : 2 |
| W ⁰ / ₀ : 14,3 | | Obj : 3 |
| D ⁰ / ₀ : 71,4 | | Veg : 2 |
| Dd ⁰ / ₀ : 4,7 | | Geo : 1 |
| | | Geom : 1 |
| | | Fue : 1 |

Modo de App. WD M/C : 3/2,5
 Sucesión. Ordenada FM -m
 Tipo de Viv... 3M/3FC-1CF c-Cn : 0/1

Conclusiones: Caso normal de inteligencia media, ambigüal sana, de buen humor; buena adaptación afectiva. La inteligencia es de tipo predominantemente práctico.

Se trata de una mujer de 24 años, con instrucción primaria, casada, trabaja en comercio, es de buen humor:

SINTESIS ESQUEMATICA DE LOS RESULTADOS

| | Tipo normal Instruc. Prim. | Tipo normal universit. |
|--------------------------------|--|---|
| R | 21 | 27 |
| W | 3 | 11 |
| D | 16 | 13 |
| Dd | 1 | 3 |
| S | 1 | — |
| M | 3 | 4 |
| F | 13 | 19 |
| FC | 3 | 2 |
| CF | 1 | 1 |
| H | 5 | 4 |
| Hd | — | — |
| A | 7 | 5 |
| Ad | 2 | 3 |
| Veg. | 2 | 2 |
| Obj. | 3 | 4 |
| Ana | — | 4 |
| Fue | 1 | — |
| F+ ⁰ / ₀ | 84 | 100 |
| A ⁰ / ₀ | 42,8 | 29,6 |
| O+ ⁰ / ₀ | 14,2 | 14,8 |
| Mod. de App. Sucesión | W-D Orden. | W-D-Dd Orden. |
| Tipo de viven. Afectividad | 3M/3FC+1CF Estable, equilibrada buena adaptación. | 4M/2FC+1CF Perfectamente es- tabilizada y equi- brada. |
| +Inteligencia | Mediana, de tipo práctico | Inteligencia predo- minantemente abs- tracta. |

II

EL DIAGNÓSTICO MIOKINÉTICO EN PERSONAS NORMALES

Hemos dicho ya que no es posible considerar la normalidad como un límite exacto, preciso, sino que se puede tomar como casos normales aquellos que oscilan entre ciertos límites más o menos amplios de acuerdo con los datos obtenidos de algunos autores, podemos señalar como límites de normalidad las siguientes cifras de desviación en las diferentes líneas originales.

KINETOGRAMA LINEAL

1. *Tamaño lineal* Puede variar en:

Mano derecha 7,2 m m.
Mano izquierda 7,8 m m.

2. *Desviación primaria*

| | SAGITALES | HORIZONTALES | VERTICALES |
|----------------|-----------|--------------|------------|
| Hombres | m m | m m | m m |
| Mano derecha | 14 | 14 | 14 |
| Mano izquierda | 13,5 | 16 | 15,5 |
| Mujeres | | | |
| Mano derecha | 13,5 | 13 | 15 |
| Mano izquierda | 13 | 15 | 16 |

3. *Desviación secundaria*

Hombres 4,5
Mujeres 5

Los Zig-Zags

| | HOMBRES | | MUJERES | |
|--------------------------|---------|-------|---------|-------|
| | M. D. | M. I. | M. D. | M. I. |
| 1. Tamaño mínimo | 3 | 2,5 | 2,5 | 2,5 |
| 2. Tamaño máximo | 6 | 5 | 5 | 5 |
| 3. Angulo mínimo | 17 | 24 | 14 | 20 |
| 4. Angulo máximo | 19 | 23 | 19 | 21 |
| 5. Desviación primaria | 27 | 28 | 28 | 28 |
| 6. Desviación secundaria | 6 | 6 | 6,5 | 7 |
| | mm | mm | mm | mm |

Las escaleras

| | | | | |
|------------------------|----|----|----|----|
| 1. Desviación primaria | 15 | 15 | 18 | 16 |
|------------------------|----|----|----|----|

Los círculos

| | | | | |
|--------------------------|----|------|----|----|
| 1. Desviación primaria | 14 | 13,5 | 17 | 15 |
| 2. Desviación secundaria | 8 | 18 | 9 | 9 |

Las cadenas

| | | | | |
|------------------------|----|----|----|----|
| 1. Desviación primaria | | | | |
| a. Cadena sagital | 24 | 24 | 24 | 25 |
| b. Cadena vertical | 24 | 23 | 24 | 25 |

Las paralelas

| | | | | |
|--------------------------|----|----|----|----|
| 1. Desviación primaria | 33 | 32 | 32 | 31 |
| 2. Desviación secundaria | 9 | 8 | 10 | 8 |

Las U

U verticales

| | | | | |
|--------------------------|----|------|----|----|
| 1. Desviación primaria | 24 | 19,5 | 23 | 22 |
| 2. Desviación secundaria | 12 | 12,5 | 13 | 12 |

U sagitales

| | | | | |
|------------------------|----|----|----|----|
| 1. Desviación primaria | 23 | 20 | 20 | 18 |
|------------------------|----|----|----|----|

Además de lo señalado, es posible encontrarse también en casos normales con ciertas modificaciones en los tamaños de los trazados, así como en la forma de los mismos, todo lo cual debe desde luego hallarse dentro de los límites prudentiales.

Presentamos a las personas normales a quienes corresponden los protocolos del Psicodiagnóstico de Rorschach presentados anteriormente.

RESULTADOS OBTENIDOS CON EL P. M. K. EN LOS CASOS
NORMALES PRESENTADOS ANTERIORMENTE

KINETOGRAMAS

| TAMAÑO LINEAL | PRIMER CASO | | SEGUNDO CASO | |
|------------------------------|-------------|-------|--------------|-------|
| | M. D. | M. I. | M. D. | M. I. |
| 1. <i>Sagitales</i> | 40 mm | 36 mm | 32 mm | 28 mm |
| 2. <i>Horizontales</i> | 32 mm | 36 mm | 39 mm | 36 mm |
| 3. <i>Verticales</i> | 33 mm | 37 mm | 42 mm | 42 mm |

DESVIACION PRIMARIA

1. *Sagitales*

| | | | | |
|-------------|-------|-------|--------|--------|
| a. Adelante | 16 mm | 12 mm | ... mm | ... mm |
| b. Atrás | ... | ... | 6 | ... |

2. *Horizontales*

| | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| a. Afuera | ... | 3 | 2 | 15 |
| b. Adentro | ... | ... | ... | ... |

3. *Verticales*

| | | | | |
|-----------|-----|---|-----|-----|
| a. Arriba | ... | 9 | ... | ... |
| b. Abajo | 0 | 9 | 9 | 13 |

DESVIACION SECUNDARIA

1. *Sagitales*

| | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| a. Adentro | 4 | ... | ... | ... |
| b. Afuera | ... | 5 | ... | 3 |

2. *Horizontales*

| | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|
| a. Arriba | 4 | 4 | ... | 4 |
| b. Abajo | ... | ... | ... | ... |

3. *Verticales*

| | | | | |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| a. Adentro | 5 | ... | 6 | ... |
| b. Afuera | ... | ... | ... | 4 |

III

RESULTADOS DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH EN LAS PSICOPATIAS Y NEUROSIS

Sabemos ya después de todos los estudios realizados en el Psicodiagnóstico de Rorschach que los resultados obtenidos son diferentes a las personas normales en los enfermos psiquiátricos de algún tipo de Psicosis. Sabemos también que los datos que señalan normalidad se alteran mucho más cuando más disgregada se halla la personalidad.

Además, los resultados obtenidos por cada tipo de enfermedad mental constituyen rasgos característicos que encaminan hacia el diagnóstico.

En nuestros casos, se trata de enfermedades de Clínica General que no podrían ser tomadas en ningún momento como enfermedades mentales, pero que indudablemente por relacionarse con factores psicógenos traen consigo alteraciones de la Personalidad o también aunque su etiología misma no sea Psicógena lleva concomitantemente a las alteraciones orgánico funcionales disturbios de la Personalidad.

Sabemos por otra parte que existen tipos de Personalidad que sin caer en el campo netamente patológico de la enfermedad mental, constituyen Personalidades anormales, es decir no se hallan tampoco dentro de los límites de normalidad, como sucede en las Personalidades Psicopáticas.

Así mismo encontraremos casos en que un factor psicológico puede desencadenar enfermedades que al mismo tiempo que tienen sus manifestaciones en la esfera psíquica se expresan también por alteraciones en el campo orgánico, como ocurre con las neurosis que pueden ser como hemos estudiado al comienzo de este trabajo, psiconeurosis y órgano neurosis.

Sirviéndonos de estas observaciones hemos creído conveniente en primer lugar sistematizar los resultados obtenidos mediante la aplicación del Rorschach en las Psicopatías y en las neurosis porque nos parece que las modificaciones de la Personalidad que se presentan en las personas que adolecen de una enfermedad de la Clínica General pueden tener muchos puntos de contacto con las obtenidas en las personas psicopatas y neuróticas.

Los resultados que se han obtenido en las Psicopatías podemos resumir en los siguientes términos:

1. El número de respuestas variable.
2. En cuanto al tiempo de reacción, éste puede estar aumentado para las láminas coloreadas o muy oscuras, es decir hay la presencia de shok cromático o shok sombreado, aunque este signo es más característico en las neurosis.
3. El rechazo de láminas se hace con una relativa frecuencia.
4. El tipo de apercepción que comunmente se observa es W — D — S.
5. Sucesión relajada.
6. El porcentaje de (F+) % es variable, pero casi siempre por debajo del 75%.
7. Las respuestas de color también varían bastante; pero la presencia de predominio de CF y C sobre las FC, así como la presencia de Cn nos indican una Personalidad Psicopática.
8. Las buenas respuestas M son en un número muy reducido en relación al alto número de respuestas W, con las cuales debería guardar una proporción directa. Hay con frecuencia respuestas FM y Fc.
9. Se encuentra con frecuencia las respuestas de claro-oscuro del tipo KF y K, a tal punto, que se ha creído que éste es el principal factor para diagnosticar una psicopatía, como ocurre con las psicopatías distímicas.
10. Se encuentra además respuestas S que indican tendencia oposicionista y son tanto más numerosas cuanto más aumente la asociabilidad. Pero si junto a las S hay también FK igualmente numerosas es señal de un caso en que el sujeto actúa en su ambiente social con un deseo imperioso de ser comprendido por él.
11. Puede también encontrarse respuestas anatómicas, las cuales como hemos dicho antes, cuando no corresponden a tipos profesionales que estudian Anatomía, corresponden a los tipos Hipocondríacos.

En síntesis, en estos casos es necesario presentar gran atención a las respuestas claro-oscuro, de color de espacio en blanco, así como a la relación entre W y M, al rechazo de las láminas y presencia de respuestas anatómicas.

Los resultados obtenidos por el Psicodiagnóstico de Rorschach en los casos de neurosis son también en forma resumida los siguientes:

1. Número de respuestas en pequeño, en general podemos decir que es menor de 25 y especialmente la disminución del número de respuestas se presenta en las láminas de color.

2. Shok cromático, que es característico de las neurosis, sin que podamos decir por esto que podamos diagnosticarla por este único elemento.

3. Shok sombreado que así como el chok cromático constituye un signo de enorme importancia en el diagnóstico, de las neurosis.

4. Rechazo de láminas que es frecuente.

5. Tipo de apercepción.

6. Las respuestas F sobrepasan el 50% del total de respuestas.

7. Las respuestas CF sobrepasan a las FC y éstas no pasan de dos respuestas. Además hay exclamaciones y comentarios de emotividad, irritabilidad, ansiedad en los casos de respuestas de color.

Hay presencia de respuestas Cn y una incapacidad de combinar la forma al color.

8. Una acentuada pobreza de respuestas M (O—) y más bien hay predominio de FM.

9. Se observa la presencia de respuestas de claro-oscuro, las que a diferencia de las Psicopatías son más bien del tipo FK, pudiendo haber también desde luego KF y a veces K.

10. Hay la presencia de respuestas S, que indican las tendencias oposicionistas y de ciertas neurosis.

11. También puede haber la presencia de respuestas anatómicas que son signo de los tipos hipocondríacos.

Es posible descubrir en las neurosis, mediante el análisis de ciertas respuestas, la existencia de algunos complejos, lo cual puede ayudar en parte para el tratamiento, pero en estos casos lo más aconsejado e importante resulta emplear el método Psicoanalítico que constituye un método específico para el estudio de esta clase de alteraciones.

IV

RESULTADOS DEL P M K EN LAS PSICOPATÍAS Y NEUROSIS

Los resultados obtenidos por el P M K se caracteriza en términos generales por las siguientes condiciones para las Psicopatías:

1. Deformación de los trazados de la mano izquierda.
2. Caída del trazado vertical por debajo del extremo inferior de la línea modelo, lo cual es característico de las depresiones.

3. Avance sagital de la mano derecha y de la izquierda que demuestran gran agresividad.

4. Avance horizontal.

5. Disminución de tamaño de los trazados en el lineograma que indican una personalidad coartada o empuqueñecida.

6. Puede presentarse alguna desviación axial en el Kinetograma o entrecruzamiento de las paralelas, así como reversiones en el Zig-zag o escalera, lo cual nos indica tendencia a una profunda alteración, se presenta en la Personalidad Esquizoide, con tendencia a la Esquizofrenia.

7. Diferencias en la fuerza con que se asienta el lápiz para los trazados de la mano derecha y de la mano izquierda, siendo de menor fuerza para la izquierda en ciertos casos de Personalidades sensitivas.

8. Desviación primaria y desviación secundaria considerables en la mitad de los casos.

9. Pérdidas momentáneas en la dirección de los Zig-zags y escaleras.

10. Pérdida de la forma y regularidad de los escalones en el trazado de las escaleras.

En las neurosis y en ciertas Personalidades orientadas por la existencia de ciertos conflictos ambientales, tenemos que señalar como características las siguientes:

1. Deformación de los trazados en la mano derecha.

2. Caída del trazado vertical, especialmente en la mano derecha que es característico de la depresión psicógena.

3. Entorpecimiento de los trazados verticales hacia arriba.

4. Desviación hacia afuera de los trazados de la mano derecha en el caso de los Zig-Zags y de las paralelas egipcias.

5. Agrandamiento de los trazados realizados con la mano derecha; lo cual es signo de ansiedad.

6. Cuando se presenta descenso vertical, introversión horizontal y avance sagital o agresividad estamos frente al denominado por César Coronel «Enfoque paranoico».

7. Puede haber reversiones en los Zig-Zags, especialmente cuando existen conflictos que terminan las llamadas Esquizofrenias reactivas.

V

CASUÍSTICA

Los casos que vamos a presentar a continuación se refieren a enfermos de Clínica General, tomados de nuestros diferentes medios hospitalarios y cuya procedencia la señalamos con el número correspondiente de la ficha o Historia Clínica.

Los enfermos tomados por nosotros pueden ser catalogados en casilleros generales que comprenderían los siguientes grupos de enfermedades:

1. Enfermedades clínicas del tubo digestivo, que comprenda úlcera péptica y colitis,

2. Enfermedades Clínicas del sistema Cardio-vascular, entre los cuales hemos tomado: Neurosis cardíaca, hipertensión esencial, trastornos vasculares.

3. Enfermedades alérgicas, entre ellas el asma bronquial.

4. Tuberculosis pulmonar.

5. Enfermedades nerviosas y endócrinas.

He creído que todos estos grupos de enfermedades tomadas por nosotros se caracterizan según varias teorías de la Clínica Médica, por estar determinadas por factores psicógenos desencadenantes, como ocurre en el úlcus, en la colitis inespecífica, en el asma bronquial etc., y existir en otros concomitantemente trastornos psíquicos, como ocurre en la tuberculosis, en las enfermedades nerviosas etc.

En todo caso nuestro interés radica al realizar esta investigación, en observar cuales son las modificaciones que se producen en la personalidad de estos enfermos, que hemos creído que indudablemente existe en mayor o menor grado.

Este interés nuestro puede servir para una orientación mejor y más completa en el tratamiento de dichas enfermedades, ya que estando determinada la enfermedad por factores de índole psicógeno o existiendo en general una alteración de la Personalidad se debería indudablemente realizar junto al tratamiento médico correspondiente la Psicoterapia aconsejada para cada caso.

Es, sin embargo, muy difícil llegar a establecer conclusiones definitivas con tan pocos casos y por esta razón expresaremos, que nuestro afán consiste tan sólo en dar los resultados de nuestras investigaciones y expresar las conclusiones en forma provisional hasta que la práctica nos ayude a establecer en el futuro lo que definitivamente sea de valor clínico.

Pero al realizar esta investigación nos quedamos satisfechos por despertar el interés necesario para esta clase de trabajos que indudablemente marcan en el mundo entero el nuevo rumbo de la Medicina. No pretendo que mi trabajo sea perfecto, pero siento la honda satisfacción de haberlo realizado con la proligidad debida y haber llegado a adquirir cariño hacia la investigación.

Antes de presentar los protocolos del Psicodiagnóstico de Rorschach y los Kinetogramas del P M K correspondientes a nuestros casos investigados, me permitiré hacer una pequeña síntesis respecto al criterio actual sobre la etiología que determina las diferentes entidades clínicas tomadas por nosotros.

ULCERA GASTRO DUODENAL

Conrocoux, señala haber encontrado mediante el examen clínico de 7.000 enfermos, un 0,4% de ulcerosos. Luego Stewart, fundamentándose en protocolos de más de 4.000 autopsias, señala que existe un 10% de ulcerosos y más tarde Edward Weiss indica en su Medicina Psicosomática

que de 1.500 casos de dispépticos, el 15% eran ulcerosos. Todo ello nos prueba que la úlcera constituye un alto porcentaje entre las enfermedades clínicas y su porcentaje aumenta en proporción directa con las complicaciones de la vida.

El mayor porcentaje de úlceras se encuentra en personas jóvenes y según algunos autores se halla más en hombres que en mujeres.

Asimismo otro dato curioso constituye el que el porcentaje de úlceras haya aumentado en el hombre europeo en los años 1914-1918 y posteriormente aumentó también la frecuencia en la segunda Guerra Mundial, especialmente entre los aviadores quienes al regreso de los bombardeos regresaban con procesos ulcerosos.

En cuanto a la etiología de la úlcera gastro-duodenal se ha invocado varias causas, entre las cuales tenemos:

1. Inflammaciones microbianas o amicrobianas.
2. Teoría vascular.
3. Traumática.
4. Química.
5. Hipovitamínica.
6. Endócrina.
7. Alérgica.
8. Neuógena.
9. Psicógena.

Los procesos inflatorios, tanto de origen microbiano como amicrobianos han sido interpretados como causas de úlcera, fundamentándose en que se han encontrado en las autopsias de individuos que han fallecido a consecuencia de una infección.

Los infartos arteriales debidos a trombos, embolías u otros factores y que se produzca a nivel del estómago o del duodeno, pueden producir la necrosis de la zona irritada por dicha arteria, se desprende esa porción y se produce la úlcera. Esta teoría muy sugestiva desde el punto de vista teórico resulta muy alejada de la realidad, ya que puede llegar a suspenderse el 90% de la irrigación del estómago sin que se presente una necrosis.

Los traumatismos que por su violencia determina roturas del estómago en la mucosa; pero se ha observado que aunque se produzcan hemorragias, se cicatrizan en poco tiempo.

En cuanto a la teoría Química, se acepta el hecho comprobado por Claudio Bernard de que el jugo gástrico es susceptible de digerir tejidos vivos y si esto no sucede en forma general en el estómago se debe a la protección que este tiene mediante el moco secretado por el epitelio, pero existe ocasiones en que la cantidad de moco disminuye o se produce jugo gástrico en abundancia y esto determina la formación de la úlcera.

Otra teoría se fundamenta en una deficiencia de vitaminas y especialmente la vitamina C que es protectora de los epitelios, lo cual determina el que pueda el jugo gástrico atacar con facilidad y determinar la úlcera.

Hay una teoría endócrina en la que intervienen como elementos causantes de la úlcera las secreciones internas.

La teoría alérgica cree que la úlcera péptica es un trastorno alérgico desencadenante frente a diferentes alérgenos.

La teoría Neurógena cree que el factor determinante de la úlcera es de tipo nervioso, especialmente del neuro vegetativo; al excitar el vago, éste determina la mayor actividad secretoria del jugo gástrico, lo cual trae consigo el ataque a la mucosa gástrica tanto más que produce una contractura espasmódica del esfínter pilórico que impide que la acción alcalina del jugo intestinal neutralice la acción del jugo gástrico y debido también a que tiene que neutralizar el químo ácido que llega al duodeno.

Por fin, la Medicina Psicosomática ha podido mediante el Psicoanálisis encontrar que la úlcera es determinada por factores Psicógenos, determinados principalmente por una fijación de tipo oral hacia la madre.

Según el criterio de algunos autores como Franz Alexander, investigador del Instituto Psicoanalítico de Chicago; Raskowsky y sus colaboradores de la Escuela Argentina, Angel Garma y Pichón Riviere, etc. podemos sintetizar esta teoría etiológica de la siguiente manera: Durante la infancia existió un apego demasiado intenso del hijo a la madre, una especie de sometimiento acentuado que impidió el libre desarrollo de su Personalidad; así por ejemplo la madre por su

actitud de dominio, impide el libre desarrollo social del niño frente a sus amigos y compañeros; todo esto junto a la enorme preocupación de la madre por las comidas y funciones excrementicias del niño determina una orientación Edípica que lleva hacia la fijación oral en la madre, que se transforma en la seductora del niño. Esta fijación acarrea consigo una pasividad del niño que no le permite equipararse a sus compañeros de escuela y con el fin de conseguir vencer dicha pasividad realizan grandes esfuerzos que unas ocasiones dan resultados positivos y otras no.

Así surge el conflicto entre actividad y pasividad, que caracteriza a la Personalidad del ulceroso. En efecto, estos enfermos son tipos que asoman aparentemente con una actividad inquieta, queriendo conseguir superación y una posición viril, pero tras de esto se halla la pasividad que lleva en ocasiones hacia la homosexualidad.

El ulceroso tiene imposibilidad de satisfacer sus instintos y de enfrentarse a las circunstancias del ambiente porque esto le asusta; sin embargo realiza un esfuerzo compensatorio queriendo vencer el conflicto, pero como no puede hacerlo en totalidad emprende una retirada y halla como representante de las circunstancias exteriores a los alimentos y lucha contra ellos sin poderlos vencer, viene la hiperfunción gástrica, que tan poco vence, siguiendo luego una hipofunción y los trastornos ulcerosos producidos por los nervios tróficos. Esto es que la agresión del ambiente es para él, igual que alimentos dañinos.

COLITIS

En cuanto a la Colitis debemos de conceptuarla como una inflamación aguda o crónica que puede tomar todo el intestino grueso o algún segmento del mismo.

La etiología de la Colitis puede constituir un agente específico, que generalmente es del tipo parasitario, o tratarse de una colitis no específica.

Las colitis específicas, tiene su agente etiológico determinado por los exámenes de Laboratorio.

La colitis inespecífica es en cambio una inflamación no específica que se ha tratado en muchas ocasiones de confun-

dirla o asimílarle a la disenteria bacilar o amebiana; las reacciones serológicas son negativas y no ha sido posible el determinar ningún agente mediante el Laboratorio.

La colitis inespecífica, tanto llamada colitis mucosa o Colón irritable, como la colitis ulcerosa tienen que ver como agentes de gran valor en su producción a los agentes psicógenos.

Algunos autores aceptan los factores psicógenos en el caso de la Colitis mucosa, pero lo desechan para la colitis ulcerosa por no creer que un factor de esta índole sea capaz de producir ulceraciones. Pero sin querer creer que sólo un factor psicógeno exclusivamente puede determinar la colitis ulcerosa inespecífica, hacemos aquí presente la forma como se produce la úlcera gastroduodenal por una acción preponderante de los factores emocionales.

La diferencia que radica entre el ulceroso y el Colítico según la Escuela Psicoanalítica consiste en que el ulceroso trata de acometer grandes empresas aunque se encuentre sin poderlas dirigir, recibiendo las agresiones externas, del medio ambiente en forma masoquista y produciéndose a través de sus nervios tróficos la úlcera gastro-duodenal, por esto que en la última guerra mundial muchos aviadores se dirigían con la decisión para las grandes empresas, pero regresaban a ser presas de un cuadro ulceroso que según las investigaciones diagnósticas alcanzó un enorme porcentaje. Esto que sucede con el ulceroso no sucede con el colítico, en el que las diarreas son una manifestación de angustia y un deseo de sometimiento; sin que tengan importancia las tendencias agresivas.

El colítico se halla dominado por la fobia, el miedo, el terror y la angustia expresada en sus despeños diarreicos, alternados por fases de estreñimiento que constituyen manifestaciones de defensa secundarias, y es por esto que algunos colíticos que aumentan su tensión reteniendo sus diarreas, sienten un gran alivio cuando ellas se manifiestan.

TUBERCULOSIS PULMONAR

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad determinada por el Bacilo de Koch indudablemente. Pero este factor

no es el único que produce la enfermedad, como ha creído la Medicina Clásica, sino que además es necesario considerar un factor constitucional y más aún factores de carácter emocional o sea factores psicógenos.

Efectivamente, se ha encontrado una enorme frecuencia de neurosis entre los tuberculosos y se ha creído que esta neurosis se produce como consecuencia de la tuberculosis, pero la verdad parece que la neurosis es anterior a la tuberculosis. Por ejemplo, uno de los caracteres determinados por la neurosis es la superficialidad de la respiración, la misma que favorece como se puede comprender la infección tuberculosa. Así mismo la angustia producida por las neurosis determina constantes perturbaciones del reposo y el sueño, lo cual favorece también al desarrollo de la tuberculosis, al emblanquecimiento y pérdida de peso. Todo esto como se ve favorece al desarrollo de la tuberculosis y en su desarrollo van sumándose nuevos síntomas neuróticos o intensificándose los ya existentes.

Otro aspecto interesante en cuanto a los factores emocionales constituyen las fobias a la tuberculosis que aparecen en personas tratadas de esta enfermedad y también en personas que no han padecido nunca de ella.

ASMA

El asma ha sido conocida desde mucho tiempo atrás y se caracteriza por disnea recurrente que se presenta en accesos y en los que la fase espiratoria se halla prolongada, Willis ha definido diciendo que no se trata sólo de una obstrucción de los bronquios, sino que hay alteraciones pulmonares y de los nervios correspondientes.

En cuanto a la etiología del asma, lo mismo que en el caso de la úlcera péptica ha variado notablemente a través del tiempo y así por ejemplo para Hipócrates y Galeno constituía una alteración de los humores.

En nuestra época se acepta para el asma la existencia de factores predisponentes y determinantes, siendo los primeros fundamentalmente de carácter hereditario y los segundos de carácter alérgico.

Entre los factores alérgicos o alérgenos pueden hallarse unos de carácter exógeno, como polvo de habitación, alimento, medicamentos, agentes físicos o químicos y otros de carácter endógeno, como parásitos, bacterias y productos bacterianos, agentes nerviosos y humorales.

Pero a pesar de todo lo señalado no es posible considerar al asma como asequible a una fácil clasificación semiológica ya que en verdad lo más común es encontrar una polialergia y más aún hay casos en los que el tratamiento antialérgico no da los resultados apetecidos y a estos casos se los ha agrupado en un casillero con la denominación de «asma esencial».

Entre los asmáticos se ha encontrado también mediante las investigaciones psicológicas y psiquiátricas la existencia de numerosas neurosis, pero se ha creído como para otras enfermedades que estos trastornos neuróticos se debían o eran consecuencia del asma.

La escuela Psicoanalítica ha ayudado notablemente en esta investigación y ha demostrado mediante la Psicoterapia que esta enfermedad se halla determinada por la existencia de factores emocionales.

Es muy fácil darse cuenta cómo el asmático exagera su cuadro, atrayendo de esta manera la atención de quienes le rodean e impresionando en forma semejante al de la Histeria.

El ataque de asma se produce debido al temor de pérdida del amor maternal o al peligro de separación de la madre. Representa un grito de ansiedad o rabia reprimido, frente a una separación física de la madre, o sustitutiva de la figura maternal o aunque no sea a la separación real sería (y con más frecuencia) debido a los conflictos que surgen por la indecisión entre la tendencia a adherirse a la madre y el peligro de alejamiento debido a una necesidad o tentación a que se halla expuesto el paciente.

APARATO CARDIOVASCULAR

El aparato cardiovascular es uno de los que con más frecuencia presenta síntomas diversos como palpitaciones, taquicardia, arritmia, sensación de opresión y angustia, etc.,

sín que junto a esta sintomatología se encuentren trastornos orgánicos. En estos casos, así como en otros en que se encuentra aún trastornos orgánicos se ha encontrado como elementos de enorme valor los factores psicógenos.

Los factores o elementos emotivos tienen grande importancia e influjo sobre el sistema Cardiovascular a tal punto que hasta ha sido motivo de observaciones y expresiones vulgares que hacen alusión a dicha interrelación, como las frases «Corazón de piedra» o «El corazón rebozante de alegría» o «Amar con todo el corazón», etc.

Estas expresivas frases, del «lenguaje de los órganos» como manifiesta Weiss ha servido a la Medicina Psicósomática para su estudio de las enfermedades Cardiovasculares en relación con los factores emotivos.

Por tales razones creemos también que la Personalidad del enfermo del sistema Cardiovascular debe presentar caracteres completamente diferentes a los de la Personalidad Normal y nuestro interés radica en encontrar cuáles son tales características, ya en este grupo de enfermedades, como en los anteriormente citados.

G. Q.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: N^o. 6755 A.

Diagnóstico Clínico y Radiológico: Úlcera Péptica.

Hombre de 39 años, nacido en Santander, Profesor.

La enfermedad se inicia ocho años atrás, según el enfermo, quien señala haber tenido largos periodos de buena salud seguidos de periodos dolorosos cortos, en los que predominaba el ardor, que se presentaba después de la ingestión de alimentos, sin que pueda el enfermo precisar en forma exacta el horario en el día y periodicidad en el tiempo a los que hace alusión vagamente.

Cincuenta días antes de ingresar al servicio, se le presenta por primera vez hematemesis, sin causa aparente. Posteriormente a este caso se le presenta dolor punzante, en puñalada en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin irradiaciones; este dolor es periódico y con horario en el día presentándose después de una hora más o menos de la ingestión de alimentos. Existe, además, la presencia de Melenas.

Ocho días después de la primera hematemesis, se presenta una segunda hema-emesis y como el dolor persiste, decide ingresar al servicio.

Se le presentan como síntomas adicionales, náusea y vómito alimenticio, meteorismo, anorexia, astenia e insomnio.

En el servicio le realizan todos los exámenes complementarios de rutina y entre ellos el examen Radiológico que da un diagnóstico positivo de úlcera péptica.

Aunque he señalado anteriormente que no es posible presentar en mis trabajos la anamnesis ambiental por no poder completarla mediante Psicoanálisis, como hubiera deseado, debo señalar que he podido descubrir que la presencia de hematesis coincidía con la existencia de conflictos familiares que hacían sospechar en una fijación oral.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | |
|--------|------|---------------------------------------|---|
| W | : 1 | W ⁰ / ₀ =3,3 | Número de respuest.=32 |
| D | : 13 | D ⁰ / ₀ =43,3 | Duración de la prue.=25' |
| Dd | : 5 | Dd ⁰ / ₀ =16,6 | Tiempo de la reacc.=0,78 |
| S | : 13 | S ⁰ / ₀ =43,3 | Modo de Aperc.=D-Dd-S |
| F+ | : 7 | F+ ⁰ / ₀ =53,8 | Sucesión=Relajada |
| F- | : 21 | F- ⁰ / ₀ =65,6 | Tipo de vivencia= |
| C | : 1 | A ⁰ / ₀ =6,6 | OM/OFC + 70CF + 1C |
| CF | : 7 | H ⁰ / ₀ =3,3 | M/C=0,8,5 |
| K | : 1 | O+=4 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}=0/0$ |
| KF | : 1 | O-=7 | $\frac{H+A}{Hd+Ad}=2/1$ |
| Hd | : 1 | O+ ⁰ / ₀ : 12,5 | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R}=31$ |
| A | : 2 | | |
| Anat | : 10 | | |
| Sex | : 1 | | |
| Geom.: | | | |
| Man | : 4 | | |
| San | : 5 | | |
| Air | : 2 | | |
| Esp | : 5 | | |

DEDUCCIONES

LIGERO SHOCK SOMBREADO Y CROMATICO.

Modo de APP.=D-Dd-S. (1W-13D-5Dd-13S).

Este Modo de App. se presenta con frecuencia en algunas Psicopatías y Neurosis.

SUCESION.—Relajada.—Tipo de sucesión demuestra falta de perseverancia en las actividades provechosas y fecundas.

TIPO DE VIVENCIA.—OM/OFC + 7CF + 1C.—

Por el gran predominio de CF y C y ninguna M, se trata de un tipo de vivencia extratensivo egocéntrico.

El bajo número de respuestas globales (W), así como el bajo porcentaje de formas bien vistas (F+) y el porcentaje de originales con predominio de (O-) nos indican que estamos frente a una persona de un nivel intelectual más bien bajo. Habiendo un predominio de inteligencia de tipo práctico y con tendencia a las minucias y pequeños detalles.

El porcentaje de respuestas de forma en general (F⁰/₀) se halla elevado sobre el (50⁰/₀ normal).

La Afectividad es de tipo inestable (OM) inadaptada (OFC) irritable, lábil y egocéntrica. (Predominio de CF y C). Las respuestas S alcanzan un alto porcentaje, lo que de muestra las tendencias oposicionistas del sujeto, aún contra su propio (YO). Un 40⁰/₀ de Ana, demuestra tendencia hipocondríaca. Hay respuesta de sangre y Manchas (36,6⁰/₀). Shock al color rojo etc., son signos que se presentan generalmente en la Neurosis.

S. B. R.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: No. 1589 Ch,

Diagnóstico: Úlcera Péptica.

Hombre de 51 años.

La enfermedad se manifiesta con un dolor a nivel del epigastrio, con irradiación hacia el hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo. El dolor es en puñalada, con sensación de quemazón y es continuo. Hematemesis, Melenas.

No puede precisar desde que tiempo atrás comenzó la enfermedad, pero dice que algunos meses que viene sintiendo esta sintomatología.

Hace un mes ingresó a este mismo servicio, pero estando en tratamiento antiulceroso abandona el servicio.

Ingresó al servicio por la persistencia del dolor y la presencia de melenas y hematemesis.

En el servicio le realizan los exámenes complementarios pudiéndose descubrir en ellos una linfocitosis y una cloruremia de 7,02.

En el examen Radiológico, si bien no se alcanza a localizar nicho ulceroso, en cambio el bulbo es pequeño y deformado.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|
| W | : 4 | W ^o / _o | : 12,5 | Número de Respuestas | : 32 |
| D | : 22 | D ^o / _o | : 7 | Duración de la Prueba | : 25' |
| Dd | : 5 | Dd ^o / _o | : 15,5 | Tiempo de Reacción | : 0,78 |
| S | : 1 | S ^o / _o | : 3,1 | Modo de Apercepción | : W--D--Dd |
| F+ | : 16 | F ⁺ / _o | : 66,6 | Sucesión Relajada | |
| F- | : 7 | F ⁻ / _o | : 75 | Tipo de vivencia | IM/IFC+ICF± |
| M | : 1 | A ^o / _o | : 40 | MC = | 1/3 |
| FM | : 2 | H ^o / _o | : 34,3 | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 3/2$ | |
| m | : 1 | O+ | : 28 | $\frac{H}{Hd} \frac{A}{Ad} = 11/12$ | |
| C | : 1 | P ^o / _o | : 3,12 | | |
| CF | : 1 | | | | |
| FC | : 1 | | | | |
| Fc | : 1 | | | | |
| K | : 1 | | | | |

H : 3
Hd : 8
A : 8
Ad : 4
Anat : 1
Arq : 1
Nub : 1
Abs : 1
Mus : 1
Agu : 1

(Nº. de R en VIII—X) 100
R = 34,3

DEDUCCIONES

SHOK SOMBREADO Y SHOK CROMATICO.

Modo de App : W—D—Dd (4W—23D—5Dd).

Inteligencia baja y de tipo práctico.

Sucesión Relajada, que representa una labilidad afectiva.

Tipo de vivencia IM/IFC + ICF + IC así como el 34,3% de R—VIII—X% demuestran una tendencia a la extratensión O+ y 15% y O—12% representa, junto con F+%, un tanto bajo y la disminución de W una inteligencia baja, esto prueba también la 1 sola M.

La existencia de 1M a la vez 2FM presenta falta de creatividad y predominio de impulsos primitivos y además hay en las (M) una expresión de tendencias represivas las cuales junto con la presencia de K y el predominio de Hd sobre H hablan en favor de una Personalidad que tiende hacia la neurosis, a la cual se añade el shok cromático que presenta en VI y VIII respectivamente y que comienza a manifestarse con el shok al rojo que se presenta en la 2 con una respuesta de sangre, en relación con una honda preocupación por su «YO», por su enfermedad.

T. F.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica:

Diagnóstico: Ulcera Péptica.

Hombre de 36 años.

Dolor difuso de pequeña intensidad de localización epigástrica, pirosis, eructos, vómitos, sensación de pesantez gástrica, meteorismo. El dolor es periódico en el tiempo con horario en el día.

El dolor comenzó con su localización epigástrica desde hace unos diez años. Este dolor calma con la ingestión de alimentos o alcalinos.

Los períodos de calma duran más o menos dos meses y el período doloroso unos 15 días.

La última vez se presentó el dolor a consecuencia de una ingestión de alcohol; en esta vez va acompañado de vómito, pesantez, meteorismo, angustia precordial, sensación de ahogo, palpitaciones, todo lo cual dura al rededor de 15 días.

Cloruremia = 7,60.

Proteínas = 9,5 gr. ‰.

El examen Radiológico señala la presencia de pliegues estriados, líquido residual; la kinesia aumentada en los primeros momentos y retardada después; tendencia a tomar aspecto de cubeta; retención alimenticia hasta después de 24 horas; paso de la comida baritada al duodeno se hace en pequeñas cantidades.

En síntesis hay estenosis pilórica por úlcus del bulbo duodenal y hay dilatación gástrica.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCGACH

| | | | | | |
|------|-----|-------------------|--------|--------------------------------|--------|
| W | : 5 | W ^{0/0} | : 50 | Número de Respuestas | : 10 |
| D | : 5 | D ^{0/0} | : 50 | Duración de la Prueba | : 10' |
| F+ | : 5 | F+ ^{0/0} | : 71,4 | Tiempo de Reacción | : 1' |
| F- | : 2 | F ^{0/0} | : 70 | Modo de Apercepción | : W-D |
| FC | : 2 | A ^{0/0} | : 20 | Sucesión Ordenada | |
| KF | : 1 | O+ | : 30 | Tipo de vivencia | OM/2FC |
| Hd | : 5 | P ^{0/0} | : 10 | | |
| A | : 2 | | | MC = | 0/1 |
| Anat | : 1 | | | | |
| RX | : 1 | | | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'} =$ | 0/0 |
| Rel | : 1 | | | | |

$$\frac{H \ A}{Hd \ Ad} = 2/5$$

DEDUCCIONES

AUSENCIA DE SHOK CROMATICO Y SHOK SOMBREADO

Modo de App : W-D (5W-5D).

Sucesión : Ordenada.

Tipo de vivencia : OM/2FC=0/1 Coartativo.

El 30% de O con 20% de O— demuestran junto con el pequeño número de W y la ausencia de M, una inteligencia baja, hay además pobreza de contenido.

Por el bajo número de respuestas, la ausencia de M, la presencia de KF, el tipo de vivencia coartativo la una sola respuesta de color, pobreza de contenido y la angustia demostrada por el predominio absoluto de Hd sobre H podemos hablar una Personalidad que sin ser neurótica presenta algunos de los caracteres.

C. S. B.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N.º. 2814.

Fecha de ingreso: 19—VI—51.

Diagnóstico: Úlcera Péptica.

Hombre de 31 años.

La enfermedad comienza desde hace unos tres meses con dolor epigástrico lento, soportable y que se irradia hacia la espalda y región lumbar; se acompaña el dolor, de meteorismo, náusea, vómitos esporádicos, hiperacidéz no constante.

Señala el enfermo que hace 8 años sufrió ya de este dolor localizado en el epigastrio, pero sin que acompañen el resto de síntomas.

Señala que el dolor se presentaba con horario y cierta periodicidad, pero que después ha desaparecido por un tiempo y el enfermo no llegó a darle mayor importancia.

Ultimamente también existió horario en el día hasta hace tres semanas en que se presenta diarrea, con seis deposiciones diarias, que se acentúa por la noche y van acompañadas de pintas de sangre y moco.

En el servicio se realiza exámenes complementarios de sangre, orina, coproparasitarios sin hallar datos de importancia.

El examen Radiológico da un diagnóstico de proceso ulceroso del duodeno.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|--------------------------|---------------|
| W | : 5 | W ⁰ / ₀ | : 13,8 | Número de Respuestas | : 35 |
| D | : 12 | D ⁰ / ₀ | : 33,3 | Duración de la Prueba | : 18' |
| Dd | : 4 | Dd ⁰ / ₀ | : 13,8 | Tiempo de Reacción | : 0,5 |
| S | : 12 | S ⁰ / ₀ | : 37,1 | Modo de Apercepción | W—D—Dd—S |
| F+ | : 8 | F+ ⁰ / ₀ | : 77,7 | Sucesión | Desordenada |
| F— | : 16 | F ⁰ / ₀ | : 68,8 | Tipo de vivencia | OM/OFC+1CF+6C |
| C | : 6 | A ⁰ / ₀ | : 17 | M/C | = 0/10 |
| CF | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 5,8 | FM + m | = 0/0 |
| Cn | : 3 | O+ | : 2 | Fc+c+C' | = 0/0 |
| K | : 1 | O— | : 0 | H A | = 5/2 |
| H | : 1 | O+ ⁰ / ₀ | : 5,8 | Hd Ad | = 5/2 |
| Hd | : 1 | | | (Nº. de R en VIII—X) 100 | = 37,1 |
| A | : 4 | | | R | |
| Ad | : 2 | | | | |
| Veg | : 1 | | | | |
| Geom | : 1 | | | | |
| Man | : 19 | | | | |
| Rel | : 1 | | | | |
| Nub | : 1 | | | | |
| Abs | : 2 | | | | |

DEDUCCIONES

LIGERO SHOK CROMÁTICO

Modo de APP. W—D—Dd—S. (5W—12D—5Dd—12S.

Sucesión. Desordenada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+1CF+6C.

Extratensivo egocéntrico.

El bajo porcentaje de Originales, junto al pequeño número de W indican inteligencia baja; el alto porcentaje de formas positivas significa en este caso un estado de depresión.

La ausencia de M y FC en contraste con la abundancia de respuestas CF y C (6C) nos demuestra una Afectividad irritable, con falta de adaptabilidad e inestable. Hay además la presencia de respuestas S (37,1⁰/₀). Existe la presencia de una respuesta K que denota el estado de angustia marcado y de tendencias represivas. Estos caracteres junto al shock cromático, al alto porcentaje de respuestas de forma, etc. son signos de anormalidad muy semejantes a los que presentan algunas neurosis. Se comprende pues que no se trata de una persona con su psiquismo normal.

A. S.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N°. 1771.

Diagnóstico: Úlcera Péptica y Parasitosis Intestinal.

Edad 54 años.

Hace más o menos dos años comenzó la enfermedad con un dolor lento localizado en el hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo con irradiación lumbar; el dolor es continuo en el día; este dolor tuvo una duración de 8 días, después de los cuales calmó con ingestión de medicamentos. Desde entonces sólo se ha presentado un nuevo episodio doloroso caracterizado por ser post-prandial precoz. El enfermo amanecía calmado y una hora después del desayuno se presentaba el dolor que le duraba dos horas; se calmaba durante la nueva ingestión de alimentos y una hora después aparecía nuevamente el dolor que le duraba de dos a cuatro horas; luego el enfermo dormía tranquilo con excepción de los días que ingería por la tarde carne o arroz en la comida, en cuyo caso el dolor persistía hasta el día siguiente, aliviándose ligeramente con el desayuno.

Desde hace dos meses viene acompañándose el dolor de pirosis, náusea, vómito que cuando se presenta calma el dolor y la pirosis, diarreas, siete deposiciones al día que es media blanquecina y espumosa, otras veces amarillenta, olor fétido, consistencia líquida, esto duró 8 días.

En los exámenes complementarios podemos encontrar:

En el examen Radiológico, signos de úlcera, manifiestos por un bulbo duodenal grande y de forma irregular.

En los exámenes coproparasitarios hay presencia de huevos de anquilostoma y tricocéfalo.

Los demás exámenes no dan datos patológicos.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|----|------|-----|--------|-----------------------|-------------------------|
| W | : 3 | W% | : 21,4 | Número de Respuestas | : 14 |
| D | : 9 | D% | : 64,2 | Duración de la Prueba | : 20 |
| Dd | : 2 | Dd% | : 14,2 | Tiempo de Reacción | : 1,4 |
| F+ | : 12 | F+% | : 85,7 | Modo de Apercepción | : W-D Dd |
| F- | : 2 | F-% | : 100 | Sucesión Ordenada | |
| H | : 2 | A% | : 71,4 | Tipo de vivencia | OM ₄ OFC+OCF |
| Hd | : 2 | H% | : 28,5 | | |
| A | : 10 | O+ | : 7,1 | | |
| | | P% | : 14,2 | | |

$$\frac{H \quad A}{Hd \quad Ad} = 12/2$$

$$\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 42,8$$

J. E.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N°. 2990.

Fecha de ingreso: 29—VI—51.

Diagnóstico: Úlcera Duodenal y Glomerulonefritis.

Edad 34 años.

La enfermedad comenzó desde hace 6 años, con dolor localizado en el punto vesicular. Intervienen quirúrgicamente en enero 5 de 1949, con lo cual se sintió calmado durante un año, después del cual comienza un síndrome retencionista. Desde hace 6 meses comienza un dolor lento en el epigastrio con irradiación al flanco y a la espalda.

Los exámenes complementarios no nos revelan datos de ningún valor, con excepción de la Radiografía, en la que constata la presencia de una úlcera duodenal.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓETICO DE RORSCHAUH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|---|---------------|
| W | : 5 | W ^o / _o | : 8,9 | Número de Respuestas | : 56 |
| D | : 20 | D ^o / _o | : 35,7 | Duración de la Prueba | : 30' |
| Dd | : 18 | Dd ^o / _o | : 32,1 | Tiempo de Reacción | : 0,5 |
| S | : 2 | S ^o / _o | : 3,5 | Modo de Apercepción | : D—Dd |
| F+ | : 22 | F+ ^o / _o | : 61,1 | Sucasión Relajada | |
| F— | : 14 | F— ^o / _o | : 64,2 | Tipo de vivencia | 1M/1FC+1CF+6C |
| M | : 1 | A ^o / _o | : 32,1 | M/C | = 1/10,5 |
| C | : 6 | O+ ^o / _o | : 35,7 | | |
| CF | : 1 | P ^o / _o | : 3,5 | | |
| FC | : 1 | C' ^o / _o | : 5,3 | $\frac{FM + m}{Fc+c+C'} = 1/3$ | |
| Cn | : 1 | | | | |
| C' | : 3 | | | | |
| K | : 2 | | | $\frac{H A}{Hd Ad} = 16/10$ | |
| FK | : 1 | | | | |
| Hd | : 8 | | | | |
| A | : 16 | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 19,3$ | |
| Ad | : 2 | | | | |
| Anat | : 6 | | | | |
| Sex | : 1 | | | | |
| Obj | : 6 | | | | |
| Geog | : 1 | | | | |
| Avi | : 1 | | | | |
| Car | : 1 | | | | |

Nudo : 1
San : 1
Hum : 1
Abs : 1
Espa : 1
Man : 1

DEDUCCIONES

LIGERO SHOK CROMÁTICO

Modo de App : D—Dd (5—20 D—18Dd—2S).

Sucesión : Relajada.

Tipo de vivencia: 1M/1FC+1CF+6C: Extratensiva egocéntrica.
Alto 0% 35,7% con 14,3% de O— nos indica junto a la 5W y 50D y así mismo el F+0% disminuido que se trata de una inteligencia media y de tipo práctico.

1 solo M y 10,5 C representa labilidad e inestabilidad, e irritabilidad afectivas.

El 3,5% de S señala una tendencia oposicionista; el predominio absoluto de Hd sobre H que denotan angustia, así como las respuestas K y FK.

Todo esto junto a un ligero Shock cromático hace pensar en una Personalidad con carácter de neurosis, o con una tendencia hacia ella.

N. C.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N°. 2152.

Diagnóstico: Úlcera Duodenal.

Edad 21 años, agricultor. soltero.

Hace dos meses más o menos a raíz de una ingestión de alcohol se presenta una epigastralgia que desaparece sin medicación después de cinco horas.

Permanece en calma durante cinco días y se presentó luego dolor epigástrico, lento que ha persistido hasta hoy.

El dolor es anárquico, se presenta antes o después de las comidas, sin ningún horario en el día e intensificándose cuando hay fermentaciones intestinales. A veces se presenta náusea y vómito pero no llegan a modificar el dolor.

El examen somático se encuentra entre el apéndice xifóides y el ombligo una tumoración redondeada, tamaño de una mandarina, de consistencia blanda, se reduce fácilmente.

En el examen Radiológico se encuentra úlcus duodenal. Los demás exámenes de rutina, coproparasitario, de sangre, serológicos, de orina, etc. no nos dan datos patológicos de valor.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|-------------------|------|-----------------------|-------------|
| W | : 2 | W ^{0/0} | : 8 | Número de Respuestas | : 25 |
| D | : 10 | D ^{0/0} | : 40 | Duración de la Prueba | : 15' |
| Dd | : 7 | Dd ^{0/0} | : 28 | Tiempo de Reacción | : 0,6 |
| S | : 6 | S ^{0/0} | : 24 | Modo de Apercepción | D—Dd—S |
| F+ | : 14 | F+ ^{0/0} | : 93 | Sucesión | Desordenada |
| F— | : 1 | F ^{0/0} | : 60 | Tipo de vivencia | 1M/1FC+OCF |
| M | : 1 | A ^{0/0} | : 32 | | |
| FC | : 1 | H ^{0/0} | : 24 | | |
| Cn | : 1 | O+ | : 1 | | |
| C' | : 5 | O— | : 1 | | |
| K | : 1 | O+ ^{0/0} | : 4 | | |
| H | : 14 | | | | |
| Hd | : 2 | | | | |
| A | : 5 | | | | |
| Ad | : 3 | | | | |
| Geom | : 3 | | | | |
| Abs | : 2 | | | | |
| Man | : 6 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK CROMÁTICO

Modo de App. D—Dd—S (2W—10D—7Dd—6S).

Es un tipo de apercepción que se presenta más comunmente en las Psicopatías o neurosis.

Sucesión. Desordenada.

Tipo de vivencia. 1M/LFC+OCF. Coartativo.

El bajo número de W denota ausencia de inteligencia abstracta; además por la falta de originalidad y la ausencia de respuestas M, podemos decir que nos hallamos frente a una persona poco inteligente y de inteligencia práctica, con predominio de los detalles y las minucias. El alto porcentaje de F+^{0/0} en este caso significa antes que un índice de inteligencia más bien un estado de depresión.

Las respuestas S se hallan en alto porcentaje (24^{0/0}) y representan las tendencias oposicionistas del sujeto aún contra su propio «Yo» y una autodesconfianza. La presencia de K denota un estado de angustia del sujeto.

A estos caracteres se añadirían también la presencia del Shock cromático, el aumento de F^{0/0} sobre lo normal. Pero por la falta de otros muchos caracteres no podemos considerar como un caso

típico de neurosis, sino tan sólo señalar que esta Personalidad presenta caracteres muy semejantes a ella.

J. S.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: N°. 4988 C.

Diagnóstico: Úlcera Gástrica.

Hombre de 55 años, trabaja como peón.

Hematemesis, epigastralgia que se irradia hacia los flancos e hipocondrios.

Desde hace 18 meses comenzó la enfermedad con una epigastralgia intensa irradiada hacia los flancos e hipocondrios, que se presenta con periodicidad en el tiempo y horario en el día y desaparece por la ingestión de alimentos o infusiones.

Hace un año ingresa a este mismo servicio por la sintomatología señalada, en donde es tratado como un ulceroso.

Desde hace un mes, el dolor es diario y con horario en el día según indica el enfermo. Además se presenta una hematemesis, sin causa aparente y es violenta, lo cual determina un ingreso a este servicio.

En un examen histológico del jugo gástrico se encuentra gran cantidad de pícitos, numerosos hematíes, células granulosas abundantes; no hay células carcinomatosas.

Los demás exámenes de laboratorio son normales, con excepción de la Radiografía.

Radilógico: la úlcera se halla en la curvatura menor del estómago.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|-----------------------|---------------|
| D | : 13 | D ^o / _o | : 48,1 | Número de Respuestas | : 27 |
| Dd | : 8 | Dd ^o / _o | : 29,6 | Duración de la Prueba | : 25' |
| Do | : 1 | S ^o / _o | : 18,5 | Tiempo de Reacción | : 0,9 |
| S | : 5 | F ⁺ / _o | : 23,5 | Modo de Apercepción | D - Dd - S |
| F+ | : 4 | F ^o / _o | : 62,9 | Sucesión | Relajada |
| F--- | : 13 | A ^o / _o | : 3,7 | Tipo de vivencia | OM/OFC+3CF+4C |
| C | : 4 | H ^o / _o | : 29,6 | MC | : 0/9 |
| FC | : 3 | O | : 4,0 | | |

K : 2
 H : 0
 Hd : 8
 A : 1
 Anat : 6
 Med : 3
 San : 2
 Abs : 4
 Hum : 1
 Jug : 1

$$\frac{FM+m}{Fc+c+C} = 0/1$$

$$\frac{H A}{Hd Ad} = 1/8$$

$$\frac{(\text{N}^\circ. \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 18,5$$

DEDUCCIONES

SHOCK SOMBREADO.

Modo de App. D—Dd—S (OW—13D—8Dd—5S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+3CF+4C. Extratensiva egocéntrica.

Hay ausencia de W o sea de pensamiento abstracto; un bajo porcentaje de originalidad y de tipo negativo que indica una baja inteligencia y humor deprimido. El bajo porcentaje de F+⁰/₀, corrobora en el septimo del bajo índice intelectual.

La ausencia de M y FC y en cambio la abundancia de CF y C indican una afectividad lábil, irritable, inestable. El 18,5⁰/₀ de respuestas S nos representa las tendencias oposicionistas del sujeto.

Hay presencia de angustia, manifestada por las respuestas K y por el predominio de las respuestas de contenido Hd sobre las de contenido H.

V. M. G.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: N^o. 5672 C.

Diagnóstico: Ulcera Duodenal.

45 años, prensista.

Dolor permanente en flanco e hipocondrio derechos, con irradiación a todo el abdomen. Este dolor tiene una duración de 8 a 15 días y se presenta cada mes o cada dos meses. Además astenia, anorexia, calofrios, constipación.

Esta enfermedad comenzó hace unos 15 años, pero los síntomas eran tan lentos que el enfermo no daba ninguna importancia y sólo desde hace unos ocho meses se acentúa la sintomatología y se presenta náusea y vómito que calma el dolor, estreñimiento y meteorismo.

En el examen Radiológico se consta que el bulbo duodenal se halla fuertemente deformado y ligeramente doloroso a la palpación. El estómago es retencionista.

El examen coproparasitario señala la presencia de huevos de tricocéfalo.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|--|------------|
| W | : 6 | W ⁰ / ₀ | : 27,2 | Número de Respuestas | : 22 |
| D | : 14 | D ⁰ / ₀ | : 63,6 | Duración de la Prueba | : 15' |
| Dd | : 1 | Dd ⁰ / ₀ | : 4,5 | Tiempo de Reacción | : 0,6 |
| S | : 1 | S ⁰ / ₀ | : 4,5 | Modo de Apercepción | : W—D |
| F+ | : 5* | F+ ⁰ / ₀ | : 35,7 | Sucesión. Ordenada | |
| F— | : 9 | F ⁰ / ₀ | : 63,6 | Tipo de vivencia | 1M/2FC+2CF |
| M | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 31,8 | M/C | : 1/3 |
| CF | : 2 | H ⁰ / ₀ | : 22,7 | | |
| FC | : 2 | O+ | : 2 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/2$ | |
| Fc | : 2 | O— | : 2 | | |
| H | : 2 | O+ ⁰ / ₀ | : 9 | $\frac{H A}{Hd Ad} = 9/3$ | |
| Hd | : 3 | | | | |
| A | : 7 | | | | |
| Anat | : 9 | | | | |
| Veg | : 1 | | | $\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 45,4^*$ | |

DEDUCCIONES

Modo de App. W—D (6W—14D—1Dd—1S).

Sucesión. Ordenada.

Tipo de vivencia. 1M/2FC+2CF.

Una inteligencia de tipo práctico (por predominio de D). La capacidad intelectual disminuída (por Bajo F+⁰/₀ y O⁰/₀).

Se obtiene una sola respuesta M y 2CF que demuestra un predominio de las C sobre las M, prueba de una inestabilidad afectiva y además encontramos la presencia de factores francamente patológicos. El predominio de respuestas de contenido Hd sobre las de contenido H nos indica en este caso un ligero estado de angustia. Encontramos además un alto porcentaje de respuestas de contenido Ana que puede significar una tendencia hipocondríaca.

Todos los caracteres señalados nos hacen ver que no se trata por lo menos de una Personalidad perfectamente normal.

C. M.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: N^o. 6778 A.

Diagnóstico: Úlcera Péptica.

Hombre de 41 años, Profesor.

Dolor localizado en la parte superior y media del epi-

gastro, sin ninguna irradiación. Al comienzo fué un dolor irregular, acompañado de náusea y vómito en pequeña cantidad, pero posteriormente el dolor se hace periódico en el tiempo y con horario en el día.

La enfermedad comenzó desde hace unos siete años, en que se presenta un dolor en el epigastrio, sin ninguna irradiación; el dolor desaparece por el vómito.

Al comienzo de la enfermedad, el dolor se presentaba sin ninguna regularidad y desaparecía espontáneamente, pero desde cuatro años acá, el dolor adquiere periodicidad en el tiempo y horario en el día.

El dolor se presenta en el mes de marzo de cada año y le dura hasta julio o agosto, con períodos de ligera calma, desde este tiempo el dolor desaparece o disminuye de intensidad hasta dejar de preocuparle al enfermo.

El dolor en el día se presenta a las 11 a. m.; a las 4 o 5 p. m. y a las 12 de la noche, el cual dura más o menos una media hora y desaparece con el vómito que es alimenticio.

Examen Radiológico: El estómago presenta una pequeña cantidad de líquido en ayunas y engrosado el relieve de la mucosa gástrica y duodenal, deformación duodenal.

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|-----|--------------------------------|--------|--|-----------------|
| W | : 3 | W ⁰ / ₀ | : 20 | Número de Respuestas | : 15 |
| D | : 9 | D ⁰ / ₀ | : 60 | Duración de la Prueba | : 25' |
| Dd | : 1 | Dd ⁰ / ₀ | : 6,6 | Tiempo de Reacción | : 1,66 |
| S | : 2 | S ⁰ / ₀ | : 33,3 | Modo de Apercepción | : W-D-S |
| F+ | : 8 | F+ ⁰ / ₀ | : 80 | Sucesión | : Relajada |
| F— | : 2 | F— ⁰ / ₀ | : 66,6 | Tipo de vivencia | : OM/1FC+OCF+1C |
| FM | : 2 | A ⁰ / ₀ | : 13,3 | M/C | : 0/1,5 |
| C | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 13,3 | | |
| FC | : 1 | O+ | : 3 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 2/0 |
| FK | : 1 | O+ ⁰ / ₀ | : 20 | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 7/0 |
| H | : 2 | | | | |
| A | : 5 | | | | |
| Obj | : 1 | | | | |
| Geog | : 1 | | | | |
| Abs | : 1 | | | | |
| Cam | : 1 | | | | |
| Veg | : 1 | | | | |
| Rel | : 1 | | | | |
| | | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R}$ | = 26,0 |

DEDUCCIONES

SHOCK SOMBREADO.

Modo de APP.—W—DS (3W—9D—Dd—2S)

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. —OM/1FC+OFC+1C. Extratensiva adaptativa.

La ausencia de las M denota falta de creatividad y la existencia de 1C se halla en parte equilibrada por la presencia de una FC, lo cual indica una buena capacidad adaptativa de la Afectividad. Hay un buen porcentaje de respuestas de espacios en blanco (13,3% de S) lo cual denota las tendencias oposicionistas del sujeto y a la vez hay la presencia FK que denota un esfuerzo del sujeto por adaptarse, en actitud prudente y escrupulosa. Además hay presencia de Shock sombreado en IV y VI y de Shock cromático.

Véase también aquí como se presentan caracteres que a primera vista podrían hacer pensar en alguna de las neurosis, pero que sin embargo no es posible dar un diagnóstico definitivo de tal.

L. R. G.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: No. 2678.

Diagnóstico: Úlcera Duodenal.

Hombre de 30 años, casado, picapedrero.

Hace seis meses se presenta piálorrea intensa que duró dos meses, y se curó mediante tratamiento médico. Desde hace un mes se presenta epigastralgias sin irradiación. El dolor es post-prandial y se presenta más o menos dos horas después de la ingestión de alimentos; meteorismo que se hacía presente especialmente las mañanas.

Vómito alimenticio, de sabor ácido que tenía la característica de calmar el dolor.

El examen Radiológico nos da un proceso ulceroso duodenal, con deformación del bulbo.

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHAGH

| | | | | | |
|------|-----|--------------------------------|--------|---|-------------|
| W | : 3 | W ⁰ / ₀ | : 27,2 | Número de Respuestas | : 11 |
| D | : 6 | D ⁰ / ₀ | : 54,5 | Duración de la Prueba | : 16' |
| Dd | : 2 | Dd ⁰ / ₀ | : 18,1 | Tiempo de Reacción | : 1,4 |
| F+ | : 6 | F+ ⁰ / ₀ | : 60 | Modo de Apercepción | : W—D—Dd |
| F— | : 4 | F ⁰ / ₀ | : 90 | Sucesión | . Ordenada. |
| K | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 45,4 | Tipo de vivencia | OM/OFC+OCF |
| Hd | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 9,9 | M/C | = 0/0 |
| A | : 5 | O+ | : 2 | H | A |
| Obj | : 1 | O— | : 1 | $\frac{Hd}{Ad} = 5/1$ | |
| Veg | : 1 | O+ ⁰ / ₀ | : 12 | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 18,1$ | |
| Geog | : 1 | | | | |
| Mas | : 1 | | | | |
| Nub | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK CROMÁTICO Y SHOCK SOMBREADO.

Modo de App. W—D—Dd (3W—6D—2Dd).

Sucesión. Ordenada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF. Coartada.

El enfermo comienza por un rechazo de la lámina I y luego da una respuesta simbólica de máscara, como queriendo esconder su Personalidad.

El bajo número de W, así como el bajo porcentaje de originalidad (27⁰/₀ de O—) y de respuestas O— y también el bajo porcentaje de formas bien vistas, nos indica que se trata de una persona con pobreza intelectual y con un estado de depresión. Hay también presencia de K, aunque no sería posible señalar como caracterizando este protocolo.

Además hay otros rechazos de las láminas, así como también la presencia de Shock cromático.

L. T.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: N^o. 565.

Diagnóstico: Colitis.

Mujer de 45 años, empleada de correos.

Dolores de tipo cólico que iniciándose en el epigastrio se irradian hacia todo el abdomen inferior; pirosis, náuseas, meteorismo, malestar general, intolerancia para las grasas, constipación, anorexia y astenia.

Unos tres años atrás fué sometida a una intervención quirúrgica de Colectomía, de la cual salió completamente mejorada; pero a los pocos días de haber vuelto a sus ocupaciones habituales se presentan dolores violentos de tipo cólico localizados en el epigastrio y que se irradian hacia todo el abdomen. Estos dolores no tienen ni periodicidad en el tiempo ni horario en el día y calman a veces espontáneamente. Estos dolores van acompañados de náusea sin vómito. En estas condiciones es sometida la enferma a un reposo de dos meses, después de lo cual mejora y vuelve a sus ocupaciones habituales.

Después de un año de esto vuelve a presentarse la sintomatología acentuándose el meteorismo y el estreñimiento y presentándose períodos de diarrea con numerosas deposiciones diarias de color amarillento y fétidas, anorexia y astenia muscular.

Los exámenes complementarios señalan una eosinofilia con 45 eosinófilos. Coproparasitario.

Examen Radiológico: Estómago, duodeno, intestino delgado sin alteración.

Ciego adherido en su base, situación bastante baja; apéndice no opacificado.

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|-----|-----|--------------------------------|--------|-----------------------------|------------|
| W | : 2 | W ⁰ / ₀ | : 33,3 | Número de Respuestas : | 6 |
| D | : 4 | D ⁰ / ₀ | : 66,6 | Duración de la Prueba : | 15' |
| F+ | : 4 | F+ ⁰ / ₀ | : 80 | Tiempo de Reacción : | 2,5 |
| F- | : 1 | F ⁰ / ₀ | : 83 | Modo de Apercepción : | W-D |
| FM | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 83 | Sucesión. Algo desordenada. | |
| A | : 5 | H ⁰ / ₀ | : 0 | Tipo de vivencia | OM/OFC+OCF |
| Veg | : 1 | P ⁰ / ₀ | : 2 | | |

M/C = 0/0

$$\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/0$$

$$\frac{H \ A}{Hd \ Ad} = 5/0$$

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 33,3$$

DEDUCCIONES

Modo de App. W—D (2W—4D).

Sucesión. Desordenada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF. Coartada.

El pequeñísimo número de respuestas así como la falta de originalidad, la baja calidad de respuestas, la pobreza de contenido indican el déficit intelectual; el alto porcentaje de respuestas F+⁰/₀ indica, como en otros casos, un estado de depresión.

Además nos encontramos con respuestas FM, que indican el predominio de los impulsos instintivos. Tenemos también la presencia de un alto porcentaje de respuestas A (83⁰/₀) y que representa en este caso una depresión del humor.

El rechazo de láminas, la sucesión desordenada, vivencia coartada, ausencia de respuestas M y presencia de FM; depresión por el elevado F+ y A⁰/₀ son caracteres que sacan a esta Personalidad del campo normal.

S. V.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N^o. 3365.

Hombre de 45 años.

Refiere el enfermo que hace unos treinta años sintió un dolor tipo cólico en el epigastrio, el cual no tiene horario en el día; se irradió a los flancos y región lumbar; además se acompaña de náusea, vómito que al comienzo es blanco y espumoso y más tarde es amarillento, verdoso o café.

Desde entonces ha venido sufriendo además de diarrea que en ocasiones han sido abundantes y numerosas (veinte deposiciones al día) y que disminuyen con las medicaciones, la diarrea es amarillenta, espumosa, con moco y a veces sangre, tiene pujo y escalofríos.

Además señala que tiene palpitations cardíacas y estados de angustia y opresión precordial.

El paciente ha enflaquecido mucho. Su profesión ha sido militar y músico.

A la palpación se encuentra el marco colónico muy doloroso y se aprecia que se presenta como una cuerda tensa, espástica.

En el coproparasitario no se encuentra nada patológico; hay ligera linfocitosis y eosinofilia ligera (8). Serológicos negativos.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| W : 2 | W ⁰ / ₀ : 12, | Número de Respuestas : 14 |
| D ⁰ / ₀ : 10 | D ⁰ / ₀ : 62,5 | Duración de la Prueba : 25' |
| Dd : 2 | Dd ⁰ / ₀ : 12,5 | Tiempo de Reacción : 1,5 |
| S : 2 | S ⁰ / ₀ : 12,5 | Modo de Apercepción : W—D—Dd—S |
| F+ : 14 | F+ ⁰ / ₀ : 93,3 | Sucesión : Relajada |
| F— : 1 | F ⁰ / ₀ : 93,7 | Tipo de vivencia : OM/OFC+OCF+1C |
| Hd : 1 | A ⁰ / ₀ : 18,7 | M/C : 0/1,5 |
| C : 1 | H ⁰ / ₀ : 6,2 | |
| A : 3 | O+ : 1 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C} = 0/0$ |
| Anat: 8 | P ⁰ / ₀ : 1 | |
| San : 1 | | $\frac{H A}{Hd Ad} = 3/1$ |
| Rel : 1 | | $\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 44,4$ |

DEDUCCIONES

Modo de App. W—D—Dd—S (2W—10D—2Dd—2S)
 Sucesión. Relajada.
 Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF+1C.—Coartativo.

El bajo porcentaje de originalidad, con sólo dos respuestas W nos hablan en pro de la deficiencia intelectual, a pesar del alto porcentaje de F+ que también en este caso significaría más bien un estado de depresión.

La ausencia de respuestas M junto a la presencia de C indica en este caso una labilidad afectiva e inestabilidad. El 12⁰/₀ de respuestas S nos indica una marcada tendencia oposicionista; el predominio de respuestas Hd sobre las H, un estado de angustia y el alto porcentaje de respuestas anatómicas demuestra una tendencia hipocondríaca y por fin todos los caracteres señalados no son de una Personalidad normal, haciéndonos pensar características de tipo de neurosis o Psicopátías.

R. A. F.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N^o. 2532. P 4, Sala A.

Diagnóstico: Colitis. Parasitosis intestinal.

Mujer de 30 años, casada, Q. D.

Desde hace cuatro meses comienza la enfermedad con un síndrome diarreico, acompañado de dolores difusos abdo-

mínales; las deposiciones diarreicas son abundantes y numerosas, presentándose al comienzo en forma de un cuadro agudo que más tarde adquiere caracteres de cronicidad, disminuyendo al mismo tiempo la intensidad del dolor.

En el examen físico se constata que el abdomen es doloroso a la palpitación.

En el examen coproparasitario se descubre la existencia de huevos de ascaris, vermes, algunos huevos de anquilostoma y tricocéfalo.

Hay eosinofilia, con 29 eosinófilos y ligera linfopenia.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|-----|-----|--------------------------------|--------|------------------------------------|----------|
| W | : 0 | W ^o / _o | : 0 | Número de Respuestas | : 9 |
| D | : 3 | D ^o / _o | : 33,3 | Duración de la Prueba | : 35' |
| Dd | : 2 | Dd ^o / _o | : 22,2 | Tiempo de Reacción | : 3,8 |
| Do | : 2 | S ^o / _o | : 22,2 | Modo de Apercepción | : D—Dd—S |
| S | : 2 | F ⁺ / _o | : 66,6 | Sucesión Desordenada | |
| F+ | : 6 | F ^o / _o | : 100 | Tipo de vivencia OM/OFC+OCF | |
| F— | : 3 | A ^o / _o | : 22 | | |
| Hd | : 4 | H ^o / _o | : 34,3 | M/C = 0/0 | |
| A | : 1 | O+ | : 1 | | |
| Ad | : 1 | | | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 0/0$ | |
| Obj | : 1 | | | | |
| Veg | : 1 | | | $\frac{H A}{Hd Ad} = 1/5$ | |
| Abs | : 1 | | | | |

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 33,3$$

DEDUCCIONES

SHOCK CROMATICO.

Modo de App. D—Dd—S (OW—3D—2Dd—2S)

Sucesión. Desordenada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF. Coartado.

Comienza la prueba con un fallo en la lámina I, sigue con una respuesta de forma mal vista para presentar después tres fallos más.

Se nota ausencia de pensamiento abstracto (ausencia de W) con una inteligencia baja, con una baja originalidad y F⁺/_o. El número de respuestas es también muy bajo.

Hay un predominio de Hd sobre H, lo que hemos dicho ya que denota un estado de angustia. Las respuestas de espacios en blanco alcanzan un alto porcentaje (22,2), denotando las tendencias oposicionistas de la persona. El encontrar respuestas Do en este caso, además de demostrar el bajo nivel intelectual tiene también el significado de angustia.

C. O.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N°. 2740 P5. Sala A.

Diagnóstico: Colitis inespecífica.

Hombre de 26 años. Estudiante de Medicina.

Hace unos diez días, con motivo de la ingestión de una bebida helada, sintió por la noche un dolor intenso y difuso en el abdomen, el mismo que se acompañó de abundantes y numerosas deposiciones, (promedio de 20 deposiciones diarias) de olor fétido.

El dolor era de gran intensidad y en forma de retortijones y que se acentuaba en el momento mismo de la defecación, en que se acompaña de pujo. Posteriormente disminuye el número de deposiciones que son escasas en cantidad, con moco, baba y espumosas.

Hay una gran deshidratación del enfermo, sed intensa y labios secos.

A la palpación del abdomen se puede constatar dolor en el marco cólico, especialmente en el ciego y colon ascendente. Al palpar se constata un desplazamiento gaseoso y la maniobra produce dolor en el enfermo.

En los exámenes Coproparasitarios no se encuentra nada.

Hay una linfocitosis y granulopenia.

En el examen Radiológico se constata estómago y duodeno normales.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|--|---------------|
| W | : 11 | W ⁰ / ₀ | : 24,5 | Número de Respuestas | : 48 |
| D | : 24 | D ⁰ / ₀ | : 50 | Duración de la Prueba | : 32' |
| Dd | : 9 | Dd ⁰ / ₀ | : 18,7 | Tiempo de Reacción | : 0,5 |
| S | : 5 | S ⁰ / ₀ | : 10,4 | Modo de Apercepción | W—D—Dd—S |
| F+ | : 26 | F+ ⁰ / ₀ | : 63,4 | Sucesión Relajada | |
| F— | : 15 | F— ⁰ / ₀ | : 37,5 | Tipo de vivencia | OM/OFC+OCF+3C |
| M | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 22,9 | M/C | : 14/5 |
| C | : 3 | H ⁰ / ₀ | : 8,3 | | |
| Cn | : 3 | | | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 0/1 |
| C' | : 1 | | | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 9/6 |
| Hd | : 4 | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R}$ | = 52 |
| A | : 9 | | | | |
| Ad | : 2 | | | | |
| Anat | : 5 | | | | |
| Obj | : 2 | | | | |
| Geom | : 1 | | | | |
| Dib | : 2 | | | | |
| Let | : 4 | | | | |
| Ban | : 1 | | | | |
| Fig | : 4 | | | | |
| Mas | : 3 | | | | |
| Lan | : 1 | | | | |
| Abs | : 1 | | | | |
| Piez | : 1 | | | | |
| Hal | : 1 | | | | |
| Arc | : 1 | | | | |
| Esp | : 1 | | | | |
| Cla | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

Modo de App. W—D—Dd—S (11W—24 D—9Dd—5S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia: OM/OFC+OCF+3C. Extratensivo egocéntrico.

Una buena inteligencia, aunque existe falta de originalidad y está disminuido el porcentaje de formas bien vistas.

Hay una sola respuesta M frente a 3C, lo que denota la existencia de una Afectividad lábil, irritable e inestable; además es inadapada (por falta de FC). Las respuestas S alcanzan un alto porcentaje (10,4⁰/₀) que denota la existencia de tendencias oposicionistas. Hay también una violenta reacción afectiva al color demostrada por las respuestas Cn. Existe también un estado de angustia expresado en el predominio de las respuestas de contenido Hd sobre las respuestas de contenido H.

L. A.

Institución: Servicio de «LEA» Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica: P. 11.

Diagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Mujer de 27 años, casada.

Instrucción primaria.

Ingresa al servicio «LEA» el 23 de abril de 1951.

Con diagnóstico de TB pulmonar moderadamente avanzada.

La Radiografía señala la existencia de una Caverna subclavicular derecha.

El tratamiento se hace clínicamente con Streptomina y ácido Paraamino-Salicílico.

Tratamiento quirúrgico consistente en una toracoplastia con resección de cinco costillas en dos sesiones operatorias.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|---|------------|
| W | : 3 | W ⁰ / ₀ | : 11,1 | Número de Respuestas | : 26 |
| D | : 21 | D ⁰ / ₀ | : 80,7 | Duración de la Prueba | : 20' |
| Dd | : 2 | Dd ⁰ / ₀ | : 7,6 | Tiempo de Reacción | : 0,7 |
| F+ | : 14 | F ⁺ / ₀ | : 63,6 | Modo de Apercepción | : W-D |
| F- | : 8 | F ⁰ / ₀ | : 84 | Sucesión. Ordenada | |
| FC | : 2 | A ⁰ / ₀ | : 42,6 | Tipo de vivencia | OM/2FC+OCF |
| Fc | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 3,8 | MC | = 0/1 |
| K | : 1 | O+ | : 1 | | |
| H | : 1 | O- | : 3 | | |
| A | : 11 | P ⁰ / ₀ | : 1 | | |
| Anat | : 7 | | | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'}$ | = 0/1 |
| Veg | : 4 | | | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 12/0 |
| Nub | : 1 | | | | |
| Niev | : 1 | | | | |
| Abs | : 1 | | | | |
| | | | | $\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R}$ | = 34,6 |

DEDUCCIONES

SHOCK SOMBREADO

Modo de App. W-D (3W-21D-2Dd).

Sucesión. Ordenada.

Tipo de vivencia. OM/2FC+OCF. Coartativo.

Una inteligencia de tipo práctico (3W—21D). Hay 15% de O, pero con predominio de O—. Se trata pues de una mediana inteligencia con un bajo porcentaje de formas bien vistas, aunque el porcentaje de formas en general es bastante alto.

La afectividad es adaptable, aunque poco estable (ausencia de M); hay por otra parte la presencia de elementos que se salen de la normalidad (Fc y K, aunque en pequeño porcentaje) que demuestra una tendencia a la angustia. Hay también muchas respuestas anatómicas. A todo esto se suma la presencia de Shock sombreado.

D. C.

Institución: Servicio «LEA» Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica: P 9.

Diagnóstico: TB Pulmonar Evolutiva.

Mujer de 53 años. Soltera.

Instrucción secundaria.

Ocupación: O D. Religiosa. Profesora.

Ingresa al servicio el 28 de febrero de 1951.

Basiloscopia: Positiva directa.

Eritrosedimentación III —19—51=21—25.

VII— 9—51=15—17.

Rx: Caverna infraclavicular derecha.

Tratamiento: Streptomina.

Neumotórax desde (II—5—51.

Extrapleural hasta (III— 51.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------|--------|------------------------|----------------|
| W | : 48 | W ⁰ / ₀ | : 61,5 | Número de Respuestas | : 78 |
| D | : 22 | D ⁰ / ₀ | : 28,2 | Duración de la Prueba | : 57' |
| Dd | : 5 | Dd ⁰ / ₀ | : 6,6 | Tiempo de Reacción | : 0,73 |
| S | : 6 | S ⁰ / ₀ | : 7,6 | Modo de Apercepción | W—D—S |
| F+ | : 17 | F+ ⁰ / ₀ | : 40,4 | Sucesión. | Relajada |
| F— | : 25 | F— ⁰ / ₀ | : 53,8 | Tipo de vivencia | OM/3FC+14CF+2C |
| m | : 5 | A ⁰ / ₀ | : 7,6 | M/C | = 0/18,5 |
| C' | : 2 | H ⁰ / ₀ | : 0 | FM+m | |
| CF | : 14 | O+ | : 15 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 5/0 |
| FC | : 3 | O— | : 10 | H A | |
| K | : 4 | | | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 6/0 |
| KF | : 1 | | | | |
| FK | : 3 | | | | |

A : 6
Anat : 2
Veg : 14
Geog : 8
Mon : 2
Roc : 2
Cam : 2
Cart : 1
Eru : 2
Ast : 2
Noch : 1
Abs : 1
Lab : 1
Esc : 2
Man : 1
Ver : 1
Vol : 3
Fue : 4
Luz : 1
Min : 1
Jar : 1
Can : 1
Hor : 1
Far : 1
Pers : 1
Terr : 1
Ped : 4
etc. etc

$$\frac{(\text{N}^\circ. \text{ de R en VIII-X}) 100}{\text{R}} = 29,4$$

DEDUCCIONES

SHOCK CROMÁTICO.

Modo de App. W—D—S (48W—22D—5Dd—6S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/3FC+14CF+2C. Extratensiva egocéntrica.

Una buena inteligencia, tipo abstracto, con 32 % de Originales, repartidas en 18% de O+ y 14% de O—, aunque el porcentaje de F bien vistas se halla disminuido.

La Afectividad es de tipo inestable, irritable y lábil OM/18,5C, no bien adaptable; además de la ausencia de M hay la presencia de 5 respuestas m que constituye un dato patológico claro y que manifiesta tendencias represivas. Hay 8K que demuestra un estado de angustia marcado, lo que junto a las respuestas de espacios en blanco y al Shock cromático nos muestra un cuadro que puede ser calificado como una neurosis. Es necesario además hacer presente que la fórmula vivencial M/C = 0/18 no se corresponde exactamente, es decir está en desacuerdo con la fórmula vivencial segunda.

DEDUCCIONES

Modo de App : W—D—S. (5W—12D—2S).

Sucesión. Relajada.

Típo de vivencia OM/1FC + 2CF + 1C.

Una inteligencia mediana, con predominio abstracto, aunque hay muy poca originalidad. El porcentaje de formas bien vistas como mal vistas es mayor que el 50% que aparece en los casos normales; las formas bien vistas alcanzan también un alto porcentaje (86%) pero esto es también en este caso un signo más bien de depresión.

Hay ausencia de M y FC, con predominio de las respuestas de color, lo que indica una Afectividad un tanto desadaptada, inestable y lábil e irritable. Hay además un 10% de S demostrando las tendencias oposicionistas de esta persona.

L. C.

Institución: Servicio «LEA». Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica: P 7.

Dagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Mujer de 23 años. Soltera.

Instrucción primaria.

Ocupación: Q. D.

Ingreso: Enero 5 de 1949.

Tos, expectoración, temperaturd, sudores nocturnos, enflaquecimiento, fatiga.

Baciloscopia: I directa y 8 concentradas (+).

Broncoscopia: Edema de la Tráquea.

Ex : Caverna de Lóbulo superior del Pulmón izquierdo.

Tratamiento: Streptomícina.

Neumotórax VI—9—49.

Toracoplastia VII.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | |
|----|------|--------------------------------|--------|
| W | : 8 | W ⁰ / ₀ | : 36,3 |
| D | : 13 | D ⁰ / ₀ | : 59 |
| Dd | : 1 | Dd ⁰ / ₀ | : 4,5 |
| F+ | : 14 | F+ ⁰ / ₀ | : 87,5 |
| F- | : 2 | F ⁰ / ₀ | : 72,7 |

M : 1 A^o/_o : 36,4
FM : 2 H^o/_o : 13,6
CF : 1
FC : 1
FK : 1
H : 3
A : 7
Ad : 1
Veg : 4
Geog : 1
Ves : 1
Ban : 1
Pila : 1

$$MC = 1/1,5$$

$$\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 2/0$$

$$\frac{H A}{Hd Ad} = 10/1$$

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 40,9$$

DEDUCCIONES

SHOK SOMBREADO Y SHOK CROMATICO.

Modo de App : W—D (8W—13D—1Dd).

Sucesión : Rígida.

Tipo de vivencia : 1M/1FC+1CF Ambigüal.

Predominio de los elementos abstractos del pensamiento, con disminución de los elementos de la inteligencia práctica y detalle; falta de originalidad.

Afectividad estable, equilibrada (por la proporción buena entre M, CF y FC). Pero la presencia de las 2FM viene a alterar el cuadro de normalidad que hasta aquí encontramos, así como la presencia de una respuesta FK; las respuestas FM denotan un predominio de los impulsos primitivos sobre la creatividad. Si a esto sumamos la presencia de caracteres como el Shock sombreado y el Shock cromático veremos fácilmente que no estamos frente a una Personalidad normal, y que prevalecen muchos de los caracteres propios de las Neurosis.

P. L.

Institución: Servicio «LEA». Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: P 10.

Diagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Mujer de 25 años.

Instrucción primaria.

Comienza la enfermedad hace dos años.

Hemoptisis: II—49—20 c. c.

Baciloscopia: directa (+) positiva.

Laringoscopia: Laringitis TB.

Broncoscopia: TB.

Rx: Infiltrado leve de la mitad superior del campo pulmonar.

Caverna de 3 y medio ctms. en el primer espacio intercostal anterior, entre 4^a. y 5^a. costillas posteriores.

Pulmón izquierdo infiltrado leve en todo el campo pulmonar.

Dos imágenes cavitarias, una espiral de 7 ctms. de diámetro y otra de 1 y medio etms. en el tercer espacio intercostal anterior.

Tratamiento: Streptomycin 55 grs.

Neumoperitoneo.

Neumotórax.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓETICO DE RORSCHAUH

| | | | | | |
|-----------|------|-------------------|--------|---|---------------|
| W | : 5 | W ^{0/0} | : 13,5 | Número de Respuestas | : 37 |
| D | : 27 | D ^{0/0} | : 72,9 | Duración de la Prueba | : 20' |
| Dd | : 3 | Dd ^{0/0} | : 8,1 | Tiempo de Reacción | : 0,5 |
| S | : 2 | S ^{0/0} | : 5,4 | Modo de Apercepción | : W-D-S |
| F+ | : 15 | F+ ^{0/0} | : 50 | Sucasión Relajada | |
| F- | : 15 | F ^{0/0} | : 81 | Tipo de vivencia | OM/OFC+ICF+IC |
| FM | : 2 | A ^{0/0} | : 24,2 | M/C | = 0/4 |
| C | : 2 | O+ | : 0 | | |
| CF | : 1 | O+ ^{0/0} | : 1 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 2/0$ | |
| K | : 1 | O- ^{0/0} | : 9 | | |
| KF | : 1 | O+ ^{0/0} | : 2,5 | $\frac{H-A}{Hd Ad} = 9/0$ | |
| A | : 9 | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 32,4$ | |
| Anat | : 1 | | | | |
| Obj | : 10 | | | | |
| Geog | : 2 | | | | |
| Esc | : 1 | | | | |
| Agu | : 1 | | | | |
| Pin | : 1 | | | | |
| Nub | : 1 | | | | |
| Mon | : 1 | | | | |
| Cuer | : 1 | | | | |
| Luz | : 1 | | | | |
| Cas | : 1 | | | | |
| San | : 1 | | | | |
| etc. etc. | | | | | |

DEDUCCIONES

LIGERO SHOCK SOMBREADO.

Modo de App. W—D—S (5W—27D—3Dd—2S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia: OM/OFC+1CF+1C. Extratensivo egocéntrico.

Un bajo nivel intelectual, poca originalidad de tipo positivo y predominio en cambio de la originalidad de tipo negativo.

Ausencia de respuestas M y predominio de respuestas Cf y C que denotan una afectividad inestable y por la ausencia de respuestas FC es una afectividad inadaptada. Las respuestas K y KF, así como las respuestas S denotan angustia y tendencias oposicionistas. Hay también predominio de los impulsos representado por las respuestas de movimiento animal.

L. M.

Institución: Servicio de «LEA». Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica:

Diagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Hombre de 19 años. Soltero.

Instrucción primaria.

Ocupación: Pintor por 6 meses, zapatero por 5 años.

Ingresa en enero 26 de 1949.

La enfermedad comienza seis meses antes de su ingreso.

Baciloscopia: XII—49 = (+) positiva.

I—51 = (—) negativa.

Inoculación: (+).

Broncoscopia: Cronquiectasias.

Eritrosedimentación: normal.

Rx: TB pulmonar.

Tratamiento: Streptomícina. Acido Paramino-Salicílico.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|-----|------|--------------------------------|--------|----------------------------|---------------|
| W | : 5 | W ⁰ / ₀ | : 33,3 | Número de Respuestas | : 15 |
| D | : 8 | D ⁰ / ₀ | : 53,3 | Duración de la Prueba | : 14 |
| Dd | : 2 | Dd ⁰ / ₀ | : 13,3 | Tiempo de Reacción | : 0,9 |
| F+ | : 11 | F+ ⁰ / ₀ | : 91,6 | Modo de Apercepción | W-D-Dd |
| F- | : 1 | F ⁰ / ₀ | : 80 | Sucesión | Relajada |
| m | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 53,3 | Tipo de vivencia | OM/OFC+1CF+1C |
| C | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 13,3 | M/C | = 0/2 |
| CF | : 1 | | | | |
| H | : 2 | | | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 1/0 |
| A | : 7 | | | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 9/1 |
| Ad | : 1 | | | (Nº. de R en VIII - X) 100 | |
| Obj | : 2 | | | <u>R</u> | = 20 |
| San | : 1 | | | | |
| Fig | : 1 | | | | |
| Cor | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOK CROMÁTICO.

Modo de App. W-D-Dd (5W-3D-2Dd).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+1CF+1C. Extratensivo.

Inteligencia poco productiva y con ausencia de originalidad; las formas bien vistas alcanzan un elevado porcentaje (91,6) significando en este caso antes que un índice de nivel intelectual, más bien un índice de depresión.

Hay un 53,3 % de respuestas A, que junto al 13,3 % de respuestas de contenido Obj puede significar antes que estereotípa, un rasgo de tipo neurósico.

La Afectividad es inestable (ausencia de M), es inadaptada (ausencia de FC), es irritable e inestable (Predominio de CF y C).

C. R.

Institución: Servicio «LEA». Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica:

Diagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Hombre de 35 años. Soltero.

Instrucción primaria.

Ocupación: Zapatero.

Bosiloscopía: (+) positiva directa.

Broncoscopía: 17—VIII—50: congestión de orificio de rama lobar derecha.

Rx: Pulmón derecho: Imagen Cavitaria.

Pulmón izquierdo: Imagen Cavitaria apical con nivel líquido de 5 ctms.

Tratamiento: Streptomícina.

Neumotórax.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCGACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|-------------------------|-------------------|
| W | : 0 | W ⁰ / ₀ | : 0 | Número de Respuestas : | 14 |
| D | : 6 | D ⁰ / ₀ | : 42,8 | Duración de la Prueba : | 22' |
| Dd | : 7 | Dd ⁰ / ₀ | : 50 | Tiempo de Reacción : | 1,4 |
| S | : 1 | F ⁺ / ₀ | : 38,4 | Modo de Apecepción : | D—Dd—S |
| F+ | : 5 | O ⁺ / ₀ | : 1 | Sucesión. | Algo desordenada. |
| F— | : 8 | O [—] / ₀ | : 3 | Típo de vivencia | OM/1FC+OCF |
| CF | : 1 | | | M/C : | 0/05 |
| Hd | : 12 | | | | |
| Anat | : 2 | | | | |

$$\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/0$$

$$\frac{H}{Hd} \frac{A}{Ad} = 0/12$$

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 13,3$$

DEDUCCIONES

SHOK SOMBREADO.

Modo de APP.=D—Dd—S. (OW—6D—7Dd—1S).

Sucesión. Un tanto desordenada.

Típo de vivencia. 1M/1FC+1CF. Coartativo.

Hay ausencia de pensamiento abstracto (OW) y una pobreza intelectual en general; faltan las formas bien vistas y la originalidad alcanza al 28,5 % pero de formas negativas.

La Afectividad es un tanto equilibrada, estable y adaptada. Las tendencias oposicionistas alcanzan un porcentaje no muy considerable (7%). Existe un predominio marcadísimo de las respuestas de contenido Hd sobre las de contenido H (12 : 0) y las Hd alcanzan el 80%

de las respuestas en total. lo cual se debe a una baja inteligencia, un estado de depresión y angustia.

Es decir que en este caso la Personalidad no es normal, ya que los datos señalados junto a los cinco rechazos de láminas y al Shock (cromático) sombreado no se los encuentra en estado normal.

J. G.

Institución: Servicio «LEA». Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica:

Diagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Hombre de 30 años. Soltero.

Instrucción primaria.

Ingresa en abril 28 de 1951.

La enfermedad comienza en el año 1947, con tos, expectoración, dolor costal, sudoración nocturna, enflaquecimiento, pérdida de peso, astenia, etc.

Broncoscopia: Mediana estenosis bronquial superior derecha.

Congestión del bronquio principal derecho.

Rx-Pulmón derecho: caverna apical gigeantezca de 7 cms. de diámetro.

Pulmón izquierdo normal.

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|------|---|--------------|
| W | : 2 | W ⁰ / ₀ | : 8 | Número de Respuestas | : 25 |
| D | : 18 | D ⁰ / ₀ | : 72 | Duración de la Prueba | : 25' |
| Dd | : 1 | Dd ⁰ / ₀ | : 4 | Tiempo de Reacción | : 1' |
| S | : 4 | S ⁰ / ₀ | : 16 | Modo de Apercepción | D—Dd—S |
| F+ | : 5 | F+ | : 29 | Sucesión Relajada | |
| F--- | : 12 | F ⁰ / ₀ | : 68 | Tipo de vivencia | OM/OF+4CF+3C |
| C | : 3 | A ⁰ / ₀ | : 0 | MC | : 0/8,5 |
| CF | : 4 | H ⁰ / ₀ | : 20 | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 0/0$ | |
| K | : 1 | O+ ⁰ / ₀ | : 5 | $\frac{H A}{Hd Ad} = 1/4$ | |
| H | : 1 | O- ⁰ / ₀ | : 5 | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 40$ | |
| Hd | : 4 | O+ ⁰ / ₀ | : 20 | | |
| Anat | : 13 | | | | |
| Med | : 5 | | | | |
| San | : 1 | | | | |
| Abs | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK SOMBREADO.

Modo de APP. D—Dd—S. (2W—18D—1Dd—4S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+4CF+3C. Extratensivo egocéntrico.

El 40% de Originales, con 20% de O+ y 20% de O—, la pobreza de respuestas W y el bajo porcentaje de formas bien vistas nos indican un cociente intelectual bajo.

La ausencia de M y el gran predominio de CF y de C, con ausencia también de FC nos indica una Afectividad inestable, irritable inadaptada. Vemos además un elevado porcentaje de respuestas de espacio blanco (16%) que nos muestra la gran tendencia oposicionista del sujeto contra su propio «YO». Así mismo encontramos un marcado estado de angustia representado por la predominancia de respuestas Hd sobre las de contenido H.

R. L.

Institución: Servicio «LEA». Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica:

Diagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Hombre de 20 años. Soltero.

Instrucción secundaria.

Baciloscopia: (+) positiva.

Broncoscopia: Congestión del bronquio derecho.

Rx: Pulmón derecho: infiltrado en campos medio y superior.

Caverna entre 3º, 4º, y 5º. espacios.

Pulmón izquierdo infiltrado en campo medio.

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|----|------|--------------------------------|--------|-----------------------|------------|
| W | : 3 | W ⁰ / ₀ | : 20 | Número de Respuestas | : 15 |
| D | : 11 | D ⁰ / ₀ | : 73 | Duración de la Prueba | : 15' |
| S | : 1 | Dd ⁰ / ₀ | : 0 | Tiempo de Reacción | : 1' |
| F+ | : 8 | S ⁰ / ₀ | : 6,6 | Modo de Apercepción | : W-D-S |
| F— | : 7 | F+ ⁰ / ₀ | : 53,3 | Sucesión Relajada | |
| H | : 1 | F ⁰ / ₀ | : 100 | Tipo de vivencia | OM/OFC+OCF |

| | | | | |
|------|------|-------------------------------|-------|--|
| Anat | : 10 | A ^o / _o | : 0 | M/C = 0/0 |
| Sex | : 4 | H ^o / _o | : 6,6 | |
| | | O+ | : 0 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/0$ |
| | | O- | : 5 | |
| | | O+ | : 0 | $\frac{H}{Hd} \frac{A}{Ad} = 1/0$ |
| | | | | $\frac{(\text{N}^\circ \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 33,3$ |

DEDUCCIONES

SHOK CROMÁTICO

Modo de App. W—D—S (3W—11D—1S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF. Coartada.

Hay una pobreza de respuestas W, lo que nos demuestra junto con la pobreza de formas bien vistas y el alto porcentaje de respuestas O— un déficit intelectual.

La ausencia de respuestas de movimiento humano nos demuestra una inestabilidad interna.

La ausencia de respuestas de contenido A, (0^o/_o) está reemplazado por el 66,6^o/_o de respuestas de contenido Ana, que no demostraría estereotipia solamente sino una tendencia a hipocondríaca. Hay también la presencia de tendencias oposicionistas (S).

H. C.

Institución: Servicio «LEA». Hospital «San Juan de Dios».

Historia Clínica:

Diaagnóstico: TB pulmonar evolutiva.

Hombre de 22 años. Soltero.

Instrucción secundaria.

Ocupación: Estudiante.

Baciloscopia: (—) negativa.

Hemoptisis: 600 c. c. y 800 c. c. respectivamente, en dos ocasiones.

Broncoscopia: Congestión y estrechez parcial del bronquio inferior derecho.

Rx Pulmón derecho: infiltrado basal con posibles ulceraciones. Proceso fibroso basal.
Pulmón izquierdo normal.

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHAGH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|--|---------------|
| W | : 1 | W ⁰ / ₀ | : 5 | Número de Respuestas | : 20 |
| D | : 14 | D ⁰ / ₀ | : 70 | Duración de la Prueba | : 24' |
| Dd | : 4 | Dd ⁰ / ₀ | : 20 | Tiempo de Reacción | : 1,2' |
| S | : 1 | S ⁰ / ₀ | : 5 | Modo de Apercepción | : D—Dd |
| F+ | : 7 | F+ ⁰ / ₀ | : 38,8 | Sucesión, Relajada | |
| F— | : 11 | F— ⁰ / ₀ | : 90 | Tipo de vivencia | OM/OFC+1CF+1C |
| C | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 0 | M/C | : 0/2 |
| CF | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 40 | | |
| Hd | : 8 | | | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 0/0 |
| Anat | : 7 | | | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 0/8 |
| Sex | : 3 | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII—X})}{R}$ | = 45 |
| San | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK CROMATICO.

Tipo de App. D—Dd (1W—14D—4Dd—1S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+1CF+1C. Extratensivo egocéntrico.

Encentramos un 45% de respuestas originales, con un 25% de O—; esto, junto a 1W y un F+⁰/₀ disminuido son índice inequívoco de un bajo nivel intelectual.

Hay así mismo una inestabilidad afectiva, una falta de control y de adaptabilidad. El predominio absoluto de Hd sobre H nos habla en favor de una angustia y la baja inteligencia; esto, junto al 35% de Ana que significan una tendencia hipocondríaca, nos revela una deprímida Personalidad.

M. O.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N.º. 2739. P. 4, Sala B.

Diagnóstico: Asma bronquial.

Mujer de 25 años. Q. D.

Cuenta la enferma que desde hace diez años se han venido presentando esporádicamente accesos típicos de asma bronquial, con tos, ahogo, disnea, estado de angustia y sensación de muerte inminente.

Hace unos veinte días se le presenta disnea intensa, de tipo espiratorio; tos fuerte y productiva que se presenta en accesos constantes; más tarde venía una dificultad respiratoria acompañada de angustia y sensación de muerte; este estado se aliviaba momentáneamente con la expectoración que era mucosa, blanca y adherente. Concomitantemente se producía cianosis.

En la sangre hay eosinofilia y ligera linfocitosis. En el examen de la expectoración hay neumococos, neumobacilos, leptotrix.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|-----------------------|------------|
| W | : 0 | W ^o / _o | : 0 | Número de Respuestas | : 32 |
| D | : 23 | D ^o / _o | : 71,8 | Duración de la Prueba | : 14 |
| Dd | : 8 | Dd ^o / _o | : 25 | Tiempo de Reacción | : 0,4 |
| S | : 1 | S ^o / _o | : 3,1 | Modo de Apercepción | : D—Dd—S |
| F+ | : 14 | F+ ^o / _o | : 45,1 | Sucesión. | Relajada. |
| F— | : 17 | F— ^o / _o | : 96,9 | Tipo de vivencia | OM/1FC+OCF |
| FC | : 1 | A ^o / _o | : 3,1 | M/C | = 0/0,5 |
| Hd | : 14 | H ^o / _o | : 43,3 | | |
| A | : 1 | O+ | : 1 | | |
| Anat | : 17 | O— | : 1 | | |

$$\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 0/0$$

$$\frac{H}{Hd} \frac{A}{Ad} = 1/14$$

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 34,3$$

DEDUCCIONES

SHOCK SOMBREADO Y SHOCK CROMÁTICO.

Modo de App. D—Dd (OW—23D—8Dd—1S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/1FC+OCF. Coartativa.

Inteligencia práctica predominantemente y con un nivel bajo, baja originalidad; falta de inteligencia abstracta y actividad organizadora.

Muy poco contro y Rapport afectivo; presencia de elementos de angustia y ansiedad, así como una tendencia hipocondríaca (53,1% de Ana).

Las respuestas S se hallan en un porcentaje muy bajo como para caracterizar el protocolo.

E. S.

Institución: Clínica del Seguro.

Historia Clínica: N°. 6726 A.

Diagnóstico: Asma bronquial.

Edad 43 años.

• Síntomas principales: accesos asmáticos, tos persistente, expectoración mal oliente, dolor faríngeo y retroesternal, disfagia y una disnea intensamente molesta para la enferma.

La enfermedad data desde hace más o menos unos cinco años en que la enferma comienza a darse cuenta de los síntomas y luego es víctima de los accesos asmáticos con disnea intensa, espiratoria; con angustia y sensación de muerte inminente. El estado de angustia le acompaña junto a la sintomatología indicada y especialmente durante la noche, lo cual produce insomnio. Además la enferma señala que trabaja en un depósito de tejidos de algodón, lo cual intensifica su sintomatología.

Las pruebas alérgicas demuestran una polialergia. Las pruebas positivas son en número de 20 y de ellas las que demuestran una positividad más fuerte son la fibra de algodón (++) y la de carne de res (+++).

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|-----|-----|--------------------------------|--------|------------------------------------|------------|
| W | : 4 | W ⁰ / ₀ | : 44,4 | Número de Respuestas | : 9 |
| D | : 5 | D ⁰ / ₀ | : 55,5 | Duración de la Prueba | : 33 |
| F+ | : 3 | F+ ⁰ / ₀ | : 100 | Tiempo de Reacción | : |
| FM | : 2 | F ⁰ / ₀ | : 33,3 | Modo de Apercepción | : W—D |
| CF | : 1 | A ⁰ / ₀ | : 55,5 | Sucesión Relajada | |
| Fc | : 2 | H ⁰ / ₀ | : 22 | Tipo de vivencia | OM/OFC+1CF |
| K | : 1 | O+ | : 1 | | |
| Hd | : 2 | O— | : 0 | M/C=0,5 | |
| A | : 3 | O+ ⁰ / ₀ | : 11 | | |
| Ad | : 2 | | | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 2/2$ | |
| Veg | : 1 | | | | |
| Nub | : 1 | | | | |

Nub : 1

$$\frac{H \quad A}{Hd \quad Ad} = \frac{3}{4}$$

$$\frac{(\text{N}^\circ. \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 22$$

DEDUCCIONES

SHOCK CROMÁTICO.

Modo de App. W—D (4W—5D).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+1CF. Coartativa.

Según el número de respuestas y la calidad y contenido de las mismas podemos decir que se trata de una inteligencia sumamente pobre. Hay cierta pedantería 100% F+, con tendencia marcada a arrebatarse, muy escaso contro afectivo (ausencia de M y FC). A esto se añade las dos respuestas Fc, que acompañada de la presencia de K demuestra angustia y ansiedad, lo cual se prueba también por el predominio de las Hd sobre las H; además hay también shock cromático.

C. C.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N°. 3445.

Diagnóstico: Ataxia locomotriz.

Hombre de 35 años. Sastre.

La enfermedad comienza en forma brusca, con sensación de pérdida de las fuerzas especialmente en los miembros inferiores, lo cual le obligó a buscar apoyo y luego acostarse. Pero al tratar de incorporarse de nuevo después de un tiempo, siente que le falla totalmente los miembros inferiores y se desploma en el suelo.

En el examen Neurológico se encuentra una tonicidad normal; disminución de la fuerza en miembros derechos especialmente y además los movimientos se hallan muy limitados. Reflejos osteotendinosos muy poco alterados en el sentido de la hiper-reflexia; signo de Babinsky dudoso; hipersensibilidad a estímulos táctiles. Adiacosinesia.

En el examen de sangre hay una ligera linfocitosis.

En el L. C. R. Se halla en el recuento sitológico, 3 células por m. m., 3 raras células plasmodiales.

Benjui 002222222200000.

Pandy — positivo.

Serológicos — negativos.

Serológicos de la sangre: positivos.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|-----|-----|-------------------|-------|-----------------------|------------|
| D | : 9 | D ^{0/0} | : 90 | Número de Respuestas | : 10 |
| Dd | : 1 | Dd ^{0/0} | : 10 | Duración de la Prueba | : 15 |
| F+ | : 2 | F+ ^{0/0} | : 20 | Tiempo de Reacción | : 1,5 |
| F— | : 8 | F ^{0/0} | : 100 | Modo de Apercepción | : D—Dd |
| H | : 2 | H ^{0/0} | : 100 | Sucesión. Ordenada | |
| Hd | : 8 | | | Tipo de vivencia | OM/OFC+OCF |
| Sex | : 9 | | | | |

$$MC = 0/0$$

$$\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/0$$

$$\frac{H \ A}{Hd \ Ad} = 2/8$$

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 30$$

DEDUCCIONES

Modo de App. D—Dd (OW—9D—1Dd).

Sucesión. Ordenada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF. Coartada.

La ausencia de respuestas W, así como el bajo R y ausencia de respuestas O^{0/0}, y de movimiento, F^{0/0} demuestran un cociente intelectual bajo.

El 100^{0/0} de H demuestra pedantería y como es con predominio de Hd (80^{0/0}) podemos decir que existen factores angustiosos y de ansiedad. El 90^{0/0} de respuestas de contenido sexual, constituye un alto porcentaje y hace pensar en conflictos sexuales, con la circunstancia que hemos asignado como contenido con tendencia sexual a las respuestas que casi son todas del mismo tipo y que parte de la II «Un cuerpo de mujer de la cintura para abajo, la cadera sexual» entendemos que el resto de las láminas interpreta con el mismo sentido de tendencia sexual. Además la primera respuesta 1 es simbólica y se refiere a cuerpo de mujer.

M. Y.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N.º. 2159, P. 3, Sala B.

Diagnóstico: Hemiplegia.

Mujer de 18 años. Soltera.

Esta enferma ingresó una ocasión anterior, hace tres meses a este mismo Hospital, en donde fué operada por presencia de crisis convulsivas del lado derecho y el neurocirujano encontró un proceso aracnoidítico en la zona motora izquierda. Después de la intervención desaparecen las crisis, pero más tarde vuelven éstas a presentarse y la enferma ingresa nuevamente al servicio.

Las crisis son de tipo epileptiforme y se repiten constantemente con la presencia de pequeños estímulos, como el tomarla de la mano, etc., el temblor es muy intenso en el miembro superior derecho y se produce con pérdida de la conciencia.

La muchacha es huérfana de padre y madre, vive con una mujer a quien ayuda a sus ocupaciones.

Su vida psíquica ha sido llena de conflictos, los cuales no hacemos constar en la historia por no haber considerado en todos los casos la anamnesis Psicósomática, debido a que nuestro interés es tan sólo la aplicación del Psicodiagnóstico.

En el lado derecho se encuentra hemiparesia, la cual no se puede vencer sin la presencia de dolor o temblor contaminantes.

Los reflejos ostotendinosos se hallan aumentados. La sensibilidad está conservada.

Hay una linfocitosis en el análisis de la sangre.

L. C. R. Presenta al recuento citológico 5 células por c. c. y presencia de hematíes raros linfocitos y células plasmocitoides.

Benjuí 1122210000000000.

Pandy = negativo.

Serológicas = negativas en sangre y L. C. R.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓETICO DE RORSCHAUH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|------------------------|---------------|
| W | : 1 | W ^o / _o | : 2,9 | Número de Respuestas | : 34 |
| D | : 23 | D ^o / _o | : 67,6 | Duración de la Prueba | : 33' |
| Dd | : 6 | Dd ^o / _o | : 17,6 | Tiempo de Reacción | : 0,9 |
| S | : 3 | S ^o / _o | : 8,8 | Modo de Apercepción | D—Dd—S |
| F+ | : 19 | F+ ^o / _o | : 76 | Sucesión. | Relajada |
| F— | : 6 | F— ^o / _o | : 73,5 | Tipo de vivencia | 1M/OFC+2CF+2C |
| M | : 1 | A ^o / _o | : 44 | M/C | = 1/4 |
| FM | : 1 | H ^o / _o | : 8,8 | FM+m | |
| m | : 1 | O+ | : 3 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 2/0 |
| C | : 2 | O— | : 0 | H A | |
| CF | : 2 | O+ ^o / _o | : 8,8 | $\frac{Hd}{Ad}$ | = 10/8 |
| K | : 1 | | | (Nº. de R en VIII—X) | 100 |
| FK | : 1 | | | $\frac{\quad}{R}$ | = 29,4 |
| H | : 3 | | | | |
| A | : 7 | | | | |
| Ad | : 8 | | | | |
| Obj | : 1 | | | | |
| Veg | : 4 | | | | |
| Lom | : 2 | | | | |
| Mas | : 2 | | | | |
| Man | : 1 | | | | |
| Tron | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK CROMÁTICO Y LIGERO SHOCK SOMBREADO.

Modo de App. D—Dd—S (1W—23D—6Dd—3S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. 1M/OFC+12CF+2C.

Hay pobreza de pensamiento abstracto y actividad de organización. La inteligencia es de tipo predominantemente práctico; hay falta de originalidad.

En cuanto a la fórmula vivencial observamos también la falta de respuestas M, es decir hay una sola M y una gran predominancia de respuestas de color, que prueba la inestabilidad y la afectividad superficial, irritable e inadaptada. Anotamos en este protocolo también la presencia de K y FK que son factores expresivos de la angustia. Sin embargo, estos caracteres aún junto al elevado porcentaje de respuestas de forma en general (F) y de Shock cromático y ligero Shock sombreado no nos autoriza a calificar a esta Personalidad sino como fuera de la normalidad. Es necesario indicar una vez más que es en la neurosis en donde se encuentran dichos caracteres.

M. P.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N.º. 2426.

Diagnóstico: Paraplegia.

Hombre de 26 años. Agricultor.

Su enfermedad data desde hace unos dos años y medio, en que bajo el pretexto de un enfriamiento se produce calorío y temperatura.

Al siguiente día se presenta en forma brusca una imposibilidad de mover sus miembros inferiores y de ellos, el derecho en forma absoluta.

Se produjo concomitantemente un estado nauseoso que dura un mes.

Después de un año y medio de tratamiento alcanza a recuperar en parte su movilidad y puede andar con muletos.

Según describe el enfermo, la parálisis ha sido flácida y no se ha producido descontrol en los esfínteres.

En la actualidad, la marcha es posible apenas con la ayuda de muletos. La sensibilidad térmica se halla abolida en ambos miembros; en cuanto a la sensibilidad táctil y dolorosa, hay zonas de franca desaparición y otras dudosas.

Hiper-reflexia tendinosa, Babinsky espontáneo.

En L. C. R. Presencia de células endoteliales, raros linfocitos. Bacteriológico y serológico negativos.

Benjuí 00001221100000000.

Panduy = negativo.

Tratamiento quirúrgico: Laminectomía y se halla en la dura un proceso esclerosante.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|-----------------------|------------|
| W | : 1 | W ⁰ / ₀ | : 3,5 | Número de Respuestas | : 28 |
| D | : 19 | D ⁰ / ₀ | : 67,2 | Duración de la Prueba | : 20' |
| Dd | : 4 | Dd ⁰ / ₀ | : 14,2 | Tiempo de Reacción | : 0,7 |
| S | : 3 | S ⁰ / ₀ | : 10,7 | Modo de Apercepción | : D—Dd—S |
| F+ | : 14 | F ⁺ / ₀ | : 53,8 | Sucesión Relajada | . |
| F— | : 12 | F ⁰ / ₀ | : 92,8 | Tipo de vivencia | OM/OFC+OCF |
| Hd | : 20 | A ⁰ / ₀ | : 3,5 | | |
| A | : 1 | H ⁰ / ₀ | : 71,4 | | |
| Anat | : 6 | | | | |

$$\begin{array}{l} \text{O+} : 3 \\ \text{O-} : 1 \\ \text{O+}^{\circ}/_{0} : 14,2 \\ \text{P}^{\circ}/_{0} : 3,5 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{M/C} = 0/0 \\ \text{FM+m} \\ \hline \text{Fc+c+C'} = 0/0 \\ \text{H A} \\ \hline \text{Hd Ad} = 1/20 \\ \text{(N}^{\circ} \text{ de R en VIII-X) } 100 \\ \hline \text{R} = 17,8 \end{array}$$

DEDUCCIONES

Modo de App. D—Dd—S (1W—19D—4Dd—3S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+OCF. Coartada.

Pobreza de pensamiento abstracto y originalidad.

(2W— y 10⁰/₀ de O+positivas), inteligencia práctica; falta de rapport y control afectivo (OM/y OFC).

Existen tendencias oposicionistas, dadas por el 10,7⁰/₀ de respuestas S. No hay Shock cromático ni sombreado, pero sí existe un estado de angustia, demostrado por el gran predominio de Hd sobre H (20/1).

Los datos obtenidos nos demuestran que se trata de una Personalidad que sin ser propiamente patológica se halla fuera del campo de la normalidad.

C. R.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N^o. 3305.

Diagnóstico: Paraplegia.

Hombre de 47 años. Agricultor.

La enfermedad comienza desde hace un año y medio, aparentemente con un cólico intestinal. Dos días más tarde se produce bruscamente la parálisis de los miembros inferiores y según refiere el enfermo fué acompañada de pérdida de la sensibilidad. Hubo también parálisis de los esfínteres anal y vesical, junto con un dolor lumbar intenso y casi insoponible.

En los miembros inferiores hay una hipertonia marcada los reflejos osteotendinosos exagerados; Babinsky espontáneo en ambos pies. Los movimientos son posibles en pequeña escala, el enfermo puede gatear, pero la espasticidad muscular impide coordinar los movimientos. La sensibilidad térmica alterada.

L. C. R. Aspecto límpido, color amarillento y regular cantidad de sedimento fibrinoso.

Reacción de Panduy = Positivo fuerte.

Reacción de None = Positivo fuerte.

Reacción de Weischboodt = Positivo fuerte.

Reacciones serológicas negativas.

Hay en la sangre linfocitosis y monocitosis.

Intervención quirúrgica: Laminectomía; se encuentra entonces un proceso angiomaso o varicoso de las venas medulares y un proceso adherencial de la médula a la dura.

Se realiza dos punciones con aguja fina en la médula para descubrir algún proceso síringomiélico, pero no se halla.

COMPUTO DEL PSICEDIAGNOSTICO DE RORSCHACH

| | | | | |
|------|------|--------------------------------|--------|--------------------------------|
| W | : 0 | W ^o / _o | : 0 | Número de Respuestas : 22 |
| D | : 12 | D ^o / _o | : 54,5 | Duración de la Prueba : 40 |
| Dd | : 6 | Dd ^o / _o | : 27,2 | Tiempo de Reacción : 1,8 |
| Do | : 0 | S ^o / _o | : 18,1 | Modo de Apercepción D—Dd—S |
| S | : 4 | F+ ^o / _o | : 57,8 | Sucesión. Relajada |
| F+ | : 11 | F ^o / _o | : 86,3 | Tipo de vivencia OM/OFC+2CF+1C |
| F— | : 8 | A ^o / _o | : 0 | M/C = 0/2,5 |
| M | : 0 | H ^o / _o | : 54,5 | |
| FM | : 0 | O— | : 13,6 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/0$ |
| m | : 0 | P ^o / _o | : 0 | |
| C | : 1 | | | $\frac{H A}{Hd Ad} = 0/12$ |
| CF | : 2 | | | |
| FC | : 0 | | | |
| Cn | : 0 | | | |
| C' | : 0 | | | |
| C'F | : 0 | | | |
| FC' | : 0 | | | |
| c | : 0 | | | |
| cF | : 0 | | | |
| Fc | : 0 | | | |
| K | : 0 | | | |
| KF | : 0 | | | |
| FK | : 0 | | | |
| H | : 0 | | | |
| Hd | : 12 | | | |
| A | : 0 | | | |
| Ad | : 0 | | | |
| Anat | : 6 | | | |
| Sex | : 1 | | | |
| San | : 1 | | | |
| Med | : 1 | | | |
| Car | : 1 | | | |

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 40,9$$

SHOCK SOMBREADO

Modo de App. D—Dd—S (OW—12D—6Dd—4S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+2CF+1C. Extratensiva egocéntrica.

Hay ausencia de respuestas W que denotan falta de pensamientos abstractos y actividad organizadora, $F+^0/0$ disminuido; inteligencia baja, tipo práctico.

Afectividad muy viva, irritable, egocéntrica (2CF+1C) y escaso control afectivo (OM—OFC). Fallo en la VII. Shock sombreado en la IV y predominio absoluto de Hd sobre H, que demuestra una angustia marcada.

Todos los caracteres señalados son semejantes a los del tipo neurótico y sólo hacen falta muy pocos elementos para llegar a diagnosticarla como tal.

G. G.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N^o. 3341.

Diagnóstico: Mal de Pott.

Hace unos tres años y medio, como consecuencia de una caída siente dolor de las extremidades inferiores e imposibilidad para la marcha; dos años más tarde comienza a sentir dolor en la región lumbar y nota la prominencia de una pieza vertebral, acompañándose de pequeñas alzas térmicas y sudoración nocturna; esta sintomatología lleva a la enferma al hospital, en donde se realiza el examen físico encontrando prominencia vertebral de la 2^a. vértebra dorsal y lordosis dorsolumbar; hay linfocitos; radigráficamente, absceso osifluente.

Se interviene quirúrgicamente sobre la X y XI vértebras dorsales constatando el absceso osifluente y se realiza autoinjerto de la Tíbia.

COMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|-------------------------------|-------|-----------------------|--------------|
| D | : 10 | D ^o / _o | : 40 | Número de Respuestas | : 25 |
| Do | : 1 | S ^o / _o | : 36 | Duración de la Prueba | : 20 |
| S | : 9 | F ⁺ / _o | : 20 | Tiempo de Reacción | : 0,8 |
| F+ | : 5 | F ^o / _o | : 100 | Modo de Apercepción | : D—Do—S |
| F— | : 20 | H ^o / _o | : 60 | Sucesión | : Ordenada |
| Hd | : 15 | O— | : 2 | Tipo de vivencia | : OM/OFC+OCF |
| Anat | : 9 | O+ | : 40 | M/C | : 0/0 |
| Sex | : 1 | | | | |

$$\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 0/0$$

$$\frac{H\bar{A}}{Hd Ad} = 0/15$$

$$\frac{(\text{N}^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 44,4$$

DEDUCCIONES

SHOCK CROMATICO.

Sucesión : Relajada.

Tipo de vivencia : OM/OFC+OCF : Coartada.

Inteligencia baja y sin pensamiento abstracto (OW) y 40% de O= negativas que demuestra una tendencia de asociabilidad. Falta de rapport y control afectivo. El 36% de S representa una acentuada tendencia oposicionista. Angustia expresada por el predominio absoluto de Hd sobre H.

Todos los caracteres señalados demuestran claramente que no se trata de una personalidad normal.

L. A.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N^o. 1517.

Diagnóstico: Neurosis Cardíaca.

Hombre de 23 años. Soltero.

El enfermo indica que desde hace mucho tiempo ha sentido fatiga, palpitaciones cardíacas, disnea de esfuerzo pero

que dicha sintomatología se ha asentado en los últimos meses, acompañándose además de estados de angustia manifiestos especialmente de noche como consecuencia de ensueños en los que se encuentran claramente la existencia de conflictos familiares.

Con esta sintomatología ingresa al hospital, en donde se realiza pruebas funcionales del sistema Neurovegetativo y se constata lo siguiente:

1. Se observa cambios neurovegetativos al contacto con el examinador, predominio vagal (enrojecimiento facial) aunque después se produce empaldecimiento.

2. En las pruebas físicas se encuentra:

Taquicardia ortostática, con resultado + 20 (68—88)

Reflejo oculocardíaco, con resultado —12 (68—56).

3. En las pruebas farmaco-dinámicas mediante la prueba de la atropina se encuentra una aceleración o predominio simpático.

4. Pruebas funcionales de suficiencia circulatoria.

En reposo:

$$\begin{array}{rcl} P & = & 66 \\ TM_x & = & 114 \quad D = 34 \\ TM_n & = & 80 \\ R & = & 26 \end{array}$$

Ejercicio violento y prolongado:

$$\begin{array}{rcl} P & = & 84 \\ TM_x & = & 114 \quad D = 42 \\ TM_n & = & 72 \\ R & = & 32 \end{array}$$

Después de cinco minutos de reposo:

$$\begin{array}{rcl} P & = & 70 \\ TM_x & = & 110 \quad D = 48 \\ TM_n & = & 62 \\ R & = & 26 \end{array}$$

El Electrocardiograma es de tipo normal.

Los exámenes complementarios de rutina no presentan ningún dato patológico, con excepción de los coproparasitarios que presentan Guiardia y Ameba Coli.

En su historia ambiental señala el enfermo la existencia de muchos conflictos psicológicos.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|------|-------------------|--------|---|---------|
| W | : 3 | W ^{0/0} | : 17,6 | Número de Respuestas | : 17 |
| D | : 11 | Dd ^{0/0} | : 64,7 | Duración de la Prueba | : 40 |
| Dd | : 2 | Dd ^{0/0} | : 11,7 | Tiempo de Reacción | : 2,3 |
| S | : 1 | S ^{0/0} | : 5,8 | Modo de Apercepción | : W—D—S |
| F+ | : 3 | F+ ^{0/0} | : 25 | Sucesión Algo ordenada | |
| F— | : 9 | F ^{0/0} | : 70,5 | Tipo de vivencia OM/IFC+ICF | |
| CF | : 1 | A ^{0/0} | : 5,8 | | |
| FC | : 1 | H ^{0/0} | : 17,6 | M/C = 0/1,5 | |
| Cn | : 2 | | | $\frac{FM + m}{Fc + c + C'} = 0/0$ | |
| Hd | : 3 | | | $\frac{H A}{Hd Ad} = 1/3$ | |
| A | : 1 | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII—X}) 100}{R} = 35,2$ | |
| Ad | : 1 | | | | |
| Anat | : 9 | | | | |
| Man | : 1 | | | | |
| Rx | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK SOMBREADO.

Modo de app : W—D—S (3W—IID—2Dd—1S):

Sucesión algo ordenada.

Tipo de vivencia : OM/IFC+ICF : Extratensiva

Una inteligencia menos que normal (3W) y ausencia de respuestas originales que demuestra una pobreza de originalidad y hay un bajo porcentaje de formas bien vistas.

Afectividad lábil, inestable, falta de control y rapport (sólo una FC y ninguna M). Las dos Cn, indican una reacción un tanto violenta al color, así como una pobreza de asociaciones. Las respuestas de contenido Ana se hallan en alto porcentaje, (52^{0/0}) y existe además un predominio de respuestas Hd sobre las de contenido H que denotan una tendencia hipocondríaca y angustia. Hay un alto porcentaje de formas en general, tanto bien vistas como mal vistas. Todo eso, junto a la presencia de tendencias ocasionistas y el Shock sombreado constituyen caracteres de anormalidad de este protocolo.

| | | | | | | | |
|------|---|---|--------------------------------|---|------|---|--|
| FM | : | 1 | A ⁰ / ₀ | : | 17 | $M/C = 0/1$ | |
| CF | : | 1 | H ⁰ / ₀ | : | 11,6 | | |
| Cn | : | 1 | O— | : | 1 | | |
| H | : | 2 | O+ ⁰ / ₀ | : | 5,8 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'} = 1/0$ | |
| A | : | 3 | P ⁰ / ₀ | : | 5,8 | | |
| Anat | : | 4 | | | | $\frac{H}{Hd} \frac{A}{Ad} = 7/0$ | |
| Geom | : | 1 | | | | | |
| Man | : | 1 | | | | | |
| Paí | : | 1 | | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R} = 35,2$ | |

DEDUCCIONES

SGOCK CROMATICO.

Modo de App. W—D—S (5W—9D—1Dd—1S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+1CF. Coartativa.

Ausencia de M que demuestra falta de creatividad y una inestabilidad interna, lo que uniéndose al OFC nos indica la falta de control y rapport afectivo. Las FM nos indica un predominio de los impulsos instintivos, habiendo además una respuesta Cn. Hay un 22,2% de respuestas de contenido Ana; un predominio de Hd sobre H; presencia de respuestas de espacios en blanco.

M. de M.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: N^o. 4022. P 3. Sala B.

Diagnóstico: Hipertensión esencial.

Mujer de 52 años.

En forma súbita aparece un dolor punzante en el dedo pulgar izquierdo que fue poco a poco extendiéndose a la mano, antebrazo y brazo rápidamente: Al mismo tiempo se presentan calambres, amortiguamiento, piquetes, hipoestesia y cianosis.

Además mareos, vértigo, omnubilación visual, cefálea, aparición en crisis intermitentes.

$TM_x = 210$
 $TM_n = 120$
 $Md = 170$
 I oscilométrico 31/2

Termometría:

| | | | |
|--------------|-----|----------|---------|
| Brazo | 1/3 | superior | = 84° F |
| » | 1/3 | medio | = 81 |
| » | 1/3 | inferior | = 80 |
| Antebrazo | 1/3 | superior | = 84° F |
| | 1/3 | medio | = 84 |
| | 1/3 | inferior | = 84 |
| Mano dorso | | | 83 |
| | | palma | 91 |
| Dedos pulgar | | | 74 |
| | | índice | 87 |
| | | medio | 90 |
| | | anular | 87 |

COMPUTO DEL PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHAGH

| | | | | | |
|------|------|-----|--------|--------------------------|---------------|
| W | : 1 | W% | : 1,9 | Número de Respuestas | : 53 |
| D | : 24 | D% | : 44,8 | Duración de la Prueba | : 21' |
| Dd | : 21 | Dd% | : 30,9 | Tiempo de Reacción | : 0,4 |
| S | : 6 | S% | : 11,2 | Modo de Apercepción | : D—Dd—S |
| F+ | : 33 | F+% | : 73,3 | Sucesión Relajada | |
| F- | : 12 | F-% | : 84,9 | Tipo de vivencia | OM/2FC+OCF+1C |
| C | : 1 | A% | : 50,9 | M/C | = 0/2 |
| FC | : 2 | H% | : 24,5 | FM+m | |
| C' | : 1 | O+ | : 9 | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 0/0 |
| FK | : 5 | O-% | : 2 | H A | |
| H | : 3 | P% | : 9,6 | $\frac{H A}{Hd Ad}$ | = 20/20 |
| Hd | : 10 | | | (Nº. de R en VIII—X) 100 | |
| A | : 17 | | | $\frac{\quad}{R}$ | = 26,4 |
| Ad | : 10 | | | | |
| Anat | : 3 | | | | |
| Obj | : 3 | | | | |
| Veg | : 1 | | | | |
| Man | : 1 | | | | |
| Oru | : 1 | | | | |
| Lan | : 1 | | | | |
| Vest | : 1 | | | | |
| Sn | : 1 | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK CROMATICO.

Modo de App. D—Dd—S. (1W—24D—21Dd—6S).

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/2FC+OCF+1C.

Extractensivo egocéntrico.

Inteligencia predominantemente práctica, con un buen porcentaje de O y F+⁰/₁₀. Afectividad un tanto inestable y con buena adaptación (OM y 2FC). Presencia de tendencias oposicionistas, representadas por un buen porcentaje de S (6 respuestas S). Hay cinco respuestas FK, que representa un elevado número y demuestra la tendencia ansioso-depresiva que se encuentra en las Neurosis benígnas. También hay predominio de Hd sobre las H.

A. T. P.

Institución: Hospital «Eugenio Espejo».

Historia Clínica: No. 4130. P 3. Sala A.

Diagnóstico: Hipotiroidismo.

Hombre de 18 años. Zapatero.

El paciente indica que desde niño notó un engrosamiento del cuello y que éste progresaba paulatinamente, pero que la tumoración se ha hecho más notable en estos últimos años. No se ha presentado una sintomatología muy manifiesta y por esto, lo que más le ha preocupado al enfermo, ha sido la parte estética.

La facies del enfermo es de tipo hipotiroideo; piel infiltrada, engrosado, color amarillento que da a la cara el aspecto de «luna llena».

Caracteres sexuales secundarios no manifiestos sino en parte; tendencia a la impotencia.

Pulso poco frecuente; tensión baja. Metabolismo basal disminuído.

Se nota a primera vista un gran déficit intelectual, que se confirma cuando se trata más de cerca al enfermo y por las pruebas de la inteligencia.

CÓMPUTO DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

| | | | | | |
|------|-----|--------------------------------|--------|--|---------------|
| W | : 0 | W ⁰ / ₀ | : 0 | Número de Respuestas | : 16 |
| D | : 6 | D ⁰ / ₀ | : 37,5 | Duración de la Prueba | : 43' |
| Dd | : 8 | Dd ⁰ / ₀ | : 50 | Tiempo de Reacción | : 2,6 |
| S | : 2 | S ⁰ / ₀ | : 12,5 | Modo de Apercepción | : D—Dd—S |
| F+ | : 0 | F+ ⁰ / ₀ | : 0 | Sucesión. | Relajada |
| F— | : 5 | F ⁰ / ₀ | : 31,5 | Tipo de vivencia | OM/OFC+1CF+2C |
| C | : 2 | A ⁰ / ₀ | : 6,2 | MC | = 0/4 |
| CF | : 1 | | | | |
| K | : 3 | | | $\frac{FM+m}{Fc+c+C'}$ | = 0/0 |
| KF | : 2 | | | | |
| FK | : 1 | | | $\frac{H A.}{Hd Ad}$ | = 1/0 |
| A | : 1 | | | | |
| Anat | : 3 | | | $\frac{(N^{\circ} \text{ de R en VIII-X}) 100}{R}$ | = 31,2 |
| Man | : 2 | | | | |
| Gol | : 1 | | | | |
| Sar | : 1 | | | | |
| Abs | : 1 | | | | |
| etc. | etc | | | | |

DEDUCCIONES

SHOCK CROMATICO.

Modo de App. D—Dd—S.

Sucesión. Relajada.

Tipo de vivencia. OM/OFC+1CF+2C.—Extratensiva egocéntrica.

Ausencia de originalidad. Ausencia de respuestas globales; ninguna F+. Bajo nivel intelectual. Hay predominio de respuestas Dd que indican una tendencia al pequeño detalle y a las minucias.

Ausencia de M y FC y predominio en cambio de respuestas CF y C que denotan la falta de control y rapport afectivo así como la inestabilidad interna. Hay un gran número de respuestas K que indican factores de angustia en esta Personalidad.

QUINTA PARTE

Esta Parte consta de tres capítulos. Ellos, se hallan dedicados, el primero a la exposición de los resultados obtenidos mediante el Psicodiagnóstico de Rorschach en nuestros casos clínicos; el segundo, dedicado a la exposición de los resultados obtenidos mediante la aplicación del P M K a nuestros casos clínicos; y el tercero, que constituye el capítulo final se halla dedicado a las conclusiones obtenidas del presente trabajo.

La exposición de los resultados obtenidos con cada uno de los psicodiagnósticos empleados por nosotros consta en primer lugar de un cuadro estadístico detallado, respecto a las respuestas obtenidas de todos y cada uno de los pacientes mediante el Rorschach, y las desviaciones y más caracteres, así mismo obtenido para todos y cada uno de los pacientes, mediante el P M K; en segundo término, exponemos los resultados promediales obtenidos, para cada grupo de enfermedades lo cual puede tener un valor más o menos apreciable para aquellas enfermedades en que hemos tomado mayor número de casos, pero que no tiene el valor suficiente para aquellas otras enfermedades en que el número de pacientes es reducido.

Sin embargo, quiero dejar constancia una vez más que el afán que me ha guiado primordialmente es el de despertar algún interés en las investigaciones de la Medicina Psicósomática, considerando que también para mí constituye este trabajo la puerta de entrada a aquel maravilloso edificio, amplio, vasto y obscuro hasta hoy, que constituye el mundo de lo inconsciente y el de la Medicina Psicósomática.

I

RESULTADOS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH EN
NUESTROS CASOS CLÍNICOS

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

| Nombre | Edad | Sexo | Enfermedad |
|----------|------|------|-----------------------|
| G. Q. | 39 | M | Úlcera Péptica |
| S. R. | 51 | M | » |
| T. F. | 36 | M | » |
| C. S. | 31 | M | » |
| A. S. | 54 | M | » |
| J. E. | 34 | M | » |
| N. C. | 21 | M | » |
| J. S. | 55 | M | » |
| V. G. | 45 | M | » |
| C. M. | 41 | M | » |
| L. R. | 30 | M | » |
| L. T. | 45 | F | Colitis |
| S. V. | 50 | M | » |
| R. A. | 30 | F | » |
| C. O. | 26 | M | » |
| L. A. | 27 | F | Tb pulmonar |
| D. C. | 53 | F | » |
| A. E. | 42 | F | » |
| L. C. | 23 | F | » |
| P. L. | 25 | F | » |
| L. M. | 19 | M | » |
| C. R. | 35 | M | » |
| J. G. | 30 | M | » |
| R. L. | 20 | M | » |
| H. C. | 29 | M | » |
| M. O. | 25 | F | Asma bronquial |
| E. S. | 45 | F | » |
| C. C. | 35 | M | Ataxia locomotriz |
| M. Y. | 18 | F | Hemiplegia |
| M. P. | 26 | M | Paraplegia |
| C. R. | 47 | M | » |
| G. G. | 24 | M | Mal de Pott |
| L. A. | 23 | M | Neurosis cardíaca |
| J. C. | 38 | M | Arteritis obliterante |
| M. de M. | 55 | F | Hipertensión esencial |
| A. P. | 18 | M | Hipotiroidismo |

| Nombre | R | W ^o / _o | D ^o / _o | Dd ^o / _o | S ^o / _o | F ^o / _o | O ^o / _o | F ^o / _o |
|----------|----|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| G. Q. | 32 | 3,12 | 40,6 | 15,6 | 40,6 | 38 | 46,6 | 65,6 |
| S. R. | 32 | 12,5 | 75 | 15,5 | 3,1 | 6,6 | 31,2 | 75 |
| T. F. | 10 | 50 | 50 | 0 | ... | 71,1 | 30 | 70 |
| C. S. | 35 | 14 | 35 | 12 | 35 | 33,3 | 5,5 | 68,6 |
| A. S. | 14 | 21,4 | 64,2 | 14,2 | ... | 85,7 | 7,1 | 100 |
| J. E. | 56 | 8,9 | 35,7 | 32,1 | 35 | 61,1 | 35,7 | 64,9 |
| N. C. | 24 | 8,3 | 41,6 | 29,1 | 25 | 62,5 | 8,3 | 60,8 |
| J. S. | 27 | ... | 48,1 | 29,6 | 18,5 | 23,5 | 14,8 | 62,6 |
| V. G. | 23 | 26 | 60,8 | 4,3 | 4,3 | 35,7 | 17,8 | 63,2 |
| C. M. | 15 | 20 | 60 | 6,6 | 13,3 | 80 | 20 | 66 |
| L. R. | 11 | 27,2 | 54,5 | 18,1 | ... | 60 | 27,2 | 90 |
| L. T. | 6 | 33,3 | 66,6 | ... | ... | 80 | ... | 83 |
| S. V. | 16 | 12,5 | 62,5 | 12,5 | 12,5 | 93,7 | 6,2 | 93,7 |
| R. A. | 9 | ... | 33,3 | 22,2 | 22,2 | 66,6 | 11 | 100 |
| C. O. | 48 | 24,5 | 50 | 18,7 | 10,4 | 63,4 | ... | 87,5 |
| L. A. | 26 | 11,1 | 80,7 | 7,6 | ... | 63,6 | 15,3 | 84 |
| D. C. | 78 | 61,5 | 28,2 | 6,6 | 7,6 | 40,4 | 32 | 53,8 |
| A. E. | 19 | 26,2 | 63,1 | ... | 10,5 | 86,5 | 16,8 | 74,1 |
| L. C. | 22 | 36,3 | 59 | 4,5 | ... | 87,5 | ... | 72,7 |
| P. L. | 31 | 16,1 | 87 | 9,6 | 6,4 | 44,4 | 19,3 | 81 |
| L. M. | 15 | 26,6 | 53,3 | 13,3 | ... | 91,6 | ... | 80 |
| C. R. | 15 | ... | 40 | 46,6 | 6,6 | 38,4 | 26,6 | 92,8 |
| J. G. | 25 | 8 | 72 | 4 | 16 | 29,4 | 40 | 68 |
| R. L. | 15 | 20 | 73,3 | ... | 6,6 | 53,3 | 33,3 | 100 |
| H. C. | 20 | 5 | 70 | 20 | 5 | 38,8 | 45 | 90 |
| M. O. | 32 | ... | 71,8 | 25 | 3,1 | 45,1 | 6,2 | 96,9 |
| E. S. | 10 | 40 | 50 | ... | ... | 100 | 10 | 33,3 |
| C. C. | 10 | ... | 90 | 10 | ... | 20 | ... | 100 |
| M. Y. | 34 | 2,9 | 67,6 | 17,6 | 8,8 | 76 | 8,8 | 73,5 |
| M. P. | 28 | 3,5 | 67,2 | 14,2 | 10,7 | 53,8 | 14,2 | 92,8 |
| G. R. | 22 | ... | 54,5 | 27,2 | 18,1 | 57,8 | 13,6 | 86,3 |
| G. G. | 25 | ... | 40 | ... | 36 | 20 | 40 | 100 |
| L. A. | 17 | 17,6 | 64,7 | 11,7 | 5,8 | 25 | ... | 70,5 |
| J. C. | 18 | 27,7 | 50 | 5,5 | 5,5 | 35,7 | 5,5 | 82,3 |
| M. de M. | 52 | 1,9 | 43,8 | 40,3 | 17,5 | 73,3 | 21,1 | 31,5 |
| A. P. | 16 | ... | 37,5 | 50 | 12,5 | ... | ... | 84,9 |

| Nombre | M | FM | m | C | CF | FC | Cn |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| G. Q. | ... | ... | ... | 1 | 7 | ... | ... |
| S. R. | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | ... |
| T. F. | ... | ... | ... | ... | ... | 2 | ... |
| C. S. | ... | ... | ... | 6 | 1 | ... | 3 |
| A. S. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| J. E. | 1 | 1 | ... | 1 | 1 | 1 | 1 |
| N. C. | 1 | ... | ... | ... | ... | 1 | 1 |
| J. S. | ... | ... | ... | 4 | 3 | ... | ... |
| V. G. | 1 | ... | ... | ... | 2 | 2 | ... |
| C. M. | ... | 2 | ... | 1 | ... | 1 | ... |
| L. R. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| L. T. | ... | 1 | ... | ... | ... | ... | ... |
| S. V. | ... | ... | ... | 1 | ... | ... | ... |
| R. A. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| C. O. | 1 | ... | ... | 3 | ... | ... | 3 |
| L. A. | ... | ... | ... | ... | ... | 2 | ... |
| D. C. | ... | ... | 5 | 2 | 14 | 3 | ... |
| A. E. | ... | ... | ... | 1 | 2 | 1 | ... |
| L. C. | 1 | 2 | ... | ... | 1 | 1 | ... |
| P. L. | ... | 1 | ... | 1 | 1 | ... | ... |
| L. M. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| C. R. | ... | ... | ... | ... | ... | 1 | ... |
| J. G. | ... | ... | ... | ... | 3 | 4 | ... |
| R. L. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| H. C. | ... | ... | 1 | 1 | ... | ... | ... |
| M. O. | ... | ... | ... | ... | ... | 1 | ... |
| E. S. | ... | 2 | ... | ... | 1 | ... | ... |
| C. C. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| M. Y. | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | ... | ... |
| M. P. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| C. R. | ... | ... | ... | 1 | 2 | ... | ... |
| G. G. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| L. A. | ... | ... | ... | ... | 1 | 1 | 2 |
| J. C. | ... | 1 | ... | ... | 1 | ... | 1 |
| M. de M. | ... | ... | ... | 1 | ... | 2 | ... |
| A. P. | ... | ... | ... | 2 | 1 | ... | ... |

| Nombre | cF | Fe | K | KF | FK | A% | H% |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| G. Q. | ... | ... | 1 | 1 | ... | 6,6 | 6,6 |
| S. R. | ... | 1 | 1 | ... | ... | 40,6 | 34,3 |
| T. F. | ... | ... | ... | 1 | ... | 20 | 50 |
| C. S. | 1 | ... | ... | ... | ... | 17 | 5,5 |
| A. S. | ... | ... | ... | ... | ... | 71,4 | 28,5 |
| J. E. | ... | ... | 2 | 1 | ... | 32,1 | 14,2 |
| N. C. | ... | ... | 1 | ... | ... | 33,3 | 25 |
| J. S. | ... | ... | 2 | ... | ... | 3,7 | 29,6 |
| V. G. | ... | 2 | ... | ... | ... | 30,4 | 21,7 |
| C. M. | ... | ... | ... | ... | 1 | 33,3 | 13,3 |
| L. R. | ... | ... | 1 | ... | ... | 45,4 | 9,9 |
| L. T. | ... | ... | ... | ... | ... | 83,3 | ... |
| S. V. | ... | ... | ... | ... | ... | 18,7 | 6,2 |
| R. A. | ... | ... | ... | ... | ... | 22,2 | 44,4 |
| G. O. | ... | ... | ... | ... | ... | 22,9 | 8,3 |
| L. A. | 1 | ... | 1 | ... | ... | 42,6 | 3,8 |
| D. C. | ... | ... | 4 | ... | 3 | 7,6 | ... |
| A. E. | ... | ... | ... | ... | ... | 42,1 | ... |
| L. C. | ... | ... | ... | ... | 1 | 36,3 | 13,6 |
| P. L. | ... | ... | 1 | 1 | ... | 29 | ... |
| L. M. | ... | ... | ... | ... | ... | 53,3 | 13,3 |
| C. R. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 80 |
| J. G. | ... | ... | 1 | ... | ... | ... | 20 |
| R. L. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 6,6 |
| H. C. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 40 |
| M. O. | ... | ... | ... | ... | ... | 3,1 | 43,3 |
| E. S. | 2 | ... | 1 | ... | ... | 50 | 20 |
| C. C. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 100 |
| M. Y. | ... | ... | 1 | 1 | ... | 44,1 | 8,8 |
| M. P. | ... | ... | ... | ... | ... | 3,5 | 71,4 |
| C. R. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 54,5 |
| G. G. | ... | ... | ... | ... | ... | ... | 60 |
| L. A. | ... | ... | ... | ... | ... | 5,8 | 17,6 |
| J. C. | ... | ... | ... | ... | ... | 16,6 | 11,1 |
| M. de M. | ... | ... | ... | ... | 5 | 51,9 | 25 |
| A. P. | ... | ... | 3 | 1 | 2 | 6,2 | ... |

| Nombre | H | Hd | A | Ad | Ana | Man | H/Hd |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| G. Q. | ... | 1 | 2 | ... | 12 | 3 | 0/1 |
| S. R. | 3 | 8 | 9 | 4 | 1 | ... | 3/8 |
| T. F. | ... | 5 | 2 | 1 | ... | ... | 0/5 |
| C. S. | 1 | ... | 4 | 2 | ... | 19 | 1/0 |
| A. S. | 2 | 2 | 10 | ... | ... | ... | 2/2 |
| J. E. | ... | 8 | 16 | 2 | 6 | 1 | 0/8 |
| N. C. | 4 | 2 | 5 | 3 | ... | 6 | 4/2 |
| J. S. | ... | 8 | 1 | ... | 6 | ... | 0/8 |
| V. G. | 2 | 3 | 7 | ... | 9 | ... | 2/3 |
| C. M. | 2 | ... | 5 | ... | ... | ... | 2/0 |
| L. R. | ... | 1 | 5 | ... | ... | ... | 0/1 |
| L. T. | ... | ... | 5 | ... | ... | ... | 0/0 |
| S. V. | ... | 1 | 3 | ... | 8 | ... | 0/1 |
| R. A. | ... | 4 | 1 | 1 | ... | ... | 0/4 |
| C. O. | ... | 4 | 9 | 2 | 5 | ... | 0/4 |
| L. A. | ... | 1 | 11 | ... | 7 | ... | 1/0 |
| D. C. | ... | ... | 6 | ... | 2 | 2 | 0/0 |
| A. E. | ... | ... | 8 | ... | 1 | ... | 0/0 |
| L. C. | 3 | ... | 7 | 1 | ... | ... | 3/0 |
| P. L. | ... | ... | 9 | ... | ... | ... | 0/0 |
| L. M. | 2 | ... | 7 | 1 | ... | ... | 2/0 |
| C. R. | ... | 12 | ... | ... | 2 | ... | 0/12 |
| J. G. | 1 | 4 | ... | ... | 13 | ... | 1/4 |
| R. L. | 1 | ... | ... | ... | 10 | ... | 1/0 |
| H. C. | ... | 8 | ... | ... | 7 | ... | 0/8 |
| M. O. | ... | 14 | 1 | ... | 17 | ... | 1/14 |
| E. S. | ... | 2 | 3 | 2 | ... | ... | 0/2 |
| C. C. | 2 | 8 | ... | ... | ... | ... | 2/8 |
| M. Y. | 3 | ... | 7 | 8 | ... | 3 | 3/0 |
| M. P. | ... | 20 | 1 | ... | 6 | ... | 0/20 |
| C. R. | ... | 12 | ... | ... | 6 | ... | 0/12 |
| G. G. | ... | 15 | ... | ... | 9 | ... | 0/15 |
| L. A. | ... | 3 | 1 | ... | 9 | 1 | 0/3 |
| J. C. | 2 | ... | 3 | ... | 4 | 1 | 0/0 |
| M. de M. | 3 | 10 | 17 | 10 | 3 | 1 | 3/10 |
| A. P. | ... | ... | 1 | ... | 3 | 2 | 0/0 |

| Nombre | App | Sucesión | Tipo de vivencia | (R. VIII—X ^o /o) |
|----------|----------|-------------|------------------|--------------------------------|
| G. Q. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+7CF+1C | 32,2 ^o /o |
| S. R. | W—D—Dd | Relajada | 1M/1FC+1CF+1C | 43,3 » |
| T. F. | W—D | Ordenada | OM/2FC | 30 » |
| C. S. | W—D—Dd—S | Desordenada | OM/OFC+1CF+6C | 36,1 » |
| A. S. | W—D—Dd | Ordenada | OM/OFC+OCF | 42,8 » |
| J. E. | D—Dd | Relajada | 1M/1FC+1CF+6C | 19,5 » |
| N. C. | D—Dd—S | Desordenada | 1M/1FC+OCF | 33,2 » |
| J. S. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+3CF+4C | 18,5 » |
| V. G. | W—D | Ordenada | 1M/2FC+2CF | 47,8 » |
| C. M. | W—D—S | Relajada | OM/1FC+OCF+1C | 26,6 » |
| L. R. | W—D—Dd | Ordenada | OM/OFC+OCF | 18,1 » |
| L. T. | W—D | Desordenada | OM/OFC+OCF | 33,3 » |
| S. V. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+OCF+1C | 44,4 » |
| R. A. | D—Dd—S | Desordenada | OM/OFC+OCF | 33,3 » |
| C. O. | W—D—Dd—S | Relajada | 1M/OFC+OCF×3C | 52 » |
| L. A. | W—D | Ordenada | OM/2FC+OCF | 34,6 » |
| D. C. | W—D—S | Relajada | OM/3FC+14CF+2C | 29,4 » |
| A. E. | W—D—S | Relajada | OM/1FC+2CF+1C | 31,5 » |
| L. C. | W—D | Rígida | 1M/1FC+1CF | 40,9 » |
| P. L. | W—D—S | Relajada | OM/OFC+1CF+1C | 38,7 » |
| L. M. | W—D—Dd | Relajada | OM/OFC+OCF | 20 » |
| C. R. | D—Dd—S | Desordenada | 1M/1FC+OCF | 13,3 » |
| J. G. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+3CF+3C | 40 » |
| R. L. | W—D—S | Relajada | OM/OFC+OCF | 33,3 » |
| H. C. | D—Dd | Relajada | OM/OFC+1CF+1C | 45 » |
| M. O. | D—Dd—S | Relajada | OM/1FC+OCF | 34,3 » |
| E. S. | W—D | Relajada | OM/OFC+1CF | 20 » |
| C. C. | D—Dd | Ordenada | OM/OFC+OCF | 30 » |
| M. Y. | D—Dd—S | Relajada | 1M/OFC+2CF+2C | 29,4 » |
| M. P. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+OCF | 17,8 » |
| C. R. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+2CF+1C | 40,9 » |
| G. G. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+OCF | 40 » |
| L. A. | W—D—S | Ordenada | OM/OFC+1CF | 35,2 » |
| J. C. | W—D—S | Relajada | OM/OFC+1CF | 33,3 » |
| M. de M. | D—Dd—S | Relajada | OM/2FC+OCF+1C | 26,9 » |
| A. P. | D—Dd—S | Relajada | OM/OFC+1CF+2C | 31,2 » |

**VALORES PROMEDIALES DE LOS RESULTADOS DEL PSICO-
DIAGNOSTICO DE RORSCHACH EN LOS DIFERENTES
GRUPOS DE ENFERMEDADES**

| Datos | Ulcer: a Péptica | Colitis | Asma bronquial | Tb. pulmonar |
|--------------------|------------------|---------|----------------|--------------|
| R | 25,36 | 19,75 | 21 | 26,6 |
| t | 0,78 | 2,1 | 1,85 | 0,96 |
| W ^{0/0} | 16,76 | 17,57 | 20,00 | 21,38 |
| D ^{0/0} | 51,50 | 53,10 | 6,90 | 62,63 |
| Dd ^{0/0} | 16,35 | 13,35 | 12,50 | 11,22 |
| S ^{0/0} | 13,27 | 11,27 | 1,35 | 5,87 |
| O ^{0/0} | 22,20 | 4,30 | 8,10 | 22,72 |
| F ^{0/0} | 64,60 | 91,12 | 63,30 | 79,68 |
| F+ ^{0/0} | 55,24 | 75,78 | 72,35 | 57,30 |
| M | 0,36 | 0,25 | 0,00 | 0,10 |
| FM | 0,45 | 0,25 | 1,00 | 0,30 |
| m | 0,90 | 0,00 | 0,00 | 0,50 |
| C | 1,27 | 10,00 | 0,00 | 0,80 |
| CF | 1,36 | 0,00 | 0,25 | 2,30 |
| FC | 0,72 | 0,00 | 0,50 | 0,80 |
| Cn | 0,45 | 0,75 | 0,00 | 0,00 |
| cF | ... | ... | ... | ... |
| K | 0,81 | 0,00 | 0,50 | 0,70 |
| KF | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,20 |
| FK | 0,09 | 0,00 | 0,00 | 0,40 |
| A ^{0/0} | 30,34 | 36,77 | 26,55 | 19,17 |
| Ana ^{0/0} | 12,80 | 10,41 | 26,56 | 15,51 |

MODOS DE APP

| Ulcer: a Péptica | Colitis | Asma bronq. | Tb. pulmonar |
|------------------------------|------------------------------|-------------|----------------------------|
| D-Dd-S ... 27 ^{0/0} | D-Dd-S ... 50 ^{0/0} | D-Dd-S | W-D-S 40 ^{0/0} |
| W-D-Dd ... 27 ^{0/0} | W-D-Dd-S 25 ^{0/0} | W-D..... | D-Dd-S 20 ^{0/0} |
| W-D ... 18 ^{0/0} | W-D ... 25 ^{0/0} | | W-D ... 20 ^{0/0} |
| W-D-Dd-S 9 ^{0/0} | | | W-D-Dd 10 ^{0/0} |
| W-D-S ... 9 ^{0/0} | | | D-Dd ... 10 ^{0/0} |
| D-Dd ... 9 ^{0/0} | | | |

| SUCESION | Relajada ... 45 ^{0/0} | Relajada ... 50 ^{0/0} | Relajada | Relaj ... 70 ^{0/0} |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|-----------------------------|
| Orden ... | 36 ^{0/0} | Desord. ... 50 ^{0/0} | | Desord. 10 ^{0/0} |
| Desord. ... | 18 ^{0/0} | | | Rígida . 10 ^{0/0} |
| | | | | Orden. . 10 ^{0/0} |

| Tipo de Vivencia | 0,3/4,1 | 0,25/1,5 | 0/0,5 | 0,2/3,85 |
|----------------------|---------|----------|---------|----------|
| FM + m | | | | |
| Fc+c+C | 0,54/1 | 0,25/025 | 2/2 | 0,2/3,85 |
| R VIII—X % | 31,7 | 41,2 | 27 | 32,6 |
| H/Hd | 1,2/3,6 | 0,5/8 | 0,1/2,4 | |
| SHOCK CROMATICO % | 72,7 | 25 | Elevado | 50 |
| SHOCK SOMBREADO % | 45,4 | 0 | Si | 50 |

| | Neurosis Cardíaca | Hipertensión Esencial | Arteritis Obliterante | Enfermedades Nerviosas | Hipo Tiroideo |
|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------|
| R | 17 | 52 | 18 | 23,5 | 16 |
| t | 2,3 | 0,4 | 0,8 | 12,25 | 2,6 |
| W % | 19,9 | 5,8 | 29,4 | 2,9 | — |
| D % | 60,7 | 43,8 | 50 | 69,82 | 37,5 |
| Dd % | 11,7 | 40,3 | 5,5 | 17,25 | 50 |
| S % | 5,8 | 11,5 | 5,5 | 9,4 | 12,4 |
| O % | — | 21,1 | 5,5 | 9,15 | — |
| F+ % | 25 | 73,3 | 35,7 | 51,9 | — |
| M | — | — | — | 0,25 | — |
| FM | — | — | 1 | 0,25 | — |
| m | — | — | — | 0,25 | — |
| C | — | 1 | — | 7,5 | 2 |
| CF | 1 | — | 1 | 1 | 1 |
| FC | 1 | 2 | — | — | — |
| Cn | 2 | — | 1 | — | — |
| Fc | — | — | — | — | — |
| K | — | — | — | 0,25 | 33 |
| KF | — | — | — | 0,25 | 1 |
| FK | — | 5 | — | — | 2 |
| A % | 17,6 | 51,9 | 16,6 | 11,9 | 6,2 |
| Ana % | 72,94 | 5,76 | 22,2 | 17,8 | 18,75 |

| | Neurosis Cardíaca | Hipertensión Esencial | Arteritis Obliterante | Enfermedades Nerviosas | Hipo Tiroideo |
|--------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------|
| Modo de | W-D-S | D-Dd-S | W-D-S | D-Dd-S | D-Dd-S |
| Apercep. | | | | 76 % D-Dd 25 % | |
| Sucesión | Ordenada | Relajada | Relajada | Relaj. 75 % Orden 25 % | Relaj. |
| Tipo | OM | OM | OM | 0,25 M | OM |
| Vivencia | 1FC-1CF | 0FC-0CF-1C | 0FC-1CF-0CF | 1FC-2C | 1CF-2C |
| FM-m | 0/0 | 0/0 | 0,6/0 | 0 5/0 | 0/0 |
| Fc-c-C' | | | | | |
| R VIII-X % | 35,2 | 26,9 | 33,3 | 29,5 | 31,2 |
| H/Hd | 0/3 | 3/10 | 2/10 | 1,25/10 | 0/0 |
| SHOCK CROMAT. | | Sí | Sí | 25% | Sí |
| SHOCK SOMBREAD. | Sí | | | Sí | |

II

RESULTADO DEL P.M.K. EN NUESTROS CASOS CLINICOS

SINTESIS DE LOS RESULTADOS INDIVIDUALES

KINETOGRAMAS

| NOMBRE | TAMAÑO LINEAL | | | | | |
|--------|---------------------|--------|-------|-----------------------|--------|-------|
| | <i>Mano derecha</i> | | | <i>Mano izquierda</i> | | |
| | Sagit. | Horiz. | Vert. | Sagit. | Horiz. | Vert. |
| G. Q. | 37 | 28 | 44 | 42 | 47 | 55 |
| S. R. | 37 | 35 | 55 | 57 | 57 | 59 |
| T. F. | 46 | 43 | 48 | 52 | 52 | 40 |
| C. S. | 41 | 46 | 50 | 41 | 49 | 56 |
| A. S. | 36 | 39 | 39 | 37 | 41 | 43 |
| J. E. | 42 | 49 | 41 | 29 | 37 | 35 |
| N. C. | 25 | 21 | 20 | 23 | 22 | 18 |
| J. S. | 35 | 33 | 32 | 35 | 35 | 37 |
| V. G. | 45 | 38 | 56 | 47 | 43 | 56 |
| C. M. | 33 | 33 | 37 | 30 | 44 | 47 |
| L. R. | 32 | 32 | 43 | 32 | 37 | 35 |
| L. T. | 60 | 61 | 61 | 47 | 57 | 59 |
| S. V. | 45 | 42 | 58 | 52 | 48 | 46 |
| R. A. | 46 | 50 | 50 | 50 | 46 | 58 |
| C. O. | 31 | 30 | 32 | 27 | 40 | 32 |
| L. A. | 26 | 28 | 32 | 27 | 32 | 26 |
| D. C. | 41 | 41 | 54 | 38 | 59 | 48 |
| A. E. | 43 | 47 | 51 | 49 | 45 | 56 |
| L. C. | 27 | 37 | 30 | 26 | 22 | 21 |
| P. L. | 33 | 40 | 38 | 22 | 33 | 44 |
| X. X. | 31 | 30 | 32 | 27 | 28 | 28 |
| L. M. | 34 | 32 | 39 | 28 | 28 | 36 |
| C. R. | 40 | 42 | 31 | 44 | 36 | 46 |
| J. G. | 38 | 43 | 42 | 36 | 30 | 25 |
| R. L. | 23 | 32 | 26 | 33 | 27 | 33 |
| H. C. | 26 | 28 | 36 | 25 | 28 | 31 |
| M. O. | 24 | 25 | 38 | 72 | 33 | 42 |
| E. S. | 31 | 34 | 37 | 25 | 27 | 35 |
| C. C. | 43 | 49 | 41 | 34 | 26 | 36 |
| M. Y. | Presencia de Tembl. | | | 46 | 41 | 23 |
| M. P. | 43 | 36 | 40 | 22 | 28 | 30 |
| C. R. | 28 | 46 | 35 | 27 | 42 | 37 |
| J. CH. | 35 | 31 | 50 | 32 | 52 | 68 |
| G. G. | 27 | 30 | 28 | 25 | 21 | 21 |
| L. A. | 47 | 27 | 44 | 51 | 38 | 36 |
| J. C. | 24 | 34 | 35 | 29 | 40 | 39 |

DESVIACION PRIMARIA

| NOMBRE | SAGITALES | | | | | HORIZONTALES | | | VERTICALES | | | |
|--------|-----------|------|-------|-----|-----|--------------|-------|-----|------------|-----|-------|-----|
| | M. | D. | M. I. | | M. | D. | M. I. | | M. | D. | M. I. | |
| | Adel. | Atr. | Ad. | Ai. | Ai. | Ad. | Ai. | Ad. | Arr. | Ab. | Arr. | Ab. |
| G. Q. | — | 6 | 1 | — | 20 | — | 14 | — | — | 9 | 11 | — |
| S. R. | 40 | — | 31 | — | 40 | — | 34 | — | 16 | — | 9 | — |
| T. F. | 23 | — | 9 | — | 10 | — | 16 | — | 1 | — | 3 | — |
| C. S. | 4 | — | 14 | — | 2 | — | — | 2,5 | 12 | — | 10 | — |
| A. S. | 16 | — | 22 | — | 4 | — | — | 20 | — | 12 | 1 | — |
| J. E. | 2 | — | — | 5 | — | 0,5 | — | 2 | — | 1 | — | 5 |
| N. C. | 10 | — | 13 | — | 5 | 0 | 5 | 5 | — | 11 | — | 4 |
| J. S. | 4 | — | 1 | — | 3 | — | 19 | — | — | 17 | — | 3 |
| V. G. | 2 | — | 6 | — | 5,5 | — | 10 | — | — | 14 | — | 22 |
| C. M. | 5 | — | 12 | — | — | 3,5 | 15 | — | 3 | — | — | 2 |
| L. R. | 5 | — | 7 | — | 2 | — | 10 | — | 1,8 | — | — | 2 |
| L. T. | — | 6 | 19 | — | — | 7 | — | 12 | 12 | — | 1 | — |
| S. V. | 2 | — | 11 | — | 5 | — | — | 22 | — | 35 | — | 21 |
| R. A. | 21 | — | 20 | — | 9 | — | 10 | — | — | 20 | — | 10 |
| C. O. | 11 | — | 1 | — | — | 3 | 2 | — | — | 8 | 5 | — |
| L. A. | 5 | — | 2 | — | — | 1 | 1 | — | 2 | — | — | 1 |
| D. C. | 4 | — | 12 | — | 4 | — | — | 8 | — | 8 | — | 15 |
| A. E. | 10 | — | 6 | — | — | 1 | — | 3 | 9 | — | 2 | — |
| L. C. | 25 | — | 31 | — | 11 | — | — | 10 | — | 10 | 9 | — |
| P. L. | 16 | — | 18 | — | — | 10 | — | 6 | 13 | 10 | — | 24 |
| L. M. | 2 | — | 7 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| C. R. | 19 | — | 20 | — | 9 | — | — | 15 | — | 11 | — | 15 |
| J. G. | 7 | — | — | 6 | 5 | — | — | 2 | — | 15 | — | — |
| R. L. | 10 | — | — | 1 | 13 | — | — | 6 | — | 16 | — | 10 |
| H. C. | 3 | — | 5 | — | 7 | — | — | 12 | — | 26 | — | 10 |
| M. O. | 17 | — | 1 | — | 18 | — | — | 8 | — | 21 | 6 | — |
| E. S. | 5 | — | — | — | — | 0,5 | — | 1 | — | 8 | — | 6 |
| C. B. | 20 | — | 9 | — | — | 11 | — | 1 | 7 | — | 5 | — |
| M. Y. | — | — | — | 6 | — | — | 12 | 1 | — | — | — | 34 |
| M. P. | 12 | — | 9 | 6 | — | 5 | — | 8 | — | 10 | — | 7 |
| C. R. | 3 | — | — | 1 | 1 | — | 19 | 10 | 0 | 5 | 3 | 1 |
| G. G. | 17 | — | 9 | — | 12 | 2 | — | — | — | 8 | 2 | — |
| L. A. | — | 12 | — | 1 | — | 0,5 | 23 | — | 12 | — | 24 | — |
| J. C. | 8 | — | — | 3 | 16 | — | — | 4 | — | 5 | 9 | — |

DESVIACION SECUNDARIA

| NOMBRE | Mano | | SAGITALES | | | | | HORIZONTALES | | | VERTICALES | |
|--------|------|--------|-----------|-----|-------|------|-------|--------------|-------|-----|------------|-----|
| | Der. | Adent. | M. I. | | M. D. | | M. I. | | M. D. | | M. I. | |
| | | | Af. | Ad. | Af. | Arr. | Ab. | Arr. | Af. | Ad. | Af. | Ad. |
| G. Q. | — | 6 | 4 | — | — | — | — | 3 | 12 | — | — | 16 |
| S. R. | — | 40 | 52 | — | — | — | 23 | — | 23 | — | — | — |
| T. F. | — | 14 | — | 6 | 12 | — | 1 | — | 8 | — | — | 10 |
| C. S. | 31 | — | 6 | — | 4 | — | — | 1 | — | 20 | — | 3 |
| A. S. | 2 | — | 2 | — | 5 | — | — | 12 | — | 18 | — | 27 |
| J. E. | 2 | — | 12 | — | — | 6 | — | 6 | — | 9 | — | 8 |
| N. C. | — | 2 | — | 7 | — | 2 | 10 | — | 4 | — | 12 | — |
| J. S. | — | — | — | 1 | — | — | 7 | — | — | — | — | 18 |
| V. C. | — | 8 | 4 | — | — | — | — | 3 | 5 | — | — | 7 |
| C. M. | — | 1 | — | 10 | 4 | — | — | 1 | 7 | — | 16 | — |
| L. R. | 3 | — | — | 3 | 7 | — | — | 3 | — | 12 | — | 11 |
| L. T. | 16 | — | — | — | — | 23 | — | 6 | — | 34 | — | 25 |
| S. V. | — | 23 | — | 6 | — | 24 | — | 0,5 | — | 11 | — | 10 |
| R. A. | 17 | — | 2 | — | 9 | — | 14 | — | 9 | 1 | 9 | — |
| C. O. | — | — | — | 9 | — | 1 | — | 1 | 8 | — | 7 | — |
| L. A. | — | 2 | — | — | — | 2 | — | 2 | 5 | — | 9 | 5 |
| D. C. | — | — | 7 | — | — | 1 | — | 3 | — | — | — | 10 |
| A. E. | — | 13 | 17 | — | 3 | — | 9 | — | 11 | — | — | 14 |
| L. C. | — | 15 | — | 8 | 3 | — | — | — | 5 | — | — | 9 |
| P. L. | 22 | — | — | 18 | — | 3 | — | — | — | 8 | 25 | — |
| L. M. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| C. R. | 10 | — | 6 | — | — | — | 5 | — | 15 | — | 5 | — |
| J. G. | — | — | 5 | — | 5 | 6 | — | — | 8 | — | — | — |
| R. L. | — | 10 | — | 3 | 5 | — | — | 5 | — | 6 | — | 5 |
| H. C. | — | 3 | — | 6 | 4 | — | — | — | — | — | — | 7 |
| M. O. | — | 14 | — | 18 | 5 | — | 10 | — | 22 | — | — | 10 |
| E. S. | — | 15 | — | 7 | — | 6 | — | — | 10 | — | — | — |
| C. C. | — | — | — | — | — | 2 | — | 5 | — | 7 | 14 | — |
| M. Y. | — | — | — | 9 | — | — | — | 11 | — | — | 23 | — |
| M. P. | — | 12 | 22 | — | 5 | — | 9 | — | — | 9 | 3 | — |
| C. R. | — | 3 | — | 5 | — | 3 | — | — | 4 | — | — | — |
| J. CH. | 2 | — | — | 10 | 2 | — | — | 1 | — | — | — | 4 |
| G. G. | — | 7 | — | 8 | — | — | — | 1 | — | — | 9 | — |
| L. A. | 15 | — | — | 12 | 10 | — | 16 | — | — | 12 | 14 | — |
| J. C. | 10 | — | — | — | 10 | — | 8 | — | — | 4 | — | 6 |

LOS ZIG—ZAGS

| Nombre | Desviación Prim. | | Tamaño Mínimo | | Tamaño Máximo | | Angulo Mínimo | | Angulo Máximo | | Desviación Secundaria | | | |
|--------|------------------|-------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|---------------|------|-----------------------|------|-----|-----|
| | M. D. | M. I. | M.D. | M.I. | M.D. | M.I. | M.D. | M.I. | M.D. | M.I. | M.D. | M.I. | | |
| | Ad. | At. | Ad. | At. | | | | | | | | | | |
| G. Q. | 35 | ... | 38 | ... | 6 | 3 | 16 | 15 | 15° | 7° | 66° | 67° | 18 | 27 |
| S. R. | 40 | ... | 16 | ... | 11 | 12 | 31 | 5 | 2 | 11 | 22 | 79 | 20 | 81 |
| T. F. | ... | 56 | ... | 58 | 6 | 4 | 15 | 21 | 14 | 4 | 66 | 63 | ... | ... |
| C. S. | ... | 40 | ... | 48 | 5 | 4 | 18 | 25 | 9 | 14 | 40 | 38 | 13 | ... |
| A. S. | 56 | ... | 68 | ... | 7 | 7 | 36 | 26 | 2 | 4 | 52 | 40 | 47 | ... |
| J. E. | ... | 6 | ... | 27 | 3 | 3 | ... | 14 | 10 | 7 | 60 | 46 | 12 | 25 |
| N. C. | 8 | ... | 30 | ... | 2 | 1 | 9 | 11 | 11 | 12 | 46 | 90 | 32 | 22 |
| L. T. | 20 | ... | 36 | ... | 4 | 2 | 15 | 15 | 8 | 5 | 38 | 60 | 28 | 53 |
| S. V. | 48 | ... | ... | 70 | 6 | 5 | 36 | 23 | 9 | 7 | 30 | 45 | 5 | 38 |
| R. A. | Apelotamiento | | | | | | | | | | | | | |
| C. O. | ... | 24 | ... | 42 | 6 | 5 | 12 | 11 | 6 | 5 | 34 | 45 | ... | 25 |
| D. C. | 27 | ... | 18 | ... | 4 | 2 | 25 | 19 | 3 | 3 | 36 | 62 | 34 | 15 |
| A. E. | 40 | ... | 53 | ... | 7 | 3 | 41 | 40 | 5 | 5 | 18 | 28 | ... | ... |
| L. M. | 00 | 4 | ... | 24 | 6 | 5 | 15 | 15 | 9 | 10 | 58 | 45 | 14 | 12 |
| C. R. | 14 | ... | 14 | ... | 33 | 4 | 10 | 29 | 4 | 7 | 20 | 24 | ... | ... |
| M. O. | ... | 46 | ... | 50 | 8 | 5 | 25 | 20 | 3 | 5 | 33 | 37 | 2 | 2 |
| E. S. | 64 | ... | 33 | ... | 5 | 3 | 15 | 10 | 7 | 13 | 80 | 95 | 4 | ... |
| C. C. | 12 | ... | 31 | ... | 2 | 4 | 12 | 15 | 5 | 8 | 90 | 50 | 22 | 17 |
| J. Ch. | ... | ... | 12 | ... | 3 | 2 | 15 | 9 | 5 | 4 | 60 | 70 | 27 | 55 |
| G. G. | 4 | 40 | ... | 60 | 2 | 2 | 16 | 13 | 3 | 8 | 45 | 82 | 25 | 30 |
| L. A. | 12 | ... | 54 | ... | 8 | 2 | 15 | 14 | 21 | 30 | 55 | 82 | 25 | 25 |
| J. C. | 19 | ... | ... | ... | 1 | 1 | 10 | 8 | 12 | 18 | 60 | 73 | 21 | 12 |

ESCALERAS

LOS CIRCULOS

| Nombre | Desv. Primaria | | Desv. Prim. | | Desviación Secundaria | | | | Tamaño | |
|--------|----------------|---------|-------------|-------|-----------------------|-----|-------|-----|--------|-------|
| | W. Der | M. Izq. | M. D. | M. I. | M. D. | | M. I. | | M. D. | M. I. |
| | | | | | Af. | Ad. | Af. | Ad. | | |
| G. Q. | 11 | 11 | 5 | 6 | 25 | ... | ... | 9 | Aum. | Dism. |
| S. R. | 32 | 23 | 5 | 8 | 6 | ... | ... | 10 | » | Aum. |
| T. F. | 4 | 9 | 11 | 4 | 18 | ... | 8 | ... | » | Dism. |
| C. S. | 8 | 3 | 16 | 31 | 17 | ... | 1 | ... | » | Aum. |
| A. S. | 9 | 4 | 4 | 10 | 1 | ... | ... | 11 | Dism. | » |
| J. E. | 2 | 3 | 3 | 11 | ... | 4 | ... | 15 | » | » |
| N. C. | 4 | 8 | 5 | 3 | 16 | .. | 9 | ... | » | ... |
| L. T. | ... | ... | 21 | ... | 57 | ... | 31 | ... | Aum. | » |
| S. V. | ... | ... | 15 | 5 | ... | 4 | ... | 20 | » | » |
| R. A. | ... | ... | ... | 5 | ... | ... | ... | 23 | » | ... |
| C. O. | ... | 3 | 9 | ... | ... | ... | ... | ... | » | Dism. |
| D. C. | ... | ... | 20 | 1 | ... | ... | ... | 4 | » | Aum. |
| A. E. | ... | ... | 10 | 4 | 35 | ... | 5 | 4 | » | » |
| L. M. | 4 | 10 | 14 | 6 | 1 | ... | 5 | ... | Dism. | Dism. |
| C. R. | 3 | ... | 4 | 5 | 10 | ... | ... | 14 | Oval. | Aum. |
| M. O. | 5 | 1 | 4 | 14 | 16 | ... | ... | ... | Aum. | » |
| E. S. | 4 | 8 | 10 | 4 | 1 | ... | 7 | ... | » | » |
| C. C. | ... | 2 | 14 | 13 | ... | 4 | 3 | ... | » | » |
| J. Ch. | 12 | 4 | 10 | 5 | 8 | ... | 15 | ... | » | » |
| G. G. | 3 | 4 | 7 | 3 | 20 | ... | 5 | ... | Dism. | Oval. |
| L. A. | ... | ... | 6 | 2 | ... | 3 | ... | 20 | » | » |
| J. C. | 4 | 21 | 7 | 1 | 7 | ... | 2 | ... | Aum. | » |

LAS CADENAS

| NOMBRE | CADENA SAGITAL | | | | CADENA VERTICAL | | | |
|--------|----------------|-----|----------------|------|-----------------|-----|----------------|-----|
| | Mano Derecha | | Mano Izquierda | | Mano Derecha | | Mano Izquierda | |
| | Ad. | At. | Ad. | Atr. | Arr. | Ab. | Arr. | Ab. |
| G. Q. | ... | ... | ... | 9 | 32 | ... | 60 | ... |
| S. R. | 27 | ... | ... | 60 | 25 | ... | ... | ... |
| T. F. | ... | 80 | ... | 70 | 20 | ... | 43 | ... |
| C. S. | 38 | ... | 39 | ... | ... | ... | ... | 39 |
| A. S. | ... | 48 | 51 | ... | ... | 51 | 40 | ... |
| J. E. | ... | 25 | ... | 70 | ... | ... | 40 | ... |
| N. C. | ... | 28 | ... | 35 | ... | 00 | 35 | ... |
| L. T. | ... | 50 | 55 | ... | ... | 47 | 45 | ... |

| | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| S. V. | 2 | ... | ... | 55 | ... | 35 | 35 | ... |
| R. A. | ... | 75 | 50 | ... | 76 | ... | ... | ... |
| C. O. | ... | 60 | ... | 30 | 30 | ... | ... | ... |
| D. C. | 24 | ... | ... | 28 | 30 | ... | ... | 50 |
| A. E. | 20 | ... | ... | ... | ... | 85 | ... | 20 |
| L. M. | ... | 33 | ... | 70 | ... | 35 | 63 | ... |
| C. R. | 44 | ... | 54 | ... | ... | ... | ... | 30 |
| M. O. | ... | 15 | ... | 33 | ... | 9 | ... | 24 |
| E. S. | 60 | ... | ... | 26 | 35 | ... | 50 | ... |
| C. C. | ... | 28 | 25 | ... | 63 | ... | ... | 25 |
| J. Ch. | ... | 40 | ... | 105 | ... | ... | ... | ... |
| L. A. | ... | 20 | ... | 48 | ... | 22 | 20 | 45 |
| J. C. | ... | 30 | ... | 90 | 50 | ... | 50 | ... |

LAS PARALELAS

| NOMBRE | DESTIACION PRIMARIA | | | | DESVIACION SECUNDARIA | | | |
|--------|---------------------|------|----------------|------|-----------------------|-----|----------------|-----|
| | Mano Derecha | | Mano Izquierda | | Mano Derecha | | Mano Izquierda | |
| | Ad. | Atr. | Ad. | Atr. | Af. | Ad. | Af. | Ad. |
| G. Q. | 30 | ... | 8 | ... | 22 | ... | 35 | ... |
| S. R. | 18 | ... | ... | 18 | 31 | ... | ... | 26 |
| T. F. | 18 | ... | ... | 20 | 11 | ... | ... | 20 |
| C. S. | 10 | ... | ... | 11 | 26 | ... | 28 | ... |
| A. S. | 16 | ... | 22 | ... | 34 | ... | ... | 7 |
| J. E. | ... | 36 | ... | ... | 17 | ... | ... | 15 |
| N. C. | 14 | ... | ... | 34 | 1 | ... | ... | 11 |
| L. T. | 32 | ... | 36 | ... | 31 | ... | 25 | ... |
| S. V. | ... | ... | ... | 10 | 24 | ... | 3 | ... |
| R. A. | 39 | ... | ... | 45 | 37 | ... | 30 | ... |
| C. O. | ... | 34 | ... | 35 | 26 | ... | 22 | ... |
| D. C. | ... | ... | ... | 21 | 20 | ... | ... | 8 |
| A. E. | ... | 10 | ... | ... | 20 | ... | ... | 14 |
| L. M. | ... | 14 | 22 | ... | 42 | ... | ... | 11 |
| C. R. | ... | 24 | ... | ... | 33 | ... | ... | 10 |
| M. O. | ... | ... | 28 | ... | 49 | ... | 24 | ... |
| E. S. | 22 | ... | ... | ... | 15 | ... | 8 | ... |
| C. C. | 10 | ... | 48 | ... | 25 | ... | 8 | ... |
| J. Ch. | ... | 23 | 12 | ... | 50 | ... | 9 | ... |
| L. A. | ... | 26 | ... | 32 | 23 | ... | 25 | ... |
| J. C. | 12 | ... | ... | 30 | 23 | ... | 18 | ... |

LAS U U

| Nombre | UU Verticales | | | | UU Sagitales | | | | | | | | | | | |
|--------|---------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|-------|-------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | DESV. PRIM. | | DESV. SECUND. | | DESV. PRIM. | | | | DESV. SECUND. | | | | | | | |
| | M. D. | M. I. | M. D. | M. I. | D. P. | D. S. | D. P. | D. S. | Af. | Ad. | Af. | Ad. | | | | |
| | + | - | + | - | Af. | Ad. | Af. | Ad. | + | - | + | - | Af. | Ad. | Af. | Ad. |
| G. Q. | ... | 1 | ... | 15 | 15 | ... | ... | ... | 5 | ... | ... | 1 | 6 | ... | 10 | ... |
| S. R. | ... | 3 | 27 | ... | 2 | ... | 8 | ... | 20 | ... | 31 | ... | 12 | ... | ... | 11 |
| T. F. | ... | 4 | ... | 15 | 18 | ... | ... | ... | 6 | ... | 5 | ... | 9 | ... | ... | 3 |
| C. S. | ... | 2 | 5 | ... | ... | 8 | ... | 8 | 15 | ... | 8 | ... | ... | 17 | ... | 2 |
| A. S. | ... | 15 | 7 | ... | 29 | ... | ... | 11 | 18 | ... | 5 | ... | 6 | ... | 23 | ... |
| J. E. | 3 | ... | ... | 3 | 7 | ... | ... | 7 | ... | 7 | ... | 7 | 3 | ... | ... | 9 |
| N. C. | 3 | ... | ... | 8 | 12 | ... | 7 | ... | 5 | ... | 5 | ... | 3 | ... | 2 | ... |
| L. T. | ... | 11 | ... | 11 | ... | 10 | ... | 29 | ... | 20 | 2 | ... | ... | 18 | ... | 8 |
| S. V. | ... | 15 | ... | 4 | 11 | ... | ... | ... | 5 | ... | 18 | ... | ... | ... | 9 | ... |
| R. A. | 6 | ... | ... | 4 | 21 | ... | 7 | ... | 20 | ... | 14 | ... | 2 | ... | 7 | ... |
| C. O. | 4 | ... | 9 | ... | 10 | ... | 17 | ... | 10 | ... | 9 | ... | 2 | ... | 12 | ... |
| D. C. | 2 | ... | 3 | ... | ... | 3 | ... | 2 | 12 | ... | 1 | ... | ... | 7 | ... | 9 |
| A. E. | 6 | ... | 6 | ... | 20 | ... | ... | 19 | 10 | ... | 2 | ... | ... | 2 | ... | 28 |
| L. M. | 6 | ... | 5 | ... | 9 | ... | ... | 4 | 9 | ... | 7 | ... | 4 | ... | ... | 8 |
| C. R. | ... | 17 | 10 | ... | 3 | ... | ... | ... | 5 | ... | 2 | ... | ... | ... | ... | 32 |
| M. O. | ... | 25 | ... | 11 | 10 | ... | 13 | ... | ... | 11 | ... | 4 | 5 | ... | 11 | ... |
| E. S. | ... | 9 | ... | 5 | 2 | ... | ... | 9 | 2 | ... | 14 | ... | 4 | ... | 3 | ... |
| C. C. | 15 | ... | 8 | ... | ... | 16 | 9 | ... | 14 | ... | 13 | ... | ... | 23 | 3 | ... |
| J. Ch. | ... | 12 | ... | 10 | 21 | ... | ... | 3 | 7 | ... | 6 | ... | 8 | ... | ... | 3 |
| L. A. | 24 | ... | 2 | ... | 12 | ... | 6 | ... | 5 | ... | ... | 3 | ... | 14 | 5 | ... |
| J. C. | ... | ... | 5 | ... | ... | 7 | 14 | ... | 17 | ... | 8 | ... | 7 | ... | 24 | ... |

VALORES PROMEDIALES DE LOS RESULTADOS DEL P. M. K.
EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE ENFERMEDADES

ULCERA PEPTICA

KINETOGRAMAS

| TAMAÑO LINEAL | M. D. | M. I. |
|------------------------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagitales</i> | 37,18 | 38,63 |
| 2. <i>Horizontales</i> | 36 | 42,18 |
| 3. <i>Verticales</i> | 42,27 | 43,08 |

DESVIACION PRIMARIA

| | | |
|------------------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagitales</i> | | |
| a. Adelante | 21,27 | 10,59 |
| b. Atrás | 0,54 | 0,45 |
| 2. <i>Horizontales</i> | | |
| a. Afuera | 8,31 | 11,1 |
| b. Adentro | 0,36 | 2,2 |
| 3. <i>Verticales</i> | | |
| a. Arriba | 3,11 | 3 |
| b. Abajo | 5,8 | 3,5 |

DESVIACION SECUNDARIA

| | | |
|------------------------|------|------|
| 1. <i>Sagitales</i> | | |
| a. Adentro | 3,5 | 7,25 |
| b. Afuera | 6,4 | 2,44 |
| 2. <i>Horizontales</i> | | |
| a. Arriba | 2,8 | 3,7 |
| b. Abajo | 0,7 | 2,8 |
| 3. <i>Verticales</i> | | |
| a. Afuera | 5,36 | 2,5 |
| b. Adentro | 5,35 | 9 |

DESVIACION AXIAL: No existe.

ZIG—ZAGS

| DESVIACION PRIMARIA | M. D. | M. I. |
|-----------------------------|-------|-------|
| 1. Adelante | 19,8 | 21,7 |
| 2. Atrás | 14,5 | 16 |
| Tamaño mínimo | 5,8 | 4,7 |
| Tamaño máximo | 17,8 | 16 |
| Angulo mínimo | 9,07 | 9,01 |
| Angulo máximo | 50,42 | 60,71 |
| DESVIACION SECUNDARIA | 3,14 | 22, 4 |

ESCALERAS

| | | |
|----------------------------------|-------|------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 10,07 | 8,78 |
|----------------------------------|-------|------|

LOS CIRCULOS

| | | |
|----------------------------------|---|------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 3 | 0,71 |
|----------------------------------|---|------|

Tamaño. Predominio de aumento
Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|-------|------|
| 1. Afuera | 11,92 | 2,57 |
| 2. Adentro | 0,57 | 6,42 |

LAS CADENAS

Cadena Sagital

| | | |
|---------------------|------|-------|
| 1. Tend. Egocíp. | 9,5 | 12,88 |
| 2. Tend. Egocíf.... | 25,8 | 34,81 |

Cadena Vertical

| | | |
|-----------------|-------|-------|
| 1. Arriba | 11,07 | 31,07 |
| 2. Abajo | 7,4 | 5,57 |

PARALELAS

DESVIACION PRIMARIA

| | | |
|-------------------|-------|------|
| 1. Adelante | 15,14 | 4,28 |
| 2. Atrás | 5,14 | 11,8 |

DESVIACION SECUNDARIA

| | M. D. | M. I. |
|------------------|-------|-------|
| 1. Afuera | 20,14 | 9 |
| 2. Adentro | 0 | 11,28 |

U U VERTICALES

| | | |
|----------------------------------|-------|------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 2,7 | 0,28 |
| <i>Desviación Secundaria</i> | | |
| 1. Afuera | 11,85 | 2,14 |
| 2. Adentro | 1,14 | 5,14 |

U U SAGITALES

| | | |
|----------------------------------|------|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 8,85 | ... |
| <i>Desviación Secundaria</i> | | |
| 1. Afuera | 5,57 | 5 |
| 2. Adentro | 2,4 | 5 |

COLITIS

KINETOGRAMA

TAMAÑO LINEAL

| | M. D. | M. I. |
|---------------------|-------|-------|
| 1. Sagitales..... | 45,5 | 64 |
| 2. Horizontales ... | 46 | 47,7 |
| 3. Verticales | 50,2 | 48,7 |

DESVIACION PRIMARIA

| | | |
|------------------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagitales</i> | | |
| a. Adelante | 8,25 | 12,75 |
| b. Atrás | 1,5 | ... |
| 2. <i>Horizontales</i> | | |
| a. Afuera | 3,45 | 3 |
| b. Adentro | 2,5 | 8,5 |
| 3. <i>Verticales</i> | | |
| a. Arriba..... | 3 | 1,5 |
| b. Abajo | 15,75 | ... |

| DESVIACION SECUNDARIA | | M. D. | M. I. |
|------------------------|---------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagitales</i> | | | |
| a. | Adentro | 10,75 | 0,5 |
| b. | Afuera | 5,7 | 3,75 |
| 2. <i>Horizontales</i> | | | |
| a. | Arriba | 2,2 | 3,5 |
| b. | Abajo | 12 | ... |
| 3. <i>Verticales</i> | | | |
| a. | Afuera | 4,2 | 4 |
| b. | Adentro | 11,25 | 8,75 |

ZIC—ZAGS

| DESVIACION PRIMARIA | | | |
|------------------------------------|----------------|-------|-------|
| 1. | Adelante | 17 | 9 |
| 2. | Atrás | 6 | 28 |
| <i>Tamaño mínimo</i> | | 4 | 3 |
| <i>Tamaño máximo</i> | | 15,75 | 12,25 |
| <i>Angulo mínimo</i> | | 5,75 | 4,2 |
| <i>Angulo máximo</i> | | 25,5 | 37,5 |
| <i>Desviación Secundaria</i> | | 7,12 | 10 |

ESCALERAS

| | | |
|----------------------------------|-----|------|
| <i>Desviación Primaria</i> | ... | 0,87 |
|----------------------------------|-----|------|

CIRCULOS

| | | |
|----------------------------------|------|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 6,37 | ... |
|----------------------------------|------|-----|

DESVIACION SECUNDARIA

| | | | |
|----|---------------|-------|------|
| 1. | Afuera | 16,25 | 7,75 |
| 2. | Adentro | 1 | 10,7 |

CADENAS

| | | | |
|------------------------|---------------|-------|-------|
| <i>Cadena Sagital</i> | | | |
| 1. | Adelante..... | 3,12 | 26,5 |
| 2. | Atrás | 46,25 | 21,25 |
| <i>Cadena Vertical</i> | | | |
| 1. | Arriba..... | 26,5 | 20 |
| 2. | Abajo | 20,57 | ... |

PARALELAS

| | M. D. | M. I. |
|------------------------------|-------|-------|
| <i>Desviación Primaria</i> | | |
| 1. Adelante | 17 | 7,5 |
| 2. Atrás | 8,5 | 22,5 |
| <i>Desviación Secundaria</i> | | |
| 1. Afuera | ... | 20 |
| 2. Adentro | ... | ... |

U U VERTICALES

| | | |
|----------------------------------|------|------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 3,75 | 2,5 |
| <i>Desviación Secundaria</i> | | |
| 1. Afuera | 10,5 | 6 |
| 2. Adentro | 2,5 | 7,05 |

U U SAGITALES

| | | |
|----------------------------------|-----|-------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 4,5 | 10,75 |
| <i>Desviación Secundaria</i> | | |
| 1. Afuera | 1 | 7 |
| 2. Adentro | 4,5 | 1 |

ASMA BRONQUIAL

KINETOGRAMAS

| TAMAÑO LINEAL | M. D. | M. I. |
|------------------------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagítales</i> | 27,5 | 48,5 |
| 2. <i>Horizontales</i> | 29,5 | 30 |
| 3. <i>Verticales</i> | 37,5 | 38,5 |

| DESVIACION PRIMARIA | M. D. | M. I. |
|------------------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagítales</i> | | |
| a. Adelante | 11 | 5,5 |
| b. Atrás | ... | ... |
| 2. <i>Horizontales</i> | | |
| a. Afuera | 9,25 | 0,5 |
| b. Atrás | ... | ... |

3. *Verticales*

| | M.D. | M.I. |
|-----------------|-------|------|
| a. Arriba | 0,0 | 3 |
| b. Abajo | 14,75 | 3 |

DESVIACION SECUNDARIA

1. *Sagítales*

| | | |
|------------------|------|------|
| a. Adentro | ... | ... |
| b. Afuera | 14,5 | 12,4 |

2. *Horizontales*

| | | |
|-----------------|-----|-----|
| a. Arriba | 2,5 | 5 |
| b. Abajo | 3 | ... |

3. *Verticales*

| | | |
|------------------|-----|-----|
| a. Afuera | 16 | ... |
| b. Adentro | ... | ... |

ZIG—ZAGS

Desviación Primaria

| | | |
|-------------------|------|-----|
| 1. Adelante | 33,5 | 4,5 |
| 2. Atrás | ... | ... |

Tamaño mínimo 5,5 2,5

Tamaño máximo 33 29,5

Angulo mínimo 4° 4°

Angulo máximo 27° 45°

Desviación Secundaria 17 7,5

ESCALERAS

Desviación Primaria 4,5 4,5

CIRCULOS

Desviación Primaria 7... 9

Desviación Secundaria:

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 1. Afuera | 8,5 | 3,5 |
| 2. Adentro | ... | ... |

CADENAS

Cadena Sagital:

| | | |
|------------------|--------|------|
| 1. Adelante..... | 30 ... | ... |
| 2. Atrás | 7,5 | 29,7 |

Cadena Vertical:

| | | |
|-----------------|------|------|
| 1. Arriba | 17,5 | 25 |
| 2. Abajo | 4,2 | 12,1 |

PARALELAS

Desviación Primaria

| | | |
|------------------|----|----|
| 1. Adelante..... | 11 | 14 |
|------------------|----|----|

Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 1. Afuera | 32 | 16 |
| 2. Adentro | ... | ... |

UU VERTICALES

| | | |
|----------------------------------|----|---|
| <i>Desviación Primaria</i> | 17 | 8 |
|----------------------------------|----|---|

Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 1. Afuera | 6 | 6,5 |
| 2. Adentro | ... | 4,5 |

UU SAGITALES

| | | |
|----------------------------------|-----|---|
| <i>Desviación Primaria</i> | 4,5 | 5 |
|----------------------------------|-----|---|

Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 1. Afuera | 4,5 | 7 |
| 2. Adentro | ... | ... |

PROMEDIOS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

KINETOGRAMAS

| TAMAÑO LINEAL: | M. D. | M. I. |
|------------------------------|-------|-------|
| 1. <i>Sagítales</i> | 33,1 | 32,8 |
| 2. <i>Horizontales</i> | 35 | 34 |
| 3. <i>Verticales</i> | 36,8 | 36,6 |

DESVIACION PRIMARIA

| | | | |
|------------------|-------------------|------|------|
| 1. Sagitales: | | | |
| | a. Adelante | 10 | 12,5 |
| | b. Atrás | ... | ... |
| 2. Horizontales: | | | |
| | a. Afuera | 3,93 | 0,1 |
| | b. Adentro | 1,2 | 62,3 |
| 3. Verticales: | | | |
| | a. Arriba | 2,4 | 1,1 |
| | b. Abajo | 8,6 | 7,5 |

DESVIACION SECUNDARIA:

| | | | |
|------------------|------------------|------|------|
| 1. Sagitales: | | | |
| | a. Adentro | 3,2 | 3,5 |
| | b. Afuera | 4,3 | 3,5 |
| 2. Horizontales: | | | |
| | a. Arriba | 2 | 1,4 |
| | b. Abajo | 0,65 | 1,05 |
| 3. Verticales: | | | |
| | a. Afuera | 4,4 | 3,9 |
| | b. Adentro | 1,4 | 4,5 |

ZIG-ZAGS.

| | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------|-------|
| <i>Desviación Primaria:</i> | | | |
| | a. Adelante | 20,25 | 26,25 |
| | b. Atrás | 1 | 6 |
| Tamaño mínimo | | 12,5 | 3,5 |
| Tamaño máximo | | 22,75 | 25,75 |
| Angulo mínimo | | 5,25 | 6,25 |
| Angulo máximo | | 33 | 45 |
| Desviación Secundaria | | 47,5 | 13 |

ESCALERAS

| | | |
|----------------------------------|-------|-------|
| | M. D. | M. I. |
| <i>Desviación Primaria</i> | 1,75 | 2,5 |

CIRCULOS

| | | |
|----------------------------------|---|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 5 | 1,5 |
|----------------------------------|---|-----|

Desviación Secundaria:

| | | |
|------------------|------|-----|
| 1. Afuera | 11,5 | 2,5 |
| 2. Adentro | ... | 4,5 |

CADENAS

Cadena Sagital:

| | | |
|-------------------|-------|------|
| 1. Adelante | 22,25 | 13,5 |
| 2. Atrás | 8,5 | 24,4 |

Cadena Vertical:

| | | |
|-----------------|------|-------|
| 1. Arriba | 7,5 | 15,75 |
| 2. Abajo | 30,1 | 25 |

PARALELAS

Desviación Primaria

| | | |
|-------------------|-----|------|
| 1. Adelante | ... | 5,05 |
| 2. Atrás | 12 | 5,25 |

Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|-------|-------|
| 1. Afuera | 23,75 | ... |
| 2. Adentro | ... | 10,75 |

UU VERTICALES

| | | |
|----------------------------------|------|---|
| <i>Desviación Primaria</i> | 0,75 | 6 |
|----------------------------------|------|---|

Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|------|------|
| 1. Afuera | 8 | ... |
| 2. Adentro | 0,72 | 4,25 |

UU SAGITALES

| | | |
|----------------------------------|---|------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 9 | 3,12 |
|----------------------------------|---|------|

Desviación Secundaria

| | | |
|------------------|------|-------|
| 1. Afuera | 2 | ... |
| 2. Adentro | 2,25 | 19,25 |

NEUROSIS CARDIACA

KINETOGRAMAS

TAMAÑO LINEAL: M. D. M. I.

| | | |
|--------------------|----|----|
| 1. Sagitales | 47 | 51 |
|--------------------|----|----|

| | | |
|-----------------------|----|----|
| 2. Horizontales | 27 | 38 |
| 3. Verticales | 44 | 36 |

DESVIACION PRIMARIA:

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 1. Sagítales | | |
| a. Adentro | ... | ... |
| b. Atrás | 12 | 1,2 |
| 2. Horizontales: | | |
| a. Afuera | ... | 23 |
| b. Adentro | 0,5 | ... |
| 3. Verticales: | | |
| a. Arriba | 12 | 24 |
| b. Abajo | ... | ... |

DESVIACION SECUNDARIA

| | | |
|------------------|-----|-----|
| 1. Sagítales: | | |
| a. Adentro | 15 | ... |
| b. Afuera | 7 | 12 |
| 2. Horizontales: | | |
| a. Arriba | 10 | 16 |
| b. Abajo | ... | 6 |
| 3. Verticales: | | |
| a. Afuera | ... | 14 |
| b. Adentro | 12 | ... |

ZIG-ZAGS

Desviación Primária

| | | |
|-----------------------------|------|-----|
| a. Adelante | 12 | 54 |
| b. Atrás | ... | ... |
| Tamaño mínimo | 8 | 2 |
| Tamaño máximo | 15 | 14 |
| Angulo mínimo | 21,5 | 30 |
| Angulo máximo | 55 | 82 |
| Desviación secundaria | 25 | 25 |

ESCALERAS

| | | |
|----------------------------------|-------|-------|
| <i>Desviación Primaria</i> | M. D. | M. I. |
| | 6 | ... |

CIRCULOS

| | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 6 | 3 |
| <i>Desviación Secundaria:</i> | | |
| 1. Afuera | ... | ... |
| 2. Adentro | 3 | 20 |

CADENAS

| | | |
|-------------------------|-----|-----|
| <i>Cadena Sagital:</i> | | |
| 1. Adelante | ... | ... |
| 2. Atras | 20 | 48 |
| <i>Cadena Vertical:</i> | | |
| 1. Arriba | ... | ... |
| 2. Abajo | 22' | 45 |

PARALELAS

| | | |
|-------------------------------|-----|-----|
| <i>Desviación Primaria:</i> | | |
| 1. Adelante | ... | 26 |
| 2. Atras | ... | 32 |
| <i>Desviación Secundaria:</i> | | |
| 1. Afuera | 23 | 18 |
| 2. Adentro | ... | ... |

UU VERTICALES

| | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 24 | 2 |
| <i>Desviación Secundaria:</i> | | |
| 1. Afuera | 12 | 6 |
| 2. Adentro | ... | ... |

UU SAGITALES

| | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 5 | 3 |
| <i>Desviación Secundaria:</i> | | |
| 1. Afuera | ... | 5 |
| 2. Adentro | 14 | ... |

ENFERMEDADES NERVIOSAS

KINETOGRAMAS

| <i>Tamaño Lineal</i> | | M. D. | M. I. |
|----------------------|---------------------------|-------|-------|
| 1. | <i>Sagítales</i> | 29,8 | 34,2 |
| 2. | <i>Horizontales</i> | 32,5 | 36,4 |
| 3. | <i>Verticales</i> | 33,2 | ... |

Desviación Primaria

| | | | |
|----|----------------------|------|------|
| 1. | <i>Sagítales:</i> | | |
| | a. Adelante | 7 | 4,56 |
| | b. Atrás..... | ... | 1,04 |
| 2. | <i>Horizontales:</i> | | |
| | a. Afuera | 1 | 8,2 |
| | b. Adentro | 3,2 | 1,8 |
| 3. | <i>Verticales:</i> | | |
| | a. Arriba | 1,5 | 1,2 |
| | b. Abajo | 2,96 | 11,1 |

Desviación Secundaria

| | | | |
|----|----------------------|-----|-----|
| 1. | <i>Sagítales:</i> | | |
| | a. Adentro | 0,4 | 4,4 |
| | b. Afuera... .. | 3 | 4,8 |
| 2. | <i>Horizontales:</i> | | |
| | a. Arriba | 1,4 | 1,8 |
| | b. Abajo | 1 | 3,4 |
| 3. | <i>Verticales:</i> | | |
| | a. Afuera | 0,8 | 12 |
| | b. Adentro | 3,2 | ... |

ZIG-ZAGS

Desviación Primaria

| | | | |
|----|----------------|-----|------|
| 1. | Adelante | 6 | 21,5 |
| 2. | Atrás | ... | ... |

| | | |
|------------------------------------|------|-----|
| <i>Tamaño mínimo</i> | 2,5 | 3 |
| <i>Tamaño máximo</i> | 13,5 | 12 |
| <i>Angulo mínimo</i> | 5 | 3,5 |
| <i>Angulo máximo</i> | 75 | 60 |
| <i>Desviación Secundaria</i> | 2,5 | 37 |

ESCALERAS

| | M. D. | M. I. |
|----------------------------------|-------|-------|
| <i>Desviación Primaria</i> | 6 | 3 |

CIRCULOS

| | | |
|----------------------------------|----|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 12 | 4 |
| <i>Desviación Secundaria:</i> | | |
| 2. Afuera | 4 | 9 |
| 1. Adentro | 2 | ... |

CADENAS

| | | |
|-------------------------|------|------|
| <i>Cadena Sagital:</i> | | |
| 1. Adelante | ... | 12,5 |
| 2. Atrás | 34 | 52,5 |
| <i>Cadena Vertical:</i> | | |
| 1. Arriba | 32,5 | ... |
| 2. Abajo | ... | 12,5 |

PARALELAS

| | | |
|-----------------------------|------|-----|
| <i>Desviación Primaria:</i> | | |
| 1. Adelante | 5 | 30 |
| 2. Atrás | 11,5 | ... |

| | | |
|-------------------------------|------|-----|
| <i>Desviación Secundaria:</i> | | |
| 1. Afuera | 37,5 | ... |
| 2. Adentro | 8,5 | ... |

UU VERTICALES

| | | |
|----------------------------------|-----|---|
| <i>Desviación Primaria</i> | 1,5 | 5 |
|----------------------------------|-----|---|

Desviación Secundaria:

| | | |
|------------------|------|------|
| 1. Afuera | 10,5 | 4,5 |
| 2. Adentro | 8 | 1,75 |

UU SAGITALES

| | | |
|----------------------------------|------|-----|
| <i>Desviación Primaria</i> | 10,5 | 8,5 |
|----------------------------------|------|-----|

Desviación Secundaria:

| | | |
|-----------------|------|------|
| 1. Afuera | 4 | 1,5 |
| 2. Adentro..... | 11,5 | 1,75 |

III

CONCLUSIONES

Al comenzar este trabajo nos habíamos planteado la tesis consistente en afirmar que en las enfermedades Clínicas y fundamentalmente en aquellas en que intervienen los factores psicógenos como origen o desencadenante de las mismas, existen junto a las alteraciones de orden somato-funcional, alteraciones de la Personalidad. En otras palabras, todo paciente que adolece de una enfermedad orgánico-funcional lleva, junto a su cuerpo enfermo, enfermo también su psiquis, mo, ya que la Personalidad es indivisible y la parte somática y Psíquica constituye una unidad.

Bien, pero nuestro interés radicaba en encontrar cuáles son los elementos característicos de tales alteraciones en la Personalidad y esto trataremos de exponer a continuación mediante la conclusiones a que hemos llegado en este trabajo.

A.—EN LA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL

Los valores promediales obtenidos en los resultados anteriormente expuestos nos demuestra para el Psicodiagnóstico de Rorschach:

1. Que el valor de R no es mayor de 25 respuestas.
2. Hay un 72,7% de shock cromático y 45,4% de shock sombreado.
3. El Modo de Apercepción predominante es de D-Dd-S.
4. La sucesión predominante es la Relajada.
5. Hay un bajo nivel intelectual, con inteligencia predominante práctica.
6. El porcentaje de formas es elevado, mayor que el 50%; su valor promedial en nuestros casos es de 64,6%

aunque en cambio, el porcentaje de formas bien vistas está disminuido y en vez del 75% normal tenemos en nuestros casos un valor promedial de 60,7%.

7. El tipo de vivencia predominante es extratensivo egocéntrico y en la fórmula vemos como el número de respuestas de movimiento humano oscila entre (O—1M), lo cual nos prueba el grado de inestabilidad interna. Las respuestas FC no llegan a pasar de 1 FC, predominando las respuestas CF y C, lo que nos indica una efectividad lábil, irritable, inadaptada e inestable.

8. Las respuestas FM o sea movimiento animal sobrepasan a las de movimiento humano (M) denotándonos que existe un predominio de los impulsos primitivos sobre la creatividad.

9. Elevado porcentaje de respuestas de espacio blanco (S) que alcanza en promedio la elevada cifra de 13,87% y que nos demuestra una marcada tendencia oposicionista.

10. La relación H/Hd tiene un valor proporcional medio de 1/3, lo cual nos demuestra algo de angustia y ansiedad.

11. Hay presencia de respuestas K, KF y FK que aunque poco numerosas nos indican un estado angustioso.

12. Por fin existe también rechazo de láminas, pero en una pequeña proporción, (4,4% de las láminas).

El P. M. K. nos revela los siguientes datos:

I. En los Kinetogramas:

1. El tamaño lineal notablemente aumentado en las líneas sagitales, horizontales y verticales, tanto para la mano derecha como para la izquierda, lo cual nos indica una falta de control por un fuerte estado de angustia y ansiedad.

2. La desviación primaria se halla dentro de los límites normales, con excepción de la línea sagital, en la cual existe desviación hacia adelante en la mano derecha, lo cual nos demuestra la agresividad de estos enfermos, agresividad que va encaminada generalmente contra su propio «YO» al determinarse la lesión ulcerosa.

3. En la desviación secundaria encontramos que hay un aumento hacia afuera en la sagital de la mano derecha y en la vertical de la misma mano, y hacia dentro en la sagital y en la vertical de la mano izquierda. Este tipo de

desviaciones son propias de las Personalidades Psicopáticas o de las Psiconeurosis.

4. No existe desviación axial.

II. En los Zig-Zags encontramos:

1. Aumento del tamaño mínimo y del tamaño máximo para ambas manos.

2. Aumento del ángulo mínimo y del ángulo máximo.

3. Aumento de la desviación secundaria en la mano izquierda, todo lo cual corrobora y acentúa las conclusiones anteriores, dadas con respecto al Kinetograma.

III. En los trazados de círculos de la mano derecha se encuentra aumentada la desviación secundaria hacia afuera; la desviación primaria se hace en sentido positivo para la mano derecha y en sentido negativo para la mano izquierda.

IV. En los trazados de las cadenas se encuentran datos que ratifican las conclusiones dadas por el Kinetograma. Se encuentra facilidad para los trazados en sentido egocifugo en las sagitales y hacia arriba en las verticales.

V. En las paralelas encontramos una desviación secundaria hacia afuera que ratifica los datos anteriores.

B.—EN LA COLITIS

1. El valor promedial de R es menor que 20.

2. Hay presencia de shock cromático (25%) aunque no de shock sombreado.

3. El modo de apercpción dominante es D—Dd—S.

4. La sucesión predominante es la Relajada.

5. La inteligencia es baja y con predominio de los detalles y las minucias.

6. El porcentaje de formas, tanto positivas, como negativas es elevado (91,12%).

7. El tipo de vivencia es coartada o coartativa, con ausencia completa de respuestas M y 1 o 2 C.

8. Existen respuestas FM, pero sin predominio sobre las M lo cual indica que no hay una predominancia exagerada de los impulsos primitivos.

9. El porcentaje de S es elevado 13,77%.

10. Hay un predominio absoluto de respuestas con contenido Hd sobre las de contenido H, lo que nos indica una marcada tendencia hacia la angustia y ansiedad.

11. Rechazo de láminas que llega hasta cuatro láminas, entre las cuales se hallan láminas fáciles de interpretar (17,5% de las láminas).

Los datos que nos proporciona el P. M. K. podemos resumirlos así:

En el Kinetograma:

1. El tamaño lineal se halla exageradamente aumentado, alcanzando casi el doble de las cifras encontradas para la úlcera péptica, lo cual nos demuestra un estado de angustia sumamente marcado.

2. La desviación primaria nos demuestra una falta de agresividad y más bien una tendencia a la huida; se descubre las características de un elemento pasivo dominado por el terror y el miedo, encontrándose en algunos casos expresiones depresivas y estados de depresión.

3. En la desviación secundaria encontramos un aumento hacia dentro en la línea sagital de la mano derecha; hacia abajo en la horizontal derecha y hacia dentro en la vertical derecha también. Esto nos demuestra también la existencia de un estado neurótico con una depresión y angustia marcadas, con tendencia a huir, defenderse y ocultarse en su propio «YO».

Los trazados de los Zig-Zags se hallan en general disminuidos en el tamaño mínimo tamaño máximo, ángulo mínimo y ángulo máximo; la desviación primaria demuestra también la manifestación de sus mecanismos defensivos, por la tendencia egocípeta en el trazado de la mano izquierda. Es decir, que los Zig-Zags, así como los demás trazados ratifican los resultados en el Kinetograma.

C.—EN EL ASMA BRONQUIAL

En el Asma Bronquial tenemos que observar lo siguiente:

1. Número de respuestas promediales 21.
2. Hay presencia de shock cromático y shock sombreado.

3. El modo de apercepción dominante es de D—Dd—S.
4. La sucesión predominante es la Relajada.
5. La inteligencia está disminuída, habiendo un predominio de W y Dd sobre D.
6. El porcentaje de formas en general es mayor que el 50% normal que debe existir.
7. El tipo de vivencia es coartativa con ausencia completa de M que indica una inestabilidad interna y corresponde a una afectividad lábil inestable, irritable (por predominio CF).
8. Existe predominio de respuestas de movimiento animal sobre las de movimiento humano.
9. Bajo porcentaje de respuestas S que no vale presentar como rasgo característico (1,55%) ya que no varía de lo normal.
10. Un marcado predominio de respuestas Hd sobre las H (1 : 16) que denotan un acentuado estado de angustia y ansiedad.

11. Hay también rechazo de láminas.

En los resultados del P. M. K. encontramos:

En el Kinetograma:

1. El tamaño lineal aumentado, falta de control psíquico superior debido a un fuerte estado angustioso y de ansiedad.
2. La desviación primaria nos demuestra un estado de depresión psíquica expresado en las líneas verticales.
3. La desviación secundaria se halla aumentada en la línea sagital de la mano derecha hacia afuera, lo mismo que en la mano izquierda y en la vertical derecha.

En el Zig-Zag existe una ligera tendencia agresiva y un aumento de la desviación secundaria.

D.—TUBERCULOSIS PULMONAR

1. El número promedial de respuestas es de 26,6.
2. Se presenta shock cromático y shock sombreado o ambos a la vez en casi todos los casos, teniendo un porcentaje de 90% de casos.
3. Modo de apercepción dominante es de W—D—S.

4. La sucesión que predomina es la Relajada, con el 70%.

5. La inteligencia es buena.

6. El porcentaje de formas (F%) tanto positivas como negativas es superior al 50% normal.

7. El tipo de vivencia es extratensivo egocéntrico. Anulándose el número de respuestas (M) y con predominio de respuestas CF y C sobre las FC, lo que nos indica una afectividad inestable, irritable y no adaptada.

8. Existe predominio de respuestas FM sobre las M.

9. El porcentaje de S es más bajo que en la úlcera gastro duodenal y en la Colitis pero más elevada que en el Asma Bronquial.

10. Hay predominio de las respuestas de contenido Hd sobre las de contenido H, lo que representa un estado de angustia.

11. Se presenta rechazo de láminas sólo en uno de los casos.

En los resultados del P. M. K. se obtiene:

1. Aumento del tamaño lineal en los Kinetogramas que en este caso como en los anteriores demuestra un estado de angustia.

2. La desviación primaria en el Kinetograma sagital demuestra una ligera tendencia a la agresividad y en el vertical, un estado de depresión psíquica.

3. La desviación secundaria de los Kinetogramas se hallan dentro de los límites de normalidad.

4. En los Zig-Zags se observa con un poco más de claridad la tendencia a la agresividad, lo mismo se observa en las escaleras.

5. En estos mismos trazados se pone más de manifiesto la desviación secundaria, así como en el trazado de las U.

6. El estado depresivo se hace más manifiesto en las cadenas.

E.—ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES

En las enfermedades Cardio-vasculares tenemos:

1. Número de respuestas inferior a 25 con excepción de la hipertensión esencial en que el número es elevado (52).

2. Presencia de shock cromático o shock sombreado.
3. Modo de apercepción predominante es W—D—S.
4. Sucesión predominante es la Relajada.
5. Una inteligencia de tipo Práctico con baja de las (W) y de las F+.
6. Tipo de vivencia predominante extratensivo egocéntrico, con ausencia de M y predominio de CF y C sobre las FC.
7. Ausencia completa de M y en ocasiones presencia de FM.
8. Predominio de Hd sobre H.
9. Un 8% de respuestas S.

En el P. M. K. obtenemos:

1. Aumento del tamaño en el trazado de los Kinetogramas.
2. La desviación primaria se halla aumentada hacia atrás en la línea sagital de la mano derecha, lo cual demuestra una tendencia defensiva; hacia afuera en la línea horizontal y hacia arriba en la línea vertical, especialmente, para la mano izquierda.
3. La desviación secundaria se presenta en las sagitales, hacia adentro para la mano derecha y hacia afuera para la mano izquierda; en las horizontales, hacia arriba para la mano derecha y para la mano izquierda; en las verticales, hacia adentro para la mano derecha y hacia fuera para la izquierda.

F.—ENFERMEDADES NERVIOSAS

En las Enfermedades Nerviosas tomadas por nosotros, obtenemos:

1. Valor promedial de R en 23,5.
2. La presencia de shock cromático.
3. Modo de apercepción predominante D—Dd—S.
4. Sucesión Relajada.
5. Inteligencia un tanto baja, con un porcentaje bajísimo de pensamiento abstracto.
6. Tipo de vivencia extratensivo egocéntrico. Ausencia de M con predominio de CF y de C.
7. Predominio de FM sobre M.

8. Predominio de Hd sobre H.

En el P. M. K. obtenemos:

1. Aumento del tamaño lineal en todas las líneas del Kinetoma.

2. Desviación primaria: en las sagitales encontramos una tendencia de los trazados al sentido egocípeto que demuestra la tendencia de defensa y ocultamiento en su propio «YO». En las verticales hay una tendencia a dirigirse hacia abajo, lo que muestra un estado de depresión.

3. La desviación secundaria se halla dentro de los límites de normalidad.

4. Las Cadenas, paralelas y las U, corroboran los datos señalados.

G.—HIPOTIROIDISMO

En este caso tenemos los siguientes caracteres:

1. Bajo número de respuestas.

2. El tiempo de reacción sumamente alargado.

3. Inteligencia sumamente baja.

4. Modo de apercepción D—Dd—S.

5. Sucesión Relajada.

6. Tipo de vivencia extratensivo egocéntrico. Ninguna respuesta M ni FC y predominio de respuestas CF y C.

7. Presencia de shock cromático.

En síntesis podemos señalar:

1. Que en todos los casos tomados de la Clínica General para nuestras investigaciones se encuentra que junto a la sintomatología orgánico-funcional que se expresa en la Historia Clínica del enfermo existe una alteración de la Personalidad del mismo. Es decir que debemos considerar al enfermo como una unidad biopsíquica alterada en toda su integridad, es decir en su parte orgánico-funcional y en su parte psíquica.

2. Que tales alteraciones de la Personalidad se hallan principalmente en la esfera afectiva.

3. Que los caracteres encontrados en el estudio de dichas Personalidades son muy semejantes a aquellos que se presentan en las neurosis, especialmente en lo que se relaciona con los resultados obtenidos mediante el Rorschach y

cuando no se halla un cuadro que se confunda con las neurosis de uno a otro tipo, se encuentra datos que se confunden con las Psicopatías.

4. Que los datos encontrados con el P. M. K. constituyen un valiosísimo aporte para el estudio de la Personalidad de estos enfermos y que sería conveniente su aplicación junto a la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach.

5. De lo expuesto en este trabajo se concluye también que es conveniente y necesario la investigación sistemática de la Personalidad de los enfermos de la Clínica General, lo cual se debería realizar en todos los servicios hospitalarios.

6. Se concluye además que la terapia empleada en los servicios hospitalarios en la actualidad debería ser complementada por una Psicoterapia encaminada a devolver al enfermo su tranquilidad psíquica, ya que después de la enfermedad clínicamente tratada persistirá la alteración señalada de la enfermedad, pudiendo haber casos en que el único tratamiento de fondo constituya la psicoterapia y el resto de formas medicamentosas etc. no constituya más que un medio complementario de dicho tratamiento.

7. Que nuestras Universidades, para estar a tono con el desenvolvimiento de la Medicina Moderna debe crear una Cátedra de Medicina Psicosomática, que sirva de base para el establecimiento de un Instituto de esta naturaleza, como ya existe en otros países.

8. Que todos los servicios hospitalarios deben contar con un equipo especializado en el estudio de la Personalidad de los enfermos, así como en su tratamiento correspondiente, recordando de esta manera que todo enfermo que llega a dichos servicios es portador de una Personalidad que puede estar alterada y merece no olvidarla.

BIBLIOGRAFIA

Hermann Rorschach.—«Psicodiagnóstico». Aplicación del Psicodiagnóstico.— Editorial Paidós Buenos Aires 1948.

F. Pascual del Roncal.—«Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach».— México 1949.

Julio Endara.—«El Psicodiagnóstico de Rorschach y sus aplicaciones Clínicas».— Trabajo presentado al III Congreso Médico ecuatoriano.— 1942.

Julio Endara.— «Psicodiagnóstico de Rorschach y Delincuencia: Clasificación de las respuestas».— Revista ecuatoriana del Instituto Criminológico.

José Salas.— «El Psicodiagnóstico de Rorschach». Madrid 1944.

Klopfer y Kelley.— «The Rorschach Technique» New York.

J. S. Beck.— «Personality Diagnosis by means of the Rorschach Tests».

Serebrinski.— «Psicodiagnóstico de Rorschach en los Adolescentes».

Alcyon Baer Bahía.— «El test de Rorschach desde el punto de vista Psicoanalítico». Editor: el Ateneo.— Buenos Aires 1949.

Servio T. Caicedo.— «El Psicodiagnóstico de Rorschach en las enfermedades mentales».— Tesis doctoral.— Quito Febrero 1948.

Emilio Mira y López.— «El Psicodiagnóstico Miokinético». Psiquiatría 3ª Edición, II Vol. en las páginas 824 a 866.— Editor: El Ateneo.— Buenos Aires. Argentina 1947.

Emilio Mira y López.— «Estado actual del P. M. K.» En la Revista Index de Neuropsiquiatra. Buenos Aires. 1942.

Dr. José A. Bustamente.— «El Psicodiagnóstico Miokinético de Mira». Con un prólogo del doctor Mira.— Impresora Modelo, S. A. La Habana.

César G. Coronel.— «El Psicodiagnóstico Miokinético. Su teoría y su práctica».— Editor: El Ateneo. Buenos Aires 1950.

Weiss E. y English S.— «Medicina Psicosomática».— Saunders Cº. Filadelfia y Londres.

Arnoldo Raskovsky. Con la participación de *Célos Ernesto Cárcamo.*— «Patología Psicosomática». El Ateneo. Buenos Aires. 1948.

Angel Garma.— «Psicogénesis de la Ulcera Gastro-duodenal.— Comunicación al I Congreso de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires.— In en «Patología Psicosomática» de A. Raskovsky. Páginas 69 a 79.

Enrique Pichón Riviere.— «Ulceras Pépticas y Psicosis Maníaco depresiva». In en Patología Psicosomática de A. Raskovsky. Páginas 81 a 87.

Angel Garma.— «Observaciones Psicoanalíticas sobre la estructura mental del enfermo colítico.— Comunicación presentada al I Congreso Interamericano de Medicina. Río de Janeiro 7-15 de setiembre de 1946. In en «Patología Psicosomática» de A. Raskovsky. Páginas 89 a 105.

Alexander F. y sus colaboradores.— «The influence of Psychology factors upon gastrointestinal disturbances» 1934.

Alexander F. y sus colaboradores.— «Factores Psicógenos en el Asma Bronquial».— Editor: Sociedad Psicoanalítica argentina.— El Ateneo. Buenos Aires 1943.

Emilio Mira y López.— «Psiquiatría». 3ª Edición.— El Ateneo 1943.

Emilio Mira y López.— «Psicología Evolutiva del niño y del adolescente».

DERMATOLOGIA

Dr. Pietro Boriani G.

616.5:615.849
B73d

Dermatología - Terapéutica

“Roentgenterapia de contacto de las afecciones cutáneas”

(SERVICIO DE RADIOLOGÍA DEL HOSPITAL «EUGENIO ESPEJO» DE QUITO)

La Roentgenterapia de contacto, ideada por Chaoul, se ha difundido enormemente en Europa y Norte América, pero no ha tenido igual fortuna, por razones que desconocemos, en los países de habla hispana.

Este hecho es lamentable por varios motivos, entre los cuales se destacan, además de los efectos terapéuticos y estéticos no igualados por los otros métodos de irradiación, la economía de tiempo y de dinero que permite este método, sustituto verdaderamente ventajoso de la Radiumterapia.

Para nuestros tratamientos hemos usado el aparato fabricado por la Siemens, efectuando las aplicaciones con una tensión de 60 Kv y una intensidad de 4 mA, con el fin de reducir al mínimo los factores variables y poder así comparar más fácilmente los resultados en relación con las dosis administradas; por este motivo el único factor que ha variado en los diferentes casos ha sido la intensidad de irradiación, de acuerdo con el tiempo y con la distancia foco-piel.

De acuerdo con los criterios aceptados por la mayoría de los AA., hemos prolongado la irradiación cuanto tiempo ha sido necesario en cada enfermo para alcanzar la curación, utilizando a menudo ciclos sucesivos de 10 aplicaciones con pausas de observación de 15 días.

Nos hemos atendido de preferencia a una dosificación relativamente baja de 250r por sesión (125 r/min), lo que nos ha permitido lograr la mayoría de las curaciones con dosis totales modestas.

Generalmente hemos utilizado una FHA de 5 cm., limitando el uso de distancias inferiores a formas poco infiltradas sea en superficie sea en profundidad.

RESULTADOS INMEDIATOS

Clasificando los primeros 100 casos de epitelomas cutáneos tratados en nuestro Servicio, hemos encontrado una frecuencia aproximadamente igual en los dos sexos, mientras la distribución según la edad, entre una edad mínima de 32 años y máxima de 82, resulta del siguiente cuadro:

| EDAD: | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Número de casos | 9 | 17 | 29 | 31 | 13 | 1 |

De estas cifras resulta que en nuestro medio el 74% de casos se presenta después de los 50 años, siendo este porcentaje sencillamente inferior al de 79,87% indicado por Bravi.

Damos a continuación otro cuadro donde los tumores cutáneos tratados son divididos según la sede, con la indicación del resultado terapéutico alcanzado:

| SEDE | H | M | TOTAL | CURADOS | MEJORADOS (siguen en observación) |
|-----------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|--------------------------------------|
| Localizaciones múltiples... | — | 1 | 1 | — | 1 |
| Nasales | 16 | 19 | 35 | 33 | 2 |
| Infraorbitarios | 15 | 17 | 32 | 27 | 5 |
| Temporo-fronto-parietales | 7 | 8 | 15 | 14 | 1 |
| Palpebrales | 6 | 4 | 10 | 9 | 1 |
| Del ángulo interno del ojo | 2 | 1 | 3 | 3 | — |
| De la comisura labial | 1 | — | 1 | 1 | — |
| Del pabellón auricular ... | — | 1 | 1 | 1 | — |
| De la región esternal..... | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Del glánde | 1 | — | 1 | 1 | — |
| Totales: | 49 | 51 | 100 | 89 | 11 |

Estos resultados nos parecen sumamente significativos y alentadores; baste considerar que no hemos observado un solo caso de Roentgen-resistencia total y que todos los clasificados como «mejorados», han presentado una mejoría notable.

RESULTADOS A DISTANCIA

Nuestra experiencia personal no nos autoriza a emitir juicios sobre los resultados a distancia de tiempo y sobre las eventuales recidivas, pero en la literatura mundial sobre Roentgenterapia de contacto abundan los datos al respecto.

Los carcinomas cutáneos constituyen el campo de acción en el cual se consiguen los resultados más brillantes, como ha definitivamente comprobado un cuidadoso estudio de Menzinger, en el cual se afirma que el método de Chaoul permite obtener el 83% de curaciones persistentes cinco años después del tratamiento, cifra que está muy por encima de las alcanzables con cualquier otro procedimiento terapéutico.

Como principales causas de recidivas se indican: la radiorresistencia adquirida en tratamientos anteriores, la presencia de metástasis, la excesiva extensión, la particular estructura y las localizaciones múltiples, especialmente en la cara.— También tiene importancia la sede, aunque sin motivo comprensible; el mayor porcentaje de recidivas en las mucosas se debe tal vez a la prevalente forma espino-celular de los epitelomas en ellas localizados.

Entre los cutáneos los que más fácilmente recidivan son los del ángulo interno del ojo, los del pabellón auricular y, pero mucho menos, los del ala de la nariz.— Es oportuno recordar que los tumores cutáneos localizados en los párpados y en los genitales representan una indicación muy especial de la Nahbestrahlung, porque con ella se evita que se produzcan lesiones de los delicados órganos vecinos.

OTROS CAMPOS DE APLICACION

Además de los epitelomas cutáneos, muchas dermatosis responden favorablemente a la Roentgenterapia de contacto; nuestra experiencia personal comprende casos de: verrugas, verruga plana juvenil, piodermatitis, micosis, líquen, queloides cicatriciales, nevus degenerativos, etc.

Aunque el número de estos casos no nos permita presentar estadísticas concluyentes, sin embargo queremos aquí elencar algunas de las indicaciones principales de la Nahbestrahlung de Chaoul aceptadas por la mayoría de los autores:

- 1) *Los hemangiomas tuberosos*, donde la irradiación fraccionada con pequeñas dosis estimula la tendencia a la desaparición espontánea.
- 2) *Las verrugas*, para las cuales la Roentgenterapia de contacto representa el tratamiento ideal, con muy contadas recidivas.
- 3) *La verruga plana juvenil*, en la cual se observa, irradiando algunas de las lesiones, la regresión también de las no tratadas; este hecho, todavía inexplicado y que hemos comprobado personalmente, tiene analogía con cuanto han observado numerosos dermatólogos en la aplicación del Radium.

Una mención especial merece el melanoma maligno que, por su escasa radio-sensibilidad, fué por mucho tiempo considerado como completamente refractario; en efecto el método de Chaoul ha determinado un cambio en el tratamiento de este tumor, en el cual ni la cirugía ni la electrocirugía producen resultados satisfactorios.

En conclusión, las ventajas de la Roentgenterapia de contacto son tales y tantas, bajo los aspectos técnico, clínico y económico, que es lógico esperar una siempre mayor difusión de este método.

RESUMEN

El autor ilustra los resultados obtenidos en el tratamiento de cien epitelomas cutáneos con la Roentgenterapia de contacto, poniendo de relieve las ventajas de este método y sus amplias posibilidades.

RÉSUMÉ

L' auteur expose les résultats obtenus dans le traitement de cent épithéliomas cutanés avec la Radiothérapie de contact, en remarquant les avantages de cette méthode et ses grandes possibilités.

SUMMARY

The Author exposes the obtained results in the treatment of 100 cutaneous Epitheliomas by the Contact Radiotherapy, emphasizing the advantages of this method and its great possibilities.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arrivabene-Tori*; Boll. Scienze Med. f. 3, pag. 354 (1947).
Bertigliá, B.; Rad. Med. pag. 45 (1948).
Bíhchobskii; Rel. Scient. dell' Univ. di Kiev; pag. 138 (1950).
Bode, H. G.; Med. Welt. 12 (1938): 235.
Bravi G.; «Un decennio di applicazione del metodo "Chaoul" in dermatologia»; TDL, Pavia (1949).
Chaoul, H.; «Die Nahbestrahlung»; Thieme, Leipzig (1943).
Chaoul, H.—*Wachsmann, F.*—*Rosemberg, H.*—*Strahlenther.* 76. (1947): 224.
Chaoul, H.; *Strahlenther.* 52 (1935): 221.
Cottenot-Cherigié, Jr. Rad. Electr. 26, n. 5-6, pag. 15 (1944-45).
Ennayer, A.; J. de Radiol. et d'électrol., 27: 515-526 (1946).
Hultberg, S.; Acta Radiol., 328-338 (1943).
Kikuziro; Jap. J. Derm. a. Ur., 48 (1940).
Menzinger, H.; «Statistischer Vergleich der Erfolge verschiedener Behandlungsmethoden»; Diss, Erlangen (1948).
Meyer, H.—*Matthes, K.*; «Die Strahlentherapie»; Thieme, Stuttgart (1949).
Perussia y Pugno Vanoni; «Trattato di Roentg. e di Curieteter.»; 2ª ed. Garzanti-Milano (1947).
Santagati, F.; Rad. Med. f. 10 (1939).
Schaefer, F.; *Strahlenther.*, 68, 518-21 (1940).
Semenova, Rel. Scient. dell' Univ. di Kiev, pag. 149 (1950).
Wachsmann, F.—*Barth, G.*; «Die Nahbestrahlung nach Chaoul»; Urban & Schwarzenberg, Berlin (1949).
Wachsmann, F.; *Strahlenther.* 73 (1943): 636, 649, 663.

FARMACOLOGIA

Dr. Reinaldo Miño V.
Dr. Jorge Isaac Sánchez P.

616.7-002:615
M.668

Farmacología - Antídotos

Exploración funcional de las suprarrenales con ACTH y aplicación de esta hormona en los procesos reumáticos

INTRODUCCION

Serío problema es en nuestro medio hacer un ensayo de investigación y mucho más complejo resulta hacer doctrina. No sólo se debe esta deficiencia a la falta absoluta de entrenamientos en gabinetes y laboratorios, eximios y pobres entre nosotros, sino también a la mixtificación de conceptos y escuelas, ausencia de un plan real que engloba el problema educativo y técnico con miras al futuro, sacudiéndose de viejos y falsos principios filosóficos que reflejan igualmente una sociedad injusta, por lo demás agonizante.

Si todos sufrimos esta perniciosa influencia, no creemos superarla nosotros en forma cabal para elaborar un trabajo que sea digno de nuestra incorporación a la legión de médicos ecuatorianos. Deseamos, ánte todo, sembrar inquietudes, superar en lo posible nuestras propias deficiencias y no sólo cumplir con los reglamentos.

Desde los tiempos más remontados de la historia, el hombre ha tratado de domeñar un enemigo terrible y poderoso: el dolor. En lucha titánica, paciente y soberbia, la humanidad ataca los reductos de sufrimiento, y cada vez su combate se ve coronado por el éxito.

La enfermedad, desequilibrio producido en los límites de lo conocido por normal, no es otra cosa que un nuevo equilibrio buscado por el organismo ante nuevas condiciones

impuestas por el medio; una reacción orgánica producida ante la nueva acción de los agentes patógenos. Para vencerla, el hombre antiguo y moderno han empleado todas las armas y, poco a poco, los fracasos del pretérito se transforman en éxitos del presente.

En el largo camino que ha recorrido lo que hoy es la Medicina, se ha acumulado enorme cantidad de observaciones empíricas, de teorías y doctrinas, muchas de las cuales actualmente sólo constituyen curiosidades científicas. Lo importante de estas doctrinas, es que fueron formuladas bajo las líneas generales de las ideologías predominantes y globales de cada época y en función, claro está, de las adquisiciones científicas y técnicas de cada período histórico, informado por las condiciones económicas predominantes.

La enfermedad es un difícil problema ante el cual nos enfrentamos los médicos todos los días. La determinan una serie de factores: biológicos, psíquicos y sociales, que tienen interacciones mútuas y que están en constante movimiento. El caso del médico no es igual al del experimentador que puede aislar un factor dado y valorar su papel en el todo, en el proceso. El médico tiene que resolver un problema práctico, la enfermedad, mejor todavía, devolver al paciente su equilibrio perdido, su salud. Hay que actuar, pues, sobre el conjunto de factores que produjeron la enfermedad. Esto representa un serio obstáculo y por ello, muchos consideran a la Medicina como simple arte.

Claro que desconocemos muchos aspectos de la patología y somos impotentes ante un número de procesos morbosos. No por esto vamos a desconocer el enorme progreso alcanzado en estos últimos años: Hemos logrado disminuir la mortalidad por enfermedades infecciosas agudas, la mortalidad infantil, hemos logrado prolongar la vida.

Sin embargo, falta a la Medicina una verdadera teoría, una concepción real y científica del fenómeno enfermedad que nos permita reunir los resultados alcanzados hasta aquí en un sistema de conjunto, hacer un síntesis y generalización de las leyes fundamentales del desarrollo de la enfermedad, que nos permita retornar a la práctica, para dominar este sector de fenómenos naturales. Claro está que lo alcanzaremos. El hombre puede dominar a la Naturaleza y debe dominarla para ponerla a su servicio más conveniente.

Los primeros conocimientos automáticamente científicos de la Medicina, sólo surgieron con el conocimiento de la anatomía y fisiología del cuerpo humano, cuando libre de la escoria idealista comienza la era materialista de la Medicina, para convertirla en verdadera ciencia. Vesalio a mediados del Siglo XVI, yéndose contra todo lo establecido, publica su «Tratado de Anatomía». Setenta y más años después, Harvey, tras del famoso Servet —condenado a muerte por la Santa Inquisición— describen la dinámica de la circulación sanguínea.

Más tarde, Morgagni publica su «Tratado de Anatomía Patológica», estudiando las causas de las enfermedades y localizándolas anatómicamente. Poco a poco los humores hipotéticos del padre de la Medicina se hacen reales, con propiedades físicas, biológicas, etc.

Nace un fervoroso espíritu analítico. No es casual que a Morgagni que trataba de localizar la enfermedad en un determinado órgano, le haya seguido Bichat, el mismo que quiere ver la causa de las enfermedades en las alteraciones de los tejidos. Todo no queda aquí: Virchow se va a lo más pequeño, a las células. Funda la patología celular que más tarde serviría de base a la concepción genética de Mendel, Weismann y Morgan.

Como se echará de ver, el proceso enfermedad, un todo complejo de circunstancias cambiantes, móviles, se lo ha querido situar sucesivamente, en el órgano, tejido y célula. Cosa absurda: El todo no se puede localizar en una parte. El hombre enfermo es el conjunto de su fisiología alterada en función de condiciones biológicas, sociales y psíquicas.

Olvidarse del conjunto ha conducido siempre a conclusiones parciales y faltas de la realidad. Así ha sucedido en la Medicina. El mismo Bichat dividió a las funciones orgánicas en vegetativas y de relación. No es original suyo, ya que no hizo sino seguir a Buffon y Grimaud. Esta concepción dualista persiste, al menos en «Occidente», y es la causa de impedir una visión de conjunto de la fisiología normal y patológica. Esto, así mismo, da lugar a mixtificaciones y eclecticismos que impiden el avance de la ciencia.

Virchow con su patología celular, de concepción mecanicista, establece el concepto parcial e inexacto de que la

patología se reduce a alteraciones celulares, juzgando equivocadamente que el organismo es una asociación de células.

Engels crítica duramente a Virchow que es incapaz de ver las ligazones dialécticas de los fenómenos y ridiculiza la concepción vichowiana de «federación celular» del organismo. («Dialéctica de la Naturaleza»). Sechenov, sabio ruso de la época de Virchow, maestro del «Príncipe de los Fisiólogos», Ivan Pavlov, también formulo violentas críticas a la Patología celular del sabio primeramente nombrado.

Y por caminos semejantes siguen los científicos: Claudio Bernard que enriqueció la Medicina con su labor experimental, como positivista, tampoco abordó lo fundamental en la fisiología: El papel, función del cerebro.

Debemos al famoso sabio ruso Pávlov ese paso adelante, abordando dicho problema, en los albores del presente siglo. Así se expresaba este revolucionario de la ciencia: «La marcha de las ciencias naturales, irresistible desde la época de Galileo, señala por POR PRIMERA VEZ UNA DETENCIÓN SENSIBLE FRENTE A LOS PROBLEMAS DE LA CORTEZA CEREBRAL, órgano que gobierna las complicadas relaciones entre los animales y el mundo exterior. Parecería que esta detención tiene sus razones, que aquí, en efecto, reside el punto crítico de las Ciencias Naturales —ya que es el cerebro en su forma superior, la del hombre— el que ha creado y crea las Ciencias Naturales». Frases sencillas pero que marcan un importante jalón en las Ciencias Naturales y en la Medicina. Y más tarde (un año antes de su muerte) el gran sabio soviético decía: «Cuanto más perfecto sea el sistema nervioso del organismo animal, tanto mayor es su centralización, y en tanto mayor grado su segmento superior es el ordenador y distribuidor de las actividades del organismo, a pesar de que esto no aparezca en modo alguno, en forma clara y evidente. Puede parecernos que muchas funciones en los animales superiores no están sometidas en absoluto a la influencia de los hemisferios cerebrales, pero, en realidad, no es así. Este segmento superior mantiene bajo su dirección todos los fenómenos que se producen en el cuerpo».

Frente a toda esta acumulación de hechos empíricos y orientación analítica de la Medicina, se deja sentir poderosa la necesidad de una concepción global, de una síntesis, sobre todo porque las nuevas adquisiciones han profundizado el concepto de enfermedad. Frente a la concepción de lesión orgánica, Pasteur aportó mucho para orientar los conceptos hacia las perturbaciones humorales, que dieron nacimiento a la moderna bacteriología y, aún más, a la Medicina preventiva.

Poco a poco se ha abierto el camino, para oponer las alteraciones funcionales frente al exclusivista criterio de lesiones orgánicas, que no constituyen por sí solas la enfermedad, y que, aún más, van precedidas de alteraciones funcionales que pueden ser reversibles que si bien pueden tener un substrato orgánico, no es posible evidenciarlas por los métodos actuales de investigación.

Nuestra afirmación no es aventurada. Hechos?... La emoción: Ella provoca una aceleración de los latidos cardíacos, sequedad de las mucosas labial y bucal, de la lengua; provoca sudoración profusa y micciones imperiosas por la exacerbación de la función renal; diarreas, disminución de la secreción gástrica, temblor de los miembros, aumento de la tensión arterial, palidez de la cara por vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, etc. Pasada la emoción, el cuadro descrito desaparece y el equilibrio anterior queda restablecido, luego de una sensación de fatiga.

Estas alteraciones funcionales pueden preceder o entrecruzarse con las alteraciones orgánicas y obligan a pensar en el papel del sistema nervioso central: «Estudiar las perturbaciones funcionales es ante todo estudiar la influencia preponderante de las acciones nerviosas sobre la economía».

Nos encontramos, pues, abocados a tratar de conocer el papel del sistema nervioso central en la fisiología orgánica y no podemos desconocer la influencia en este aspecto de las condiciones sociales en el desarrollo de las ciencias y de las doctrinas científicas en general.

Bajo la influencia del materialismo mecanicista, ideología de los revolucionarios burgueses del Siglo XVIII, Bichat desliga las funciones orgánicas, en vegetativas y de relación. Así mismo, Virchow, que vivió en la época reaccionaria de Bismark, sentó las bases para el mendelismo-weismanismo

retrogrado, antievolucionista. Actualmente también los sabios se refugian en el idealismo por no dar a sus investigaciones un curso lógico, dialéctico.

Por este temor, inspirado en las doctrinas retardatarias, reflejo de las condiciones sociales materiales, los conceptos se han desviado en la Medicina por caminos que nos alejan de considerar la fisiología del sistema nervioso, que es la que puede aclarar los problemas y situar los fenómenos en su realidad. Se podrá concebir que en nuestra Escuela de Medicina, por ejemplo, jamás se llegue a dar un curso sobre este aspecto? El estudio mismo de la patología nerviosa se hace incompleto y sin bases en la fisiología. He ahí un punto a rectificarse.

Y no hacemos meras consideraciones teóricas. Ahí están las investigaciones de Pávlov y sus discípulos. Con métodos experimentales rigurosos y guiados por los principios generales del materialismo dialéctico, se ha logrado elaborar una teoría científica que se acerca más a la realidad y que debemos conocerla: la teoría científica que se acerca más a la realidad y que debemos conocerla: La teoría de la fisiopatología córtico-visceral.

No queremos negar que la ciencia es única. No queremos hablar de una ciencia oriental y de una occidental. Lo que sí queremos dejar en claro, es que en la labor de síntesis, en la visión de conjunto que permita progresar, sí existe una oposición entre la ciencia burguesa y otra socialista, que no reflejan sino la oposición de los intereses de clase, que también inciden en las teorías científicas y sociales.

Decíamos que se ha eludido considerar sistemáticamente el papel del sistema nervioso en el fenómeno enfermedad. Esta la razón para que se haya recurrido al simpático como el factotum x, al resultar insuficiente, se ha «inventado» la medicina psíco-somática, de patrimonio americano.

Vale la pena hacer unas pocas consideraciones sobre esta última y la nueva teoría pevlloviana, que explicará nuestras conclusiones sobre el escándalo científico del ACTH y las suprarrenales.

Ante la impotencia de los métodos analíticos, se ha recurrido para explicar el fenómeno enfermedad, al llamado sistema simpático. Poco se conoce de su anatomía, fisiología y patología, al menos no hay acuerdo sobre dichos asuntos. El hecho es que se le opone como sistema autónomo, al sistema nervioso central. Este regularía los fenómenos de la vida de relación, aquél, los vegetativos. Pero esto es inexacto. Entre nosotros, el Dr. Plutarco Naranjo ha publicado un importante trabajo con el título «El sistema neurovegetativo» y como es la reunión de trabajos y hechos aislados de muchos autores, peca, a nuestro juicio, de las mismas fallas que hemos señalado: Presentar a dicho sistema nervioso central, pese a que pretende ser dialéctico.

Y para contradecir con base estas concepciones, ahí están los trabajos del sabio soviético Speranski, que demuestran que el llamado sistema simpático, está incluido en el sistema nervioso central, con el que está morfológica y funcionalmente fundido en forma tal, que es utópico delimitar territorios.

El hecho de haber separado el sistema nervioso, «en sistemas autónomos», ha sido la causa para que se describan síndromes variados indiferentemente de origen funcional u orgánico, sin mencionar la participación del cerebro. Para justificar estos vacíos se ha recurrido a describir «núcleos» a lo largo del eje cerebro-espinal e incluso en la misma corteza. (Ver «Sistema neurovegetativo» de Plutarco Naranjo, Revista de la «Facultad de Ciencias Médicas» No. 3, Quito, 1948.

Pero ni recurriendo al simpático se pueden explicar todos los fenómenos y se acude entonces a crear el concepto de las distonías neurovegetativas, que entrañarían un 'desequilibrio del simpático y del parasimpático' el que, como sabemos, no es sino el décimo par de los nervios que nacen del cerebro. Qué son, pues, estos síndromas y distonías neurovegetativas? Nosotros creemos que sólo son alteraciones funcionales u orgánicas en las que tiene mucho o todo que ver el sistema nervioso central. Es decir, tenemos un criterio unitario de los fenómenos orgánicos, por ende, del proceso que constituye la enfermedad.

Cosa parecida ha ocurrido con la endocrinología. Hoy mismo, con motivo del aislamiento del ACTH y la cortiso-

na, se quiere explicar todo el proceso de defensa y enfermedad como basado sólo en dos glándulas: la hipófisis y la suprarrenal. Hay tal cantidad de publicaciones, que es fácil caer en falsas interpretaciones ya que se toma «un simple eslabón como la cadena entera». Ni siquiera asociando los conceptos sobre el simpático y la fisiología glandular (patología neuroendócrina), se puede presentar un cuadro de conjunto. Al haber escogido un motivo de tesis sobre glándulas, ciertamente no queremos llevar el agua a nuestro molino. Haremos lo posible por explicar los fenómenos de conjunto, evitando los procesos de enfermedad o salud en un par de glándulas que, por importantes que sean, no constituyen todo el organismo bajo el aspecto fisiológico.

Los investigadores que se han ocupado de las suprarrenales y su fisiología, nos parecen todo respeto; mas no podemos aceptar sus errores de concepción. Selye ha descrito las llamadas enfermedades de adaptación. Consideremos más adelante sus concepciones. Adelantemos, sin embargo, unas palabras. Según este autor, muchas enfermedades tienen una patogenia exclusivamente hormonal: ante un stress o compulsión, el eje hipófisis-adrenal, determinaría una serie de modificaciones hormonales y metabólicas que a la larga producirían el cuadro no «específico» de las enfermedades de adaptación. Esta concepción en boga no explica, sin embargo, el mecanismo y naturaleza del stress y sobre todo olvida la participación del cerebro. Como veremos a su debido tiempo, es sólo por intermedio del cerebro que pueden actuar o manifestarse los fenómenos «stressantes» o mejor, en español, compulsivos. Selye no imagina que efecto tendrían los stress en un anencéfalo.

De lo expuesto vemos como se han hecho infructuosos los ensayos sucesivamente, para explicar el fenómeno enfermedad. No se ha afrontado con valentía el estudio verdaderamente científico del cerebro en su fisiología, porque sin duda alguna esta manera de enfocar el problema, conduce a reforzar la concepción materialista y dialéctica del mundo, concepción combatida por ignorancia o intereses de una minoría.

Aún más, aquellos científicos idealistas han querido tapar las fallas de su sistema inconexo, presentando un cuadro global y sintético de los fenómenos, con la creación de la

Medicina psíco-samática, que, como veremos ligeramepte, es más oscurantista que las anteriores concepciones. Con esta teoría se quiere explicar las lesiones orgánicas y las alteraciones funcionales, en una palabra, la enfermedad, tomando *primum movens*, como punto de partida, el inconsciente, triste herencia freudiana. A dónde nos conducirán estas concepciones si nos dejamos arrebar por ellas?... He aquí a donde:

En un libro de Neurología último, de 1950, en el Tomo XVI, página 1370, se dice lo que sigue: «Así los que padecen de úlceras gástricas tienen todos en la edad adulta la necesidad de un amor maternal, revelado por el psicoanálisis. La investigación demuestra la falta de amamantamiento o de efecto maternal. El síndrome psicósomático de la úlcera estomacal es una tríada que incluye una perturbación de la personalidad y dos perturbaciones somáticas, la una subjetiva, el instinto oral, la necesidad de mamar, revelada por el psicoanálisis, verdadera alienación distrazada (Courchet), y la otra objetiva, sobre la víscera misma, la úlcera»... Qué tal? El libro en alución es de Lemiére, Lenormant, Pagniert, etc., producto de la Francia marshalizada. Cuántas úlceras curarán los psiconalistas por año?...

La escuela americana, psicomática, heredera de Freud, fundamenta así las enfermedades en conflictos instintivos, en fuerzas no controlables por la conciencia... en el inconsciente... Y esto no es ciencia, sino pseudociencia.

Por el fondo ideológico que tiene citamos el siguiente ejemplo de la Revista «Semana de los Hospitales» N° 19 del 21 de mayo de 1947, página 3.298:

«Un hombre de 30 años presentaba una hipertensión esencial permanente que había sido reconocida por dos accesos paroxísticos postemotivos, que le condujeron al hospital».

«El corazón y los riñones eran normales; existía un espasmo arterial retiniano con hemorragias; los antecedentes personales y hereditarios no presentaban nada digno de señalarse». «Este hombre, conductor de camiones pesados, era ansioso, sexualmente importante, y el estudio de su personalidad demostró la existencia de una tendencia agresiva difusa, pero sobre todo conyugal. Era en plena agresividad cuando se casó, sin amor, para birlar su novia a un rival». — «Se aconsejó a este hombre no observar ni régimen ni reposo. Se le siguió observando regularmente en el hospital.

Ocurrió que unos meses más tarde este sujeto, sin dejar su trabajo, se enroló en un movimiento sindicalista, cuya dirección tomó y en la que se entregó a una política muy combativa. Desde ese momento se notó la desaparición de la ansiedad y de las perturbaciones sexuales, la caída de la tensión arterial a la normal, la desaparición de todo signo anormal en el fondo del ojo. Este excelente estado general se mantuvo durante dos años y cesó en el momento mismo en que el enfermo fue obligado por las circunstancias a renunciar a la actividad política. Ansiedad e impotencia reaparecieron. La tensión volvió a subir a 17 y 10... Como este ejemplo, podemos encontrar sin cuento, en publicaciones americanas, especialmente, y, como se ve, fundamentan la hipertensión en conflictos instintivos, en la no satisfacción de «tendencias agresivas»... Claro está que se ha recomendado la cura psicoanalítica a los dirigentes obreros... Muy científico. Verdad?... Y sobre todo práctico: la escuela psico-somática «destruiría» el movimiento sindical, acabaría con su «instinto agresivo», probando que la lucha de clases no es otra cosa que una falta de «amor maternal» o fruto inconsciente del «complejo de Edipo», pero jamás la resultante de un proceso histórico-económico que lleva a formas superiores, cada vez mejoradas y que conducen necesariamente a una sociedad sin clases, a la sociedad comunista del futuro.

Y con los instintos y las tendencias agresivas, se quiere explicar hasta la tromboangeítis obliterante. Cómo? Muy sencillo: Por medio del sistema de fibra lisa que es el de auto-agresión, el sujeto las contrae por mecanismos inconscientes para castigar culpas oscuras. Verdad que esto es irrefutable?

«En definitiva la Medicina psicosomática se sentetiza en estos puntos:

- a) Psicogénesis de la enfermedad (concepción idealista).
- b) Resurrección del psicoanálisis con todo su contenido oscurantista y su irracional sistema de impulsos instintivo-afectivos.
- c) Hay en este sistema torcidas intenciones políticas. Qué pecamos de extremismo? Qué en la ciencia no puede haber fines políticos?

Sino basta la cifra que acabamos textualmente de transcribir, que responda esta otra del mismo libro aludido anteriormente.

«Detrás de la unidad psicosomática no están sólo el cuerpo y el espíritu sino el alma... Podemos concretar esta evolución por esta frase de M. Mentha: «Si se pretende cuidar al hombre entero es preciso estar familiarizado con las disciplinas que pueden estar en juego; pero los datos de la ciencia no *bastan*; son necesarias las *lucis de la revelación* (subrrayado por nosotros). Es la revelación en donde están aseguradas las bases de la medicina de la persona, porque las Santas Escrituras contienen las leyes de la vida. (Tratado de Neurología, Tomo 16, página 1075, Lenormant, etc.)

La escuela psicosomática, pues, de cuña imperialista, preferiría en la enseñanza de la Medicina, crear una cátedra de psicoanálisis o de exégesis de las Sagradas Escrituras, antes que una de fisiología nerviosa, por ejemplo.

Recordemos que la medicina de la Nefasta época del nacifascismo produjo abundante literatura de magia blanca y negra, de Astrología y Quirología médicas, tanto en Alemania como en España e Italia. Ahí están las obras de Krum Heller («Biorritmo»; Diagnóstico de las enfermedades por las líneas de la mano», etc.) en las que, incluso se exaltaba el poder mágico de las manos del «Furer», el «Predestinado». En España, bajo la égida del carnicero Franco, Mario Roso de la Luna y otros, al igual que Alemania e Italia, quiso hacer de la Medicina cuento de brujas, ocultismo y más supercherías. A dónde puede conducir todo esto? A la misma parte que la Medicina psicosomática, producto del imperialismo americano...

Felizmente para el destino de la ciencia y la humanidad, frente a los conceptos y teorías retardatarias, ha irrumpido el espíritu racionalista, científico, revolucionario... Frente a la impotencia de la Medicina analítica, útil, en cierto modo, en algunos aspectos de la investigación científica, y frente al decadente idealismo de la medicina psicosomática, surge poderosa una nueva concepción, poderosa por verdadera: La fisiopatología córticovisceral de Pávlov y su escuela, que

acaba de pasar una prueba de fuego en la Academia de Ciencias Médicas del mismo país.

No es nuestra intención exponer esa teoría, ya que nuestra tesis no tiene este objetivo. Sólo hemos querido hacer un ligero bosquejo de la Medicina en el pasado y el presente. Sin embargo, recalquemos algunos conceptos de esta concepción dialéctica.

El famoso investigador ruso al estudiar los reflejos y establecer, en especial, las leyes de los reflejos acondicionados, tuvo que enfrentarse a la actividad del sistema nervioso central, en sus estratos superiores. Es así como, con sus discípulos, ha demostrado el error de la concepción mecanicista de B. Chat al dividir estas funciones vitales, en funciones vegetativas y de relación. Han comprobado la unidad del organismo y el papel rector del sistema nervioso central, sobre todo la corteza.

El sistema nervioso central es, pues, según esta manera de apreciar, el contralor y regulador del *conjunto* de las funciones orgánicas sean éstas las llamadas vegetativas o las de relación.

Todos, creemos, conocer las experiencias de Pávlov sobre el reflejo salival, cuyas conclusiones fueron de que no es consecuencia de psiquismo animal, sino el efecto de conexiones o ligazones temporales, es decir, de reflejos condicionados. Algo parecido a las conexiones temporales que se hacen en las centrales telefónicas.

Pávlov demuestra que el organismo no es la reunión de funciones o aparatos aislados, sino una unidad, un todo que caracteriza a la «personalidad biológica».

Para este sabio y su escuela, el organismo constituye un todo con el conjunto de sus funciones y regulaciones, que reacciona de manera ininterrumpida a las excitaciones del medio exterior, en el curso de un proceso de equilibrio móvil.

Este organismo es una unidad funcional, gracias al sistema nervioso, el que permite mantener esa unidad entre sus actividades internas y externas, que le ligan al medio externo e interno.

Además, el organismo constituye un todo en el sentido de la unidad de lo psíquico y somático.

Pávlov ha demostrado que pueden crearse reflejos con-

dicionados no sólo a partir de las excitaciones exteriores sino también a partir de estímulos del propio organismo y que son un aviso para la corteza del estado de los órganos y tejidos.

Ya en 1932, en el Congreso Internacional de Fisiología reunido en Roma, Pávlov se expresaba así: «Excitaciones innumetables que vienen tanto del mundo exterior como del interior del organismo, llegan sin cesar a nivel de los grandes hemisferios... Tenemos así, en primer lugar, una construcción muy complicada, un mosaico... y de todo estado aislado de las células corticales (estos estados también son innumerables) puede formarse un estado especial condicionado... Todo esto se encuentra, choca y debe formarse, sistematizarse. Por consiguiente, tenemos, en segundo lugar, un grandioso sistema dinámico».

Este novísimo modo de apreciar la fisiología orgánica da, pues, el papel capital a la corteza, como reguladora de las funciones vegetativas y la función de contacto con el medio externo, que no son sino partes de una misma función.

Consecuente con su maestro, Bikov ha puesto en evidencia las ligazones córticoviscerales que tienen enorme importancia en la función total del organismo. La concepción de Bikov se apoya en interesantes pruebas experimentales.

Tomemos un solo ejemplo: Junto con Alexaiev-Borckman abocaron los uréteres de un perro a la pared abdominal. Inyectaron 100 c. c. de agua destilada en el recto y luego midieron la secreción urinaria, que era muy aumentada. En una segunda fase, *condicionaron* al perro y se obtenía el mismo aumento, con sólo tocar la mucosa rectal con una sonda. Aún más, tocando una trompeta en el momento de la inyección de agua, obtuvieron después el aumento de la secreción urinaria, con sólo hacer tocar la trompeta. Esto demuestra sin dudas la existencia de estas ligazones córticoviscerales, que pueden hacerse permanentes, hasta cierto punto, en determinadas circunstancias. Usiévich igualmente ha realizado múltiples experiencias con la secreción biliar que concluyen igual cosa.

Sólo mediante esta nueva manera de apreciar la fisiopatología se puede explicar el mecanismo de las perturbaciones funcionales y el papel de las emociones chocantes en su desencadenamiento. Ya no son fantásticos impulsos o ins-

tintos los que están en juego para producir las alteraciones vasoconstrictoras, por ejemplo, sin hechos reales, materiales, de la vida diaria, es decir, condiciones físicas, económicas, sociales, ideológicas, etc., que repercuten en la corteza y que gracias a las ligazones córticoviscerales, pueden producir determinadas alteraciones, un cuadro tal o cual.

Pero esto nos conduce más allá. Sabemos que Pávlov acepta la existencia de reflejos absolutos o innatos (lo que los clásicos llaman instintos). Este conjunto de reflejos innatos, que constituyen el terreno primitivo, permiten al organismo una primera adaptación al medio externo, no del todo feliz y cabal. Es mediante los reflejos condicionados como se hace luego la adaptación más perfecta, un mejor equilibrio.

Los reflejos innatos, adquiridos a través de toda la evolución de la vida en la tierra, no son antagónicas a los reflejos condicionados que adquiere el sujeto a través de su vida individual. Aún más, éstos pueden transmitirse por herencia, según la teoría de Michurín-Lisenko y los reflejos innatos pueden sufrir modificaciones por la influencia de los reflejos condicionados, adquiridos... Nada es eterno e inmutable. Todo está sujeto a cambio, hacia fases superiores. Siguiendo este mismo camino, Pávlov establece diferentes tipos constitucionales, no basado en la morfología, sino fundándose en la manera particular de reaccionar del sistema nervioso.

Pávlov al final de su carrera de investigación estudió entre las influencias del medio exterior, las condiciones sociales de vida. Es así como creó lo que él llamó segundo sistema de señales y lo describe en esta forma: «En la evolución del mundo animal, en el estadio del hombre, se asiste al desarrollo extraordinario de la actividad nerviosa. Para el animal la realidad es señalada exclusivamente por la excitación y su marcha en los hemisferios cerebrales, sin interferencia, hasta las células especializadas que corresponden a la visión, a la audición y a otros órganos receptores...

El lenguaje ha conducido al segundo sistema de señales específico del hombre, sistema que juega el mismo papel de señal para el primer sistema de señales. Las numerosas excitaciones debidas al lenguaje por una parte nos alejan de

la realidad del medio ambiente, por otra parte es el lenguaje lo que nos ha hecho humanos».

El lenguaje, a la vez, es producto del trabajo humano: Esta «señal del primer sistema de señales» fué determinada por la necesidad de comunicarse en el trabajo colectivo, por la necesidad de enseñar la utilización de las primeras herramientas, de coordinar la acción de los cazadores, etc.

Esta teoría de Pávlov será fecunda en la Medicina. Nos resta conocer más profundamente cómo se establecen estas ligazones córticoviscerales en los procesos patológicos: más el hecho de que no estén bien conocidos esos mecanismos, no resta valor a su existencia verdadera.

Esta manera de concebir la patogenia de las enfermedades, se ve reforzada por la aplicación terapéutica del sueño, que se está utilizando en la Unión Soviética, para muchas enfermedades. El sueño equivale a la inhibición de los reflejos condicionados, de las ligazones córticoviscerales «inconvenientes» y permite al sistema nervioso el reposo necesario para su recuperación. Esto conduce también a tomar otras medidas en el campo de la vida social: Mejorar las condiciones económicas y de vida de las masas, para evitar las tensiones y sufrimientos que conducen a muchas enfermedades. Pero esto entraña cambiar todo el sistema social existente y a eso debemos contribuir también los médicos.

Nada más evidente que mientras las enfermedades infecciosas van siendo derrotadas, en el mundo capitalista se multiplican las enfermedades nerviosas, creadas por las condiciones de intranquilidad, de desocupación, de angustia, en las que se debate este régimen en su agonía.

Esta tensión de las nuevas generaciones, en el «mundo occidental», se ve multiplicada por la propaganda inaudita de una nueva guerra, de las «excelencias» de la bomba atómica. Y no es una casualidad que los incendiarios tengan su propia víctima: Nos referimos a Forrestal.

Mientras tanto, en el mundo de la Paz y del Socialismo está naciendo una nueva aurora para la Medicina, más científica y más humana.

Y hemos hablado de todo esto como preámbulo, porque que queremos anticipar nuestra pauta.

No creemos que el proceso mórbido puede localizarse a un órgano o grupo de órganos. La enfermedad es ante todo

un complejo conjunto de factores biológicos, físicos, sociales, que actúan sobre todo el organismo, el que reacciona como una unidad para tratar de mantener su equilibrio eminentemente móvil, influenciado a su vez, sobre los nuevos factores que le han sido impuestos, de cuya intervención nace el fenómeno conocido con el nombre de enfermedad.

Se ha dicho del ACTH que ha abierto una era como la pasteuriana. Se ha dicho que las suprarrenales y la hipótesis son el eje central de los procesos patológicos y de defensa. Muy sugestivo pero, a nuestro juicio, muy simplista e inexacto.

Nosotros creemos que se debe moderar el entusiasmo, que debemos guiarnos por principios y no creer que se puede explicar la enfermedad tan sólo por mecanismos hormonales, que, por otro lado, se los aleja de su dependencia directa: Los estratos superiores del sistema nervioso central.

Las experiencias que relatamos a lo largo de este trabajo, las hemos efectuado con un lote especial de ACTH: J 11 502, cedido gentilmente por los laboratorios «Armour», gracias a gestiones del Dr. John R. Mote, a quien agradecemos.

Hemos procurado poner todo el celo en nuestras experiencias, sin dejarnos suggestionar por la inmensa literatura extranjera, que no sólo se la puede revisar totalmente, sino que ha exagerado el valor de estas adquisiciones, importantes para completar los conocimientos de la fisiopatología pero que no representan una visión de conjunto de los hechos.

En todo caso, nos presentamos sin temor, porque lo que relatamos y cómo juzgamos los casos constituyen nuestra manera de apreciar los problemas, con toda serenidad y animados del más sincero fervor científico.

(Continuará)

VARIOS

La Universidad Central del Ecuador, su Pasado y su Presente

(Discurso de Orden en la Sesión Solemne que tuvo lugar con motivo del DÍA DE LA UNIVERSIDAD)

Armas reales y una insignia republicana simbolizan el pensamiento que guió a la Enseñanza Superior de Quito. La torre con el brazo armado, los lambrequines y el yelmo de remate y la divisa MORIR o VENCER de la Real y Pontificia Universidad de San Gregorio Mago, hablan del ánimo combativo e indeclinable decisión de la iglesia militante representada por los discípulos de San Ignacio de Loyola. El escudo jironado con la cruz flordelizada dicen de la fe y firme apoyo en las enseñanzas de Santo Tomás de Aquino de los dominiciānos. La pluma, el libro, la llama y la divisa OMNIUM POTENTIOR EST SAPIENTIA, señalan la ciencia y el humano saber como máximas potencias que iluminan el mundo, en la insignia republicana.

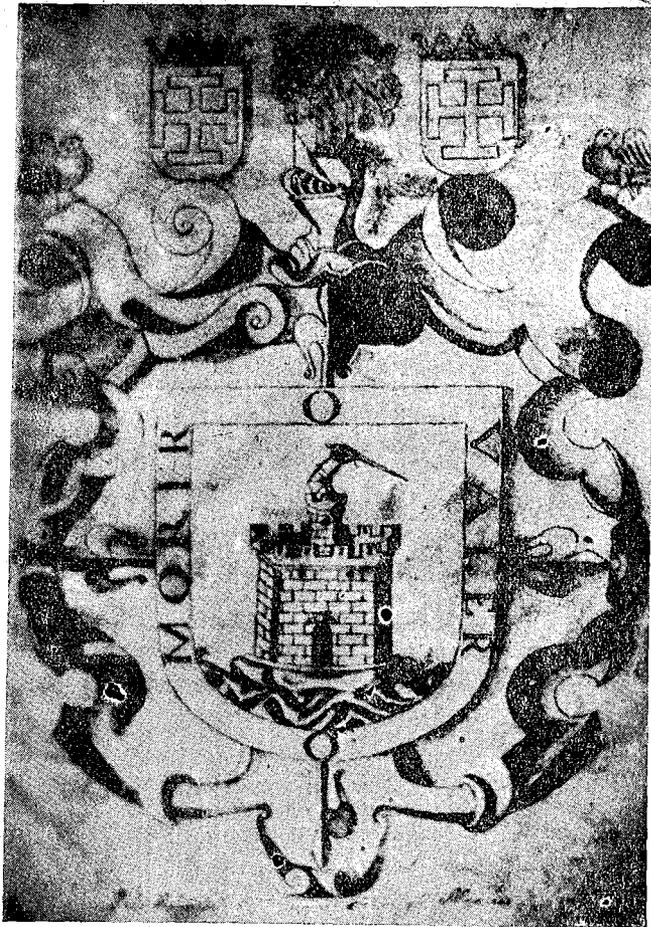
En Quito hay tradición universitaria, y tradición dice de experiencia que solo dan los siglos, al través de triunfos y fracasos, ensayos fallidos e ilusiones rotas, ideas que han perdurado e ideas que han muerto, todo un historial del pensamiento en el que se han nutrido lo más representativo de las élites intelectuales y los hombres sobresalientes de nuestra vida civilizada. Y hay abolengo, no por lo antiguo del concepto vulgar, sino como fuerza moral, como estímulo a un ideal de perfección que se comenzó y nunca termina, como historia de la cultura, porque sin ella no hay pueblo con personalidad, y en eso estamos empeñados quienes tenemos que ver con la Universidad, de esta nuestra Universidad que tuvo sus precursores, sus orientadores, sus fundadores y sus reformistas.

Los agustinianos de Quito fueron los precursores. En una ciudad con apenas unas diez mil almas deciden hacerla ciudad universitaria, queremos decir con Universidad, para darle brillo por el saber. Pero Quito no fué capital virreinal como Méjico o Lima, ni estuvieron aquí los descubridores como en Santo Domingo, en donde se habían erigido y fundado Universidades, las primeras de las dos Américas; la ilustración estaba en sus conventos y de ellos tenía que brotar la idea de crear Estudios Superiores en la capital de la Audiencia, alejada de las rutas comerciales de entonces, sin libros ni comercio de libros, sin publicaciones y con largos meses de espera para comunicarse con la península española.

Los agustinianos inician su empresa en las condiciones mas adversas, dicen haber conseguido una Bula de Sixto V. firmada y sellada en 20 de agosto de 1.586, por la que se erigía la Universidad de San Fulgencio, Bula que no llegaron a presentarla al Consejo de Indias ni a exhibirla en Quito, ni nadie la ha visto. Afirmaban que una copia es la que conservan celosamente en su convento de Quito, viniendo a ser San Fulgencio la cuarta Universidad erigida en América. Pero San Fulgencio de los agustinianos tuvo que esperar hasta 1.603 para comenzar a funcionar, pese a la perseverancia de sus diligentes organizadores.

Fundada en el siglo cuarto, la órden agustiniana es la cuarta órden mendicante en antigüedad. El Obispo de Hipona, Padre de la Iglesia, su fundador, vivió en un siglo de herejías, el maniqueísmo y el nestorianismo amenazaban con sus doctrinas. La filosofía de San Agustín y sus enseñanzas sirvieron de base para el derecho eclesiástico, el dogma y la moral católica. La regla que dictó a la órden fué severa y debía ser fielmente cumplida. Su libro CIVITA DEUX, escrito en Roma durante la invasión de los bárbaros, se considera como el escrito mas luminoso del comienzo de la Edad Media y la iniciación de la vida espiritual europea. A la barbarie y el paganismo se enfrenta armado de la fé, las fuerzas del espíritu y la moral cristiana de la bondad y la mansedumbre, un escrito de alto intelecto que sirvió de guía a un mundo destrozado. La filosofía y la teología agustiniana estuvieron vigentes en Europa hasta los albores del Renacimiento, su órden la mantenía firme en el orbe católico.

En San Fulgencio de Quito se enseñó la Filosofía y Teología de San Agustín en sus dos únicas cátedras, pero se aceptaba también a Aristóteles y se enseñaba el tomismo, todo en latin, en copiadros que dictaban los catedráticos, porque no habían textos. Semejantes disciplinas en una población pequeña y de reciente formación despertaron la admiración y sirvieron para interesar a los estudiosos, que fueron



Armas de la Universidad de San Gregorio Magno
(Archivos de la Compañía de Jesús)



Sesión Solemne en el Día de la Universidad.—De izquierda a derecha: Sr. Ministro de Educación, Sr. Rector de la Universidad, Sr. Vice Rector y Dr. Virgilio Paredes Borja.

contados. No se alcanzó el éxito que se buscó con tanto afán, no por falta de los perseverantes frailes, sino porque el medio en que trataban de implantar estudios superiores no se prestaba para ello. Quienquiera hubiese fracasado en semejantes condiciones, y San Fulgencio comenzó y acabó perdiendo la confianza pública por la liberalidad en conferir títulos de Bachiller, Licenciado Maestro y Doctor en las disciplinas que enseñaba.

Se ha discutido y hasta negado a San Fulgencio. Para nosotros, los agustinianos de Quito con su Universidad fueron los precursores de la Enseñanza Superior en el Ecuador y tuvieron el mérito de despertar inquietudes en los estudiosos y enseñar en la cátedra el valor de las cosas del espíritu. Su Universidad tan discutida constituye la educación medioeval europea enseñada en Quito.

Y vienen los orientadores. El 15 de septiembre de 1622 los jesuitas fundan la Real y Pontificia Universidad de San Gregorio Magno.

Los jesuitas vinieron a Quito por influencias del Cuarto Duque de Gandía y Primer Marques de Lombay, San Francisco de Borja del calendario católico, Tercer General de la Orden Grande de España. Trajeron el barroco de su primoroso templo de Quito y un acervo de conocimientos en las ciencias y las letras a los que mucho debe el progreso cultural ecuatoriano. Organizaron industrias menores, enseñaron y practicaron la agricultura y se hicieron peligrosamente adinerados.

Con ellos viene la cultura del renacimiento, la contrarreforma, y su guía intelectual: las enseñanzas de su filósofo, el Padre Francisco Suárez, ecléctico independiente con dirección conservadora, el Doctor Euximio y Piadoso, como lo llamó Paulo V.

El suarismo defiende la libertad individual y mediante premisas y consecuencias lógicas de un hábil razonamiento la hace entrar dentro del dogma católico, sin lesionarlo. El intelectualismo suarista desarrolla un sistema filosófico sutil, delicado como un mecanismo de precisión en el que todas sus piezas deben estar ajustadas por un experto.

La filosofía de Suárez afianzó entre los estudiosos, que eran contados, el principio de las libertades civiles, por eso comenzaron sus opositores doctrinarios a criticarle que fomentaba el liberalismo.

A los jesuitas se les combatió, en lo que a creencias filosóficas se refiere, muchas veces injustamente. Se dijo que con su probatoria filosófica se podía llegar a demostrar el tiranicidio. Se habló de su probabilismo como pernicioso para la moral y la religión.

En la expulsión de los jesuítas de América, por un monarca defensor de la fe como fué Carlos III, no solo hubieron razones de motivo económico, por haberse transformado en los primeros terratenientes ecuatorianos, acaparando negocios e industrias, sino por sus ideas filosóficas. Los jesuítas admitieron siempre la máxima autoridad del papado, no transigieron en aceptar que la corona española mande en las iglesias americanas, como siempre mandó, porque mientras duró el gobierno de España en América hubo el patronato regio en la vida eclesiástica de los virreinos.

En San Gregorio el Magno se enseñó Filosofía, Teología y Derecho Canónico con un criterio diferente que en San Fulgencio. El suarismo, producto del pensamiento católico del renacimiento español, buscó todos los argumentos para aceptar los descubrimientos científicos de la época sin lesionar el dogma y sin aparecer como retrasados y opuestos al avance de las ciencias.

En 1688 el Convictorio de San Fernando, de la Orden de Predicadores de Quito, fué elevado a la categoría de Universidad de Santo Tomás de Aquino.

Los dominicanos han seguido siempre las doctrinas filosóficas del doctor de la Iglesia de su orden, Santo Tomás de Aquino, filósofo, polemista, catedrático, escritor y combatiente infatigable en defensa de sus ideas, lo que le valió prisiones y persecuciones, críticas e injurias. Fué el intelecto mejor dotado de la alta Edad Media, su filosofía entra ya en los albores del Renacimiento.

El tomismo dominicano de la Universidad de Santo Tomás de Aquino defendía la introducción de Aristóteles en el pensamiento teológico, algo audaz y nunca enunciado antes de San Agustín, quien comentó a Aristóteles con un concepto platónico.

Los teólogos medioevales admitían que la doctrina de Aristóteles, intelectualista, defendiendo y delimitando los dominios de la inteligencia y admitiendo la experiencia como fuente de conocimiento, era un peligro para la religión. El tomismo hace desaparecer semejante peligro y funda su Teología desarrollándola por la filosofía, con una doctrina rica y variada en la que se delimita los dominios de la razón y la fé. El tomismo es realismo moderado, y si hablamos con las corrientes del pensamiento contemporáneo, hay existencialismo en sus conceptos y enunciados.

En la Universidad de Santo Tomás de Aquino hubo las mismas cátedras que en San Gregorio Magno de los jesuítas, pero con otro pensamiento filosófico, lo que originó la discusión de principios y doctrinas por parte de maestros y alumnos de ambas instituciones, discu-

siones que fueron públicas, saliendo por primera vez a conocimiento de los pobladores de Quito los grandes problemas teológicos y filosóficos que defendían las dos órdenes rivales, problemas que naturalmente el púbuico nada entendía, pero que entre los estudiantes y un contado número de aficionados, que en todas partes y todos los tiempos se hallan, sirvieron de fuente de conocimientos y despertaron la curiosidad por las cosas del espíritu.

Filosofía tomista frente a filosofía suarista, controversia de temas elevados, de principios, de normas de conducta, de ideas políticas vigentes en la época, como el regalismo propugnado por los liberales españoles y aceptado por los dominicanos, según su enunciado el poder civil es la máxima autoridad del pueblo y el poder eclesiástico tiene que en ciertos casos a el someterse. Los jesuitas fueron antiregalistas. Pero notemos que en esos tiempos las dos Universidades tenían principios filosóficos definidos, dirección espiritual, finalidades, eran fuentes de cultura, en la medida en la que se podía hablar de ella en una muy modesta capital de Audiencia con mucha ignorancia y pocos dineros

"Monstruo de dos cabezas" llamó el Señor de la Condamine a las dos universidades de la capital de la Audiencia de Quito. No hallaba correspondencia la mas remota entre una población de unas quince mil almas, desmedrada, desventajosamente colocada, y con dos universidades, teólogos, canonistas, juristas y discusiones bizantinas en que nadie se ponía de acuerdo ni nunca se terminaban.

"Hasta fines del siglo décimo octavo no hubo en Quito una Universidad propiamente dicha: lo que había habido antes no eran sino Facultades Universitarias, con privilegio de conferir grados en Filosofía y Teología" —escribe Monseñor González Suárez—. Y, en efecto, Universidades, con las cinco facultades, tal como se entendía en España y en el resto de la Europa de entonces no las hubo en Quito, pero si podemos aceptar que las Universidades de San Gregorio Magno y Santo Tomás de Aquino de Quito fueron Universidades teológicas, que como Juntas de Facultades, Facultades Universitarias, o como se las quiera llamar, desempeñaron una misión educativa de alcances, fueron centros de enseñanza superior, se ocuparon de las cosas del espíritu, hicieron conocer las corrientes del pensamiento, despertaron inquietud, orientaron y desempeñaron su papel histórico en la evolución de la cultura ecuatoriana. La misma controversia del "monstruo de dos cabezas" del Señor de La Condomine sirvió de emulación constructiva para la enseñanza superior entre la Compañía de Jesús y la Orden de Predicadores de Quito. Cada una quería superarse, aprender y enseñar

más, perfeccionarse, aumentar sus bibliotecas, atraer alumnos, graduar doctores, licenciados y bachilleres mejor preparados, llevar laicos cuidadosamente escogidos que se luzcan en la docencia y prestigien sus Universidades, tanto que después de la expulsión de los jesuitas en 1775, Santo Tomás de Aquino comenzó a decaer.

Y las ciencias? —se dirá—. Los Dominicanos en su Universidad inauguraron en 1693, el 13 de abril, la primera Escuela de Medicina con dos catedráticos, gracias a los afanes del Padre Quesada y del Padre García, de la Orden, y una donación de dinero de Don Pedro de Aguayo. De esta fecha arranca la tradición de la Facultad de Medicina de Quito.

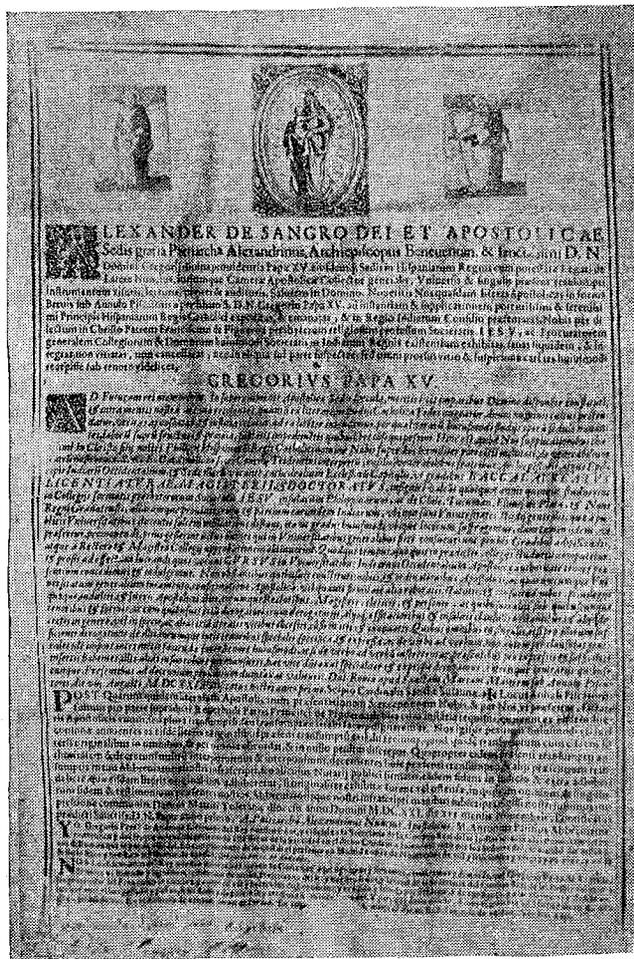
En Santo Tomás de Aquino se fundó la primera cátedra de Derecho Civil, iniciación de la actual Facultad de Derecho.

En Santo Tomás de Aquino se enseñó por primera vez Cosmografía y el sistema copernicano, hasta entonces se enseñaba, como en la Edad Antigua y toda la Edad Media, el sistema de Tolomeo. Se enseñó la Física del siglo dieciocho y las Matemáticas por un docente muy preparado, al corriente de los conocimientos de su tiempo, el Presbítero José María Rodríguez, que formuló programas y un plan de trabajos digno de un Catedrático que domina su materia. Ya no son solo las disciplinas eclesiásticas, son las ciencias y los conocimientos civiles los que entran en la Universidad dominicana.

Y el cartesianismo, método de pensar de la ciencia moderna? Jesuitas y dominicanos conocieron a Descartes, se leía y comentaba el Discurso sobre el Método, se lo discutía entre Catedráticos, Teólogos, Canonistas y civiles ilustrados, pero nunca se enseñó en la cátedra.

Los libros del Padre Feijoo, "paladín y maestro del antidocmatismo", despertaron gran interés en las dos Universidades y entre conventuales y eruditos civiles. Con afán se hizo venir ejemplares del Teatro Crítico y las Cartas Eruditas. El culteranismo y el gerundianismo de las gentes de letras, muy del agrado de los lectores de entonces, se vió moderado por el estilo sencillo y elegante de Feijoo.

En Santo Tomás de Aquino ya se adoptó textos de enseñanza. Desde los tiempos de la Universidad de San Fulgencio los alumnos tenían que copiar las materias, como hasta nuestros días hay quienes así piensan que debe ser en una Universidad, con el único progreso de que antes se tenía que hacer en latín y hoy en mal español. El Plan de Estudios del Obispo Calama, de fines del Siglo dieciocho, que nunca se lo llevó a la práctica, obligaba textos, y para las necesidades de su tiempo y la altura a que habíamos llegado en Enseñanza Superior constituyó un positivo progreso.



Bula pontificia para la graduación en la Universidad de San Gregorio Magno.

(Archivos de la Compañía de Jesús)

Suprimida la Universidad de San Gregorio Magno en 4 de Abril de 1776, fecha en la que se confirmó por la corona el acuerdo de la Junta de Temporalidades, el mismo año, se declara Secularizada la Universidad de Santo Tomás de Aquino. La Universidad secularizada emprende labores en 1788 y se inicia una nueva era: a la Universidad conventual sucede, en concepto, la Universidad del estado y los laicos tienen mas ingerencia en la cátedra. Las cosas iban bien, se estudiaba Derecho Romano, Derecho Público, Economía Política, Política Gubernativa y Personal, Jurisprudencia Española, Leyes de Indias —aigo que nos tocaba íntimamente— en ciencias: Geografía, Geometría, Algebra, Medicina y las consabidas cátedras de Filosofía y Derecho Canónico.

Los acontecimientos que precedieron a la independencia y las campañas militares de esta, detuvieron y arruinaron la vida universitaria americana y la Universidad de Santo Tomás de Aquino, secularizada, terminó en 1822, al mismo tiempo que el mando de España en América, pero terminó de civil luego de haber colgado su vestidura eclesiástica. Es la etapa de los fundadores de la Universidad del estado, que se hizo durante el gobierno español.

Y con el estado comenzamos cuando en un 18 de marzo del año de 1.826 el Congreso de Cundinamarca dicta la Ley General sobre Educación Pública creando Universidades en la Gran Colombia. Los Reglamentos los dictó Bolívar el 25 de julio de 1827.

Con el estado comenzamos la nueva época, pero con el estado republicano, sin catedráticos laicos preparados y hay que recurrir a los religiosos para ciertas cátedras. Bolívar y los dirigentes políticos de la época traían el ideario de los filósofos de la Revolución Francesa: Rousseau, Condorcet, Montesquieu, los enciclopedistas franceses, el utilitarismo de Jermías Bentham, el escepticismo de Hume, el sensualismo de Locke y la ilustración y lógica realista de los enciclopedistas ingleses.

Desde 1.830 comienzan a venir folletos de la Comisión de la Biblia de Londres, fomentando la revisión de los dogmas de la iglesia. Las sectas internacionales a las que pertenecieron los jefes militares de la independencia siguen propagando por medio de sus afiliados las ideas de libertad civil, tal como lo hicieron en tiempos de los precursores de la independencia americana. Santander, desde Bogotá, hace venir y distribuir obras de Bentham.

Pero fué el Coronel Hall y los hombres del Quiteño Libre los que mas hicieron para que el libre pensamiento y las ideas de Bentham inquietaran a los doctores de la Universidad de Quito. Se discuten

principios filosóficos entre ortodoxos y los heterodoxos convencidos del racionalismo, utilitarismo y sensualismo, que fueron contados. Vienen las reglamentaciones de Rocafuerte y la insignia republicana de la Universidad Central del Ecuador, con el símbolo del compaz, colocado seguramente a inspiración del mismo Rocafuerte, afiliado a una secta internacional que mucho tuvo que ver con la independencia y la nueva República. Pero el dogmatismo no había muerto y el espíritu de San Gregorio Magno y Santo Tomás de Aquino de jesuitas y dominicanos seguía enseñado y seguía discutiendo con los doctores de la República. No hay unidad en el espíritu universitario ni una firme dirección, hay pobreza material y miseria espiritual, la Universidad Republicana decae. Un signo de los tiempos: en 1.847 hubo que dictar un Decreto Legislativo creando por segunda vez la Facultad de Medicina porque los estudios médicos estaban en un estado lamentable; y la libertad de estudios autorizada en 1.853 acabó de arruinar a la Universidad.

Se cierra el período de los fundadores y asoman los reformadores de la vida universitaria, en 1.857, con García Moreno Rector de la Universidad Central. Había estudiado en París, tenía conocimientos de ciencias naturales, había trabajado en un laboratorio químico con maestros franceses, y venía resuelto a servir a su pueblo y enrumbarlo por la vía del progreso. Vió la urgencia de que la Universidad deje de titular solo médicos y abogados —“los doctores piratas”— que decía de los últimos, y se dedicó a convencer de la necesidad de crear cátedras de ciencias, disciplinas que no se practicaban y para las que no había ninguna preparación. Antes de su Rectoría solo el Ingeniero Guillermo Jameson enseñaba matemáticas y elementos de Ingeniería Civil.

De García Moreno decimos el primer reformador porque su punto de vista fué nuevo y fué acertado. En su segunda administración inició decididamente su obra de reformador: comenzó en forma draconiana, disolviendo la Universidad por “defectuosa y absurda” y por haber “hecho deplorar los funestos efectos de una enseñanza imperfecta” y “ser un foco de perversión de las mas sanas doctrinas”— según frases del Considerando del Decreto de 13 de febrero de 1869.

Disolver una Universidad no se justifica en ningún caso ni por ningún motivo, pero el impetuoso mandatario tenía un afán renovador que nada podía detener. La verdad es que la Universidad estaba acabada y necesitaba cambiar su estructura y darle dirección.

Solo deja en pié la Facultad de Medicina, abre a los pocos días la de Derecho e inaugura la Escuela Politécnica, para la que tiene ya

en Quito un selecto grupo de naturalistas y técnicos que comienzan a enseñar por primera vez entre nosotros Botánica, Geología, Mineralogía, Zoología, Física, Química, Arquitectura, Agrimensura, Topografía y construcción de máquinas. Se proponía conocer las condiciones naturales del medio físico ecuatoriano para crear industrias, agricultura y empresas productivas. La técnica moderna hace su entrada en la Universidad.

En Medicina se propuso mejorar la cirugía e iniciar la enseñanza de especialidades. La cirugía moderna se inició entre nosotros con Gayraud y Domec, traídos de Francia para enseñar y organizar la Facultad de Medicina de Quito, con ellos se conoció la anestesia, la antisepsia, el moderno instrumental quirúrgico, las especialidades. En su libro "La Capital del Ecuador Bajo el Punto de Vista Médico-Quirúrgico" escriben que el proyecto de García Moreno era fundar una gran Escuela de Medicina, traer profesores y hacer de Quito un gran centro de enseñanza médica. En esto le sorprendió la muerte.

El pensamiento de la Universidad Garciana tuvo influencia francesa con un hondo sentido religioso, en derecho influencias italianas con el Padre Terenziani, los naturalistas y técnicos de la Politécnica trajeron los métodos de la ciencia germana. El estudio de las condiciones naturales del país, las observaciones en el campo de las ciencias físico-naturales, tuvieron un positivo beneficio y han servido de base para investigaciones posteriores. La realidad ecuatoriana hace su entrada con estudios científicos organizados con método y finalidades bien meditadas.

Decae la Universidad con la muerte de García Moreno y viene el liberalismo al poder en 1895. Se organiza la Universidad liberal quitando todo vestigio de ingerencia de la religión en la enseñanza. Libre pensamiento, libre exámen, nada de dogmatismo. Triunfo de las ideas de Bentham y los radicales ingleses que defendieron la separación de la iglesia y el estado. Objetivismo y racionalismo en la enseñanza, cartesianismo en el conocimiento. La reforma liberal modela la Universidad contemporánea, con influencias del pensamiento alemán en el primer decenio de este siglo, y, a partir de la primera guerra mundial, marcándose decididamente después de la segunda, la formación profesional y técnica norteamericana. Lo francés ha flotado siempre en el ambiente, al través de su ciencia en forma decisiva hasta la primera guerra mundial y al través de su literatura hasta el presente. La segunda reforma, nos referimos a la reforma universitaria liberal, ha sido la que ha decidido la conformación del pensamiento universitario que estamos viviendo, con las representaciones estudiantiles, el estu-

dio de los problemas nacionales, el libre análisis, la extensión universitaria, la autonomía.

El término latino "UNIVERSITAS", que se refirió a la "comunidad de estudiantes", ha sufrido transformaciones no pensadas. Las primeras Universidades europeas del siglo XIII fueron, unas laicas como Bolonia y Nápoles, otras teológicas como París. Hubo Universidades libres y Universidades dirigidas, con dominio de la cultura general: teología, filosofía, artes, y muy reducido campo para la enseñanza de profesiones. No se investigaba, lo que no debe tomarse en sentido que no se haya hecho investigación científica en la Edad Media.

Las Universidades contemporáneas hacen enseñanza profesional e investigación científica, la cultura general ha quedado olvidada, lo que tampoco quiere decir que no se haga, sino que no forma parte íntima de la formación del profesional y del técnico.

Todos están conformes en que la Universidad moderna tiene tres funciones esenciales:

Primera: Transmisión de la cultura.—Segunda: Enseñanza de las profesiones.—Tercera: Investigación científica.

Para nosotros los ecuatorianos habría que añadir otras dos funciones, entre las esenciales: Investigación de los problemas nacionales y fortalecimiento de la ecuatorianidad.

Transmitieron la cultura, a la manera de su tiempo y conforme al medio en que actuaron, las Universidades de San Gregorio Magno y Santo Tomás de Aquino. Actualmente la cultura general está olvidada, con el afán de formar profesionales. Los estudios generales indispensables para un profesional que no aspire a ser solo Doctor sino docto, no se dictan en los Planes de Estudio vigentes y estamos titulando profesionales que nada conocen del panorama de la vida espiritual ni saben de los grandes problemas dentro de los que se mueve el mundo moderno. Si cultura es el acervo de conocimientos que nos lleva a enfrentarnos con la vida y conducirnos en ella, a conocer lo indispensable de ciencias, letras y artes, a disciplinar el espíritu y elevarlo, tenemos que convenir que nuestra Universidad no está cumpliendo con su primera función.

Hacemos enseñanza profesional, y escuelas profesionales son las que forman nuestra Universidad. No es creando nuevas Facultades como se engrandece a la Universidad, sino manteniéndolas existentes con personal seleccionado y proporcionándoles los indispensa-



Bula pontificia y Cédula Real, erección de la Universidad de San Gregorio Magno

(Archivos de la Compañía de Jesús)

bles medios de enseñanza. Mas vale prestigiar y sostener pocas pero bien organizadas Facultades, que muchos y mal dotadas que exhiban su vida artificiosa y estéril. No es multiplicando cátedras con nuevas asignaturas que se llenan sin límite ni medida, con profesores principales, agregados, auxiliares y toda una corte de ayudantes, a imitación de las Universidades que disponen de un gran presupuesto, no es así como vamos a conseguir que se cumpla la segunda misión de la Universidad que es la de enseñar profesiones.— “Es mejor enseñar muy bien en un número limitado de buenos institutos que en numerosas seudocátedras, débiles y estériles” —escribe el Profesor Bernardo Houssay —y al hablar de los Profesores añade: “Es propio de un estado de inmadurez intelectual computar los méritos por el número de publicaciones, el volumen de los libros, la cantidad de bonitas figuras, o el número de clases recitadas. Los títulos que valen de veras son: la originalidad de los descubrimientos, el juicio científico, la perfección de las demostraciones, la claridad y precisión de los escritos”.

Hay que buscar unidad y analizar con cuidado las finalidades a las que se dirige nuestra enseñanza profesional, para que el alumno no se vea perdido entre maestros que se contradicen en principios fundamentales, para que no se le repitan técnicas ya explicadas por dos o tres colegas de cátedra, para que se revise toda la materia que debe aprender y no se pase el año explicándosele solo un capítulo de ella, olvidando el resto, y para que se le oriente y ejercite con esmero en la profesión que ha elegido. En los dos últimos años, los dirigentes de la Facultad de Medicina se han venido preocupando de afrontar estos problemas, teniendo en cuenta que en todas las Universidades del mundo “ parece que ha llegado el momento de hacer un estudio acerca de los métodos de la enseñanza médica ” —según informe del Consejo de la Asociación Médica Mundial, reunido en Ginebra en 1951— y que añade: “los métodos presentes son principalmente tradicionales y en este siglo no se han hecho cambios radicales”.

El poderío y la independencia de las naciones se debe a los investigadores. No se hace ciencia si no se hace investigación. Pero los investigadores, esos monges de la edad moderna, son criaturas raras y delicadas a quienes hay que rodearles de todo cuidado. No hay necesidad, en países de escasos recursos, de gastar grandes sumas en edificios e instalaciones, hay que comenzar con modestia, elegir cuidadosamente al hombre, rodearlo de un pequeño grupo de colaboradores que tengan amor a la obra, brindarles estabilidad y ciertas comodidades para una vida decente creando el ambiente propicio para iniciarla, que de por sí irá creciendo, aumentando el fervor y dando

el resultado que se busca. Sin atmósfera propicia no vamos a esperar que asomen los investigadores heróicos que cumplan con la tercera misión fundamental de la Universidad.

Tampoco vamos a esperar que el docente haga de investigador, antes por el contrario, se ha visto que el investigador hace de un muy mal docente. Lo uno es ciencia, lo segundo es arte. Los núcleos de investigadores deben estar en conexión con los docentes, pero no integrar la docencia, salvo contadas excepciones.

El estudio e investigación de los problemas nacionales da personalidad a una Universidad. Vivir de lo que otros piensan y de los que otros hacen, por sabios y poderosos que sean, es subordinación, es un vivir postizo que muchas veces cae en lo ridículo para el imitador.

Investigar a la manera norteamericana es un lujo caro que no podemos ni debemos imitar. Ortega, que ha pensado hondo en el problema universitario de nuestro tiempo, escribe en su "Misión de la Universidad": "Cualquier pelafustan que ha estado seis meses en un laboratorio o seminario alemán o norteamericano... se repatria transformando en un nuevo rico de la ciencia, en un "parvenu" de la investigación. Y sin pensar un cuarto de hora en el porvenir de la Universidad propone las reformas mas ridículas y pedantes".

El verdadero investigador es un ser dotado de claro intelecto y poderosa imaginación. Siempre hemos pensado que en la imaginación creadora, donde la raza, está nuestro porvenir. Somos impacientes, no tenemos inclinación para largas observaciones, confrontaciones y más requerimientos del investigador. Pero buena falta que nos hace la investigación, para balancear nuestras tendencias y cumplir con la tercera misión de la Universidad, pero comenzando con modestia, con sentido de la medida, sin dogmatismos científicos, porque el dogmatismo de hoy lleva ropaje científico y el mundo está sufriendo la demagogia de los investigadores, que van poniendo en peligro el porvenir de la ciencia.

Como se habla se piensa, hablamos español y tenemos en lo mas íntimo de nuestra ser gustos e inclinaciones que no se pueden modificar y que tampoco necesitan cambiar. Hay que nutrir y fortalecer la ecuatorianidad.

Que la divisa de las armas de la Universidad de San Gregorio Magno, que en otra hora lucieron en el pórtico renacentista de este histórico hogar univestario: MORIR O VENCER—nos guíe para VENCER.

Dr. VIRGILIO PAREDES BORJA,
Catedrático de la Facultad de Medicina
Quito.

CRONICA DE LA FACULTAD

Nombramientos

El Dr. Miguel Salvador S., Catedrático de Patología General, fue designado por el Ministerio de Previsión Social e Higiene Delegado por este Ministerio a la Junta Central de Asistencia Pública. Lo acertado de la designación ha recibido con la complacencia de la Facultad de Medicina y cuerpo médico, que reconocen las capacidades, honorabilidad y decidido espíritu de progreso que distinguen al colega y amigo, quien, en compañía del Dr. Teodoro Salguero Z., Vocal representante de la Facultad de Medicina, constituyen una fundada esperanza de que los asuntos asistenciales estarán bien encaminados y acertadamente dirigidos, en beneficio de pacientes y médicos, de profesores y alumnos que trabajan en los hospitales de la Asistencia.

El doctor Miguel Angel Aráuz fue designado por el Sr. Ministro de Educación representante de ese Ministerio ante el Consejo Universitario de la Central. El brillante decanato del Dr. Aráuz, que supo encausar por nuevos rumbos la vida de la Facultad, sus aptitudes y conocimiento de los problemas universitarios, son garantía del acierto del Ministro al designarlo y motivo para que haya sido recibido en la Universidad y en la Facultad en especial, con el consiguiente beneplácito.

El Dr. José María Urbina, Profesor de Patología Interna, fue nombrado Director del Hospital Eugenio Espejo de Quito.

Catedrático de gran experiencia y dedicación, médico bien conocido y apreciado, el Dr. Urbina ha realizada estu-

díos especiales en Norteamérica sobre organización de hospitales. Conoce bien lo que hay que hacer, es considerado y apreciado por sus colegas, tiene don de gentes, capacidad organizativa y una gran honorabilidad, que le asegura al hospital una dirección técnica y administrativa eficiente. Para la Facultad su presencia en la dirección del Hospital en el que practican sus alumnos va a iniciar una época de mutua y bien comprendida colaboración, que va a servir de mucho y beneficiar a todos, prestigiando a la Junta Central de Asistencia Pública que ha tenido el certero juicio de nominarlo.

El Dr. Virgilio Paredes Borja fué designado por el Consejo Universitario para que pronuncie el Discurso de Orden el DIA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL, el mismo que publicamos en este número de la Revista. Fue en una Sesión Solemne que presidió el Rector Dr. Alfredo Pérez Guerrero, quien pronunció un notable discurso que mereció un largo aplauso. El discurso de Orden del Dr. Paredes Borja, pieza académica, elevada y de vasta erudición y severo e imparcial análisis del presente universitario, fué muy aplaudido. Se premió a los profesores Dres. Manuel Agustín Aguirre y Angel Modesto Paredes, por sus obras publicadas durante el año, siendo muy felicitados. Se premió al Dr. Luis Ríofrío G. como al egresado más distinguido de la Facultad de Medicina, lo mismo que a los egresados de las demás Facultades. Recibieron premios los señores Alberto Batallas y Javier Morales, del personal de Administración.

La Sesión Solemne dejó honda impresión entre los asistentes que llenaron el Salón de la Ciudad. Se lució la Orquesta del Conservatorio.

Dos cosas necesita la Universidad: pagar los servicios de una radiodifusora para que actos como éste, que representan la cultura del país, sean llevados a todo el ámbito nacional y designar una Comisión de Actos y Ceremonias Universitarias que se encargue de su organización y los luzca como es debido.

Agasajos

Con motivo de haber sido nombrados representantes ante la Junta Central de Asistencia Pública los doctores Mi-

guel Salvador S. y Teodoro Salguero, Catedráticos de la Facultad, y los señores César Peña Ponce y Emilio Landázuri, los colegas y amigos de la Facultad les ofrecieron un banquete en el Hotel Colón, para demostrarles su complacencia y hacerles presente sus felicitaciones. Con numerosos oferentes, llevó la palabra a los agasajados el Dr. Julio Endara, quien habló de los nuevos rumbos que hay que dar a la administración y técnica asistencial y de la estrecha colaboración que debe iniciarse entre la Facultad y la Junta que acaba de conformarse. El Sr. Peña Ponce y el Dr. Salvador hablaron a nombre de los homenajeados, manifestando su voluntad de colaborar con la Facultad y buscar siempre que la Asistencia Pública cumpla con la misión social que le ha tocado dirigir. Hubo cordialidad y franco compañerismo.

El Dr. José María Urbina fue agasajado en el Hotel Colón por sus colegas de la Facultad, hospitales y numerosos amigos, que le ofrecieron un banquete por haber sido nombrado Director del Hospital Eugenio Espejo. Se puso de manifiesto el agrado con que habían recibido la nominación del Dr. Urbina, a quien guardan todos especial estima y porque se tenía la certeza de que su designación será benéfica para el hospital, dados los dotes morales y conocimientos técnicos y profesionales del agasajado, quien contestó agradecido a sus colegas y amigos. El banquete fue una demostración de la concordia y sincera amistad que reina entre profesores de la Facultad y médicos del Espejo y San Juan de Dios, reunidos alrededor de un colega al que aprecian de verdad y con el que colaborarán con el afán que sólo brinda la confianza.

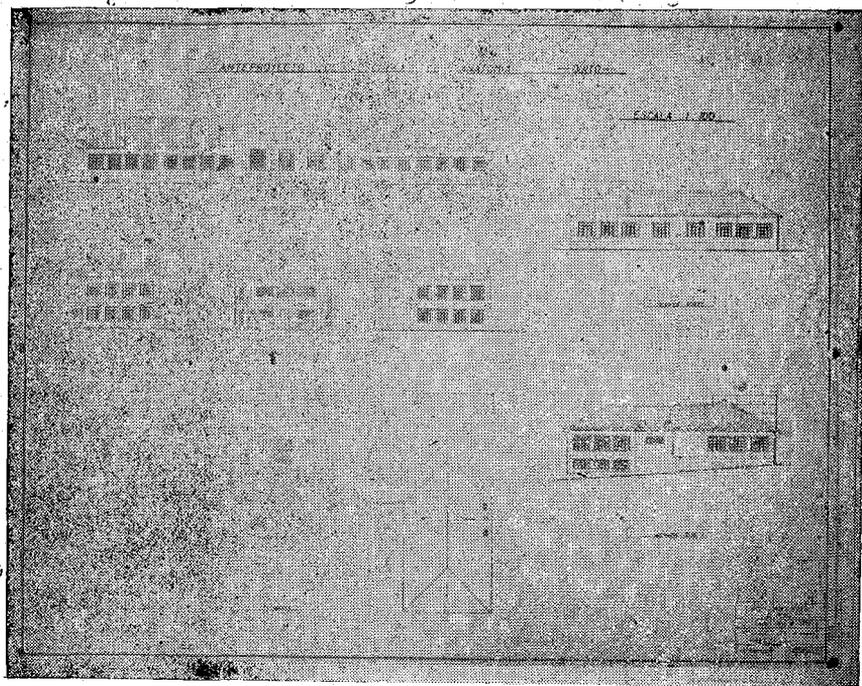
Nombrado Ministro de Previsión y Sanidad el Dr. Julio Endara, la Facultad de Medicina manifestó su complacencia por la acertada designación, brindando al Dr. al Endara un banquete en el Hotel Colón. Ofreció la manifestación el Decano Dr. Teodoro Salguero Zambrano, quien hizo el elogio de la personalidad bien conocida del homenajeadado, de sus méritos y capacidades para la Cartera de Previsión, de la que el cuerpo médico ecuatoriano espera una actividad ministerial prometedora. El Dr. Endara estuvo feliz en su discurso de agradecimiento, pidió la colaboración de sus colegas de Facultad, en quienes confía para el éxito de sus labo-

res. Hubo asistencia de todos los profesores y un ambiente de cortesía y sano humor.

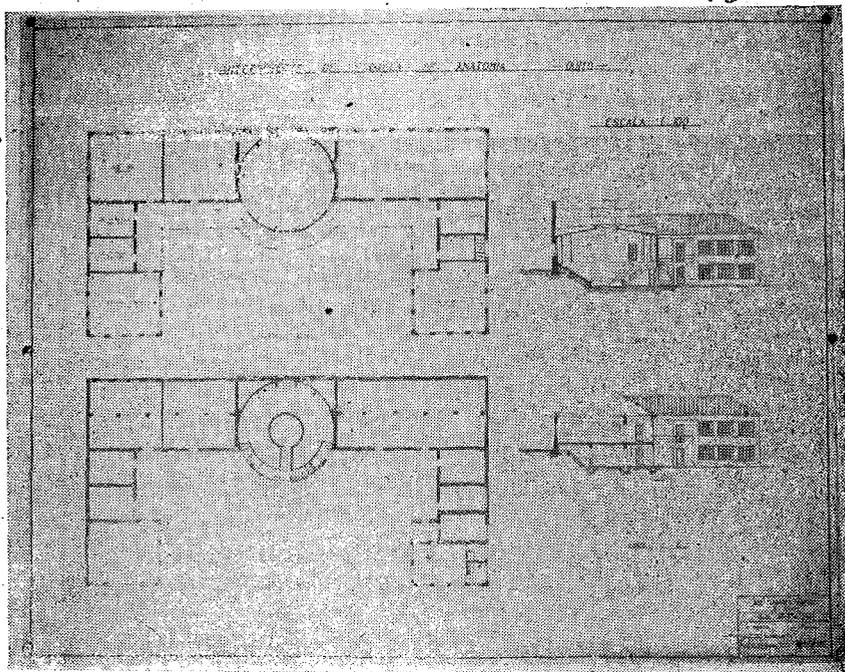
El Nuevo Anfiteatro

Compenetrados de la impostergable necesidad de dotar a la Escuela de Medicina de un Anfiteatro Anatómico moderno que responda a las actuales y futuras necesidades, tanto el señor Decano de la Facultad de Medicina como su Consejo Directivo y el Comité Pro-Anfiteatro Anatómico han venido desarrollando una serie de gestiones, las mismas que, acogidas con beneplácito por el H. Consejo universitario y contando con la valiosa y entusiasta ayuda del señor Rector de la Universidad Central, han hecho que esta vieja aspiración de la Facultad entre en el terreno de la realidad.

El señor doctor Teodoro Salguero Z., en su calidad de



**Anfiteatro de Anatomía Descriptiva que va a construirse junto al Hospital Espejo, según planos del Ingeniero Jorge Moreno.
Fachada principal. Alas laterales.**



Anfiteatro de Anatomía Descriptiva que va a construirse junto al Hospital Espejo, según planos del Ingeniero Jorge Moreno. Planta y cortes del edificio.

Decano de la Facultad y Vocal de la H. Junta Central de Asistencia Pública, consiguió que ésta Institución comprensiva y generosamente cediera un magnífico lote de terreno, junto al Hospital «Eugenio Espejo», para la edificación del nuevo Anfiteatro Anatómico. El 15 de Mayo del año en curso se celebró la correspondiente escritura pública de cesión de dicho terreno, interviniendo como peroneeros de las dos entidades (Junta Central de Asistencia Pública y de la Universidad Central), el señor Luis Coloma Silva y el doctor Alfredo Pérez Guerrero, Director de Asistencia Pública y Rector de la Universidad Central, respectivamente.

El H. Consejo Universitario en su sesión de 20 de febrero último y a petición del señor Decano de la Facultad de Medicina tuvo el acierto de asignar para la construcción la suma de OCHOCIENTOS MIL SUCRES. Bajo tan buenos auspicios, en los próximos días se iniciará la construcción del

edificio, para lo cual, además, se cuenta ya con el Proyecto de construcción adjunto (figuras 1 y 2), el mismo que fué trabajado por el Ing. Jorge I. Moreno e hijo, de acuerdo con las especificaciones del Ante Proyecto presentado por el señor doctor Virgilio Paredes Borja, Catedrático de Anatomía y con ligeras modificaciones de orden secundario, introducidas por el Consejo Directivo de la Facultad.

Modificaciones al Reglamento Interno de la Facultad de Medicina

El doctor Teodoro Salguero Z., Decano de la Facultad de Medicina y previa autorización, del Consejo Directivo de la Facultad, presentó a consideración del H. Consejo Universitario, para su aprobación, un Proyecto de reforma al Reglamento Interno de la Facultad, Proyecto que vista su nueva modalidad lo aprobó en su sesión fechada el 11 de Enero del año en curso, cuyo texto es el siguiente:

EL H. CONSEJO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario facilitar el intercambio de estudios con las otras Universidades del País y del Exterior con las que nuestro Gobierno mantiene Acuerdos Internacionales;

Que igualmente se hace indispensable subsanar las múltiples dificultades que para seguir sus estudios encuentran los alumnos que, por su estrechez económica, deben trabajar como empleados públicos o privados.

RESUELVE:

Art. 1º.—Introducir las siguientes reformas al Reglamento Interno de la Facultad de Ciencias Médicas:

1º.—Establécese en la Facultad de Medicina, dos formas de estudio:

- a) Por matrículas y cursos globales.
- b) Por matrícula e inscripción en las diferentes materias, en las condiciones que posteriormente se indican.

2º.—Los alumnos que siguieren sus estudios por el sistema de matrícula e inscripción, deberán sujetarse a las disposiciones del Consejo Directivo de la Facultad, organismo que determinará el orden de inscripción de las materias principales.

3º.—Son materias de inscripción rigurosa, las siguientes:

Anatomía Descriptiva, Anatomía Topográfica, Fisiología, Patología General y Fisiopatología, Patología Interna 1ª y 2ª parte, Anatomía e Histología Patológica, Terapéutica, Semiología y Clínica Propedéutica, Pediatría y Puericultura, Clínica Radiológica, Clínica Quirúrgica (1er. año) y Traumatología, Clínica Médica (1er. año), Ortopedia y Clínica Quirúrgica Infantil, Obstetricia, Patología Quirúrgica o Externa.

Son materias optativas, las siguientes:

Histología Normal y Embriología, Química Médica, Parasitología, Bacteriología, Semiotecnia, Técnica Operatoria, Fisioterapia, Higiene y Salubridad Pública, Psiquiatría y Neurología, Oftalmología y Otorinolaringología, Medicina Tropical, Clínica Terapéutica, Urología y Venereología, Ginecología, Dermatología y Sifilografía y Medicina Legal y Denteología.

Las materias que constan en el Plan de Estudios se han agrupado en materias Pre-clínicas y materias Clínicas propiamente dichas.

Son materias Pre-clínicas:

Anatomía Descriptiva, Histología Normal y Embriología, Anatomía Topográfica, Fisiología, Química Médica, Parasitología, Bacteriología, Patología General y Fisiopatología, Patología Interna (1), Patología Interna (2), Patología Quirúrgica o Externa, Anatomía e Histología Patológica, Semiotecnia.

Son materias Clínicas:

Terapéutica, Técnica Operatoria, Fisioterapia, Semiología y Clínica Propedéutica, Higiene y salubridad Públicas, Pediatría y Puericultura, Psiquiatría y Neurología, Clínica

Radiológica, Oftalmología y Otorinolaringología, Medicina Tropical, Clínica Médica (1er. año), Clínica Terapéutica, Clínica Quirúrgica (1er. año) y traumatología, Urología y Venereología, Ginecología, Ortopedia y Clínica Quirúrgica Infantil, Obstetricia, Dermatología y Sífilografía, Medicina Legal y Deontología, Clínica Quirúrgica (2º año) y Clínica Médica (2º año).

No se podrá aprobar ninguna materia Clínica si previamente no están aprobadas todas las materias Pre-clínicas. Tampoco se podrá rendir las pruebas de Grado si previamente no están aprobadas todas las materias clínicas.

Cualquier duda sobre la aplicación de esta reforma, serán resueltos por el Consejo Directivo de Medicina.

Art. 2º.—Estas reformas entrarán en vigencia al iniciarse el curso lectivo de 1952-1953.

Art. 3º.—Facúltase a la Procuraduría para que las presentes reformas las incorpore al Reglamento de la Facultad, efectuando la codificación respectiva.

Certifico que las reformas que anteceden fueron discutidas y aprobadas por el H. Consejo Universitario en sesiones de 8 y 11 de Enero de 1952.

Quito, a 12 de Enero de 1952.

Dr. Gustavo Gabela R.,
Prosecretario.

Asimismo, el señor Decano, con el fin de acrecentar las rentas patrimoniales de la Facultad de Medicina, elevó a consideración del mismo H. Consejo Universitario, previo conocimiento y aprobación del Consejo Directivo de la Facultad, el Proyecto de reforma que aumenta las rentas patrimoniales de la Facultad, con el pago de matrícula duplicada para los perdedores de año y con los correspondientes derechos de inscripción para los que estudiaren por este sistema, reforma que fué aprobada en sesión de 25 de enero del año en curso por el H. Consejo Universitario y cuyo texto es el siguiente:

EL H. CONSEJO UNIVERSITARIO DE LA
UNIVERSIDAD CENTRAL,

CONSIDERANDO:

Que se hace necesario la creación de rentas patrimoniales para la Facultad de Medicina, a fin de que con ellas pueda atender a sus imperiosas necesidades;

Que es obligación del Consejo Universitario velar por el mejor desenvolvimiento de cada una de las Facultades,

RESUELVE:

Art. 1º. Los alumnos de la Facultad de Medicina que por falta de puntos perdiere el año, pagarán por derechos de matrícula el doble del valor de la matrícula ordinaria.

Art. 2º. Los alumnos de la Facultad de Medicina que siguieren sus estudios por el sistema de matrícula e inscripción, pagarán el valor ordinario de matrícula, y, además, la suma de CIEN SUCRES por cada una de las materias optativas. Estos últimos derechos podrán pagarse, la mitad al adquirir la matrícula; y, la otra, antes de la rendición de los exámenes finales.

Las reformas que anteceden fueron discutidas y aprobadas por el Consejo Universitario en las sesiones de 11 y 25 de enero de 1952. Certifico. Quito, a 26 de enero de 1952.

El Prosecretario,

f) DR. GUSTAVO GABELA.

Conferencias

Sobre PROBLEMAS MEDICOS ECUATORIANOS disertó en el Salón Máximo de la Universidad el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Teodoro Salguero Zambrano. Demostró el progreso que hemos alcanzado en medicina. Estamos en capacidad de hacer gran parte de lo que en el extranjero se hace, y si todo no lo hacemos no es por falta de conocimientos y preparación sino de implementos y dinero para mantener hospitales bien dotados. Abordó el problema de

la práctica médica en el Ecuador con claridad y abundancia de datos y referencias.

El Dr. Enrique Garcés, Profesor de Higiene y Sanidad, dictó una ágil conferencia sobre «Problemas Ecuatorianos» en el Salón Máximo de la Universidad Central. Fue muy aplaudido.

Debido al entusiasmo del Director del Hospital Eugenio Espejo, Dr. José María Urbina, los Sábados Científicos han tenido lugar sin interrupción. Los Médicos del Hospital, Profesores de la Facultad y Sociedades Médicas han presentado sus casos y sometido a consideración del público de médicos y estudiantes que acuden todos los sábados a exponer sus ideas, discutir y dilucidar sobre diagnósticos y tratamientos, todo en beneficio de la ampliación de conocimientos, experiencia e intercambio de ideas que tan bien queda en el ambiente profesional.

El Hospital General de Riobamba

El 23 de mayo se inauguró con escogido programa el Hospital General de Riobamba, obra terminada debido a los esfuerzos del Dr. Humberto Moreano, Subdirector de Asistencia Pública de Chimborazo, sus colaboradores y el cuerpo médico de Chimborazo, ejemplo de unión y solidaridad profesional. Bien construido, bien equipado y bien manejado, el Hospital de Riobamba merece la celebración que se hizo, en la forma generosa que en Riobamba se acostumbra, con la asistencia del Presidente de la República, Ministros de Estado, altos funcionarios de la Administración, Director y miembros de la Junta Central de Asistencia Pública, profesores de las Escuelas de Medicina y colegas médicos e invitados especiales.

Nuestras felicitaciones al colega y amigo Dr. Humberto Moreano y a sus colaboradores. Merecen el triunfo que han conseguido con perseverancia digna de tan alta empresa, que es la de quitar el dolor y curar a los enfermos. Y también nuestras felicitaciones por los espléndidos actos sociales con que se celebró la inauguración del Hospital General; los invitados trajimos la ya otras veces sentida impresión de hidalguía, delicadeza y generosidad de los riobambeños.

Denuncia

«Quito, Febrero 27 de 1952.—Señor Herbert Reyes.—Presidente de la ASOCIACIÓN ESCUELA DE MEDICINA—Presente—Señor Presidente: En lo relacionado con determinar los señores Profesores que se hayan distinguido en la Cátedra en el presente Año Escolar, se resolvió que para el PRIMER AÑO DE MEDICINA, no se haga intervenir a los PROFESORES DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA, porque, teniendo a su cargo tres grupos diferentes de alumnos, cada uno de estos grupos ignora las cualidades de los Catedráticos restantes, de quienes no reciben clase, imposibilitando toda justa resolución al respeto. No se ha dado fiel cumplimiento a esta resolución tomada, por lo que, a nombre del PRIMER AÑO, DENUNCIAMOS EL ERROR COMETIDO, quedando en la seguridad de que se lo ha hecho involuntariamente.—Del señor Presidente, muy atentamente, (f) *Rodrigo Ruíz Bucheli*, Representante del Primer Año a la Facultad de Medicina.—(f) *Hugo Abarca*, Representante del Primer Año a la Asociación Escuela de Medicina».