

H-9578

U-N-I-V-E-R-S-I-D-A-D N-A-C-I-O-N-A-L D-E M-E-X-I-C-O-.

F-A-C-U-L-T-A-D D-E M-E-D-I-C-I-N-A-.

*Psicología médica*

(1)

GABRIEL ARRIAGA CARREON.

L-A P-S-I-C-A-S-T-E-N-I-A Y

E-L D-E-L-I-R-I-O P-S-I-C-A-S-T-E-N-I-C-O-.

TESIS RECEPCIONAL.

1927.



ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA .

EL DELIRIO PSICASTENICO .

PRUEBA ESCRITA QUE  
para el examen general de MEDI-  
CINA CIRUGIA Y OBSTETRICIA  
presenta el alumno

GABRIEL ARRIAGA CARREON.

MEXICO, D. F.

MCMXXVII.

A LA MEMORIA DE MI MADRE .

A MI PADRE EL SR. DR.

MIGUEL ARRIAGA.

A MIS HERMANOS EL SR. DR.

TEODORO ARRIAGA CARREON

Y LA SRA.

GUADALUPE ARRIAGA DE SAENZ

POR SU BONDADOSA AYUDA.



A MIS MAESTROS SRES. DRS.

JESUS SAENZ BARROSO

Y

DEMETRIO LOPEZ

## I N T R O D U C C I O N .

A iniciativa de mi inteligente y entusiasta maestro, el Sr, Dr. Manuel Guevara Oropeza, trabajé sobre este punto de Psiquiatría desde todos puntos de vista interesante, no con el objeto de hacer nada nuevo, sino como vía de divulgación y comprobación de las ideas de Pierre Janet, tan poco conocidas en nuestro medio científico, no obstante la importancia muy grande que tienen no solo para el especialista, sino aún para el médico general, que en su práctica diaria se encuentra con diferentes casos de neurosis. Haciendo estas -- consideraciones, he bordado sobre el DELIRIO PSICASTENICO, -- procurando con toda sencillez hacer su exposición para, como he dicho sea un medio de divulgación, habiendo contado con -- toda la valiosa ayuda del maestro Sr, Dr. Manuel Guevara Oropeza para llevar a cabo este trabajo y a quien en estas líneas hago patente todo mi agradecimiento.

## CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PSICASTENIA.

La Psicastenia de ψυχή alma y astenia, fué descrita y catalogada entre las neurosis en el año de 1902 por Pierre Janet y la describió entre este grupo de enfermedades, porque como en ellas, la Psicastenia es un síndrome cuyas lesiones nos son totalmente desconocidas, toda vez que se ignora el sitio de las lesiones anatómicas que causan este padecimiento. En la ignorancia que nos deja punto tan importante como es la anatomía patológica, Pierre Janet ha dado sin embargo un paso grande, al deslindarla del delirio sistematizado, de la melancolía franca y de ciertas formas de histeria con las cuales tiene afinidades etiológicas indiscutibles y en algunos casos se presenta asociada a ellas.

Unicamente la psicología patológica por un examen detallado de los síntomas del enfermo y su lógica interpretación, permite darnos a conocer el síndrome de que se trata llevándonos a un pronóstico y un tratamiento adecuado. Y en efecto hace treinta años en la época en que bajo la impulsión de Charcot y de sus alumnos el método anatomo-clínico enriquecía la neurología de notable adquisiciones, el maestro de la Salpêtrière, resumía la esencia de su doctrina proclamando la utilidad de los datos anatomo-clínicos. Mas tarde, la enseñanza de los profesores Lepine y Grasset, demuestran la necesidad de pensar fisiológicamente. Hoy estas dos fórmulas quedan exactas, pero no bastarían a asegurar el diagnóstico, si no se las completara añadiendo que es preciso pensar psicológicamente por lo que a las neurosis toca. Así se justifica por su importancia y sus resultados prácticos, este método de análisis y de interpretación de los elementos puramente psíquicos aplicado al estudio de las enfermedades y de las afecciones cerebrales en particular, bajo un nombre que resume los elementos, los procedimientos y el fin: el método del Psicodiagnóstico.

Para dar una definición clara de la Psicastenia, sería necesario en unas cuantas palabras, pasar en revista los principales síntomas queándonos a conocer los principales caracteres de objetividad, nos



2

haga comprender de manera concisa, los hechos esenciales de la afec-  
ción y se aplique solo a ella; esto en nuestros actuales conocimien-  
tos es muy difícil, toda vez que cualquier definición que pueda darse  
se es necesario explicarla por la etiología y principalmente por el es-  
tado del terreno Psicasténico. Puede concebirse como una insuficien-  
cia del dinamismo mental que trae por consecuencia obsesiones, inde-  
cisión del espíritu con tendencia a la duda, y fobias. Esta fórmula pue-  
de considerarse como exacta, teniendo en cuenta el estado del terreno  
Psicasténico en el paciente.

C-O-N-C-E-P-T-O D-E J-A-N-E-T.-Janet el creador de este síndrome  
lo define diciendo: La Psicastencia es una forma de la depresión men-  
tal caracterizada por el abatimiento de la tensión psicológica, por  
la disminución de las funciones que permiten obrar sobre la realidad  
y percibir lo real, por la substitución de operaciones inferiores y  
exageradas bajo la forma de dudas, de agitaciones, de angustias y por  
ideas obsedantes que expresan los trastornos precedentes y que presen-  
tan ellas mismas los mismos caracteres.

E-T-I-O-L-O-G-I-A.-Desde el punto de vista etiológico, el principal  
factor que en su aparición interviene es la herencia, hijos de alie-  
nados, neurópatas, alcohólicos, hijos de primos hermanos; padres en-  
fermos en el momento de la concepción, sífilíticos, tuberculosos, dan  
hijos que nacen muy a menudo con aptitud al estado de desfallecimien-  
to psíquico que los hará sufrir la mayor parte de su vida. Algunas ve-  
ces nada anormal hace preveer su tara nerviosa, en otros casos duran-  
te la niñez comienzan a manifestar el estado Psicasténico por la timi-  
dez, el retraimiento, etc. Después de la pubertad es susceptible de  
estallar en toda edad bajo las causas ocasionales mas diversas y a ve-  
ces mas insignificantes, en ocasiones parece ser que estas causas son  
bastante suficientes para por sí solas desencadenar la Psicastenia,  
pero en realidad puede decirse que es necesario un terreno predispu-  
sto para favorecer el desarrollo de la afección. Algunas veces un gran

traumatismo moral, es capaz de provocar un conflicto tan serio que acabaría con las fuerzas del enfermo, produciéndole esta enfermedad; o bien una serie de traumatismos afectivos, que van agotando poco a poco su resistencia, hasta llevarlo a la depresión mental de que estamos tratando. Por otra parte, en las mujeres se presenta este padecimiento mucho mas frecuente que en el hombre, la época de la menopausa es muy favorable para su desarrollo.

C-A-R-A-C-T-E-R-E-S C-L-I-N-I-C-O-S D-E L-A P-S-I-C-A-S-T-E-N-I-A.-Numerosos son los síntomas que revelan un estado Psicasténico, para mayor facilidad de descripción haré su enumeración describiendo en seguida de una manera general cada uno de ellos dando ejemplos de observaciones claras, para su mejor comprensión y terminaré resumiendo el caracter del Psicasténico. Estos síntomas son los siguientes: Obsesiones, fobias, manías, dudas, agitación, angustia, desórdenes viscerales, crisis Psicastenicas.

OBSESIONES.-La obsesión es una o mas ideas que toman una importancia exagerada en el espíritu del enfermo, pero que no se desarrollan completamente y que están dentro de la conciencia y de la memoria: un enfermo que desde el primer día de un mes, marca en el calendario la fecha de su muerte; comprende que no hay razón para que esto sea, es convencido de que su pensamiento es un absurdo, pero no obstante su intranquilidad es cada vez mayor, no puede quitar la idea de su cerebro y su angustia es muy grande hasta que pasa la fecha que se había supuesto; este enfermo tiene una idea que va tomando exagerada importancia en su espíritu, pero puede discutir acerca de ella, no la olvida, no la cree, pero no puede dejar de pensar en ella, es una obsesión. Una mujer que tiene constantemente la idea de la salvación de su alma, teme cometer un sacrilegio, la idea de cometer ese sacrilegio va tomando preponderancia en su espíritu, sabe que no lo ha cometido, comprende que no tiene razón de ser, pero no puede quitarlo de su mente, es una obsesión. Otro enfermo tiene constantemente la idea de que ha hecho un mal o de que va a hacerlo, tal como matar a uno de sus hijos, cosa que

por otra parte no ha existido ni tiene por qué existir, pero que absorbe la idea del enfermo y le produce un sufrimiento, por no poderla desechar de su espíritu y por la duda que tiene de que sea verdad constituyendo la obsesión. Otro piensa que si pasa por alguna calle o enfrente de una casa determinada, en la cual tuvo algún suceso desagradable, le ocurrirá alguna desgracia y la idea se desarrolla en su mente mas y mas, produciéndole enorme sufrimiento moral, al creer y no creer en ella; todos estos ejemplos dejan comprender exactamente en qué consisten las obsesiones, ejemplos que se podrán multiplicar toda vez que pueden ser por asuntos de diverso orden, pero con los arriba apuntados basta para comprender en qué consisten estas. Hay que tener muy en cuenta la manera de ser de estas obsesiones porque muy comunmente ellas solas constituyen toda la Psicastenia, estando naturalmente la mayor de las veces, unidas a todos o a la mayor parte de los síntomas enumerados antes.

**FOBIAS.**-La fobia es un miedo que se presenta obstinadamente en el espíritu del enfermo y que lo hace creer que va a cometer un acto contra su voluntad, dando origen a un conflicto muy intenso. Una mujer que no podía tener en su habitación ninguna botella, porque siempre se preguntaba si habría tomado o no habría tomado del contenido de aquella botella; al tomar una medicina, preguntaba a la criada con insistencia si no habría tomado antes la medicina, exigiéndole que se hiciera responsable de lo que le pasara si ya la había tomado antes; en este caso la enferma piensa con obstinación en que va a realizar un acto que no quiere ejecutar porque va a traerle alguna desgracias, es una fobia. Un individuo que teme pasar junto a un perro porque puede tener rabia y que si llega a pasar junto a él teme haber sido rozado aún en el abrigo porque seguro se contagiara, presenta todos los caracteres de una fobia. Este otro teme subir a un coche porque de seguro le acontecerá algún hecho desagradable, pero este temor es inmenso no puede desecharlo de su espíritu, cree que de no sucederle nada, él hará alguna



5

cosa que no debe de hacer, como un asesinato, un crimen, lo cual hace que su temor le mortifique y no le permita hacer ese determinado acto, es una fobia. Todos estos enfermos de que he hablado puede decirse que presentan fobia de la acción; las fobias de las funciones se relacionan al estado del individuo, que presenta los mismos fenómenos de angustia, de sufrimiento y trastornos de sofocación y sudores, al querer poner en movimiento una articulación por ejemplo sobre la cual ha sufrido algún padecimiento y que teme siempre volver a tener los dolores que ha sentido. En otros casos, mucho mas frecuentes, el mismo estado que semeja una emoción, un sentimiento de miedo, se produce simplemente a propósito de la percepción de un objeto, y esta es la fobia de los objetos. La percepción del objeto puede ser hecha por cualquiera de los sentidos, desde que el sujeto es advertido de la presencia del objeto que teme tiene sus terrores y sus angustias. Tiene así fobia a propósito de cuchillos, de tenedores, de objetos puntiagudos, de billetes de banco, objetos de valor, a propósito de polvos, de olores, de botones, metales, vestidos, de todos los objetos que pueden ser sucios, peligrosos o respetables; muy a menudo estas fobias se complican de una serie de pensamientos obsedantes e impulsivos; tal enfermo tiene miedo de cometer un homicidio o un suicidio si toca un objeto puntiagudo y toma horror también a las flores rojas o a las corbatas rojas que le recuerdan el homicidio. Una enferma, sentía horror de tocar un vaso porque los vasos pueden tener purgantes y esto podría darle el pensamiento de hacerse abortar en el caso de que se hubiera dejado seducir.

De las fobias hace Janet una larga división que puede resumirse así: fobias de las acciones y de las funciones que siente el enfermo encunto a él mismo y fobias de lo que le rodea, entre las cuales pueden contarse el mayor número y sobre asuntos los mas variados: de los objetos, de las situaciones sociales, etc., pero pudiendo todas relacionarse a un mismo grupo: fobias de los actos y así por ejemplo, en las fobias de los objetos casi siempre es producida por el ob-



6

jeto con que se trabaja. El de las situaciones sociales el horror de presentarse en público, etc. Hay siempre horror a un acto que el sujeto no quiere llegar a ejecutar y con el cual se acompañan aumento del número de respiraciones, palpitaciones del corazón, a veces sudores profusos, a veces vértigos, o bien puede no tener ninguno de estos trastornos viscerales pero se pone a combinar en su mente una serie de complicados razonamientos, o bien tiene crisis de agitación motriz, siente necesidad de caminar indefinidamente o de hablar mucho.

**MANIAS.**-Las manías son actos que el Psicasténico tiende a realizar siempre en la misma forma, en algunos casos parece un ceremonial que forzosamente debe acompañar a ciertos actos. De esto podemos darnos cuenta considerando que manías en la Psicastenia, no se refiere a la manía considerada como cuadro nosológico especial, sino a la interpretación dada a manías vulgarmente; por ejemplo, una enferma que para lavarse o para bañarse, tiene numeradas todas las partes de su cuerpo y así va limpiándose una, dos, tres, cuatro, etc. todo esto fuertemente y detenidamente. Si en lugar de principiar por el uno, principia por el dos o por el tres o en cualquier forma se equivoca, tiene que volver a empezar uno, dos, tres, etc. empleando dos o tres horas para bañarse. Otro enfermo no puede sentarse en alguna silla sin antes limpiarla completamente y por partes siempre las mismas. Estos ejemplos resumidos, nos permiten comprender en qué consisten las manías de un Psicasténico, manías que pueden formarse a propósito de los asuntos más variados como de precisión, de rectificación, lee varias veces una carta que sabe está bien hecha; de limpieza como en el ejemplo que cité, de vestirse, etc., en cada acto puede constituirse una manía especial.

**DUDAS.**-Duda es la falta de seguridad que tiene el Psicasténico de la idea que lo preocupa o de los actos realizados. La duda entra desde el momento que tiene la conciencia y puede hacer el análisis de la idea que lo preocupa, desde entonces comienza a no creer en ello y de ahí las preguntas que constantemente hace para corroborar sus pensamientos, los cuales no obstante eso lo embargan y constituyen un sufrimiento

inmenso; cree pues de cierta manera, pero no cree completamente. Un Psicasténico con dudas puede referirse por ejemplo, a la fecha del día, pregunta constantemente ¿estamos a tal fecha?, lo vuelve a preguntar, lo comprueba viendo el calendario y un momento después vuelve a faltarle la seguridad de que se esté en la fecha señalada. Otro enfermo aplica la duda a sus recuerdos, otro a sus sentimientos y aún algunos al porvenir. El espíritu no llega a una convicción formal, esta duda es para ellos un instrumento de tortura. Todos estos enfermos presentan el carácter inacabado, insuficiente, incompleto, y a los cuales ha llamado Janet fenómenos de incompletud; se figuran que no comprenden nada, que sus ideas son muy numerosas, embrolladas, incoordinadas y sobre todo tienen un sentimiento que domina a todos los otros: el sentimiento de duda. En los mismos ejemplos dados a propósito de las obsesiones y de las fobias podemos desprender lo que se refiere a las dudas teniendo en cuenta lo antes expuesto.

AGITACION.-Es el estado de inquietud constante en que se encuentra el enfermo, estando incapacitado de tener un sentimiento exacto en relación con la situación presente; Azam las llamaba tics intelectuales, vulgarmente se llaman manías mentales, que para Janet son suficientemente claras y las considera como operaciones intelectuales interminables, a propósito de muy pequeñas cosas que ocupan en el espíritu del sujeto, un sitio desproporcionado con su importancia real. Un enfermo que no sabe si cree en Dios o no cree, sobre esto interroga, piensa, se inquieta, no encuentra solución, la crisis de agitación física y moral es tremenda toda la noche, entonces lo resuelve por la suerte, tirando una moneda y fijándose sobre águila o sol. Sobre otras muchas cosas, puede dirigirse esta agitación; esta manía de buscas puede aplicarse al porvenir y transformarse en manía de explicación, lo que antes se llamaba locura metafísica. Un enfermo presenta agitación pensando como es posible que una palabra, que es un ruido, pueda transportar el pensamiento. Además es de observarse que estos pensamientos se desarrollan no solo en enfermos cultos sino aún en



8

aquellos completamente ignorantes; hay una especulación del trabajo mental que se efectúa independientemente de los conocimientos adquiridos y de la capacidad del sujeto para discutir los problemas que se plantea.

ANGUSTIA.-Es una idea fantásticamente ponderativa de un mal que sin saber por qué el enfermo presiente. Un enfermo Psicasténico es constantemente asustadizo, intranquilo, teme siempre algún mal, siente que algo le falta, muchas veces no sabe por qué se encuentra en ese estado, esa falta de conocimiento de la causa de su preocupación caracteriza la angustia. Llevan todas estas operaciones mentales al extremo y por esto en su angustia se imaginan remordimientos, crímenes, sacrilegios enormes e inverosímiles.

TRASTORNOS VISCERALES.-Los trastornos viscerales que se encuentran en un Psicasténico son muy variados: muchos Psicasténicos presentan sobre ciertos puntos del cuerpo, regiones dolorosas, donde no pueden soportar ningún contacto, ni ningún movimiento. Cuando se toca estas partes, o cuando deben hacer funcionar estos órganos, parecen sentir dolores y trastornos enormes y desproporcionados con la modificación operada; tienen trastornos de la circulación, de la respiración, son cubiertos de sudor, se contorsionan y dan gritos de sufrimiento. Estos dolores desproporcionados, estas emociones, se producen en dos circunstancias diferentes: a veces son casi continuas, a propósito de una parte determinada del cuerpo aun cuando esta parte quede inmóvil: son las algias propiamente dichas. A veces no se desarrollan sino en el momento en que el órgano debe entrar en funciones, son las fobias de las funciones. Es evidente por otra parte que en varios casos, estos trastornos se aproximan y se confunden.

Los sentidos especiales son susceptibles de presentar trastornos: el olor viene a ser penoso, cuando se asocia con una de las manías de los escrupulosos. El oído es mas a menudo aún afectado de estas algias. El ojo dá nacimiento a un trastorno que parece una enfermedad especial, es la fotofobia o al menos una variedad de fotofobia.

En muchas observaciones de individuos que tienen algias de los oídos o de los ojos cesan absolutamente de oír o de mirar y prácticamente se comportan como sordos o ciegos y los que tienen algias de los miembros o de la piel cesan de moverse o de tocar.

En muchas ocasiones también, el Psicasténico presenta cefalea continua con exacerbaciones intermitentes y sensaciones de constricción temporal, constricción laríngea, periodos de constipación y de diarrea, insomnios. Presentan por otra parte estos enfermos, numerosos movimientos sistemáticos que son designados bajo el nombre de tics y a los que se confundía antes con las convulsiones y los espasmos, pero en razón del interés que se da hoy a los estudios de psicología patológica, el tic ha sido objeto de búsquedas recientes que han precisado un problema y a propósito de esto dice Charcot: "Los tics reproducen exagerándolos, ciertos movimientos complejos de orden fisiológico aplicados a un fin. Son en cierta manera, caricaturas de actos y de gestos naturales" y este carácter en efecto se encuentra en todos los casos, por ejemplo los tics de los párpados, el parpadeo es análogo a los actos determinados por un cuerpo extraño en el ojo o por una viva luz. Hay que tener en cuenta sin embargo que el tic es un acto estéril, que no produce ningún fin determinado, favorece la producción intempestiva de una caricatura de acción y deja siempre subsistir la conciencia personal y es siempre relacionado a su conciencia si nó a su voluntad. Para otros autores, principalmente para Freud, es tic sería el símbolo de un complejo subconsciente que habría sido expulsado de la conciencia del individuo por el fenómeno de la represión. Revelaría entonces la exteriorización de un conflicto no resuelto que había sido reprimido en la subconciencia.

CRISIS PSICASTENICAS.- Todos estos síntomas que acabo de enumerar forman en su conjunto el estado general de un Psicastenico, ya sea en su conjunto, ya sea aislados como sucede con las obsesiones; pero este estado no lo trastorna y hasta cierto punto le es posible llevar



una vida activa; pero en ciertas ocasiones, estos fenómenos mentales, motrices y viscerales se agrupan, se reúnen en ciertos momentos y constituyen verdaderas crisis que exigen su internamiento y cuidados especiales para su tratamiento, pero que puede pasar y volver a dejar al individuo en el estado social anterior. Ahora bien, en qué ocasiones se desarrolla esta crisis? Janet piensa que es a consecuencia de un acto que tiene que llenar el enfermo y por el cual acto tiene fobias; esta crisis se desencadena bien por un esfuerzo de creencia o de atención o por una fuerte emoción, por un traumatismo afectivo que produce el desencadenamiento de la crisis.

C-A-R-A-C-T-E-R D-E-L P-S-I-C-A-S-T-E-N-I-C-O-.

Además de los síntomas ya descritos el enfermo Psicasténico presenta en su carácter un estado muy especial que permite por él solo hacer el diagnóstico de su padecimiento. El Psicasténico es constantemente inquieto, asustadizo, no se resuelve a ejecutar ningún acto y siente incertidumbre y recelo por todo lo que le rodea; se siente fatigado, triste, le es casi imposible cambiar de género de vida y ejecutar un acto nuevo distinto de lo que constituye su vida ordinaria, se considera completamente imposibilitado de cambiar, aún en el menor detalle, el aspecto que le presenta su vida, y si por algún concepto de ve obligado a hacer este cambio su sufrimiento es indecible se siente inferior y por fin no se resuelve a ejecutar ese cambio. Además el Psicasténico nunca se convence de sus preocupaciones, queda siempre con su duda y constantemente lanza preguntas para asegurarse de lo que piensa y de lo que cree, tiene ausencia de decisión, de resolución voluntaria, de creencia y de atención, es incapaz de tener un sentimiento exacto que esté de acuerdo con la situación en que se encuentra. Las interrogaciones, las preguntas de precisión, las buscas de medios propios a provocar la convicción son incesantes. Después las operaciones forzadas y estériles del pensamiento que constituyen las obsesiones, vienen a reemplazar el funcionamiento normal del espíritu.

11

Pero en todo este estado, el Psicasténico se dá cuenta de lo ridículo de sus pensamientos, comprende que lo que le moritifica es un absurdo, pero su idea es superior a su voluntad y experimenta sensaciones hipochondriacas, pierde el sueño. Tiene impulsiones, pero tiene miedo de llegar a realizarlas y no las ejecuta. Presenta una emoción exagerada por detalles insignificantes, tiene dificultad de entrar en sociedad o en un nuevo estado cualquiera que le haga desarrollar la menor actividad.

Este carácter especial de estos enfermos permite pues descubrir la Psicastenia, antes de que aparezcan todos los síntomas que constituyen la enfermedad.

P-S-I-C-O-L-O-G-I-A P-A-T-O-L-O-G-I-C-A D-E L-A P-S-I-C-A-S -  
T-E-N-I-A-.

El estudio psicopatológico de la Psicastenia ha sido hecho en su conjunto por Janet de manera magistral. Algunos otros autores han estudiado diversos síntomas de los que hemos apuntado, dándoles una explicación psicológica particular, ya par un síntoma aislado como el tic o la fobia, ya abarcando en su explicación el síndrome que ellos consideran, como por ejemplo el síndrome de angustia, con el cual han pretendido formar la psicosis ansiosa o psicosis de ansiedad.

El trastorno psicológico fundamental en la Psicastenia, es para Janet, un abatimiento o descenso de la tensión psicológica.

En todos los actos que constituyen la conducta hay activación de numerosasa tendencias que son las que van a dar lugar a un acto, y aquí debe entenderse por acción toda reacción del sujeto, ya sea interna o exteriorizada; pero siempre es una resultante que va a formar parte de la conducta del individuo. Cada vez que una tendencia entra en actividad, dá lugar a un acto que es mas o menos completo según su grado de activación, desde el simple pensamiento en el acto, hasta el acto consumado en su forma mas perfecta acompañado del sentimiento

de satisfacción y de triunfo.

Así, para que una tendencia llegue a traducirse en acto completo es preciso que adquiriera una tensión determinada en la mente del individuo y a esta potencialidad que deben alcanzar las tendencias es a lo que se ha denominado tensión psicológica. Si esta tensión no llega a ser suficiente, las tendencias se activan en un grado menor que en estado normal y de aquí resultan fenómenos patológicos que se manifiestan por acciones incompletas y que no son otra cosa que los síntomas Psicasténicos. Si consideramos por ejemplo las tendencias que entran en juego al efectuarse un acto de adaptación social, por ejemplo, el acto de platicar con un personaje, podemos suponer que la tensión psicológica es insuficiente y esas tendencias no llegan a producir el acto completo, quedan en un estadio inferior y se derivan en otras tendencias, también inferiores que producirán una actividad desordenada e inútil que no ajustará al fin deseado y darán por resultado una conducta estéril con agitaciones y desórdenes de diversas clases que en su conjunto constituyen una emoción. El individuo que no puede adaptarse rápidamente a una situación nueva se emociona por la derivación de sus tendencias en otras inferiores.

El descenso de la tensión psicológica sería pues, la causa de las incertidumbres y las dudas de los Psicasténicos, porque no pueden realizar el acto de la creencia, que requiere una actuación completa de las tendencias adecuadas. No son capaces de terminar un asunto y pasar a otra cosa porque no quedan conformes con lo que han hecho, su acción ha sido incompleta.

Una de las operaciones psicológicas mas interesantes de considerar en este punto de vista es el que se refiere al sentimiento de la realidad. La apreciación del mundo exterior como real, exige una elevada tensión psicológica y cuando esta desciende viene la incapacidad de sentir esa realidad y de ahí que los enfermos no puedan quedar conformes con lo que realizan, con lo que ven y lo que les rodea, pues no encuentran la seguridad de que eso sea exacto. Esto se expresa con las



dudas y las manías de precisión, de rectificación, etc. y con todos esos sentimientos de incompletud que se manifiestan en la conducta del paciente.

Todas estas características psicológicas toman un aspecto especial cuando los enfermos llegan a creer en sus obsesiones y realizan un delirio en el cual se notan algunas incertidumbres, las mismas ideas obsedantes, la inadaptableidad a situaciones mas o menos complicadas que hacen ver en el fondo de ese estado mental el trastorno Psicasténico.

D-E-L-I-R-I-O P-S-I-C-A-S-T-E-N-I-C-O-.

Mientras un enfermo es simplemente Psicasténico, presenta la particularidad de que conoce sus síntomas, la mayor parte pueden contar sus crisis de obsesiones, de fobias y de dudas, con verdadero lujo de detalles, discuten sobre ellas, no aceptan la idea que les obsesiona, no obedecen a la impulsión, no son alucinados, son prestos a declarar lo ridículo de sus pensamientos, buscan y recuerdan exactamente las diversas acciones que han hecho, las diferentes fases por las cuales ha pasado tal acción, solamente que su preocupación es casi continua y presentan simplemente momentos de exasperación.

Ahora bien llega un momento en que el enfermo ya no puede contar sus crisis de obsesiones, y de dudas y de fobias, ya no puede discutir sobre ellas, cree ciertas sus obsesiones, justificadas sus fobias y necesarias y lógicas sus manías, ya no presenta periodos de agitación y de angustia por querer desechar de su mente sus ideas y sus miedos, sino que acepta comp perfectamente cierto todo lo que piensa y lo que cree, ha entrado en un nuevo periodo de su enfermedad, que constituye el DELIRIO PSICASTENICO. Ha perdido el control de sus ideas y de sus actos, no le es posible llevar una vida de sociedad, necesitando entonces el internamiento mientras dura su periodo delirante, puesto que un enfermo con Delirio Psicasténico es susceptible de sanar. Janet presenta varios casos de Deliro Psicasténico y así dice: Una muchacha que cree ver delante de ella las partes sexuales de un hombre en vía de en-



14

suciar una hostia consagrada; no se limita a mirar este espectáculo imaginario a meditar pretende ser llevada a colaborar a ensuciar ella misma la hostia a cometer toda clase de actos inmodestos y sacrílegos. En este caso la enferma cree ya en eso, ni un momento piensa que es un absurdo, de tal manera se ha desarrollado la idea en su mente que entra en su conciencia como si la estuviera presenciando porque se ha desarrollado en ella el delirio del escrúpulo y la idea del sacrilegio se mezcla a otras ideas. Otro enfermo después de haber tenido la obsesión con impulsión de cortar la cabeza de su hijita y echarla en seguida en agua hirviendo, llegó a creer que había cometido ese acto y lloraba entonces por la muerte de su hijita que él había causado. Este estado a que llegó este enfermo caracteriza muy bien el estado delirante en que se encontraba; debemos tener en cuenta además que este delirio contiene no solo ideas sino tendencias al acto, impulsiones, y al mismo tiempo miedos y fenómenos emotivos; pudiendo quedar por otra parte, un fenómeno simplemente intelectual sin ser acompañado de impulsiones, en el cual el enfermo se conforma con creer lo que antes tomaba por absurdo y así este enfermo no siente ya deseo de cometer una acción criminal, sino que piensa que la ha cometido antes y se encuentra lleno de remordimientos. Estos remordimientos que casi siempre presenta un delirante pueden ser relacionados a faltas religiosas, desesperanzas causadas por confesiones insuficientes o por comuniones pretendidas sacrílegas. Otro tiene remordimientos por crímenes que antes fueron impulsiones, un hombre tiene la idea de que ha matado o que ha podido matar a alguno, va por la calle se encuentra con policías y les pide lo arresten, estando seguro de que lo ha hecho y sintiendo remordimientos que lo obligan a pedir un castigo por su culpa. La conciencia del sujeto ha perdido el control sobre sus diversas funciones y ahora se encuentra embargado por los diversos fenómenos de agitación funcional que hemos estudiado, agrupándose con agitaciones mentales motrices o viscerales que constituyen el verdadero DELIRIO PSICASTENICO.

El delirio comienza probablemente a consecuencia de una acción voluntaria que debido a las circunstancias vino a ser necesaria: es el principio de un acto, el deseo, la necesidad de cometer un acto que lleva a agitaciones y angustias y teniendo que repetir varias veces ese acto, llega un momento en que pierde el control de sus facultades, desarrollandose el DELIRIO PSICASTENECO. El esfuerzo de creencia y el de atención, ciertos géneros de emoción, pueden también desencadenar el delirio.

En comprobación de estas ideas de Janet, hemos estudiado los siguientes enfermos que se encuentran en estado de franco DELIRIO PSICASTENECO.

J. R. de G., de 27 años de edad, casada, fué internada en el manicomio general el día 27 de septiembre de 1926.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-Su padre fué alcohólico, su madre parece haber sido sana, de sus abuelos no se sabe como tampoco de sus colaterales.

ANTECEDENTES PERSONALES.-Tiene cinco años de ser casada; ha tenido cuatro hijos, de los cuales viven tres y son sanos, uno murió asfixiado en el momento de nacer. Hasta esa fecha no había presentado síntomas que hicieran pensar en trastorno mental. Hace cuatro meses, su marido al que profesaba gran afecto sufrió de una escarlatina benigna y desde entonces la conducta de la enferma fué anormal. Acudió a consultar al médico para informarse de la salud de su esposo que creía muriera y para informarse de si ella también tendría escarlatina, "pues sentía comezón en el cuerpo". Al indicarles el médico que ella como su esposa debía asistir en su enfermedad a su marido, se negó alegando temer ser contagiada y durante la enfermedad de su esposo permaneció recluida en su casa con sus tres hijitas, no obstante las instancias que se hicieron a la enferma para que lo asistiese. Vemos en esto el principio de una fobia, desarrollada por la emoción de ver enfermar a su esposo, emoción que se produjo en un terreno Psicasténico, que esta enferma tenía a consecuencia de la herencia alcohólica de que la legó su



padre.

Cuando su esposo recuperó la salud, la enferma tuvo una conducta normal durante tres meses, pero días después, empezó a sentirse mal al lado de su esposo, deseando separarse de él. Dice que sus cuñadas le han cambiado a su marido, que el médico que la cura forma parte de una maquinación en que se trata de rifarla y ha hecho repetidos intentos para huir de su casa, en la noche sola por el campo. No ha manifestado expresamente ideas de suicidio, pero al dársele un hipnótico del que se le recomendó tomase solo una tableta, ella voluntariamente ingirió ocho o diez, sin presentar por lo demás ningún síntoma de envenenamiento. La enferma presenta delirio de persecución, debido indudablemente a su tensión psicológica que es inferior como en todo Psicasténico.

No rehusa alimentarse y hasta lo hace con apetito. Habiendo sido separada de sus hijas las reclama constantemente.

Su actitud es de apatía absoluta, no habla si no se la interroga y al hacerle alguna pregunta dilata bastante en contestarla. Ultimamente tuvo un acceso en el que acredió a su esposo. Se debió esto a un periodo de agitación física, en que la enferma a consecuencia de sus largos y combinados procesos mentales, estalló en un periodo de agitación física, que terminó por la agresión que hizo a su esposo. Días después de este acceso huyó de su casa en la noche habiendo sido encontrada sola en el camino.

ESTADO ACTUAL.-La enferma fué mandada traer, acudió de cuena gana; de constitución regular, su andar es lento, su aspecto revela ligera tristeza, a veces ningún sentimiento, indiferencia, su mirada es vaga, parece no fijarse en lo que le rodea.

INTERROGATORIO.-La enferma no habla si nó se le interroga, sus respuestas son cortas, pero dejan ver un proceso mental, que la lleva a la idea de verse rechazada por la sociedad, por haber sido repudiada por su marido, cosa de la que culpa a una mujer, que habló mal de ella a sus cuñadas y al médico que la atendió, al que hace el principal res-



ponsable de su actual desgracia. Esta idea ha tomado en el espíritu de la enferma una importancia exagerada, pero esta importancia que le ha dado, ya no está dentro de su conciencia, la cree como cierta, no la discute y lo que fué una obsesión es ahora una idea delirante con todos sus caracteres. Cuando por el interrogatorio se le quiere llevar por otros caminos, prefiere no hablar o vuelve a insistir sobre la anterior idea y por esto llora o bien ríe, tiene idea de indignidad y de desesperanza, por momento se hace ella la única culpable de todo lo que le pasa por haber aceptado como nombre uno de los insultos de la señora a la que juzga una de las que le ha hecho mal. Este sentimiento de culpabilidad que tiene es característico del DELIRIO PSICASTENICO, porque no puede darse cuenta de que es un absurdo su idea, sino que se cree culpable aceptando completamente lo que discerniendo se daría cuenta de la imposibilidad de su creencia.

SENTIDO DE LA ORIENTACION.-Normal en el tiempo y en el espacio.

MEMORIA.-Ligeramente alterada, recuerda bien los hechos recientes pero no retiene la escala numérica.

ATENCION.-Completamente normal.

EXPLORACION FISICA.-Craneo normal, pupilas iguales, reflejos normales.

Cuello: No existe hipertrofia ganglionar. Aparatos respiratorio, circulatorio y digestivo normales.

PRUEBAS DE LABORATORIO.-Reacción de Wassermann negativa.

OBSERVACIONES DE LOS DIAS SIGUIENTES.-Triste, angustiada, "estoy arrepentida de todas mis culpas. De haber dicho esa cosa, que salía yo con otro nombre. Tenía mis hijitas y todo por que dije eso. Mis hijitas son inocentes de lo que yo haga. Yo creo que estoy loca, pero esa locura me va a costar a mí. Nadie que hable una cosa así como yo puede ser buena. Ya cuando quise remediar ya no pude. Ay! Qué infame fui, Dios mío. Nada mas que mi familia me aflige." (Solloza y se frota las manos) Duerme bien y toma sus alimentos.

Indiferente, con mirada inexpresiva "estoy bien, por amiguera me pasó esto, estoy arrepentida de haberme casado porque por mi esposo conocí a Angel y él me mandó con esa mujer. Hice como que me daba un ataque, para que me llevaran a Orizaba y me salió muy caro". Sigue bien en su estado general, duerme y come bien.

Vemos en este caso, que la obsesión que presenta la enferma, es ya completamente creída, no puede razonar en el sentido de ver que no es cierto lo que ella cree, al mismo tiempo que tiene idea de indignidad, porque cree que ha cometido una falta, y lo que fué una simple impulsión como es hacerle daño a sus hijas lo ha aceptado ya como en el caso que presenta Janet, habiendo pasado a la conciencia de la enferma los diversos fenómenos de agitación funcional, agrupándose con agitaciones mentales y constituyendo el DELIRIO PSICASTENICO.

E. B. de F., de 50 años de edad, originaria de Veracruz y con residencia en México, fué internada en el manicomio general el día 10 de noviembre de 1922.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-Ha habido tres locos en su familia. Tuvo cinco hermanos, viven dos y son sanos. De tal manera que en esta enferma se encuentra un terreno neuropático, dispuesto a tornarse en una enfermedad mental.

ANTECEDENTES PERSONALES.-Desarrollo de su niñez normal. Tuvo ocho hijos, son sanos cinco que son los que viven. Ha padecido de neuralgias del trigémino, un ataque apoplético a consecuencia del cual quedó hemipléjica del lado izquierdo. Sus partos fueron difíciles, de tres a cuatro días. Fumó mucho en un tiempo, hace once años que no fuma. A los dieciocho años recién casada tuvo trastornos del cerebro durante ocho meses, después de los cuales quedó bien. Desde los once años salía de su casa todo el día, hacía visitas muy largas; cuando regresaba se iba a un rincón descalzándose y rompiéndose la ropa, hablaba de la salvación de su alma; en cierta ocasión se fué de su casa, de Orizaba hasta Veracruz sin avisar a nadie. Tiene temporadas de tristeza y de alegría.

Encontramos ya un terreno Psicasténico, con la obsesión del escrúpulo, que nos hace declarar a esta enferma como Psicasténica.

Al ingresar al manicomio, hablaba continuamente pidiendo a Dios por la salvación de su alma y diciendo que le iban a quitar a sus hijos.

EXPLORACION FISICA.-Al explorarla físicamente se agitó y no permitió el examen.

OBSERVACIONES.-Está tranquila, orientada, recuerda con exactitud los hechos de su vida; sus ideas son coherentes pero reducidas; está continuamente deprimida, con escrúpulos que la hacen pensar que está condenada, se siente inferior, mala, indigna; pide la salvación de su alma y cree merecer toda clase de castigos; todo esfuerzo nuevo la llena de temor y rehusa con insistencia y amargura hacer cualquier acto, que no sea de los elementales que constituyen su vida habitual, porque para ella es imposible. Pidiéndole que salga al sol, que cambie de cama, etc., es cosa que la hace romper en exclamaciones pidiendo misericordia y diciendo que aquellos es imposible. Permanece en su cama con las piernas encogidas, haciendo tejidos de gancho y sin hablar con nadie mas que cuando es preciso y rezando la mayor parte del tiempo. En este periodo ha perdido por completo la conciencia de sus obsesiones, habiéndolas asimilado de tal manera, que se encuentra en un estado de delirio escrupuloso.

La afectividad respecto a su familia es normal y solo está perturbada con relación a su personalidad y con la inadaptabilidad que sufre. Padece paraplegia espástica con retracción y atrofia de los músculos flexores de las piernas. Los brazos conservan íntegros sus movimientos. No hay otras perturbaciones somáticas.

OBSERVACIONES.-La enferma se encuentra sentada en su cama, su cara está triste, tiene depresión, constantemente musita palabras invocando a los santos, dice que está triste por estar en este sitio, separada de su familia a la que extraña mucho; que no sale fuera por tener miedo



de las otras enfermas; dice que Dios ha de querer castigarla, que le pide todos los días salir de aquí.

Tuvo un periodo de excitación como de quince días durante el cual se bajó de su cama lo que no hacía antes, encendía lumbre para hervir café; se disgustaba con las demás enfermas, hay veces que se niega a tomar sus alimentos. En este caso la enferma admite su obsesión, la idea de la salvación de su alma se ha desarrollado de tal manera en su espíritu que ha dejado ya de poder ser discutida, pasando al estado de DELIRIO PSICASTENICO, conservando al mismo tiempo el carácter del Psicasténico con su sentimiento de incompletud y baja tensión psicológica.

C, M, de O., de 40 años de edad, casada, originaria de Sinaloa, fué internada en el manicomio general el día 2 de febrero de 1925.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.-Su abuelo materno fué loco; su padre y su madre fueron primos hermanos; tuvo once hermanos de los cuales uno fué alcohólico, viven tres, uno es delirante y con periodos de psicosis; tiene un primo también loco. Por los antecedentes hereditarios, podemos suponer un estado de neurosis hereditaria, que como en la enferma anterior puede desencadenar por una causa determinada la Psicastenta.

ANTECEDENTES PERSONALES.-Padeció neurosis infantil; desde la edad de quince años fué muy nerviosa; padeció ataques de forma epiléptica que desaparecieron después, pero siguió padeciendo insomnios que duran hasta la fecha. No fuma. No tuvo hijos por tener la matriz desviada lloraba mucho por esto y empezó a tener mucha pena con su marido principiando con esto su trastorno mental.

TRASTORNOS PSIQUICOS.-Al hacer la exploración psíquica de esta paciente, manifestó que le preocupaba mucho que su marido la fuera a abandonar por no tener hijos, no dormía por esta preocupación, lloraba mucho. Esta idea cada vez mas grande fué exagerándose hasta constituir una obsesión. Fué a ver al médico al que atribuye haberla vuelto loca.

Creía que todos la querían envenenar, culpando a otro médico de que en un vaso de leche le había puesto veneno. La llevaron a un sanatorio donde permaneció tres años; le daban baños calientes a los que tenía mucho miedo; un día se dejó caer desde una altura para que no le dieran esos baños y se fracturó un brazo; le tenía horror enorme a esos baños y les pegaba a las enfermeras que tenían que sujetarla. El miedo a estos baños se presentaba obstinadamente en su imaginación constituyendo una fobia. De ahí la sacaron para trasladarla al manicomio. Dice que está completamente loca y que lo que mas le gusta es andar constantemente, a veces la amarran y entonces se enoja; le tiene horror al agua, dice que ya está aburrida de ser loca, quisiera morirse; habla constantemente de la causa de su locura, el no haber tenido hijos y las cucharadas del médico. Esta enferma ha perdido el raciocinio admitiendo una locura que no existe constituyéndose el DELIRIO PSICASTENICO.

ORIENTACION.-Es desorientada en el tiempo. Bien orientada en el espacio.

MEMORIA.-Sus recuerdos sobre hechos antiguos los conserva íntegros; respecto a los hechos recientes nótase cierta debilidad.

Sus ideas son coherentes. Su atención normal.

EXPLORACION FISICA.-Haciendo la exploración física de esta enferma no presenta nada anormal.

ANALISIS DE LABORATORIO.-Reacción de Wassermann negativa en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo. Esta enferma como las anteriores presenta todos los caracteres de haber pasado de una simple Psicastenia al franco DELIRIO PSICASTENICO.

