

UNIVERSIDAD LABASTIDA  
INCORPORADA A LA U. N. A. M.

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

COMPARACION PSICODIAGNOSTICA EN PACIENTES  
NEUROLOGICOS DE LEVO Y DE DEXTRO HEMIESFERIO

TESIS PROFESIONAL  
ARMIDA FLORES CAVAZOS.

MONTERREY, N. L.

1965

1965

TESIS PROFESSIONAL

ABM

F1  
RC346  
F4  
C.1

309



1080077179



**BIBLIOTECA**

**LIBRO DONADO**  
POR: V. ~~XXXXXXXXXX~~  
FECHA 12-dic-81

**UNIVERSIDAD LABASTIDA  
INCORPORADA A LA U. N. A. M.**

**FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS  
ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**COMPARACION PSICODIAGNOSTICA EN PACIENTES  
NEUROLOGICOS DE LEVO Y DE DEXTRO HEMISFERIO**

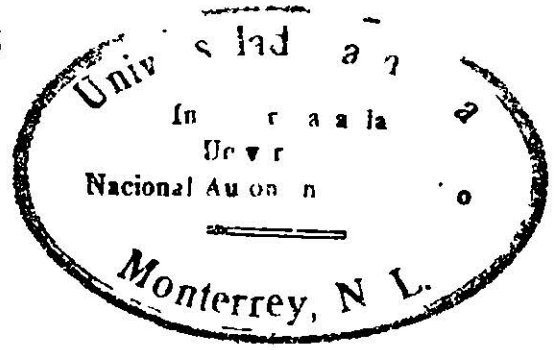


**TESIS**

**BIBLIOTECA**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
PSICOLOGO  
PRESENTA LA ALUMNA  
ARMIDA FLORES CAVAZOS.  
MONTERREY, N. L.**

h. 1965



**000309**

T  
R 346  
+ 4/6



*Mis obras son para el Rey, mi Dios Salmo 44.2.*

*A mis padres*

*Sr. Don Pablo Flores Escamilla  
y Sra Doña Isabel Cavazos de  
Flores. como una ofrenda a sus  
anhelos.*

*A mis hermanos*

*Pablo, Edmundo y Jaime Gerardo  
con mi sincero afecto.*

*A la memoria*

*del M. I. Sr. Cngo. Dean Dr. Don Pablo Cervantes y  
de la R. M. Doña Josefina Villafuerte, H. M. I. G.  
como un recuerdo a sus enseñanzas*

*A mis maestros*

*quienes me han señalado  
un camino de generosidad.*



# I N D I C E

## COMPARACION PSICODIAGNOSTICA EN PACIENTES NEUROLOGICOS DE LEVO Y DE DEXTRO HEMISFERIO.

	Pag.
P R O L O G O	
I N T R O D U C C I O N.....	1
CAPITULO I. MEMENTO NEUROLOGICO.	
a) Antecedentes Históricos.....	3
b) Datos acerca del Neurosistema. La corteza cerebral. Arterioesclerosis. Demencia Senil. Tendencias Localizacionista y Totalista. Función Vicariante.	14
c) Trastornos de la Circulación del Sistema Nervioso.....	23
Areas de Irrigación y Lesiones. Hemorragia. Reblandecimientos. Trombosis. Embolias. Aneurismas.	
d) Exámenes Psicológicos en Encefalopatías.....	32
CAPITULO II. PSICORREACTIVIDAD DEL HEMIPLEJICO.	
a) La Personalidad Orgánica.....	36
b) Base Neurológica de la Emotividad. Trastornos del Carácter.....	39
c) Trastornos del Lenguaje y de la Memoria.....	45
CAPITULO III. EL PSICOMETODO DE INVESTIGACION.	
a) Integración del Psicometodo.....	55
b) Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS)....	57
c) Test de Matrices Progresivas de J. C. Raven.....	62
d) Test de Expresión Desiderativa de Pigem Córdoba.....	64
e) Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender.....	65
f) Test de Apercepción Temática (TAT).....	66
g) Psicodiagnóstico de Rorschach.....	67
CAPITULO IV. EXPLORACION PSICOLOGICA DE LOS CASOS.	
a) Campos de Disfunción Especial y la Aplicación de las Técnicas Psicológicas.....	69
b) C a s u í s t i c a.....	71
CAPITULO V. COMPARACION PSICODIAGNOSTICA.	
a) Diversidad de Contenidos Psicológicos.....	100
b) Aspectos Gestálticos, Intelectivos y Mnémicos.....	102
c) Hallazgos Psicopatológicos.....	107
d) Nuevos Conceptos de los Pacientes y su Rehabilitación..	109
C O N C L U S I O N E S.....	112
B I B L I O G R A F I A.....	115

## P R O L O G O

Los pacientes que han sido objeto de la presente investigación, reciben atención médica en el Departamento de Neurología del Hospital Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esta investigación se ha realizado en el Departamento de Estudios Psicológicos y Psicométricos que tuve la satisfacción de iniciar y organizar, en compañía de mi condiscípula Oralia Guerra González.

Me es satisfactorio agradecer a las Autoridades del Hospital, a los Sres. médicos del Depto. de Neurología, en particular al Dr. Felipe Rendón Abrego, quien sugirió el tema para iniciarme en esta investigación.

Mi respetuoso afecto a los enfermos neurológicos que hicieron posible este estudio, con el deseo de que se obtenga alguna utilidad con proyección clínica y social.

He de agradecer a la Dra. Ofelia Jarquín de F. de la Reguera, la atención que tuvo al proporcionarme su traducción del Manual de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos, debidamente autorizada por "The Psychological Corporation" para utilizarla con fines de investigación y para la estandarización de esta Escala, para la población de la República Mexicana.

Mi más sincero agradecimiento a mi Universidad Labastida y a la "Casa Madre", la Universidad Nacional Autónoma de México. A todas las personas que a través de todos estos años han contribuido a mi formación personal espiritual y académica. A todos mis maestros, en especial al Dr. Federico Uribe Martínez, quien tan generosamente se ha encargado de la asesoría de este trabajo, ofrezco mi agradecimiento, consideración y respeto.

A. F. C.

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

Una vista panorámica de la neurología actual, nos enseña cada día más lo complejo del funcionamiento de esa multitud de selectores de la corteza cerebral, que es donde se admite, se llegan a integrar los diferentes contenidos anímicos del hombre. La topografía de la corteza cerebral, un tanto estática, si es cierto que conserva alguna utilidad, ha venido a ser modernizada por algunas teorías, entre las que se cuenta la "función vicariante", que sabemos es factible en algunos casos. Es la esperanza que tenemos, de rehabilitar a los enfermos con lesiones en los distintos niveles del sistema nervioso, para que esas lesiones, esas parálisis, no vengan a ser el factor que los conduzca a un derrumbe de la personalidad; sino que, así como el enfermo asiste a los ejercicios de rehabilitación física, pueda complementarse con la rehabilitación psicológica, por medio de la psicoterapia y ergoterapia.

La persona humana como unidad biopsicosocial, ha de verse siempre así: completa y además como el existente más valioso por sus posibilidades axiológicas trascendentes.

Yo no soy médica, sino psicóloga y, es allá a donde se orienta mi investigación, en un intento de señalar un área de actividades limítrofe entre aquéllas propias del neurólogo y del psiquiatra, que es el área que corresponde al psicólogo clínico.

El angiograma, el neumoencefalograma, reportan datos anatómicos, pero no fisiológicos, éstos los tiene que inferir la clínica. Además, los análisis deben proporcionar valiosa ayuda para llegar a conclusiones diagnósticas; de igual forma, los estudios psicológicos, vienen a complementar la imagen que se tiene de un paciente, como se hace evidente mediante la presente investigación.

Mi tesis girará alrededor de esos enfermos neurológicos con diagnóstico de Trombosis Cerebral, seis casos de leve he-

misferio y seis más de dextro hemisferio. El estudio tiende a ser comparativo en los aspectos de la inteligencia y, sobre todo, a proporcionar datos que no reporta ninguno de los estudios antes mencionados y, que se refieren al rendimiento intelectual, demenciación, distimias, distorsiones de la realidad, dinámica y anormalidades del aparato psíquico etc., por lo tanto, las conclusiones a que se pueda llegar, podrán ser sólidas en psicología clínica y sólidas en el campo neurológico y psiquiátrico. —

Ya que el Instituto Mexicano del Seguro Social, a quien presto mis servicios desde hace trece años —mientras estudié mi carrera profesional— tiene ante sí el complejo problema de la salud de los derechohabientes de la República Mexicana y, puesto que cada día toma aspectos de proyección más amplia la Seguridad Social, es conveniente incrementar los aspectos psicológicos, en donde se presentan muy grandes y diversas posibilidades para realizar, en favor de los derechohabientes y de la misma Institución.

CAPITULO I  
NEMENTO NEUROLOGICO

a) Antecedentes históricos.<sup>†</sup>

La labor del historiador médico es mas ardua que la del historiador, puesto que "...La Historia se ocupa de acontecimientos ocurridos en una época y en un lugar, relacionándoles con personas; la Ciencia estima invenciones y descubrimientos, esto es, la cristalización del pensamiento humano y presta poca atención a las personas y apenas al tiempo y a los lugares ...". La tarea del historiador en medicina se complica ya que ésta "...participa de la Ciencia y del Arte o ciencia aplicada. La Historia de la Medicina es tan vieja como el pensamiento humano y está llena de extravagancias. El médico antiguo tomaba su arte más seriamente y practicaba sus errores con mayor solemnidad que el moderno...Nuestro entusiasmo nos inclina a veces a ver en los escritos un sentido que no quisieron darle sus autores y a conceder a los antiguos escritores una profundidad científica de la cual carecían. Una promoción, un presentimiento de la verdad no son un hecho científico comprobado...Así, en el papiro de Edwin Smith, de unos 2500 años antes de J. C., está consignada la observación de un médico egipcio, en la que -- se dice que un enfermo no podía mirarse el pecho; se ve claramente aquí la descripción de la rigidez de nuca, y es, probablemente, la primera referencia que se haya hecho de un signo de meningitis; pero decir que el antiguo mago conocía clínicamente la meningitis; o que sospechaba la anatomía patológica de la enfermedad, sería sacar de quicio las cosas...Ciertamente que los egipcios llevaron la especialización al extremo de que había médicos para cada "enfermedad" y para cada parte del cuerpo, pero lo que en realidad practicaban era la magia, no la Medicina; ni había médicos ni especialistas. Tampoco en Grecia los había, -

<sup>†</sup> Datos tomados de Wechsler I., o.c., 33, pp., 599-627.

en el moderno sentido de la palabra, ni los hubo durante el milenio transcurrido después del ocaso de las civilizaciones griega y romana. Hasta la instauración de las primeras universidades italianas ni siquiera tuvo lugar la división del arte de curar en Medicina y Cirugía. En épocas primitivas y, sobre todo, en días posteriores, existieron médicos que dedicaban atención especial al sistema nervioso, pero sabían poco de sus funciones y casi nada de su semiología; si bien puede decirse que la Neurología es tan añeja como la Medicina, su advenimiento como especialidad es contemporáneo, pues han pasado menos de dos generaciones desde que Westphal fué el primer profesor de Neurología. A la mayoría de los excelentes neurólogos de la segunda mitad del siglo XVIII fueron también maestros y prácticos de Medicina general, y el grán Gowers inventó un hemoglobínómetro. La verdad es que la Medicina científica data de pocos siglos, y lo que describían los antiguos eran síntomas, no entidades patelógicas".

"Es pertinente recalcar cuán viejas son las raíces de la Neurología como disciplina parcial de la Medicina y la Cirugía, y su juventud como especialidad brotada de la Medicina y Psi--quiatria. Como rama clínica no vá más allá de los tiempos de — Duchenne de Boulogne y de Romberg; en realidad nace con Charcot, Jackson, Erb y Westphal, Mitchell y Hammond...En el curso de dos generaciones se ha avanzado tanto en Neurología y en Histología del sistema nervioso, que sería interminable una lista en la que solo figurara el nombre de los descubridores — y la pléyade de los que laboraron sin alcanzar celebridad—. Más por magnas que hayan sido las aportaciones, no han hecho sino proyectar luz tedavía tenue sobre la actividad humana...La neurología digámoslo — confiadamente, está en los albores de grandes descubrimientos, — como a la verdad lo está la Medicina toda; su historia no ha hecho más que empexar".

"Tal vez sea la primera referencia neurológica el signe — de meningitis consignado en el papiro de Smith, donde se hace —

mención también de la hemorragia por los oídos en las fracturas del cráneo, y, según *Elsberg*, se alude a la afasia. En una estela egipcia del período jeroglífico de la dinastía decimoctava (1580-1350 antes de J.C.) piedra tumbal que está en el ----- *Carlsberg Glyptotek*, en Copenague, se representa un miembro atrofiado, probablemente por parálisis infantil. *NébSext* habla de las afecciones de los nervios, de los dolores de cabeza, de hemicráneas (?), de parálisis y de temblores. Los hombres primitivos sabían ya que era peligroso un golpe en la cabeza, y los asirios no ignoraban las consecuencias fatales de un traumatismo en la nuca; ellos y otros semitas se habían apercibido de -- que la compresión del cuello "carótidas" anulaba la conciencia y la sensibilidad...En la época de Homero eran los dioses inferiores del mundo los inductores de la locura, y Hecato introducía un miasma en el alma para producir epilepsia".

"El estudio más científico y acaso experimental del sistema nervioso, y en particular del cerebro, data de Pitágoras (580, 489 antes de J.C.); este filósofo precisó el verdadero sitio -- del encéfalo...Los griegos de los períodos alejandrino y romano, hasta la época de Celso, Galeno y Areteo, confundían los tendones y los nervios; Nemesio fué el primero que distinguió unos -- de otros. Demócrito (nacido en 440) aplicó a las membranas del cerebro los términos de duramadre y piamadre, distinguió entre -- voz y lenguaje y supo que los que nacen sordos quedan mudos". --

"La Neurología, al igual de las demás ramas de la Medicina, empieza con Hipócrates (464-377 antes de J.C.) descendiente de la familia de los Asclepiades de Cos, quienes encomiaban el -- pronóstico en oposición a los de la escuela de Cnido, exaltaban -- el diagnóstico;...Hipócrates era excelso en ambos sentidos. Es digno de tenerse presente su dicho de que la epilepsia no es -- más sagrada que cualquier otra enfermedad, y también es admira -- ble su descripción del mal comicial...En su tratado sobre "Heri -- das de la cabeza" no solo describe Hipócrates detalladamente -- las fracturas del cráneo, sino que se pronuncia en contra de --

incindir el cerebro, a fin de no causar convulsiones en el otro lado del cuerpo, observando por primera vez lo que hoy llamamos inervación cruzada”.

”Hipócrates escribió que la apoplejía era un espasmo del cerebro con trastorno de la inteligencia, convulsiones de todo el cuerpo, ahogo y paro de la palabra. Definió el cerebro como una glándula, pero no ignoraba que se continuaba con la médula espinal. Supo, como otros médicos de Cos que los traumatismos en la parte baja de la espina dorsal causan parálisis de los miembros inferiores, y los de la parte alta paralizan las cuatro extremidades...”

”En lo que a Anatomía concierne, el método científico se inauguró en la escuela de Alejandría con Herófilo (nacido 344 años antes de J.C.)... Herófilo fué anatómico y fisiólogo experimental... Reconoció que el cerebro es órgano central del sistema nervioso, describió los senos de la duramadre y su confluencia en la prensa que lleva su nombre; vió claramente que los nervios salen del cerebro y de la médula y van a parar a los músculos voluntarios; llamó *salamus scriptorius* a una depresión de la cara posterior del bulbo, describió los plexos coroides como meninges coroides, estudió los ventrículos, principalmente el cuarto, al que llamó ventrículo del cerebelo, distinguiendo este órgano del cerebro, y dicese que supo diferenciar los nervios motores de los sensitivos. La noción de esta diversidad se atribuye mas justificadamente a Erasístrato (310-250 antes de J.C.)... fué el primero en decir que el cuarto ventrículo era la parte más importante del encéfalo y que un traumatismo en este sitio causaba la muerte inmediata... enseñaba que la inteligencia superior del hombre depende de una función especial del cerebro y de la mayor complejidad de sus circunvoluciones, que estudió y puso de manifiesto”.

”Celso vivió en el reinado de Tiberio, y como la mayoría de los escritores de la antigüedad, se ocupó de la epilepsia, la parálisis y la apoplejía y del tratamiento de las afecciones



de la cabeza. Bajo el término "apoplejía" comprendió el ataque fulminante lo que más tarde se denominó hemorragia cerebral...- Rufo de Efeso (reinado de Trajano, años 98-117) dijo al describir el cerebro, que el hombre tiene mayor volumen, que es varicoso y gris y el parencéfalo o cerebeo constituye su expansión posterior..."

"Galeno...oriundo de Pérgamo, (131-200) tuvo entre otras cualidades, la de ser un grán neurólogo y neurofisiólogo experimental...Provocó hemiplejía por sección de la médula -como - después se hizo en la hemisección de Brown-Sequard- y afonía -- cortando el recurrente...Designó los ventrículos laterales, el tercero y el cuarto, la epífisis (conarium), la hipófisis y el infundíbulo, el cuerpo calloso, el fórnix o bóveda de tres pilares, los tubérculos cuadrigéminos (nates y testes), el vermis, los ganglios simpáticos y los siete pares craneales siguientes: - 1) óptico, 2) motor ocular común, 3) trifacial (motor y sensitivo), 4) palatino, 5) facial y acústico, 6) glossofaríngeo, vago y espinal o accesorio, 7) hipogloso...observó que la división de un nervio trae consigo la insensibilidad y la parálisis, y que existen parálisis aisladas, deduciendo que ciertas partes del cuerpo tenían representación local en diversos territorios cerebrales..."

"Los escritores de esta época y los de tiempos precedentes, así como los médicos de los siglos posteriores, insistían en la importancia capital de los ventrículos y de las funciones en ellos localizadas: así, en el anterior residía la imaginación, - en el medio la razón y en el posterior la memoria. Teófilo Protospatario, médico del emperador Heraclio (603-641)...localizó - en el cerebro en las meninges y en los nervios perturbaciones - como la manía y la melancolía, la epilepsia, la frenitis, la - - amnesia y la apoplejía...Pablo de Egina (625-690)...escribió de manera inteligente sobre enagenación mental".

"La Edad Media hizo con la Neurología lo que con las demás ramas de la Medicina y con las ciencias en general: sumirlas en -

el letargo. En el curso de los siglos que siguieron a la muerte de Galeno solo hubo algún destello aislado de originalidad, y no lució una nueva aurora hasta el Renacimiento. La Medicina árabe agregó poco a su ciencia y nada a la Neurología. Los Médicos persas y árabes siguieron servilmente la Medicina griega, maleando las versiones y la práctica... Los árabes introdujeron el haxix como sedante y fundaron hospitales para enajenados (año 700 después de J.C.). Con el advenimiento de las universidades italianas se avanzó muy poco; se inauguraron en Salerno, y fueron necesarios dos siglos para que se adelantara merced al estudio de traducciones... Dícese que el primer disector fué Bartolomé Voriñano, quien ejerció en Bolonia (1290-1301). Guillermo de Conches (1087-1150?) escribió sobre localizaciones cerebrales, copiando a Galeno... Desde el año 200 al 1500 no hubo, según Soury, ningún fisiólogo que enriqueciera los conocimientos acerca de funciones cerebrales..."

"Resulta un tanto erróneo hablar de Medicina científica, tal como la entendemos hoy, anterior a la época de Harvey, y de Neurología científica que anteciediera a los días en que vieron la luz los trabajos de Bell y de Magendie... No es menos cierto que, aun cuando la Medicina científica no advino hasta mucho después que los anatómicos rompieron las cadenas galénicas, a ellos corresponde la gloria del progreso de la Medicina en general y de la Neurología en particular."

"Antes que Silvio (1478-1555), Leonardo de Vinci (1452-1519) estudió el cerebro en cortes transversales, sacó moldes en cera de los ventrículos e investigó la acción de grupos musculares antagonistas. Luego vino Vesalio (1514-64)... Eustaquio (1522-74)... Falopio (1523-62)... Varolio (1530-89) hizo, entre otras descripciones anatómicas, la de la protuberancia y los pedúnculos cerebrales; insistió en que no eran los ventrículos, sino el cerebro, el órgano del pensamiento, y en que el cerebro intervenía en la percepción y el cerebelo en la motilidad; su trabajo sobre los nervios ópticos se publicó en Padua, el año 1572. Todos imprimieron huellas de su labor en la arquitectura"

del cerebro y del cráneo; no es exagerado decir que sin ellos — no hubiera habido ni Anatomía del sistema nervioso ni Neurología...”

”Entre los que en el siglo XVII colaboraron en la Anatomía del sistema nervioso figura en primer lugar Tomás Willis (1621--75), quien publicó en 1664 su *Cerebri Anatome*...es la Anatomía más completa del sistema nervioso que se compuso en su tiempo... contribuyó al concepto de localización cerebral...Conrado Víctor Schneider (1614-80)...sostuvo que las imágenes y la memoria residían en la corteza cerebral, que el cerebelo era un centro reflejo de acción involuntaria (vegetativa)...Vieussens (1641-1716) célebre por su descripción del centro oval, hizo mención de la corona radiante e indicó que la sustancia blanca deriva de la corteza. Marcelo Malpigio (1628-94) fué ante todo histólogo y embriólogo; son famosos sus trabajos micrográficos, entre los que destaca una descripción de la corteza cerebral, demostrando que en ella terminan o tienen origen los nervios; descubrió los corpúsculos que llevan su nombre...Vick d' Azyr vino mucho más tarde (1748-94); se dedicó con fruto a la anatomía comparada”.

”No es posible omitir el nombre de Tomás Sydenham (1624--89) en una Historia de la Medicina y en particular de la Neurología, cuyo acerbo enriqueció con las descripciones clínicas de la corea esencial y del histerismo, hechas, respectivamente, en sus escritos *Schedula Monitoria* (1686) y *Dissertatio Epistolaris* (1682)...Juan Jacobo Wepfer, médico suizo (1620-95), es conocido por la descripción fiel que hizo de la apoplejía y de la hemiplejía en su *Historiae Apoplecticorum*, publicada en 1665, narra la historia clínica de cuatro casos, el primero de los cuales, calificado acertadamente de ictus, no tuvo hemiplejía, descubriéndose en la autopsia una hemorragia subdural e intraventricular...Juan Morgagni (1682-1771) el que acertó a explicar con precisión las lesiones cerebrales y comprobó el dictamen de Val-salva de que, en la apoplejía, la lesión estaba en el hemisferio opuesto al lado paralítico...”

”Es probable que fuera Roberto Whytt el neurólogo más ---

capacitado del siglo XVIII. La historia cuenta que Linneo describió la afasia en 1745..."

"En materia de pronóstico, Hipócrates dejó como aforismo que es muy malo si está herido el cerebro..."

"Hablando de la historia de la fisiología del cerebro y de la médula, dice Neuburger que ha de admitirse con cautela lo concerniente al período medieval y al de principio de la Edad moderna. Hace resaltar la lucha tenaz y prologada entre los conceptos metafísicos y los emanados de la Fisiología experimental, forcejeo que continuó aun después que Bacon escribió sobre el método y Harvey descubrió la circulación. El fructífero período experimental empieza con las investigaciones de Tomás Willis...trató de fundar sus teorías en la experimentación y, lo que es más importante, dió gran impulso a la idea de localización..."

"...Cuando se perfeccionaron los métodos, Raymond Vieussens demostró en 1652; que sobrevivía un perro al que se le hubiese extraído el cerebro, y Claudio Perrault probó que seguían viviendo los perros después de haberles sacado el cerebro, pero que sucumbían aquéllos a los que se hería en el bulbo...A. C. Lorry (1725-83)...fué quien primero observó la incoordinación resultante del destrozo del cerebelo en palomas..."

"Aunque Hipócrates supo que los traumatismos craneales causaban parálisis heterolateral y William Salicet enseñaba lo mismo en el siglo XIII, durante varios siglos no se tuvo conocimiento exacto de la inervación cruzada. En 1709 escribió Domenico Nisticelli sobre la contralateralidad de las parálisis en su Trattato dell' Apoplezia y Pourfour de Petit, en una carta fechada en 1710, habló de entrecruzamiento de los haces piramidales... Peter Paul Molinelli (1702-64) comprobó asimismo la inervación cruzada...En un ensayo publicado en latín entre los años 1746 y 1750, traducido por Broca, José Bard, de Viena, consigna que la decusación es completa en el cerebro, y que una lesión en el lóbulo parietal da lugar a la pérdida de la sensibilidad, a parálisis y a convulsiones en el lado contrario del cuerpo. - - - -"

Saucerotte (1741-84) escribió "que los nervios destinados a los movimientos de las extremidades tienen su origen en los hemisferios del cerebro, de manera que los de las partes derechas nacían en el hemisferio izquierdo y reciprocamente"...El mismo autor fué el primero en observar parálisis facial en la hemiplejía. Chopart (1743-95) confirmó los trabajos sobre la localización de Saucerotte, du Petit y otros; Neuburger confiere la gloria del estudio de las funciones del cerebro y de la localización a los cirujanos franceses Maréchal, La Peyronie, Louis y Quesnay, además de los ya citados. La Peyronie habló de la pérdida de la sensibilidad y de la razón en un caso de abceso del cuerpo calloso. El concepto más claro fué emitido por Sabourant: "cada parte del cuerpo recibe indudablemente sus nervios, con bastante constancia, de un paraje determinado del cerebro..."

"Mehée de la Touche habló del nistagmo consecutivo a operaciones en el cerebelo, realizó su significación diagnóstica, indicó el hecho de la inclinación de la cabeza hacia el lado de la lesión cerebelosa y en 1772-73 describió detalladamente la acromegalia."

"Desde la época de Celso, Galeno y Oribasio, era conocido el hecho de que las lesiones traumáticas del bulbo y de la parte alta de la médula cervical causaban la muerte casi instantánea; pero no fué sino a partir del final del siglo XVIII cuando empezó a tenerse conocimiento de la especialización funcional del bulbo y de la existencia en él de centros respiratorios, siendo Legallois (1770-1814) quien -después de la aparición del trabajo de Lorry- demostró en 1812, que la función respiratoria no estaba subordinada a todo el encéfalo, sino que había dos centros situados cada uno lateralmente en el bulbo, junto a los neumogástricos: provocó experimentalmente neumonía seccionando estos dos nervios. Sir Charles Bell (1774-1842), a su vez, localizó el centro respiratorio en la región lateral del bulbo y probó que una lesión en este sitio suspende la respiración..."

"...Bichat (1771-1812) demostró que la región de donde emergen las raíces que luego forman los frénicos en la "línea de la -

muerte" en lesiones de la médula cervical superior..."

"Si bien es meritoria la labor experimental que realizaron Paurfour du Petit, Molinelli, Sabourant, Saucerotte, Chopart y algunos más, la fisiología moderna del eje encéfalomedular empieza en los trabajos de Bell, Magendie, Flourens y Marshall Hall. Sir Charles Bell (1774-1842) demostró, en 1811, que la sección de las raíces posteriores no causaba "convulsiones" y que la de las anteriores afectaba los músculos, probando con ello que éstas últimas poseen función motora... La prueba definitiva de la función sensitiva de las raíces posteriores y de la motora de las anteriores, fué dada en 1822 por Francisco Magendie (1783-1855). Magendie realizó también experimentos en el cerebelo, pero lo que hizo época fueron las investigaciones de Flourens (1794-1867) sobre la función cerebelosa. En 1822 llevó a cabo sus famosas experiencias en pichones, demostrando que el cerebro intervenía en la volición y en la actividad refleja, y el cerebelo en la coordinación..."

"Corresponde a Marshall Hall (1790-1857) el desarrollo de la teoría de la acción refleja... El estudio más reciente y avanzado de la actividad refleja es el de Sir Charles S. Sherrington

"La idea de las localizaciones cerebrales se eleva a la antigüedad remota; llegó a abrirse paso a pesar de las resistencias con que tropezó aun a principios del siglo último; Willis le dió grán impulso, y lo mismo hicieron los cirujanos franceses del siglo XVIII... Franz Joseph Gall localizó en el cerebro la inteligencia y las emociones... No hace desmerecer a Rolando, el que entendiera mal las funciones del cerebro y del cerebelo; lo importante es que reconoció que la acción de aquél era cruzada y la de éste directa."

"...Lallemand indicó que la motilidad y la percepción de sensaciones radican en la corteza... La descripción de Reil de la ínsula que lleva su nombre (1809) estaba destinada a tener grán significación, así como su labor con Baillanger, quien estudió el trayecto de las fibras por la corteza y describió seis capas corticales. A su vez, Burdach reforzó la idea de localización

con sus estudios anatómicos, clínicos y anatomopatológicos; él --  
 fué quien "localizó" la visión en la parte posterior del cere--  
 bro y la olfacción en la anterior, e hizo notar que el desarro--  
 llo de los cuerpos olivares es paralelo al de las circunvolu--  
 ciones. Bouillaud (1796-1881) fué el primero en señalar (1825)  
 un centro del lenguaje en la parte anterior del cerebro, y que --  
 las lesiones en él ocasionan la pérdida de la memoria de las pa --  
 labras y la del habla; añadió que había en el cerebro muchos cen --  
 tros motores, sensitivos y sensoriales...Pablo Broca (1824-80), --  
 fundador de la moderna cirugía del cerebro, dió un formidable --  
 impulso a la doctrina de las localizaciones con su descubrimien --  
 to del centro del lenguaje en el pié de la tercera circunvolución  
 frontal izquierda; ideó la voz afemia, para designar la afasia --  
 motora..."

"Después de Broca progresó rápidamente el asunto de las --  
 localizaciones cerebrales. En 1870 Gustavo Fritsch (1838-91) y --  
 Eduardo Hitzig (1838-1907) hicieron en perros experimentos de --  
 estímulo y resección de porciones corticales, demostrando cuan --  
 precisa era la localización funcional...Brodmann esclareció la --  
 citoarquitectura de la corteza. Es pertinente intercalar la ci --  
 ta de la flamante contribución de Von Economo...Son dignos de ---  
 mentarse aquí los trabajos de Electrofisiología de DuBois Reymond  
 (1818-1896) y los estudios de Cajal sobre anatomía comparada del --  
 entrecruzamiento de las vías en el sistema nervioso."

"Se aduce, y en grán parte es verdad, que la Historia de --  
 la Neurología clínica moderna comienza con Duchenne de Boulogne --  
 y Romberg, en realidad, es difícil trazar una línea escueta de --  
 demarcación..."

Son muchos los neurofisiólogos que han hecho aportaciones --  
 en esta rama de la ciencia, entre ellos se encuentran Sir James --  
 Parkinson, Duchenne, Brown-Séguard, Guillermo Erb, Carlos Westphal,  
 Teodoro Meynert, J. Hughlings Jackson, Claudio Bernard y muchos --  
 más.

Fueron de grán importancia los estudios de Carlos Wernicke --  
 (1848-1905) acerca de la afasia sensorial conocida por su nombre,

y sus descripciones de la ataxia y la agrafia. También Henry -- Head investigó acerca de afasia, de igual modo, Ogle sobre la -- agrafia (1867) Finkelnburg, en 1870, sobre la asimbolia y ---- Liepmann, acerca de agnosia y apraxia (1900).

"...La Historia no ha terminado; en verdad no ha hecho más que empezar; dista aún mucho de ser cabal el conocimiento de la anatomía y fisiología del sistema nervioso. La Neurofisiología es algo así como un niño que empezara a dar sus primeros pasos, y la física y la química biológicas del sistema nervioso están -- todavía en período embrionario. Se equivocan quienes creen que se puede llegar a la comprensión de los procesos mentales sin -- poseer el conocimiento fundamental de la estructura y las funciones del cerebro..."

El autor, "...solo aspira a rendir un tributo de admiración a los hombres que con sus esfuerzos y realizaciones han construído el edificio de la Neurología en el cual ahora nos movemos". --

b) Datos acerca del neurosistema. La corteza cerebral. Arterioesclerosis. Demencia Senil. Tendencias Localizacionista y -- Totalista. Función vicariante.

"Alguna vez descrito como un modesto taxón de jalea rosa -- da, el cerebro humano es quizá la estructura más compleja del -- universo. Constituido por 12 mil millones de neuronas entrela -- zadas con neuroglia, contenidas en un volumen de 1.500 cm. cúbicos, opera electricamente con una corriente de menos de 25 vatios y recibe alrededor de 100 millones de receptores sensoriales. -- Su peso varía notablemente, con un promedio de 1.360g. en el hombre y 1.230 g., en la mujer". (36)

"A pesar de constituir solo el 2 por ciento de la masa corporal, el cerebro requiere más del 25 por ciento de la sangre total...La sangre circula en su interior con grán rapidez: recientes estudios angiográficos de alta velocidad han demostrado que el circuito completo se cumple en siete segundos en los adultos -- y en 5 o 6 en los niños." (36)

Sir Charles Sherrington ha definido el cerebro como "...



un telar encantado donde millones de centellantes lanzaderas urden un fugaz diseño siempre significativo, aunque jamás duradero". (36)

"La diferencia principal entre el cerebro humano y el cerebro animal consiste en el gran desarrollo de la corteza cerebral en el hombre. La corteza es, en primera instancia, una estación terminal en la cual se reciben impulsos nerviosos derivados de los ojos, oídos y otros órganos sensoriales. Las regiones correspondientes de la corteza están ligadas por vías de asociación, por medio de las cuales las sensaciones que forman el material de la percepción evocan recuerdos y se enriquecen con ideas que pueden ser comunicadas a otros por medio del lenguaje, la escritura y el gesto. Por lo tanto la función de la corteza cerebral, como lo señaló Head en relación con las sensaciones, — es en primer lugar discriminativa y el sólido desarrollo de la corteza en el hombre, comparado con el de los animales inferiores, se parangona con el mayor acrecentamiento de la extensión — de sus facultades discriminativas, lo que ha ocurrido a pesar — de haber poco adelanto, y en algunos casos una verdadera regresión de su agudeza sensorial." (8)

"En cambio, hay muy poca diferencia entre el hombre y los animales inferiores con respecto al desarrollo de los centros subcorticales, y en particular del tálamo y el hipotálamo. Estas regiones del cerebro, basales tanto en situación como en función, están íntimamente ligadas con el elemento afectivo del sentimiento, con la vida instintiva y emocional, con la regulación del sistema nervioso autónomo y, hasta cierto punto, con la función metabólica y endocrina. El cerebro, sin embargo, trabaja como un todo y hay un intercambio constante entre las funciones corticales y subcorticales. La percepción evoca emoción y, reciprocamente, la emoción provee el interés que activa la percepción." (8)

"Hay otro aspecto, sin embargo, de la relación entre la corteza cerebral y la función subcortical. La discriminación (función de la corteza) implica inhibición, porque si un organismo debe reaccionar apropiadamente a un estímulo, las formas — —

inapropiadas de reacción deben ser simultáneamente inhibidas. --  
 Esto que es cierto aun a nivel de un simple arco reflejo, es --  
 todavía más esencial cuando la extensión de los estímulos poten --  
 ciales y de las reacciones potenciales ha sido grandemente am --  
 pliada por el desarrollo de la corteza cerebral. La corteza, --  
 por lo tanto, adquiere funciones inhibitorias como un comple --  
 mento de sus funciones discriminativas. Los trabajos de Bard --  
 y de Fulton e Ingraham han mostrado que la corteza ejerce una --  
 influencia inhibitoria similar sobre el hipotálamo y que los --  
 animales, en los cuales este control superior ha sido extirpa --  
 do, muestran reacciones motoras y autonómicas paroxísticas y ma --  
 sivas, tales como las que normalmente están ligadas a una emo --  
 ción como la ira..." (8)

"La arterioesclerosis cerebral difusa, aunque es enferme --  
 dad propia de edades avanzadas, no es patrimonio exclusivo de --  
 la senectud, pues los vasos cerebrales presentan frecuentemente  
 las lesiones características del proceso antes de trasponer el --  
 sujeto el quinto decenio de la vida...lo corriente es que la es --  
 clerosis vascular del encéfalo se manifieste por cefaleas, vér --  
 tigos, ruido de oídos, carácter irritable, incapacidad de con --  
 centrar el pensamiento, memoria deficiente, insomnio, pareste --  
 sias e hipertensión. Si los síntomas permanecen sin variaciones  
 ni agravación y, sobre todo, si hay remisiones, existe tendencia  
 a calificar el síndrome de psiconeurosis, pues a mayor abunda --  
 miento aparecen trastornos análogos en la menopausia de la mujer  
 y en el hombre de la misma edad..." (33)

A medida que se intensifica el proceso vascular los sínto --  
 mas mencionados se acentúan. "...Se pierde la memoria, princi --  
 palmente de los sucesos recientes; el enfermo sufre desorienta --  
 ciones y a veces ilusiones y alucinaciones, siendo muy frecuen --  
 te el delirio de celos. Las facultades mentales decaen más y --  
 más, se extingue al fin el recuerdo de los acontecimientos le --  
 janos, el cálculo es difícil o imposible; el paciente olvida el  
 nombre de las personas de su familia y no las reconoce, descui --  
 da el aseo personal, engulle desafortadamente, se ensucia, y al --

cabo, se vuelve pueril y cae en estado demencial. Pero antes -- de la total destrucción de la personalidad se pervierte la conducta moral, comete el paciente ridiculeces y actos antisociales y aun delictivos, practica ritos religiosos ofensivos o es presa de aberraciones sexuales..." (33)

"El cuadro clínico de la arterioesclerosis cerebral se parece mucho al de la demencia senil, pero difieren entre sí en -- que el último aparece en edad muy avanzada y tiene distintos --- atributos anatomopatológicos..." (33)

Demencia senil. "El síndrome de la demencia senil se caracteriza más por debilidad mental progresiva que por signos fecales, tan evidentes en la arterioesclerosis cerebral; suele ser difícil establecer entre ambos procesos un límite preciso, o la exacta correlación sintomática y anatómica. La memoria es la -- facultad que primero se trastorna, empezando por borrarse los -- hechos recientes..." (33)

La personalidad se altera en forma semejante como sucede -- en la arterioesclerosis; en la demencia senil son frecuentes las crisis de llanto y risa inmotivados. A medida que progresa el -- deterioro, la persona se va reduciendo a la vida instintiva. -- Hay mayor deterioro de la inteligencia y la personalidad en la demencia senil que en la arterioesclerótica. (33)

Tendencias Localizacionista y Totalista. "La primera tentativa de localización de las funciones en las diferentes partes del cerebro fué hecha por Gall (1758-1828)..." (8)

"...La corteza cerebral no posee estructura histológica -- uniforme en todo el hemisferio. Los trabajos de Campbell (1905) Brodmann (1909), Von Economo (1929) y otros han descubierto muchas diferentes áreas corticales con características propias. -- Estas áreas difieren entre sí por su grosor y por la composición de sus capas celulares, por el espesor de la totalidad de la corteza, por el número de fibras aferentes y eferentes y por el número, definición y posición de estrias blancas. La existencia -- y límites generales de algunas de dichas regiones están ahora -- bien establecidas y, como resultado de la investigación experi--

mental y patológica, se sabe que dichas diferencias estructurales dan origen a diferencias funcionales..." (23)

Autoridades en la materia, toman diferentes posiciones. -- "...Por un lado están quienes creen en una estricta localización de las funciones (Henschen; Kleist) por otro lado están los que creen muy poco en las localizaciones (Goldstein). En medio están algunos quienes ven los recuerdos como dependiendo de varias áreas, pero de ciertas áreas más que de otras (Jackson, Head)". (18)

Entre las áreas corticales se encuentran las siguientes: -- "área para el reconocimiento visual...18 de Brodmann...área para el recuerdo visual...19 de Brodmann...Áreas para la lectura...39 de Brodmann...la cual parece ser una "nueva" área en el hombre, -- la cual no existe en el mono..." (18)

"Área para el reconocimiento táctil...área 7...áreas para el reconocimiento del lenguaje...(41 y 42) llamadas áreas de -- Wernicke...área para el lenguaje escrito...llamado centro de --- Exner...se encuentra en la segunda circunvolución frontal... --- Área del lenguaje...Esta es la más conocida de las áreas comprometidas con la afasia, habiendo sido descrita por Broca en 1861 -- ...se le ha dado el número 44...un lado "domina" el otro lado -- en un grado considerable, así que una lesión en el hemisferio -- dominante puede causar una afasia motora casi completa, mientras una lesión en el hemisferio no dominante puede tener consecuencias no detectables". (18)

"Área para la formulación del lenguaje...Por esto entendemos un centro en el que se reúnen las actividades de los otros centros del lenguaje, en el giro angular de las áreas de ----- Wernicke y de Broca. Para formular palabras nosotros tenemos a veces que verlas, o imaginar que las oímos, o tratar de decirnos las a nosotros mismos. Todas estas actividades pueden ir cuando tratamos de encontrar nuestras palabras y formular oraciones, -- escritas o habladas. Nielsen cree que una área, la 37 en el lóbullo temporal, coordina estas actividades. El cree también, que el hemisferio dominante y, que sin esa área allí hay grandes anomalías en la formulación del lenguaje, pero que en el curso --

del tiempo el hemisferio no dominante puede tomar la función".(18)

También existen áreas para el reconocimiento de la música, -  
 área para tocar algún instrumento musical. Areas para la conducta  
 ordenada etc. (18)

"Conclusiones: Es difícil decir qué tanta verdad hay en esas  
 ideas de localización de funciones en las diferentes áreas de la -  
 corteza cerebral..." (18)

"Los mapas de las áreas corticales fundados en el ordena --  
 miento de las células, trazadas por diferentes autores, no con---  
 cuerdan entre sí. Aunque son apreciables fácilmente las dife---  
 rencias netas en las áreas mayores de proyección, se discute ----  
 acerca de los detalles finos (Lashley y Clark 1946). Las des----  
 cripciones varían desde las complicadas subdivisiones de Von ----  
 Economo hasta la radical opinión según la cual poco es lo que ca\_\_  
 be ganar del estudio de la citoarquitectura de la corteza. La --  
 verdad debe encontrarse entre estos dos extremos. Recientes --  
 análisis histológicos muy minuciosos, realizados en relación ----  
 con el trazado de los impulsos aferentes y eferentes de las áreas  
 específicas, por medio de aparatos electrónicos (neuronografía --  
 fisiológica), combinados con los resultados de los estímulos di--  
 rectos y el trazado de las fibras por métodos de degeneración, --  
 han ayudado -y continuarán haciéndolo- al conocimiento de la to \_  
 pografía funcional". (23)

"Aunque se distinguen más de cien áreas estructuralmente --  
 diferentes, algunas de ellas se parecen muchísimo a otras, y to \_  
 das pueden clasificarse en uno u otro de cinco tipos fundamenta \_  
 les..." (23)

"El ordenamiento de las células y conexiones de la corteza  
 cerebral, aunque aparentemente complicado, guarda cierta norma --  
 común a las demás regiones del sistema nervioso. Este hecho ha -  
 sido puesto de relieve por las primeras observaciones de Cajal -  
 y las más recientes de Lorente de Nó." (23)

"Circuitos reverberantes. Las ramificaciones de las fibras  
 que llegan a los estratos corticales provenientes de otros luga--  
 res proporcionan un mecanismo de difusión para los impulsos que -

llegan a cierto número de células cuyos cuerpos y dendritas se encuentran en la región. Es posible la ulterior extensión y persistencia de tales influjos, gracias a las células intrínsecas dotadas de axones cortos que se ramifican en varias capas. Desde una región así activada pueden nacer impulsos eferentes hacia áreas corticales o a lo largo de fibras corticofugas, los axones de las células piramidales. Sin embargo, no acaba aquí el asunto, pues cuando algún impulso surge de la corteza, por la vía del axón de una célula piramidal, puede también retornar a una parte cercana de la misma por las ramas colaterales del axón originario, y activar las células vecinas, que en forma análoga continúan la actividad. Las neuronas intrínsecas más pequeñas de la corteza están igualmente organizadas de manera que se formen circuitos reverberantes que mantengan la actividad cortical. Por intermedio de las neuronas de asociación cortas y largas y de las comisurales los impulsos que ingresan en la corteza pueden persistir durante tiempo considerable y excitar gran número de neuronas. Una breve experiencia sensitiva que emite impulsos a la corteza puede suscitar prolongada actividad en los circuitos, además de producir la respuesta externa. Quizá incluso la memoria podría explicarse gracias a esta conservación de impulsos en circuitos oscilantes o reverberantes." (23)

"Los trazados electroencefalográficos nos dan prueba de la actividad eléctrica de la corteza..." (23)

"Conforme la medicina ha ido considerando al hombre como individuo (no divisible) y como Persona (portador de un yo), la neuropatología ha ido pasando a ser más totalista y menos localizacionista y a considerar el cerebro como una unidad funcional indivisible y a la vez integrado dentro de una totalidad superior que es el Hombre. Téngase en cuenta que lo que se localiza en el cerebro no son funciones, sino lesiones, y que lo que se observa cuando deja de funcionar una zona cerebral es el rendimiento de todo lo que resta indemne del cerebro, reagrupado funcionalmente sin aquella zona. La tendencia totalista u holista -

viene representada por la mayoría de los autores modernos, desde Pierre Marie, Monakow y Head hasta Goldstein, Weizsäcker, Lashley, etc." (22)

Respecto de la psicología fisiológica es Karl S. Lashley quien aporta los modernos conceptos de la función vicariante.

"La tarea que Franz y Lashley se propusieron fué determinar qué regiones del cerebro y qué volúmen del cerebro funciona al realizar actos aprendidos específicos". (12)

"En los experimentos de Franz descritos hasta ahora, los hábitos y asociaciones perdidos a consecuencia de la lesión frontal fueron de adquisición muy reciente; los hábitos añejos y bien establecidos persistieron". De igual manera, a gatos operados de lóbulos frontales se les adiestró después de operados y "...se descubrió que podían aprender los hábitos tan bien como los gatos normales", (12)

"...Lashley (1944) ensayó con ratas la eficacia de las vías de asociación, mediante experimentos de retención de problemas laberínticos...encontró que las operaciones solo modificaban el aprendizaje de las ratas en la medida que lesionaban la corteza cerebral o interrumpían las vías talamo corticales. Lashley (1952) ha realizado también la necesidad de considerar la actividad neurológica concomitante de los acontecimientos psicológicos como dependiente de muchos elementos, y no en forma más simple que la actividad psicológica con la cual está relacionada..." (23)

"...Lashley ha podido demostrar que los procesos de aprendizaje no dependen de modificaciones estructurales localizadas a nivel de la corteza. Así pues la integración no puede expresarse en términos de conexiones neuronales específicas. Si se exceptúan las áreas de proyección sensorial, no hay otra especialización anatómica en las otras áreas sensoriales, no siendo así para otras funciones. Un área determinada puede funcionar a diferentes niveles de complejidad y las lesiones pueden perturbar los niveles más elevados sin perturbar los más simples. Esta limitación de complejidad no depende del ataque de cualquier --

función localizada, sino que es simplemente la traducción de un fenómeno de acción enmasa. La inteligencia, según este autor, no es sumación de funciones especializadas, sino una función dinámica no especializada del sistema nervioso en su conjunto y -- cuyo ataque y déficit correspondiente depende directamente de la cantidad de tejido destruido sin relación con el sitio afectado. Es bien sabido que el sistema nervioso presenta cierto grado de organización que lo hace capaz de autorregulación independiente de sus unidades neuronales base de su estructura; así en las lesiones cerebrales el comportamiento posterior a ellas traduce -- una compensación espontánea o reorganización adaptativa del sujeto." (9)

"Lashley trata de demostrar que dicha autorregulación no comprende ningún vitalismo místico, ya que la morfología de la corteza cerebral llega a una complejidad tal que cada una de las partes ejerce una influencia sobre las otras "con todos los grados de intensidad, dominancia y subordinación"...La organización del cerebro se convierte así en una estructura de relaciones, donde todas las reacciones pueden asociarse espontáneamente...Actualmente al comportamiento sólo puede ser explicado en términos psicológicos, la explicación neurológica no aclara más que puntos de vista generales, y gracias al método de Lashley se pueden estudiar experimentalmente todas las funciones psicológicas." (9)

Algunos de los éxitos logrados en el aprendizaje, con personas que presentaban afasia, son mencionados por H. Garret (12) y C. Morgan.(18)

"Estos experimentos son interesantes y sugestivos por cuanto indican que en un caso de emergencia una parte del cerebro puede realizar la función de otra parte vicariante, o por sustitución...Estos descubrimientos se oponen al viejo concepto de la existencia de "centros de aprendizaje" específicos en el cerebro, que controlan actividades definidas. Tales áreas si realmente existen deben ser considerablemente más difusas y estar menos rigidamente organizadas de lo que antes se creía." (12)



Penfield y Rasmussen señalan que es necesaria la integridad de todas las áreas del lenguaje para el proceso mental implicado en el hablar. (23)

Como factor muy importante para el aprendizaje, Clifford - Morgan indica la valiosa que es la actitud psicológica del paciente hacia el deseo de aprender, en cuyo proceso está íntimamente relacionada la motivación y los incentivos que se le proporcionen. (18)

c) Trastornos de la circulación del sistema nervioso. Áreas de irrigación y lesiones. Hemorragia. Reblandecimientos. Trombosis. Embolias. Aneurismas.

"La irrigación intracraneal proviene de las dos arterias carótidas internas y de las dos arterias vertebrales, unidas éstas hacia adelante para formar el tronco basilar. El polígono de Willis, situado en la base del cerebro, está formado por anastomosis entre la carótida interna, el tronco basilar y sus ramas... El tronco basilar se divide en las dos cerebrales posteriores que se unen a las dos carótidas internas por medio de las arterias comunicantes posteriores. De las carótidas internas nacen las dos arterias cerebrales anteriores que se unen entre sí mediante la arteria comunicante anterior, la cual, en esa forma, cierra el círculo." (8)

"Síndromes de las arterias cerebrales.- Dado que las arterias cerebrales son terminales, su obstrucción da lugar a un cuadro clínico que resulta de la pérdida de la función de las partes del cerebro irrigadas por el vaso. Esto, por supuesto, es diferente según el punto exacto en que se hace la obstrucción, ya que el bloqueo del vaso en su origen lleva a la pérdida de la función en una región mayor que cuando dicho obstáculo es más distal, o comprende solamente una rama aislada. Esas diferencias en el cuadro clínico pueden deberse también a las variaciones que existen en la distribución de las arterias." (8)

"Un repaso anatómico facilitará la exposición de los síndromes que se presentan tras la lesión de las distintas arterias del cerebro." (22)

"La cerebral anterior irriga la parte delantera del lóbulo frontal, el lóbulo orbitario, la cabeza del núcleo caudal y el cuerpo calloso". (22)

"La cerebral media o silviana (*A. fossae Sylvii*) tiene a su cargo un territorio más complejo; suministra ramas profundas a los núcleos grises centrales, y ramas superficiales a los lóbulos temporal y parietal; completa la vascularización del lóbulo frontal y se distribuye por el pliegue curvo." (22)

"La cerebral posterior completa la irrigación del lóbulo temporal, irriga gran parte del occipital y da ramas a la región subóptica, pedúnculos cerebrales, tubérculos cuadrígeminos, cuerpos geniculados, núcleo interno del tálamo, glándula pineal y plexos coroideos." (22)

"Además de estas tres arterias, existe otra más pequeña, la arteria coroidea anterior, que nace cerca de la terminación de la carótida interna...La zona de irrigación de la arteria coroidea anterior comprende la vía óptica, entre el quiasma y el cuerpo geniculado externo; los dos tercios posteriores del brazo y tercio posterior de la cápsula interna, parte del plexo coroideo del ventrículo lateral, la porción anterior e interna del tálamo, la parte interna del globo pálido, el cuerpo de Luys, la porción superoexterna del locus niger y el gyrus uncinatus de la corteza temporal". (22)

"El tronco cerebral está irrigado por ramas de la basilar y arterias vertebrales." (22)

"La oclusión de la carótida interna produce coma fulminante y muerte, a menos de establecerse inmediatamente una circulación colateral supletoria, pues el área comprometida es muy extensa; hay signos retinianos de oclusión arterial (atrofia óptica) y hemiplejía heterolateral. La trombosis de la silviana origina hemiplejía con anestesia, astereognosia y hemianopsia, y afasia, si la obstruida es la izquierda; hay ictus inicial, el sopor dura varios días y suele producirse convulsiones. Los signos de obstrucción de las colaterales de la cerebral media corresponden a la región particularmente afectada; así la oclu-

sión de las ramas anteriores causan monoplejía braquial con pa  
tálisis faciolingual unilateral y eventualmente, afasia; la de  
la rama media, hemi o monoplejía; la de las ramificaciones pos  
teriores origina signos sensoriales que reflejan la invasión del  
lóbulo parietal. La trombosis de la cerebral anterior ocasiona  
monoplejía del miembro inferior, con ligera parestia del superior  
y de la cara, a veces síntomas del lóbulo frontal, como trastornos  
mentales y psicomotores, aquinesia, reflejo de prehensión --  
forzada, apraxia izquierda por lesión del cuerpo calloso, etc. --  
La trombosis de la vena rolándica simula la de la cerebral anterior...El síntoma típico de trombosis de la arteria cerebral pos  
terior o de alguna de sus ramas profundas es la hemianopstia homónima..." (33)

"Aunque reblandecimiento y hemorragia son hechos diferentes  
por su anatomía, patogenia y semiología, a menudo ambos pro  
cesos se intrincan, debido a que algunos focos hemorrágicos sue  
len conducir al reblandecimiento, y éste a su vez facilita la  
producción de nuevas hemorragias, razón por la cual la distinción  
entre ambos no pocas veces se hace difícil y solo es posi  
ble teóricamente". (22)

"...Los reblandecimientos por afección de la cerebral media  
o silviana son los más frecuentes. El 70 por 100 corresponden  
a esta arteria; el 20 por 100, a la cerebral posterior, y --  
el 10 por 100 a la anterior (Foix)..." (22)

"...Son fundamentalmente dos los procesos que conducen al  
reblandecimiento del encéfalo: las embolias y las trombosis cere  
brales. Los angiospasmos prolongados pueden conducir, aunque  
más raramente, al reblandecimiento." (22)

La hemorragia y la embolia -este accidente más común en --  
los juvenes- son de aparición brusca, no así las trombosis y el  
reblandecimiento. (33)

"Trombosis cerebral. La causa más común de apoplejía, es  
producida por alteraciones de la velocidad y de la calidad de --  
la sangre que circula por los vasos cerebrales lesionados. En  
la arterioesclerosis y en ateroma del encéfalo se fraguan oclu--

siones trombóticas, con mayor frecuencia en las personas que -- han traspuesto la mitad de su vida y en los ancianos. La causa que más abunda es la endarteritis sífilítica con reducción progresiva de la luz vascular hasta llegar a la obliteración; como el proceso acontece generalmente en el período secundario de la infección, se observa más a menudo antes de los cuarenta años. -- Pero la trombosis cerebral es de aparición posible a cualquier edad en el curso de enfermedades infecciosas, siempre y cuando exista un vaso que constituya un locus minoris resistentiae; -- así ocurre en la fiebre tifoidea, tuberculosis, difteria, neumonía etc; se discute si la lentitud de la circulación puede -- por sí sola producir trombosis sin que exista lesión vascular, -- aunque se admite que el accidente ocurre cuando está debilitada la circulación general...El proceso que venimos estudiando se -- presenta, además, en el pauperio, la policitemia y leucemia, en el alcoholismo u otras intoxicaciones, en el paludismo, en el envenenamiento por óxido de carbono...en la narcosis y con motivo de traumatismos..." (33)

"...Las arterias que suelen romperse en la hemorragia cerebral son la lenticuloestriada y la lenticuloóptica...salen en ángulo recto de la cerebral media...El territorio cerebral anegado por el derrame sanguíneo es el que ocupa el tálamo óptico, el cuerpo estriado y las cápsulas interna y externa, si bien, -- no es extraordinario que la hemorragia ocurra en el centro oval, en la corteza o en la protuberancia, rara vez en el cerebelo y, excepcionalmente, en la región de los tubérculos cuadrigéminos -- y en el bulbo; no existe ninguna porción del cerebro que no pueda sufrir el trastorno. La mayor parte de las veces existe un solo foco hemorrágico. La embolia recae preferentemente en arterias terminales que no permiten que se restablezca la circulación colateral. El émbolo se atasca también en los ángulos -- de bifurcación de los gruesos troncos arteriales -- carótida, vertebral, basilar, silviana -- sirviendo de núcleo de sedimentos -- trombóticos...ninguna parte del cerebro está libre de trombosis y embolia; igual puede decirse de la encefalemalacia, afección --

en la que prevalece la multiplicidad de focos de localización -- cortical." (33)

"La obturación embólica es súbita y completa...La oclusión trombótica es más lenta, tarda algunos días en completarse. A veces una circulación vicariante nutre la zona isquémica, pero lo común es la formación del infarto dentro de los cuatro primeros días. Si la oclusión no es completa, no se produce verdadero reblandecimiento, sino solamente atrofia secundaria..." (33)-

"El tamaño del foco trombótico es tan variable, según el calibre de la arteria obstruida, que oscila entre el de una cabeza de alfiler y el de un hemisferio cerebral; los más grandes resultan de la silviana. A veces existen varios focos distribuidos simétricamente por ambos hemisferios. El reblandecimiento focal diseminado es característico de las formas arterioescleróticas y encefalemalácicas de la senectud. Frecuentemente se encuentran oquedades esparcidas por todo el cerebro..." (33)

"Curso clínico. Consta de dos fases: la de ictus apoplé-- tico y la paralítica. El ataque de apoplejía es súbito, el en--fermo cae al suelo como herido por el rayo o queda enseguida su--rido en el coma. Otras veces, la fase de parálisis no va precedida de coma apoplético, como sucede cuando las hemorragias son pequeñas o se vierten en la sustancia blanca. A menudo, el su--jeto poco antes del ataque sufre intensa cefalea, principalmen--te en la forma apoplética, con inundación ventricular. Si la --hemorragia es un incidente de la arterioesclerosis cerebral exis--te una etapa precursora de mareos, sensación de plenitud y opre--sión cefálicas, dolores de cabeza, escotomas y ansiedad, sínto--mas que despiertan la sospecha errónea de neurosis. Los sínto--mas premonitorios consisten en disestesias en una mitad del cuer--po, disartria, afasia fugaz y vómitos, o tienen el carácter de --manifestaciones peculiares de los estados hipertensivos y uré--micos y de la esclerosis renal, fase prodrómica que precede al --accidente hemorrágico en pocos o muchos días..." (33)

"Con pocas excepciones, el coma apoplético es el primer --signo de hemorragia cerebral; la volición de las funciones de --

relación es más o menos absoluta, según la extensión de la hemorragia. Generalmente el coma es fulminante o va acentuándose con tal rapidez que alcanza su máximo en breve tiempo. Hay formas ingravescientes, en las cuales la hemorragia empieza siendo ligera, cesa y reaparece; el estupor, leve al principio, va acentuándose poco a poco y al cabo de varios días llega al coma profundo..." (33)

"Según el sitio y la extensión de la hemorragia, el coma dura desde pocas horas a varios días...Suele perderse el sentido en hemorragias protuberanciales (que no matan fulminantemente) y en la apoplejía cerebelosa. En la embolia cerebral, cuyo comienzo es casi siempre apoplético, puede no haber coma, ser superficial o de corta duración; es profundo cuando la oclusión de un <sup>(31)</sup>grán vaso causa anemia o edema cerebrales de cierta intensidad."

"Si la hemorragia no es muy extensa o ingravesciente, el enfermo despierta de su letargo, reaparecen los reflejos, se acelera el pulso, los miembros sanos empiezan a moverse. En la hemorragia intraventricular se intensifica el coma...el paciente <sup>(32)</sup>muere en veinticuatro horas, rara vez al cabo de varios días..."

En los pacientes que se van recuperando "...a veces quedan secuelas psíquicas como irritabilidad y angustia, torpor mental, flaqueza de memoria. Otras veces si la lesión cerebral es grave, sigue al coma un estado de psicosis delirante que dura días y aún semanas, pero la verdadera demencia solo aparece en el reblandecimiento o en la sífilis del cerebro." (33)

"El período de parálisis está esencialmente caracterizado por hemiplejía, que vá haciéndose más manifiesta a medida que el enfermo recobra la conciencia. Quedan libres los músculos de innervación bilateral, como los de la faringe, laringe y tronco, aunque están entorpecidos en los primeros días; sin embargo existe cierta disfagia y disartria. Al principio es flácida la hemiplejía luego, a las seis semanas a veces, reaparecen rápidamente los reflejos profundos, pronto se avivan los del lado paralizado y, en ocasiones, se exaltan algo también los del opuesto. Es posible, aunque casi excepcional, la hemiplejía flácida --

permanente. La regla es que el tono aumente y recuperen poder motor, primero el miembro inferior y después el hombro; los ex ten so res del pie y los flexores del muslo y de la pierna recobran menos motilidad, y menos aún los extensores de los dedos de la mano. Es obvio que el restablecimiento de la potencia motora dependerá de la extensión y el lugar de la hemorragia: una cortical, por ejemplo, puede afectar más la extremidad inferior que la superior; lo corriente es que sea esta última la que más padezca. Pasado el ataque de apoplejía el enfermo empieza a andar en un lapso que oscila entre seis u ochosemanas y varios meses." (33)

"En la inmensa mayoría de los hemipléjicos la parálisis llega a hacerse espástica: el brazo se pone aducción, el antebrazo en flexión, la mano en pronación, flexión y con los dedos doblados, la pierna en extensión y el pié en posición varoquinica; la extremidad inferior ejecuta, al caminar un movimiento de circunducción o de guadaña. Desaparece gradualmente y casi por completo la parálisis de la cara y de la lengua; a veces la contrac tura desvía las facciones hacia el lado de la parálisis..." (33)

"El curso clínico de la trombosis cerebral difiere considerablemente al menos por su comienzo, del de la hemorragia o em bolia; el síndrome se clasifica en transitorio y permanente, local y general. Casi siempre es debida a arterioesclerosis cerebral difusa, dejando aparte las trombosis debidas a infecciones y otras causas." (33)

"Existen casi siempre síntomas prodrómicos, días, semanas, meses y aún años antes del episodio trombótico... los síntomas de arterioesclerosis cerebral preceden a la trombosis... El ataque apopléjico no es fulminante, la conciencia no se anula completamente, a veces nada, cuando hay coma tarda varios días en llegar al máximo y va precedido de parecias que surgen y se disipan, reaparecen, permanecen estacionarias y conducen poco a poco a la hemiplejía; la misma agravación progresiva ocurre si la afasia se acompaña de hemiplejía." (33)

"Complica el cuadro clínico la existencia de focos bilate-

rales de reblandecimiento o encefalomalacia generaliza, de suerte que no solo hay signos focales, sino, además, de carácter mental de mayor o menor cuantía. Aun el ictus trombótico en caso de arterioesclerosis cerebral difusa puede ir seguido de demencia posthemipléjica. A veces aparece un síndrome de parálisis agitante; otras, la marcha a pequeños pasos tan característica de la degeneración lagunar. En la senectud es frecuente la forma de rigidez muscular arterioesclerótica descrita por Foerster". (33)

El Dr. Pedro Pons dice: "...lo que más comunmente motiva encefalomalacias es la trombosis por arterioesclerosis cerebral senil, razón por la cual los reblandecimientos cerebrales son en gran manera procesos propios de la senilidad". (22)

"Pronóstico. El grado, extensión y sitio de la lesión, la edad y el estado general del enfermo influyen en el pronóstico. El pronóstico quo ad vitam de la trombosis (no siendo de la arteria basilar) es mejor que el de la hemorragia; depende en gran parte del estado del corazón y del progreso de los síntomas cerebrales...El pronóstico de la embolia suele ser más favorable. Una persona que salió de un primer ataque de hemorragia o trombosis puede ser víctima de un segundo mortal. Los jóvenes pueden sobrevivir veinte o más años a un ataque de apoplejía." (33)

"En cuanto a la curación de la hemiplejía, el pronóstico está subordinado también a la amplitud de la lesión. No cabe esperar el completo restablecimiento de la función cuando el coma fué profundo o muy prolongado, pues ello indica lesión extensa, por más que la duración del letargo pudiera ser debida a edema. ...Si la hemiplejía remite rapidísimamente, pudiera tratarse de parálisis general o de esclerosis en placas. Si se presenta hemianopsia y no cede a los pocos días, hay que temer que quede permanentemente; la duración de la afasia depende del alcance de la lesión; es más grave la afasia motora. Un hemipléjico tarda en poder andar de nuevo un lapso que fluctúa entre seis semanas y cuatro meses, quedando paresias residuales en la inmensa mayoría de los casos; la motilidad de la mano suele ser la última en ---



recuperarse." (33)

**Aneurisma intracraneano.** "Definición. Es una dilatación localizada de un vaso intracraneano que puede dar síntomas a través de la compresión de estructuras vecinas, especialmente nervios craneanos, o por su brusca rotura que conduce a la hemorragia subaracnoidea." (8)

"Aneurisma de origen congénito. Etiología y anatomía patológica. La causa más común de aneurisma intracraneano es una anomalía congénita... Los aneurismas "congénitos" se deben a una insuficiencia de la capa media en el punto de unión de dos de los componentes del polígono de Willis, o en la bifurcación de una de las arterias cerebrales... pueden ser únicos o múltiples... se los encuentra con mayor frecuencia en el trayecto intracraneano de la carótida interna, en la cerebral media y en la unión de la comunicante anterior con las cerebrales anteriores, pero pueden existir en cualquier arteria cerebral superficial... Se los puede hallar en cualquier edad, pero más de la mitad de los pacientes dan sus síntomas iniciales entre los 40 y los 55 años (Fearnside, 1916); son mucho más frecuentes en las mujeres que en los hombres. La mayoría de estos aneurismas se rompen tarde o temprano, y la sangre extravasada puede penetrar en el espacio subaracnoideo o en la sustancia cerebral, llegando aún hasta los ventrículos. Se ha observado la rotura del espacio subdural y quizá también por fuera de la dura. La hemorragia subaracnoidea representa el 7 por ciento del total de los casos de enfermedad vascular cerebral y se la encuentra casi con la misma frecuencia que a la hemorragia intracerebral." (8)

Los síntomas del aneurisma intracraneano congénito varían, antes de su rotura, después de ella y cuando el paciente se ha recuperado de los efectos inmediatos a la rotura. (8)

"Pronóstico. El pronóstico del aneurisma intracraneano congénito es siempre incierto. Tarde o temprano, el 80 por ciento de estos aneurismas se rompe. La primera rotura puede resultar fatal; sin embargo el enfermo puede sobrevivir a una serie de tales derrames y llegar a superar cinco crisis... El pronóstico

de un ataque de hemorragia subaracnoidea, en cuanto a la recuperación se refiere, debe basarse en la mayor o menor certeza que existe de que la hemorragia ha sido detenida..." (8)

"Aneurisma intracraneano embólico. Los aneurismas embólicos o "micóticos" son raros. Son debidos al impacto de un émbolo microbiano de poca virulencia en un vaso cerebral. El aneurisma es el resultado del reblandecimiento séptico de la pared vascular...El émbolo habitualmente se aloja en una de las ramas corticales de una de las cerebrales medias, siendo tomados ambos lados con igual frecuencia. Menos a menudo la lesión radica en el tronco principal de la arteria cerebral media o de la cerebral anterior...En la mayoría de los casos, el aneurisma se rompe posteriormente en la misma forma que el aneurisma congénito." (8)

"El impacto del émbolo es a menudo la causa de un ictus, y se sigue de hemiplejía o mono-plejía...La rotura de un aneurisma embólico conduce a la hemorragia subaracnoidea cuyos síntomas son los mismos que se observan después de la rotura de uno congénito..."(8)

"Aneurisma carotídeo cavernoso. El aneurisma arteriovenoso producido por la rotura de la arteria carótida dentro del seno cavernoso puede presentarse espontáneamente o después de un traumatismo cefálico con o sin fractura de cráneo..." (8)

#### d) Exámenes Psicológicos en Encefalopatías.

La persona humana consiste más que en una suma de órganos característicos o peculiaridades, en una estructura previa a esos datos parciales. El ejemplo más nuevo sobre esa necesidad de ver al ser humano íntegro lo constituye Teorías de la Personalidad. Se trata de una edición favorecida por la U.N.E.S.C.O., reúne las ponencias de un Symposium<sup>+</sup> en Canadá. Era parte de los trabajos del décimo quinto Congreso Internacional de Psicología. (30)

<sup>+</sup> Symposia, según el Dr. J. L. Curiel, en su obra "El Psicólogo" (p., 95)

Es cierto que Gordon W. Allport, editor junto con Helmut-Von Bracken del libro, es notorio por su preparación europea - la perspectiva que ofrece al presentar los trabajos resulta terminante: una visión parcial de las funciones psíquicas distingue a la psicología americana e inglesa, frente a la preferencia por la persona que es característica de la psicología de -- abolengo europeo.

La discusión de Allport y la de Large y demás coautores - no es bizantina. Son muy graves las consecuencias de admitir - que seamos fragmentos que se agregan para constituirnos, o que - por el contrario, sobre una integración primordial se destaquen, se articulen o se desunen los fragmentos. Lo serio de estas -- aclaraciones alcanza las mismas evidencias anatomofuncionales. - El estudio que se lleva aquí se refiere centricamente a eso. - Todo ser vivo funciona para conservarse. Se nutre. Al cumplir su desarrollo colabora a conservar la especie. Se reproduce. - En los límites de la biología, el organismo humano quedaría efi- caz si puede nutrirse y reproducirse.

No bastan esas eficacias, un conjunto de refinamientos -- funcionales apartan y distinguen al hombre de los demás vivien- tes. El hombre no puede ser aprediado como puramente reactivo, según lo pretenden el Conductismo, la Psicología Objetiva o la Reflexológica. El hombre sobre ser un organismo viviente, cur- sa una actividad tan privativa que más que reaccionar como un - mineral o como un circuito reflejo, responde como una persona. Sin esto último es el animal; pero con la personalidad es el -- ser humano, a pesar de su animalidad y materialidad.

Casi en la cúspide de todas las funciones privativas del- organismo humano, quedan las del neurosistema. Tanto sus por- ciones mielinizadas como sus áreas céntricas, sus condensacio- nes ganglionares, como sus distribuciones de receptores, diver- sificadores y de vías eferentes de respuesta, congregan todas - las demás funciones del organismo humano. Acaso como se vé en el llamado "cerebro glandular" o glándula hipofisaria, cuerpo - pituitario; la adenohipófisis predomine como incretoria y entre

su istmo y la neurohipófisis se pase a la fisiología nerviosa. -- De allí parten los criterios mixtos neuroendocrinológicos. Son episodios funcionales coordinados.

Esa subordinación con que se prolongan influjos de una --- función en otra, resulta bien clara a partir de la glandulación endocrina y de neurofisiología. Se extiende a los aspectos más variados. Refluye desde las actividades más remotas: una atmósfera sobrecargada de humedad o seca, opera en las vías aéreas -- y el gasto pulmonar desata casi inmediatamente la reacción ner-- viosa. Cambian frecuencias e intensidades de diversos estímulos centrales. Y similarmente en todo: notificaciones sensoriales, -- en apariencia baladías, se conoce como se convierten en los re-- flejos condicionados.

La neurona y las fibras en cuya constitución interviene; -- así como los planos centrales de estructuración de todas esas -- funciones, quedan en la jerarquía de funciones directrices. Ya casi no viven; reciben la nutrición más delicada y elaborada. -- la más ligera alteración en los detritus que no se eliminan, -- provoca órdenes defensivos del organismo en conjunto. Con las -- neuronas con que nace un ser humano, con ellas muere. Ya no se reproducen. Han llegado como células, a una altura de diferen-- ciación especializada que las exhime de esa obligación de todo -- ser vivo, reproducirse a beneficio de la especie. Por eso ana-- tomofuncionalmente el neurosistema conjuga a sus elementos celu-- lares en una individualidad. Es allí donde somáticamente se re-- flejan la totalidad de los rendimientos orgánicos, así como ne-- cesariamente las fallas, cualquier déficit.

Por esa delicadeza de funciones tan refinadas, las grandes lesiones del sistema nervioso y de los centros muy en especial, -- refluyen en el equilibrio hígido de la persona completa. Uno -- de esos grandes perjuicios lo son los procesos cicatriciales. -- El endurecimiento de las envolturas o de alguna zona próxima a -- los neurocentros, los lastima y puede bloquear sus funciones de -- coordinación. El envejecimiento y consecuente esclerosis de sus vías sanguíneas es otro de los peligros a que con frecuencia --

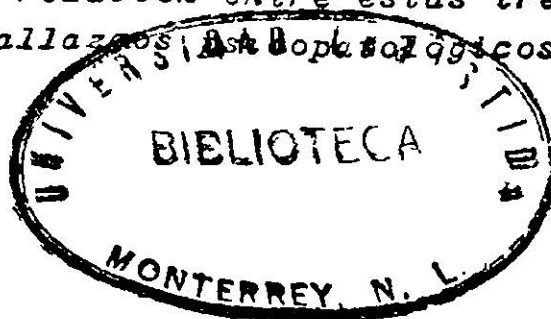
sucumbe la complejón funcional nerviosa: un angioma, un derrame, una extravasación por violencias o por sobrefuerzo de la circulación o permeabilidad capilar enferma, como primer elemento neurocéntrico y al impedir alguna función motriz o de otro tipo deteriora psicológicamente a la persona. (30)

"Se acepta generalmente que las lesiones del cerebro, sea cual fuere su naturaleza, puede ocasionar síntomas mentales. Sin embargo, no suele admitirse tan categóricamente un hecho: la relación entre la estructura cerebral y las funciones mentales, cuando se comprueba que existen, obligadamente es recíproca. Si admitimos que una lesión cerebral determinada produce un síntoma mental característico, también debemos admitir que un síntoma psicológico determinado permite deducir la existencia de un cambio cerebral. El diagnóstico psicológico en neurología se funda en esta acción recíproca." (33)

"...Sin embargo la Neurología clínica hasta hace poco ha hecho uso limitado de los hallazgos psicológicos. Ello se explica por varios motivos; los más importantes son: 1) los conceptos mecanicistas ingenuos que hasta hace poco han imperado en ambas ciencias, 2) la ignorancia mutua que los neurólogos y los psicólogos han tenido del objeto y de las técnicas unos de otros. Esta situación ha cambiado considerablemente por ambas partes durante los últimos veinte años y actualmente cabe admitir que los métodos psicológicos cada día tendrán mayor importancia en el diagnóstico neurológico..." (33)

Sir Russel Brain nos dice; "...la estrecha aunque aún misteriosa relación del cerebro con las funciones mentales significa que la neurología es parte integral, y por cierto la más importante de la psiquiatría..." (Prólogo del Autor, (8)

Lo mismo puede aplicarse a la psicología patológica. Uno de los propósitos de la presente investigación, es tratar de señalar la evidencia de esa íntima relación entre estas tres ramas de la ciencia, con base en los hallazgos psicológicos en enfermos neurológicos.



000309

CAPITULO II  
PSICORREACTIVIDAD DEL H MIPLEJICO

a) La Personalidad "orgánica".

La actitud que adoptan los pacientes con lesión cerebral, depende en gran parte del temperamento, carácter y personalidad previa; también interviene la situación especial en que se encuentra el enfermo. Así sus reacciones varían desde los estados depresivos, apáticos, hasta aquéllos en los que la elación y la euforia predominan.<sup>+</sup>

Respecto de la actitud de los pacientes investigados ante los estudios psicológicos, pude observar que algunos de ellos preguntaron, se interesaron, pero la mayoría permaneció con cierta indiferencia; ésto no quiere decir que no prestaran su colaboración, todos se dispusieron a realizar los trabajos que les pedí, aún aquellos pacientes que presentan rendimiento intelectual tan bajo, que los coloca en los grupos clínicos de los dementes.

Una actitud que es propia de las personas con daño cerebral y que pude observar en este grupo, es la que señala el Dr. Allison: "En contraste con el psiconeurótico, que trata de impresionar con la severidad de sus dolencias, los pacientes con daño cerebral se esmeran en ocultar sus inhabilidades y esta actitud los lleva a la elaboración de estrategias, negociaciones y evasiones características." (2)

Así cuando se le pregunta a un paciente que tiene problema de memoria, por el nombre de algunos gobernantes de años anteriores, contesta que no le interese esos datos, que no ha puesto atención a ellos. Si se le pide que sume, dirá que hace mucho tiempo desde que estuvo en la escuela. Cuando se les muestra una fotografía empiezan por no encontrar sus anteojos o decir que hace tiempo debieron cambiar cristales, pues esos ya no les sirven.

<sup>+</sup> Cuando los pacientes se encuentran más deteriorados, que En el Cap. IV, b); se puede observar esa actitud propia de cada persona.

olvidan donde dejaron las cosas, su tendencia es excusarse, su giriendo que alguien debe haber tomado o escondido el objeto, deliberadamente." (2)

"Todas las lesiones del cerebro pueden producir pérdida mayor o menor de la eficacia mental; el trastorno depende estrechamente de la localización y el grado de extensión de las lesiones en el cerebro. Los defectos intelectuales globales son mayores en enfermedades degenerativas, como la de Pick y la de Alzheimer, en grandes epilépticos y en la demencia senil, especialmente si va asociada con arterioesclerosis cerebral. Los viejos paralíticos también presentan trastorno intelectual manifiesto, como los alcohólicos de tipo Korsakoff, pero, en general, el grupo alcohólico, con psicosis o sin ella, presenta una pérdida relativamente menor. Todavía es más reducida en pacientes con lesiones quirúrgicas del cerebro, como en las lobotomías o lobectomías frontales, o las causadas por extirpación de tumores de la corteza cerebral...Los enfermos pueden, claro está, presentar trastornos específicos, por ejemplo perturbaciones visuales o afasias específicas, pero el trastorno más importante después de una lesión cerebral es la pérdida de la capacidad intelectual global. Este punto debe recalcar, ya que según experiencia del autor existe cierta tendencia a supervalorar disfunciones o trastornos psicológicos específicos al describir varios trastornos neuropsiquiátricos. Aquéllos evidentemente se producen...pero incluso la mayor pérdida de memoria en el paciente senil puede ser menos intensa que su desorganización mental global..."(33)

"Lo que se ha indicado acerca del trastorno intelectual se aplica también a los cambios de estructura de la personalidad. Tales cambios son globales, más que específicos, aunque aquí también se manifiestan áreas selectivas. Parece existir una "personalidad orgánica", por lo menos en el mismo sentido en que existe una personalidad neurótica. Ello se ha comprobado tanto psicométrica como clínicamente. Son elementos frecuentes de este cuadro, la inestabilidad emocional, impotencia,

reacciones catastróficas, irascibilidad y perseveración. Es esta alteración global de la estructura personal orgánica la que ha permitido diagnosticar un proceso orgánico,<sup>†</sup> por ejemplo un tumor del lóbulo frontal, por medio de la prueba de Rorschach y otras, antes de aparecer un síntoma de personalidad más específico, como el "amor al chiste" (Witzelsucht)"(33)

He de anotar una forma de expresión casi común a todos los pacientes examinados: mostraron indiferencia ante su problema, su facies es inexpresiva, su actitud perpleja y su atención pensosa; ésto se presentó más acentuadamente en aquellos enfermos que tienen más bajo rendimiento intelectual.

"Apatía emocional. Característicamente puede observarse una falta general de respuesta emocional, sin deterioro intelectual proporcionado, en asociación con el parkinsonismo debido a encefalitis letárgica. En vista de la conocida predilección del virus de esta enfermedad por la sustancia gris diencefálica, es razonable atribuir la apatía a una lesión del hipotálamo posterior. Un cuadro similar se observa asociado con deterioro mental en los últimos grados de demencia de cualquier etiología. Es probable que en este caso la apatía sea, en parte por lo menos, la resultante del deterioro del pensamiento y de la percepción. El paciente apático, pierde todos sus intereses y afectos anteriores y, falto de iniciativa en la vida instintiva, se hace incapaz de esfuerzo y se hunde en la vida vegetativa". (8)

Muchas de estas personas viven, pero no tienen capacidad para vivenciar o ésta se encuentra muy disminuída, es decir, ellas mismas se nos dan, como un pasado que se recuerda con vaguedad, como un presente indiferente, penoso, casi estático y, muy pocos de ellos tienen prospección hacia el futuro.

Respecto de las bases neurológicas de la conciencia, el Dr. Brain nos dice lo siguiente: "La conciencia es un elemento primario en la experiencia y no puede ser definida con ningún

<sup>†</sup> Con el Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, el WAIS, el WISC y otras pruebas de expresión grafológica, he podido señalar en algunos pacientes una posible disrritmia, que se ha comprobado posteriormente con E.E.G.



término. La neurología presta un apoyo a la distinción entre -- el contenido de la conciencia y el estado de la conciencia mis-- ma. El contenido de la conciencia consiste en sensaciones, emo-- ciones, imágenes, memoria, ideas y experiencias similares y, es-- tas dependen de la actividad de la corteza cerebral, y del tála-- mo óptico y de las relaciones entre ellos, en el sentido en que estas estructuras alteran el contenido de la conciencia sin, co-- mo regla, alterar el estado de la conciencia...Magoun y sus co-- laboradores Magoun (1952) y Gellhorn (1954) han mostrado en tér-- minos de Gellhorn, que "La corteza recibe por lo menos dos cla-- ses de impulsos aferentes: aquéllos que alteran la actividad de gran parte o de toda la corteza y aquéllos que activan áreas de proyección específica corticales (visual, auditiva, etc.) y, -- siempre según Gellhorn, "La destrucción del sistema reticulohi-- potalámico no interfiere con los impulsos sensoriales en un á-- rea de proyección específica pero elimina los impulsos tónicos -- desde el sistema reticulohipotálámico sobre la corteza como un -- todo. En estas condiciones no se produce ningún proceso concien-- te". Como se manifiesta en la conciencia, una integración adi-- cional de la personalidad puede ocurrir a niveles superiores. -- Esto es ilustrado por la amplia extensión de las alteraciones -- del contenido de la conciencia y del grado de conocimiento del -- mundo exterior que ocurre como un resultado de lesiones con des-- arga del lóbulo temporal, que han sido estudiados por Penfield -- ...y que han permitido formular ciertas conclusiones teóricas -- sobre las funciones de esa parte del cerebro". (8)

El contenido de la conciencia se encuentra disminuido y/o alterado en los pacientes examinados.<sup>+</sup>

b) Base Neurológica de la Emotividad. T astornos del C c .

"La base neurológica de la em ción fué revis po pez (1937). Cree este autor que el proceso ocional c tr l d rí

<sup>+</sup> Remito al Cap. IV, b) donde aparecen "muestras" de l co ni dos de los pensamientos de los pacientes.

gen cortical se construye en el hipocampo y de allí se transfiere a los cuerpos mamilares, de donde alcanza el núcleo talámico-anterior y luego se irradia a la corteza de la circunvolución -- del cíngulo. Este circuito podría explicar de qué modo la emoción puede surgir como resultado de la excitación de la corteza-cerebral o del hipotálamo." (8)

"Se ha creído durante mucho tiempo que los lóbulos frontales desempeñaban un papel particularmente importante en la vida mental. Penfield y Evans (1935) encuentran que el máximo de amputación del lóbulo frontal derecho o izquierdo produce poco-cambio en la vida mental, con excepción de cierto menoscabo de -- aquellos procesos necesarios para la iniciativa organizada, y -- Jefferson (1937)...el papel de los lóbulos frontales en la vida-mental es cuantitativo más bien que cualitativo. Tylander (1939) ...los cambios emocionales consistieron en una menor inhibición-de las respuestas afectivas, tendencia a la euforia y, más rara-mente a la depresión. Los cambios en la actividad psicomotora - tomaron la forma de intranquilidad o de falta de iniciativa e in-terés. En la vida intelectual, las formas más automáticas de la inteligencia estaban relativamente preservadas, junto con la a--tención y la memoria, pero las formas más elevadas de raciocinio, ideas de símbolos y juicios, estaban deterioradas. Todas estas - características fueron notadas por Brickner (1936,1939) en un en-fermo que fué observado durante 8 años, después de una lobectomía frontal bilateral." (8)

"De acuerdo con Freeman y Watts, las regiones prefrontales en el hombre se relacionan con la perspicacia, imaginación y a--preciación del propio yo. Estas funciones psicológicas están in-vestidas de e i ó r ví de las fi ras de asociación que unen las regiones pre rontal s con el alamo y el hipotálamo. Por -- consiguiente parecería qu l s fun i nes de los lóbulos prefron- tales están rela i nad s c n el a stamiento de la personalidad, como un todo, a las c nting c ias futuras. Por lo tanto, puede - decirse que la imag c ión, en el puro sentido de la palabra, re- side en las áre s prefrontales. El intelecto puro, en el sentido

de análisis, síntesis y selectividad, parece no requerir la integridad de las áreas frontales y prefrontales en la extensión — en que antiguamente se creía necesario. (Brain y Strauss, 1945). Este punto de vista recibe el apoyo de las observaciones de Hebb y Penfield (1940) y de Hebb (1941), que comprobaron que la resección extensa de uno o ambos lóbulos frontales no es seguida necesariamente por un deterioro intelectual." (8)

"En la interpretación de los síntomas mentales, la distinción entre síntomas positivos y negativos, enunciada por Huglings Jackson, prueba ser tan valiosa como en la esfera somática. Un desorden funcional puede manifestarse por síntomas negativos, — que son las funciones perdidas, y por síntomas positivos, que — son el resultado de la actividad desordenada o no controlada de algunas partes del sistema nervioso que permanecen activas." (8)

"Como ya se ha dicho el tálamo y el hipotálamo parecen ser los centros correspondientes para el registro de la emoción y la integración de los cambios corporales que la acompañan. Para explicar las perturbaciones del carácter, que ocurren como resultado de una enfermedad nerviosa orgánica, debemos observar los desórdenes de este mecanismo y su relación con los niveles superiores del sistema nervioso." (8)

"...Otra zona de exploración relativamente reciente es la formación reticular, un haz de tejido nervioso del tamaño del dedo meñique situado en la parte central del tronco cerebral. Los Dres. H. W. Magoun y Giuseppe Moruzzi, precursores en este campo en EEUU., descubrieron que su estimulación en el gato dormido — despierta al animal; llamaron a dicha formación "sistema activador reticular". (SAR)"(36)

"...Parece actuar tanto como mecanismo selector como activador, es decir, parecería estar dotado de la capacidad de distinguir entre los estímulos que deben llegar a la corteza y los que no...Un ejemplo clásico es el de la madre que duerme a pesar de una variedad de ruidos, pero se despierta instantáneamente al llorar su hijo..." (36)

"El Dr. Juan Roj Carballo, de Madrid, ha sugerido que el —

sistema de activación o vigilancia del SAR influye sobre el temperamento general de una persona, determinando su euforia o su tristeza y puede proporcionar la clave de la comprensión de las depresiones cíclicas, así como muchos trastornos psicósomáticos<sup>(35)</sup>."

No podemos dejar que pasen desapercibidos los aspectos de la bioquímica en la Neurología moderna: "Una hipótesis general acerca de la neuroquímica cerebral sostiene que las funciones -- automáticas, somáticas y psíquicas se mantienen en un estado de equilibrio por la acción de dos sistemas opuestos. Uno llamado ergotrópico por W. R. Hess, integra los mecanismos relacionados con la actividad corporal; cuando es activado, estimula los músculos esqueléticos, aumenta las respuestas simpáticas, despierta los intestinos y activa ciertos estados psíquicos. El mecanismo opuesto, trofotrópico, promueve los procesos de protección y restablecimiento, reduce la actividad muscular, disminuye la respuesta a estímulos externos y produce quietud y adormecimiento".(36)

Los trastornos del carácter que anotaré fueron presentados por los pacientes, incluyendo la apatía emocional, mencionada -- anteriormente.

"Inestabilidad emocional. La inestabilidad o labilidad -- emocional es un síntoma muy común de las enfermedades nerviosas, especialmente de aquéllas donde las lesiones son difusas...el paciente se irrita...se deja conmovir hasta las lágrimas...Se encuentra comunmente después de traumatismos de cabeza y en ancianos con arterioesclerosis cerebral. Está presente frecuentemente en los primeros períodos de la demencia y es sumamente característico de los últimos períodos de la esclerosis diseminada"(8)

"Euforia. Se usa la palabra euforia para indicar un estado de ánimo caracterizado por sentimientos de satisfacción y alegría, una sensación de bienestar mental...La ingestión de alcohol produce una euforia transitoria. Es un estado de ánimo muy característico de la esclerosis diseminada...Se encuentra también, en forma ocasional, en enfermos con tumores endocraneanos...Es común también en la parálisis general y es el estado emocional -- predominante en casos benignos de excitación maníaca. La base --

psicofisiológica de la euforia es poco conocida." (8)

"Depresión. La depresión puede ser considerada como lo contrario de la euforia. Es una forma de abatimiento y tristeza sobre la cual el paciente por lo general no puede dar explicaciones. Se encuentra en una gran variedad de estados mentales. Se produce a veces en infecciones, especialmente en la influenza y por el bacilo coli. Puede ser la reacción a una causa externa adecuada, tal como un fracaso o una gran aflicción, o una reacción neurótica a dificultades internas. En enfermos con ciclotimia es fácil que se produzca depresión como una perturbación periódica del carácter, alternada algunas veces con fases de excitación, aunque a menudo éstas no son más que una ligera sensación a exaltación. Es fácil que en individuos ciclotímicos la depresión se asocie con un ligero retardo mental manifestándose en dificultad de concentración, insomnio y pérdida de apetito. La depresión ocurre también como un rasgo predominante de la melancolía, estando a menudo asociada con agitación. Los enfermos que sufren de depresión psicótica de forma grave tienen comunmente ilusiones de culpabilidad o de naturaleza hipocondríaca. Es común en enfermos que sufren de enfermedades orgánicas del cerebro... La depresión se observa muy comunmente después de traumatismos, en una minoría de enfermos que sufren de esclerosis diseminada, y a veces en pacientes con tumores endocraneanos o parálisis general." (8)

"...La depresión puede ser vista en asociación con trastornos psiconeuróticos y con problemas cerebrales orgánicos o puede ser un síntoma de esquizofrenia. En un tiempo se pensó que la aparición de síntomas depresivos en edad avanzada, casi invariablemente indicaba un deterioro cerebral, pero ahora se reconoce, como Roth y Morrissey y otros lo han mostrado, que los desórdenes depresivos no son raros en la edad avanzada y que ellos ocurren sin que se encuentre coexistiendo enfermedad cerebral..." (2)

"Una diferencia esencial entre pacientes psiconeuróticos y depresivos se encuentra en su manera de pensar. En la depre\_\_

sión no solamente el pensamiento se ha lentificado sino que frecuentemente asume un carácter irreal. Los psiconeuróticos les atribuyen sus enfermedades a sobrecarga de trabajo, a un impacto de alguna pérdida personal o a mala salud física..."(2)

"Ansiedad. El miedo es la reacción emocional a un peligro inminente; la ansiedad es la reacción a un posible peligro futuro, miedo que se experimenta con anticipación. La ansiedad puede ser producida por diversas causas. Puede ser por supuesto una reacción emocional normal o el resultado de ciertos tóxicos que parecen estimular directamente los centros nerviosos que les conciernen. Todos éstos son toxinas que tienen un efecto estimulante sobre el sistema nervioso simpático, como ser la adrenalina, efedrina, bencedrina, nicotina y tiroxina. La ansiedad puede ser el carácter primordial en enfermos que sufren de enfermedades orgánicas del cerebro, como ser, después de traumatismos de cabeza, y es probablemente, en parte, el resultado de la disminución del control de las reacciones emocionales por los centros superiores, y en parte una reacción a los trastornos producidos por el trauma o por la enfermedad. El miedo puede ser muy evidente en los estados de delirio, cuando aparece como una reacción a alucinaciones terroríficas y puede estar asociado con depresión en la melancolía involutiva. En muchos casos, sin embargo, la ansiedad es neurótica, es decir, es el producto de un proceso inconsciente." (8)

Según el Dr. Allison, en los pacientes con problema vascular crónico, suceden cambios de humor y alteraciones de la conducta que están fluctuando posiblemente con la circulación cerebral. (2)

Afirma Allison, que la euforia es más común en lesiones difusas que en focales y que la ansiedad y humor depresivo han sido observadas con más frecuencia en lesiones focales y, con menos frecuencia, en lesiones difusas y, en estos casos, solamente, cuando se inicia una demencia. (2)

"Un aumento de labilidad emocional es común en la arterioesclerosis y es visto especialmente en casos donde hay una - ----

circulación cerebral inadecuada o han ocurrido infartos isquémicos. Algunas de estas lesiones profundamente situadas, pueden comprometer los centros o vías relacionados con la expresión emocional. En tales casos hay una "incontinencia emocional", una explosión de lágrimas o risa, o de ambos, que ocurren con el más pequeño estímulo y frecuentemente son incongruentes a la situación..." (2)

"Las reacciones castróficas difieren de una labilidad emocional aumentada, en que aquéllas tienen usualmente una causa definida que las precipita..." (2) †

### c) Trastornos del Lenguaje y de la Memoria.

Lenguaje e idioma hablado, es aquel sistema expresivo común a un entorno humano y que se limita congruentemente por sus reglas gramaticales. Prof. F. Uribe (30)

"...El lenguaje desempeña una función social esencial; nos ayuda a mantenernos juntos, a comunicarnos y a perfeccionar en gran manera una acción concertada. Las palabras son signos que tienen significado convencional y, las personas que no adoptan las convenciones, simplemente fallan en la comunicación..." (11)

No todas las palabras representan cosas, o clases de cosas. Hay palabras tabú, dichos, palabras de relación que tienen gran poder.

Todas las palabras deberían significar una cosa, pero no sucede así, por ejemplo, las palabras: felicidad, libertad; las que son expresiones científicas; las que expresan las emociones: lágrimas, rubor etc. "...Esto puede servir para mostrar los grados de vaguedad asociados con palabras, incluso e nombres". (11)

"Una palabra es más que un signo arbitrario hablado o escrito; es todo lo que arrastra en asociación con él. Las palabras pueden jugar con nuestros sentimientos y conectar nuestros recuerdos. Un texto, cuando es traducido de un lenguaje a otro

+ Remito al Cap. IV, b), casos 4 y 11.

puede perder o cambiar grán parte de su fuerza emotiva...Se ha dicho del lenguaje e es, "el espejo de la sociedad..." (11)

Lo anterior tiene una relación hacia el pasado, porque -- "...entre mejor comprendamos el pas do, mejor podremos aprehendel el tiempo presente." (11)

"Cuando hablamos a o ro, n transmitimos nuestros pensa-- mientos Trasmitimos nos f. s' cor, sonidos del lenguaje; o, -- si nos comunicamos por escrito, papel y ti ta Nosotros no trasmitimos"palabras", son entidades lingü. st cas no f sicas. En -- efecto, nosotros no hemos oído o visto nunca "al rras", en ese sentido lingüístico, sino signos visivos..." (11)

"...Charles Peirce es quien primero ha considerado la trí ada del significado de las situaciones que implican relaciones -- entre pensamientos, signos y denominaciones..." (11)

Ogden y Richards, han examinado esta tríada y la representan en el diagrama de un triángulo. "...Aquí la idea de "signi ficado" se considera implica tres elementos: una persona que tie ne pensamie.tos, un símbolo y la persona a quien se refiere, lo que está representado por las tres esquinas del triángulo. El -- pensamiento del símbolo corresponde a un lado; a quien se refie re el pensamiento, a un segundo lado y, en el tercer lado, sím-- bolo-referido, representa la relación menos directa y no causal ...Ambos, el símbolo y a quien se refiere, hacen el pensamiento, se relacionan en el pensamiento. Para afirmar con esos autores "los símbolos dirigen y organizan los pensamientos"...El discur so no puede organizar las cosas; organiza los pensamientos en -- las personas y, las personas organizan las cosas. El problema -- es, naturalmente, que no tenemos acceso directo a los pensamien tos de otra persona; nosotros no podemos observarlos, solamente por las señales físicas de las personas que los conciben." (11)

Sigue el autor diciendo que si fuera posible, si existie-- ra algún instrumento capaz para observar dentro de la cabeza de -- las personas, se podrían ver los procesos fisiológicos que ocu-- rrieran. "...Pero el observador no puede, de ninguna manera, ver los pensamientos de esas personas. Los pensamientos, creencias,



juicios, emociones, todos son privados; ellos no pueden ser ob-  
servados y descritos por un observador externo del lenguaje." (11)

Otro de los aspectos a considerar en el lenguaje, es el -  
que indica la doctrina filosófica de los "dos mundos"; el mundo  
externo o real y, el mundo interno o mental. A ésto afirma el-  
autor que "...mejor que hablar de dos mundos, está más claro ha-  
blar de dos lenguajes..." (11)

Son éstas, solo unas breves conside acciones de los aspec-  
tos que hemos de tomar en cuenta par la comprensión humana por  
medio del lenguaje. Esto supone, de un lenguaje que es producti-  
do por personas que no han sufrido un daño cerebral, en los cen-  
tros del lenguaje o, conservando la posición funcional holista,  
un daño encefálico que altera en cierta forma la función gener-  
al. Entonces, tratándose de personas con daño cerebral, hemos-  
de tomar en cuenta lo que se especifica para personas normales-  
y agregar las anormalidades consecuentes de ese daño, para te--  
ner una idea de loalterada que puede estar la comunicación del  
paciente con las demás personas.

Otro de los trastornos específicos que presentan con más -  
frecuencia los enfermos con problema cerebral, son los que se -  
refieren a la memoria, que se encuentra intimamente relaciona--  
da con el lenguaje.

"...Memoria es el condicionamiento de la vivencia por el -  
pasado. Este concepto se subordina a otro más amplio aún: el --  
de "aneme" que significa el condicionamiento de toda la vida --  
por el pasado...La memoria adquiere en un plano superior una --  
progresiva significación "superbiológica". Esto es, objetiva e -  
introceptiva." (28)

En la rememoraci . i ter vienen tres factores: registro,  
retención y recuerdo.

"La repetición también tiene una parte en el registro y el  
aprendizaje, repeticiones espaciadas están resultando un mejor -  
método de memorización que las simples repeticiones sin pausa y,  
estos factores se reflejan al nivel fisiológico por la tendencia  
mostrada por las células nerviosas "a repetir patrones de acti--

vidad de manera que todas las reacciones tienen una grán tendencia a formar arreglos que se repiten cuando es posible y alrededor de los cuales, procesos más elaborados son construidos". --- Russell Ritchie. Este argumento, el cual está de acuerdo con la doctrina Pavloviana de condicionamiento, está apoyada, como lo indica Russell, por los recientes estudios neurofisiológicos de de Granit (1953) Eccles (1953) y Bok (1956), quienes han demostrado que no solamente es facilitada la comunicación interneuronal cuando ha procedido actividad a través de la sinapsis, sino que la activa apertura de sendas durante el aprend -aje, puede ser seguida por los cambios estructurales actuales en las respectivas sinapsis y relleno de los espacios interneuronales en la corteza cerebral, por numerosas fibras cruzadas las cuales se multiplican rápidamente especialmente en los primeros años de la vida." (2)

"Estos hallazgos proporcionan una base hipotética para lo que se cree desde hace tiempo de las "huellas de la memoria"... el uso de la palabra "huella" implica algún sistema ordenado de almacenamiento de recuerdos... los circuitos interneuronales en sí mismos pueden proveer la estructura básica necesaria para la retención..." (2) (Los Dres. Ranson y Clark llaman a esta actividad "conservación de impulsos en circuitos oscilantes o reververantes". (23)

A las "huellas" se les llama también "...engramas" (Semon. Dentro de la psicología propiamente dicha hallamos la misma concepción en la conclusión de que las impresiones anteriores persisten a modo de "imágenes" o "imagas" inconscientes hasta que se vá de nuevo en busca suya." (28)

La naturaleza del proceso que concierno al tercer aspecto de la memoria el recuerdo, todavía está completamente entendido. Sabemos que tanto en el recuerdo como en el olvido, intervienen factores emotivos; "...pero como descargas neurales están constantemente ocurriendo en el cerebro, algún mecanismo fisiológico inhibitorio debe existir para asegurar que el pensamiento y otras actividades no son constantemente interrumpidas -

por recuerdos fuera de lugar, metidos a la fuerza en la conciencia y, facilitar que los hechos deseados, sean recordados voluntariamente. Penfield cree que el sistema centroencefálico en la parte más alta del tallo cerebral, corresponde con el nivel de integración funcional más alto de Hughlings Jackson, pero, si esto es así o no, puede ser también que el disturbio de algunos casos de recuerdo defectuoso, puede estar en esos mismos circuitos, los cuales están simétricamente conectados con los hemisferios cerebrales." (2)

Penfield cree que la función de la memoria está representada en ambos lóbulos temporales. (2)

Al introducirnos en el estudio de los trastornos de la memoria el Dr. Brain la define: "...como el poder de retener y recordar las experiencias pasadas. Sigue diciendo: una ligera reflexión sin embargo, demostrará que la memoria así definida incluye funciones de complejidad diversa. Quizá la forma más simple de memoria es la que se usa en recordar cifras o un pasaje de una jerga sin sentido. En semejante acto de memoria o memoria mecánica, se pone poco énfasis acerca del "pasado" del hecho recordado. Se recalca más bien la persistencia en el presente de una serie de actos que se han hecho habituales, quizá por repetición. En semejante acto recordatorio no hay nada más que los tres elementos fundamentales de la memoria: registro, retención y recuerdo. Compárese esto, sin embargo, con el recuerdo evocado por un lugar o un perfume, de una experiencia personal pasada, única, pero forjada en una fuerte emoción. Un acto así es iniciado por un proceso de asociación y hay considerable énfasis sobre el "pasado" de la experiencia, en contraste con un presente en el cual éste ya no ocurre. Además, de esos episodios del pasado, uno es recordado como habiendo sido experimentado antes que el otro, de manera que de la función de la memoria nace la experiencia de un pasado personal, como una dimensión extendida en la cual las experiencias pasadas tienen una constante y paralela relación entre sí. Por otra parte, estas experiencias pasadas son todas sentidas como siendo las --

experiencias de la misma persona de lo que se deduce que la memoria es esencial a la experiencia de la identidad personal." (8)

"...Una función similar al recuerdo no solo entra en el -- acto de representarse a sí mismo o la casa o la cara familiar, en su ausencia, sino también en el acto de reconocerla cuando se la vé nuevamente". (8)

"...Los defectos de registro se deben usualmente a falta -- de atención, como ocurre en estados psicótico gr v y de de--- lirio." (8)

"...La falla de la retención es probablemente el factor -- principal en los defectos de la memoria, sintomáticos de enfer--- medades cerebrales orgánicas difusas tales como la arterioescler--- osis y el traumatismo craneal. Es característico de estos es--- tados recordar el pasado remoto, mientras que el más reciente -- es olvidado. Las fallas de la retención, son, por ciento, uno -- de los factores de las psicosis de Korsakoff, aunque probable--- mente no son los únicos factores responsables de la memoria de--- fectuosa." (8)

"...Puede ser difícil distinguir entre un defecto de re--- tención y la dificultad de recordar, atribuyéndose a veces a --- falta de retención la dificultad de recordar, que es realmente -- debida a falta de recuerdo. Esto se aplica en algunos casos, --- a la amnesia retrógrada..." (8)

Cita el ejemplo de un paciente con traumatismo de cráneo -- que en un intervalo lúcido describe cómo ocurrió el accidente y después lo olvida. En cambio, "si un paciente no puede recor--- dar un episodio pero puede reconocerlo como habiendo ocurrido -- cuando se le describe, la amnesia es claramente debida a una --- falla del recuerdo y no de la retención..." (8)

Señala como causas responsables de amnesia, la fatiga, la -- represión psicológica ante recuerdos dolorosos, inaceptables al -- yo etc., "...la represión es casi una forma de disociación psi--- cológica que se observa en sus formas extremas en casos de per--- sonalidad múltiple. El ejemplo más simple de esto es la fuga, -- un episodio en el cual una persona histérica pierde su sentido --

de identidad personal..." (8)

Ocurren, "...cuatro variedades de perturbaciones de la memoria: 1) el fenómeno de lo ya visto, 2) una sensación de falta — de familiaridad en el ambiente habitual, 3) una intensa revocación de una experiencia pasada hace mucho tiempo o 4) la reproducción en la memoria de largos períodos de la vida pasada del paciente." (8)

"...Aunque común en personas normales, es particularmente característico de ataques epilépticos originados en la circunvolución uncinada. Esta región del cerebro parece estar íntimamente relacionada con la función de la memoria..." (8)

"...La falta de las funciones de asociación desempeña probablemente un factor importante, contribuyendo a los defectos de memoria en lesiones orgánicas difusas y en la amnesia psicogénica. La asociación con una idea reprimida puede ser causa de amnesia para otra idea que en sí misma no parece ser la fuente de una tensión emotiva." (8)

"...Imaginación. Ya se ha descrito la contribución de la memoria en la construcción de imágenes. Clínicamente es difícil aislar este elemento en la memoria..." (8)

"...La pérdida del sentido de la identidad personal, puede ser debida a una seria desintegración de las funciones mentales superiores, tal como ocurre en la demencia avanzada o en la histeria, en la cual largos períodos de la vida pasada o aún toda ella, puede ser olvidada..." (8)

Desde el punto de vista psicológico, el proceso del lenguaje implica toda una serie de sensaciones visuales, auditivas, táctiles, que son percibidas, asociadas, recordadas y expresadas en forma de palabras. Es toda una constelación de procesos que se van encadenando armoniosamente y suceden en la integridad de la persona; sin embargo, esta sincronización armónica, tiene sus bases en la función del neurosistema. Las fibras de asociación que se supone encadenan a las neuronas en forma anatómica y funcional, uniendo las áreas de la corteza cerebral a donde llegan los impulsos (cisura calcarina, relacionada con impulsos —

visuales; parte posterior de la circunvolución temporal superior, relacionada con los impulsos auditivos; impulsos quinestésicos - de los músculos de la articulación de la palabra, localizados en la mitad inferior de la circunvolución postcentral etc.) desempeñan el papel más importante, al igual que la corteza cerebral, en este complejo proceso.

Cuando estas áreas corticales o fibras de asociación sufren algún daño, se alteran ya sea el proceso integrativo del lenguaje o, se trastorna el mecanismo motor de la articulación de la palabra, lo que ocasiona disartria u otros problemas semejantes.

La alteración de la formulación o integración del lenguaje, que comprende funciones más elevadas y mucho más complejas, se llama afasia.

"Weisenburg (1934) dijo que no sería jamás posible localizar anatómicamente la causa de las perturbaciones a, sicas, ya que los complejos procesos que participan en la comprensión y uso del lenguaje dependen de la función del encéfalo entero..."<sup>(3)</sup>

"...El estado actual de nuestros conocimientos sobre los trastornos de la función del lenguaje ha sido bien definido por Head como "un caos"...Las dificultades del problema se ven aumentadas porque el lenguaje es una función extremadamente compleja, porque existen notables variaciones individuales en la inteligencia y en la utilización de las imágenes y porque las lesiones responsables de la afasia son habitualmente extensas y masivas." (8)

Tanto la afasia, como la agnosia y la apraxia, que implican alteración de la memoria, se han clasificado según la inhabilidad que presenta la persona.

#### Cuadro Sinóptico de Desórdenes de la Memoria.<sup>+</sup>

##### AFASIA SENSORIAL.

"Afasia auditiva (sordera verbal): dificultad en entender el significado de las palabras y el lenguaje escuchado.

<sup>+</sup> Cuadro tomado de Morgan C., op. cit. 18 p. 512; quien lo ha adaptado de Weisenburg y McBride.

"*Afasia visual (ceguera verbal, alexia): dificultades de la percepción del significado del lenguaje leído.*

**AFASIA MOTORA.**

"*Afasia manual (agrafia): dificultad para escribir el lenguaje.*

"*Afasia del Lenguaje (mudex verbal): inhabilidad para expresar el lenguaje vocalmente o para pensarlo. Head distingue cuatro tipos de afasia del lenguaje:*

*Verbal "capacidad eficiente para formar palabras, ya sea para uso externo o interno".*

*Sintáctica: "carencia de ese perfecto equilibrio y ritmo necesario para hacer que los sonidos pronunciados sean fácilmente comprensibles". Artículos y preposiciones se ligan junto con las palabras que tienden a ser emitidas.*

*Nominal: inhabilidad para usar las palabras como nombres y fallo al apreciar el carácter nominal de las palabras.*

*Semántica: disturbios que están relacionados con la secuencia de la expresión verbal o escrita.*

*AGNOSIA: disturbios de la percepción del significado del estímulo sensorial o defectos de la imaginación.*

*Astereognostia: "dificultad en el reconocimiento de objetos o formas por el tacto.*

*Agnosia auditiva: "sordera psíquica para los sonidos y la música".*

*Agnosia Visual: desórdenes para el reconocimiento visual de 1. Objetos o pinturas. 2. Color -no ceguera para el color o defecto para el color sino "dificultad para entender colores como cualidades de los objetos, un defectuoso concepto del color y una inhabilidad para evocar imágenes de color..."*

*APRAXIA: disturbios de la memoria de los movimientos.*

*Apraxia Motriz: el paciente "aprecia la natural a del movimiento pero no puede hacerlo con la habilidad ordinaria". - Se supone que sea una pérdida de las inervaciones de los recuerdos para las formas complejas de movimiento.*

*Ideomotriz: Un desorden atribuido al rompimiento entre el*

proceso ideatorio y cinético del cerebro; consiste en la pérdida de la memoria de cómo hacer los movimientos.

*Ideatoria:* una concepción defectuosa del movimiento como una totalidad. El paciente, por ejemplo, no es capaz de encender un fósforo.

*Constructiva:* "En casos típicos el paciente experimenta la dificultad de acomodar las líneas para copiar un diseño dado<sup>+</sup>, para diseños con bloques<sup>++</sup>, para dibujar", etc."

<sup>+</sup> Cap. IV, b), test Bender, casos 1, 9 y 11. <sup>++</sup> WAIS, diseño con bloques, casos: 1, 2, 4, 6, 9 y 11.



CAPITULO III  
EL PSICOMETODO DE INVESTIGACION

a) Integración del Psicometodo.

No es mi intención hablar con amplitud de aspectos metódicos, solamente intento señalar algunos de los pasos que se han dado al iniciar la investigación que nos ocupa.

Lo primero que se ha considerado para establecer el psicometodo, es lo que se refiere al grupo de personas que se propone investigar; sus edades, sus posibilidades, sus grados de escolaridad incluyendo el analfabetismo y, puesto que son enfermos, tomar en cuenta las posibles deficiencias que puedan presentar debido a este tipo de accidente cerebrovascular. Después se ha considerado cual es el problema o problemas que se propone explorar y, consiguientemente se ha elegido la batería de pruebas, que son los instrumentos con los cuales en forma científica y estandarizada, el psicólogo puede obtener sus datos.

Se ha podido contar con un grupo de pacientes que presentan una lesión encefalovascular semejante: trombosis de izquierdo y de derecho hemisferio, lo que permite tener homogeneidad en el tipo de accidente y, a la vez, poder establecer una comparación de rendimientos intelectuales. Esta comparación es uno de los problemas que se propone tratar de resolver. El otro, es el que señala la Mtra. Nora Lozano de la Garza, en su Metódica Psicopatológica, quien propone que se investigue la posibilidad de psicopatología en todas las personas que acuden a la consulta psicológica.

Hacia la forma de investigar y tratar de resolver estas interrogantes, fué necesario elegir entre la variedad de pruebas psicométricas y proyectivas que se conocen y manejan en el Laboratorio Psicopedagógico de mi Universidad Labastida, aquéllas que consideré adecuadas para la investigación.

Respecto de los aspectos intelectivos, ha sido necesario utilizar las pruebas mentales que reportan datos acerca del ---

factor general y del específico, al mismo tiempo que puedan facilitar el análisis cualitativo, que con más fineza nos lleva a observar anomalías en el contenido del pensamiento, es decir, que este análisis nos permite apreciar un pensamiento -- no solamente pobre, sino enfermizo.

En cuanto a la investigación de la personalidad, también se ha tenido que pensar en la forma de explorar los tres niveles del aparato psíquico y que son: el consciente, el subconsciente y el inconsciente, en busca de anomalías. Para la investigación del primer nivel, es suficiente utilizar una historia psicoclínica amplia, que ya desde la primera entrevista proporciona datos donde se advierte la normalidad o posible -- anomalía de la personalidad. Estos hallazgos son valiosos, pero están influidos por la subjetividad de dos personas, la -- del paciente y la del examinador; los dos pueden elegir u omitir determinados asuntos y, el examinado proporcionar datos hasta cierto punto seleccionados y que nunca podrán ser suficientes para conocer la realidad anímica del paciente, a profundidad. En cambio, cuando se ha planeado utilizar la batería de -- pruebas psicológicas, podemos acercarnos más a esa realidad anímica, pues nos encontramos en una situación estandarizada en la que disminuye al mínimo la participación subjetiva y selectiva que mencioné antes.

Para la exploración más amplia, siguiendo una dirección -- de profundidad individual y, conservando la posición psicológica personalista, que es sostenida en la Universidad Labastida por el Prof. F. Uribe, que presenta a la persona como un -- ser axiotrópico, como una totalidad única en su modo de integrarse a través de las circunstancias y estímulos que le -- han sido particulares en su ambiente.

"...Todo individuo vive, en cierto sentido, en un mundo -- único que le es propio y del que las características de este -- mundo -- el mundo tal como él lo ve -- pueden deducirse a partir -- de sus actividades observadas en condiciones bajo control..."(24)

A este supuesto lo llama Rapaport "hipótesis proyectiva".

Esta hipótesis, está sujeta a modificaciones, ya que "...los seres humanos y sus reacciones no solo llevan la impronta de su propia individualidad, sino también la de la sociedad en la que se desarrollan..." (24)

Se hace necesario utilizar las técnicas proyectivas, por medio de las cuales se obtiene información acerca de los otros dos niveles del aparato psíquico: el subconsciente y el inconsciente, para que en forma estrictamente científica se pueda manifestar las formas orgánicas o anormales de la dinámica de la personalidad, por eso se ha procurado, si no se ha logrado del todo, que cada caso en estudio a suelta toda la batería.

La batería de psicopruebas quedó integrada en la siguiente forma:

Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS).

Test de Matrices Progresivas (Raven).

Test de Expresión Desiderativa (Pigem y Córdoba).

Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender.

Test de Apercepción Temática (TAT, Murray).

Psicodiagnóstico de Rorschach.

b) Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS).

"Inteligencia es la aptitud personal para enfrentar e con requerimientos nuevos haciendo un uso adecuado del pensamiento como medio"...(28)

El Prof. F. Uribe la define: "El ejercicio de la persona que advierte y encuentra problemas" (30)

El Prof. David Wechsler, autor de la Escala de Inteligencia que nos ocupa dice que "la inteligencia es la capacidad -- agregada o global del individuo para actuar con propósito, para pensar racionalmente y para habérselas de manera efectiva -- con su medio ambiente..." (3)

Abundan las deficiencias de inteligencia, siempre se ha de tener en cuenta que es un proceso dinámico en el que toda la personalidad está comprometida.

El profesor Thorndike fué el primero que desarrolló la --

idea de la medición de la inteligencia en forma cuantitativa y cualitativa. También encontró una característica dual de las habilidades humanas que son específicas por un lado e interdependientes por otro. (31)

"...Pero hace más de treinta años el profesor Carl Spearman puso fin al dilema mostrando, a través de rigurosa prueba matemática, que todas las habilidades intelectuales podían expresarse como funciones de dos factores, uno un factor general o intelectual común en cada habilidad, y el otro un factor específico, de cualquier habilidad particular y "en cada caso diferente a todos los otros"...la prueba generalizada del profesor Spearman de la teoría de los dos factores de las habilidades humanas, constituye uno de los grandes descubrimientos de la psicología." (31)

Este factor general, se ha llamado factor "g" y es "...una cantidad psicomatemática, la cual mide la capacidad mental para realizar el trabajo intelectual." (31)

El factor específico, llamado "s", se refiere a las diferentes habilidades que son variables en cada persona. Este conjunto de investigaciones que se han prolongado a través de treinta años, vienen a constituir el análisis factorial, al cual los profesores Thurstone y Alexander han contribuido para subrayar y aumentar los hallazgos de Spearman, con los factores "x, z" de Alexander que se refieren al interés del sujeto, a la persistencia, deseo de tener éxito y la buena disposición para realizar las tareas<sup>+</sup>, factores que si bien nos indican rasgos de temperamento y personalidad, "...sin embargo deben reconocerse como importantes en toda medición efectiva de la inteligencia..." (31)

Estos conceptos los expresa William Stern en la siguiente forma: "...Vista en su totalidad, no cabe duda de que toda persona tiene cierto nivel intelectual...éste "nivel", seguramente no es una altura plana, como un plano que diera la misma altura

+ Estos factores los mostraron los pacientes con inteligencia más conservada, los que teniendo su mano de echa paralítica, insistieron en realizar las tareas con la izquierda.

a todas las funciones contribuyentes. Más bien tiene varias -- elevaciones como el relieve de una meseta: los picos y depresio- nes existentes en él afectan diversamente el rendimiento en los diferentes tests. Este efecto de perfil está condicionado por -- el hecho de que la "inteligencia" no funciona inde- dientemente -- te como una función innata, sino que está matizada c determi- nada por intereses y rasgos de carácter, por el hábito y la in- fluencia externa. Esto no impide tomar la al r d' del --- perfil total como cantidad característica de a pers . Lo -- único que no debe suponerse es que dos personas de' smo nivel de inteligencia sean iguales en todas las funcione d a inte- l' encia."+(28)

La Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS), -- s un instrumento que abarca la exploración de estas necesi- dades, pues es una modificación más amplia y sensible que la -- Escala Wechsler Bellev e, de la cual ha dicho el Prof. Pierre -- Pichot que es la escala "verdad men e bien adaptada a la -- medida individual de la n l' enc' a de' dult ..." (21)

La escala WAIS, es aplicable a pe s s de d los 16 ---- años hasta mayores de 70. Esta co p es a de on e ubt sts, --- seis de los cuales for a "scal er al y ci co ás, for---- man la Escala de Ejecuci n.

Entre los subtests ncialmente v rbales se encue tran:

"Vocabulario.- Est ubtest ex i a el caudal 'adq trido" automáticamente en el c so de una madurac ón sin trabas e la "dotación natural"..." ( )

"Información.- Este ubtest ex mina, en cierto sent do, -- la memoria. El concepto l como lo usamos quí no es el de -- las teorías del aprendizaje ec' ico ni el de las r spues as -- condicionadas; significa ,s bien que las ex erien ias de pala bras, objeto, hechos y re acciones se integran en el curso de un desarrollo y funcionamiento libres de obstáculos dentro del mar co de referencia único del individuo, en virtud de su afinidad

+ Ver "Estudio Gráfico", Cap. V, b).

con las necesidades, intereses, afanes o afectos de éste..."(24)

"Semejanzas.- Este subtest pone a prueba la formación de conceptos verbales...De este modo, en el subtest de Semejanzas, dos "cosas" dadas instituyen la esfera de un concepto y el sujeto debe descubrir el contenido. La experiencia nos muestra que existen, en grandes líneas, tres planos diferentes en los cuales los sujetos buscan sus respuestas, y son ellos el concreto, el funcional y el conceptual abstracto..." (24)

"Subtest de Comprensión.- Este subtest examina el juicio. El concepto de juicio implica la civilización actual y si el esfuerzo de aquellas informaciones que conducen a respuestas apropiada y pertinente ante una situación dada..." (2)

"Los cuatro subtests esencialemente verbales...representan cada vez una mayor complejidad y dependencia de una estabilidad emocional". (24)

Grupo de Atención y Concentración.

También se considera el subtest de Semejanzas Verbales, que debido a que los sujetos verbalmente se comunican verbalmente.

Retención de Dígitos.- Este subtest mide la memoria inmediata; su repercusión es puramente psicológica y emocional.

Aritmética.- Es un test de concentración, ya que hemos definido la concentración como un esfuerzo sostenido para recibir el estímulo en forma discriminada y significativa, o bien para proyectarlo hacia afuera desde patrones existentes en el interior..." (24)

Subtests de Ejecución:

Grupo de Coordinación Visomotora.

"...Todos ellos suponen una actividad motriz esencial guiada por la organización visual..." (24)

Composición de Objetos, exige el ordenamiento de las distintas piezas de rompecabezas; "...el papel de la "organización visual" en este subtest consiste en la formación de anticipaciones desde las partes hacia la figura total desconocida..." (24)

**Construcción con Cubos.**- Para la construcción de los modelos se encuentran etapas "...analítica y sintética se hallan entrelazadas, observándose una continua interacción del tipo de proceso de la formación de conceptos, entre el modelo presentado y las piezas disponibles." (24)

**Símbolos de Dígitos.**- Consiste en una forma de actividad imitativa en la que están implicadas la asociación y el aprendizaje." (24)

**Grupo de Organización Visual.**

**\*Ordenamiento de figuras.**- Es un test de aptitud de anticipación y planeamiento. En él, hay que ordenar en una sucesión significativa varias series de dibujos. Esto se logra haciendo anticipaciones -sobre la base del significado de los dibujos individuales- de los antecedentes posibles, modificando luego estas anticipaciones para acomodar los significados y anticipaciones de los otros dibujos dentro de una sucesión unitaria o plan...La condición necesaria para el éxito en el ordenamiento de figuras es la captación automática y atenta de lo esencial de las figuras, pasando por alto lo secundario..."(24)

**\*Completamiento de Figuras.**- Es un test de concentración visual...El sujeto debe considerar, además de los patrones interiorizados, los modelos externos que se le colocan ante su vista. El examinador exhibe los dibujos y el sujeto debe descubrir que es lo que falta en ellos, vale decir, en qué se desvían de los patrones interiores." Para obtener éxito es necesario el esfuerzo sistemático, voluntario y selectivo. (24)

Con los datos anteriores se puede apreciar la amplitud de posibilidades que ofrece el WAIS, no solo para obtener un cociente intelectual y explorar las funciones específicas de la inteligencia sino que, por medio del análisis cualitativo de diagnóstico clínico se puede observar la organización de la personalidad y encontrar anomalías propias de personas con problemas psicopatológicos, algunos de los cuales aparecen en la casuística, capítulo, IV, b).

c) *Test de Matrices Progresivas de J. C. Raven.*

Esta psicoprueba es aplicable a personas de los 12 a los 65 años de edad, puede ser realizada por todos, cualquiera sea su idioma, educación, capacidad verbal y motora.

"...Es un instrumento destinado a "medir la capacidad intelectual...para comparar formas y razonar por analogía, con independencia de los conocimientos adquiridos". Informa acerca de "la capacidad intelectual en el sentido de su más alta claridad del pensamiento en condiciones de disponer de tiempo ilimitado". (25)

Consta de cinco series de doce matrices cada una, donde cada figura geométrica representa una matriz o fuente de un sistema de pensamiento que va presentando un orden de complejidad creciente para revisar ampliamente las formas del pensamiento.

El examinado tiene que completar, que indicar, cual es la parte omitida de un todo, eligiéndola entre varias soluciones que se le presentan. El examinado debe descubrir la matriz de pensamiento implicado en cada figura y, por lo tanto, se inicia este proceso, con el acto atento, seguido de la percepción observación, comparación, razonamiento etc.

"...La técnica de Raven entronca con la "Teoría ecléctica de los dos factores" del psicólogo inglés, Charles Spearman, -- así como con las leyes Noegenéticas formuladas por este mismo -- investigador..." (25)

El test Raven está altamente saturado de factor "g". -- Spearman, en un trabajo que se publicó después de su muerte, -- "...admite que el factor g corresponde experimentalmente a una combinación de noegenesis<sup>+</sup> y de abstracción. La noegenesis depende de tres factores que Spearman enunció bajo forma de tres leyes: 1o. el "poder de introspección" definido así: "Un hombre tiene más o menos el poder de observar lo que ocurre en su propia mente. No solo tiene sensaciones, deseos y conocimientos -- sino que además sabe lo que siente, conoce sus deseos y tiene --

<sup>+</sup>"Noegenesis" o "noesis", significa, para Spearman, una operación del intelecto con generación de nuevos elementos", Pichot, Op.,cit., 21, p. 51.



conciencia de sus conocimientos"; 2o. la "educación de relaciones", definida del siguiente modo: "Cuando un hombre tiene en la mente dos o más ideas, es apto en cierto modo para concebir mentalmente las relaciones esenciales que existen entre ellas", 3o. la "educación de correlaciones" que se define así: "Cuando un hombre tiene en la mente una idea y una relación a la vez es, en cierto grado, apto para concebir la idea que corresponde a su idea inicial en la relación considerada". En cuanto a la abstracción considerada por Spearman como la conclusión de la actividad mental, se explica del siguiente modo: "Cualquier progreso del conocimiento -ya tenga lugar por la educación de relaciones o por la educación de correlaciones- consiste en una clasificación progresiva; el contenido mental surge de un estado de confusión extrema y se eleva hacia una discriminabilidad cada vez mayor. En cuanto una parte del contenido mental se ha vuelto lo suficientemente claro y distinto, y no antes, puede ser abstracto, o dicho de otro modo, puede proyectarse fuera de su contexto. Y entonces, puede pensárselo separadamente y recibir un nombre". Spearman trató por largo tiempo de demostrar que este concepto del significado del factor general permitía explicar todos los hechos conocidos sobre la saturación en  $g$  de los distintos tests." (21)

"Raven considera que la totalidad de sus ítems entrañan problemas analíticos de educación de relaciones y correlaciones. Sin embargo se debe distinguir, a grandes trazos, dos grandes grupos de problemas. Las 24 primeras matrices (series A y B), son de tipo fuertemente gestáltico: plantea problemas de percepción de totalidades y el sujeto debe integrar o "cerrar" una figura inconclusa y por tanto ha de ser capaz de percibir las semejanzas, diferencias, simetría, continuidad de las partes en relación con la estructura o forma del todo. Las 36 matrices últimas (series C, D y E) que son definitivamente sistemas de relaciones, plantean problemas de razonamiento y exigen operaciones analíticas de educación de relaciones y correlatos, esto es, de pensar y discernimiento..." (25)

Las posibilidades de esta psicoprueba, van más allá de la obtención de un Rango de inteligencia; permite observar la acti tud del examinado, su atención, que según Stern es el "prerrequisi sito inmediato de la realización personal" (28), su disposición y forma de trabajo y el análisis de errores.

d) Test de Expresión Desiderativa (Pigem y Córdoba).

La idea original de esta prueba proyectiva es de Tosque-- lles; fué desarrollada por Pigem y Córdoba. Posteriormente el psicólogo holandés D. Arn van Kreveken lo ha modificado y lo -- considera como un auxiliar indispensable del psicólogo y del -- psiquiatra. (10)(5)

En un test de fácil aplicación que no necesita de ningún material especial, económico en tiempo, muy adecuado para esta-- blecer un buen rapport (a casi todos los examinados les parece gracioso y colaboran con interés) y en pocos momentos permite -- tener una idea de la personalidad, estado anímico, agresividad, pasividad, impulsividad, temores etc., datos que son de utili-- dad al reunirlos con los demás obtenidos por medio de los otros tests de la batería.

Se le dice al examinado: "¿ qué desearía ser usted si tu viera que volver a este mundo no pudiendo ser persona? Puede usted ser lo que quiera. De todo lo que existe, elija lo que -- desee. ¿Qué le gustaría ser?". (5)

Las respuestas se anotan como preferencias, a ésto se le llama "símbolo desiderativo". Después se le pide al sujeto que explique por qué le gustaría ser lo que eligió; esta explica-- ción es la "expresión desiderativa" (5)

Después se interroga para obtener los rechazos utilizando la misma consigna pero en forma negativa.

Toda la vida humana se encuentra íntimamente vinculada -- con los animales, las plantas y las cosas y, todos ellos han -- tenido desde las épocas más remotas significado simbólico.

"La interpretación se realiza en función de la simbólica de las elecciones y de las motivaciones dinámicas volcadas en --

la expresión desiderativa del sujeto -que es la que suministra - la significación individual del símbolo." (5)

La preferencia o el rechazo ya nos señalan aspectos valorativos del examinado, los cuales se enriquecen con los contenidos simbólicos.

e) Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender.

La Escuela de Berlín o escuela de la gestalt, fué desarrollada por Wertheimer, Köhler y Koffka desde 1910; a esta escuela se unieron posteriormente otros investigadores, entre ellos - la Dra. Laretta Bender, quien construyó su test Gestáltico Vismotor entre los años de 1932 a 1938.

La base científica del test Bender, la constituye la psicología de la percepción. William Stern afirma que "...las gestalten son sencillamente los más salientes fenómenos de la percepción." (28) Según éste autor, todo lo que percibimos son gestalten.

La definición de la función gestáltica según L. Bender es "...aquella función del organismo integrado por la cual éste --- responde a una constelación de estímulos dada como un todo, siendo la respuesta misma una constelación, un patrón, una gestalt.. ." (6) . De manera semejante, "...todos los procesos integradores del sistema nervioso se producen en constelaciones, patrones o - gestalten..." (6)

El test consiste en nueve figuras o gestalten que el examinado tiene que copiar. Las respuestas proporcionan datos acerca de la forma como es percibida e integrada una totalidad por - el sujeto.

El Bender es un test clínico y proyectivo sumamente útil - para la exploración de los diferentes tipos de enfermedades orgánicas cerebrales, las deficiencias mentales, las psiconeurosis y psicosis; la simulación de enfermedades etc. El Dr. Israel Wechsler opina que el Bender "...es uno de los mejores instrumentos de que disponemos para el diagnóstico de lesiones orgánicas que afectan la función integradora del cerebro." (33)

En mis observaciones, el auxilio de este test me ha permitido sugerir posibles disfunciones del sistema nervioso en pacientes que no presentan evidencia clínica y, posteriormente las sospechas han sido confirmadas por medio del electroencefalograma; también para evaluar las respuestas de los pacientes después de algunos meses de tratamiento farmacológico y apreciar su mejoría en el aspecto gestáltico.

f) Test de Apercepción Temática (TAT).

El test de Apercepción Temática fué creado por H. A. Murray y sus colaboradores en 1935. Esta prueba consiste en una serie de treinta dibujos (de los cuales se seleccionan veinte para cada sexo) o escenas en las que aparecen personajes en actitudes ambiguas. Acerca de estas escenas que sirven de estímulo, el examinado debe hacer historias en donde los personajes entren en acción expresando sus deseos, sentimientos, temores etc., y llegando a un desenlace en el relato.

El TAT, es una técnica de investigación de la dinámica de la personalidad. Según Klopfer, por medio del TAT se exploran los niveles consciente y subconsciente y, el tipo de percepción es psicosocial. (15, Vol. II)

El estímulo (en este caso el dibujo de una escena) al ser presentado es percibido y apercebido por el examinado. Los rendimientos son anotados para su valoración.

"Apercepción es la incorporación de un contenido nuevo a nuestra conciencia, mediante otras imágenes que mediatamente o inmediatamente evoca o reproduce. Consiste en complementar e interpretar el nuevo contenido, uniéndolo en relación con las experiencias ya tenidas. La proyección se da en la apercepción porque es cuando se hace la discriminación según los engramas psíquicos." (30)

El término proyección fué utilizado por S. Freud en 1894 y se le han dado varias acepciones: a) proyección externalizadora, que contiene la manera de ver la vida, que es propia de cada persona; b) proyección defensiva, cuando el contenido se

extrayecta motivado por el miedo o la angustia y se atribuye a otros las propias faltas, deficiencias o sentimientos censurables; c) proyección expresiva, por medio de la cual el examinado nos entrega su forma característica de expresión (lenguaje, tono, peculiaridades etc.).

Todo el caudal de contenidos anímicos se examina en forma amplia, no perdiendo de vista lo que es esencial: la observación de las identificaciones del examinado con los heroes, su actitud en el medio ambiente, sus necesidades, presiones, tono afectivo etc. Estas posibilidades de interpretación adquieren otra dimensión cuando los contenidos son examinados desde el punto de vista simbólico.

En la actualidad, después del test de Rorschach, es el test de Apercepción Temática "...la técnica proyectiva más empleada..." (21)

Las posibilidades para investigación en personas normales y para encontrar perturbaciones mentales propias de todos los padecimientos psiquiátricos son muy amplias. (19)

#### g) Psicodiagnóstico de Rorschach.

Los antecedentes pueden remontarse hasta Boticelli y Leonardo de Vinci y J. Körner, con la idea de emplear manchas informes para "estimular la imaginación".

El impulso decisivo para utilizar este método en investigaciones psicológicas, se debe al psiquiatra suizo Hermann - Rorschach, autor del "Psychodiagnostik" publicado en 1921. A partir de entonces y hasta la actualidad, el test ha sido objeto de profundas investigaciones y discusiones científicas en todo el mundo y, sus posibilidades para la exploración en personas normales y anormales son de tal magnitud, que los trabajos publicados acerca del Rorschach pasan del millar, entre los más recientes se encuentra la Tesis del condiscípulo psicólogo, Darvelio A. Castaño Asmitia, llamada: "Algunas Consideraciones Teórico Prácticas sobre el Psicodiagnóstico de Rorschach, su -

*Aplicación y su uso en la Clínica Psicológica".*

*El material del psicodiagnóstico de Rorschach consta de diez láminas con manchas de tinta, unas negras y otras polícromas, que se le presentan al examinado diciéndole: "...¿Qué ve Ud. aquí?..." (27)*

*Ante el estímulo, la persona manifiesta sus contenidos anímicos, que según Klopfer, proceden del nivel inconsciente y de un tipo de percepción primordial. (15)*

*Las respuestas son seleccionadas según las localizaciones, determinantes, contenidos, popularidad y originalidad, las cuales sujetas a análisis y fórmulas, pueden proporcionar datos que permiten tener idea de la realidad anímica del examinado.*

*M. R. Harrower, al estudiar esta técnica de investigación, nos habla de "la creación de mundos psicológicos en miniatura", en donde cada persona va construyendo a través de sus respuestas un mundo que le es particular y en donde el sujeto puede encontrarse solo o acompañado, amenazado o agresivo, activo o pasivo; en ese mundo puede haber riqueza o pobreza de contenidos y éstos encontrarse dentro de la realidad o fuera de ella, etc. (14)*

*Se ha considerado al psicodiagnóstico de Rorschach como el origen, el principio de todas las técnicas aperceptivo proyectivas.*

CAPITULO IV  
EXPLORACION PSICOLOGICA DE LOS CASOS

a) Campos de Disfunción Especial y la Aplicación de las Técnicas Psicológicas.

"Aparte de manifestaciones de déficit mental general y de cambios en la personalidad, varios procesos orgánicos originan disfunciones de campos especiales o, dicho en otros términos, errores en pruebas selectivas. El más común y uno de los más frecuentemente indicados, es la pérdida de la memoria. Casi todas las personas con lesión orgánica del cerebro sufren pérdida de la memoria, que suele ser de tipo retrógrado. Se manifiesta no solo comparando la memoria para acontecimientos recientes y antiguos, sino también para estudios asociativos. Para el viejo enfermo de Korsakoff, como para el senil en muy mal estado resulta prácticamente imposible aprender cosas nuevas. Existe retraso y desorganización de las percepciones visuales...El paciente orgánico tiene dificultad para copiar figuras geométricas, percibir la configuración de un dibujo, y frecuentemente desintegra o desmiembra la figura al reproducirla..." (33)

"El tercer tipo de dificultad para la persona que sufre una lesión orgánica, se manifiesta en tareas que exigen meditación sostenida y organización de materiales no familiares. El paciente muestra inferioridad en las pruebas conceptuales, como en la interpretación de fábulas, el descubrimiento de absurdidades y la percepción de similitudes; por lo que se refiere a las manipulaciones, al arreglo de objetos, clasificarlos y reproducir modelos, ciertos autores lo interpretan como una regresión del pensamiento categórico al concreto, o como una pérdida de la habilidad abstracta (Goldstein). Quizá correspondería mejor a los hechos admitir una pérdida de la capacidad integrativa y organizadora, ya que el defecto depende más bien de la complejidad que del tipo de tarea con la cual se enfrenta el paciente. Las incapacidades son muy parecidas a las que se observan durante la vejez normal, en la cual como ha --

indicado Miles, son igualmente aparentes en trabajos de rapidez, organización, evocación de materiales poco familiares, procesos lógicos complejos y casi en cualquier trabajo que exija mucha -- atención. En contraste, el paciente orgánico, ta.bi n . i . gual que la persona normal de edad avanzada, pierde menos facultades para trabajos que dependan de hábitos establecidos desde vieja -- fecha y conocimientos perfectamente adquiridos. Así, suele pro -- porcionar resultados relativamente buenos en las pruebas de vo -- cabulario e información general." (33)

El Dr. I. Wechsler continúa diciendo; "para terminar, de -- searía resumir los casos en los cuales pueden ser de especial valor las técnicas psicológicas, en la práctica neurológica. -- El primero de todos, claro está, es el diagnóstico de grados de retraso mental. con este nombre, no solo debemos pensar en ca -- sos "mentalmente defectuosos" que requieren el ingreso en una -- institución nosocomial, sino también del grupo mucho mayor de -- individuos fronterizos, que casi siempre plantean problemas prác -- ticos de disposición." (33)

"El segundo campo de aplicación es el del diagnóstico clí -- nico y diferencial. Las pruebas psicológicas permiten llevarlo a cabo en distintas formas: 1) midiendo cuantitativamente la -- pérdida general del intelecto y el déficit mental; 2) estudian -- do los cambios de funciones intelectuales u otras específicas; -- 3) con pruebas que demuestran cambios en la estructura de la per -- sonalidad, característicos de diversos trastornos cerebrales y -- 4) analizando el tipo de conducta intelectual." (33)

"El tercer campo de aplicación es el de la rehabilitación y reeducación. Incluye no solo la descripción precisa de lós -- trastornos psicológicos o sensitivos y motores del paciente, si -- no también la estimación de las capacidades actuales y potencia -- les del interesado. Esto es necesario tanto para dirigir el co -- nocimiento vocacional del paciente como para valorar los cambios de conducta, obtenidos con la terapéutica." (33)

"El último campo al que debemos referirnos, y que cada día gana importancia, es el de la compensación traumática. Estos --



pacientes, en muchos casos plantean dificultades diagnósticas -- debido a la existencia combinada neurológica ( eneralmente le-- ve) y psicógena frecuentemente complicadas por factores de m u vación. En estos casos, un examen psicológico completo f uen temente ayudará a diferenciarlos uno de otro, y proyectará c er ta luz acerca de posible simulación; además cosa más impo a e todavía, también ayuda a descubrir precozmente cambios o ' i-- cos que pueden pasar inadvertidos debido a que todavía no an -- originado signos neurológicos. También debemos mencionar la -- tendencia de los círculos forenses a no tener en cuenta la opi-- nió n del neuropsiquiatra, si no se basa en signos orgánicos ma-- nifiestos. Constituiría una ventaja adicional de una prueba -- psicológica, poder presentar datos objetivos." (23)

b) C a s u í s t i c a.-

Los casos que integran este capítulo han q' ado distri-- buídos en la siguiente forma: los comprendidos entre los núme-- ros uno al seis, presentan Trombosis de Levo Hemisferio. Los -- casos, del número siete al doce, han sufrido el smo acciden-- te cerebrovascular, Trombosis de Dextro Hemisf rio.

Tres de los pacientes son del sexo femenino, nueve del -- masculino y sus edades se encuentran entre los 32 años 10 meses y los 64 años 8 meses. Todos son diestros.

Caso No. 1. Masculino de 47 años 5 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral izquierda.

Antecedentes: El paciente procede de un hogar muy pobre. Las enfermedades de la infancia que recuerda son: viruela, pa-- ludismo y dice no haber podido caminar en diez días, ignora el motivo. Fué un niño sin oportunidad de jugar pues inició su -- trabajo a los seis años, desde entonces hasta antes de su acci-- dente ha tenido trabajo físico pesado; recuerda a su padre como un hombre dominante y agresivo. Escolaridad: solamente sabe le-- er y escribir. Hay datos de alcoholismo. El paciente casó en

1936, actualmente vive con su esposa e hijos.

Presenta hemiplejía derecha que le permite caminar ayudado del bastón. Su mano está más afectada. No presenta afasia ni disartria.

La actitud del paciente es de cierta indiferencia, dice — desea aliviarse, pero a la vez afirma que esta es la primera — ocasión en su vida que se siente libre de la pesada carga de — trabajo soportada desde los seis años de edad.

- WAIS: Escala Verbal. C. I.....78
- Escala de Ejecución C. I.....83
- Escala Total, C. I.....79
- Diagnóstico: Línea límite.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico. Los puntajes de este protocolo, no son los característicos de los pacientes con problema cerebral orgánico, en cambio tiende a caer con más exactitud en los del grupo "depresivo neurótico grave", según — el Patrón de Dispersión de los grupos clínicos de Rapaport. (24)

Psicoprueba Raven: Puntaje 33. Percentil 50. Rango III. Diagnóstico: Término Medio.

Test de Expresión Desiderativa: Preferencias.— Un pájaro, porque se levanta muy temprano a cantar. Un nogal, porque es — muy grande y frondoso.

Rechazos: un gato, no los puede ver nadie por mañosos. — Un huizache, porque no da ningún producto.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Forma de trabajo totalmente desorganizada, micrografía, perseveración, dificultad con las figuras angulares y cruzadas. Las gestalten se mantienen en casi todas las figuras, pero en su mayoría están mal orientadas en el espacio, lo que nos indica, severos rasgos confusionales. También aparecen problemas en el área afectiva.

Test de Apercepción Temática: Los relatos de este paciente son cortos, a veces inconclusos, es necesaria la intervención constante para tratar de obtener datos, que están reprimidos. — Los héroes son enfermos (algunos de la mente), inválidos, otros son ciegos; (el enfermo dice tener falta de agudeza visual) el

tono afectivo es algo lábil y muy depresivo. Aparecen sentimientos hostiles especialmente hacia la figura paterna y hacia la esposa. En varias de sus historias se advierte autorreproche, pérdida de la distancia y algunas distorsiones de la realidad. Anotaré la respuesta a la lámina No. 17 VH<sup>+</sup>, "Volantine ro en malla, que trepa o desciende por una cuerda..." La historia elaborada ante este estímulo fué la siguiente: "Este viene sobre un cable, se está dejando caer desde algún piso de algún edificio.....(¿por qué?) estará loco.....(¿ qué lo hace pensar que está loco?).....solo uno de esos podría hacerlo de dejarse caer así, si estuviera enfermo, estuviera allí esperando la voluntad de Dios a que lo aliviase (tose).....(¿le parece a Ud. que no está enfermo?).....pos sí, nomás de la mente.....(¿qué piensa él hacer?).....pues no, no,..... (¿por qué se baja y a dónde vá?).....no, pues no....."

Su TAT indica un estado maníaco depresivo grave.

Psicodiagnóstico de Rorschach; interpretación del psicograma: Las respuestas fueron solamente 10 y, aunque son pocas y un tanto estereotipadas, las formas son bien vistas; hay movimiento humano y animal, la relación con las respuestas globales y de formas bien vistas, indican una inteligencia que se encuentra en la media inferior. Escasos datos de su afectividad (solo una respuesta FC) pero la presencia de tres Fc indican su necesidad y dependencia afectiva de otras personas. El psicograma es sugerente de una distimia depresiva y posiblemente, (la valoración total indica) que se puede tratar de un caso de compensación traumática.

Caso No. 2. Femenino de 47 años 9 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral izquierda.

Antecedentes: Los datos fueron obtenidos por interrogatorio indirecto pues la paciente no recuerda ni siquiera la fecha

+ Todas las descripciones de las láminas del TAT que incluyo en la casuística, han sido tomadas de Murray, Op. cit. 19, pp.74-77

de su accidente cerebrovascular. Escolaridad nula. Procede de hogar muy humilde; hace veinte años se separaron sus padres, ella tuvo que salir a trabajar en labores domésticas desde los 16 años hasta antes de su problema actual, pues casó, pero hace diez años de fué el esposo y la paciente se hizo cargo de los hijos. Actualmente vive con una hija casada.

La mano derecha está casi rehabilitada (puede usarla para escribir). Observo disartria.

Su memoria es muy mala; la atención algo dispersa y pensosa, su estado de ánimo es depresivo, su actitud perpleja y pasiva.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....63  
 Escala de Ejecución, C. I.....57  
 Escala Total, C. I.....58  
 Diagnóstico: Deficiencia Mental leve.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico y psicograma de esta paciente es característico de las psicosis con problema cerebral. Presenta varias respuestas con evidencia de deterioro, lo que nos indica que su rendimiento intelectual ha ido muy afectado. Se advierten las anomalías en sus respuestas, al preguntarle: ¿en qué se parecen el perro y el león?, ella contesta: "el león le gana". Al preguntarle ¿por qué los sordos de nacimiento generalmente no pueden hablar? responde: "porque empiezan a hablar, casi adivinan los niños, con los ojos dicen lo que quieren". En todos los subtests aparecen anomalías.

Psicoprueba Raven: No pudo realizarla. Fallo.

Test de Expresión Desiderativa: Preferencias: una planta, un clavelito; la planta tiene muchas cosas que hacerle muy bonitas, mucha agua y muchas flores. Cualquier animal, un perro porque tiene mucha ciencia ese animal, es muy entendido y le tiene uno y es atendido.

Rechazos: un gato, porque son muy languisientos, no me gustan muy bien. ¿Qué más me choca a mí?, nada, no me acuerdo.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: La forma de tra--

bajo conserva cierta organización, no todas las gestalten se -- conservan y, las que lo hacen, es en forma muy elemental. La perseveración de las figuras en todo el espacio es un signo --- de demencia parálitica.

Test de Apercepción Láminas: Es una de las producciones -- más estereotipadas, es lo más característico en este protocolo; también abundan las distorsiones de la realidad y un tono depre- sivo. Impotencia para producir e incoherencias.

Ejemplificaré con algunas de sus respuestas. Lámina No.- 3 MM, "Una joven está de pie con la cabeza abatida. Cubre su rostro con su mano derecha. Su brazo izquierdo está extendido hacia adelante, tomando el borde de una puerta..." La paciente produjo la siguiente respue ta: " está pensando, o está pensar- do abrir la puerta o, tá llo ando....pos quien se....va a a- brir la puerta, está llorando....(¿qué sucede?)....sí yo creo - le sucedió porque está llorando; no se metía está llorando la - muchacha....(¿por qué?).... pos yo creo que estaba llorando y - no abre la puerta, no la abre; no abre la puerta porque está -- pensando o llorando.

Lámina No. 16 "Lámina en blanco". Su respuesta fué la -- siguiente: "Este debe tener un paisaje muy bonito, uno así muy bonito; uno demostrando alguna persona y, otro ....(¿qué hay en ese otro?)....dos monitos,....(¿qué hacen?)....están en las ro- cas del agua viendo....(¿qué ven?)...agua....pues nada más, u- no de un lado y otro formando el monito que ví ahorita, eso es".

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psico- grama: Sus respuestas son solamente 10, cuatro de ellas negati- vas; en este caso aparece una respuesta Cn y otra contaminada. Obtengo algunos datos acerca de su afectividad y de sus necesi- dades afectivas. Es el pensamiento de una persona que se en--- cuentra en la demencia orgánica, según los cuadros clínicos de Rorschach. (27)

Caso No. 3. Masculino de 57 años 5 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral izquierda.

*Antecedentes.* Los recuerdos que tiene de su hogar indican que su padre fué pasivo y su madre dominante, la psicodinámica conyugal fué mala, pues sus padres se separaron varias veces. Recuerda haber recibido castigos inadecuados. Fué un niño tímido y tuvo preferencia por los juegos sociales.

*Escolaridad primaria y un año de estudios secundarios.* No recuerda los padecimientos de la infancia, a los 18 años padeció tifoidea, la que repitió dos veces más. Ha sido sometido a dos operaciones quirúrgicas ha recibido traumatismos craneales del lado izquierdo.

*Area laboral:* es mecánico, siempre ha tenido trabajo duro y en ocasiones a temperaturas altas.

*Area afectiva:* recuerda que asistió a muchas fiestas en su juventud. Casó a los 30 años de edad, hay cuatro hijos de matrimonio, la psicodinámica conyugal parece ser satisfactoria, actualmente vive con su esposa.

*Relata cómo sucedió su accidente cerebrovascular, dice que es como si hubiera recibido una descarga eléctrica (ésto lo veremos aparecer en uno de sus relatos del TAT, que ejemplifico, en forma de proyección).*

*Observo hemiplejía derecha muy acentuada en la mano; (camina con bastón). No presenta afasia ni disartria.*

*Su atención es penosa, su memoria está regularmente conservada. Muestra interés por los estudios psicológicos y deseos de mejorarse. Su estado es de elación.*

WAIS: Escala Verbal, C. I.....98  
 Escala de Ejecución, C. I.....93  
 Escala Total, C. I.....96  
 Diagnóstico: Inteligencia Normal.

*Análisis cualitativo de diagnóstico clínico. Aunque su inteligencia cuantitativamente aparece "normal", algunas de sus respuestas señalan no solo pobreza, sino anormalidad en el contenido del pensamiento; lo que indica que esta persona puede estar pasando del aspecto neurótico al psicótico. Según el patrón de dispersión de Rapaport (24), el paciente puede encontrar*

se en alguno de los grupos esquizofrénicos con un componente de de presivo y/o paranoideo.

Psicoprueba Raven: Puntaje 21. Percentil 50. Rango III-  
Diagnóstico: Inferior al Término Media.

Test de Expresión Desiderativa. Preferencias: un pájaro -  
porque anda volando y es menos castigado. Un jazmín por ser  
sus flores tan aromáticas.

Rechazos: La víbora (la mosca) porque es un animal rebug-  
nante que siempre busca hacer el mal y anda siempre arrastrár--  
dose. Nopal, porque dá tunas, pero es difícil cog las porque -  
tienen espinas.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: forma de trabaj -  
que conserva organización, aunque con tendencia a conglutinar -  
las figuras y a perseverar; las gestalten se conservan den ro -  
de la normalidad. Aparecen ligeras rotaciones en el espac o.--  
Problemas en las áreas afectiva y sexual. Impulsividad y alguu-  
nos datos que sugieren problema esquizofrénico.

Test de Apercepción Temática: El aspecto cuantitativo del  
pensamiento es más o menos normal, no así el cualitativo. Apa-  
recen numerosas distorsiones de la realidad, pensamiento ilógi-  
co e incongruente, ambivalencia, sentimientos hostiles hacia am-  
bos padres y hacia la esposa. El tono de los relatos es depre-  
sivo, aparecen problemas en el área sexual y algunos datos de -  
sintomatología paranoidea.

Observemos algunas de sus historias. Lámina No. 16 "Lámin-  
na en blanco". Produjo el siguiente relato: "Acerca de mí se--  
ñorita; yo me imagino que estoy trabajando en una fosa en donde  
está una máquina de vapor y en reparación, yo me imagino . e es-  
toy limando el pedestal. Tengo el ayudante enfrent y en los  
dos levantamos la brida para probar si está bien, l evamos un -  
martillo grande para probar que quede apretada y rodeados n --  
esa máquina hay muchos compañeros que rodean y trabajan en la--  
máquina; parecen como hormigas que están alrededor de un ani--  
mal muerto y todos tratan de ponerle algún pedazo y poco a pe--  
co se va reparando hasta que queda totalmente terminada".

Lámina No. 20. "Figura oscuramente iluminada de un hombre (o mujer) apoyada contra un farol en una noche cerrada". Su historia fué la siguiente: "Se vé aquí un bosque con unos árboles - floreciendo. Aquí se vé un hombre, un sujeto que cayó aquí, junto a él se vé un poste, pos parece de corriente y él se ace có - allí, a lo mejor le dió un shock o descarga eléctrica porque to do se vé muy nublado....(¿qué estaría haciendo?).....yo cre -- que era un trabajador y lo sorprendió un fuerte golpe de electri cidad y allí murió junto al poste."

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psicograma: Produjo 17 respuestas, de mediana calidad y una contaminada (patognomónico de la esquizofrenia) su pensamiento tiende más a lo práctico y es un tanto estereotipado; no hay capacidad de crítica. Aparece solamente una respuesta FC, sus necesidades afectivas están tan pobremente integradas que const .ayen una influencia perturbadora, es decir, señalan un grave mal ajuste, la relación de tres respuestas FK nos dan a conocer que su ansiedad es marcada y no tiene plena conciencia de ella. Su necesidad -- de afecto, de apoyo son muy marcadas (aparecen cinco Fc) de do de podemos deducir que esta persona tuvo muchas frustraciones -- en la infancia.

La valoración total del caso sugiere que este paciente es tá pasando del campo neurótico al psicótico en alguna de las -- formas esquizofrénicas.

Caso No. 4. Femenino de 59 años 8 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral izquierda.

Antecedentes: Recuerda que su padre fué pasivo y su madre dominante. Dice haber sido siempre nerviosa, tuvo preferencia -- por los juegos sociales. Las enfermedades que recuerda son: pa ludismo, asma, fiebre intestinal. Desde hace cuatro años diabe tes en tratamiento.

Escolaridad primaria. De su adolescencia recuerda que -- eran estrictos sus padres para permitirle que saliera. Casó y de su matrimonio hubo nueve hijos; la psicodinamia conyugal fué



na, actualmente es viuda y el recuerdo de los malos tratos que le dió el esposo la hace llorar. Vive con una de sus hijas. -

Su mano derecha está casi rehabilitada (puede escribir) -- no presenta afasia ni disartria.

La atención de la paciente es penosa, su memoria es de--- eficiente, su facies inexpresiva. Aparece indiferencia ante los intereses volitivos y valorativos. En el área afectiva la acti tud es la misma.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....85

Escala de Ejecución, C. I.....68

Escala Total, C. I.....77

Diagnóstico: Línea Límite de la Normalidad.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: Puedo obtener datos que corresponden a su problema cerebral orgánico, de igual manera su psicograma sugiere un problema esquizofrénico. Su inteligencia es inferior al término medio y presenta respuestas -- que indican que los procesos intelectuales en general están empobrecidos.

Psicoprueba Raven: Puntaje 14. Percentil 25. Rango IV.

Diagnóstico: Inteligencia Inferior al Término Medio.

Test de Expresión desiderativa. Preferencias: vaca, por-- que es útil a la humanidad. Maíz porque es muy útil.

Rechazos: marrano, porque es muy latoso y muy sucio. La -- hora, porque es puro echar hojas, ensucia.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Su forma de traba\_ jo es desorganizada. Las gestalten se conservan casi en la to-- talidad de las figuras. Aparecen datos compulsivos. Un ego con bastante deterioro. Serios problemas en el área afectiva y al-- gunos rasgos propios de problemas esquizoparanoides. La prolon\_ gación de las figuras 1 y 2 en todo el espacio indica demencia -- parálitica.

Test de Apercepción Temática: esta paciente casi no rela-- ta, no aparece tema ni desenlace, solamente responde enumerando -- ante el estímulo. Cuando aparecen "héroes", son enfermos, depri\_ midos. Algunos de ellos ya no son personas, sino estatuas. Su-

pensamiento es sumamente lento y estereotipado. Solamente en uno de sus relatos, aparece la necesidad de compañía de una persona amada. También aprecio autorrepreche, risa inmotivada, varias distorsiones de la realidad y algunas respuestas que en el Rorschach se clasifican con un significado de falta de control emocional y ansiedad difusa. Puedo concluir que se trata de un aparato psíquico casi estático, y un ego deteriorado, con rasgos muy depresivos.

Nos hablan elocuentemente de la seriedad de su problema -- las siguientes respuestas ante las láminas del TAT. Lámina No. 10 "La cabeza de una joven contra el hombro de un hombre". Su respuesta fué: "pos no sé si es mujer o estatua, parece una estatua.....(¿qué representará?)....pos no sé, señorita...."

Lámina No. 12 NH. "Mujer joven. Detrás, gesticula una vieja fantasmagórica que lleva un chal sobre su cabeza". La paciente dice lo siguiente: "Estas son estatuas, verdad?..... (¿qué es lo que la hace pensar que son estatuas?)....porque no tienen movimiento y ésta que se vé la señora grande parece estatua. Están muy bonitas, más la joven, están muy bonitas, pos nomás."

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del Psicograma: Se trata de una persona de muy escasa productividad y de muy mala calidad, pues solamente aparece una respuesta W popular y la otra es patológica. Hubo cuatro fallos. Sus respuestas -- F+ son de calidad mediocre, no aparece movimiento humano. Su producción es estereotipada y pobre. No hay respuestas que nos indiquen acerca de su afectividad, tampoco se obtienen respuestas de las diversas formas de K, que hablaran de su ansiedad y la forma de manejarla, ni respuestas Fc y Fm que nos orientaran respecto de sus necesidades afectivas y egocéntricas. Aparece una respuesta Cn, que es propia de su patología orgánica. En este psicograma, son las carencias las que predominan. Por lo que concluyo que esta paciente tiene un pensamiento deteriorado en tal forma que su psiquismo es casi estático. Este caso correspondería a los modelos de arterioesclerosis cerebral que -

aparecen en la casuística del Dr. F. Pascual del Roncal. (20)

Caso No. 5. Masculino de 62 años 2 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral izquierda.

Antecedentes: El paciente es huérfano de padre y madre desde los dos años de edad, no tuvo hermanos; lo educaron dos tías solteras. Escolaridad, quinto año de primaria. Alcoholismo desde los 14 años. A los 40 años de edad padeció tifoidea; es hipertenso y diabético en tratamiento. Ha recibido varios traumatismos craneales antes de su accidente cerebrovascular.

En el área laboral obtengo datos de trabajo físico pesado y a temperaturas altas; dificultades en el medio ambiente.

Aspectos del área afectiva: casó y hubo dos hijos, abandonó el hogar y volvió a casar, no habiendo familia de la esposa actual, con quien vive.

Su mano derecha está casi rehabilitada (puede escribir). No aprecio afasia, solamente disartria.

Es uno de los pacientes con mejor disposición ante los estudios psicológicos, muestra interés, aunque le causa angustia y me pregunta, si no estará loco. Tiende a la euforia y verborrea. Su memoria es mala y su atención algo dispersa. Suspicicia.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....87

Escala de Ejecución, C. I.....84

Escala Total, C. I.....85

Diagnóstico: Inteligencia Media Inferior.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: Los aspectos de la inteligencia que se han afectado más son: la atención, que está influida por la ansiedad (bajo Dígitos). Disminución de la coordinación y velocidad psicomotriz (bajo Claves). Disminución de la concentración y/o de la organización visual (bajo Cuadros incompletos). (24) Es un caso en el cual la ansiedad está decrementando el rendimiento intelectual.

Llama la atención la forma como integró el "perfil" en el subtest Ensamble de Objetos, empezando por el ojo, luego la oreca.

ja y concluyó lo restante.

Psicoprueba Raven: Puntaje 21. Percentil 50. Rango III  
Diagnóstico: Inteligencia Término Medio.

Test de Expresión Desiderativa. Preferencias: una bugam-  
 billa, por sus flores.

Rechazos: no me gustaría ser un animal, sino persona.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Forma de trabajo -  
 desorganizada y aglutinada en la parte media superior del espa-  
 cio. Las gestalten se mantienen dentro de los límites normales  
 y las distorsiones son muy leves. Aparece perseveración de los  
 impulsos motores (propia de los alcohólicos); así como tendencia  
 a la micrografía y regresión (lo que nos indica rasgos confusio-  
 nales). Serios problemas en las áreas afectiva y sexual. -

Test de Apercepción Temática: Su pensamiento produce regu-  
 larmente, aunque hay varias descripciones que nos indican su re-  
 presión neurótica. La imagen que el paciente tiene de sí mismo  
 aparece en varios relatos: el alcohólico con sentimientos de au-  
 torreproche, insatisfacciones afectivas, agresividad manifiesta  
 y enmascarada. Se identifica con el sexo femenino y hay varios  
 datos de homosexualidad y de sintomatología paranoidea.

Veamos una de sus historias. Lámina 11 "Camino que orilla  
 un profundo abismo entre altos acantilados. En el camino, a la  
 distancia, figuras oscuras. A un lado, asomando de la rocosa --  
 pared, la larga cabeza y cuello de un dragón." Produjo el si-  
 guiente relato: "Es como le decía yo, la persona que no tiene --  
 paseos, lecturas etc., solo tiene el interés del trabajo, yo no  
 porque no tengo aquí que desarrollar.....(¿qué le sugiere esto?)  
 .....yo aquí veo como un bosque en el que viene un animal come --  
 un cocodrilo y según él viene a un charco de agua, o un charco--  
 de agua, vendrá sediento a prenderse al agua. Aquí a las ori-  
 llas se ven piedritas y cae el agua y chisporrotea. Aquí se vé  
 como un puentecito que ya tiene años de ser construido por los -  
 nativos de esa selva."

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psico-  
 grama: El paciente produjo solo 12 respuestas, de las cuales --

tres son de muy mala calidad; no hay movimiento humano y sólo -- una forma positiva. Datos que nos llevan a concluir que su inteligencia es pobre. La presencia de 4 respuestas FK y una K, nos indican marcada ansiedad (lo cual contrasta perfectamente con el dato del WAIS).

Su afectividad tiende a ser incontrolada, ha sufrido frustraciones afectivas. Entre sus respuestas, aparecen dos Cn que nos hablan de una persona sobrecogida por el impacto emocional, el paciente teme al mundo externo y no puede enfrentarse adecuadamente a él. Las respuestas Cn tienden a ser patológicas, son producidas en casos de debilidad mental y en psicóticos. (15, I) \_

"...Nombrar los colores ha sido desde hace tiempo considerado un indicio patognomónico de lesiones cerebrales orgánicas -- ..." (15, II)

**Conclusiones:** toda la sobrecarga previa se va manifestando en su deterioro actual; quizá sea uno de los pacientes que -- más sufre porque todavía le queda una perspectiva de intelección para examinarse y tiene miedo de ésto, lo que está diciendo por las pruebas, otra demostración de que aún lucha contra el retroceso mental es el buen espíritu para colaborar. Es casi seguramente un neuropsicótico que vá camino de un Korsakoff o delirio alcohólico muy avanzado.

#### **Caso No. 6. Masculino de 63 años.**

**Diagnóstico clínico:** Trombosis cerebral izquierda.

**Antecedentes:** Su memoria es muy mala, por lo que resulta -- imposible obtener datos acerca de su infancia y adolescencia; -- recuerda haber estudiado hasta el cuarto año de primaria, pues -- tuvo que empezar a trabajar siendo aún niño, ayudando a sembrar. Casó y del matrimonio hubo una hija; actualmente vive con su esposa, también anciana.

Su atención es dispersa; presenta estado de elación y a -- veces risa imotivada; indiferencia ante su problema. No tiene parálisis, pero psíquicamente es el paciente más deteriorado. --

Presenta afasia ideatoria y nominal, agrafia; su problema más serio se refiere a los aspectos de asociación y expresión. No puede leer ni escribir, cuando le pregunto por el nombre de una pluma me contesta: "es un vehículo"; al interrogarlo para que me dijera el nombre de una silla me contestó: "es un obstáculo". Se disgusta e impacienta al no poder coordinar y expresar sus pensamientos y al cabo de avrias preguntas me contesta: "me penetro mucho, me penetro mucho".

WAIS: Escala Verbal, C. I.....46

Escala de Ejecución, C. I.....53

Escala Total, C. I.....(no se obtiene)

Diagnóstico: Inteligencia sumamente escasa.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: Son las respuestas más pobres y anormales obtenidas de este grupo de pacientes. Hay muchas incoherencias y el puntaje casi es nulo. Su inteligencia presenta un decremento generalizado. Este paciente produjo una respuesta de las que Rapaport anota como ejemplo en sus casos clínicos (24). La pregunta es: "¿qué debería usted hacer si mientras está en el cine fuera la primera persona que se diera cuenta que se ha provocado un incendio?", contesta: "acabar de prender para que se prenda de a tiro y acabar."

Psicoprueba Raven: No pudo realizarla. Fallo.

Test de Expresión Desiderativa: preferencias: un burrito, que es muy útil, un vegetal diremos una ovejita, una cosa así.

Rechazos: los que no quiere uno porque le gruñen, que sea un animal. Hay algunos arbolitos que no gustan por algunas causas, cuál diremos?, un proyecto diremos, de ésto o del otro y lo mismo que no queriéndole hacer.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Forma de trabajo aglutinada en el extremo superior izquierdo del espacio y algo desorganizada. Se encuentran rasgos confusionales; las gestalten se mantienen dentro de los límites normales, aunque en forma muy elemental. Datos de una afectividad irregular e impulsividad.

Test de Apercepción Temática: sus tiempos de reacción son

muy cortos y de sus respuestas los datos que puedo obtener son -  
 distorsiones de la realidad, producidas en forma incongruente; -  
 veamos algunas de sus respuestas: Lámina No. 6 VH "Una mujer ma-  
 dura de escasa estatura, parada de espaldas a un joven alto, és-  
 te mira hacia abajo con expresión perpleja". Su respuesta fué:  
 "Un joven y una niña, tiene ay unas puertas....(¿piensa algo?) -  
 ....algo, pos lo que puede pensar es hacerle algo a la niña...  
 ..(¿qué?)....es un decir....(¿qué dice?)....no dice nada, llora  
 y está pervertida en un lecho....pos puede suceder nadamás eso,  
 él no quiere hablar y ella tampoco tal vez, ella está muy anciana  
 y él más joven."

Lámina No. 18 VH "Hombre asido de atrás por tres manos. --  
 las figuras de sus agresores no son visibles." Contestó lo si-  
 guiente: "Este está hundido en una cosa (incoherencias) no, no -  
 cabe duda, por eso se puede decir más que sea una cosa favorable?"

Psicodiagnóstico de Rorschach. Es uno de los protocolos --  
 más pobres pues solo produjo seis respuestas, sus fallos son cua-  
 tro; no hay respuestas W ni M; casi todas sus formas son mal vis-  
 tas y el contenido estereotipado. La inteligencia es sumamente  
 pobre. Produjo solo una respuesta CF y otra cF, que nos dan un  
 dato muy ligero acerca de su afectividad que tiende a expresar--  
 se en forma incontrolada, también de su necesidad de afecto.

En forma parecida a la siguiente respuesta a la Lámina I,  
 contestó las demás: "Parecen muchas cosas, no se dá lectura a --  
 nada, una cosa rara, penetrante, en fin; esos pincelitos sabe --  
 Dios qué serán, cosa sagrada."

Conclusiones: La valoración total del caso proporciona da-  
 tos suficientes para pensar que el paciente además de tener afa-  
 sia nominal e ideatoria, corresponde al grupo de los dementes --  
 arterioescleróticos de Rorschach.

Caso No. 7. Masculino de 32 años 10 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral derecha.

Antecedentes: Por interrogatorio indirecto obtengo datos -  
 de que el paciente fué un niño con cierto retardo psicomotor; --

inestable, egocéntrico, no le gustaban los juegos sociales y mostró siempre tendencias autistas y agresivas; también temor. A los nueve años sufrió un accidente y se deformó la cara.

El interrogatorio directo me proporciona los siguientes -- datos: escolaridad primaria y no continuó sus estudios porque se empezó a acentuar su inadaptación, conducta antisocial e inestabilidad que se conserva hasta la actualidad. Alcoholismo desde los doce años; cambios constantes de empleo. Terquedad en sus juicios, agresividad cuando lo contrarían.

Hemiplejía izquierda más acentuada en la mano. No presenta afasia ni disartria.

El pensamiento es lento, su actitud es casi indiferente -- aunque colabora al trabajo que se le pide. Hay antecedentes de alucinaciones auditivas.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....86

Escala de Ejecución, C. I.....82

Escala Total, C. I.....84

Diagnóstico: Inteligencia Media Inferior.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: La discrepancia entre la Escala Verbal y la Escala de Ejecución, no es muy grande, en el caso de este paciente no se cumple exactamente lo que es característico de las personas con problema cerebral, sin embargo, sí se cumplen los requisitos de quienes tienen problema esquizofrénico. A través de sus respuestas encuentro las anomalías de este padecimiento. Su inteligencia en general, presenta disminución.

Psicoprueba Raven: Fallo por falta de puntaje.

Test de Expresión Desiderativa. Preferencias: caballo, por que tiene mayor facilidad de vivir. Planta acuática, hay más -- probabilidades de que no la arranquen como las de la tierra. -- Avión, para poder ir a todos los lugares.

Rechazos: araña viuda negra, es el animal que más daño ha causado dondequiera que se encuentra. Hierba venenosa, ha causado más daños en todo ser viviente del planeta. Tanque de guerra, siempre están a la mano de los que quieren ser grandes y --



causan muchas muertes en los inocentes.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Su forma de trabajo es ordenada aunque rígida; las gestalten se mantienen dentro de los límites normales, pero simplificadas; aparecen rasgos con fusionales. El paciente hace esfuerzos por mantener catexis interpersonales; tiene problemas en su medio ambiente, principalmente con figuras autoritarias. Anormalidades en las áreas afectiva y sexual.

Test de Apercepción Temática: Es uno de los pacientes que más produjo. En sus relatos, el tono depresivo es el que predomina; aparecen identificaciones con el sexo femenino, inmadurez emocional, ambivalencia. En el aspecto intelectual, distorsiones de la realidad e incongruencias. Las formas de identificación características del perseguido perseguidor y sus formas de agredir indican el área erótico sexual en todo de acuerdo con los contenidos de situación, las alusiones al fracaso, a la frustración económica tienen que verse, que remontarse hasta la constelación familiar. Resumen: parece tratarse de la disgregación de un esquizofrénico en trance de paranoia pero en peligro de un derrumbe total hacia la catatonía.

Psicodiagnóstico de Rorschach: Interpretación del psicograma: La inteligencia de esta persona es muy pobre y el pensamiento totalmente estereotipado. Todas sus respuestas son de forma negativa, todas contaminadas y una de situación.

Las únicas formas que inicialmente fueron bien vistas las deteriora y contamina a medida que produce su pensamiento; hay ausencia de movimiento humano. La presencia de dos FK y tres KF nos indican una ansiedad de naturaleza difusa y flotante y una frustración de satisfacción afectiva. La presencia de cinco m, significa una reflexión de concienciación de fuerzas fuera del control del sujeto, que amenazan la integridad de la organización personal. Las tensiones de este paciente son tan fuertes que no le permiten utilizar sus recursos interiores para la solución constructiva de los problemas de la vida diaria. Las respuestas en su totalidad son patognomónicas de la esquizofre-

nia. (27)

Anoto una de sus diez respuestas anormales, lo que respondió a la Lámina o. V: "Es un animal que vuela, en ambas alas se ven muchas membranas que permiten volar fácilmente sin perjudicar en nada al dicho elemento y también se ven ciertas manchas que avanzan hacia el cuerpo rápidamente y siendo é más perjudicación para dicho esqueleto, siendo así, ya le falta poco para morir ya que dichas manchas pueden ser perjudicadamente para que el animal vaya muriéndose poco a poco, cuando el mal, ya que ellos no pueden curarse sin que lo tratara contragiera ese mal, aparentemente sin perjudicar a nadie por lo pronto, pero más tarde sentirá los efectos de dicho mal. Fué todo."

Caso No. 8. Masculino de 51 años 4 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral derecha.

Antecedentes: El paciente procede de un hogar muy humilde, huérfano de padre a los ocho años fué educado por los abuelos. Su escolaridad es nula. Dice haber padecido sarampión, fué retraído desde la infancia y tuvo muy pocas oportunidades de jugar, pues empezó a trabajar a los nueve años de edad en labores físicamente pesadas hasta la actualidad, antes de su accidente cerebrovascular. Hace veinte años, al caer de un caballo sufrió un traumatismo en cráneo, desde entonces presenta hipoacusia, nunca recibió atención médica a este problema. Alcohólico no moderado.

No aprecio parálisis, tampoco afasia ni disartria.

El paciente casó a los 18 años, hubo cuatro hijos de su matrimonio; hace diez años decidió salir a otro lugar, explica que su esposa no lo quiso seguir. Actualmente vive con otra mujer de quien espera un hijo.

La memoria es mala; se mantiene en estado de elación; parece no preocuparle su problema y se interesa por volver a trabajar.

El analfabetismo e hipoacusia de este paciente han hecho-

muy difícil la realización de los estudios psicológicos.

<u>WAIS:</u> Escala Verbal, C. I.....	70
Escala de Ejecución, C. I.....	59
Escala Total, C. I.....	64
Diagnóstico: Inteligencia Deficiente.	

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: Los puntajes, más que sugerir lo característico en el problema cerebral, nos indican con más precisión que el paciente puede colocarse en el grupo de los esquizofrénicos deteriorados, según los grupos clínicos de Rapaport: "...disminución del juicio (Comprensión), de la concentración (Aritmética, Completamiento de Figuras, Símbolos de Dígitos) y, de la capacidad de anticipación y planeamiento (Ordenamiento de Figuras)." (24)

Veamos lo que responde a la pregunta: "¿Por qué la gente que nace sorda generalmente no puede hablar?", el paciente contesta: "no son humanos como uno".

Psicoprueba Raven: Puntaje 18. Percentil 25. Rango IV.

Diagnóstico: Intelecto menor que el Inferior al Término Medio.

Test de Expresión Desiderativa: No comprende la consigna. Fallo.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Forma de trabajo congelada en el extremo inferior izquierdo del espacio, lo que nos indica su depresión infravaloración y tendencias intraversivas. Las gestalten se conservan en algunas de las figuras pero en forma micrográfica. Perseveración, dificultad de las figuras angulares y cruzadas, lo cual es propio de su problema orgánico. Dificultad para controlar los manejos agresivos; problemas en el área sexual y un ego severamente deteriorado Aparecen muchos signos de problema esquizofrénico.

Test de Apercepción Temática: Casi no hay producción del pensamiento, la forma atencional del paciente es la que corresponde al primer grupo de la Tríada del Prof. F. Uribe, o sea, un tipo de atención rudimental, infantiloides, que solamente enumera. Su TAT se caracteriza por las numerosas distorsiones de la reali

dad. Los elementos de la lámina No. 8 ("Un adolescente mira hacia el frente. A un lado el cañón de una escopeta, y en el fondo la escena borrosa, como la imagen de un ensueño, de una operación quirúrgica"), son utilizados para formar una especie de relato que no logra integrarse y que nos proyecta la agresividad del paciente. Produjo lo siguiente: "No sé qué estará pasando - ay. Está otro señor aquí y otro; estará muerto ese....aquí hay un cuchillo, no sé (ríe)....aquí tiene una carab na; éste le va a dar un manazo en la cabeza, acá tiene la mano derecho a la ca ra....uno de pega con el cuchillo y otro con la mano.....(¿por qué lo hacen?).....será para acca lo de matar....está tirado - .....será contrario... ..nomás eso tiene."

Lámina No 20 "Figura oscura ante iluminada de un hombre (o mujer) apoyada contra un farol en una noche cerrada." El paciente produjo la siguiente respuesta: "Aquí se nada rás come esqueleto, se me f gu a o en el agua."

Psicología clínica Interpretación del psicograma: Es un protocolo el que o amen se nc e. ran diez - respuestas de forma, algunas positivas y otras negativas. Produjo tres respuestas FK que nos indican su forma de adaptación ansiosa y cautelosa. Este psicograma puede compararse tanto en el grupo de los esquizofrénicos, como en el grupo de las demencias orgánicas, la arterioesclerótica.

Caso No. 9. Femenino de 59 años.

Diagnóstico Clínico: Trombosis cerebral derecha.

Antecedentes: Obtengo muy pocos datos, pues la memoria de la paciente casi no se conserva; recuerda haber sido sana; quedó huérfana a los nueve años. Escolaridad: aprendió a leer y a escribir. Casó y de su matrimonio hubo ocho hijos; actualmente vive con su esposo. No presenta parálisis ni afasia. Aparece disartria.

Su facies es inexpresiva, su atención penosa y dispersa. - se queja de no ver con claridad desde su accidente cerebrovas--

cular.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....64

Escala de Ejecución, C. I.....58

Escala Total, C. I.....59

Diagnóstico: Inteligencia muy Deficiente.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: Su inteligencia es muy deficiente, los puntajes bajos en todos los subtests nos indican que todos los procesos del pensamiento han sido más o menos igualmente perjudicados; ésto es propio de los peréticos y arterioescleróticos. (31)

Psicoprueba Raven: No comprende la consigna. Fallo.

Test de Expresión Desiderativa. Preferencias: Una planta, porque prenden y lucen.

Rechazos: no me gustaría ser animal, no me gustan los animales.

Test Gestáltico Visorotor de L. Bender: La forma de trabajo es desorganizada. Las gestalten casi no se conservan y las que lo hacen es en forma elemental. Es un Bender muy especial, pues la paciente utiliza guiones en lugar de puntos, lo que significa falta de control motor e inhibitor (4) en una de las figuras utiliza la letra "a" como elemento en vez de puntos; este test presenta los caracteres de las personas con problema de Demencia paralítica.

Test de Apercepción Temática: Sus respuestas son solamente enumerativas o descriptivas pero en forma elemental y estereotipada. Se puede observar la impotencia de su pensamiento que no produce. Lámina No. 8 NM "Joven sentada, con la barbi-lla apoyada en su mano, mirando a lo lejos hacia el espacio". Su respuesta fué: "Es una señora, es una señora nada más, es una señora nada más." En otras ocasiones agrega: "La señora piensa en sus hijos." No obtengo otros datos que informen acerca de sus contenidos anímicos.

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psicograma: Son las carencias las que predominan. Solo obtengo datos que me indican su ansiedad de naturaleza difusa; no se ad-

viertera otros contenidos anímicos. Es un aparato psíquico casi estático. Corresponde, según Henschach, a un caso de demencia arterioesclerótica.

**Caso No. 10. Masculino de 50 años.**

**Diagnóstico clínico: trombosis cerebral derecha.**

**Antecedentes:** En los primeros años de la infancia, tuvo preferencia por los juegos sociales; al morir su padre, el paciente tenía ocho años, motivo por el cual empezó a trabajar desde entonces como jornalero en el campo. Cambió poco a poco su actitud hacia el trabajo, pues los compañeros se burlaban de él por ser huérfano. **Escolaridad:** No recuerda los padecimientos de la infancia, pero ya de adulto es una persona enferma, con problemas de capacidad digestiva y cefaleas principales. Siempre ha sido astático y tuvo enuresis hasta los nueve años.

Casó a los 24 años, hubo cinco hijos de su matrimonio, actualmente vive con su esposa. Dice haber sido muy feliz.

Siempre ha tenido trabajos físicos pesados y a veces a temperaturas altas.

No aprecio parálisis, afasia ni disartria.

La actitud de este paciente es casi de euforia y aparece verborrea. Hace bromas y dice chistas de doble significado. Tiende a tomar una confianza que no he observado en los demás enfermos. Suspiciosa.

**WAIS:** Escala Verbal, C. I. .... 73

Escala de Ejecución, C. I. .... 65

Escala Total, C. I. .... 70

**Diagnóstico:** Inteligencia en el límite de la Normalidad.

**Análisis cualitativo de diagnóstico clínico:** su rendimiento intelectual presenta disminución y deterioro y, a través de sus respuestas se puede observar la anormalidad de su pensamiento; a la pregunta "¿en qué se parecen la noca y el árbol?" —

contesta: "se para la mosca en el árbol". Su psicograma sugiere, más que lo esperado en los casos de problema cerebral orgánico, un caso de esquizofrenia, según los grupos clínicos de Rapaport. (24)

Psicoprueba Raven: Puntaje 11. Percentil 25. Rango IV.

Diagnóstico: Su inteligencia no alcanza el Inferior al Término Medio.

Test de Expresión Desiderativa. Preferencias: Ningún animal, (¿ por qué?) no, mejor hubiera sido mujer, yo no; ser gente. La tierra, de donde somos y a donde vá el árbol.

Rechazos: La víbora, animal muy asqueroso. Rechazo por todo.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: Conserva cierta organización su forma de trabajo; hay perseveración, elaboración, regresión, desorientación en el espacio, lo que nos indica rasgos confusionales y problema de carácter esquizofrénico con rasgos depresivos. Aparece un deseo inconsciente de ser más de su sexo; también se presentan serias dificultades en la afectividad.

Test de Apercepción Temática: Sus relatos son más o menos normales en cuanto a la cantidad, pero no en la cualidad. Su pensamiento es en ocasiones incongruente e ideofugal. Aparece labilidad afectiva, depresión, autorreproche y la preocupación por problemas económicos con referencia seguramente desde la infancia. Se aprecia una ligera sintomatología paranoidea. En las producciones siguientes se puede apreciar algo de lo antes anotado. Lámina No. 15 "Un hombre delgado con las manos unidas, de pié entre lápidas sepulcrales." La respuesta fué: "Pobrecito, le pegó la tuberculosis a este pobre. Este señor está enfermo del pulmón, tuberculoso, bueno.....tiene ya trazas de que ya, ya es víctima, es ya difunto; es todo lo que le saco....la forma de él.....el pulmón y la tuberculosis es uno, verdad?"

Notemos la enorme distorsión de la realidad en lo siguiente: Lámina No. 19 "Cuadro fantasmagórico de formaciones nubosas

suspendidas sobre una cabaña campesina cubierta de nieve." Respondió lo siguiente: "Pos ésto sí, estos cuadros son como una ventana, no hay fórmula de casa ay pero.....estas dos ruedas me parecen como los focos de los carros que van hacia adelante, es la imaginación. Se me figura como un cotorro de cabeza amarilla o colorada.....(¿qué estará sucediendo allí?).....puede ser como una quemazón, no tiene estilo de eso, pero puede ser una quemazón, yo creo que es todo."

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psicograma: El aspecto intelectual es deficiente. En lo que se refiere a su afectividad el predominio de CF sobre FC indican que sus reacciones emocionales tienden a expresarse en forma incontrolada. La relación de sus respuestas K, no hablan de una intensa ansiedad - lo que correlaciona con su escasa memoria en el WAIS- y un serio desajuste que amenaza la organización de la personalidad; acentuando este dato, aparecen seis respuestas m y ningún movimiento humano, lo que nos está indicando que las tensiones internas son tan fuertes que no le permiten utilizar sus recursos interiores para la solución constructiva de los problemas de la vida diaria. La presencia de cuatro respuestas S en el protocolo, más que señalar una actitud opositora, nos indican un pensamiento psicótico esquizofrénico, puesto que se encuentran dos respuestas confabuladas y contaminadas. En resumen, parece que asistimos al momento en que el ego empieza a disgregarse.

*Caso No. 11. Masculino de 64 años.*

*Diagnóstico clínico: trombosis cerebral derecha.*

*Antecedentes: El paciente quedó huérfano poco después de nacer y los abuelos lo recogieron; recuerda que tuvo preferencia por los juegos sociales, haber sido agresivo. Su escolaridad alcanzó hasta el cuarto año de primaria, de donde se salió para ayudar a su abuelo en el trabajo. Recuerda haber padecido tifoidea.*

*Casó y del matrimonio hubo siete hijos; hace 25 años se -*



separó de la esposa y vive con una hija casada.

Empleja izquierda más acentuada en la mano. No aparece afasia; presenta disartria.

Su aspecto es bastante depresivo, con intereses muy reducidos; se muestra impaciente ante su problema actual y se advierte un desamparo afectivo que lo lleva a tener crisis de llanto.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....80

Escala de Ejecución, C. I.....63

Escala Total C. I.....72

Diagnóstico: Inteligencia en el Límite de la Normlidad.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: El rendimiento intelectual de este paciente se encuentra disminuido y aparecen varias respuestas deterioradas. Su psicograma coincide en algunos aspectos a lo que es característico de las personas con daño cerebral y, en otros, al grupo de esquizofrenias, según los patrones de dispersión de los grupos clínicos de Report. (24)

Psicoprueba Raven: Puntaje 10. Percentil 25. Rango IV.

Diagnóstico: Su inteligencia no alcanza el Inferior al Término Medio.

Test de Expresión Desiderativa. Preferencias: perro, por ser agradecido. Nogal, por dar sombra y fruto.

Rechazos: Chango, por ser animal horripilante. Huizache, porque no presta utilidad y es espinoso.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: La forma de trabajo es totalmente desorganizada; las gestalten no se mantienen y las figuras están desorientadas en el espacio e incompletas; dificultad con las líneas angulares y cruzadas; regresión a niveles primitivos, lo que indica una inteligencia decrementada y marcados rasgos confusionales. Este paciente dibuja solamente el lado derecho de las figuras -en el TAT y en el Rorschach, dirige sus respuestas solo a lo que se encuentra en el lado derecho- aunque las reconoce, no logra integrarlas, por lo que creo es muy posible se encuentre un problema de hemianopsia, o alguna

### *lesion en vías ópticas.*

Test de Apercepción Temática: Es un pensamiento con muy poca productividad, por lo que tengo que intervenir constantemente para obtener algunos datos. La totalidad de sus relatos carece de acción, los héroes conservan un tono depresivo y carente de intereses. La imagen que el paciente tiene de sí mismo podemos observarla en su respuesta a la lámina No. 3 VH "En el piso, contra un canapé se halla acurrucada una forma humana con su cabeza recostada sobre el brazo derecho. A su lado, en el suelo, un revólver." El paciente dice: "Un enfermo, me imagino que ha de estar como paralítico y ha de sentir unos dolores muy agudos, según se vé allí por la posición en que está.."

El paciente no conoció a su madre; en la siguiente respuesta podemos advertir lo traumático que es aún este hecho y como, por medio del estímulo -que él distorsiona según la necesidad inconsciente más urgente para liberar su angustia, llega a perder la distancia y al advertirse a sí mismo, surge la crisis de llanto. Lámina No. 7 VH "Un hombre canoso observa -- a un joven que mira malhumorado y con fijeza hacia el espacio? Produjo la siguiente historia: "Un señor, un joven al lado me -- imagino de su mamá, se vé que ella está contenta de estar al lado de él y él se vé un poco entristecido, ha de tener algún problema familiar, del hogar.....(¿qué piensa él?) podrá solucionar su problema?)....yo creo que sí, porque no hay consejos como los que dá a uno su mamá....es una ayuda muy grande....porque se anima uno más.....yo no supe nada de ésto pero me imagino, pasa un detalle y vé uno y pide consejo; yo con mi abuelita y, me decía, no te apures hijo, hazle de este modo y es -- una ayuda muy grande....(llora)".

En este TAT abundan las distorsiones de la realidad, incoherencias, omisiones, sentimientos de impotencia y soledad; un tono depresivo desesperado.

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psicograma: Las respuestas son solamente tres F+ y seis F-. Aparecen -- los siguientes signos de Piottowski (20): signo B= 9; signo ----

$T=1'40''$ ; signo  $M \neq 0$ ; signo  $F \neq 33\%$ ; ausencia de respuestas  $K$  y alto porcentaje de respuestas de forma  $=100\%$ . El signo  $Cn$  considerado propio de los problemas cerebrales, no aparece. -- Conclusiones: se trata de un psiquismo casi estático, característico de los dementes orgánicos.

Caso No. 12. Masculino de 64 años 8 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral derecha.

Antecedentes: Es un paciente que no puede dar suficientes datos por tener problema serio de memoria. Se ignora su conducta, relaciones interpersonales, preferencias y actitud; tampoco se puede saber acerca de los padecimientos de la infancia, aunque el enfermo asegura recordar desde que tenía dos años de edad; Escolaridad: curso la instrucción primaria, comercial y un año de Agronomía; dice que dejó los estudios pues nunca le gustó estudiar.

Aspectos de su vida afectiva: casó en 1924, de este matrimonio hubo una hija (de la cual nunca volvió a saber) dejó a la esposa y volvió a casar en 1938, tiene una hija a la que dice amar tiernamente y haber sido "como una madre para su hija". Actualmente vive con su segunda esposa.

Hemiplejía izquierda más acentuada en la mano. No presenta afasia ni disartria.

Se interesa por los estudios psicológicos, aunque advierte cierta ansiedad y suspicacia; estado de elación con tendencia a la euforia; labilidad afectiva. Pensamiento ideofugal con algunas incongruencias.

WAIS: Escala Verbal, C. I.....109

Escala de Ejecución, C. I..... 96

Escala Total, C. I.....104

Diagnóstico: Inteligencia Normal.

Análisis cualitativo de diagnóstico clínico: En lo subtests que peor se desempeña es en Retención de Dígitos, en donde se pone de manifiesto su problema de memoria, relacionado con ansiedad y forma atencional deficiente; en Ensamble de Ob-

jetos, además del bajo puntaje, puede observar una conducta muy especial del paciente, no pudo realizar el ensamble de la "mano", lo rechazó y se disgustó: (tiene su mano izquierda parálitica). Es un WAIS que reúne aspectos clínicos, tanto propios de los problemas cerebrales, como de los de tipo esquizofrénico.

Psicoprueba Raven: puntaje 14. Percentil 25. Rango IV.

Diagnóstico: Inferior al Término Medio.

Test de Expresión Desiderativa: (sus respuestas son más amplias y elaboradas que en otros casos) Preferencias: águila real, porque vive muy alto, mira de frente al sol, es brava y no dejada. Durazno, porque no le afecta el invierno y dá frute bonito.

Rechazos: víbora, símbolo de la hipocresía y cobardía, animal asqueroso. Hierba amargosa, porque no le han encontrado para qué sirva, aunque la coman los pájaros.

Test Gestáltico Visomotor de L. Bender: La forma de trabajo conserva organización, las gestalten se mantienen, pero el espacio le resulta insuficiente; las figuras están aumentadas de tamaño, no aparece desorientación en el espacio. Aparecen datos de una afectividad ambivalente; impulsividad. Problemas en el área sexual. Varios datos que nos indican sintomatología esquizoparanoide.

Test de Apercepción Temática: La producción fué abundante, en algunos de los relatos se presenta verborrea; en ocasiones su pensamiento es ideofugal, utiliza elementos simbólicos y carece de lógica en ocasiones. Se advierte la pérdida de la distancia en varias de sus historias. El paciente se identifica con la figura materna y muestra sentimientos hostiles hacia la figura paterna; hay un marcado componente femenino en esta personalidad. El tono afectivo se caracteriza por la dulzura y una actitud moralizadora. Varios de los relatos hablan de robos, asaltos y vicio; en otros, la fantasía sale del aspecto normal para entrar al patológico.

Veamos algunas de sus historias. Lámina No. 15 "Un hombre delgado con las manos unidas, de pié entre lápidas sepulcrales".

Produjo la siguiente historia: "Había un señor muy inteligente, él se creía mucho; un día se le ocurrió ir a un cementerio seño\_rita, y allí se dió cuenta de lo poco que valemos, encontró tum\_bas de sabios reconocidos en el mundo que allí estaban enterra--dos; le vino a la mente un letrero que vió a la entrada: "fui --lo que eres, serás lo que soy"; y también se dió cuenta de que --a la hora de la muerte todos somos iguales, ricos, pobres, sa---bios y los que no lo son; nada más la conciencia y el temor de --las obras malas, quién sabe cómo las vá a pagar, si es que no --las pagó ya. Este hombre salió con el alma apaciguada con el --fin de sembrar para cosechar."

Psicodiagnóstico de Rorschach. Interpretación del psico\_\_grama: Es uno de los pacientes que produjo más: quince respues\_\_tas. La inteligencia se encuentra bajo el término medio. Lo --que más llama la atención en este protocolo, es la cantidad de --respuestas K y c, en sus diferentes formas, cuya relación nos --indica una ansiedad marcada de la cual el paciente no tiene ----plena conciencia; la necesidad de afecto está jugando un papel --desproporcionado en el ajuste, sugiere una marcada dependencia --en el afecto a otros; también indica frustraciones afectivas en la infancia. En resumen: la pnesia de este paciente, lo lle--va a una confabulación de tipo paranoico y se advierte ya el de\_\_terioro hacia un síndrome esquizofrénico.

Caso Extremo. Masculino de 56 años 6 meses.

Diagnóstico clínico: trombosis cerebral izquierda.

El paciente llega a la consulta en camilla, con parálisis y pérdida total del lenguaje; no contesta ni con algún movimien\_\_to si entiende algo de lo que le digo. No puedo precisar el gra\_\_do de comprensión que tenga, pero debe tener alguna, pues utili\_\_za el único medio de comunicación de que dispone: las lágrimas, que nos advierten su impotencia y angustia.

Con la ejemplificación de este caso, solo he querido sub\_\_rayar el enorme daño que pueden causar los accidentes cerebrovas\_\_culares y, las condiciones en las que se puede encontrar una per\_\_sona en el momento menos esperado.

**CAPITULO V**  
**COMPARACION PSICODIAGNOSTICA**

**a) Diversidad de Contenidos Psicológicos.**

"Por razones que escapan a nuestra comprensión, alrededor del 90 por ciento de las personas son diestras y, en ellas, el hemisferio cerebral izquierdo desempeña un papel predominante en el lenguaje..." (8)

"...Dax, en 1836, llamó la atención por primera vez sobre la importancia particular del hemisferio cerebral izquierdo en el lenguaje..." (8)

"Todas las nociones previas sobre localizaciones cerebrales han debido ser reexaminadas a la luz de recientes investigaciones según las cuales los centros de la palabra no están muy bien definidos, como tampoco lo están las zonas correspondientes a determinadas actividades mentales. La neurocirugía ha demostrado que incluso la extirpación del área de Broca raras veces causa más que un defecto transitorio del habla". (36)

"Las interrelaciones entre ambos hemisferios cerebrales ha sido estrechamente examinada durante los últimos años, sobre todo en lo que se refiere a la palabra. Cuando el niño aprende a hablar, la porción posterior de la corteza temporal, entre las áreas auditiva y visual, se convierte en el centro de la palabra, pero en un solo hemisferio (generalmente el izquierdo). Si esta zona se destruye antes de los doce años de edad, el niño se vuelve afásico durante un año más o menos, recuperando después el uso de la palabra a medida que se utiliza el otro hemisferio. Pero si un adulto sufre la misma lesión, éste probablemente permanecerá afásico durante el resto de su vida." (36)

"El renombrado neurocirujano canadiense Dr. Wilder Penfield ha avanzado una hipótesis para explicar este fenómeno. Para el adulto es difícil o imposible transferir una función de un hemisferio a otro, debido a que las conexiones sinápticas del hemisferio afectado están ocupadas por mucho material que tiene que ver con las percepciones e interpretaciones

no verbales. Las conexiones intercelulares antes abiertas se han cerrado. Esta hipótesis parecería surgir del hecho de que la estimulación eléctrica del hemisferio no dominante puede a veces evocar experiencias visuales pasadas o una ilusión de interpretación visual, pero jamás ha producido afasia temporaria, como cuando se estimula el lado dominante." (36)

"...Todavía se discute con cuanta frecuencia la lateralidad de la corteza cerebral ocurre y la importancia de ello, pero no hay duda de que en algunas funciones, particularmente el lenguaje, un lado de la corteza es frecuentemente la dominante, mientras que el otro es el no dominante..." (18)

En estudios realizados con un grupo de pacientes, "... - Wisenburg y McBride concluyen que aunque las funciones lingüísticas están restringidas principalmente al hemisferio dominante, los recuerdos no lingüísticos no están." (18)

Se advierte cierta discrepancia en las opiniones de autoridades en la materia respecto de la dominancia o no dominancia del hemisferio cerebral izquierdo (en las personas diestras. En lo que se refiere al lenguaje, la opinión se inclina a considerar que sí es dominante. De cualquier manera, no ha de perderse de vista la posición holista en la que se propone que un daño en cualquier lugar del encéfalo comprometa su función total.

Clinicamente, por el conocimiento que se tiene del encéfalo, hemos de admitir, "variaciones en la estructura...Así -- como las personas tienen diferentes formas de caras y cuerpos, también sus cerebros varían en ambas estructuras, la que se -- observa a simple vista y la microscópica (Lashley, 1947). --- Las posiciones de las fisuras primarias y surcos ciertamente -- varían de una persona a otra. Así también lo hacen las for--- mas y tamaños de algunas de las mayores circunvoluciones. Es -- tas diferencias individuales entran naturalmente en el campo -- clínico. En dos diferentes individuos, lesiones que parecen -- dañar exactamente a las mismas regiones del encéfalo pueden -- afectar de cualquier manera diferentes áreas funcionales. Si --

las lesiones no producen los mismos déficits en la conducta, puede deberse a diferencias individuales de tamaño y forma de las partes del encéfalo." (18)

"...Existe la posibilidad, que sostienen algunos neurólogos, de que los individuos pueden diferir grandemente en -- las áreas de sus cerebros que son usadas y ampliamente desarrolladas (Nielsen)." (18)

"...El cerebro y la mente tienen complejas estructuras, por etapas estamos descubriendo que relación existe entre la estructura mental y la estructura cerebral." (36)

En el presente estudio pude encontrar un solo caso, el número 6 que presentó afasia visual, verbal y nominal y agrafia. En los casos 2, 5, 9, 11, se aprecia disartria.

Apraxia ideatoria aparece en los casos 1, 2, 4, 6, 9 y 11.

De igual manera se puede observar en la casuística de esta investigación, la diversidad de respuestas que nos revelan la capacidad intelectual y los contenidos anímicos propios de cada paciente. Esta afirmación de que los ejercicios psicofuncionales no son idénticos, ha de recordarnos que para comparar rendimientos intelectuales y contenidos psíquicos, hemos de ser cautos.

#### b) Aspectos Gestálticos, Intelectivos y Mnémicos.

Los pacientes que presentaron mayores anomalías gestálticas en la ejecución del Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, fueron: el Caso 11, en el que supongo se encuentra hemianopsia, debido a la forma de responder no solamente en esta prueba sino en todas las demás (omite lo que se encuentra en el lado izquierdo). En los Casos 1 y 9, estos pacientes se quejan de falta de agudeza visual desde su accidente cerebrovascular, puede suponerse que su lesión haya afectado las vías ópticas. Aunque en los tres casos los enfermos pudieron reconocer las unidades gestálticas presentadas, fallaron al ejecutarlas; es decir, que reconocen las figuras --



pero fallan al intentar integrar la respuesta; ésto puede ser debido a una alteración en la coordinación visomotriz. Así en el Caso 11, aparecen desorientadas y solamente la parte derecha de las figuras. El Caso No. 1, se distingue por sus severos rasgos confusionales y en el Caso No. 9, por la producción de gestalten primitivas y formas de ejecución propias de los dementes paralíticos.

Como se puede observar en esta prueba y, tomando en cuenta que los demás pacientes presentan anomalías muy variadas al realizarla, sin embargo peores gestalten se obtienen, no precisamente tomando en cuenta el hemisferio lesionado, sino cuando se supone debe existir una lesión en las vías ópticas.

El Estudio Comparativo de Puntajes Corregidos del WAIS (hoja siguiente) muestra los puntajes parciales que corresponden a cada subtest; las Escalas Verbal y de Ejecución, así como los Cocientes Intelectuales obtenidos por cada uno de los pacientes. En igual forma se han comparado los rendimientos intelectuales que reporta la psicoprueba Raven, así como los aspectos intelectivos del Rorschach.

La observación y consideración comparativa de todos estos datos en ambos grupos (pacientes con lesión de levo y de dextro hemisferio) permiten concluir que los rendimientos intelectuales son semejantes; las variaciones en cociente intelectual de un grupo a otro no son considerables. Aparece como "especial" el Caso No. 6, como ejemplo de rendimiento intelectual mínimo y, es precisamente el único paciente que presentó afasia (lesión de levo hemisferio); podemos suponer que cuando se presenta afasia -problema que inhabilita al paciente en su forma de expresión, comunicación, reconocimiento etc.- se puede asociar un descenso del rendimiento intelectual tan acentuado, que no es posible obtener el Cociente Intelectual.

## LEVO HEMISFERIO

## DEXTRO HEMISFERIO

W. A. I. S.ESTUDIO COMPARATIVO  
DE PUNTAJES CORREGIDOS.

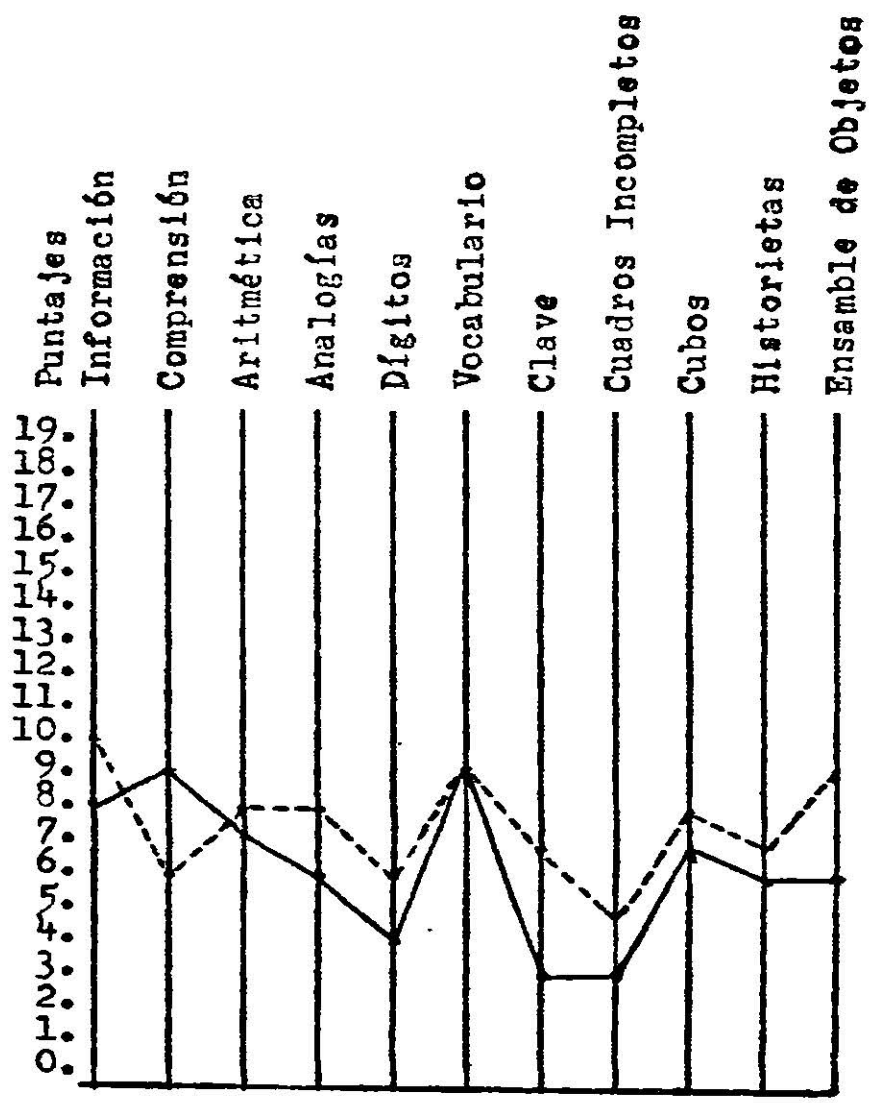
Caso No. 1 Masc. 47-5	Caso No. 2 Fem. 47-9	Caso No. 3 Masc. 57-5	Caso No. 4 Fem. 59-8	Caso No. 5 Masc. 62-2	Caso No. 6 Masc. 63		Caso No. 7 Masc. 32-10	Caso No. 8 Masc. 57-4	Caso No. 9 Fem. 59	Caso No. 10 Masc. 60	Caso No. 11 Masc. 64	Caso No. 12 Masc. 64-8
7	5	11	5	8	0	Información.	10	5	2	5	9	12
5	4	10	7	9	0	Comprensión.	6	4	4	9	9	15
8	4	9	9	7	1	Aritmética.	8	6	4	7	5	11
6	2	10	5	6	0	Analogías (Similitudes) <sup>†</sup> Dígitos.	8	6	3	4	4	10
1	0	4	6	4	0	(Retención de Dígitos)	6	2	1	1	1	4
9	5	10	9	9	0	Vocabulario.	9	5	4	7	9	13
16	20	54	41	43	1	Escala Verbal.	47	28	19	33	36	65
4	0	4	3	3	0	Clave. (Símbolos de Dígitos)	7	0	0	0	0	7
7	4	10	3	3	1	Cuadros Incompletos. (Completamiento de Figuras)	5	1	0	1	3	7
5	1	6	3	7	0	Cubos. (Construcción con Cubos)	8	5	4	6	5	9
6	2	6	0	6	0	Historietas. (Ordenación de Figuras)	7	0	0	0	0	6
6	1	6	4	6	0	Ensamble de Objetos. (Composición de Objetos)	9	4	1	3	1	5
28	8	32	13	25	1	Escala de Ejecución.	36	10	5	10	9	34
64	28	86	54	68	2	Escala Total.	83	38	24	43	45	99
78	63	98	85	87	46	Escala Verbal "C. I."	86	70	64	78	80	109
83	57	93	68	84	53	Escala de Ejecución "C. I."	82	59	58	65	63	96
79	58	96	77	85	--	Escala Total "C. I."	84	64	59	70	72	104

† La nomenclatura que aparece entre paréntesis es la que utiliza el Dr. David Rapaport, anotada en los subtests en los que difiere de la que usa la Dra. Ofelia Jarquín.

El hecho de no haber encontrado una discrepancia que pueda considerarse, entre los cocientes intelectuales de los pacientes con lesión de hemisferio derecho y los del grupo con lesión del izquierdo, pone de manifiesto que así como un daño ocurrido en cualquier área, compromete la función total del encéfalo, de igual manera, qued comprometido el rendimiento intelectual global, no teniendo mucha importancia cual de los hemisferios sea el lesionado.

Aunque los cocientes intelectuales de los pacientes son semejantes, las habilidades específicas no lo son. Se puede observar cómo difieren los puntajes y, en forma más objetiva cuando se comparan por medio de gráficas dos psicogramas (ver hoja siguiente).

Tenemos entonces semejanza en rendimiento intelectual global y diferencias específicas, que no alteran los cocientes intelectuales ya establecidos. Hasta aquí no se encuentra diferencia; en lo que sí puede observarla es en la siguiente relación: los pacientes que presentan hemiplejía obtuvieron mejores cocientes intelectuales que aquéllos que no presentan parálisis. Son los casos 1, 3, 5, 7, 11 y 12, en los cuales se encuentra un poco más conservada la inteligencia. Si recordamos que en la corteza cerebral, el área motora (4 de Brodmann) ha sido organizada en forma espacial para configurar la imagen del cuerpo deforme e invertida, se puede inferir, que las lesiones de esos pacientes, hemipléjicos, se encuentran en la parte media superior de esta área y por consiguiente, que lesiones en ese nivel, permiten suponer alguna preservación de la inteligencia.



Estudio Gráfico que muestra la variabilidad en el "factor específico" de la inteligencia, comparando los puntajes corregidos de los Casos:

No. 5, C. I. 85 —————

No. 7, C. I. 84 - - - - -

c) *Hallazgos Psicopatológicos.*

*Se entiende que a todo neurosistema con una determinada vía sensitiva o motriz dañada, se le dictamine un déficit funcional equivalente, puesto que es la misma vía. Así mismo hay que ver, que por idénticas que puedan parecer las agresiones a dos personalidades, ahora la igualdad de terreno ya no se dá. El campo operativo de la personalidad es peculiar en cada caso. Aunque ambos pacientes presenten igual disfunción neurológica, uno emigra hacia la manía depresiva mientras acaso otro con igual déficit orgánico declina hacia las formas crepusculares de la obsesión compulsiva o de la catatnía o del estupor. Donde se pone de manifiesto una vez más la individualidad de cada persona, la forma de vida, la manera de integrovivir, le han dado una personalidad con forma de expresión psicológica y patológica única.*

*Otro aspecto que interesa considerar, es el análisis cualitativo y comparativo de los subtests de la Escala de Intelligencia Wechsler en donde todo el grupo de pacientes obtuvo menores rendimientos. Estos fueron en los subtests Dígitos, Clave e Historietas, lo que indica pobreza en la atención, concentración, coordinación visomotriz y organización visual. En todos los Casos, los puntajes son mejores en la Escala Verbal que en la Escala de Ejecución, observándose una gran discrepancia entre las dos Escalas; ésto y un bajo puntaje en Cubos son "signos" característicos de trastorno orgánico; sin embargo se puede observar -como lo anoté en la casuística al hacer el análisis cualitativo de diagnóstico clínico del WAIS- que algunos de los pacientes en vez de obtener puntajes bajos en Cubos, lo hacen en Analogías (relacionado con distorsión del proceso ideacional del pensamiento) y en Cuadros Incompletos (relacionado con la concentración visual y un esfuerzo sistemático, voluntario y selectivo) ésto proporciona "signos" de un problema esquizofrénico. Quiere decir ésto, que al intentar clasificar a este grupo de pacientes con daño cerebral orgánico en los grupos clínicos, algunos parecen orientados -*

*hacia la esquizofrenia. (31)*

*Ahora bien, el hecho de que un paciente se pueda colocar en un grupo clínico o en otro, tiene una importancia relativa pues "...el cerebro actúa como un todo y su deterioro en un lugar afecta su funcionamiento como un todo..." (31)*

*"...Los defectos de la memoria son frecuentes luego de lesiones cerebrales y desempeñan un papel importante en la producción de los defectos intelectuales. Algunos de los tipos de prueba de los números dígitos son fáciles de realizar. Zangwill (1942-43) fue el primero en demostrar que la atención normal, es decir, la cantidad de números dígitos que el sujeto puede repetir correctamente después de oírlos una vez...El enfermo con déficit de memoria puede repetir menos dígitos que lo normal (7), y mostrar un umbral abrupto, vale decir fallar completamente para recordar uno más. Reynell registró el número total de dígitos reproducidos en escala ascendente y correctamente, agregados a los repetidos en escala descendente; el promedio es de 7 + 5..." (8)*

*El promedio de los dígitos repetidos por este grupo de pacientes es de 4 + 2. Esta disminución tan marcada nos está indicando que la función atenta del enfermo se encuentra disminuida y que la capacidad de concentración es muy deficiente. Además, según Rapaport "...debemos considerar la Retención de Dígitos como un test específico de la ansiedad..." Esta es otra de las cosas que nos está reportando la anotación baja en este subtest; esos estados de ansiedad suceden principalmente en neuróticos y depresivos, si la caída de puntajes es extrema debe considerarse la posibilidad de una psicosis. (24)*

*Estas caídas extremas en esos puntajes se encuentran en los Casos 1, 2, 6, 8, 9, 10 y 11, (que son los que presentaron afasia, apraxia ideatoria y disartria). Agregando esto a todos los datos que se encuentran en la casuística, tal parece que estos pacientes pasaron ya del terreno neurótico al psicótico.*

*En todos los demás Casos encontré patología psiquiátrica.*

Contenidos anímicos anormales, respuestas patológicas puestas de manifiesto por medio del TAT, el Rorschach y los aspectos proyectivos de las demás psicopruebas de la batería, lo confirman.

Se advierten formas neuróticas avanzadas que a veces se presentan en los estados psicóticos o fronterizos.

Según el Dr. Israel Wechsler, estas neurosis altas ocurren en ocasiones en forma de compensación traumática, donde intervienen factores muy variados de motivación. (33)

#### d) Nuevos Conceptos de los Pacientes y su Rehabilitación.

La consideración de todo lo expuesto en esta investigación de un grupo de pacientes remitidos a mi consulta como enfermos neurológicos, ha de llevarnos a aceptar que ese concepto original que se tenía de los enfermos ha de ser modificado, pues la perspectiva alcanzada con los estudios psicológicos — es distinta en amplitud y profundidad y me ha permitido señalar aspectos que no se habían advertido por la clínica neurológica.

Estos hallazgos nos permiten considerar ahora a estos enfermos, entre los grupos de neuróticos o psicóticos que amertitan un tratamiento psiquiátrico. A la vez, se subraya lo dicho por autoridades en la neurología moderna acerca de considerar a la neurofisiología como la base de los problemas psicológicos y psiquiátricos.

He tratado de demostrar cómo el psicólogo formado en la disciplina clínica y con sus propios Métodos de Investigación, puede observar y señalar aspectos que amplían y dan distinta orientación al concepto que se tiene de un paciente; aportaciones que no han de menospreciarse por su utilidad, ya que permiten al neurólogo y al psiquiatra —que dicho sea de paso, se encuentran con los problemas más complejos y difíciles de resolver, de toda la gama de enfermedades que afectan a la persona humana— complementar o modificar un tratamiento para —

tratar de conseguir el fin que se ha propuesto todo profesionalista que dedica su actividad a procurar la salud de los enfermos.

Uno de los intentos para aproximar al paciente a un estado de salud psicofísica, es el que se propone la rehabilitación. Ha de entenderse una rehabilitación lo más completa que se pueda proporcionar para llenar no solo el aspecto físico sino también el psíquico.

Sabemos cómo las anormalidades, las lesiones psíquicas, llegan en un momento dado a invadir con respuestas traumáticas el psiquismo ocasionando formas de reacción neurótica, que puede establecerse indefinidamente en una personalidad, y así, resulta de poca utilidad y éxito, por ejemplo, estar aplicando la fisioterapia a un paciente que no tiene interés en volver a mover sus miembros con cierta normalidad, porque obtiene alguna compensación de su estado actual, porque está evadiendo responsabilidades o situaciones más penosas, anteriores a su accidente, o quizá porque su estado de apatía es tal que le resulta igual aliviarse que no aliviarse.

No ha de pasar desapercibida la importancia que tienen los aspectos laborales. De manera muy especial en el hombre, es el trabajo una de las formas de expresión de la vida, del cual se pueden obtener no solo las resoluciones económicas, sino satisfacciones en el sentido de utilidad personal y social. El hecho de que inesperadamente el accidente neurológico imposibilita a la persona para seguir trabajando, viene a aumentar el índice de posibilidades para que en el campo propicio de algunas personalidades se desarrollen problemas de carácter psiquiátrico.

A la imposibilidad personal, se agregan problemas de tipo administrativo en el área laboral, económicos etc., que aumentan las dificultades para adaptarse a su nueva situación en el medio familiar y social.

A un gran número de estos enfermos se les incapacita, se les pensiona permanentemente, pero tienen también una gran --



necesidad de ayuda psicoterapéutica, de maniobras de rehabilitación para adaptarse y aceptar su nueva forma de vida, que no quiere decir necesariamente inactividad sino actividad distinta a la anteriormente efectuada.

No solo se trata de la ocupación, sino que es una especial que se les dá, que se les restituye. Lo ideal, la restitución ad integrum es en neurología un desideratum que no siempre se alcanza con fisioterapia u ortopedia y, el único camino que queda es el completamente psicológico, se les puede orientar tanto, que la dependencia que surge se alivie y no se sientan inhútiles y estorbosos. Esa forma ergoterapéutica es la clásica psicagogía. (30)

Habrán casos en que obtenciones mínimas por recuperación de funcionalismo somático aumenten la motivación para mejorar una psicoterapia e igualmente en personalidades ya bastante deterioradas por el stress del accidente angioencefálico, su readaptación familiar, social, religiosa o laboral, sorprenda de pronto con adelantos inesperados en las remisiones orgánicas.

Nuestra casuística nos ha ofrecido una variedad de talentos ante el accidente. Unos por indiferentes y preestuporosos, declinan hacia estados terminales. Otros pueden favorecer por sus ilusiones, mientras unos más se han empobrecido psíquicamente aunque su incapacidad física no resulte tan grande. (30) —

## C O N C L U S I O N E S

Así, es de concluir:

1o. Que la aplicación de pruebas psicológicas en los pa-  
cientes neurológicos ha señalado en todos los casos directri-  
ces clínicas que no se habían advertido.

2o. Que ésto no ocurre porq e las pruebas psicológicas --  
vayan a dictaminar procesos neurológicos -aunque si pueden ad-  
vertir la posibilidad de su existencia aún antes de que apa-  
rezcan los síntomas neurológicos- y que el hecho de tomar en --  
las pruebas psicológicas a toda la persona, me ha permitido ---  
estos descubrimientos.

3o. Por lo tanto, que las observaciones que yo he hecho --  
han sido obtenidas exclusivamente por medio del Psicométodo --  
de Investigación -historia psicoclínica, entrevistas y pruebas  
psicológicas.

4o. Que los rendimientos intelectuales de personas con --  
lesión de levo y, de dextro hemisferio, son semejantes. Que --  
la inteligencia parece preservarse en relación inversa con el --  
grado de parálisis, es decir, que a mayor parálisis, mejor ren-  
dimiento intelectual.

5o. Que así como se utilizan los servicios de especia --  
listas; radiólogos, microbiólogos, fisioterapeutas etc., hay --  
que reconocer el valor del auxilio del psicólogo en el Labora-  
torio de Estudios Psicológicos y Psicopatológicos.

6o. "...Es desafortunado que el sujeto se encuentre aban-  
donado en una especie de "tierra de nadie" entre la psiquiatría  
y la neurología, porque el psiquiatra no puede ser llamado a --  
ver pacientes hasta que ellos han alcanzado un avanzado esta-  
do de deterioro. Por otra parte, el neurólogo y el neurociru-  
jano en su lucha con las lesiones cerebrales focales comunmen-  
te dan más atención a los aspectos físicos que a los mentales  
de sus casos. Esto no sucede, naturalmente, con desórdenes --

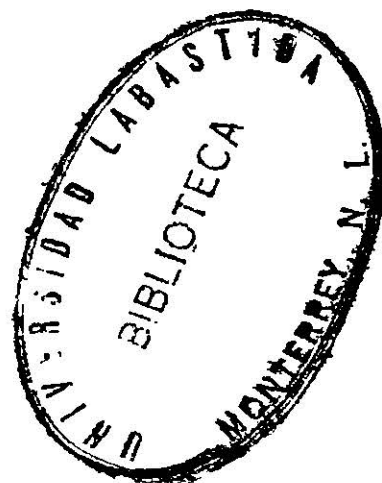
del discurso y del lenguaje y con otros aspectos de agnosia y apraxia. Pero su acceso está influido por la tradicional teoría del mosaico de la función cerebral, así que con lesiones focales circunscritas, ellos esperan solamente defectos intelectuales selectivos, las características y magnitud de los cuales no han sido siempre correlacionadas con aspectos más generales de la función intelectual y la conducta. En ausencia de una evidencia gruesa, ha sido tácitamente aceptado que la función intelectual en general no tiene disturbios. Por el contrario, cuando los signos de deterioro intelectual han aparecido para ser desproporcionadamente grandes, se ha asumido que los resultados de las pruebas mentales ya no son necesarios." (2)

Que esta evidencia gruesa la presentó solamente el Caso No. 6 y, que todos los Casos presentaron un rendimiento intelectual decrementado y un pensamiento enfermizo con evidencias de deterioro, propias ya de personas con anomalidades de carácter psiquiátrico.

7o. Habiendo esclarecido en la presente Tesis lo que se refiere a las actividades propias del psicólogo en un campo de investigación, esa "tierra de nadie", que es precisamente la del psicólogo y, que es colindante con la del neurólogo y la del psiquiatra, se impone concluir la necesidad de una labor conjunta para el manejo más completo de los pacientes, en lo que se refiere a los aspectos psicológicos: a) cuando aparecen los síntomas prodrómicos de los padecimientos cerebrales. b) En el caso de los pacientes con lesión cerebral que no presentan la evidencia gruesa a la que se refiere el Dr.-Allison.

8o. El hecho de haber encontrado patología psiquiátrica en todos los pacientes viene a subrayar la necesidad de utilizar la Metódica Psicopatológica en todas las personas que acuden a la consulta del psicólogo, del neurólogo y del psiquiatra.

· 9o. Con los anteriores informes que apoyan y esclarecen la clínica, concluimos la urgencia de aplicar la rehabilitación psicológica y la ergoterapia, que son labores del psicólogo, psicoterapeuta o ergoterapista, según el caso.



B I B L I O G R A F I A

- 1.- ADLER ALFRED, *El Carácter Neurótico*, 2a. ed. (Buenos Aires, Paidós, 1959)
- 2.- ALLISON R. S., *The Sentile Brain* (London, Edward Arnold, 1962) 3, 12, 13, 112-115, 224, 226, 240, 241.
- 3.- ALLPORT GORDON. W., *Psicología de la Personalidad*, 1a. ed. (Buenos Aires, Paidós, 1961)
- 4.- ANDERSON Y ANDERSON, *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico* (Madrid, Rialp, S. A., 1963) 390.
- 5.- BELL JOHN E., *Técnicas Proyectivas* (Buenos Aires, Paidós, 1956) 449-451
- 6.- BENDER LAURETTA, *Test Gestáltico Visomotor -Manual y Material-* (Buenos Aires, Paidós, 1955) 11, 24.
- 7.- BOHM EWALD, *Vademecum del Test de Rorschach* 1a. ed. (Madrid, Morata, 1962)
- 8.- BRAIN, SIR RUSSELL, *Enfermedades del Sistema Nervioso* 5a. - ed. (Buenos Aires, El Ateneo, 1958) 82, 85, 86, 254, 258, 268, 269, 271, 273, 817-820, 824-830, 833.
- 9.- CARDENAS Y CARDENAS JUAN, *Neurología* (México D. F., Méndez Oteo, 1959) 245, 246.
- 10.- CERDA E., *Psicología Aplicada* (Barcelona, Herder, 1960)
- 11.- CHERRY COLIN, *On Human Communication* (New York, Technology Press & Wiley, 1957) 67, 68, 70, 71, 109-111, 243, 244.
- 12.- GARRETT HENRY E., *Las Grandes Realizaciones de la Psicología Experimental* 2a. ed. (México, F.C.E., 1958) 34, 40-43.
- 13.- GONZALEZ MORAL I. S. I., *Metodología del Trabajo Científico* (Santander, Sal Terrae, 1960)
- 14.- HARROWER M. R., *Appraising Personality* (New York, W. W. Horton & Co. Inc., 1952) 49-63.
- 15.- KLOPFER BRUNO, *Developments in the Rorschach Technique* (New York, Harcourt, Brace & World Inc., 1954) Vol I, 285. Vol. II, 614, 301.
- 16.- LOZANO DE LA GARZA NORA, *Metódica Psicopatológica*, Tesis de Grado, Monterrey, N. L., 1963.
- 17.- MANTER JOHN T., *Neuroanatomía y Neurofisiología Clínicas* 1a. ed. (México, Interamericana S. A., 1961)

- 18.- MORGAN C. T., & STELLAR ELIOT, *Physiological Psychology* (USA, Mc. Graw Hill Book Company Inc., 1950) 502-505, -512-516, 519, 520.
- 19.-MURRAY H. A., Y COL., *Test de Apercepción Temática 2a. ed.* -Material y Manual- (Buenos Aires, Paidós, 1958) 74-77, 148-150.
- 20.- PASCUAL DEL RONCAL F., *Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach* (México, The University Society Mexicana S. A., 1949)
- 21.- PICHOT PIERRE, *Los Tests Mentales 1a. ed.* (Buenos Aires, -Paidós, 1960) 39, 51, 105.
- 22.- PONS A. P., Y COL., *Patología y Clínica Médicas 1a. Ed.*, -Tomo IV Enfermedades del Sistema Nervioso (Barcelona, Salvat, 1952) 149, 150, 424, 425, 433.
- 23.- RANSON S. W., CLARK S. L., *Anatomía del Sistema Nervioso 10a. ed.* (México, Interamericana, 1963) 326-329, 348, 350, 352.
- 24.- RAPAPORT DAVID, *Tests de Diagnóstico Psicológico* (Buenos Aires, Paidós, 1959) 22, 23, 40-48, 52-64, 68-85.
- 25.- RAVEN J. C., *Test de Matrices Progresivas -Material y Manual 4a. ed.* (Buenos Aires, Paidós, 1961) 14, 15.
- 26.- REDKEY HENRY, *Rehabilitation Centers Today* (U. S. Department of Health, Education and Welfare. Washington, D.C., 1959)
- 27.- RORSCHACH H., *Psicodiagnóstico 3a. ed.* (Buenos Aires, Paidós, 1961) 24, 226-230, 248.
- 28.- STERN WILLIAM, *Psicología General* (Buenos Aires, Paidós, -1957) 110-113, 305, 306, 187, 193, 467.
- 29.- URIBE MARTINEZ F., *Formas Sociales del Psiquismo* (Monterrey, N. L., Paurac, 1947)
- 30.- URIBE MARTINEZ F., *Seminario de Tesis, Comun. Pers.*
- 31.- WECHSLER DAVID, *La Medición de la Inteligencia del Adulto -* (La Habana, Cultural, 1955) 3, 7, 11, 13-15, 103, 211-247.
- 32.- WECHSLER DAVID, *Wechsler Adult Intelligence Scale -Manual y Material-* (New York, The Psychological Corporation, 1955)
- 33.- WECHSLER ISRAEL, *Neurología Clínica 6a. ed.* (México, Uteha, 1949) 73-77, 86, 284-299; 599, 627.
- 34.- WHITNEY F. L., *Elementos de Investigación* (Barcelona, Omega, 1958)
- 35.- WOLFF WERNER, *Introducción a la Psicopatología 2a. ed.* (México, F. C. E., 1960)
- 36.- REVISTA M D, *En español. Vol. II, Num. 10. Oct. 1964. 38-43.*



**BIBLIOTECA**

000309

CLASIF.

FOLIO:

000309

VENICE

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AUTOR:

Flores Cavazos, Armida.

TITULO: Comparación psicodiagnos-  
tica en pacientes neurologicos de  
levo y de dextro hemiesferio.

000309



