

9
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MEXICO

PSIQUIATRIA

Estudio Clínico de
los Delirios Sistemizados
Alucinatorios

TESIS

QUE PRESENTA PARA SU EXAMEN GENERAL
DE MEDICO, CIRUJANO Y PARTERO

FRANCISCO NUÑEZ CHAVEZ

DE LA FACULTAD NACIONAL DE
MEDICINA DE MEXICO



MEXICO, 1926



DEDICATORIA

El examen profesional que sustenté es la cristalización de múltiples esfuerzos no sólo míos, sino de todos aquellos en quienes encontré un apoyo para hacer mi carrera.

A ellos, a los que me prestaron su ayuda o me dieron un consejo, a todos los que amo, dedico esta tesis, fruto de mis desvelos y resultado de mis estudios en PSIQUIATRIA.

A mis padres, el Señor Don Nicolás Núñez y Doña María Chávez de Núñez, en justa correspondencia a su cariño, el principal estímulo que he tenido para luchar en la vida.

A mis hermanos, como demostración de mi afecto.

A mis maestros y especialmente entre ellos, a los señores Doctores D. Adolfo M. Nieto, D. Alfonso Pruneda, D. José Torres Torija, D. Salvador Ruano y D. Santiago Ramírez, de cuyos labios escuché brillantes lecciones de Clínica y Patologías y de quienes guardo muy gratos recuerdos.

Al señor Dr. D. Luis A. García, cultivador de la Psiquiatría, a cuya rectitud y honradez profesional rindo el tributo de mi admiración.

A mi sincero amigo el señor Dr. D. Samuel Ramírez Moreno, cuyas enseñanzas de Psicología Patológica quiero saber apreciar, con el deseo de ser un modesto colaborador suyo en la obra que se ha impuesto: difundir la Psiquiatría en México.

Y, finalmente, a mis amigos los Doctores D. Baltasar López, D. José B. Ibarrola Grande y D. Guillermo Dávila G., a cuyo recuerdo está vinculado el de los momentos más agradables de mi vida estudiantil.

HONORABLES SEÑORES JURADOS:

Felizmente la cátedra de Psiquiatría que con mucha injusticia había sido olvidada, vuelve a formar parte del plan de estudios en la Facultad de Medicina, y aunque no ha alcanzado su pleno desarrollo, cosa laudable es el hecho de que empiece a dársele la importancia que merece.

Los médicos que ejercen en poblaciones alejadas de los centros donde puede haber especialistas, necesitan llevar un acopio de conocimientos en materia de enfermedades mentales que los oriente cuando el ejercicio profesional los obligue a penetrar en los misterios de una mente enferma.

He tenido oportunidad de ver numerosos certificados médicos con que algunos enfermos llegados de provincia ingresan a los sanatorios de alienados, y es tal ignorancia de la Patología mental que en ellos se observa, que el médico que expidió tal documento revela ser tan profano, en ese respecto, como puede serlo el Juez de Letras o el Secretario del Ayuntamiento sus conterráneos.

Y si esto sucede cuando se trata de enfermos cuyos trastornos psíquicos son manifiestos y ponen en evidencia su estado de enajenación mental, ¿cuál será la situación de estos médicos frente a esos otros enfermos cuya vesania se oculta tras de apariencia razonante más o menos lógica? ¿Qué hará frente a un paranoico, frente a un etopsicópata, frente a un fronterizo? ¿Cómo podrá preveer para evitar las reacciones antisociales de esos enfermos, cómo explicarlas en los peritajes médico-legales para hacer que a este loco no se le mande a la cárcel, sino al manicomio?

La importancia de la Psiquiatría salta a la vista.

Al escoger, Honorables Señores Jurados, el tema que habré de desarrollar para asunto de esta tesis, he querido corresponder con mi pequeño esfuerzo a la obra meritoria que hacen la Universidad Nacional y la Dirección de nuestra Escuela de Medicina al rehabilitar la cátedra de Psiquiatría.

Mi trabajo es modesto, quizá incompleto a pesar de mi empeño, pero concedédme que sienta la satisfacción de decirlos que el criterio, bueno o malo que lo rige, es el que yo me he formado por la observación personal que he hecho de los enfermos mentales durante los años que los he atendido.

Que sea, Señores, el entusiasmo que traigo a mi examen y el esfuerzo que mi trabajo significa los que me alcancen vuestra aprobación para ver realizado el anhelo de mi vida: ser médico.

México, septiembre de 1926.

HISTORIA,



La frecuencia con que las ideas de persecución se presentan en los delirantes crónicos, ha hecho que los alienistas de todos los tiempos estudien preferentemente los delirios sistematizados desde el punto de vista de esas ideas, desechando o concediéndoles importancia muy secundaria a otras ideas que dan tema también a delirios sistematizados.

Pinel y Esquirol, sin llegar a individualizarlos, los describieron confusamente dentro de la **Lipemanía** y de las **Monomanías**.

Laségue, en 1852, sintetizó en una forma nosográfica especial todos los estados psicopáticos en los cuales las ideas delirantes de persecución sistematizadas y no sistematizadas representan el síndrome esencial y posteriormente los que le han sucedido, sin dar la descripción exacta de los delirantes perseguidos, se limitaron a seguir su esfuerzo nosológico, introduciendo divisiones cuyos conceptos han agrupado en forma poco ordenada.

En el **Delirio de persecución de Laségue**, J. Falret aisló en 1878 un aspecto particular, el **Delirio de los perseguidos-perseguidores** que caracterizó por la predisposición hereditaria, la constitución orgullosa y la ausencia de alucinaciones y de evolución demencial; pero sobre todo, por la tendencia a las reacciones agresivas y violentas.

Desde la época de Falret se formó la división de dos grupos de delirios:

- 1o.—El **Delirio de persecución tipo Laségue-Falret**.
- 2o.—El **Delirio de los perseguidos-perseguidores tipo Falret**.

Sin embargo, cuando en 1882 Magnan introdujo en la nosología la **degeneración mental**, vino a complicar la división de estos delirios, pues a unos los hizo sintomáticos de la **degeneración mental**, en tanto que a otros los consideraba fuera de la **degeneración mental** y de este modo formó la clasificación siguiente:

- 1o.—**Delirio de los degenerados:**
 - a) — **Delirios primitivos.**

b)—**Delirios sistematizados de los degenerados.**

c)—**Delirio de los perseguidos-perseguidores.**

20.—**Delirio no degenerativo:**

a)—**Forma única: Delirio crónico sistematizado de evolución progresiva.**

Conforme a esta manera de ver de Magnan, se conservó la integridad del **Delirio de los perseguidos-perseguidores tipo Falret**, mas no así el **Delirio de persecución tipo Laségue-Falret** que se desmembró en tres formas de las cuales dos (a y b) están ligadas a la **degeneración mental**.

Los **Delirios primitivos** se presentan con principio brusco en los degenerados, evolucionando con alucinaciones, ideas delirantes múltiples, alternativas de excitación y de depresión, pero llegan a curar en algunas semanas o en algunos meses; son, pudiéramos decir, **brotos agudos delirantes en los degenerados**.

Los **Delirios sistematizados de los degenerados** son ya iniciales, ya secundarios a los **Delirios primitivos** y se caracterizan por la sistematización de un delirio alucinatorio.

El **Delirio de los perseguidos-perseguidores** conservó su integridad como lo delinea Falret.

El **Delirio no degenerativo** o sea el que conserva aun la denominación de **Delirio crónico de Magnan**, tiene sistematización delirante, se presenta, según su autor, en sujetos no degenerados y sigue cierta evolución progresiva que comprende cuatro fases:

1a.—**Fase hipocondríaca.**

2a.—**Fase alucinatoria.**

3a.—**Fase megalomaniaca.**

4a.—**Fase demencial.**

Kraepelin, en 1899, presentó una clasificación nueva que fué aceptada desde luego por la **Psiquiatría Italiana** y solo en parte por la **Francesa**. Esta clasificación de Kraepelin que pecó de exagerada, reunía el **Delirio de persecución tipo Laségue-Falret**, el **Delirio primitivo de los degenerados**, los **Delirios sistematizados de los degenerados** y el **Delirio crónico de Magnan**, dentro de la **Esquizofrenia**, especialmente en la **forma paranoide**.

Acercá de esto último no quiero por el momento insistir por haber sido ampliamente tratado por Dávila en reciente trabajo. (1)

Junto a la **Esquizofrenia**, Kraepelin introdujo otra forma nológica: la **Paranoia**, cuyo significado en la **Psiquiatría Alemana** es igual a **Delirio sistematizado**.

El insigne alienista germano ha ampliado sus estudios y en

(1) Guillermo Dávila G. "Estudio clínico de la Esquizofrenia y de sus diferentes formas clínicas" México, 1925 pág. 135 a 142.

recientes obras habla de las **Parafrenias** en que subdividió la **Demencia precoz paranoide** y en las cuales quedan comprendidos todos los delirios que acabamos de mencionar.

La **Paranoia** propiamente dicha, y de acuerdo con el uso que a este término se le ha dado, comprende, es cierto, los **Delirios sistematizados**, pero sólo aquellos delirios sistematizados sin alucinaciones y sin evolución demencial, que además se desarrollan lentamente y en un terreno degenerativo particular (**constitución paranoica**) la cual, en el fondo, es una perturbación original de la personalidad, que se manifiesta por: **desconfianza, egoismo y orgullo**.

En la **Paranoia** quedan comprendidos, por lo tanto, el **Delirio de los perseguidos-perseguidores tipo Falret** y todas las formas no alucinatorias de sistematización clara y ricas en interpretaciones delirantes.

La clasificación de Kraepelin comprende por lo tanto:

10.—Los **delirios alucinatorios de evolución demencial**, formas adquiridas, que quedan comprendidos en la **Esquizofrenia**.

20.—Los **delirios no alucinatorios, sin evolución demencial**, formas constitucionales, que están comprendidos en la **Paranoia**.

Son, en estos últimos tiempos, Sériex y Capgras en Francia los que de manera clara estudian e individualizan los delirios sistematizados alucinatorios y no alucinatorios.

Para muchos autores en la actualidad, los delirios sistematizados deben ser estudiados conjuntamente, considerándolos desde un sólo punto de vista: que sigan o no una evolución demencial.

De acuerdo con esto se agrupan en dos categorías:

1a.—**Las demencias paranoides**, representadas por todos los delirios sistematizados alucinatorios **que caminan hacia la demencia**.

2a.—**La Paranoia**, propiamente dicha, compuesta de los delirios sistematizados razonantes, no alucinatorios, **que no conducen a la demencia**.

Aunque esta división es bastante apropiada, no está al abrigo de la crítica cuando se trata de aclarar el lugar etiológico que les corresponde.

Otro tanto sucede cuando se intenta diferenciar sus variedades.

Kraepelin y su escuela colocan las **Psicosis demenciales paranoides** y la **Demencia precoz** dentro de las **Psicosis demenciales endógenas**.

Pastore y la Escuela de Génes refieren que la **Paranoia**, la **Demencia precoz paranoide**, la **Demencia Fantástica** y algunas **psicosis más**, no serían sino el paso a la demencia de otras enfermedades mentales como la **Melancolía** y la **Psicosis Maniaco-depresiva**.

Estos puntos de investigación etiológica y psico-patológica no son los que desarrollaré en esta tesis, sino que voy a referirme

exclusivamente al estudio clínico de los Delirios Sistematizados Alucinatorios, anotando en cada tipo observado por mí, el aspecto que presenta y la evolución que sigue.

SINONIMIA



- 1o.—Paranoia alucinatoria. (Dereum).
- 2o.—Paranoia crónica persecutoria. (Victorio y Cociña).
- 3o.—Demencia precoz paranoide; forma Paranoica fantástica. (Weygandt).
- 4o.—Parafrenia, forma sistemática. (Kraepelin).
- 5o.—Delirio crónico. (Magnan).
- 6o.—Delirio de Persecución, tipo Laségue.
- 7o.—Psicosis sistematizada alucinatoria crónica. Rogués de Fursac).
- 8o.—Delirio alucinatorio crónico. (Sérieux y Capgras).
- 9o.—Esquizofrenia. (Bleuler).
- 10.—Psicosis alucinatoria crónica. (Gilbert-Ballet).

Todas estas denominaciones que se han dado a los **Delirios Sistematizados Alucinatorios**, más que sinonimias, indican las confusiones en que algunos autores han incurrido con respecto a estos síndromos y otros que, como intentaremos demostrar, son completamente independientes.

DEFINICION



La mayor parte de los autores de Psiquiatría, al definir los **Delirios Sistemizados Alucinatorios**, se refieren casi exclusivamente al **Delirio Crónico de Magnan**, porque es el que ha sido mejor estudiado, ya que a las otras formas de estos delirios les conceden poquísima o ninguna importancia no obstante que son muy frecuentes y revisten gran interés clínico.

Para definir los **Delirios Sistemizados Alucinatorios** es indispensable considerar, dentro de los diferentes aspectos que revisten, el fondo y los caracteres clínicos comunes que a todos los unifican y que son: **delirio sistemizado y alucinaciones multisensoriales con larga conservación de la actividad psíquica.**

El punto en que principalmente divergen es el lo relativo a la evolución que siguen, pues si la mayoría, inclusive el de Magnan, se terminan en demencia, algunos otros no llegan a ella.

Tomando en cuenta tales caracteres, de manera provisional podemos definir clínicamente a los **Delirios Sistemizados Alucinatorios** como: **síndromos mentales crónicos caracterizados por ideas delirantes fijas, bien organizadas y de extensión progresiva; por alucinaciones multisensoriales y que terminan o no en demencia.**

Esta definición se modificará cuando llegue a conocerse la Etiología, la Patogenia o la Anatomía Patológica de tales delirios.

ETIOLOGIA



FRECUENCIA: Las psicosis delirantes sistematizadas alucinatorias son padecimientos bastante frecuentes: Laségue encontró un 14% en relación con otras enfermedades: Legrand du Saulle, 16%; Foville alcanzó un 20%.

En 61 enfermos internados en el Sanatorio "R. Lavista" de Tlalpam encontré 9 delirantes sistematizados o sea una proporción de 14½%; proporción que he visto conservarse durante tres años que he tenido que atender enfermos mentales en el Sanatorio.

HERENCIA: Magnan considera el **Delirio Crónico de evolución demencial, como adquirido** y lo opone a los Delirios de los Degenerados; Kraepelin, Dény y Camus admiten también que es de origen adquirido.

Otros afirman que "no deben de ser separados de los enfermos que tienen constitución morbosa y la herencia es un factor etiológico fundamental", pues son enfermos que generalmente tienen muchos antecedentes. Esta herencia, de paso lo anticipamos es semejante a la de los interpretadores y reivindicadores; en general, a. grupo de los paranoicos.

La herencia es, a nuestra manera de ver, el factor esencial para el desarrollo de estas psicosis.

SEXO: Los **Delirios Sistematizados** son más frecuentes en la mujer que en el hombre: Laségue en 96 enfermos encontró 58 mujeres y 38 hombres; Legrand du Saulle en 140 enfermos, 81 mujeres y 59 hombres.

Para 30 mujeres enfermas de diferentes padecimientos mentales, encontré 6 delirantes sistematizadas y en cambio en 31 hombres solamente 3 presentaban este síndrome.

EDAD: La edad media (30 a 40 años), cuando el individuo ha alcanzado su pleno desarrollo psicológico y orgánico es la época propicia en que los **Delirios Sistematizados** hacen su aparición en la vida de las personas, no interviniendo para ello, al menos de una manera claramente necesaria, el grado de cultura o civilización adquirida anteriormente; pues lo mismo he observado este padeci-

miento en personas de basta ilustración como profesionistas, etc.; como en individuos carentes de ella o adquirida en grado deficiente.

RAZA: La influencia que pueda tener la raza no está bien estudiada.

CAUSAS ADQUIRIDAS: Son importantes, sobre todo las infecciones, de las que ocupan prominente lugar la **tuberculosis** y la **fiebre tifoidea**.

Por de contado que influyen todas las toxi-infecciones por atenuadas que sean.

Clerambault les dá un papel esencial a estas últimas "**determinando el automatismo basal, inicial, cuyo delirio, secundario, no sería sino la interpretación**"; para él, "los enfermos pueden ser, pero no fatalmente, paranoicos", es decir, constitucionales.

Las intoxicaciones exógenas y entre estas principalmente el alcoholismo y otras toxicomanías influyen de manera notable; bien produciendo síndromos agudos y transitorios que no quedarían comprendidos en mi estudio y que desaparecerían con la causa que los motivó, o bien despertando un padecimiento latente, que puede ser un delirio sistematizado y que perdurará aunque desaparezca la causa ocasional.

Por lo demás, las toxicomanías son ya de por sí, una manifestación de neuropatía.

OTRAS CAUSAS: El misticismo en todas sus formas y el espiritismo en particular, favorecen la desarmonía psíquica, siendo para Levy-Valensi, factores adyuvantes de la **Psicosis Alucinatoria Crónica**.

Nosotros creemos que el misticismo, el espiritismo, las ciencias ocultas y otros conocimientos más o menos misteriosos a los que se entregan con frecuencia estos individuos antes de que se les manifieste su padecimiento de una manera ostensible, no son propiamente causas adyuvantes, sino que ya están enfermos cuando se añoran a esta clase de estudios; pues ya su imaginación alterada, dentro del conflicto general que se inicia en su psiquis, busca la acogida en todas estas cosas que se alejan de la lógica y de la razón sanas.

Hemos tenido oportunidad de ver numerosos enfermos; **paranoicos, dementes precoces, delirantes sistematizados alucinados, melancólicos** y otros que se habían entregado a **prácticas de espiritismo, magnetismo, etc.**, en épocas anteriores inmediatas a aquella en que se desarrolló su psicosis y por informes que nos han proporcionado los familiares, hemos sabido que coincidían estas **prácticas con rarezas de carácter y extravagancias** que nos revelan ya el principio de la enfermedad mental.

Este hecho común a varias enfermedades mentales no tiene en nuestro concepto la importancia que el autor antes mencionado,

quiere darle y sólo puede considerarse, en último caso, como un factor de apresuramiento en la evolución de los **Delirios Sistematizados Alucinatorios**, que puede orientar en ocasiones los motivos de sus sistemas delirantes.

PATOGENIA



Si el conocimiento de las causas que existen en casi todas las enfermedades mentales es aún muy obscuro y sólo a través del tiempo van anotándose algunas ya determinantes, ya predisponentes excepcionalmente eficientes; ¿Qué podremos decir de la patogenia?

Se ha convenido dar ciertos nombres a algunas causas que no es posible precisar con todos los detalles completos y así se ha hablado y se habla de la **herencia**, de los **traumatismos morales y físicos**, de las **intoxicaciones**, de las **infecciones**, del **medio** y por tanto de las **condiciones sociales** y de las **costumbres** de la época, etc., etc.

Pero en realidad, todos estos factores sólo se conocen de un modo vago, por los hechos de observación clínica. ¿Quiere esto decir que sean de absoluta influencia en la producción de las enfermedades mentales? Indiscutiblemente que no; pero aquí, como en todos los fenómenos biológicos, es imposible partir desde un sólo punto de vista y en el caso concreto, no hay una causa única para producir una enfermedad, hay pluralidad de causas de diferente intensidad, de diferente aspecto, que se combinan, se suman de tal modo que constituyen sistemas que presentan un engranaje tan perfecto que su acción es sinérgica.

Si en lo referente al simple conocimiento y enumeración de las causas nos encontramos en gran imprecisión; ¿Cómo podremos determinar su manera de obrar?

Para que las condiciones etiológicas se pongan en juego y originen la producción de una enfermedad mental, indiscutiblemente que existen mecanismos complejÍsimos que están muy lejos de nuestro claro conocimiento.

El gran error de muchos alienistas ha sido explicar la patogenia considerando el desenvolvimiento de una sola causa, de allí las épocas de áuge que han tenido los conceptos, de **herencia**, que con cruel fatalismo ve aparecer en la vesania de los hijos la locura de los padres; de la **cenestesia**, cuyos trastornos, originados por perturbaciones funcionales de los órganos de la economía, llegan al psiquismo en forma de sensaciones extrañas que alteran poco a poco la personalidad del individuo; **emocionales**, **intelectuales** y **sociológicos**, que consideran la mentalidad de los hombres provista

de una energía potencial determinada, mayor en unos, menor en otros, pero suficiente para mantener el equilibrio del psiquismo, mientras no intervengan tales factores, pero de manera intensa, que exijan de los cerebros débiles un gasto de energía mayor de la que poseen y originen un conflicto cuyo resultado será la pérdida de los puntos de referencia del yo con el medio.

Discutir cada una de estas opiniones se encuentra fuera del programa de este trabajo al cual he querido darle un aspecto esencialmente clínico; pero sin embargo, no quiero prescindir de tocar un punto que posiblemente contribuya a aclarar la patogenia del **Delirio Sistematizado Alucinatorio**.

Es curioso observar que los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** se desarrollan en la época media de la vida del hombre, cuando ha terminado su desarrollo físico y mental, cuando existe ya el amplio papel biológico de la lucha por la vida, cuando se ha terminado casi de manera completa la adquisición de conocimientos por el conjunto de las experiencias obtenidas y cuando por todas estas circunstancias, el organismo humano debe estar en el ajuste social que es en el hombre, la forma de adaptación al medio.

Los temas delirantes que presentan los enfermos podrían tener origen en recuerdos de acontecimientos y experiencias pasadas, que se han conservado en la subconciencia y que en momentos determinados y bajo la influencia de causas sociales o de procesos patológicos infecciosos o tóxicos, salen a flote sin poder sufrir el control de la censura. Así por este mecanismo se manifestarían procesos intelectuales y afectivos que hubiesen permanecido durante mucho tiempo, posiblemente durante años, escondidos en la subconciencia y darían motivo a ideas delirantes y a otros trastornos psíquicos.

En muchos enfermos el tema delirante gira alrededor de una idea directriz agrandada, amplificada, que ha tenido su origen en algún momento de su vida retrospectiva; pero que pasó casi inadvertida por la conciencia, olvidada por su pequeñez y que se almacenó en la subconciencia donde sufrió una elaboración morbosa, para reaparecer transformada y con un caudal de tensión afectiva que invade el psiquismo predispuesto del paciente.

Quiero decir con esto que es conveniente llevar la observación psicológica hasta el fondo mental del enfermo y por procedimientos de **Psico-análisis** encontrar los procesos intelectuales y afectivos que probablemente darán luz en esta patogenia tan intrincada, en la que actualmene casi sólo podemos hacer lucubraciones imaginativas.

ANATOMIA PATOLOGICA

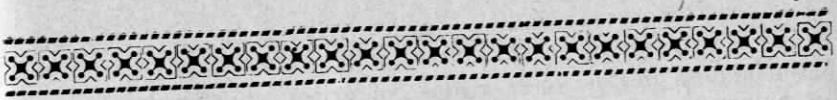


No se conoce hasta ahora, pero se les atribuye la misma o parecida que a la **Esquizofrenia**, es decir, **alteraciones neuro-epiteliales**, de allí que haya acercamientos numerosos entre una y otros, al grado de confundirse con mucha frecuencia.

Existe una hipótesis ingeniosa que aunque no está plenamente demostrada ni aceptada, parece tener algún fundamento científico:

No encontrándose lesiones anatómicas, ni microscópicas ni macroscópicas específicas en los cerebros de los delirantes alucinados, pero siendo indudable que alguna perturbación sufre la neurona cerebral, que, si bien es cierto, morfológicamente no se altera, su funcionamiento es sin embargo morbooso, se ha pensado que tales alteraciones constitutivas neuronales, necesarias concomitantemente al trastorno funcional, existen, pero no morfológicas, **sino cualitativas y cuantitativas** entre los diferentes y múltiples elementos que constituyen el núcleo y el protoplasma celulares; alteraciones bioquímicas que no podemos conocer de manera precisa con los actuales medios de experimentación.

SINTOMATOLOGIA



Los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** se caracterizan esencialmente por:

- 1o.—Numerosos trastornos psico-sensoriales.
- 2o.—La coordinación y sistematización de ideas delirantes múltiples.
- 3o.—La larga conservación de la actividad psíquica.

TRASTORNOS PSICO-SENSORIALES.

ALUCINACIONES: Se presentan todas las variedades: sensoriales, cenestésicas y psico-motrices. Las más comunes y frecuentes son las auditivas verbales y las cenestésicas y las menos frecuentes son las visuales.

Alucinaciones auditivas: tienen un largo período de incubación, pero cuando llegan a la calidad de fonemas, revelan ya la sistematización e invaden más y más el campo de la conciencia.

Cuando se inician se presentan en la forma de **akoasmas**, consistentes en silbidos, sonidos indeterminados, detonaciones chiques, etc.; pueden permanecer en este estado durante mucho tiempo y aún indefinidamente, sin dejar por ello, de ser la base de interpretaciones delirantes de acuerdo con el tema del delirio. Pero lo común es que poco a poco vayan haciéndose más completas hasta llegar a precisar palabras, conversaciones, de tal modo claras, que el enfermo puede reconocer a las personas que le hablan.

Percibe las voces, ya en forma de cuchicheo dentro de su cabeza o localizándolas en alguna otra parte de su organismo; en el tórax, en el hueco del epigastrio; ya saliendo de algún punto determinado, en el techo de la habitación, en los árboles del jardín, etc. Las oyen muy lejos o muy cerca, o que flotan en el aire y las comparan a la voz que se oye por un teléfono, o por radio o por otros medios especiales. Uno de mis enfermos escucha por "voceo" a las personas que le hablan.

Otras veces, pero más raramente, las voces son fuertes, no di-

ferenciándose de las voces reales, ya gritos, etc., produciendo en los enfermos, en quienes tienen generalmente el carácter de ser inconscientes certidumbre tan firme que resulta inútil tratar de convencerlos de que no han sido pronunciadas.

La impresión de la objetividad de las alucinaciones es tan real, que Régis cuenta el caso curioso de un médico alienista que sufría de alucinaciones auditivas conscientes, carácter que no impedía, que cuando se presentaban aquellos trastornos, volviera la cabeza buscando la persona que le hablaba.—¡Tanta apariencia de realidad tenían las voces escuchadas!

Generalmente los enfermos no tratan de ver a las personas que las pronuncian,—“los invisibles”,—sino que predominantemente se dedican a escuchar adoptando actitudes que les son características: la vista fija, la mirada atenta, inmóviles, completamente absortos, aunque la fisonomía puede revelar un estado emotivo que, como lo indicaré después, está de acuerdo con la naturaleza de la alucinación (agradable o desagradable).

Estas alucinaciones inconscientes, sistematizadas elaboran poco a poco un delirio que con más frecuencia es de persecución, pues por lo común expresan injurias, amenazas, calumnias, etc., que originan al paciente que tenga momentos de desesperación. (1).

En ocasiones se presentan como “eco del pensamiento”, es decir, que el enfermo oye en voz alta lo que piensa y cree que le roban sus ideas.

El enfermo del caso No. 3 me decía: “todo lo que pienso aún las cosas más secretas, las adivinan y antes que yo acabe de pensarlo me lo dicen en voz alta”.

Esto último debe tomarse como manifestación de automatismo mental y de disgregación de la personalidad.

En algunos casos son constantes, tenaces; en otros presentan períodos de ausencia.

Junto a las imprecaciones, puede haber órdenes que los pacientes obedecen ciegamente llegando a cometer actos impulsivos, por lo que deben considerarse como alienados muy peligrosos aquellos en quienes dominan las alucinaciones imperativas.

Las alucinaciones auditivas van siempre acompañadas de un tono afectivo que generalmente es penoso, rara vez agradable; pues ya dejamos dicho que el carácter persecutorio es el más común en esta clase de trastornos.

(1) Varios autores opinan que la alucinación es consecutiva al delirio.—Véase página.

La enferma No. 1 llora amargamente cada vez que le comunican las voces informantes, “que sus hijas son ultrajadas”.

Otra enferma reía sola de muy buena gana y expresaba “que eran tan graciosas las cosas que sus voces le decían, que no podía contener la risa”.

Pueden combinarse constituyendo las **alucinaciones antagonistas**: agradables por un oído, penosas por el otro. Lo general es que sean bilaterales.

Hay momentos en que se intensifican y los pacientes escuchan diálogos, conversaciones animadas que los abstraen por completo. En las antagonistas, puede haber voces que los atacan y voces que los defienden. (**Ataque y defensa de Ségla**.—**Antagonismo de las ideas delirantes**).

Alucinaciones cenestésicas y táctiles.— Son múltiples y se combinan; los enfermos perciben hormigueos, pellizcamientos, piquetes quemaduras, sacudidas eléctricas, etc.

La señora E. S. C. de H. tenía la sensación de que se le desprendían de su cuerpo un brazo, un pie y algunas otras partes del organismo y se ponía a buscarlos por el suelo.

Otra enferma, la señora M. de S. decía en una de sus cartas dirigida al Presidente de la República: “Quiero me perdone la mutilación de mis ojos que ha empezado ya hace algunos días, de la misma manera que el pasado trabajo de mutilación en los ovarios y otros órganos lastimados; causándome inmenso dolor el trasteo continuo en lo ya castigado...” La enferma era víctima de estas alucinaciones por la noche.

La señora M. R. de E. abandona su cama donde no puede dormir por “los caloríficos que le han colocado”. Tales “caloríficos” no son sino alucinaciones táctiles de quemaduras.

Las **alucinaciones genitales** dan a las ideas de persecución un aspecto particular; en las mujeres se presentan las alucinaciones de violación, introducción de cuerpos en la vagina, de ultrajes, etc. En los hombres de que se les masturba y se les arrancan los órganos genitales.

El paciente E. C. experimentaba la percepción de que el Diablo verificaba en él, el coito anal.

No siempre son de carácter penoso estas alucinaciones, sino que pueden ser, aunque menos frecuentemente, de voluptuosidad y placer.

Alucinaciones psico-motrices: Estos trastornos consisten en la percepción de movimientos imaginarios; son por tanto perturbaciones de la sensibilidad muscular.

Algunas veces la percepción existe sola, pero en otras ocasiones adquiere tal intensidad, que la imagen motora tiende a transformarse en movimiento, convirtiéndose la alucinación en impulsión.

El enfermo se sorprende al observar que sus miembros sus labios, su lengua se mueven contra su voluntad,—trastorno que le hace sentirse convertido en un autómatas por sus enemigos que lo gobiernan a su antojo.

Los movimientos de la lengua, de los labios, de la laringe, llegan hasta producir la articulación de palabras completas (**impulsión verbal**), que algunas veces quedan en forma de cuchicheo; pero ciertos enfermos pronuncian largos discursos que, según ellos, son de sus enemigos o de otras personas. Otras veces son sus propios pensamientos los que externan contra su voluntad.

También existen, aunque más raras, las alucinaciones motrices gráficas que ocasionan la escritura automática de frases o discursos más o menos largos (**escritura medium-nímica**).

Alucinaciones del olfato y del gusto.— Dan origen a ideas de envenenamiento; consisten en olores fétidos nauseosos; rarísimamente aromáticos y fragantes.—Sabores metálicos, medicinales, etc.

Son frecuentes en los **Delirios Sistemáticos Alucinatorios**.

La señora M. de E. con **Delirio Crónico de Magnan** se queja de percibir en su habitación "olores de pantanos y culebras".

Alucinaciones visuales.— Muy discutibles, creemos como La-ségue y Falret que no se presentan en las formas puras de **Delirios Sistemáticos Alucinatorios**, y en los casos en que las hay, deben atribuirse a otra causa (intoxicación alcohólica, gastro-intestinal, urémica, etc.) Sin embargo, en los alucinados místicos pueden existir fuera de toda acción tóxica conocida y tenerlas en una forma rara: **alucinaciones visuales gráficas**.

Un delirante perseguido, el señor E. C., al iniciarse su padecimiento, tuvo numerosas alucinaciones visuales cuando realizaba un viaje por los Estados Unidos: desde el carro del Ferrocarril vió en los campos, prendidas en los árboles del camino, en las espigas de las mieses, innumerables banderas de diferentes tamaños donde se leían estas inscripciones: "Deténganlo, es un pecador"; "¡Allí va el infame!".

Es en esta forma de alucinaciones visuales donde pueden a veces presentarse las alucinaciones colectivas por influencia (con-

tagio mental).

La señora J. F., que se creía perseguida por el espíritu de un rico noble que deseaba comunicarle el lugar donde había dejado ocultos fabulosos tesoros, veía en los cristales de las ventanas signos misteriosos y aún palabras y frases que fácilmente podía leer. Era tal la certeza que tenía de estas alucinaciones, que con el tiempo algunos familiares suyos veían las mismas cosas que ella.

ILUSIONES E INSUFICIENCIA DE PERCEPCIONES: Pueden presentarse en la época de principio de los **Delirios Sistemáticos Alucinatorios**. Una vez desarrollada la psicosis excepcionalmente existen.

PERTURBACIONES IDEATIVAS.

Ya se han expuesto varias modalidades de ideas delirantes al hablar acerca de las alucinaciones, pues en esta forma de delirios sistemáticos, la alucinación y la idea delirante están íntimamente unidas y esta última es consecuencia de la primera.

Las ideas delirantes se reúnen formando el delirio que es sistemático.

Para Sollier y Courbond, **sistematización es:** "La edificación de un sistema de explicaciones destinado a demostrar y justificar lo que el enfermo siente".

Creo que es preferible definirla como: **la organización lógica de ideas delirantes múltiples en torno de una idea directriz**.

Los delirios pueden referirse a diferentes tipos según que estén constituidos por ideas:

- a) de persecución, de celos y consecutivamente de defensa;
- b) de satisfacción, de grandeza, de riqueza, de invención, de enormidad;
- c) de humildad, de desesperación, de incapacidad, de ruina, de indignidad, de auto-acusación;
- d) eróticas;
- e) místicas;
- f) de transformación corporal (**delirio palignóstico**);
- g) hipocondríacas, de negación.

Los melancólicos y los megalomaniacos encuentran en sí mismos la razón de sus ideas delirantes: se sienten culpables, indignos, despreciables los primeros; o bien se creen merecedores de todos los honores y distinciones los segundos.

Los hipocondríacos refieren a enfermedades naturales y desconocida sus males.

Los místicos lo explican por la influencia de seres sobre na-

turales.

Los perseguidos por el contrario, buscan el motivo de sus ideas en seres humanos, cuya conducta analizan y encuentran hostil para con ellos.

Los delirios más frecuentes son los de persecución, porque ese es el carácter de las alucinaciones que los engendran y es común, especialmente en el delirio caracterizado por Magnan, que se van sustituyendo por delirios de grandeza.

La actividad psíquica del individuo se dedica a coordinar este conjunto de ideas, creando la organización del delirio de persecución del cual indican Sériveau y Capgras se investigue los siguientes caracteres clínicos:

- 10.—**Epoca de la persecución.**
- 20.—**Género de la persecución.**
- 30.—**Designación de los perseguidores.**
- 40.—**Medios empleados.**
- 50.—**Causas de la persecución.**
- 60.—**Consecuencias.**

Corresponde esto a las preguntas que Séglas indicaba que se hacieran: "quoi? quand? qui? comment? pourquoi? done?"

Tal exploración es difícil en ocasiones por la reticencia y desconfianza de los enfermos, quienes a menudo se limitan a contestar: "Usted lo sabe mejor que yo", y es en estos casos cuando se debe proceder con cautela y diplomacia.

A veces el enfermo expone voluntariamente su delirio sea verbalmente, sea en sus escritos.

La enferma J. de R. dice: "Esas voces son de hombres malos que no tienen conciencia y buscan la manera de manchar mi honor; pero yo soy inocente, doctor, no soy adúltera como dicen, toda mi vida la he pasado como usted me vé..."

En cambio el enfermo L. P. gusta de redactar enormes escritos dirigidos a los jueces, al Agente del Ministerio Público y vierte en ellos sin esbozo su delirio en todo su esplendor.

Incertamos a continuación un pequeño párrafo de uno de esos escritos dirigido al Presidente de la Cámara de Diputados:

"El señor Lic. X...X... me honró con el nombramiento de Agente interino del Ministerio Público del Distrito Judicial de Papantla de Hidalgo en el mes de julio del año de mil novecientos veintiuno, y, con ese motivo, tomé posesión de la Agencia respectiva el veinticinco del precitado mes y año, notando desde entonces varias molestias y oyendo voces humanas lejanas, altamente injuriosas, previas observaciones, pude descubrir

quiénes eran los autores de semejantes actos y además cuáles los fines que se proponían con esa agresión injusta, violenta y constante..."

En otro párrafo dice:

"...El Tribunal Especial mencionado, perseguidor mío, según voces, se constituyó ilegalmente y permanentemente en mi casa habitación de la Octava calle No. 76, por orden del General Alvaro Obregón, (quien hasta la fecha me persigue autorizando semejantes actos delictuosos), y el Gobernador del Estado Adalberto Tejeda, hasta la noche del sábado veintinueve de octubre repetido, en que intriguaron para que me trasladase a la Ciudad de Orizaba e internaron por iguales medios en el Manicomio del Estado..."

Enfermos así, refieren con bastante precisión el principio de sus alucinaciones, explican la persecución diciendo: "me envenenan" "me hipnotizan"; "me calumnian," etc.

Designan a sus perseguidores ya sea como colectividades: "la Policía", "los ladrones", "el Gobierno", "el Tribunal que me juzga", etc., o bien individualmente: "la esposa", "el pariente", "el amigo", "el superior", "el jefe", etc.

Del mismo enfermo que acabo de citar copio estos renglones:

"Permanecí preso a disposición del Juez y de un Tribunal Especial Invisible que se formó para estarme dando tormentos por diversos medios como desde un principio lo hacían en mi propio domicilio, electrizándome, injuriándome noche y día, instante por instante, sin cesar un solo momento....

Los enfermos que precisan a sus perseguidores son muy peligrosos:

"...el 5 de septiembre de ese mismo año, si mi memoria no me es infiel, en cumplimiento de mi deber, con el fin de sorprenderlo en delito infraganti y aprehenderlo, tuve una entrevista con el Abogado Z...Z..., uno de los autores de aquella persecución, y como me recibió de mala manera, con tono airado e injurias notándole intenciones de querérsese echar encima, tal vez con algún arma que portara en las manos que tenía ocultas tras las puertas de su casa, saqué mi pistola 45 automática, sistema escuadra, la que se me disparó casualmente sin hacer blanco el proyectil que se incrustó en la madera de la puerta. Al día siguiente fui aprehendido..." etc

Los medios que refieren se emplean para perseguirlos son numerosísimos: "la brujería," el "magnetismo", la "magia", "poderes ocultos" o "sobrenaturales", "transmisión del pensamiento", "corrientes eléctricas", "teléfono", "radio", etc.

“...con el fin de que me privara de la vida y quererme privar de ella por medios ocultos del arte de hacer diabluras y magia negra, que renunciara mis creencias religiosas, que me casara, con una mesalina...” etc.

A veces no pudiendo referir a algo desconocido las sensaciones que experimentan forman **neologismos**. Uno de mis enfermos dice: “**Estas cosas me las transmiten por voceo**”.

Numerosas también son las causas por las que los persiguen: envidia, celos, deseo de robarles bienes materiales o intelectuales.

De las ideas de persecución puede fácilmente originarse el delirio de grandeza y ya Foville pensaba que venía por deducción lógica, pues los enfermos al sentirse perseguidos, creen que es porque son individuos inteligentes, grandes personajes que por su valer despiertan la envidia, etc., y se les desarrolla la melagomanía.

La señora M. R. de E., dice que es “La Patria Mexicana, la única, efectiva y radical; la Patria o suelo, el Orbe Mexicano”.

Por último, las consecuencias, que son casi siempre defensivas, pueden presentar desde aspectos simples e inofensivos como profemar palabras cabalísticas, colocarse algodones en los conductos auditivos externos, hacer signos misteriosos; hasta llegar a presentar impulsiones peligrosas como incendios asesinatos y otras.

Un ejemplo de consignado líneas atrás del enfermo que disparó su pistola sobre un individuo a quien identificó como uno de sus perseguidores.

Las ideas hipocondríacas, consecuencia de las alucinaciones cenestésicas, no son raras. Las de auto-acusación se presentan pocas veces y más aún los de celos.

Estas ideas delirantes pueden existir de una manera transitoria en el **Delirio Sistematizado Alucinatorio**. En el tipo de persecución, las hipocondríacas y de celos; o en un delirio religioso las de auto acusación; pero es muy raro que existan tipos puros de delirios sistematizados constituidos esencialmente por ideas de esta naturaleza.

Las ideas de celos pertenecen casi exclusivamente a los delirios agudos que estallan en los alcohólicos y tendremos oportunidad de referirnos a ellos al hablar de diagnóstico.

Fuernster opina que no existe tipo puro de **Delirio Sistematizado Alucinatorio de celos**, y Régis lo juzga excepcional.

El tipo de **delirio místico** se caracteriza por la forma y naturaleza de las alucinaciones, predominando las psico-motrices verbales y gráficas, las visuales y las genitales.

Puede afirmarse que en los **Delirios Sistematizados Alucinatorios**, después del tipo de persecución que, como dejamos dicho,

es el que se observa mayor número de veces, el que sigue en frecuencia es el tipo místico o religioso.

En el fondo, dice Régis, ambos tipos sólo se diferencian por la explicación que el enfermo da a las sensaciones extraordinarias que experimenta; “**en lugar de atribuir las a una intervención humana, el místico las relaciona a causas sobre naturales**”.

Claramente se comprende que esta modalidad de delirio sistematizado se presenta de preferencia en aquellos individuos que por su educación sexo y profesión están expuestos a que las ideas de este género se sistematicen en forma morbosa, sobre todo, si tienen como base trastornos psico-sensoriales y poseen un terreno patológico. Son por tanto, las órdenes religiosas principalmente, donde puede observarse este tipo de delirio, de preferencia en el sexo femenino.

Como dejo dicho, las alucinaciones psico-motrices son las más constantes tanto en su forma verbal como gráfica:

La enferma M. H. escribía grandes discursos bajo la inspiración divina y el dictado de Jesucristo: “me venían como avalancha las ideas más extraordinarias que pudiera imaginarse; algunas veces tenía que levantarme en la noche,—como a las doce,—de la cama para escribir lo que pugnaba por salir de mi cerebro”.

Esta misma enferma se sentía “obligada a decir barbaridades y nombrar las personas por apodos”.

Las alucinaciones auditivas son raras y en muchas ocasiones no son propiamente alucinaciones, sino representaciones de las imágenes auditivas de las palabras; el enfermo dice: “**oigo mentalmente**”.

Las alucinaciones visuales son más frecuentes; la enferma a la cual vengo refiriéndome escribía:

“Un día me mandó la Madre a la Capilla a orar y estando con mucho fervor orando, vi que el Señor Presidente de la República Don Porfirio Díaz dejaría de ser Presidente y que con este motivo muchas personas querían ocupar ese puesto y habría muchas guerras y luego ví la amenaza de la Intervención Americana como una **nube negra** en el Norte. Al llegar a este punto la visión, yo me asusté y salí apresuradamente de la Capilla”.

“...Vi al Diablo vestido de mujer, con tacones altos que se ocultaba detrás de una pared”.

Muy frecuentemente al delirio místico van unidas ideas eróticas a base de alucinaciones genitales:

El enfermo E. C. pasaba las noches en vela, pues "apenas cerraba los ojos, el Diablo intentaba violarlo".

Los demás tipos de ideas delirantes que enumeré al principio de este capítulo, son menos comunes y por lo tanto tienen poco interés:

El delirio que algunos autores llaman de influencia, lo expongo al hablar de las formas clínicas.

Las perturbaciones alucinatorias y delirantes son los síntomas principales de los **Delirios Sistematizados Alucinatorios**; las demás facultades psíquicas se conservan dentro de cierta actividad normal hasta edad muy avanzada.

La memoria permanece completa, los recuerdos se evocan fácilmente y si los acontecimientos presentes se fijan poco por efecto de disminución de la atención o distracción, es debido al monoidismo del paciente. La asociación de ideas es bastante lógica,—en una palabra,—la inteligencia no parece disminuída sino a través de tiempo largo y el fondo mental sólo se altera con los progresos de la dolencia.

Síntomas inconstantes son las interpretaciones delirantes, la fabulación, las paramnesias que tienen el carácter,—en estos alucinados,—de ser fantásticas y absurdas, en contraste con esos mismos síntomas de los delirantes interpretadores.

El enfermo, caso número 4, cuya historia presento al hablar de las formas clínicas, tiene actualmente ilusiones y alucinaciones de la memoria. Narra, como recuerdos, hechos fantásticos que nunca se verificaron y otros que no se realizaron como los cuenta, pero sí dieron motivos para que guardara algún recuerdo que se desvirtúa, modificándolo, al ser evocado:

"En cierta ocasión fui asaltado en el camino por una numerosa cuadrilla de bandidos de la cual me defendí haciendo uso de mi pistola y de mi carabina, matando a ocho de los asaltantes que yo mismo vi caer heridos; los demás huyeron atemorizados. Gracias a la agilidad de mi caballo no fui tocado por las balas y pude ponerme a salvo".

Este hecho no se verificó en la forma narrada; pero en cambio, sí es verdad que durante la revolución se vió amagado por partidas de rebeldes que merodeaban en sus haciendas y de las que siempre anduvo huyendo.

FACULTADES AFECTIVAS.

Están en dependencia directa de las ideas delirantes, es decir, que a delirios de grandeza, místicos, de satisfacción, de riqueza,

za, de invención, corresponde humor eufórico y a delirios de persecución, de celos, de ruina, de indignidad, humor cacofórico. Todas las variaciones emocionales pueden presentarse, de la misma manera que las pasiones, como el odio, la venganza y la avaricia.

En algunos de estos enfermos se encuentran sentimientos de diversa índole;—religioso, estético, científico,—que llenan su campo afectivo y los hacen sobrellevar mejor su dolencia.

Lo que más comúnmente se observa es el dolor moral de los perseguidos, que se acompaña a menudo de miedo, que puede llegar hasta el terror.

FACULTADES VOLITIVAS.

Tienen gran importancia en lo que se refiere a las reacciones de los pacientes, sobre todo de los perseguidos, en quienes presentan tres etapas: **fuga, defensa y ataque.**

En la primera tratan de alejarse de la persecución y por esto cambian de nombre, de domicilio; se disfrasan y viajan, etc. (**Enfermos migradores de Foville**).

El enfermo A. F. C., realizó numerosos viajes para cambiar su residencia y huír de sus perseguidores. Empezó una de sus excursiones en ferrocarril y abandonó el tren en una estación, pues oyó que un grupo de individuos que iban en el carro donde viajaba, hablaban acerca de un complot contra su persona; tomó un automóvil, pero al poco tiempo de caminar volvió a oír las voces de los mismos individuos que lo seguían en otro automóvil, por lo que, en cierto paraje solitario, se bajó y continuó a pie hasta el pueblo cercano. Mas estando en el hotel, descubrió nuevamente que en el cuarto de junto se oían las mismas voces de sus perseguidores que hablaban respecto a él en forma insultante. Desde entonces este paciente cambiaba con frecuencia de un lugar a otro, pero no obstante, lo seguían a todas partes, pues las alucinaciones eran continuas. Desesperado buscó refugio en una iglesia donde permaneció varios días oculto, pero ni en ese lugar lo dejaban tranquilo. Poco después fué preciso internarlo en el Sanatorio.

En la segunda escriben largas cartas a las autoridades, a los jueces, a los mandatarios; o bien emplean medios inofensivos de los que ya antes he referido algunos y que son llevados principalmente contra las alucinaciones, de allí que tapen las rendijas de las puertas y de las ventanas, se coloquen los dedos sobre el tragus para alejar las voces que escuchan; se protejan los órganos genitales con diferentes objetos y efectúen otras muchas cosas con el fin de contrarrestar las molestias que reciben.



La enferma del caso número 6 mandó colocar en todas las puertas y ventanas de su casa grandes cerrojos y candados con objeto de impedir que sus perseguidores, cuyas voces escuchaba en la calle, penetraran por las noches, y pasaba horas enteras cerciorándose de que todo estuviese bien cerrado y hasta llegaba a poner "trancas" y a tapar las rendijas con papeles. Rociaba "agua bendita" en toda la casa y colocaba imágenes de santos y crucifijos en las habitaciones.

Al enfermo M. C. lo sorprendí en varias ocasiones en la calle, llevando en la bolsa de su abrigo un revólver, que empuñaba constantemente para defenderse de cierto individuo que era administrador de la hacienda de un pariente suyo y al cual había identificado como su perseguidor.

La sitio-fobia que ciertos de ellos presentan, es también reacción defensiva en la mayoría de las veces, "pues en los alimentos les colocan sus enemigos los venenos que han de ocasionarles la muerte" o "les dan malos sabores para que no se alimenten", etc.

El enfermo E. C. se negaba a alimentarse porque el Diabolo le había dicho que si comía, le echaba plomo derretido en los oídos y temía que cumpliera la amenaza.

La tercera etapa o sea la de ataque, coloca a estos enfermos dentro del grupo de los peligrosos, pues llegan a cometer violencias y crímenes; ya cediendo a impulsiones o a alucinaciones imperativas; reacciones que generalmente son súbitas, muchas veces el resultado de larga meditación.—Particularmente peligrosos son los místicos y los perseguidos.

Algunos llevan las reacciones contra sí mismos produciéndose auto-mutilaciones y aún suicidándose; pero lo común es que esas reacciones vayan dirigidas contra otros.

La señorita M. H. estando en misa, oyó la voz imperativa de un sacerdote que había sido su Director espiritual, ordenándole que gritara y golpeara a los fieles; así lo hizo produciendo gran escándalo y lesionó a varias personas que estaban a su alcance.

Ya he mencionado el caso de L. P., quien agredió a balazos a uno de sus supuestos perseguidores.

La actividad general de los delirantes alucinados es variable. Cuando atienden a las alucinaciones, con frecuencia se aíslan, se alejan del mundo exterior y se les vé hablar solos, responder a los "invisibles", reirse, llorar, ser presas de violentas cóleras o estar calmados y contentos.

Contrariando sus convicciones se les pone en irascibilidad y

"Herrn Potth - Sternwald 15 - "
Freiburg im Breisgau.

Amado Tervo - Kunigundenstrasse 7 -

Noviembre 13 - 13 de Junio de 1925. -

Expa Interior - Vestidos - Crema - Pobre - Pacta -

Médicos - Zapatos -

Herrn Prof. Geheimrath von Kyllian -

Sra. Louise B. vda de Hatten -

Hildesheimstrasse 65 - 63
Pension Univers - Freiburg im Breisgau

Herrn Sartori - al Sr. Gaston Aycaraga - al Sr.

Pierre Loti - al Sr. Dr. Rheinboldt que vive

esquina - vis-a-vis - Liberty - Igalt - Fraternalité

x Sr. José María Merino - Paseo Reforma 50 - México

Amelie Potth - Love from him - Yours truly

Fragmento de un escrito hecho por una enferma de mania crónica -

agitación siendo irreductibles a la lógica más elemental en lo que se refiere a las ideas delirantes.

Su lenguaje permanece correcto en todas sus formas al principio del mal; pero posteriormente aparecen en el lenguaje oral **dislogias** y en el escrito, **dislogias gráficas**. En el primero existen dislogias propiamente dichas, es decir, alteraciones fundamentales de las ideas; a veces incoordinaciones, logorrea neologismos nacidos por extrañas sensaciones que experimentan de apariencia misteriosa o sobrenatural.

Séglas distinguía los neologismos en:

1o.—**Activos**, creados por la imaginación o dictados por las alucinaciones.

Esta variedad la presenta el enfermo, caso número 4, cuando habla del "desligue" y del "difuntazo" que le tenían preparado; y la enferma que se hace llamar la Patria cuando pide que "le lleven sus palonas, sus medianas y todo lo que sigue".

2o.—**Pasivos**, cuando son originados por estados de excitación y derivados por asociaciones de ideas de semejanza en la variedad de asonancia.

Forman palabras o frases de muletilla (**estereotipias verbales**) que son signos evidentes de cronicidad.

Hay también **dislogias por modificación de la dicción expresiva**; la voz se encuentra alterada en la intensidad, la altura y el timbre: sonora en los megalómanos; baja, balbuciente y entrecortada por sollozos en los perseguidos; en otros, hay logorrea de origen onomatómano y sus discursos son enfáticos, declamatorios y teatrales.

La enferma, caso número 1 dice en tono de tragedia: "Manos criminales debieron ser las que me arrancaron del lado de mis hijas, pero ¡Cristo es Dios! que los puntapiés más certeros..."etc.

En ocasiones hay verbigeración y desde que empieza la demencia, perseveración.

El monólogo y el mutismo son muy frecuentes; el primero facilita el diagnóstico:

Una enferma que era sorda, pasaba largos ratos en uno de los rincones de su habitación hablando por un teléfono imaginario que la comunicaba con sus amigos, a los que contaba en largos discursos, motivos de su vida.

El mutismo dificulta la exploración del enfermo y los que se acogen a él, entran generalmente dentro del grupo de los

reticentes.

En lo que se refiere a **dislogias por modificación del estilo y de la sintáxis**; el lenguaje es ya ampuloso, dramático, metafórico, salpicado de alegorías o proverbios, palabras de doble sentido; ya trivial familiar y aún obsceno.

La forma gramatical es algunas veces incorrecta en muchos giros y concordancias; algunos pacientes se refieren así mismos nombrándose por perífrasis.

Las **dislogias gráficas** revelan también los trastornos intelectuales y los escritos son de valor inmenso, pues traducen casi siempre todo el conjunto del sistema delirante.

En algunos hay **graforreas**; usan generalmente papel limpio, su letra es regular, cuidadosa, lo que contrasta con los escritos de la mayor parte de los alienados, excepción hecha de los otros delirantes sistematizados, los no alucinados.

Algunos modifican la forma de su letra para que no sea conocida por sus enemigos; hacen figuras alegóricas, geométricas, signos caprichosos "para ahuyentar los espíritus que los molestan", etc. Por lo común, los escritos son epistolarios, dirigidos a las autoridades y llenos de reclamaciones y acusaciones; otros, más raramente, en verso y muchas veces conservan las reglas de la prosodia.

En estos enfermos nunca debe omitirse el estudio de los escritos.

EVOLUCION



El curso que siguen los enfermos varía con la forma de delirio alucinatorio que presentan. Como se verá al hablar de las formas clínicas, algunos siguen un camino progresivo hasta la demencia; otros, permanecen en un **statu quo** por largo tiempo; otros, en fin, retroceden en determinado período del mal teniendo remisiones; pero dentro de lo común, estos delirantes llevan una marcha fatalmente progresiva, ya lenta, ya rápida, ya metódica, ya irregular.

De modo esquemático, en la evolución de los **Delirios Sistemizados Alucinatorios** pueden considerarse **tres períodos**:

Primer período: De incubación.—Por lo común pasa inadvertido aún para el médico. Se inicia el mal lentamente, los enfermos sienten malestar general, cefaleas, vértigos, palpitaciones, álgias digestivas y genitales; ligera obnubilación intelectual. Más tarde, aparecen cambios de carácter: se hacen irascibles, inquietos, se preocupan por cosas insignificantes, se vuelven meticulosos y susceptibles, todo lo cual origina que muy a menudo sean considerados como neurasténicos. Poco a poco van formándose interpretaciones delirantes, se presenta inquietud permanente y preocupaciones numerosas; cuando alguien habla cerca de ellos, creen que se hace alusión a su persona, y así se esboza la formación de un sistema delirante.

Es en este período cuando pueden entregarse, como ya dejamos dicho, a prácticas de espiritismo y magnetismo, etc., tendencias que ponen ya de manifiesto sus alteraciones psíquicas y que favorecen el automatismo mental y con ello, la aparición de las alucinaciones.

Este primer período puede faltar en algunas raras ocasiones en cuyo caso, los pacientes entran al delirio por la alucinación precoz, según Gilbert y Clerambault; pero entonces generalmente las alucinaciones no son sensoriales, sino psíquicas o psíco-motrices.

Segundo período: De estado.—Las alucinaciones se presentan dando carácter definido al mal. Existen todas las variedades que

ya he señalado y constituyen el elemento predominante.

Refiriéndose a las alucinaciones auditivas, Levy-Valensi (1) opina que son precedidas del "robo del pensamiento"; que en un grado mayor de automatismo, la idea, a fuerza de repetirse, es tenida por el enfermo como un "eco" de su propio pensamiento y por fin, según este autor, en una tercera etapa, la idea ya no es reconocida como propia, sino considerada como extraña y transformada en alucinación.

El propio autor divide el período de estado en dos fases: una fase de **organización** y otra, de **sistematización**.

Durante la primera, el enfermo dirigirá toda su atención buscando la manera de explicar los hechos de que se cree objeto y llega a la convicción de que existe una **causa extraña exterior**. (H. Claude).

En la segunda, encontrada la explicación de todas sus inquietudes, ya no habrá dudas para el enfermo y el delirio queda plenamente constituido, enriqueciéndose cada vez más con nuevas adquisiciones.

El período de estado es largo y puede durar mucho tiempo dentro de cierta constancia, o atravesar por alternativas de exacerbaciones, de remisiones, de accesos confusionales, de paroxismos alucinatorios, etc.

Es el período de mayor intensidad y donde se presentan en todo su apogeo los síntomas que ya he descrito. A la larga los enfermos se hacen indiferentes, disminuyen su actividad, circunscriben su campo intelectual, lo que marca la transición con el último período.

Tercer período: Terminal.—Motivo de discusión ha sido y es precisar si los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** terminan o no en demencia.

Dentro de los aspectos clínicos que toman estos delirios, veremos que algunas formas llegan a la demencia y otras no. En estas últimas se conserva la actividad psíquica durante muchos años y con el tiempo, si es que hay déficit mental, puede no llegar a la ruina completa y definitiva como corresponde a la verdadera demencia.

En este período los delirios se fijan dentro de un aspecto estereotipado; todos los síntomas toman ciera monotonía, se repiten las mismas actitudes, los mismos gestos, las mismas palabras; las reacciones de defensa se hacen automáticas; los pacientes se familiarizan con su delirio y alucinaciones.

La duración total del padecimiento es de 20 a 40 años, y los enfermos mueren por causas intercurrentes.

FORMAS CLINICAS

(1). Levy-Valensi.—Précis de Psychiatrie.—1926.

Son numerosas y se diferencian entre sí: por su **evolución terminal**, por la **marcha que siguen** y por la **naturaleza de las alucinaciones y de los delirios**.

De acuerdo con esto se les puede dividir:

- 10.—**Según la evolución:**
 - a) Demencial.
 - b) No demencial.
- 20.—**Según la marcha:**
 - a) Progresiva.
 - b) Abortiva.
 - c) Regular.
 - d) Irregular.
- 30.—**Según la naturaleza de las alucinaciones predominantes:**
 - a) Auditivas.
 - b) Cenestésicas.
 - c) Psico-motrices.
 - d) Visuales.
- 40.—**Según el tema delirante:**
 - a) Persecución.
 - b) Grandeza.
 - c) Místico.
 - d) Erótico.
 - e) Hipocóndrico.
- 50.—**Formas mixtas:**

Se comprende desde luego, que estas formas son hasta cierto punto esquemáticas y convencionales, pues no se observa los tipos puros, pero se les denomina de acuerdo con el carácter más saliente que presentan.

Las **formas mixtas**, de las cuales algunas tienen cierto grupo de síntomas constantes y evolución más o menos definida son las que voy a tratar con mayor amplitud.

FORMA SISTEMATIZADA, REGULAR, PROGRESIVA Y DEMENCIAL.

Le doy tal denominación atendiendo al curso que sigue este aspecto de delirio alucinatorio, estudiado muy bien por Magnan y al que se conoce con la denominación de **Delirio Crónico de Magnan**.

Esta modalidad clínica ha sido y es considerada por varios autores, y así lo hemos dicho antes, como comprendiendo a todos los delirios alucinatorios. Se caracteriza por cuatro períodos evolutivos, que son:

Período prodrómico.—Llamado también de **inquietud, de incubación, de análisis subjetivo, hipocondríaco y de interpretación.**

En este período, que es de larga duración, se presentan alteraciones del carácter, pues el enfermo va sufriendo cambios lentos e insensibles en su modo de ser, sin aspectos bien determinados. Hay irascibilidad, pesimismo, fatigabilidad intelectual, a lo que se agrega ideas hipocondríacas; existe desconfianza que lleva al enfermo a buscar fuera de sí las causas de su malestar y dá origen a interpretaciones delirantes. Poco a poco las tendencias patológicas se orientan hacia ideas de persecución, al mismo tiempo que se organizan las alucinaciones y su aparición inicia el segundo período.

Período alucinatorio o de persecución.—En él dominan alucinaciones multisensoriales, trastornos de la sensibilidad general y sistematización progresiva de las ideas delirantes.

Las alucinaciones son de carácter penoso. Las primeras en aparecer son más comúnmente las auditivas, después las del gusto y las del olfato, aunque en algunas ocasiones pueden éstas preceder a aquéllas. Vienen en seguida las de la sensibilidad general, incluyendo en ellas las genitales y por fin las motrices.

Las visuales son muy raras y cuando se presentan tienen el carácter de ser transitorias. En cambio las ilusiones de la vista son frecuentes y toman la forma de **falsos reconocimientos**.

Todas estas alucinaciones van siendo explicadas por los en-

fermos que: reconocen las voces, descubren a sus perseguidores, los medios de que se valen para la persecución y así reaccionan para protegerse contra sus enemigos imaginarios.

Más adelante se revela cierto disgregamiento psíquico que se traduce por alucinaciones psíquicas. "ecos del pensamiento" y frecuentes neologismos.

Como el anterior, este período es de larga duración.

Período de megalomanía.—El delirio de persecución es substituido por delirio de grandeza.

Para algunos autores, las ideas de grandeza son consecuencia de las ideas de persecución, ya que éstas, por un polo son ideas de desconfianza y por el otro ideas de grandeza. Otros autores, como Rogues y Fursac, sólo las admiten en un pequeño número de casos, pero no para la generalidad. Tales ideas, para este mismo autor, marcan cierta decadencia en la sistematización del delirio que escapa más y más a toda lógica aún aparente, por lo que pueden ser consideradas como elementos de demencia.

Período es este tardío que se presenta años después del principio del mal.

Período demencial.—**Sigue pronto al anterior.**

El debilitamiento psíquico tiene grandes semejanzas con el de la **Demencia Precoz** y se le ha querido diferenciar en que es de menor intensidad. Como en ésta, lo constituyen principalmente la pérdida de la atención y del juicio, la indiferencia y la falta de espontaneidad. Al fin viene el desinterés absoluto, aunque a veces llega a conservarse relativa actividad psíquica, pero completamente unilateral.

Van desapareciendo las alucinaciones psico-sensoriales y el delirio se convierte en fragmentos de lo que había sido, pues las concepciones delirantes que persisten son estereotipadas, absurdas y sin relación entre sí.

Ejemplo: No. 1:

La señora M. R. E., cuya edad actual es de 54 años, nació en Bárcenas de Sisen e ingresó al Sanatorio "Dr. R. Lavista", el día 9 de diciembre de 1921.

Sus padres presentaban parentesco consanguíneo por ser primos hermanos. Tres hijas que tienen son de constitución débil y de temperamento marcadamente nervioso.

De carácter retraído desde pequeña, gustaba poco de las reuniones y fiestas sociales.

A los 40 años de edad se hicieron aparentes a sus familiares ciertas

rarezas y costumbres extravagantes: se hizo más retraída, desconfiada, irascible, orgullosa; posteriormente se esbosaron ideas de persecución: creía que se le molestaba, se le hacía desesperar; se le daba a los alimentos mal sabor (alucinaciones gustativas) para que no los pudiera tomar. En las noches oía sonidos (akoasmas) que la inquietaban y le impedían dormir.

Consideró a su esposo y a sus hijas autores de las molestias que sufría, lo que daba origen a que se suscitaban en su casa escenas violentas e impulsivas por parte de la enferma. Después llegó a escuchar claramente voces que la injuriaban con palabras soeces y denigrantes (fonemas); rehusaba comer (sitiofobia) y permanecía largos ratos conversando con las personas imaginarias cuyas voces oía.

Las ideas de persecución llevaronla a cometer actos impulsivos en repetidas ocasiones:

En una, golpeó a ciertos parientes suyos que habían venido de España y eran sus huéspedes; les tiró con platos, tazas y otros enseres de la vajilla; en otra ocasión, despidió a empujones a unas personas que habían ido de visita.

Con el tiempo aparecieron ideas de grandeza: "era la Reina de México", "tenía numerosos vasallos y servidores" y constantemente exigía que se le guardaran honores y consideraciones propias de su rango. "El Palacio Nacional era suyo, su residencia", donde los funcionarios de su gobierno cumplían sus órdenes, y así, era poseedora de todo. Hablaba de: "mi Ejército", "mi Medicina", "mi Astronomía", "mi Cámara de Diputados", etc.

La vida que llevaba en su casa molestaba grandemente a sus familiares a quienes había impuesto determinadas costumbres, como no salir a la calle, levantarse tarde, negarse a recibir visitantes, etc. De continuo regañaba a sus hijas y a sus sirvientes. Cambió el mobiliario e hizo marcar en todas sus prendas de ropa una corona como representación de su regia personalidad.

Se mandó hacer vestidos extravagantes con numerosos adornos y largas colas, sombreros con plumas de avestruz, capas de terciopelo y otras cosas más.

Tal manera de ser de la señora M. R. E., duró 10 años; pero en virtud de que se acentuó la agresividad e impulsivismo fué preciso internarla al Sanatorio.

Examen clínico:

Es la enferma, persona íntegra, proporcionada, de 1.56 cms. de altura y 71 kms. de peso, obesa.

De ademanes altivos y solemnes, viste trajes oscuros y como se dijo, llenos de abundantes encajes, blondas y larga cola. Su fisonomía refleja gravedad y la entonación de la voz es imperiosa y autoritaria.

Presenta alucinaciones numerosas, de preferencia auditivas, escucha injurias, desacatos contra su persona y que pone de manifiesto por la actitud y las constantes réplicas que hace. Por ejemplo: "El mendrugo será usted, so-adobe". ¿"Quién es animal"?—Repita usted, retuna".

Mantiene largas conversaciones en voz alta y se coloca con la cara hacia la pared sentada en una silla. Recibe informes de sus hijas por personas que le hablan acerca de ellas y que le refieren ultrajes que han sufrido y aún en ocasiones, que han sido heridas o muertas. Entonces grita, defiende el honor de su familia o llora amargamente.

Otras veces le hablan de la Astronomía y de la Medicina.

Las alucinaciones gustativas y olfativas las expresa diciendo: "los alimentos tienen mal sabor"; "hay en mi cuarto olores nauseabundos de pantanos y culebras".

Las cenestésicas, por sensaciones que dice experimenta en todo su cuerpo; las táctiles, por "caloríferos que hay debajo de la cama, que me queman y martirizan toda la noche, no me dejan dormir y achicharran mis carnes".

Existen ideas de grandeza numerosas como fácilmente se aprecia en sus conversaciones, que constantemente giran alrededor de los mismos puntos: "soy la Patria Mexicana, efectiva y radical; soy la Patria o suelo, la única, el Orbe mexicano". Junto a este aspecto de ideas, existen de inmortalidad, de omnipotencia y otras.

Tiene en momentos reacciones impulsivas de agresión contra ciertas personas a quienes juzga autores de las molestias y persecuciones que sufre. Cuando se le habla dándole el tratamiento de "la Patria" y se le expresa respeto y sumisión entonces se hace más afable y cariñosa.

Su lenguaje es ampuloso y dramático, eleva el tono de su voz dándole forma teatral: ¡"Bandido, criminal, retuno!".

Conjuntamente hay numerosos neologismos: "Traígame mis medianas, mis palonas y todo lo que sigue".

En los primeros meses de su internamiento existía mayor actividad psíquica, más coordinación en sus ideas; pero esto, poco a poco ha ido decayendo y ahora la paciente se encuentra en período demencial: hay un déficit global de su psiquismo.

Debo señalar que además de la psicosis, padece diabetes, cuyos síntomas, cuando suelen acentuarse, influyen claramente en sus trastornos psíquicos.

La reacción de Wassermann en la sangre dió resultado positivo-débil; la de Hecht, positivo.

FORMA PSICO-MOTRIZ O DELIRIO DE INFLUENCIA.

En 1921 Serieux y Capgrás introdujeron como una forma clínica de los **Delirios Sistematizados Alucinatorios**, el **Delirio Psicomotor de Séglas**, al que caracterizaron por los siguientes síntomas.

1o.—**Predominio y precocidad de trastornos psico-motrices, especialmente verbales e impulsiones.**

2o.—**Frecuencia de alucinaciones visuales.**

3o.—**Rareza de alucinaciones auditivas verbales.**

4o.—**Desdoblamiento de la personalidad, ideas de posesión, preferentemente de naturaleza mística y a veces ideas de negación.**

Pero ya en 1914, Levy Darras y André Ceillier habían estudiado con toda amplitud un síndrome que llamaron **Psicosis de influencia** y al cual H. Claude dió la denominación de "**síndrome de acción exterior**"; individualizándolo con los siguientes caracteres:

1o.—Automatismo mental produciendo el desdoblamiento de la personalidad.

2o.—Ideas de influencia extraña.

Los principales elementos de esta psicosis son:

a) Pseudo-alucinaciones verbales, auditivas y visuales (alucinaciones psíquicas).

b) Alucinaciones olfativas, psico-motrices, cenestésicas y genitales.

c) Visiones imaginarias, verdaderas representaciones mentales, frecuentemente simbólicas.

d) Inspiración pasiva, sentimientos sugeridos y sentimiento de presencia.

e) Amnesia provocada y fenómenos de inhibición.

f) Desconocimiento de los actos ejecutados por el enfermo, que los atribuye a otras personas.

g) Ausencia de verdaderas alucinaciones auditivas y visuales.

Ceillier considera las siguientes formas:

- 1o.—Delirio de persecución.
- 2o.—Delirio de protección.
- 3o.—Delirio de protección y persecución.
- 4o.—Delirio erotomaniaco.
- 5o.—Delirio místico.
- 6o.—Delirio espírita.
- 7o.—Delirio demonomaniaco (demonopatía interna y externa).
- 8o.—Delirio de posesión (comprendiendo la demonopatía interna y la posesión por animales).

Logre y Henyer opinan que esta **Psicosis de influencia** puede ser secundaria y la **manía** y rara vez a la **melancolía**. Séglas y Barak, Levy-Valensi y Baruk la han observado en la **Demencia Precoz**, la **Psicastenia**, la **confusión mental** y la **Parálisis General**.

Puede ser primitiva y suceder a una infección aguda o a un choque emotivo intenso, en cuyo caso el pronóstico es favorable.

La evolución demencial es rara y cuando sobreviene es precoz.

Clerambault dice que la **Psicosis de influencia es el núcleo basal que hipertrofiándose viene a ser la psicosis alucinatoria**.

Como se habrá observado, el **Delirio Psico-motor de Séglas**, y la **Psicosis de influencia** de Levy Darras y Ceillier se identifican, por lo que he creído conveniente dar estas dos denominaciones a la forma clínica que estudio, admitiendo la opinión de Clerambault para los casos en que este síndrome de influencia es primitivo y no secundario a otros padecimientos mentales.

Ejemplo No. 2:

La señorita E. H. nació en Monterrey, Nuevo León, tiene 43 años de edad, perteneció a la Orden Religiosa de las Dominicas y siendo novicia vino a México como profesora de un colegio fundado por dicha orden en el año de 1909 en la Villa de Atzacapotzalco.

Fué a principios del año de 1910 cuando se hicieron aparentes las primeras manifestaciones del desequilibrio mental de la señorita H. Comenzó a experimentar extraños sentimientos de odio inmotivado para la superiora de su convento; "**Accesos de cólera muy interior**" que dejaba traslucir porque se hizo desobediente, indisciplinada, quejándose de que se la hacía trabajar muy intensamente.

Creía que las personas que la rodeaban habían cambiado en manera de ser para con ella: "la madre superiora estaba eñojada y la hacía sentir los efectos de su enojo, haciéndola trabajar lo indecible y no dejándola tiempo para alimentarse". Notaba que las niñas estaban "como insubordinadas"; se quejaba de intensos dolores de cabeza; sufría por momentos de

accesos de agitación psico-motriz, durante los cuales gritaba, desgarraba sus ropas y expresaba ideas absurdas.

Un día salió corriendo de la Capilla donde acababa de tener una visión acerca de futuras guerras que sobrevendrían en la República Mexicana y la magnitud de los acontecimientos que habrían de verificarse la habían llenado de miedo. Constantemente hablaba de que se sentía inspirada por Dios y de que tenía frecuentes revelaciones: que ella "sería la Superiora General de su convento", etc.

Como se intensificaran los trastornos psíquicos, fué llevada a su casa donde sufrió numerosos accesos de excitación psico-motriz; tuvo ideas de persecución que atribuía a las madres del convento; ideas de grandeza inspiradas por Dios; alucinaciones psíquicas ("**siento que me dicen, oigo mentalmente**"), y algunas raras alucinaciones visuales, pues afirmaba que "veía al Diablo vestido en parte, de mujer, con tacones altos y envuelto en una capa". Se le presentaron en varias ocasiones impulsos psico-motrices; ejecutando actos de los cuales decía que no era dueña de reprimir, pues eran ordenados por las alucinaciones: rompió un espejo, numerosos juguetes en la sala de su casa y tuvo frecuentes impulsos al suicidio, queriendo arrojarle a un pozo o debajo de un tren eléctrico, etc.

Fué internada en el Manicomio General donde tuvo una pasión amorosa por el médico del Pabellón; sentimiento que le había sido sugerido por Dios, cuya voluntad quería seguir dejándose guiar por su mano.

En una de sus cartas se lee lo siguiente: "Pocos días después de haber estado en la Castañeda, sentí que me comenzaba a dominar un tierno afecto hacia el señor Doctor L. Comprendí que era más de lo que debería ser y me alarmé, pidiéndole a Dios que no me abandonara y que me quitara aquel afecto, porque siendo yo monja, no debía ser. Yo sentí que me decían que debería hacer la voluntad de Dios y que más virtud era dejarme conducir suavemente por su mano. Además, me decían por inspiración que si obedecía, cediendo, el mismo doctor se encargaría de llevarme o conducirme a mi convento. Era muy halagadora la perspectiva que se me ofrecía y además el joven doctor muy guapo y muy inteligente y sucedió lo que tenía que suceder.

"Cedí al afecto que se me ofrecía y muy pronto el pequeño Dios alado se enseñoreó de tal suerte de mi espíritu, que todo el Manicomio de la Castañeda se convirtió en un vergel de ensueño. Todos los días encontraba flores nuevas de espléndidos matices y de policromas figuras y formas en los jardines cuando paseaba con la señora G., hija del célebre General E.; el cielo me ofrecía variadísimos celajes y arboles de tanta belleza que parecía estar en un mundo enteramente nuevo. Toda la naturaleza me parecía estar engalanada para un día de fiesta. ¡Las puestas de sol que admiré allí! y en esos días aureoleados con un nimbo de gloria y ensueño!"

A su salida del Manicomio, viviendo ya nuevamente en su casa, continuaron las perturbaciones mentales: alucinaciones psíquicas, y sensoriales: le comunicaban por inspiración que habían de realizarse en el mundo hechos sorprendentes; que "ella sería transformada en una criatura superior", etc. Algunas alucinaciones auditivas y visuales: oyó en varias ocasiones la voz de su madre que había muerto y le decía: "Hija mía, acuérdate que te llevé en mi seno", y repetidas veces estando en misa en el Templo de Santo Domingo oyó la voz imperativa de un sacerdote que había sido su confesor y que le ordenaba que gritara y anunciara el fin del mundo y golpear a los fieles y fué por ello conducida a la comisaría.

Se le internó en el Sanatorio "Dr. R. Lavista" donde se le apreciaron los síntomas siguientes:

Alucinaciones psic-motrices y cenestésicas: "Me siento obligada a decir barbaridades y a nombrar a las personas por apodos"; escribe largos discursos "que pugnan por salir de su cerebro".

Numerosas alucinaciones psíquicas: por revelación y por inspiración oye y ve los acontecimientos que habrán de realizarse en el mundo.

Visiones imaginarias fantásticas y simbólicas: "Me hicieron ver por inspiración que yo era la mujer del Apocalipsis que San Juan vió dando gritos por los dolores del parto, en el cielo. Me dijeron por inspiración, que el cielo era la iglesia, que los dolores del parto eran mis terribles dolores de cabeza y sufrimientos; que el niño que nació era varón, es decir, una idea grande varonil, etc."

Ideas delirantes de persecución, de grandeza y de inmortalidad, fantasmagóricas y absurdas, constituyendo una asociación de delirios sistematizados.

Inspiración pasiva: "Jesucristo le dicta grandes discursos y le inspira todos sus actos".

Desdoblamiento de la personalidad y alteraciones del juicio.

Existen también algunas esteriotipias y neologismos.

Reacción de Wassermann y Hecht en la sangre, negativas.

FORMA ALUCINATORIA PRIMITIVA.

La enfermedad principia bruscamente por alucinaciones, por lo común multisensoriales, que se mezclan entre sí, sin orden ninguno y sin expresión de ideas delirantes. Es una confusión alucinatoria sin obnubilación ni desorientación.

Después estas perturbaciones psicosenoriales se atenúan presentándose las interpretaciones e ideas delirantes y el delirio se organiza y sigue una marcha más o menos regular.

Ejemplo No. 3.

El señor J. S., de Salamanca, Gto., de 38 años de edad, de oficio tejedor y pintor, tiene como antecedentes familiares que el padre fué alcohólico de lo cual murió y la madre ha tenido épocas de beber; un tío también fué alcohólico y murió con una psicosis de ese origen. Tiene tres hermanos de los cuales dos son alcohólicos y uno ha padecido **Delirium Tremens**.

A los trece años adquirió costumbres alcohólicas que se acentuaron desde el año de 1910, pues ha bebido con exceso por épocas de 10 o 12 días, alternando con períodos de abstinencia hasta de tres meses; es por lo tanto un dipsómano. Sus accesos alcohólicos revisten el cuadro **embriaguez patológica**.

Hace más de un año que ha dejado de ingerir alcohol.

Hace tres años empezó a sentirse perseguido por la policía que creía reconocer en las personas que accidentalmente encontraba (**interpretaciones delirantes**). Más tarde, comenzó a oír voces, primeramente en forma de murmullo, no precisas, que después se hicieron bien claras y perfectamente articuladas, pero sólo en una "pulquería" de cierto lugar; cuando no se encontraba allí, las voces desaparecían.

Lo insultaban de manera indirecta y así por ejemplo, refiriéndose a él y a un amigo suyo oyó que decían: "Pintores mulas que no saben trabajar".

Durante mucho tiempo escuchó en el techo de su habitación voces que eran de la **Madre Matiana**, por lo que, en varias ocasiones, intentó comprender el cielo raso o lo picaba con un cuchillo para dar con la persona

cuyas voces oía.

Al principio de su mal tenía el convencimiento de que esas voces eran ciertas y de que él era objeto de persecuciones reales; pero con el tiempo ha comprendido que son el resultado de un padecimiento cerebral.

En los momentos actuales; nuestro enfermo conserva perfectamente bien sus facultades psíquicas y su autocrítica; se conduce normalmente en el desempeño de su trabajo y en la vida familiar y social, pero conserva de manera fija y persistente las alucinaciones auditivas que son constantes; escucha varias voces perfectamente claras: dos voces son de niño, una voz ronca, de mujer y otra de hombre. Es raro que todas hablen simultáneamente y, cuando esto sucede, no entiende lo que dicen; más por lo común es una sola, cuyas palabras escucha con toda claridad, dominando entonces los insultos y palabras soeces.

La intensidad de la voz es variable; en ocasiones débil, dá la impresión de que viene de muy lejos; en ocasiones, fuerte, como si se pronunciara junto a él. Las que más lo injurian son en primer lugar, la de la mujer y en segundo, la del hombre; en tanto que la de los niños lo defienden.

No es raro que riñan entre sí, atacándolo unas y defendiéndolo otras. En ocasiones no son insultos los que oye, sino órdenes, sobre todo en forma de consejos: "No te emborraches", o bien para que ejecute determinados actos que algunas veces obedece: "Véte, aléjate".

Le adivinan el pensamiento, pues repiten en voz alta lo que interiormente piensa.

En ocasiones y sin causa ninguna ha percibido sabores a fósforo y olores a azufre (alucinaciones gustativas y olfativas).

Recuerda haber tenido alguna vez la sensación de que alguien le tocaba el hombro para hacerlo volver la cabeza (alucinaciones táctiles), al mismo tiempo que oía que lo llamaban.

Las que más lo molestan son las auditivas y algunas veces ha tratado de investigar la causa de origen y por ello fué a ver a una hechicera para que lo "desembruajara"; después, creyendo que eran producidas por intervención diabólica, se hizo profundamente religioso, exageraba las prácticas de piedad, usaba agua bendita con la que rociaba su casa y sus vestidos y lleva pendientes del cuello numerosas reliquias y escapularios.

Sin embargo, no existen ideas delirantes propiamente tales, ni mucho menos un delirio plenamente organizado, pues como ya dije, cree que está enfermo; pero a ese pesar esboza ciertas creencias acerca de que sus males son influenciados por causas desconocidas. Es frecuente que se ponga al-godones en los oídos o se oprima éstos con las manos para no escuchar.

Al principio de su dolencia, desesperado por tanta alucinación molesta, lanzó contra el sitio donde oía las voces, objetos que estaban a su alcance; más desde entonces y a pesar de los insultos que oye, se muestra tranquilo, a veces indiferente: se ha familiarizado con sus alucinaciones.

Presenta ligera hipomnesia e hipopraxia; pero fuera de estos pequeños detalles, conserva su integridad psíquica.

FORMA CONFUSIONAL PRIMITIVA.

Poco estudiada, es rara y se caracteriza por **amencia inicial**, verdadero delirio onírico que desaparece para dejar una idea directriz fija, alrededor de la cual se forman interpretaciones y alucinaciones.

Esta confusión primitiva que es siempre de origen tóxico la he observado en enfermos, alcohólicos y toxicómanos, en quienes el tóxico, además de crear una perturbación mental pasajera, despierta una perturbación mental latente.

Ejemplo No. 4.

El señor M. G., es originario de México, tiene 54 años de edad, capitalista, de amplia cultura, pues durante algún tiempo se dedicó a viajar por el extranjero y a estudiar.

Adquirió el hábito de la morfina desde hace 22 años y se encuentra en pleno estado de morfinismo.

Estando el señor M. C. hace dos años de temporada en la Hacienda de un primo suyo, cuenta que descubrió de un modo accidental que el administrador de dicha hacienda y algunos otros empleados efectuaban ciertas combinaciones ilícitas para apoderarse de dinero, semillas y animales del predio; naturalmente sin que fuera del conocimiento del propietario.

Los culpables de estos robos se dieron cuenta que habían sido sorprendidos y empezaron a tener cierta hostilidad para nuestro enfermo.

En esa época había aumentado considerablemente la cantidad de morfina que ingería y se le habían formado varios abscesos por piquetes sépticos, lo que trajo un estado febril delirante y confusional acompañado de pérdida de la orientación **crono** y **alopsíquica** y **carfología** con agitación **psicomotriz**; se le presentaron alucinaciones sensoriales, sobre todo auditivas y visuales; pero en las primeras escuchaba la voz del administrador y otras gentes, quienes expresaban el deseo de matarlo y le dirigían blasfemias e insultos. Así duró algunos días hasta que desapareció el estado de amencia y cuando curó de eso, persistieron las alucinaciones auditivas que empezó a explicarse como originadas por telepatía.

Desde entonces las voces no lo dejaban un solo momento. Según refiere, ya ha descubierto todas las maquinaciones y ardidés de sus enemigos que a toda costa han de asesinarlo:

“Constituyen una agrupación perfectamente identificada, cuya fuerza mental unida, hace que se transmita a distancia lo que piensan para estarlo molestando constantemente; se concentran en sí mismos y así le mandan sus ideas. Con objeto de que le estén hablando de continuo, se van turnando y por ello no cesan de molestarlo y decirle que lo van a matar”.

“La influencia que ejercen es grande, pues no solamente me molestan con insultos, sino que cuando estaba en la hacienda, por las noches, al acostarme, metían unos alambritos a través de pequeñísimos agujeros que habían hecho en la pared con objeto de picarme el cuerpo, de jalarme los pies y moverme la cama; noches había que no me dejaban en paz.”

Las numerosas molestias que presenta son debidas a martirios que sus enemigos le ocasionan, por ejemplo: al orinar empieza a sentir dolores intensos en el pene e imposibilidad para seguir emitiendo orina y en esos momentos descubre que uno de sus enemigos se ha amarrado el pene y le transmite tal sensación.

Otras veces se concentran pensando que le van a doler todas las “cointuras” e inmediatamente percibe los dolores. No solamente recibe la influencia nociva de sus perseguidores, sino que él puede descubrir sin que ellos se den cuenta, todas sus artimañas y muchas veces se complace en burlarse de ellos, pues desvía las maquinaciones llevadas en su contra, por medio de palabras y actos que ejecuta.

Las alucinaciones auditivas son continuas e intensas, de tal manera que, aun dormido, dice que él las percibe.

Concomitantemente a las alucinaciones se le ha ido desarrollando un delirio de persecución que se intensifica cada día más; vive en un estado constante de inquietud y zozobra, desconfiando de todas las personas, retraído y temeroso de que lo puedan matar de un momento a otro; así es que camina por las calles con extrema cautela, viendo para todos lados; en su habitación procura encerrarse, previo escrutinio de que no hay nadie en ella.

Ha empleado numerosos medios de defensa; escritos al Procurador de la República, al Presidente y al Inspector general de Policía; en la actualidad anda siempre empuñando una pistola dentro de su bolsillo preparado para matar al Administrador que es el culpable de todo esto y quien sólo de ese modo, puede purgar las torturas y molestias que le origina.

El enfermo ha sido internado varias ocasiones en el Sanatorio, pero no por los trastornos indicados, sino por el hábito a la morfina, pues el de-

lirio sistematizado alucinatorio lo esconde perfectamente, ya que sus conversaciones y su conducta no revelan nada. Fué dentro de la más absoluta intimidad, y mucho tiempo después de haber obtenido su confianza, cuando pudo explayarse con todo detalle y contarnos lo que consigno.

Reacciones de Wassermann y Hecht en la sangre, negativas.

FORMA FANTASTICA.

Estudiada por Serieux y Capgrás, es de marcha progresiva y se caracteriza por multiplicidad de interpretaciones delirantes, relatos imaginarios, paramnesias, brotes de excitación maníaca, ideas de persecución extravagantes y de grandeza fantasmagóricas a base de alucinaciones.

En esta forma parecen combinarse todos los síntomas de los delirios alucinatorios. Los pacientes que la presentan son sugestivos, pasan el tiempo absortos en sus trastornos y generalmente no terminan en la demencia.

Ejemplo No. 5.

El señor J. J. O. tiene 44 años, nació en Tula, Tam., fué internado en el Sanatorio de Tlálpam, el día 10 de marzo de 1926.

Sus padres presentaban parentesco consanguíneo; una hermana suya ha tenido ataques epileptiformes; el padre murió de "un ataque de congestión".

Desde niño se le conoció un temperamento nervioso, fácilmente impresionable, los acontecimientos de la vida tenían para él una importancia especial. Era tímido y reservado.

Hace tres años tuvo un brote de delirio alucinatorio confusional; ignorándose los detalles de esa época de su enfermedad.

Hace seis meses comenzaron a observarse en él rarezas de carácter, sentimientos de desconfianza, se hizo retraído, susceptible, comenzó a padecer frecuentes insomnios y se quejaba de que sentía transformarse sin causa ni motivo y alternativamente en muy delgado o muy obeso; alto o pequeño. Por ese mismo tiempo se entregó con ahínco a prácticas de espiritismo: magnetizaba mesas, etc.

Su malestar y desconfianza se acentuaron y comenzaron a esbozarse ideas de persecución "sus hermanos no lo querían", "se le impedía dor-

mir"; aparecieron al mismo tiempo, alucinaciones gustativas y auditivas, pues decía que los alimentos tenían mal sabor, que oía ruidos significativos y murmullos de voces; se sentía hipnotizado, su voluntad no le pertenecía y lo hacían experimentar extrañas sensaciones en su cuerpo (alucinaciones cenestésicas).

Poco después las voces se hicieron claras y precisas, las reconoció como pertenecientes a personas amigas suyas que al principio no se dirigían a él, sino que conversaban entre sí acerca de asuntos que a él se referían. De esa manera reconoció la causa de todo lo que le estaba su cediendo, pues supo que: "la familia que hasta entonces había considerado como suya no lo era en verdad; que la que creía su madre, no era sino una mala mujer que lo odiaba, aunque fingía como si realmente él fuera su hijo". Sus hermanos, en complicidad con una "india", de una de sus haciendas eran quienes venían persiguiéndolo desde hace muchos años, intentando matarlo y ahora se explica muchos acontecimientos de su vida pasada que él creyó como muy naturales y no les dió importancia, aunque sí le extrañaron un poco desde entonces:

"Un día al bañarse en un tanque estuvo a punto de morir ahogado porque no sabía nadar; el piso estaba muy resbaloso, perdió el equilibrio y después de muchos trabajos, de tragar mucha agua, sin ser auxiliado por los que se bañaban con él y sabían nadar, logró salir a la orilla". Entonces creyó que las cosas habían sucedido como deja dicho, pero no fué así y ahora ha sabido que: "la india, cómplice de su madre tenía medicinas que tomándolas, podía sumergirse en el agua y permanecer mucho tiempo sin necesidad de salir a flote y fué ella la que lo tiró de los pies para que se ahogara".

Esa misma "india" mandaba por la noche que golpearan uos "troncos de mulas" que utilizaba en su coche mientras vivía en la hacienda, que les inyectaran con substancias misteriosas con el fin de que los animales se hicieran difíciles de manejar, asustadizos e indomables". Todo esto, ahora lo ha sabido, "lo hacían con el fin de que al pasear en su coche se "desbocaran las mulas", se volcara el carruaje y él muriera".

Las voces le han informado directamente por medio de "vocina" cosas muy importantes: que es hijo de Alfonso XII, su verdadera familia, pues aquel monarca tuvo dos hijos: él y otro, Don Pedro, que murió joven en el Brasil.

Las voces que como ya dijimos ahora se dirigen a él directamente son como especie de jueces encargados del "desligue" y que no terminarán hasta entregarlo a su verdadera familia. Ahora se explica porqué lo perseguían, pues siendo él un extraño en medio de los que había vivido, no podían quererlo y además, los bienes de que disfrutaba no son suyos y querían quitárselos y además, posiblemente le tenían envidia porque era un

príncipe.

Todas esas noticias que él ignoraba, han sido el "difuntazo" que le tenían preparado.

Para que mejor entendiera las cosas que el decían, le han mostrado al mismo tiempo, toda su vida que ve reproducirse en una película que mira con una luz especial que manda atrás de su cabeza. Así ha visto cosas importantes que ya tenía olvidadas: "una vez maté dos leones, uno negro y otro gris; fué en una noche oscura mientras iba en un camino boscoso"; "en otra ocasión me desbarranqué con mi caballo, pero no me maté porque fuí cayendo lentamente, como sostenido por un fluido, hasta el fondo del precipicio". "Todos estos recuerdos los tenía olvidados, pero los he visto reproducirse en la película con toda exactitud".

Examen clínico:

El porte del enfermo es descuidado, su actitud es variable, por sus movimientos revela que toma parte en una conversación, su fisonomía expresa tono afectivo agradable.

Tiene alucinaciones multisensoriales (cenestésicas, auditivas, gustativas y visuales); hay trastornos de la memoria en la forma de paramnesias; desorientación cronopsíquica y desdoblamiento de la personalidad, extraviando su juicio con relatos imaginarios, fantásticos y numerosas ideas de persecución y de grandeza absurdas.

Fuera del sistema delirante existe una lógica bastante aceptable, un juicio correcto y memoria fiel de hechos reales.

Las facultades volitivas se encuentran alteradas: hay sitiofobia como reacción a las ideas de envenenamiento y ligeros raptus furiosos cuando se acentúan sus trastornos psico-sensoriales.

Hay indiferencia afectiva, el enfermo empieza a familiarizarse con sus alucinaciones y su delirio.

El lenguaje está sembrado de neologismos; pero conserva coherencia y orden en la expresión de sus ideas.

FORMAS FRUSTAS O ABORTIVAS.

También son estudiadas por Serieux y Capgrás, y contrastando con las formas anteriormente descritas porque son de marcha irregularmente progresiva, variables en la fijeza y extensión de las alucinaciones y de los delirios; no presentan ni neologismos ni demencia.

Pueden detenerse en cualquier período evolutivo y presentar remisiones de larga duración. Son en realidad brotes agudos alucinatorios y delirantes de marcha irregular por lo que se les ha descrito indebidamente con el nombre de **Paranoia aguda**.

Ejemplo No. 6.

La señora P. A. A., es oriunda de México, de 42 años de edad, ingresó al Sanatorio de Tlalpam, el día 23 de febrero de 1926.

La madre de la enferma padecía ataques de risa; una hermana es histérica, un tío materno se suicidó y un tío paterno estuvo loco.

Fué inteligente y apacible y de carácter dulce; pero siempre de constitución delgada que se acentuaba en ocasiones. Parece que desde hace muchos años ha padecido perturbaciones nerviosas, pues los médicos que la atendieron de esos trastornos la consideraron como histérica. Desde niña sufre insomnios constantes y en épocas deja de dormir por varias noches seguidas.

Las primeras manifestaciones psíquicas se notaron en el año de 1916 en que tuvo ideas de persecución, miedos infundados, desconfianza, alucinaciones y exageración del insomnio. Estos síntomas duraron pocos días. De entonces a la fecha han sido varias las ocasiones en que manifiesta desequilibrio psíquico. Tales episodios psicopáticos han sido semejantes: desconfianza, aislamiento, ideas de persecución móviles y desordenadas, alucinaciones, etc.

La duración de cada acceso ha sido de pocos días y varios de ellos se han iniciado con motivo de algún viaje en ferrocarril; hecho de observación

bien obtenido por los familiares. Pasado el acceso su estado es normal.

Las últimas perturbaciones psíquicas que se iniciaron días antes de su ingreso, han consistido en: desconfianza, temor a las personas, temor de que la robaran (cerraba con candados las puertas y ventanas de su casa y escondía las llaves); creía que sus familiares trataban de ofenderla y calumniarla; tuvo alucinaciones auditivas de insultos y calumnias; aquellas se convinaron con visuales y táctiles, pues expresaba que un hombre, había entrado por la noche en su habitación y había tratado de violarla.

Examen clínico:

La enferma es una persona íntegra, proporcionada, muy delgada (39 kilos de peso), que guarda una aptitud depresiva, permanece durante largos períodos de tiempo sentada y quieta; en momentos se levanta asustada e intranquila; pero por lo general sus movimientos son pausados.

La fisonomía revela desconfianza y temor, los rasgos son tirantes y manifiesta expresión de disgusto cuando se le habla o se está cerca de ella; tiene dislogia por intensidad de la voz (habla débilmente y es muy parca en palabras).

Facultades intelectuales:

a) **Perturbaciones psico-sensoriales:** Al principio había insuficiencia de percepciones, algunas ilusiones, pero sobre todo alucinaciones. Estas han sido auditivas, táctiles y cenestésicas. Las primeras, fonemas, han sido inconstantes, múltiples, variables en su contenido, se han presentado por momentos y se han caracterizado por ser: inconscientes y reconocibles en parte por la enferma. Ha oído varias veces a su esposo y a sus hijas. En ocasiones han sido de carácter penoso por expresar insultos o porque oye que sus hijas lloran y se quejan. Otras veces sólo ha escuchado palabras sin trascendencia ninguna.

Las táctiles y cenestésicas se revelaron solamente en dos o tres ocasiones; en el Sanatorio las tuvo, pues expresó la idea de que alguien por la noche, había entrado a su habitación y trató de molestarla tocándola.

b) Ha presentado disminución de la atención activa y aumento de la espontánea (disprosexia). Tiene amnesia transitoria de fijación; ha habido desorientación alopsíquica en sus dos formas; ligera obnubilación intelectual, pero se ha conservado la orientación autopsíquica.

c) **Trastornos ideativos:** Tiene interpretaciones delirantes numerosas e ideas de persecución intuitivas y alucinatorias y desconfianza: sin motivo en que fundarse ha sospechado que en los alimentos se le ministran venenos y medicinas. Todas estas ideas han constituido un delirio de persecución más o menos sistematizado y transitorio.

Facultades afectivas: Las alucinaciones y las ideas delirantes producen en la enferma un tono afectivo cacofónico, que en ocasiones se acentúa

cuando piensa en su familia y en que está alejada de ella; una que otra vez ha presentado crisis de angustia y llanto.

Facultades volitivas: Reticente (disimuladora), se aísla de las personas contesta lacónica y malhumorada las preguntas que se le dirigen. Tiene sí-tiofobia originada por las ideas de persecución.

La exploración física reveló datos de poca importancia.

Las reacciones de Wassermann y de Hecht-Weimberg en la sangre dieron un resultado: débilmente positivo.

Nota: Dos meses después, el estado mental de la enferma es casi normal; el alivio había sido lento y progresivo: las alucinaciones fueron cada día más escasas, menos precisas y se hicieron conscientes; el estado de desconfianza fué atenuándose y al mismo tiempo desaparecieron las ideas delirantes de persecución.

La enferma abandonó su reticencia y se ha tornado sociable, comunicativa, afable y dócil.

Todas las facultades psíquicas cuyos trastornos se dejan enumerados, sufrieron este retorno progresivo a la normalidad.

Al mismo tiempo ha mejorado su estado físico. (45 kls. de peso) y la enferma abandona el Sanatorio.

Cinco meses después: la enferma continúa en perfectas buenas condiciones de salud mental y física.

DIAGNOSTICO

Los caracteres clínicos dominantes si se investigan bien, conducen al diagnóstico directo de los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** y el médico debe precisar los siguientes puntos:

1o.—**Ideas delirantes organizadas, fijas y constantes.**

2o.—**Alucinaciones multisensoriales en relación íntima con las ideas delirantes.**

3o.—**Actividad psíquica largamente conservada.**

La semejanza que presentan en su sintomatología los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** con la **Demencia Precoz Paranoide** ha producido confusión en la mayor parte de los autores de Psiquiatría y los ha llevado a querer agrupar, uno y otro padecimiento presentándolos como síndromos iguales.

Kraepelin, como ya dejamos dicho, y con él la Escuela Italiana, había incluido en un principio los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** dentro de la **Esquizofrenia** y aunque más tarde hizo ciertas rectificaciones, su primera opinión cuenta aún con algunos partidarios de los cuales Bleuler sigue considerando dentro de la **Esquizofrenia** a estos delirios.

Laignel-Lavastine, por el contrario suprime la **Demencia Precoz Paranoide** que coloca dentro del síndrome delirio alucinatorio.

Ambas son erróneas porque puede establecerse una diferencia bastante exacta y bien determinada entre una y otros.

Si consideramos en una forma global la sintomatología de ambos cuadros nosológicos, es indudable que existen numerosos puntos de contacto: hay en los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** múltiples y parecidos aspectos que existen en la **Demencia Precoz Paranoide**, como en ésta hay mucho de aquel síndrome.

En ambos hay **trastornos psico-sensoriales**, en ambos **perturbaciones de las facultades intelectuales**, en ambos **alteraciones psicomotrices**; pero si examinamos separadamente la forma, la modalidad que revisten estas manifestaciones, tan semejantes en apariencia, encontramos la diferencia clínica existente en el fondo.

Tal estudio de análisis voy a esforzarme por realizar y procederé, para llevar algún orden, por estudiar primero en los **Delirios**

etc. No hay desinterés, existe por el contrario ese matiz que normalmente acompaña los estados intelectuales y que se llama efectividad.

El delirante sistematizado es por otra parte, activo, defiende sus razonamientos, trata de convencer y orienta sus reacciones volitivas de acuerdo con la idea directriz en donde radica la causa, el móvil de su conducta.

Ya lo dijimos: el perseguido adopta medios de defensa; se queja a las autoridades, etc.; el místico aumenta su celo apostólico, sus prácticas piadosas, etc., es decir, que existe consecuencia, subordinación entre el modo de pensar y la manera de obrar.

Es verdad que algunas veces las reacciones son violentas bruscas, impetuosas, verdaderas impulsiones; pero no son inmotivadas: desesperado el enfermo por la molestia que le ocasionan las alucinaciones o cansado porque no logra que se le haga justicia, se defiende y lanza contra los seres imaginarios que lo insultan los objetos que tiene a la mano, o hiere al individuo a quien ha identificado como su perseguidor.

Los neologismos, los movimientos estereotipados y aún los tics, que deben considerarse como manifestaciones de automatismo mental, son en el caso de los delirantes sistematizados, perfectamente lógicos con el delirio. Son movimientos misteriosos, palabras cabalísticas para ahuyentar a los perseguidores, etc.

La escritura es correcta, coordinada; los caracteres de las letras no tienen nada de particular y no hay manierismos gráficos. Los dibujos que rara vez efectúan, como otras manifestaciones ya mencionadas de estos pacientes, son con objeto de defenderse de las alucinaciones.

Todas las consideraciones anteriores se refieren a los síntomas observados durante el período de estado de los **Delirios Sistematizados Alucinatorios**, una vez que la sistematización está plenamente organizada; porque en el período final, cuando terminan en demencia, el Psiquismo se disgrega, el delirio se desorganiza predominando el automatismo mental.

Lo que caracteriza a la **Demencia Precoz**, singularizándola de manera inconfundible en todas sus formas, desde la **simple**, hasta la forma que más nos interesa, la **paranoide**; lo que le dá el sello de entidad nosológica es sin duda alguna, el **mecanismo esquizofrénico**, es decir, la desconexión, la desarmonía en el funcionamiento de las facultades psíquicas. La **noo timo-psiquis o ataxia intrapsíquica**.

En el demente precoz no puede existir organización alguna en sus procesos mentales, es incapaz de mantener orientación determinada en su actividad psicológica.

Las ideas se forman de manera automática sin conexión, sin asomo de lógica; el discurso de estos enfermos está hecho de frases sin sentido, muchas veces contradictorias construidas por una asociación de palabras que no presentan otra liga que la sucesión en el tiempo en que son pronunciadas.

No hay organización de un sistema, todos los complejos saltan a la vez, de allí que se observan ambivalencias, paradojas y contradicciones.

En el demente precoz hay indiferencia efectiva: todas las cosas tienen el mismo valor o ningún valor, o bien se despiertan estados afectivos paradójicos. Sus explosiones de risa, de llanto o de enojo son automáticos, se presentan o desaparecen sin razón.

Las facultades volitivas están igualmente afectadas de una manera profunda: hay en el demente precoz inercia, falta de impulso vital, sugestibilidad pasiva y negativismo.

Cuando el enfermo reacciona, lo hace también de manera automática en forma de impulsiones, de raptus sin causa que los provoquen.

Los tics, las estereotipías, los neologismos son manifestaciones del propio automatismo mental que ha destruido los lazos que unen a las facultades psíquicas, cuyo funcionamiento viene a ser totalmente discordante.

La escritura en los dementes precoces, por lo que se refiere a la parte psico-gráfica, es a su vez incoherente, plagada de neologismos y estereotipías, y por lo que vé a la caligráfica, sobre todo en la forma paranoide, desigualdad de las letras, modificaciones de muchas de ellas, signos múltiples y caprichosos.

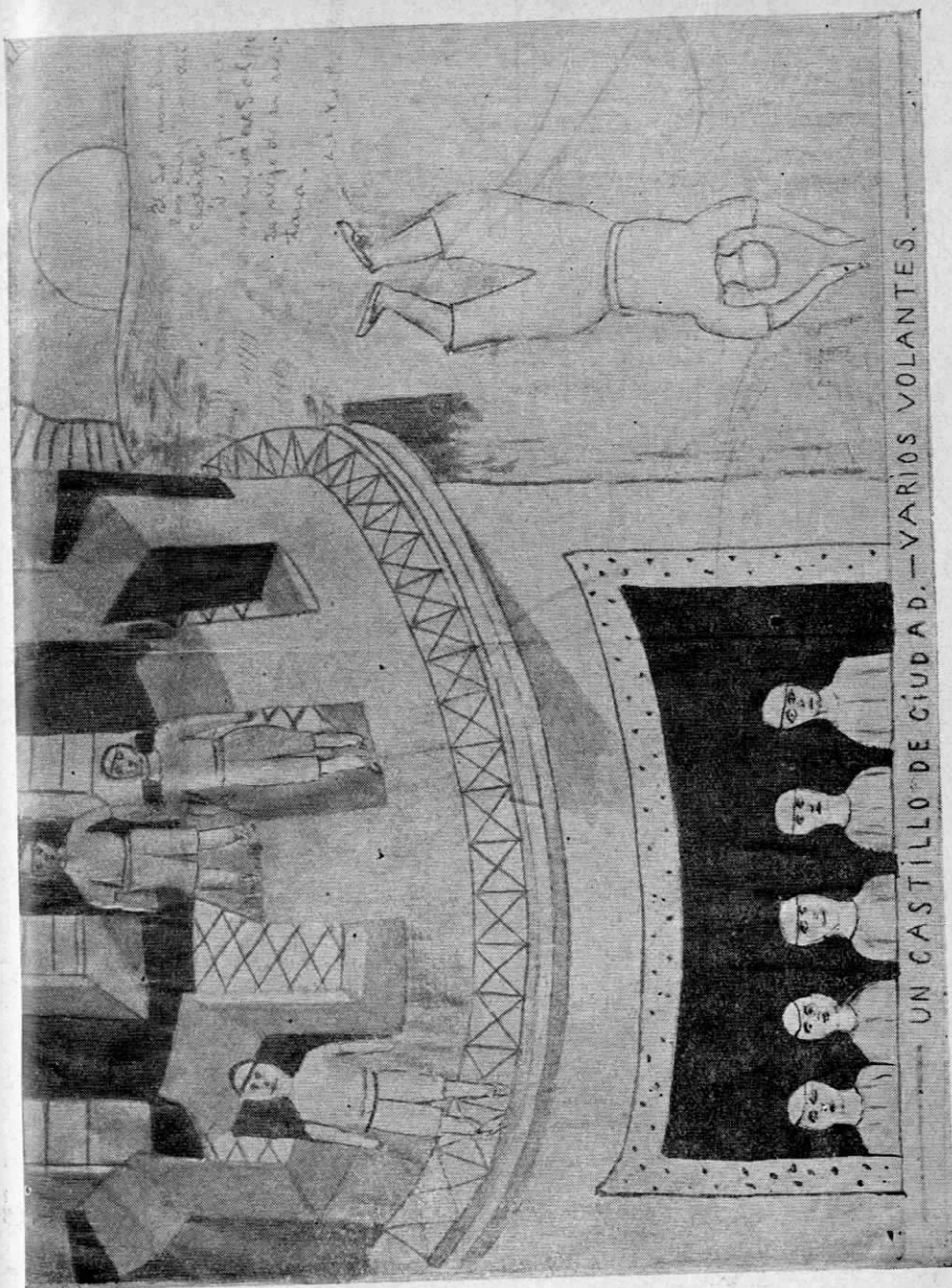
Sus dibujos son extravagantes y fantásticos.

En resumen la **sistematización** en los delirantes puede ser asemejada a un árbol cuyo tronco representaría la idea directriz, mientras que las ramas serían los enriquecimientos adquiridos, las ideas secundarias, las interpretaciones delirantes, las tendencias afectivas y las reacciones volitivas en fin, orientados bajo la dependencia de la idea principal; en tanto que el **mecanismo esquizofrénico** de la **Demencia Precoz** puede ser comparado con un parque cuyas veredas se entrecruzan sin orden ni concierto.

Nos queda por distinguir los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** de algunos estados delirantes que se presentan en otros padecimientos mentales y que van acompañados de alucinaciones.

La confusión es difícil y solamente en algunos casos puede presentarse; y así tenemos que en los **débiles mentales** se observan delirios polimorfos, sin unidad, por brotes, y aunque las ideas de persecución son frecuentes, tienen una sistematización imperfecta.

En los **alcohólicos** hay estados delirantes que se caracterizan por alucinaciones auditivas y principalmente visuales que tienen



Dibujo de un demente precoz paranoide
Obsérvese la falta de conexión en el asunto

los siguientes caracteres: terroríficas, móviles, nocturnas bajo la forma "**zoopsia**"; hay también alucinaciones táctiles y numerosas ilusiones.

Las ideas delirantes más frecuentes en estos enfermos son las de celos, bajo cuya influencia, pueden originarse impulsos al suicidio y al homicidio y otros actos violentos.

No son raros en tales enfermos los **delirios profesionales**.

Además existen síntomas somáticos que unidos a los antecedentes etílicos aclaran el diagnóstico: temblores trastornos de la sensibilidad, perturbaciones digestivas, etc.

Generalmente tales estados son agudos, se acompañan de confusión mental en la que hay desorientación alopsíquica en tiempo y lugar, y se conserva la autopsíquica.

La duración es corta de 8 a 30 días y como se deja dicho, son consecutivos a accesos alcohólicos, desapareciendo por tanto, cuando se suprime el factor etílico.

El diagnóstico presenta mayores dificultades en los casos de las **psicosis alcohólicas** con dominio de alucinaciones auditivas, no ya de las **alucinosis agudas** que los signos somáticos y el tiempo diferencian claramente; sino de los síndromos llamados **paranoias alcohólicas** en los cuales se presenta sistematización delirante alucinatoria. Pero los antecedentes alcohólicos y las perturbaciones globales de las facultades psíquicas que revelan déficit intelectual dan a conocer la diferenciación entre estos paranoicos alcohólicos y los delirantes sistematizados.

Otros padecimientos mentales, como la **Parálisis General**, la **melancolía delirante** y diversas toxifrenias que varios autores tratan de diferenciar teóricamente, en clínica no ofrecen grandes dificultades de diagnóstico, y por lo tanto considero inútil insistir acerca de ello.

MEDICINA LEGAL

Los problemas médico-legales que suscitan estos delirantes alucinados tienen su origen casi exclusivamente en las reacciones de defensa que los pacientes consideran como legítimas; reacciones que pueden separarse en dos grupos:

1o.—**Reacciones pasivas:** Consisten en quejas, solicitud de auxilios de la policía, de los gobernantes, de los magistrados, etc. Los enfermos verifican cambios de nombre, de domicilio, viajes, expatriándose a otras naciones sin llevar muchas veces sus pasaportes en regla.

Tales actos son verdaderas fugas, (**Alienados migradores de Foville**), que a algunos los conducen a la vagancia.

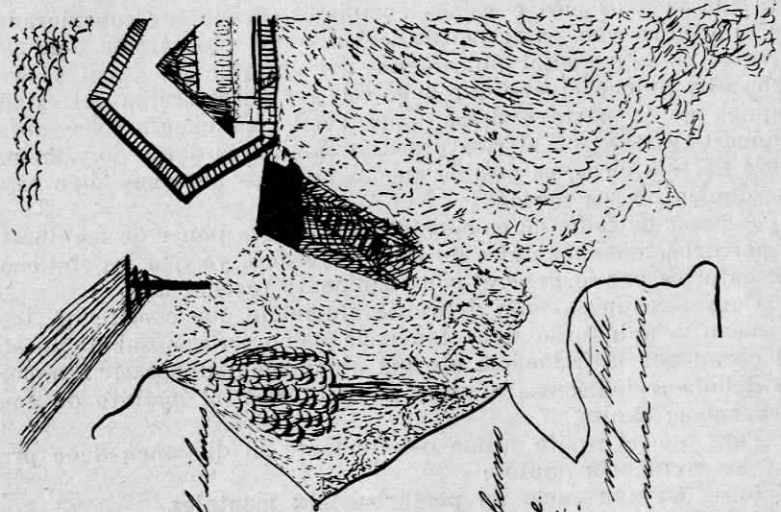
2o.—**Reacciones activas.**—Son ya legales: cartas, reclamaciones por medio de abogados; ya directas: como denuncias falsas, violaciones, incendios, tentativas de envenenamiento, mutilaciones, castración, asesinatos y otras.

Todas son cometidas por el paciente con la convicción de que obra en legítima defensa.

La integridad de las facultades psíquicas de estos enfermos y la reticencia en que algunos incurren, puede hacer pensar en que no son enfermos mentales; pero el médico debe estudiar cuidadosamente todos los pormenores de los actos de ellos para llegar a demostrar que tales cometidos son de carácter marcadamente patológico.

Los intentos de asesinato o asesinatos son generalmente bien meditados con toda clase de detalles y los realizan con absoluta sangre fría, pues creen obrar, como ya hemos dicho, en legítima defensa; no consideran que han efectuado un crimen, sino que han obrado con absoluta justicia y por imperiosa necesidad; no se arrepienten ni presentan remordimientos.

No niegan sus crímenes, sino que a veces manifiestan satisfacción de haberlos cometido y si llegan a ser detenidos reciben el



El Alienado

*Ali, como es lógico, siempre, en quieros casos,
con un amor, a la libertad inmortal y al silencio
Trago mucho xisó...!!!
Porque si no, no pánico...!!!
Porque si no se rompe la cadena,
porque tengo miedo por la ilusión,
La ilusión que no muere.
Se deja de pensar, me voy
Bendito mi mutismo
y benditas las sombras de mi silencio
donde el dolor se plasma con ferreos
Bendito, porque nunca esto existe.
La gloria y el placer de estar muy triste
y siempre expuso el amor que nunca muere.*

Dibujo y escrito de un enfermo de Psicosis
maniaco - depresiva

castigo con impasibilidad y estoicismo.

Los procesos de orden civil, como reclamaciones de herencias, chantaje y otros más o menos complejos, deben ser considerados por el médico con extrema prudencia y no contentarse con asegurar el estado mental únicamente del enfermo en quien se sospecha esta dolencia; sino que debe recoger datos acerca del estado psíquico de la parte adversa, pues como justamente hace notar Laignel-Lavastine, en ciertos procesos familiares donde hay un paciente de esta clase, es posible encontrar otras personas cuyo estado psíquico no sea normal.

A pesar de todo, no es muy difícil llegar a poner de manifiesto las perturbaciones mentales de estos enfermos, ya que los síntomas alucinatorios por lo general son fácilmente reconocibles.

Considero que a todo delirante alucinado que comete un acto antisocial o delictuoso debe tenérsele como irresponsable puesto que obran por la influencia de una alucinación imperativa, o porque debido a delusiones o ideas persecutorias, el instinto de conservación se exalta.

Para que el perito funde debidamente su dictamen debe precisar los siguientes puntos:

1o.— **La existencia de perturbaciones mentales.**

2o.— **La relación que existe entre las reacciones antisociales incriminadas y la perturbación mental.**

3o.— **Por último, debe indicar la conducta que ha de seguirse con el enfermo.**

Entre nosotros conviene poner verdadero cuidado en los peritajes de Psiquiatría Médico-Legal, pues por desgracia debido al abandono en que se tiene a esta rama tan importante de la medicina, aquellos no se practican con la atención que requieren.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

PROFILAXIS.

Todas las consideraciones que acerca de la profilaxis han hecho los autores que de esto se han ocupado, no pasan del carácter de ser puramente teóricas, pues es casi imposible prever quienes llegarán a ser delirantes alucinados y por tanto los métodos profiláticos no tienen en el caso nada de especial, sino que son comunes a la mayoría de las enfermedades mentales:

1o.—Favorecer por medio de la Psicoterapia la resistencia psíquica de los predispuestos para atenuar su desequilibrio mental.

2o.—Resguardarlos de las causas determinantes u ocasionales ya físicas, ya psíquicas. Para esto se aconseja la vida en el campo, la educación en las costumbres morales; la vigilancia en las amistades, las lecturas y las diversiones; la lucha contra las tendencias místicas hipocondriacas o de vagancia, buscando siempre que adquieran orden y morigeración.

Evitarles las emociones intensas y el excesivo trabajo intelectual.

Ponerlos por otra parte, en abstinencia completa de bebidas alcohólicas, de excitantes como té, café, etc., y de los estupefacientes

Se les prescribirán ejercicios físicos y deportes y en todos sentidos se procurará tenerlos ocupados y distraídos.

El tratamiento de estos enfermos debe de encaminarse en dos sentidos: la Psicoterapia y el tratamiento medicamentoso.

PSICOTERAPIA.

En virtud de que los **Delirios Sistematizados Alucinatorios** son incurables como muchas otras enfermedades mentales, hasta el momento actual; debemos ver solamente cuáles son los recursos más apropiados para aliviar a los enfermos y hacerles más llevadero su padecimiento.

Los procedimientos psicoterápicos son, en primer lugar, favorecer el menor gasto de energías nerviosas y evitar la baja de la tensión psicológica.



Para ello es indispensable alejar todas las causas de excitación cerebral que estos enfermos forzosamente tienen, si conservan el mismo medio de vida; de allí que el primer recurso sea cambiarlos de ambiente; alejarlos de todos los factores que los exciten y en el principio de mal conviene llevarlos al campo o a lugares distantes del movimiento de las ciudades.

Cuando a consecuencia de las alucinaciones o de las ideas delirantes se hacen agresivos o presentan reacciones antisociales, lo indicado es el internamiento en un sanatorio, donde puedan tener la vigilancia necesaria para evitarles reacciones impulsivas.

El aislamiento del enfermo debe llenar condiciones de atención esmerada: solicitud, encausamiento moral, diversiones, trabajos manuales, agrícolas, etc.

Nunca debe de tratarse de convencer a estos enfermos de lo erróneo de sus ideas delirantes, pues a parte de no tener resultado alguno, se puede fomentar esas mismas ideas, como lo enseña la práctica.

Es frecuente observar que los pacientes, alejados de las causas que producen trabajo intelectual, se calman y sobrellevan mejor su psicosis.

El médico tendrá para ellos toda clase de atenciones; debe mostrarles afecto para ganar su confianza y no hacerles comprender que se les trata como a enfermos.

Es frecuente que sufran exacerbaciones de sus síntomas, que presenten estados de agitación y en esos casos hay que recurrir a la clino-terapia que dá buenos resultados; si esto no basta, entonces conviene prescribir algunos medicamentos como veremos más adelante.

También se presentan mejorías que deben aprovecharse para que los paccintes, dentro de su reclusión puedan recibir a sus familiares y aún si estas mejorías son bastante acentuadas, pasar algunas temporadas en su casa.

La psicoterapia por medio de la distracción, del ejercicio físico, mitiga en gran parte los trastornos psíquicos y debe emplearse en todos los casos.

TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.

El tratamiento medicamentoso es bien pobre y exclusivamente sintomático.

Ya de manera absoluta debe rechazarse lo aconsejado por Moran de Tours, quien prescribía la administración de *Datura stramonium* para combatir los trastornos psico-sensoriales. Está como otros tóxicos sedantes son perjudiciales, pues producen intoxicaciones crónicas que atacan a la larga el fondo mental de los en-

fermos.

Si acaso, en períodos de agitación extrema y de insomnios tenaces, conviene usar calmantes como el luminal, el veronal y los bromuros.

Uno de los procedimientos que deben emplearse ampliamente y sin inconvenientes es la balneo-terapia.

Se somete a los enfermos a baños calientes prolongados durante dos o tres horas.

Los efectos son provechosos, pues entran dentro de cierta calma y se les favorece el sueño.

El uso de los opiáceos como el Láudano de Sydemham, la tintura de opio asociados o no a la valeriana y al bañero en dosis progresivas ascendentes, es de resultados variables y en cambio siempre les produce constipación que llega a ser tenaz y muy molesta como lo he visto frecuentemente.

No hay que abandonar los medicamentos tónicos como el hierro, el fósforo, la kola, etc. pues siempre tienen alguna utilidad.

Muchas indicaciones hay que llenar de acuerdo con los casos particulares. Así por ejemplo: la administración de purgantes, pues son enfermos propensos a la constipación; de emenagogos, ya que en las mujeres hay casi siempre desarreglos menstruales, etc., etc.

La conducta de vigilancia impone los regímenes higiénicos a que se les debe de someter, combinándolos con el sistema psicoterápico; así es que se les reglamentará la vida en sus horas de sueño, horas de alimentarse y selección de alimentos nutritivos, frescos, etc.

Cuando por motivos de ideas delirantes o alucinaciones hay sitiofobia, la aplicación de la sonda esofagiana se impone.

En una palabra, se atenderá a estos enfermos con todos los recursos aconsejados y conocidos en la práctica psiquiátrica.