

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Oligofrenia y Agresividad



DISERTACION PRESENTADA
PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGIA

ALICIA QUIROZ GARCIA

MEXICO, D. F.

1956



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DIAGNOSTICO PSICOCLINICO DE LAS CONDUCTAS AGRESIVAS
EN NIÑOS OLIGOFRENICOS

Psic. C.

A la venerable memoria de mi padre

Con amor, a mi madre

Con agradecimiento y *afecto*,
al Doctor Oswaldo Robles

Al Doctor *Alberto Cuevas*,
maestro y amigo

CONTENIDO

PRELIMINAR	11
------------------	----

CAPITULO I

LA PERSONALIDAD OLIGOFRENICA

1.—Concepto de Personalidad Oligofrénica	13
2.—Etiología de las Oligofrenias	15
3.—Clasificación Psiquiátrica de los Oligofrénicos	16
4.—Clasificación Psicométrica de los Oligofrénicos	18
5.—Formas de Conducta del Oligofrénico	20

CAPITULO II

LA CONDUCTA AGRESIVA

1.—Concepto de Agresividad	23
2.—Frustración y Agresividad	25
3.—Bases Somáticas de la Agresividad	27
4.—La Conducta Agresiva en Niños Oligofrénicos	41

CAPITULO III

EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA AGRESIVIDAD EN LOS OLIGOFRENICOS

1.—Método Clínico y Técnicas Proyectivas	45
2.—Proyección de la Estructura de la Personalidad	47
3.—Proyección de Contenido y Dinamia de la Personalidad	50

CASUISTICA	53
------------------	----

CONCLUSIONES	65
--------------------	----

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA	67
----------------------------------	----

PRELIMINAR

Al abordar el problema de la agresividad, tratando de encontrar las causas últimas del fenómeno, así como al estudiar sus consecuencias, tanto personales como clínicas y sociales, nos encontramos con diversidad de criterios que, de acuerdo con las diferentes corrientes psicológicas, enfocan el problema desde ángulos distintos.

Nosotros hemos limitado un tema tan extenso, refiriéndolo en especial al oligofrénico, por considerar que la aparición de pautas de conductas agresivas en este tipo de sujetos obedece a causas diferentes e implica consecuencias también diferentes, por la especial situación individual, social y cultural en que actúa el oligofrénico.

Consideramos nosotros que existe una capacidad de reacción agresiva inherente al hombre, que se manifiesta en relación a los patrones de conducta innatos y que se presenta como pulsión vital de tipo primario. Es esta base constitucional la que va a servir de apoyo para elaborar una agresividad secundaria de tipo afectivo, originada en las relaciones interpersonales a consecuencia de las frustraciones que sufre el individuo, en su instintividad. Es esta agresividad la que va a presentarse formando parte de los patrones de conducta adquiridos y va a estar condicionada por las situaciones específicas en que se ha visto colocado el sujeto desde su infancia y que han determinado una peculiar integración afectiva.

En el área de las disciplinas sociales y morales va a presentarse un tipo de agresividad que se gesta en relación a las condiciones existenciales del sujeto, unas de tipo histórico y cultural y otras de tipo objetivo y óptico. Sobre estos aspectos son notables los recientes estudios de Baruk, quien en sus obras analiza en detalle las manifestaciones agresivas que se presentan como consecuencia de la represión del juicio moral.

A este respecto nos dice Baruk³ que las ideas derivadas de la tesis freudiana, en la que se nos dice lo perjudicial que resulta una educación demasiado rígida e incomprensible para el niño, han originado una crisis en la educación, llegando al extremo contrario y permitiendo que el niño crezca en el completo abandono de sus tendencias instintivas, de donde posteriormente resulta un individuo incapaz de someterse a disciplina alguna, con una voluntad débil e ineficaz. Un sujeto educado en forma tal, manifestará sentimientos interiores de descontento, de inferioridad y en ocasiones de culpabilidad. Esta infravaloración y este autodesprecio lo conducirán posteriormente a una vi-

vencia de rechazo por parte de la sociedad y determinarán reacciones de agresividad contra ella, por un mecanismo de transferencia y proyección de los sentimientos interiores al medio social.

Tal educación extremista trata de sacrificar las exigencias morales y sociales en favor de los caprichos más fútiles, caprichos que van en aumento y ante cuyas frustraciones se reacciona con venganzas y agresividad, haciendo difícil la integración del individuo en la convivencia social.

Aborda también el problema de las "deformaciones de la conciencia moral" como consecuencia de una concepción hedonística en la que de hecho quedan eliminadas las ideas de bien y mal, o más bien, en la que se considera como bueno aquello que proporciona placer inmediato y como malo aquello que nos aleja de éste.

Una conciencia moral bien orientada deberá dirigir la actuación mediante juicios de valor que encuentran su razón de ser, no en la satisfacción ilimitada de los instintos, sino en la dirección controlada de éstos al servicio del altruismo social.

Señala Baruk que una "mala conciencia" lleva al individuo a buscar placer inmediato en detrimento de toda justicia y de todo altruismo, sin que esto le reporte a la postre felicidad alguna, al ser incapaz de encontrar satisfacción en sus actos. La mala conciencia queda relegada a ella misma, rehuyendo aceptar sus propias faltas y repararlas. Este rehuir, esta obstinación en el error preparan al organismo a reacciones cada vez más agresivas, en las que una ferocidad concentrada, no es la manifestación de una fuerza natural, sino la expresión de sentimientos escondidos de inconformidad y dominio que se derivan bajo esta forma.

Considerando que el hacer un estudio exhaustivo de la agresividad nos llevaría a elaborar un trabajo voluminoso y se emplearía en su realización un tiempo prolongado, nosotros hemos limitado nuestras investigaciones a un solo aspecto del problema, centrando el estudio de la agresividad en los niños oligotróficos con un sentido naturalístico y enfocando el problema desde un punto de vista científico natural, prescindiendo, no obstante reconocer su alto valor, de aquellos modelos de valoración que Allport¹ ha englobado bajo el nombre de "modelos de valoración moral o de las Ciencias Morales".

CAPITULO I

LA PERSONALIDAD OLIGOFRENICA

1.—CONCEPTO DE PERSONALIDAD OLIGOFRENICA. El término oligofrenia, introducido por Krapelin, es motivo de confusiones debido a las raíces etimológicas con que fué formado, oligos, poco; phren, inteligencia; fácil sería suponer que el niño oligofrénico presentará sólo una disminución de la inteligencia, cosa diferente a lo que acontece en la realidad, ya que en la oligofrenia es toda la psiquis la que está trastornada, cierto que en el sentido de disminución de escasez, de oligos*, pero es toda la vida psíquica, la vida orgánica de las funciones sensoriales, del movimiento, de la relación, ya que no es posible en el hombre vivo considerar su inteligencia como una cosa aparte sin destruir su personalidad.

Partiendo del concepto de la psicología moderna que considera la personalidad como una resultante de la estructuración dinámica de elementos aislados**, entre los cuales se cuenta, ciertamente, la inteligencia, podríamos afirmar que la oligofrenia no es tan sólo una disminución de ésta, sino un trastorno de toda la personalidad como consecuencia del déficit en uno de sus factores integrantes. El sentido de carencia, de déficit de la oligofrenia, es exacto en lo que se refiere a la inteligencia***, mientras que en las demás esferas de la vida psíquica e incluso de la vida orgánica, el oligofrénico presenta un trastorno y no un déficit.

Llamamos la atención ahora sobre el sentido evolutivo de la oligofrenia, es decir, que la oligofrenia se va a manifestar en un organismo, en una personalidad que está en evolución. De aquí su diferencia esencial con la demencia, que desde el punto de vista anatómico podrían ser la misma cosa****, pero difieren por el hecho de que una misma lesión

* El grado de déficit no se encuentra en la misma proporción en las diversas esferas psíquicas.

** Exceptuando la escuela del "Gestalt", para quien la responsabilidad constituye un todo unitario inanalizable o, dicho en otra forma, inexplicable en términos de interrelaciones entre las partes.

*** Se habla de déficit en relación a la inteligencia por referirnos a ella con un criterio cuantitativo.

**** Aun cuando el dato anatómico no define ni caracteriza a la oligofrenia.

actúa, en el primer caso, en una psiquis que está aún en formación y en el segundo caso sobre una personalidad psíquica definida y formada.

Es casi absolutamente imposible separar la oligofrenia de la idea de lesión orgánica. Podemos asegurar, por lo menos estadísticamente, que el déficit intelectual y el trastorno psíquico se presentan en correlación a una lesión de tipo somático.

La anatomía del cerebro del oligofrénico muestra condiciones anormales francas; sin embargo, en algunos casos de idiotas o imbéciles, ningún cambio anatómico grueso ha sido encontrado, si bien es cierto que un examen al microscopio de las estructuras neurológicas, generalmente descubre una gran variedad de desviaciones y defectos en el desarrollo de las estructuras celulares. No obstante, en la actualidad resulta todavía bastante aventurado, en algunas ocasiones, interpretar estas desviaciones, ya que todavía se está inseguro en cuanto a la correlación existente entre ciertas estructuras neurológicas y la función psicológica.

El concepto de oligofrenia podrá ser más comprensible cuando la personalidad del niño o del adolescente sea vista a través de la familia, de la escuela, del trabajo, de la sociedad. Es decir, del punto de vista de su utilidad y rendimiento, ya que, independientemente de su génesis y sus lesiones, los estados psíquicos que constituyen la oligofrenia son semejantes en cuanto a sus resultados prácticos. El oligofrénico, del punto de vista práctico, de su utilidad y su rendimiento para consigo mismo y para con los demás, es deficiente.

Esto ha dado motivo para que se adopten criterios diferentes, tratando de definir la deficiencia mental. La escuela inglesa parte de un factor de competencia social, y así, los términos de idiocia, imbecilidad y debilidad mental son referidos a la autosuficiencia del individuo dentro de la sociedad; la escuela americana refiere dichos términos a la cuantificación de ciertos rasgos alcanzados por un sujeto dentro de una escala de inteligencia.

Partiendo de las capacidades de educación de los sujetos normales, se han estandarizado pruebas de inteligencia en las que se procura medir las aptitudes de los escolares, de donde resulta el oligofrénico un sujeto con escasas o ningunas aptitudes de adquisición o adaptación a situaciones artificiales de experimentación.

De un punto de vista biológico, el requisito esencial de todo ser viviente es su capacidad para mantener su propia existencia, la deficiencia mental es entonces un desarrollo mental incompleto en grado tal, que hace al individuo biológicamente inadecuado, siendo incapaz de adaptarse a una vida social normal y de mantener su propia existencia independiente de supervisión, control o apoyo externo.

En Inglaterra, la definición de deficiencia mental aceptada en 1927 y que en la actualidad rige, es la siguiente:⁸ "Deficiencia mental es una condición de detención o desarrollo incompleto de la mente, cuando se presenta antes de los dieciocho años, independientemente de que sea debida a causas inherentes o inducida por enfermedades o daños".

Esta es una definición aceptada también en gran parte de América Latina y Estados Unidos, sin embargo, en forma aislada algunos grupos de investigadores agregan una calificación educacional en términos a un examen de inteligencia.

2.—ETIOLOGÍA DE LAS OLIGOFRENIAS. Podemos agrupar las posibles causas de las oligofrenias en cuatro grupos distintos:

- 1.—Causas hereditarias.
- 2.—Causas germinales.
- 3.—Causas congénitas.
- 4.—Causas adquiridas.

Dentro de las causas hereditarias de la oligofrenia, debemos tener presente que los padres pueden transmitir a sus hijos todo su fenotipo o parte de él, y éste sólo será capaz de transmitir la causa de la oligofrenia (no la oligofrenia misma) cuando en él haya condiciones degenerativas de cierta especificidad en relación a la enfermedad. En la constitución de cada individuo, hay un genotipo, que es la parte del fenotipo que corresponde a todas las propiedades y caracteres hereditarios que transmite. Estas propiedades y caracteres pueden estar en el fenotipo de un progenitor sin ser manifiestas en él, pudiéndose manifestar en cambio, en sus hijos. Por lo que la anomalía degenerativa que se transmite (genotipo), como causa de la oligofrenia, no es preciso que esté manifiesta (fenotipo) en el padre.

Entendemos por causas germinales de la oligofrenia, aquellas que actúan ocasionando un daño sobre las células germinativas (óvulo y espermatozoide). Los factores que actúan sobre las células germinativas pueden ser de varias clases: influencias tóxicas (alcohol, plomo, mercurio, etc.), influencias físicas (radio, rayos X, etc.), influencias infecciosas (tuberculosis, paludismo, sífilis, etc.) o bien procedimientos químicos anticoncepcionales que, pretendiendo destruir el espermatozoide, sólo lo dañan; puede suceder también que las células germinativas, especialmente la femenina, sea trastornada por factores internos de tipo disendócrino hipofisiario, tiroideo, suprarrenal o genital, o bien, el óvulo puede ser trastornado por un factor cronológico*.

Parece ser que el número de oligofrenias con causa hereditaria y germinal es sensiblemente superior (75%) al de las demás oligofrenias (25%).

Entendemos por causas congénitas aquellas que actúan ocasionando un daño sobre el embrión o el feto, desde que ha sido concebido, hasta inmediatamente después del parto. Estas causas pueden agruparse en dos tipos: las que se producen antes del parto y atacan a la madre en gestación, como traumatismos abdominales, alimentación insuficiente, avitaminosis, sífilis, enfermedades infecciosas agudas, etc.,

* Como en el caso del mongolismo, cuya etiología se ha tratado de relacionar con una avanzada edad en la madre (8).

y la causa que actúa en el momento del parto, traumatismo del encéfalo del feto por compresión craneal o por asfixia, producida por una vuelta circular del cordón umbilical, o procidencia del mismo.

Causas adquiridas de la oligofrenia son aquellas que actuando después del nacimiento, pueden perturbar el desenvolvimiento normal del niño, en su vida de relación, en sus facultades de conocimiento, y en sus aptitudes de aprendizaje. Estas causas pueden actuar atacando directamente el neuroeje o bien actuando sobre otras partes vitales del organismo. Cualquier infección aguda puede producir una meningitis o encefalitis, o bien traumatismo craneales que producen conmoción o hemorragia intracraneana; una situación deficitaria puede ser atribuída a muchos agentes, tuberculosis, raquitismo, trastornos de la nutrición, trastornos endócrinos, etc. Sin embargo, las oligofrenias adquiridas por causas que no han actuado directamente sobre el neuroeje, pueden considerarse como provisorias, puesto que son susceptibles de desaparecer si se logra vencer, a edad temprana, el agente productor; en caso contrario el proceso de déficit mental se hace irreversible.

En la práctica, sin embargo, es frecuente que la causa efectiva de la oligofrenia, no sea sólo una y se halle en los antecedentes un polimorfismo etiológico en el que coinciden o se superponen distintas causas efectivas.

3.—CLASIFICACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS OLIGOFRÉNICOS. Al tratar de hacer una clasificación de las oligofrenias se conseguiría únicamente un valor didáctico, ya que toda clasificación resulta unilateral, pues presupone la exclusión de determinados elementos para hacer una integración en grupos que en la realidad casi nunca se produce.

La clasificación de las oligofrenias persiguiendo un sentido didáctico, puede hacerse siguiendo diversos criterios; según su base anatómica, según sus síntomas más aparentes, según su causa efectiva, etc.

Existen ciertos tipos patológicos especiales a los que hacemos mención, ya que representan cuadros nosológicos diferenciados y definidos.

Mongolismo.—Existe un grupo de deficientes mentales que se caracteriza por presentar rasgos similares a la raza mongólica así como por otras características distintivas: los ojos oblicuos, la cabeza pequeña y redonda, los oídos mal formados, la lengua agrietada, usualmente aparece un segundo párpado cubriendo la córnea del ojo y las manos presentan deformidades en cuanto a tamaño y proporción en los dedos. Evidentemente, cualquier circunstancia que produzca esta condición anormal debe ocurrir antes del nacimiento. Benda⁸ sostiene la hipótesis de que el mongolismo es debido a un deficiente funcionamiento de la glándula pituitaria. Ese autor sostiene que algunas de las anomalías del sistema nervioso central, en estos casos, son desarrolladas durante la vida fetal, pero que algunas otras alteraciones vienen de disturbios endócrinos metabólicos posteriores al nacimiento. A pesar del asombroso parecido físico existente entre sujetos de este tipo, mismo que los hace ser incluidos dentro de la clasificación mongoloide,

mentalmente no presentan alteraciones características que los diferencie de otros deficientes mentales; en general, puede decirse que una edad mental de siete años es vista como el límite superior de inteligencia, sin que haya formas características de disturbios motores o sensitivos, presentan una marcada sensibilidad a los cambios de temperatura mientras que el desarrollo de la coordinación motriz es pobre, muchos mongoloides mueren en la infancia y pocos sobreviven más allá de los veinte años.

Microcetalia.—Esta clasificación incluye aquellos sujetos que presentan malformaciones craneanas. El cráneo, por lo regular, mide menos de diecisiete pulgadas en su circunferencia mayor y la forma es peculiar por la falta de desarrollo, principalmente en la porción comprendida entre la ceja y el oído. Constituye éste un defecto mental burdo asociado a una malformación física, como podría ser alguna otra malformación esquelética de origen congénito. Este tipo de sujetos no presentan tampoco trastornos mentales que los caractericen, particularmente presentan hipermotilidad, aparente vivacidad y una marcada tendencia a la imitación.

Oligofrenia Fenilpirúvica.—Este tipo de oligofrenia hereditaria se caracteriza principalmente por trastornos metabólicos. El ácido fenilpirúvico es una sustancia química que resulta de anomalías en el metabolismo y su presencia en la orina ha permitido diagnosticar este tipo de deficiencia mental. Clínicamente estos casos muestran trastornos motores y un pronunciado déficit intelectual.

Cretinismo.—Este tipo de oligofrenia se presenta por disturbios endócrinos principalmente insuficiencia de la glándula tiroidea. Esta condición puede aparecer en forma esporádica o endémica en aquellas regiones donde ha sido probada una deficiencia en yodos en el agua que la abastece. En la actualidad, es raro ver las deformaciones características exageradas que se presentan en los casos que no han sido tratados, pues casi todos los pacientes han sido sometidos a un tratamiento tiroideo, con el que se logra casi generalmente, un cambio en la morfología física pero en poco se logra modificar realmente la condición mental. Los caracteres físicos sobresalientes son: baja estatura, cabeza alargada, piernas extremadamente cortas, piel flácida, nariz ancha y labios gruesos. Los trastornos mentales comienzan a ser notorios al sexto mes, por la evidente apatía y lentitud de los movimientos, así como por la ausencia de expresividad emotiva. Estos niños muchas veces inician la marcha hasta el cuarto o quinto año y el lenguaje aparece a la edad de siete u ocho años.

Una clasificación que permitiría presuponer un pronóstico favorable o desfavorable, sería una clasificación basada en un criterio etiológico de las oligofrenias, ya que indicaría en qué momento de la maduración del niño se presentó el ataque que perturbó su desarrollo normal. De esta manera, al tratar de integrar el diagnóstico psiquiátrico

de un oligofrénico, se hará atendiendo en primer término, a un concepto etiológico.

Del punto de vista etiológico, podrían hacerse dos principales clasificaciones:

1.—Oligofrenias endógenas o idiopáticas, constituídas por aquellas que tienen una causa hereditaria.

2.—Oligofrenias exógenas, constituídas por las que tienen una causa germinal, congénita o adquirida.

Posteriormente, Moragas¹² sugiere hacer un minucioso y amplio estudio de los oligofrénicos y explorarlos médicamente de acuerdo con el siguiente orden:

- 1.—Examen morfológico y clasificación del hábito constitucional.
- 2.—Descubrimiento de los posibles estigmas degenerativos.
- 3.—Descubrimiento de los posibles signos sifilíticos.
- 4.—Exploración de los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo.
- 5.—Exploración endócrina.
- 6.—Exploración neurológica.
- 7.—Exploración del lenguaje, del oído y de la vista.
- 8.—Capilaroscopia.
- 9.—Examen del fondo del ojo.
- 10.—Análisis del líquido céfalorraquídeo y de la sangre.
- 11.—Electroencefalograma.

De esta manera, aconseja Moragas¹² que el diagnóstico psiquiátrico de los oligofrénicos se integre de la siguiente manera: se empezará anotando la palabra oligofrenia, a la que se añadirán los factores causales; una vez citados éstos, se verá si la exploración médica ha dado algún signo orgánico importante que se deba agregar a los conceptos anteriores, tales como estigmas degenerativos, hipotiroidismo, afasia, trastornos motores, parálisis o parésicos, trastornos del lenguaje, etc., quedando así reunidos en el diagnóstico los datos más importantes que orienten la terapia.

4.—CLASIFICACIÓN PSICOMÉTRICA DE LOS OLIGOFRÉNICOS. La clasificación psicométrica de las oligofrenias es aquella que se hace atendiendo al grado de déficit intelectual. Es la más corriente de las clasificaciones; fué introducida por Binet y Simón¹⁹ y hoy día es considerada como clásica.

Divide las oligofrenias en:

Debilidad mental.
Imbecilidad.
Idiocia.

El débil mental, también conocido como morón, es "aquel sujeto que requiere cuidado, supervisión y control para su propia protección

y para protección de las personas que le rodean, ya que muestra deficiencia para controlar, coordinar y adaptar su conducta"⁸. Su capacidad educacional es pobre, algunos son capaces de aprender a leer, a escribir y a realizar cálculos aritméticos elementales, así como de entender algunos aspectos simples del conocimiento escolar; inclusive algunos son capaces de bastarse a sí mismos dentro de la sociedad si se les entrena en alguna tarea sencilla y se les procura una supervisión suficiente.

Los idiotas y los imbéciles presentan un grado más profundo de déficit intelectual. Son incapaces de cuidarse por ellos mismos y de responder a cualquier procedimiento ordinario de educación.

Los imbéciles han sido definidos⁸ como "personas que exhiben trastornos mentales en grado tal que los hace incapaces de controlar su propia conducta y sus intereses, o, en el caso de los niños, presentan incapacidad para llegar a controlar su propia conducta y sus intereses". En el período escolar los imbéciles no responden de un modo satisfactorio a la enseñanza ordinaria, así, por ejemplo, no llegan a realizar cálculos simples, copiar figuras geométricas o reconocer las partes que faltan en una figura determinada. Algunos de ellos pueden nombrar los colores, entender y llevar a cabo órdenes sencillas, decir si es de día o de noche, de mañana o de tarde, pero son incapaces de llevar a cabo una conversación más o menos prolongada. Algunos pueden ser enseñados a leer y escribir oraciones sencillas o pueden ser enseñados a vestirse o desvestirse por ellos mismos, así como a entender y evitar muchos de los peligros más simples de la vida cotidiana. De esta manera, llegan a desempeñar labores sencillas, pero siempre bajo supervisión y por lo regular, ninguno de ellos contribuye, de una manera apreciable, al costo de su mantenimiento.

El idiota, por definición legal⁸, se conceptúa como "todo sujeto caracterizado por una deficiencia mental en grado tal que es incapaz de guardarse a él mismo contra los peligros físicos más comunes". Algunos idiotas menos profundos pueden aprender a alimentarse ellos mismos, o relacionar algunas palabras con el objeto que designan, aunque todas las formas de comunicación simbólica, no sólo la verbal, están profundamente alteradas; muchos de ellos deben ser alimentados y cuidados como niños; defectos motores y sensitivos acentuados son comunes; algunos idiotas tienen una grotesca apariencia por malformaciones físicas. El más bajo grado de idiocia puede presentarse incluso sin el reflejo de succión, algunos no llegan nunca a caminar y aparentan no ver ni oír nada de lo que acontece a su alrededor, viviendo en completa desconexión con el ambiente.

Esta clasificación fué hecha siguiendo un criterio utilitario, cosa que tiene gran importancia desde el punto de vista social y pedagógico.

Fueron también Binet y Simón, quienes, al elaborar su escala para cuantificar el desarrollo intelectual, abrieron un anchuroso campo que se significó por su posibilidad de apreciar el grado de evolución inte-

lectual de cada sujeto al evaluar en años y en meses el nivel mental*.

Posteriormente, Stern¹⁹ unió al dato de la edad mental proporcionada por escalas, la edad cronológica mediante la siguiente relación que llamó "cociente intelectual" (C.I.):

$$\frac{\text{Edad Mental} \times 100}{\text{Edad Cronológica}} = \text{C.I.}$$

De esta manera quedó evaluado en una sola cifra el grado alcanzado por un sujeto en la evolución mental; estableciéndose después la siguiente graduación:

Normal de 110 a 90.
Sub-normal de 90 a 80.
Débil Mental de 80 a 50.
Imbécil de 50 a 20.
Idiota de 20 a 0.

Para determinar la edad mental de un niño o de un adolescente disponemos actualmente de muchos reactivos mentales más o menos analíticos que, haciendo un examen minucioso de las distintas facultades intelectuales, permiten ver en qué aspecto de la inteligencia está el déficit más acusado. Así se procura enfocar los "tests" hacia un examen de memoria, de atención, de asociación, de juicio o de imaginación.

La edad mental determinada por cualquier prueba se obtiene de la comparación de la cifra obtenida en el niño observado con las cifras obtenidas en los niños normales de igual edad, siguiendo un criterio estadístico estandarizado para un dado núcleo cultural.

La clasificación clásica de Binet y Simón, por ser la más generalizada puede ser la más práctica, si se amplían sus conceptos, no limitándolos a un criterio exclusivo de déficit intelectual, sino clasificando a los oligofrénicos en idiotas, imbéciles o débiles mentales y añadiendo la importancia de los trastornos psíquicos que contribuyen a situar al niño o al adolescente en un grado más o menos grave de inadaptación a la vida normal.

De este modo, se tratará de determinar además de su edad mental, su forma de conducta, su sociabilidad y su productividad.

5.—FORMAS DE CONDUCTA DEL OLIGOFRÉNICO. La conducta es la manifestación externa resultante de dos factores heterogéneos: las exigencias tanto internas como ambientales a que está sometido el individuo y los recursos que en cada caso particular les son dados para satisfacerlas. Estos recursos están representados por las peculiares caracte-

* Hay autores, como Holstead, que consideran que estos procedimientos miden el grado de actividad intelectual pero no el grado de inteligencia, ya que ésta es multidimensional y, por tanto, no medible en relación a una escala lineal.

rísticas individuales que en forma integrada van a actuar configurando la personalidad.

El oligofrénico, con un carácter casi inexistente, sin el control de una inteligencia normal y de una afectividad adecuada, será ante todo un temperamental fácilmente víctima de sus reacciones primarias

El tipo de conducta del niño oligofrénico podrá ser definido por su actitud característica y ésta podrá ser determinada por el predominio del déficit intelectual, del trastorno motor o del trastorno afectivo con predominio de la vida instintiva, pudiendo polarizarse cada uno de estos predominios en un sentido de hipoactitud o de hiperactitud.

Así tendremos, una conducta determinadas por el déficit intelectual con "actitud tonta", es la del niño intelectualmente quieto, que no aprende el significado de las cosas, que no hace nada con ellas, que no se preocupa por lo que no sabe. Una "actitud suficiente" no presupone una mayor agudeza intelectual, sino una conducta en la que el niño se esfuerza en demostrar que no es lo que es y da la sensación de que se preocupa por las cosas, que las percibe, y que está satisfecho con lo que cree que sabe; en su conversación frecuentemente da la impresión de que participa en la vida intelectual de los demás. Es posible encontrar sujetos que ofrecen especial facilidad para retener nombres, fechas o versos, cítense también los casos de "false-savant", sujetos "computadores" con una habilidad manifiesta para efectuar operaciones automatizables de cómputo numérico, pero incapaces de plantearse y resolver problemas de abstracción matemática.

Una conducta determinada por el trastorno motor con "actitud tórpida" es la del niño corporalmente quieto, falta de toda iniciativa para las acciones motoras y para el juego, en contraposición con la "actitud erética" en la que el niño no puede estar quieto, cambia constantemente de sitio y posición dando muestra de una hiperactividad motriz.

La afectividad en el niño oligofrénico puede presentar trastornos determinantes de su conducta. Se habla de pobreza afectiva o afectividad disminuida cuando el niño manifiesta una afectividad débil y superficial, permanece indiferente ante los afectos de los demás; ante los acontecimientos no se muestra muy alegre ni muy triste, sus emociones son casi siempre negativas y poco duraderas. Su actitud, en general, es "indolente". Son afectos perturbados aquellos que se manifiestan en forma inadecuada, el niño afectivamente es casi normal en muchos aspectos, pero muestra una exagerada predilección por una persona determinada, no es difícil que este querer esté matizado por un fondo erótico, o bien siente gran apego por un objeto determinado. La afectividad exaltada por lo regular se presenta en forma de sentimientos hipertrofiados; pasiones como odio y crueldad exagerada hacia determinadas personas o animales originan una "actitud violenta" que entraña a la vez cierta peligrosidad en este tipo de sujetos.

En la práctica resulta difícil esclarecer si estas actitudes son manifestaciones realmente oligofrénicas o son características psicopáticas o neuróticas añadidas.

En la descripción de las formas clínicas de la oligofrenia, éstas

son confundidas fácilmente con algunos tipos psicopáticos; en este aspecto puede afirmarse que si bien los psicópatas no son necesariamente oligofrénicos, éstos en cambio, por lo regular, sí presentan rasgos psicopáticos.

No es raro que el oligofrénico, con una oscura visión de su propia inferioridad, adopte diversas actitudes neuróticas que influyen grandemente en el curso ulterior de su destino. Algunos, ante su incapacidad para adaptarse a la vida social normal; adoptan el criterio de aislarse en lo posible llevando una vida callada y tranquila matizada de gran misticismo. Otros exageran su protesta contra su inferioridad y tratan de obtener a toda costa una autosatisfacción atrayendo la atención de los demás con sus actos extravagantes y violentos. Otra actitud posible es la del sujeto desconfiado, hipócrita y cruel, por suponer en los demás intenciones hostiles, engendrando odios familiares que lo llevan a un desarrollo paranoide.

Por lo anteriormente expuesto, podemos decir que el oligofrénico es casi siempre algo más que un retrasado intelectual y por ello, si no interviene precozmente una educación terapéutica bien dirigida, su oligofrenia se teñirá con rasgos asociales o antisociales. Como se comprende, la educación terapéutica no se limitará a tratar de corregir la falta de cultura y de inteligencia del oligofrénico, sino procurará formarle una personalidad armónica, corrigiendo las anomalías del carácter que frecuentemente complican el déficit intelectual, con lo que sin duda se conseguirá una notable reducción de las llamadas "plagas sociales", cuyo denominador común acostumbra ser el déficit mental no reconocido ni tratado.

CAPITULO II

LA CONDUCTA AGRESIVA

1.—CONCEPTO DE AGRESIVIDAD. Para poder formarnos un concepto de lo que es la agresividad y reconocer las diversas formas de conductas agresivas, tendremos que remontarnos a las reacciones instintivas del individuo, ya que es ahí donde tienen su raíces toda una serie de actos que al presentarse en formas más o menos abiertas o disfrazadas pueden englobarse bajo este concepto.

Fué Freud y posteriormente los sustentadores de algunas corrientes biológicas quienes hicieron ver que no sería posible una comprensión honda de los procesos psíquicos superiores sin el conocimiento del juego de los instintos, impulsos y apetencias primarias ya existentes en los más elementales seres vivos, por lo que así también en la comprensión de las conductas patológicas tiene que figurar un conocimiento de la biología de la vida instintiva, de las apetencias o impulsos que dirigen actividades más elevadas, considerando aquéllos como un fenómeno primario no explicable, ya que, como dice Bergson¹⁷ "en ellos están los secretos más íntimos de la vida, ellos continúan el trabajo por el cual la vida organiza a la materia, el instinto es la prosecución y la terminación de la obra de organización de la naturaleza".

Revisando la literatura que con respecto a la agresividad se nos ofrece, pudimos observar que la mayoría de los autores están de acuerdo al considerar ésta, como una reacción primaria de tipo instintivo, que se presenta tanto en el hombre como en el animal y que se manifiesta en la lucha por la existencia y al servicio de la conservación de la entidad viviente*.

En el animal, los impulsos agresivos se van a manifestar en su tendencia a la lucha, al juego, al dominio de sus congéneres, etc. En el hombre, las tendencias agresivas están más o menos frenadas y disfrazadas, lo que no impide su aparición en las competencias profesionales o amorosas, en la lucha por el poder, por el prestigio, por la fortuna, en el juego, etc.; palabras tales como enojo, resentimiento, hostilidad,

* El concepto de "acción consumatoria" de Craig, corrige la concepción teleológica de los instintos.

aversión, odio, exasperación, irritación y fastidio, llevan algo del significado del concepto; inclusive se presentan manifestaciones agresivas en forma colectiva y violenta en las guerras, las campañas reformistas o los linchamientos.

Cualquiera que sea la clasificación que de los instintos se haga, siempre queda incluida la agresividad como reacción de este tipo.

Brun¹⁷ divide los instintos según su finalidad de acuerdo con el siguiente cuadro:

1.—Instintos de autoconservación.

- a).—Instintos que procuran el desarrollo y la metamorfosis.
- b).—Instintos de alimentación (acecho, caza, rapiña, etc.)
- c).—Instintos de defensa y protección (huída, muerte aparente, defensa, agresión, fabricación de guaridas, mimetismo, etc.)

2.—Instintos de conservación de la especie.

- a).—Instinto sexual (cortejo, lucha con rivales, acoplamiento).
- b).—Instintos de propagación de la especie (vuelo nupcial, emigración para la fecundación en peces, etc.)
- c).—Instintos de paternidad o maternidad (fabricación de nidos, cuidado de la prole, etc.)
- d).—Instintos gregarios (fabricación de nidos, formación de rebaños, división del trabajo, elección de jefe, ataque y defensa comunes, etc.)

De acuerdo con este cuadro, la agresividad quedaría incluida en los instintos de defensa y protección dentro de los instintos de autoconservación.

Ontológicamente y ya dentro de la psicología profunda, a este respecto Freud⁷ habla de un instinto de muerte que "tiende a descomponer los seres celulares y a conducir cada organismo elemental al estado de estabilidad amorgánica". Este instinto de muerte que actúa en el organismo (sadismo primitivo) se divide pasando su parte principal, al servicio de la función sexual, manifestándose unido a la libido y formando con ella una amalgama de propiedades variables, sin que lleguen a encontrarse instintos de vida o instintos de muerte puros, sino distintas combinaciones de los mismos. Otra parte permanece en el organismo como residuo y queda fija ahí libidinosamente (masoquismo erótico) teniendo como objeto al propio individuo.

En determinadas circunstancias, el sadismo o instinto de destrucción orientado hacia el exterior, puede ser vuelto hacia el interior, introyectado, retornando así por regresión a su situación anterior y produciendo un masoquismo secundario que se adiciona al primario.

Para Adler¹⁷ la agresividad deriva de la voluntad de poder, como impulso de autoafirmación en la lucha frente a los demás hombres y a los elementos.

Frente a quienes admiten, como Freud y Adler, que la agresividad es un fenómeno primario natural al ser vivo y por consiguiente al hom-

bre, otros psicólogos lo consideran como fenómeno reactivo de tipo secundario.

Así, para Schottlaender¹⁶ la agresividad se debería a un éxtasis e insatisfacción en la necesidad amorosa"; para Fromm¹⁶, de la "intolerable impotencia y aislamiento del individuo"; para Karen Horney¹⁶, de la "vida no vivida"; para Reick¹⁶, la agresividad es "una reacción al fracaso de la satisfacción libidinosa".

Estos autores aceptan la aparición de la agresividad como automática ante determinadas circunstancias de frustración.

Se ha dicho que en el primer grito y el primer pataleo del recién nacido, se puede adivinar una reacción agresiva debida a la ruptura de su equilibrio intrauterino al ser expulsado. Adentrando más en el problema, diremos que es cierto que el pataleo del recién nacido viene por la frustración, por la ruptura del equilibrio, pero ocurre porque previamente el recién nacido era capaz de dicha expresividad agresiva, de patear y de gritar. La agresividad nacida de la frustración se da sobre una disposición agresiva que es constitucionalmente esencial al ser vivo.

Cabe aquí recordar lo que Cannon¹⁶ nos dice con respecto a su tendencia homeostática: "a cada momento se están creando en el seno del ser vivo, desequilibrios, para compensar los cuales, se desencadenan una serie de cadenas de reflejos o de procesos bioquímicos que tienen por objeto la autorregulación del organismo, compensando el desequilibrio producido". Si a esta tendencia se ofrece una frustración, se presenta la reacción agresiva, es decir, que la frustración actúa reforzando una primaria y constitucional agresividad del organismo, a la que Roí Carballo¹⁶ llama "tensión de alarma" y la considera como un estado biológico rudimentario todavía demasiado indiferenciado para calificarlo con precisión de tendencia agresiva.

Así la agresividad sería esta "tensión de alarma" primaria del ser vivo, una vez que ha sido modulada y desarrollada en complicación frecuente con las frustraciones que sufre el animal y el hombre.

2.—FRUSTACIÓN Y AGRESIVIDAD. Es de observación diaria el hecho de que las manifestaciones agresivas se presentan ante una situación conflictiva de frustración.

Por frustración entendemos toda interferencia, ya sea externa o interna, que evita la realización de una conducta determinada.

La conducta agresiva aparece como reacción característica a la frustración, cuya finalidad última es la eliminación del objeto o situación percibidos como obstáculos. En situaciones especiales de inseguridad, la agresividad se puede presentar como un intento de autoafirmación sin que se presente una frustración real, en estos casos la agresividad se manifiesta como reacción preventiva a una situación obstaculizante.

Debemos recordar, sin embargo, que las manifestaciones ostensibles de agresividad van a presentarse en formas diferentes de acuerdo con factores variables que pueden intervenir en su elaboración. Las manifestaciones agresivas van a estar determinadas en primer lugar,

por los patrones sociales preestablecidos y usados por la mayoría de los individuos de una especial entidad social y cultural. Así, por ejemplo, en los países occidentales las manifestaciones agresivas son expresadas en forma diferente de como lo hacen algunas tribus africanas.

Por otro lado, las manifestaciones agresivas pueden obedecer a distintos niveles de activación emocional. La ira y la cólera son reacciones agresivas de fuerte intensidad emotiva pudiendo encontrar en otras formas de conducta un componente agresivo emocional de un menor nivel de activación.

Las formas comunes de agresividad pueden también variar de acuerdo con la elaboración del impulso agresivo; así, éstas van a presentarse en forma más sutil y disfrazada a medida que el individuo sea capaz de usar mejores formas de expresividad simbólica. Esta simbolización es proporcional a la capacidad intelectual global, de donde esperamos que con una menor capacidad intelectual, el sujeto presente su agresividad en forma más impulsiva y ostensible, sin elaboración alguna. A medida que la capacidad intelectual aumenta, el sujeto va refinando sus manifestaciones agresivas y tratando de disfrazarlas mediante simbolismos, tendientes siempre a la eliminación del objeto frustrante, o prevención del mismo. La ironía es un buen ejemplo de este tipo de agresividad pudiendo muchas veces una burla o una mirada irónica ser manifestación innegable de profunda agresividad.

Haciendo un estudio sistemático de la relación frustración-agresividad, Dollard⁶ agrupa los factores que en un momento dado pueden actuar modificando dicha relación.

Como primer factor señala Dollard que la fuerza de la reacción agresiva es directamente proporcional al grado de interferencia que actúa en la conducta frustrada. Así, la respuesta agresiva será mayor a medida que la interferencia actúa con mayor fuerza, en un sentido cuantitativo.

En segundo lugar, considera que en las manifestaciones de los actos agresivos, interviene lo que llamar "inhibición por efecto del castigo". Es evidente que no todas las situaciones de frustración producen actos abiertos de agresividad; la base variable que determina el grado en que cualquier acto específico de agresividad será inhibido, aparece determinada por un castigo anterior. Esto hace referencia únicamente a la forma específica de conducta manifiesta y no a la agresividad misma como consecuencia de la frustración.

Analiza después los hechos que influyen en la dirección de la agresividad. Cuando la manifestación agresiva es inhibida por causa de una acción anticipatoria de castigo, ocurre un desplazamiento en la dirección de la agresividad de un objeto a otro; o bien, si la prevención es específica para un tipo de conducta determinada, se presenta un tipo de conducta diferente o substitutivo. De esta manera, es posible que ocurran una gran variedad de formas en que la agresividad indirecta puede ser manifestada, cuando las formas directas son inhibidas.

Es innegable el hecho de que mediante tales mecanismos, en un

momento determinado, el individuo puede ser capaz de volver la agresividad contra sí mismo. Podemos considerar que la inhibición de cualquier acto de agresividad es a su vez una frustración que aumenta la agresividad. Cuando el agente percibido como responsable de la interferencia es el propio sujeto, como sucede en el caso de la autorrestricción de las manifestaciones agresivas por anticipación al castigo, la agresividad inhibida se torna entonces contra el sujeto mismo.

De esta manera puede ser instantáneamente reconocible por cualquier observador, tras una conducta agresiva, alguna forma de frustración; lo que no es fácilmente reconocible ni inmediatamente evidente cuando ocurre una frustración, es la clase y el grado de agresividad que inevitablemente resultará.

3.—BASES SOMÁTICAS DE LA AGRESIVIDAD. Cuando hablamos de bases somáticas de la agresividad, no queremos decir que la agresividad está localizada de preferencia en determinadas estructuras somáticas. Actualmente ya nadie pretende que una función cerebral esté limitada exclusivamente a una localización topográfica especial. Al hablar de bases somáticas lo único que intentamos es integrar los resultados de la experimentación neurológica y de los estudios anatomofisiológicos con las observaciones psicológicas y clínicas. Este intento de integración tiene la ventaja de permitirnos una visión de conjunto, teniendo en cuenta tanto el funcionamiento físico-químico de los órganos, como el juego de los aspectos mentales y psicológicos.

Haremos referencia a la teoría de los estratos, que en forma esquemática nos explica la estructura de la personalidad, por considerarla una "expresión simbólica" de indiscutible valor didáctico*.

Según esta teoría la persona estaría formada por una serie de capas superpuestas en organización jerárquica que actúan mediante niveles de función.

Hoffman y Braun¹⁷, en un esquema sencillo, consideran en el hombre:

1.—Un estrato profundo calificado de "biológico-somático" o "vegetativo".

2.—Imbrincado con los impulsos primarios estaría el estrato de la vida afectiva constituida por el mundo de los instintos, los impulsos, las pasiones, los deseos, etc. Podemos distinguir aquí la persona instintiva y la persona profunda o afectiva.

3.—El estrato espiritual correspondería a la persona cortical, que actúa gobernando y regulando los afectos y energías psíquicas procedentes de las capas inferiores, mediante el control de la voluntad, la razón, el pensamiento discursivo, etc.

* Esta concepción estratificada de la personalidad, a la que ya hace alusión Max Sheller, es insostenible en la práctica.

En el estrato profundo "biológico-somático" se estructuran los reflejos o cadenas de reflejos que constituyen el material con que trabaja el instinto. Topográficamente este primer estrato se ha tratado de localizar en la substancia gris del tercer ventrículo.

El estrato de la vida afectiva, Rof Carballo¹⁶ lo estudia distinguiendo en él dos niveles de función.

Ontogénicamente más antigua se encuentra la persona instintiva, localizada en el paleocéfalo y a través de las experiencias individuales se estructura posteriormente toda una gama de afectos que van a constituir en la estructura psíquica, la persona profunda, a la que corresponde paralelamente la capa neurológica del arquiencéfalo.

Una discusión sobre la naturaleza del instinto nos llevaría demasiado lejos, podemos decir simplemente que este problema es enfocado de manera muy diversa por el investigador de espíritu mecanicista y por el vitalista.

Para el primero, los instintos son impulsos primarios tendientes a mantener constante la composición del medio interno, Masserman¹⁰ afirma que no hay tales impulsos instintivos, sino manifestaciones de la tendencia homeostática tendientes a restablecer el equilibrio interno roto.

La mayoría de los biólogos consideran al instinto como "automatismos hereditarios", es decir, como reacciones preformadas en el sistema nervioso central, desencadenadas por una determinada situación específica e independientes de toda experiencia previa.

Para el vitalista, los instintos no sólo son la continuación de la evolución orgánica, sino son "idénticos a ella". Así, para Bergson¹⁷ los instintos serían "la continuación de un impulso vital, de la evolución creadora, de un principio radicado en el origen mismo de la vida".

Konrad Lorenz⁹ parte de una observación inductiva y propone el "análisis correlativo de la conducta", incluyendo la instintiva. Lorenz define los instintos como "patrones de conducta innatos, producto de una excitación endógena de acción específica" independientemente de que sean debidos a cualquier valor de supervivencia.

Fisiológicamente, Lorenz habla de acumulación de energía de acción específica y explica bajo este punto de vista la espontaneidad del instinto. Los patrones de conducta innatos aparentemente son desencadenados por una situación estímulo, específica al tipo de conducta que va a promover. Se observa, sin embargo, que estas actividades son independientes, en grado más alto al supuesto, de la estimulación externa. Esto es, se puede presentar la misma secuencia de movimientos con un objeto o situación normal que con un sustituto más o menos adecuado o inadecuado. Parece ser que hay un umbral no constante de estimulación necesario para realizar la reacción innata; el umbral de estimulación varía de acuerdo con lo que Armstrong llama "energía activamente acumulada". En el organismo se desarrolla un activo curso de excitación que va a originar desde la locomoción indirigida más primitiva, hasta las formas más complicadas de conducta. Tienen todas estas conductas un carácter propositivo, tienden a la realización

de una meta o finalidad invariable representada por las situaciones estímulo-liberadoras y la descarga del específico patrón de conducta que había estado estancado. La conducta propositiva empeñada en la descarga fué llamada por Craig "conducta apetitiva" y los patrones de conducta finalmente descargados designados con el nombre de "acción consumatoria".

Así, Craig, Whitman y Heinroth explican el dinamismo del instinto pero evitan términos que, como estancamiento, descarga, etc., implicarían la aceptación de alguna clase de energía específica para alguna actividad también específica, que paulatinamente se acumula mientras dicha actividad no se realiza. Hoest, Weiss y Lorenz aceptan por su parte, que los patrones de conducta son causados por un proceso de generación endógena de estímulo motor.

La situación estímulo tiene efecto por "una especie de acción de gatillo" que descarga la energía activo-específica acumulada. Lo que podemos observar en forma objetiva es exclusivamente la descarga; pero ésta puede estar determinada por dos factores causales heterogéneos:

- 1.—El nivel alcanzado por la energía activo-específica en un momento dado.
- 2.—La efectividad del estímulo exterior para promover el tipo de conducta de que se trata.

Así explica Lorenz los patrones de conducta innatos realizados mediante los tres pasos del diagrama de Craig:

- 1.—Acumulación de energía específica que da lugar a la conducta apetitiva.
- 2.—Conducta apetitiva que se esfuerza por lograr la situación estímulo que activa el innato mecanismo desencadenante.
- 3.—Lanzamiento del mecanismo desencadenante y descarga de la actividad endógena en una acción consumatoria.

No creemos equivocarnos al definir la agresividad como fenómeno primario y constitucional, mismo que Ruf Carballo llama "tensión de alarma" y que nosotros preferimos llamar agresividad primaria o instintiva de acuerdo con las siguientes reflexiones.

- 1.—La agresividad tiene una base fisiológica de funcionamiento integrado que facilita reacciones coordinadas autónomas y somáticas.
- 2.—De no actuar la agresividad mediante patrones de conducta innatos serían tales patrones agresivos modos de conducta adquiridos con la experiencia y el aprendizaje, para probar lo cual sería necesario:

a) Criar animales en situaciones artificiales de tipo experimental cuidando de no ofrecerles ninguna situación de frustración hasta que no hubiesen alcanzado un desarrollo estable en sus formas de actuar.

Observar si en el transcurso de este tiempo el animal no reacciona con formas de conducta más o menos agresivas ante situaciones de estímulos anormales que actuarían como substitutos debido al bajo umbral de estimulación alcanzado por la energía específica acumulada.

b) Presentar al animal, ya una vez estructurado sus patrones de conducta tanto innatos como adquiridos, una situación de frustración de suficiente intensidad observando su reacción ante ella.

c) Criar animales en un grupo de control a los que se procurará ofrecer situaciones de frustración con cierta frecuencia.

Si los patrones de conducta agresiva son adquiridos mediante la experiencia y el aprendizaje, un animal criado aislado de tal manera que no le hubiera sido dado observar nunca una reacción de este tipo, no podría él a su vez reaccionar ante la primera situación frustrante con aquellos modos de conducta que nosotros hemos englobado bajo el nombre de agresividad.

—oOo—

Rof Carballo¹⁶ considera tres grupos de instintos fundamentales: sexuales, de crecimiento y de alarma. Se ha querido demostrar experimentalmente que a nivel del hipotálamo se verifican numerosas funciones que pueden ser agrupadas con arreglo a este mismo cuadro. Resulta artificial considerar al hipotálamo separado de la hipófisis, a la que lo unen una serie de conexiones anatómicas, por lo que suele hablarse, de manera más genérica, de sistema diencéfalo-hipofisario.

En la hipófisis se encuentran reunidas tres funciones que guardan entre sí una estrecha relación: el gobierno de la función sexual, el estímulo del crecimiento somático y la regulación de la adaptación al esfuerzo. Las hormonas de la hipófisis por otro lado, se corresponden con los grandes sistemas instintivos que se asientan en el diencéfalo: los instintos de reproducción por un lado, y los de autoafirmación por otro; éstos a su vez pueden dividirse en instintos del crecimiento y de la agresividad. De esta forma el sistema diencéfalo-hipofisario adquiere el carácter de un centro regulador cuyas regulaciones se realizan en la esfera del mundo de los instintos.

Cannon habla de un "sistema de urgencias" formado por la médula suprarrenal y el sistema simpático, el cual es estimulado y puesto en marcha por la hipófisis en las situaciones de emergencia, movilizándolo el azúcar sanguíneo para que puedan disponer de él los músculos, preparando al corazón y a los vasos para el esfuerzo de la carrera, haciendo subir la presión arterial para que el aparato locomotor encuentre mayor provisión de sangre y haciendo contraerse el vaso para que por el cauce circulatorio discurra mayor número de glóbulos rojos.

El haber estudiado las funciones hipotalámicas con estímulos muy selectivos, ha permitido comprobar que los núcleos posteriores y laterales del hipotálamo corresponden a la puesta en actividad de funciones que sirven a una situación de emergencia o de alarma del organismo.



Bechterew (1887) por la estimulación de estructuras subcorticales encontró a nivel hipotalámico: piloerección, cambios circulatorios y respiratorios, movimientos coordinados.

Goltz (1892) demostró que los perros decorticados presentaban reacciones de cólera y miedo con gran facilidad, notando que dichas reacciones se presentaban por oleadas.

Dusser de Barenne (1920) llega a las mismas conclusiones, así como Cannon y Britton (1925), estos últimos encontraron durante dichas reacciones de cólera un aumento en la glucosa sanguínea, como sucede en las reacciones de cólera en animales íntegros, según lo demostraron Cannon y de la Paz en 1921 y José Joaquín Izquierdo.

Estos datos fueron interpretados en un sentido jacksoniano como resultado de la liberación del control cortical de estructuras subcorticales, lo que llevó a concluir que las reacciones de cólera eran susceptibles de integrarse a un nivel subcortical.

Rothman, en 1931, observa que los animales decorticados nunca dan reacción de cólera sin estímulo real, lo que puede interpretarse como consecuencia de la pérdida de la actividad crítica de la corteza.

El problema que subsecuentemente se planteó, fué saber cuál era la estructura descrita que servía de base a la integración de las reacciones de cólera. A este respecto, se cuenta con los trabajos de Forbes y Sherrington (1914) en que se demuestra que la destrucción del estriado no abate las reacciones de cólera.

Phillips Bard, en 1928, mediante secciones seriadas del sistema nervioso, delimita el área esencial en la integración de las reacciones de este tipo, encontrando que dicha área se localiza en el hipotálamo posterior. En 1928 y 1929, Bard repite sus trabajos en preparaciones crónicas, encontrando que los animales "hipotálamo-posterior" crónicos exhibían reacciones que el autor llamó de falsa cólera (Sham-rage). Dichas preparaciones, hay que hacer notar, no sólo exhiben comportamiento de falsa cólera, sino también otras formas de comportamiento; así, ante un ruido intenso, el gato se agazapa, maulla y agazapado se dirige a un rincón con las pupilas ampliamente dilatadas. Mientras la falsa cólera reproduce el comportamiento de un gato al ser atacado por un perro, este comportamiento, como afirma Bard, nos recuerda al de un gato que intente escapar poseído por el más profundo temor. Debemos hacer notar que las respuestas de falsa cólera reproducen reacciones coordinadas autónomas y somáticas.

Fulton e Ingraham, en 1929, demostraron que en el mono la sección prequiasmática bilateral induce a reacciones de falsa cólera con un mayor grado de peligrosidad que aquella exhibida en animales "hipotálamo-posterior".

Los estudios hechos con estimulación del hipotálamo posterior son muy elocuentes. Como ya dijimos, Bechterew en 1887, es capaz de inducir a un conjunto de respuestas autónomas y somáticas que imitan la cólera mediante estimulación subcortical. Estos trabajos fueron continuados por Karplus y Kreidl en 1910 y por Ranson de 1934 a 1937, habiendo encontrado que la estimulación del hipotálamo posterior induce

al complejo de cólera, el que no es obtenido en ninguna otra estructura subcortical. En un trabajo publicado en 1927, Ranson⁵ nos relata lo siguiente: "a un gato, bajo anestesia con éter, le fué insertado en el cerebro un electrodo bipolar de aguja colocado de manera que las puntas descubiertas de los alambres que constituyen los electrodos quedaran a nivel del hipotálamo posterior. Los electrodos fueron a continuación inmovilizados fijándolos al cráneo. Después que el animal se ha recuperado de la anestesia y se encuentra reposando, un estímulo farádico de intensidad casi umbral fué aplicado al electrodo implantado al que el animal reacciona de la siguiente forma: se torna alerta, eleva la cabeza y abre los ojos descubriéndose las pupilas dilatadas, la respiración aumenta en frecuencia y profundidad y el animal pronto empieza a luchar mordiendo y tratando de librarse de las ligaduras que lo sostienen. Si el estímulo continúa, el pelo del lomo se eriza, se produce sudoración de las patas y secreción de saliva. Cuando a dicho animal es dada una comida de Bario y observando al fluoroscopio se nota una disminución de la actividad del tracto gastroentérico".

El área hipotalámica posterior, cuya integridad es requerida en la integración de la falsa cólera, está involucrada con diversas reacciones de tipo simpático. El admitir que dicha región constituye el centro de los instintos como reacciones pseudo-afectivas, requiere asimismo la verificación experimental de ciertas implicaciones entre las que destaca el hecho de que la lesión de dicha área debe abolir o por lo menos disminuir las respuestas ante estímulos emotígenos.

En esta dirección contamos con los trabajos de Ingram Barris y Ranson (1936) así como los de Harrison (1940) en los que se demuestra que las lesiones localizadas en dicha región post-hipotalámica inducen en el animal de experimentación a un estado de apatía, indiferencia y somnolencia.

Como lo hace notar Philip Bard, las respuestas de cólera observadas en el animal hipotalámico o aquellas inducidas por estimulación post-hipotalámica, constituyen una caricatura de las respuestas de cólera observadas en el animal íntegro, pero en modo alguno, una réplica perfecta de tales respuestas afectivas por lo que el autor citado le da el nombre de falsa cólera. Sobre las mismas bases, David Rioch denomina a tales respuestas inducidas "reacciones pseudo-afectivas".

Un estudio comparativo formal entre las reacciones de cólera espontáneas y aquellas inducidas por electroestimulación del hipotálamo, fué realizado por Masserman (1943) concluyendo sobre la base de sus experiencias, que la estimulación hipotalámica reproduce algunas manifestaciones periféricas de la cólera pero no la reacción de cólera en su plenitud conductista.

Así, pongamos por caso, en el comportamiento de un gato ante la presencia de un perro se presenta piloerección, dilatación pupilar y actitud de defensa o agresión, dicha reacción es seguida de un post-efecto consistente en un comportamiento peculiar en que se nota que el gato se retira hacia un rincón, agazapado, tiembla y emite maullidos peculiares. El gato cuyo hipotálamo ha sido estimulado presenta, es

verdad, muy semejantes manifestaciones a aquellas exhibidas por el gato normal ante la presencia del perro; pero sin ningún post-efecto; la reacción queda limitada en tiempo a la duración del estímulo.

Otra de las características de la reacción de cólera y en general de toda reacción afectiva es su selectividad. El gato reaccionando ante la presencia del perro en la forma descrita, es incapaz de reaccionar ante otros estímulos que en otras circunstancias serían significativos para él, como sería la presencia de comida o de otro gato del sexo opuesto.

Masserman nos ha demostrado que las reacciones pseudoafectivas, inducidas por electroestimulación, no interfieren con la realización de otros tipos de comportamiento, como el alimenticio por ejemplo.

Por último, podemos decir que la reacción exhibida por el gato ante el perro constituye un comportamiento significativo si consideramos el hecho de que es posible establecer respuestas condicionadas tomando como estímulo de base la presentación del perro, no siendo, empero, posible establecer condicionamiento alguno, tomando como estímulo absoluto la estimulación post-hipotalámica, como nos lo prueba Masserman.

De estas consideraciones podemos concluir que el hipotálamo posterior constituye una región indispensable en la integración eferente de la cólera, pero en modo alguno de la cólera misma como reacción de tipo afectivo.



Cabe ahora explicar más ampliamente lo que entendemos por niveles de función y la forma como éstos van a ser estratificados.

El concepto de "niveles de función", derivado de las ideas de Hughlings Jackson, es considerado como fundamental por la neurofisiología moderna.

El cerebro puede ser concebido como constituido por una serie de capas superpuestas; mediante un proceso de teleencefalización, las funciones de las capas filogenética y ontogenéticamente más antiguas son desplazadas hacia estratos rostrales recientes. Las actividades de los centros más antiguos se encargan de la regulación de las actividades vitales, sus funciones son predecibles, rígidas y estereotipadas; posteriormente, permiten destacar sobre ellas actividades más plásticas y más diferenciadas, pero también menos rígidas y menos predecibles siendo estas actividades superfluas en la regulación vital del organismo.

En el hombre, los instintos son menos numerosos y potentes que en los animales y se hacen más difícilmente reconocibles por las variaciones introducidas por la inteligencia y la experiencia.

Los instintos que rigen la conducta animal son rígidos y faltos de elasticidad, actuando con seguridad y perfección casi matemática. En tanto más elevada es la posición de un organismo en la escala animal, tanto menos depende de esta regulación automática y por consiguiente, tanto más queda a merced de su propia iniciativa.

En el hombre, por el proceso de teleencefalización, las funciones de los centros filogenéticamente más antiguos se subordinan a las funciones de los sectores más jóvenes de la corteza. En la niñez el hombre está más sujeto a los impulsos instintivos y a medida que crece se aleja de ellos para adquirir mayor plasticidad en su actuación; aprende a afrontar situaciones nuevas y decide con libertad; crea también nuevas funciones y emplea símbolos de complejidad creciente.

Veremos ahora en qué forma los impulsos primordiales van metamorfoseándose y plasticándose en los estratos superiores del cerebro.

Al seccionar determinados niveles que pueden afectar el hipotálamo, el hipocampo, el cíngulo y el lóbulo orbitario, se observa una reacción de enfurecimiento, que es considerada como dijimos anteriormente, un fenómeno de desinhibición que sobreviene al suprimir los mecanismos que, en estado normal, controlan las manifestaciones de encolerizamiento y agresividad, lo que quiere decir que en estado normal, todas estas zonas regulan a niveles más o menos complejos y diferenciados, en estratos cada vez más elevados y en formas probablemente muy enmascaradas, la pulsión agresiva primaria que situamos en el sistema diencefalo-hipofisiario. Tal función se continúa a través de las estructuras cerebrales, a guisa de haz agresivo, cada vez en forma más sutil y diferenciada cada vez con mayor labilidad para adaptarse a las situaciones que plantea el estilo funcional de cada estrato, llegando a representar la forma de encararse el animal y el hombre a las contingencias amenazadoras.

Nosotros hemos situado el hipotálamo posterior como base fisiológica en la integración eferente de la cólera. Es en las estructuras superiores del cerebro, donde están asentados los centros de los que dependen las manifestaciones agresivas, como reacción integrada de tipo emocional.

Tratando de explicar la conducta emocional en correlación con su base neurofisiológica, haremos referencia a la teoría de James-Lange así como a la teoría opositorista de Cannon.

Herbert Spencer⁵, en su obra "Los Principios de la Psicología", sostiene que: el temor cuando es intenso se manifiesta en deseos de huida, palidez, temblor, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria; estas manifestaciones periféricas tonalizan la vivencia del "mal temido". De esta manera el tono emocional o la apreciación del estado emocional resultaría de la percatación del arribo de impulsos aferentes periféricos a partir de aquellos efectores que son involucrados en la expresión de la emoción.

Esta teoría fué defendida y ampliada William James⁵, quien consideró que en la emoción se siguen los pasos siguientes:

1.—Actividad diencefálica que induce a movimientos coordinados y cambios visceromotores y viscerosecretorios.

2.—Impulsos visceroseptivos que alcanzan la corteza cerebral por vías aferentes y que modifican la actividad cortical, lo que instrospectivamente se traduce en tonalidad emocional.

Sergie, así como Lange, restringen el territorio visceral, origen de los impulsos visceroseptivos, al lecho vascular únicamente.

La teoría de Spencer-James Sergie-Lange fué críticamente discutida por Cannon en 1927⁵ en un artículo que publicó bajo el título de "The James-Lange Theory of Emotions, a Critical Examination and Alternative Theory". En dicho trabajo Cannon⁵ plantea la teoría y discusión en los términos siguientes: "Si todas las sensaciones orgánicas son excluidas, nada quedaría con la imagen de la experiencia emocional". Cannon discute la teoría de James Lange considerando que su aceptación requiere el cumplimiento de tres condiciones fundamentales:

1.—La eliminación de impulsos visceroseptivos elimina necesariamente la experiencia emocional.

2.—La producción por cualquier medio de impulsos visceroseptivos debe inducir a fenómenos de comportamiento emocional ostensible o experiencia emocional verbalmente reportable.

3.—Si admitimos que en la experiencia emocional se requiere la previa participación de un circuito, Centro¹→Actividad Visceromotora→Impulsos Visceroseptivos→Centro², se requiere que el tiempo de reacción emocional sea mayor, o cuando menos igual al tiempo impuesto por este circuito.

La primera de las discusiones queda formalmente desechada sobre la base de diversas investigaciones. Sherrington (1905) demostró que la sección medular a nivel C 6 (6a. cervical) combinada con sección vagal, no produce modificación alguna en la reactividad emocional del animal a pesar de haberse eliminado la casi totalidad de los impulsos visceroseptivos. Cannon afirma que la simpatectomía bilateral elimina ciertos fenómenos simpáticos de la emoción, como la piloerección, hiperglicemia, etc., pero no abole el comportamiento emocional ostensible. En la misma dirección apuntan los trabajos de Britton, de Hinson y de Holl (1930) en los que se demuestra que la sección de los vagos, la denervación de los adrenales y del corazón elimina la respuesta cardíaca a la emoción pero no el proceso emocional propiamente dicho. Se nos podría, empero, argumentar que si bien la conducta emocional ostensible no es afectada por la eliminación del influjo aferente visceral, sí lo es en cambio la experiencia emocional propiamente dicha. Sin embargo, contamos contra esta idea con diversos argumentos, entre los que podemos citar la observación de Danna (1921) en un sujeto humano con sección a nivel de la médula cervical, en el que, a pesar de que los únicos impulsos viscerales aferentes, eran aquellos mediados vía del vago, no existía, sin embargo, modificación alguna en la experiencia emocional.

El no cumplimiento de la segunda condición es demostrado con las observaciones de Cannon de que diversos agentes (frío, hipoglicemia, anoxia, etc.), son capaces de inducir a impulsos simpático-adrenales con la consiguiente generación de impulsos visceroseptivos, sin que se acompañen, empero, de manifestaciones emocionales. Feldman

y Gellhorn (1941) demuestran que la inyección de vacuna tífica, y que la inyección de bulbo-caprina (Feldman) inducen a descargas simpático-adrenales sin que existan, como en los casos observados por Cannon, signos aparentes de excitación emocional.

El último de los pilares en que se sustenta la teoría de James Lange, ha sido destruido por los trabajos de Landis y Hunt (1936) en los que se demuestra en humanos, que el tiempo de acción emocional es de 40 milisegundos, mientras que el tiempo requerido por el impulso nervioso para recorrer el circuito mencionado, que incluye el tiempo de conducción y la latencia neuro-efectora, es de más de 200 milisegundos, lo que contradice formalmente la tesis de que en la experiencia emocional, se requiere la participación del mencionado circuito.

Por lo anteriormente dicho, así como por otras muchas pruebas, podemos considerar la teoría de James Lange como definitivamente desechada.

Si pasamos del paleocéfalo a un estrato más elevado, nos encontramos con el llamado arquipalium, al que Turner designó con el nombre de "rinencéfalo".

En 1937, James Papez, de la Universidad de Cornell, publica, sobre la base de diversos datos anatómicos y clínicos, que el conjunto de estructuras rinencefálicas constituyen el substrato neuronal de las reacciones afectivas. El hipocampo, el fórnix, los núcleos mamilares (lateral y medio) los núcleos talamáticos anteriores y la circunvolución del cíngulo, constituyen en el orden señalado, un circuito dinámico que sirve para elaborar las funciones centrales de la emoción e intervenir en las manifestaciones emotivas.

En el mismo año, Kleist llega a conclusiones similares, denominando globalmente a las estructuras mencionadas con el nombre de "cerebro interno" por considerar que así como el resto de la corteza recibe impresiones del mundo exterior, esta parte de la corteza cerebral, medio escondida en el plegamiento de la superficie del cerebro, sirve para recoger impresiones del "mundo interior".

En la zona posterior de este sistema rinencefálico, se encuentra una región que se ha pensado guarda relación con la esfera sexual: la región del precúneo.

Las implicaciones experimentales de la hipótesis de Papez-Kleist han sido realizadas por diversos investigadores, entre los que cabe citar los trabajos de Bard y Mount Castle, los de Rosvold y Pribran, los de José Delgado y los de Hernández Peón, aquí en México.

Ve Kleist en el cíngulo una región donde estímulos del mundo interior establecen contacto con sensaciones procedentes del mundo exterior, siendo para él esta región una línea de soldadura que yuxtapone mundo externo y mundo interno del ser vivo. Trata, además, de localizar en él al "esquema corporal".

Al estudiar la función del cíngulo mediante excitación eléctrica, se descubrió, en su porción anterior o área 24 una función reguladora de la actividad eléctrica de otras zonas de la corteza, ante todo de las regiones donde se proyectan los analizadores sensoriales, la corteza

motora y el lóbulo frontal. Así también se comprobó en esta área el funcionamiento de un centro sensitivo motor del sistema neurovegetativo.

Margaret Kennard, en 1955 demuestra en gatos y monos, que las lesiones bilaterales del cíngulo anterior, inducen a extrema pasividad. Por otro lado, la ablación del cíngulo afecta lo que podría llamarse la conducta afectiva de los monos, desaparece todo signo de afectividad como atracciones o repulsiones, sin que sean capaces de establecer un espacio afectivo mínimo entre sus amigos o enemigos.

Los trabajos de Klüver y Bucy, así como los de Bard y Mount-Castle, demuestran que lesiones localizadas en el hipocampo producen también estados de pasividad y de ceguera psíquica.

Para Mac-Lean, el hipocampo y la circunvolución del hipocampo constituyen un gran colector de estímulos sensoriales, olfatorios, gustativos, visuales, auditivos y táctiles y quizá también de la esfera sexual. Estos últimos llegarían del precúneo por la vía del cíngulo hasta la región del hipocampo. Así, para Mac-Lean, la circunvolución del hipocampo es importante por considerarla un vasto sistema receptor de sensaciones de gran colorido emocional y afectivo. Las conexiones del hipocampo se dirigen predominantemente al sector del hipotálamo que tiene centros de tonalidad simpática. En 1943, concluyó Mac-Lean, que las reacciones de tipo oral-alimenticio son canalizadas por el hipotálamo anterior vía de los núcleos septales, mientras que las reacciones agresivas son mediadas por el hipotálamo posterior, estando ambos tipos de reacciones en antagonismo recíproco. Considera Mac-Lean que la circunvolución del hipotálamo constituye una especie de minúscula corteza afecto-sensorial, como hemos visto sucede en el cíngulo, que a su vez funcionaría como corteza afecto-motora, enviando estímulos al hipotálamo y suscitando así las manifestaciones de la expresión emotiva.

En épocas recientes, Magoun y su grupo, han demostrado la existencia de un sistema activador ascendente que ocupa la formación reticular del tegmentum del tronco encefálico, ocupando su extremo rostral el hipotálamo posterior. Dicho sistema tiene como función la activación electrocortical concomitantemente con el mantenimiento del estado de alerta y vigilancia. De esta manera consideramos, contrario a la opinión de Masserman, que el nivel de activación, con base neural en el "sistema reticular activador ascendente" de Magoun, constituye un "continuun" en cuyo extremo máximo se integra lo que llamamos emoción.

Se ha considerado a la emoción como un alto nivel de activación capaz de organizar o desorganizar una conducta.

De esta manera Duffy¹⁸, al estudiar la naturaleza de la emoción y la fuerza de la misma, propone que esta última está determinada por el "grado de energía movilizadora".

El concepto de Cannon, de "mecanismos que preparan una situación de emergencia", puede ser basado en este concepto de dimensión de intensidad.

Donald Linsley¹⁸, en su "Teoría de la Activación de la Emoción", considera como sinónimos emoción y alto nivel de activación.

Es innegable el hecho de que la emoción actúa en nosotros mediante niveles de activación continua, susceptibles de ser graduados en una escala ascendente, que empezaría con un nivel de activación cercano al cero cuando el individuo se encuentra durmiendo y es incapaz de responder a un estímulo ordinario; la corteza cerebral está relativamente inactiva, los músculos relajados y el sistema simpático de hecho, paralizado.

Ante un estímulo de intensidad suficiente, capaz de alcanzar el alto umbral de excitación, el individuo despierta, pero deberá transcurrir algún tiempo antes de que esté apto para responder a la primera estimulación normal. El nivel de activación sube paulatinamente hasta permitir la realización de las actividades de rutina. Si, pongamos por caso, el individuo tiene una situación frustrante, se produce un incremento del nivel de activación; pero si la frustración continúa actuando, el nivel de activación aumenta hasta llevar al individuo a una "actuación funcional de decorticación" (terminología de Darrow) que le desorganiza la conducta. Es decir, se termina la activación "continua" en el nivel máximo de la emoción.

La emoción no es un estado separable divorciado de la continuidad; la emoción demasiado fuerte, representa el fin de la continuidad de activación.

La llave que va a permitir acercarnos a la emoción la constituyen las expresiones somáticas de la misma, tales como el aceleramiento de la corriente sanguínea, las palpitaciones del corazón, el ritmo en la respiración, la tensión de los músculos, principalmente los de la frente y los del cuello y, determinada por éstos, la postura que se adopte. El reflejo psicogalvánico, al medir la conducción de la piel, nos está marcando la actividad secretora de las glándulas bajo control de sistema simpático. Duffy y Lacey¹⁸ mediante experimentos con un grupo de sujetos prueban que el nivel de conducción de la piel es una medida satisfactoria del nivel de activación.

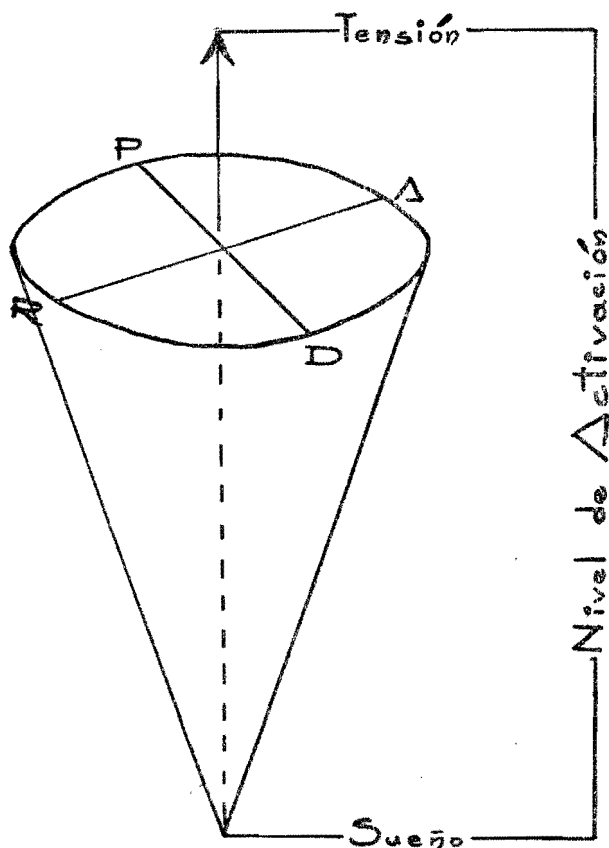
Esta teoría de la activación de las emociones atañe solamente a la dimensión de intensidad de las mismas, sin hacer una diferenciación entre las varias emociones.

Woodworth¹⁸ estudia las emociones y marca una escala con seis graduaciones:

- 1.—Amor, gozo, alegría.
- 2.—Sorpresa.
- 3.—Dolor, temor.
- 4.—Determinación, enojo.
- 5.—Disgusto.
- 6.—Desprecio.

Partiendo de esta escala Schlosberg¹⁸ propone una clasificación de las emociones de acuerdo con los diferentes sistemas que varían en forma relativamente independiente con los estados emocionales cuali-

tativamente diferentes, a los que califica con el nombre de "patrones emocionales diferenciados".



En el campo de las expresiones faciales, y de acuerdo con estos patrones diferenciados, Schlosberg propone una escala circular con dos ejes colocados a manera de abscisas y ordenadas. El eje de las abscisas marca la graduación existente entre los estados de placer-displacer, el eje de las ordenadas va gradualmente de la aceptación al rechazo.

Estos dos ejes pueden ser tomados como cualidades de la emoción; así, en un momento dado se podría presentar una determinada intensidad o "nivel de activación" en una emoción cualitativamente diferente.

—oOo—

Paralelamente a la integración afectiva, todo hombre va constituyendo ya desde su infancia y siempre bajo el poderoso campo de apetencias y necesidades instintivas, un "esquema de sí mismo", en el que se integran y organizan las ideas que se forma de sí propio a través de todas las experiencias.

Al principio, el propio cuerpo es tan extraño al niño como cualquier otro objeto del mundo circundante. Paulatinamente va a ir descubriendo lo que le pertenece y forma parte de su totalidad mediante sensaciones que en un principio va diferenciando en virtud de su percepción conjunta. Contribuyen a esto en parte, las primitivas actividades instintivas y en parte las resistencias encontradas en dichos impulsos instintivos.

Una totalidad percibida queda estructurada dinámicamente según las necesidades que satisface o los impulsos vitales a ella dirigidos. La percepción del propio cuerpo no hace excepción.

Se observa así una tendencia a integrar una imagen de sí mismo a partir de los diversos datos de la percepción. Difieren los psicólogos entre si esta integración se hace mediante componentes parciales primarios o si lo primitivo es ya una unidad de sí mismo que se colorea y matiza mediante las percepciones.

Posteriormente, los mecanismos de proyección e identificación juegan un papel principal en el desarrollo del sí mismo.

Una vez desarrollado el sí mismo, la percepción de la realidad se hace a través de los factores afectivos de aquél; el sí mismo no es un aspecto más de la experiencia, sino decide sobre la calidad y forma de toda experiencia.

Esto se realiza por abajo del umbral de la conciencia. Inconscientemente todas nuestras actividades están referidas a esta idea del sí mismo y a su servicio.

Murphy¹⁶ dice: "una vez cristalizada la idea del sí mismo, al menos en las civilizaciones que valoran ante todo la lucha y la competencia, quizá represente el valor central de la existencia, su exaltación y defensa".

Podríamos encontrar concordancia entre el primitivo impulso de crecimiento y las actividades y conductas encaminadas a la exaltación del sí mismo, una vez que han adquirido mayor plasticidad al manifestarse subordinadas en el estrato de la afectividad.

Ocurre lo mismo con la agresividad primaria y la defensa del sí mismo, que como incesante lucha se manifiesta en la actividad central de la personalidad.

La agresividad primaria es empleada a nivel de la persona profunda o afectiva para defender la imagen que se forma de sí propio y que necesita imponer a los demás. Las experiencias emotivas que en nuestra infancia hemos sufrido frente a un mundo hostil y frustrante han originado en nosotros una dinámica estructura de defensa agresiva peculiar en cada individuo. En la base de este estilo de defender y autoafirmar nuestra propia imagen en el mundo de nuestros semejantes, hay factores constitucionales y hereditarios que posteriormente se modelaron y desarrollaron en complicación con las especiales situaciones afectivas de la infancia.

En esta actitud defensiva que, como hábitos de reaccionar a situaciones afectivas hostiles y frustrantes, se esconde en la persona profunda y gobierna gran parte de las actividades de la personalidad, en esta autoafirmación agresiva encontramos la agresividad secundaria una vez nutrida en la agresividad primaria y manifestada en forma más elaborada y con mayor repertorio de posibilidades.

Juntamente con la agresividad se van a manifestar a través de la vida, un impulso sexual como impulso altruista a continuar la vida de

otros seres y un impulso a crecer en forma coherente y alcanzar una unidad armónica.



La capa neurológica quizá de mayor trascendencia en el problema de la personalidad es la corteza frontal. Sus funciones constituyen aún un enigma para la neurofisiología que se ha pretendido resolver con varias hipótesis. Para Kleist¹⁶, el lóbulo frontal determinaría la sucesión ordenada de nuestras acciones en el tiempo; para Goldstein¹⁶, sirve para destacar lo esencial por delante de una situación de fondo; para Brickner¹⁶, sintetiza unidades mentales simples, en conceptos abstractos; para Feemann y Watts¹⁶, proyecta en el futuro nuestras previsiones; para Stanley Cobb¹⁶, sirve para la liberación de nuestras decisiones, haciéndolas recorrer un circuito más largo. Otros autores prefieren adoptar un nihilismo interpretativo y afirman que nada se sabe sobre sus funciones, renunciando por el momento a toda teoría.

Zubiri interpreta los síntomas de la lobotomía y de las lesiones del lóbulo frontal. Observa que entre los trastornos que se presentan figura la distraibilidad y la hiperactividad motriz, con incapacidad para solucionar en orden seriado los problemas. Dice Zubiri¹⁶ que "se carece entonces de la base de una continuidad rítmica para que las acciones adquieran un carácter continuo y se desplieguen en el debido orden. Lo que asegura el plan de conducta en la vida es la estabilidad de un tono vital que resiste a todas las innovaciones", por lo que considera a la estructura frontal como una estructura fundamental a la que llama "regulación de la estabilidad".

La función del lóbulo frontal sería la de volver más plásticas, más hábiles, más propicias a la innovación, a la invención, una serie de funciones representadas en el tálamo y en el hipotálamo, es decir, toda la vida sensitiva superior del animal y toda la vida vegetativa, esto es, su tono vital subyacente. "Si al animal se le deja sin área prefrontal queda abandonado su tono vital a los estímulos que sufre en cada instante. Lo que en último término asegura la estabilidad del plan de conducta es la estabilidad ininterrumpida del tono vital asegurada por una correcta interrelación córtico-diencefálica".

Piensa Holstead que en el lóbulo frontal están representados algunos factores esenciales para el crecimiento y formación del yo. Tras el impulso agresivo y el impulso sexual nos encontramos ahora con el impulso del crecimiento que a este nivel se traduce en crecimiento de la personalidad.

La personalidad no quedaría explicada reduciéndola a un sistema de exaltación y defensa del "sí mismo"; es más esencial aún su coherencia, su continuidad en el curso del tiempo. Todo crecimiento implica una armonía de proporciones, una interior congruencia que descansa en la coherencia de las estructuras que crecen.

Así la personalidad arranca de nuestras disposiciones hereditarias, y va a tratar a lo largo de la vida de establecerse como unidad coherente. Para ello, los impulsos instintivos son elaborados a través de las

experiencias emocionales infantiles, constituyendo alrededor de la imagen del "sí mismo" complejos sistemas de autoexaltación y defensa cuya aspiración a realizar es el crecimiento íntegro del yo.

4.—LA CONDUCTA AGRESIVA EN NIÑOS OLIGOFRÉNICOS. Intentamos ahora situar la etiología de las conductas agresivas en los sujetos oligofrénicos.

Hemos nosotros considerado el impulso agresivo como instintivo, esto es, como un impulso de generación endógena, susceptible de manifestarse en forma espontánea, ante una situación estímulo desencadenante. Hablamos de espontaneidad al referirnos a la presentación de cuadros de conducta agresiva no condicionada por un aprendizaje previo; la situación estímulo que viene a desencadenar la conducta es, en el caso de la agresividad, una situación o un objeto percibido como frustrante.

Durante los primeros años de vida, el niño presentará una conducta eminentemente instintiva, determinada por impulsos vitales y condicionada por la maduración de formas de conducta espontáneas. A medida que el niño crece va incorporando patrones culturales preestablecidos y modificando sus primitivos impulsos, procurando su adaptación dentro de un ambiente que así se lo exige. Es así que las manifestaciones agresivas espontáneas se socializan y se disfrazan bajo formas aceptables, sin que por esto el primitivo impulso haya cambiado en su esencia o en su intención.

Podemos considerar que una mayor plasticidad en la actuación y un manejo más complejo de símbolos están en relación con una mayor capacidad intelectual.

El niño oligofrénico manifiesta evidentemente una conducta más instintiva, que tiende en forma más directa a la satisfacción de las necesidades primarias; esta conducta va a socializarse con mayor dificultad y en mayor tiempo que en los sujetos normales, bien sea por el retraso en la integración de las estructuras nerviosas, que detiene la aparición espontánea de ciertas funciones y formas de conducta o por una mayor dificultad para introyectar patrones culturales y sociales, que requieren un cierto grado de comprensión y elaboración de la que oligofrénico carece.

El proceso de socialización de la agresividad en el niño oligofrénico se verá impedido por el déficit intelectual, y así, ésta se va a presentar en forma inmediata y con movimientos más ostensibles y primitivos ante cualquier situación frustrante.

De aquí podría esperarse, que todo sujeto oligofrénico fuese un sujeto eminentemente agresivo. Sin embargo, hemos nosotros observado en la práctica, que no todos los oligofrénicos son igualmente agresivos y tenemos un cierto número de éstos que actúan con extrema pasividad y con aparente indiferencia a las frustraciones.

Ya en el primer capítulo, referente a las oligofrenias, hablamos de alteraciones en la conducta determinadas por trastornos en la motilidad, citando como actitudes características la actitud tórpidas en con-

traste con la actitud erética. También nos hemos referido a perturbaciones en la afectividad que van a determinar una actitud indolente o una actitud violenta.

De esta manera, podemos nosotros situar una mayor facilidad para reaccionar en forma agresiva en un sujeto cuya conducta sea predominantemente erética y cuya afectividad se manifieste en forma exaltada y explosiva. Esta es la base constitucional o temperamental que apoyará posteriormente un carácter agresivo, de acuerdo con las influencias ambientales familiares y sociales a que se vea expuesto el individuo.

El hecho de que una situación determinada sea percibida como frustrante, estará de acuerdo con el grado de frustración objetiva y real, pero también con la actitud afectiva, la cual va a matizar la percepción subjetiva de todas las situaciones; así, una afectividad desdibujada y opaca presentará una reacción de menor intensidad ante un determinado grado de frustración de la que puede esperarse en una afectividad exaltada. Igualmente es de esperarse en la actitud erética, caracterizada por una hiperactividad motriz, una mayor disposición a las reacciones agresivas.

Así, los factores ambientales de frustración, que originan una situación de conflicto emocional en el sujeto, van a originar una reacción agresiva distinta, según que actúen en un terreno constitucional favorable o desfavorable.

Ya dentro del terreno de la práctica clínica, contamos nosotros con métodos objetivos que facilitan una exploración de los contenidos y la dinámica de la personalidad y ayudan a determinar, en cada caso particular, el factor preponderante que está actuando en la reacción agresiva, pudiendo ser éste, bien un factor orgánico, lesiones que pueden influir en la inhibición o desinhibición de funciones jerarquizadas, o bien un factor psicológico, conflictos emocionales con el medio ambiente familiar o social.

En el capítulo siguiente señalaremos con detalle en qué forma, estos métodos objetivos y clínicos, facilitan la exploración y permiten hacer un análisis de los factores preponderantes que actúan determinando la conducta agresiva en el niño oligofrénico.

CAPITULO III

EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA AGRESIVIDAD EN LOS OLIGOFRENICOS

1.—MÉTODO CLÍNICO Y TÉCNICAS PROYECTIVAS. "Por método clínico entendemos aquel conjunto de procedimientos que nos acercan al conocimiento de una individualidad humana concreta, en el aspecto operativo de su comportamiento psicossomático"¹⁵.

El método clínico presupone, por lo tanto, un contacto personal, requiere de la aproximación a la individualidad humana particular y de la descripción y compenetración del comportamiento en su perspectiva propia y en su compromiso existencial.

Este contacto, esta aproximación comprensiva se hace no sólo en comportamientos patológicos ni tampoco únicamente en personalidades desajustadas; de hecho se hace en la personalidad humana concreta en su ámbito propio, independientemente de que exhiba una conducta ajustada o desajustada, normal o patológica.

La psicología clínica recibe su calificación de tal, en tanto que emplea dicho método, es decir, en tanto que emplea un conjunto de procedimientos que acercan al psicólogo a la personalidad individual. De este modo la psicología clínica no constituye una forma o un modo de aplicación de la psicología, sino más bien un tipo de psicología, aquella psicología que esencialmente se caracteriza por el empleo de la metodología clínica.

Las técnicas peculiares de la psicología clínica que van a constituir el método clínico, son las pruebas clínicas de la personalidad, es decir, las pruebas que colocan a un sujeto humano en situaciones o compromisos experimentales, pero en los que sigue siendo posible, no obstante su carácter experimental, la interpretación de sentido, la visión del conjunto dinámico de la personalidad. Tal acontece con las pruebas llamadas proyectivas, como el *Psicodiagnóstico de Rorschach* y la *Prueba de Apercepción Temática*, en las que por la complejidad de las reacciones, se hace necesario atender a los factores estructurales y dinámicos de la personalidad.

Las pruebas proyectivas son producto de la psicología profunda, están relacionadas con los procesos inconscientes y permiten hacer in-

ferencias sobre la organización de mecanismos, de necesidades y defensas del individuo.

Las pruebas proyectivas modernas descansan sobre dos bases: los conceptos freudianos de personalidad y los recientes hallazgos de laboratorio concernientes a la relación que existe entre la motivación y los procesos perceptivos. La interpretación de los sueños, la asociación libre y los conceptos del determinismo psíquico son los más importantes antecedentes de las técnicas proyectivas modernas.

El término proyección, fué usado por Freud para indicar uno de los mecanismos de defensa del yo. En el proceso de proyección, motivos que son inaceptables al individuo, son tratados como venidos de otras gentes. Así, por ejemplo, la dama que rehusa caminar por la calle por temer un ataque sexual, está, probablemente, despidando su propio deseo y atribuyéndolo al hombre que se pudiera encontrar. En esta forma se protege ella contra la angustia que sobrevendría si reconociera su inaceptable urgencia de gratificación sexual.

Esta primera acepción del término proyección, lo incluía dentro de las funciones defensivas del yo; sin embargo, años más tarde dicho término llegó a ser asociado a un proceso diferente. Situaciones experimentales en las cuales se pedía al individuo interpretara diversos estímulos como grabados o manchas de tinta, fueron llamadas "pruebas proyectivas"; en tales situaciones el sujeto diría, proyectándose en el material, sus experiencias pasadas y necesidades.

Las dos acepciones del término proyección guardan un considerable parecido; ambas incluyen un proceso similar, el de atribuir a alguien o a algo situaciones que no necesariamente están ahí; o bien, las características que están imputadas al estímulo vienen del sujeto que las interpreta y no del estímulo en sí.

La clínica psicológica ha encontrado que, mediante la personal interpretación de un estímulo indefinido, es posible recoger importante información sobre la dinámica de la personalidad.

Las "pruebas proyectivas" tienden a identificar los motivos y mecanismos personales introduciendo un estímulo indefinido para ser interpretado de alguna manera.

Desde hace algunos años ha despertado el interés de psicólogos experimentales el estudio del proceso de percepción como mecanismo proyectivo. Si un estímulo para explorar la percepción, se hace difuso, por su presentación rápida o por su pobre iluminación, el sujeto tiene un número ilimitado de material interior con el cual identificar el que le ha sido presentado. El sujeto deberá interpretarlo sin ser claramente percibido, proyectando así las peculiaridades de su personalidad, como valoraciones, motivos y mecanismos.

En relación, con el concepto clínico de proyección y con la implicación perceptiva del proceso, Bellac²⁰ ha clasificado las respuestas a situaciones proyectivas atendiendo a tres aspectos: el adaptativo, el proyectivo y la expresión.

Para Bellac el sujeto adapta la realidad en sus percepciones e interpretaciones. Así la conducta proyectada puede ser útil en dos ma-

neras. Primero nos dará el conocimiento del grado en que la persona está en "contacto" con la realidad y el mundo circundante, esto es, cuando percibe cosas que en cierto modo están de acuerdo con las experiencias de la generalidad de las gentes; pudiendo entonces determinarse en qué grado, en un sujeto determinado, sus peculiares necesidades actúan distorsionando sus percepciones; esta segunda cualidad adaptativa de las percepciones e interpretaciones, nos permite determinar el grado en que un individuo piensa fuera de los patrones generales de cultura, sin que este concepto implique necesariamente el concepto de anormalidad.

El aspecto proyectado en las respuestas de un sujeto, nos brinda información sobre sus necesidades individuales y sus mecanismos de defensa. Entre más difuso sea un estímulo, el material proyectado ofrecerá mayor campo para ser interpretado de acuerdo con la propia experiencia y personalidad, permitiéndonos hacer inferencias sobre dicha información.

Finalmente, Bellac distingue el aspecto expresivo de la respuesta proyectada. Esto se refiere a la peculiar manera como el individuo organiza la situación estímulo, no en relación a lo que el sujeto ve, sino en relación a lo que percibe y comunica. Así, por ejemplo, un rebuscabiento en la construcción de las frases, tendrá un significado diferente de una manera lenta y disgregada en el hablar.

Mayor valor tienen las técnicas proyectivas cuando se trata de alcanzar motivos personales inconscientes o motivos que no pueden ser expresados directamente por el sujeto, resultando en estos casos imposible obtenerlos por interrogatorio o entrevistas psicológicas. También las técnicas proyectivas son provechosas cuando nos brindan la oportunidad de hacer inferencias sobre esta dinámica, cuando una persona rehusa ser estudiada, cuando está impedida por algún motivo para realizarlo directamente o cuando es indiferente a su situación.

2.—PROYECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD. El Psicodiagnóstico de Rorschach es fundamentalmente una prueba proyectiva de apercepción; sin embargo, no se trata solamente de apercebir la mancha como tal, sino que se requiere la existencia y la presentación de engramas, esforzados por el estímulo y presupone una capacidad de selección de dichos engramas para relacionarlos con la lámina.

El mérito de Rorschach consiste en haber sabido valorar los factores que intervienen en la interpretación de las manchas y en haber sistematizado la prueba haciéndola apta para su manejo objetivo.

Nos da el Psicodiagnóstico importantes datos para conocer el "tipo de apercepción", esto es, la manera como el sujeto apercebe la lámina, si globalmente o en sus detalles, o fijándose con preferencia en pequeños detalles. Intervienen, además, otros factores que dan a la respuesta una cierta tonalidad afectiva; así, para dos personas distintas, el mismo estímulo es "visto" y "sentido" de muy distinta manera. El tipo de vivencia expresada en el Rorschach la forma como el sujeto no ya percibe, sino vive la experiencia.

El Psicodiagnóstico nos permite inferir también de una manera global, el grado y tipo de inteligencia; los elementos que actúan sobre la afectividad determinando su forma de expresión, así como el tipo de contacto social que una persona es capaz de establecer tomando en cuenta las peculiares características de su estructura personal.

Veamos ahora cómo es posible, valiéndonos de esta técnica, diagnosticar la agresividad en niños oligofrénicos.

Sabemos que los impulsos agresivos constituyen una medida defensiva por parte del yo. Los instintos de agresión, innatos en el individuo, son particularmente intensos en el niño que no los ha superado aún por estar en formación su personalidad.

En el niño débil mental estos impulsos primitivos de agresión pueden estar particularmente exaltados durante toda la infancia, y prolongarse hasta la adolescencia y la edad adulta, debido a defectos de evolución, tanto de los factores intelectuales como de los afectivos.

Los oligofrénicos que presentan agresividad manifiesta, ésta es debida, en parte, a lesiones groseras del lóbulo frontal, o bien a desajustes de tipo emocional por situaciones conflictivas que le plantea su especial colocación ambiental.

Tratando de encontrar una forma de diagnóstico de la agresividad que ofrezca suficiente objetividad, debemos tener en cuenta que el trabajo se dificulta aún más al realizarse en niños débiles mentales, no permitiendo la utilización de otras técnicas. El Psicodiagnóstico de Rorschach permite poner de relieve, habitualmente, los factores agresivos, tanto de la agresividad manifiesta como de la agresividad reprimida.

Recordando brevemente cuáles son los síntomas de agresividad en el Rorschach, contamos las respuestas de espacio blanco, la fórmula cromática, las interpretaciones Cn, las respuestas de pequeño detalle, las respuestas de complejos, el shock cromático, el shock sombreado, el shock al rojo, las respuestas indicadoras de angustia, y por último, las interpretaciones invertidas sobre cuyo significado se ha llamado la atención recientemente. La distinta combinación de tan complejos elementos, nos permite establecer un diagnóstico en los casos que nos ocupan.

Por lo que se refiere a las respuestas de espacio blanco, ya desde Rorschach mismo, son conocidas como representativas de las tendencias oposicionistas. Sin embargo, no basta con la presencia de las mismas ni tampoco su número; en un protocolo no da el número de agresividad ni el tipo de ésta, marcando únicamente, la existencia de tales tendencias. Por otra parte, no conviene olvidar que la tensión agresiva puede haber sido canalizada hacia actividades positivas como pueden ser una actitud enérgica; el valor ante el peligro o el sentido crítico, tanto hacia uno mismo como hacia los demás.

Las respuestas de espacio blanco, son mucho más frecuentes en niños y adolescentes que en adultos; sin que por ello pueda afirmarse que ante el mismo porcentaje de estas interpretaciones la agresividad

sea la misma en un niño que en un adulto, ni que el tipo de aquélla sea semejante.

Uno de los factores más importantes para valorar el significado de las respuestas de espacio blanco, es el tipo de vivencia, es decir, la relación entre kinética y cromática. Cuando las respuestas S van acompañadas de un predominio de las cromáticas sobre las kinéticas y especialmente si la fórmula cromática está desviada a la derecha, puede afirmarse la existencia de una agresividad dirigida hacia el exterior, es decir, manifiesta; mientras que el predominio de las respuestas de movimiento sobre las de color, indicaría represión de la agresividad. Esta diferenciación es fundamental, no sólo porque la represión de la energía agresiva es más difícil de determinar por otros medios, sino porque da lugar a síntomas particulares como son la timidez, la inseguridad y la depresión entre otros. Como indica Bohn, el tipo de vivencia ambigüal da a las respuestas de espacio blanco el significado de indecisión y escepticismo. En los niños oligofrénicos un aumento considerable de respuestas S en forma perseverativa no debe considerarse como un aumento de la agresividad, sino como síntoma de la estereotipia del pensamiento tan característica en estos sujetos. Por lo tanto, como símbolo agresivo, las interpretaciones de esta clase deberán ser, en los oligofrénicos, suficientes pero no excesivas.

La fórmula cromática en su relación con las respuestas S tiene un alto valor significativo. Es interesante el hecho de que siendo las respuestas de color las representantes de los afectos de la libido y, por lo tanto, el índice de las relaciones del yo con el mundo, al presentarse unidas a las S tengan precisamente una significación opuesta, esto es, de rechazo del mundo, de agresividad contra él. La desviación de la fórmula hacia la derecha, esto es, la presencia de más respuestas CF y C que FC junto a la existencia de respuestas de espacio blanco nos indican, en los niños en general, y en los oligofrénicos en particular, una agresividad dirigida hacia afuera no reprimida. Es importante señalar que la presencia de S es menos frecuente en los oligofrénicos con manifiestos síntomas de agresividad, que en niños y adultos intelectualmente normales, lejos de ser una circunstancia favorable, indica más bien una disminución de la energía vital, aminorando así las posibilidades de canalización de la agresividad hacia actividades socialmente útiles. Así, se ha observado en la práctica que tipos agresivos con respuestas S eran más dúctiles a la terapia, tanto psíquica como pedagógica. Cuando las FC faltan totalmente y aparecen otros síntomas de agresividad, especialmente interpretaciones S aumentadas, puede, hasta cierto punto, afirmarse la antisociabilidad del sujeto.

La presencia de respuestas de enumeración de colores (Cn) indican también la existencia de una agresividad primaria y manifiesta unida, por lo general, a lesiones del sistema nervioso central, por lo que son frecuentes en oligofrénicos con lesiones de ese tipo.

El shock al rojo es relativamente poco frecuente como fenómeno aislado y puede ser considerado también como índice de agresividad;

pero no siempre ocurre así, de tal suerte que solamente cuando se presente unido a otros síntomas puede servir como confirmativo.

Por lo que respecta al shock cromático en los débiles mentales, se presenta a menudo en los superficiales agresivos. En sujetos con oligofrenia más profunda, el shock cromático no se observa.

El shock sombreado no es por sí mismo un síntoma de agresividad, sino de angustia; cuando aparecen varios síntomas de angustia unidos a un aumento de respuestas de espacio blanco, estamos frente a un caso de agresividad reprimida, la que, como es bien sabido, da nacimiento a la angustia. En estos casos las S pueden ser substituídas por respuestas de complejos en las que se advierte un componente agresivo. Estos casos se observan en oligofrénicos superficiales con trastornos afectivos.

Las respuestas de complejos son consideradas de valor diagnóstico para el análisis de las neurosis y psicopatías. En los psicópatas y neuróticos las respuestas de complejos indican, a veces con gran claridad, tanto el grado como el tipo de agresividad.

Por último, un síntoma de agresividad comprobado recientemente, es la inversión de la lámina en posición al emitir la respuesta. En niños débiles mentales superficiales, en los que no se aprecian los síntomas clásicos de agresividad, siendo así que eran muy manifiestos en su conducta, presentan un alto porcentaje, que a veces sobrepasa al 60%, de respuestas dadas en posición invertida o lateralizada. La insistencia de este síntoma coincidiendo con agresividad, autoriza a considerarlo como importante en el diagnóstico de la misma, ya sea ésta manifiesta o latente.

De esta manera, considerando los síntomas expuestos e integrándolos en el análisis total del protocolo, nos es posible mediante la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach diagnosticar la agresividad en niños oligofrénicos, sin olvidar que un síntoma aislado carece de significación y su valor relativo dependerá de su tabulación en la totalidad de los elementos de la fórmula.

3.—PROYECCIÓN DE CONTENIDO Y DINAMIA DE LA PERSONALIDAD. La idea original de la prueba de Apercepción para Niños (C.A.T.) se debió a Ernst Kris, quien hizo notar que los niños se identifican con los animales, con mayor frecuencia que con las personas, hecho conocido desde la historia del pequeño Hans de Freud, por lo que fueron hechas diez láminas en las que se creaban gráficamente, situaciones propias a edades comprendidas entre los tres y los doce años, ya que la prueba de Apercepción Temática, un instrumento magnífico para adultos, no llenaba del todo las necesidades requeridas en los niños.

El C.A.T. nos permite conocer los contenidos de la personalidad infantil y su modo dinámico de reaccionar ante sus problemas de crecimiento y adaptación mediante el estudio de las reacciones individuales del sujeto al interpretar y dar significación a las situaciones que experimentalmente se le ofrecen con la presentación de un estímulo estándar.

Las láminas fueron diseñadas para analizar respuestas concernientes a problemas alimenticios, a problemas de rivalidades; para conocer la actitud del niño hacia las figuras que representan a los padres, y el modo como son percibidas dichas figuras; en relación con esto, permite, conocer también las fantasías del niño acerca de su aceptación en el mundo de los adultos y su miedo a estar solo por las noches o a quedar abandonado.

De esta manera, ante una situación real conflictiva de tipo afectivo a menudo se hace aparente en los relatos que emite el sujeto un cierto grado de ansiedad, pudiendo ésta en ocasiones, llevar al sujeto a emitir un relato incongruente o bien al rechazo de la lámina, aquellos relatos que refieren deseos o temores de daño físico, castigo o pérdida de amor por desaprobación o rechazo; destrucción y aniquilamiento, son situaciones que implican ansiedad.

Al estudiar los conflictos significativos podemos nosotros conocer no sólo su naturaleza, sino también las defensas que emplea el niño contra la ansiedad producida por ellos, misma que lo va a llevar a una determinada forma de reaccionar pudiendo ser ésta eminentemente pasiva con sentimientos de culpa y autocastigo, o bien, puede estar el niño reaccionando con manifestaciones agresivas de hostilidad o rebeldía dirigidas hacia determinados miembros del núcleo familiar o del ambiente extrafamiliar.

Por lo que respecta a la aplicación de la prueba en niños oligofrénicos, es de recomendarse el uso de ésta, con niños débiles mentales exclusivamente, ya que en sujetos de niveles intelectuales más bajos, pudimos comprobar que su pobreza de asociaciones, de contenidos y de lenguaje, no les permite elaborar historias que ofrezcan material suficiente que pueda ser interpretado.

Una vez analizadas e interpretadas las variantes que pueden intervenir en la relación de los cuentos y en los detalles significativos de los mismos, los resultados se integran en un reporte final que resuma las facetas sobresalientes de la personalidad.

CASUISTICA

Hemos nosotros realizado el diagnóstico clínico de la agresividad en cincuenta niños oligofrénicos con marcados síntomas de agresividad manifiesta, tomados de la Escuela para Niños Especiales del Parque Lira, de la Casa-Granja de Tlalpan, del Tribunal para Menores, de la Clínica de Conducta del Distrito Sanitario No. 11 y del Centro de Observación para Varones.

La valoración clínica y psicométrica de la inteligencia de cada niño se hizo mediante la aplicación de las pruebas siguientes:
Wechsler-Bellevue, Terman-Merrill, Kohs y Goodenough.

El estudio de la personalidad que nos llevó a emitir el diagnóstico de agresividad, se realizó mediante la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach y la Prueba de Apercepción para Niños, siguiendo para su interpretación los lineamientos señalados en las hojas precedentes e integrando los resultados, teniendo en cuenta el cociente intelectual del sujeto para no valorar erróneamente síntomas cuya significación varía con la edad cronológica y la edad mental.

De los casos estudiados seleccionamos los diez siguientes por considerarlos ilustrativos y complementarios al estudio teórico que hemos desarrollado.

Caso No. 1.
Nombre: I. U. B.
Edad: 12 años.
Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un niño que representa su edad, con apariencia de metabolismo retardado, con depósitos adiposos en las mejillas y en otras partes del cuerpo, y con el que es difícil establecer rapport de intimidad debido al bloqueo emocional y a la timidez.

Es el segundo hijo de un matrimonio de rango social y cultural bajo.

No hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

El sujeto en estudio es descrito por su madre como travieso y "malora"; pero a juicio de ella carece de intención perversa.

En la escuela presenta inestabilidad e irritabilidad, se muestra rebelde a la autoridad y en el trabajo escolar manifiesta desinterés.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Terman.—C. I. 73 Debilidad mental superficial.

Kohs.—C. I. 71 Debilidad mental superficial.

Goodenough.—C. I. 71 Debilidad mental superficial.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia con estereotipia de pensamiento y rigidez de engramas. Tipo de vivencia coartado con un control vivencial rígido. No hay manifestaciones afectivas ni creatividad propia. La personalidad está impedida de manifestarse por la acción de núcleos angustiosos. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad y participación al pensamiento popular pero falta el contacto afectivo debido al bloqueo emocional.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. el sujeto se muestra en situación de conflicto emocional principalmente por su inadaptación al medio extrafamiliar. Hay un sentimiento de minusvalía orgánica que lo hace sensible y reactivo a las pequeñas agresiones del ambiente. En el medio familiar no hay conflictos significativos. Hay identificación con la figura materna y cierto rechazo a la figura adulta masculina por sentirla principalmente punitiva y poco gratificadora.

Conclusión.—Se trata de un sujeto con debilidad mental superficial con trastornos de conducta debidos a conflicto emocional. El conflicto emocional está ocasionado por su obesidad debida a trastornos de tipo endócrino.

Caso No. 2.
Nombre: H. H. N.
Edad: 11 años.
Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un niño que representa su edad;

impresiona como efusivo y cariñoso pero con cierta pegajosidad. El rapport de intimidad se establece rápidamente, pero el sujeto se muestra distraído y rebelde a las indicaciones que se le hacen.

Es hijo único producto de un matrimonio que se dehizo a los dos años de vida conyugal.

Actualmente vive con su madre, la que trabaja como sirvienta con una familia de medios económicos suficientes.

No hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

Debido a las ocupaciones de su madre, el niño vive en cierto abandono afectivo.

Con respecto a la conducta de su hijo, declara la madre que desde pequeño se mostró rebelde y sumamente inestable en sus actividades.

En la escuela, la maestra lo describe como irritable y agresivo con sus compañeros; tiene tendencia a salirse del salón de clase para pasear por los jardines del plantel. Su atención es dispersa y da muestras de inestabilidad motriz.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Terman.—C. I. 75 Debilidad mental superficial.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia, no hay estereotipia de pensamiento y presenta creatividad propia. Tipo de vivencia extratensivo con escaso control vivencial sobre la personalidad. Presenta tres respuestas K indicadoras de angustia. La afectividad es impulsiva e insuficientemente adaptada por ser sensible a los estímulos ambientales. Esta peculiar forma de afectividad y la falta de control en la personalidad hacen al sujeto sugestionable a las influencias del medio. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad, pero el contacto afectivo es inadecuado y hay preponderancia de los impulsos instintivos sobre los conscientes, lo que unido a tendencias oposicionistas y por el tipo de vivencia extratensivo, puede ser interpretado como rechazo al mundo y agresividad contra él.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. se comprueba la agresividad del sujeto, se trata de una agresividad difusa dirigida al medio en general y no hacia alguna figura significativa en particular. El medio ambiente es vivenciado como frustrante y destructivo, lo que engendra en el sujeto una postura defensiva agresiva. La relación culpa-castigo provoca cierta angustia por la tensión conflictiva del sujeto.

Conclusión.—Se trata de un sujeto con debilidad mental superficial, de afectividad impulsiva y poco controlada que origina trastornos de conducta por la especial situación ambiental en que vive.

Caso No. 3.

Nombre: D. O. B.

Edad: 11 años.

Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un niño que representa su edad,

impresiona como apático y se muestra indiferente a la conversación que iniciamos. Paulatinamente va dando muestras de interés y se establece el rapport de intimidad.

Proviene de un hogar de clase humilde desorganizado por la ausencia del padre y la falta de atenciones de la madre con respecto a sus hijos, ya que ésta tiene que ganarse la vida atendiendo un pequeño comercio, lo que le resta tiempo para hacer con sus hijos una verdadera vida de hogar.

El sujeto en estudio es el mayor y le siguen tres hermanos más chicos aparentemente sanos.

No hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

El niño en estudio presenta problemas de conducta consistentes en agresividad, sonambulismo y enuresis.

En la escuela no manifiesta interés en el trabajo y se muestra agresivo con sus compañeros.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Terman.—C. I. 71 Debilidad mental superficial.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia con estereotipia de pensamiento y escasa productividad. Tipo de vivencia introversivo con un control vivencial rígido sobre la personalidad. Hay escasa creatividad y vida interna y las manifestaciones afectivas son también pobres. Se trata de una afectividad bloqueada en su expresividad por núcleos angustiosos que actúan como amortiguadores. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad pero falta la participación al pensamiento popular y el contacto afectivo habiendo preponderancia de la originalidad y el pensamiento propio sobre las respuestas originadas y dirigidas al ambiente.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. el sujeto se manifiesta en situación de conflicto dentro del núcleo familiar. La figura materna es sentida como punitiva y frustrante, afectivamente se une a la figura masculina adulta. Manifiesta sentimientos de abandono y temor al medio por plantearle situaciones de peligro. Como reacción presenta fantasías compensatorias y agresividad especialmente contra la figura femenina adulta.

Conclusión.—Se trata de un niño con debilidad mental superficial, presenta conflictos de tipo afectivo dentro del núcleo familiar que lo hacen reaccionar con agresividad frente a los adultos y con hostilidad frente a sus compañeros.

Caso No. 4.

Nombre: C. G. A.

Edad: 12 años.

Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un sujeto que representa su

edad, impresiona como retraído y negativista por lo que es difícil establecer el rapport de intimidad.

Es el segundo hijo de un matrimonio de rango social y cultural bajo, debido a que tanto el padre como la madre trabajan, el niño vive en un hogar mal integrado y con cierto abandono afectivo.

No hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

En la escuela exhibe conducta agresiva para con sus compañeros y desinterés en el trabajo.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Terman.—C. I. 68 Debilidad mental media.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia con estereotipia de pensamiento y poca fantasía y productividad. Tipo de vivencia coartativo con un control vivencial rígido sobre la personalidad. Falta la creatividad y la vida interna y la afectividad se presenta parcialmente bloqueada en sus manifestaciones por la acción de núcleos angustiosos. Se trata de una afectividad que se manifiesta en forma explosiva y sin adecuación al ambiente. El contacto social es pobre, hay preponderancia de la originalidad sobre la participación al pensamiento popular, hay sentido de realidad pero falta el contacto afectivo. El contenido de las respuestas está indicando la existencia de tensiones de tipo agresivo y destructivo en forma perseverativa.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. el sujeto se manifiesta en situación de conflicto dentro del núcleo familiar. Existe una desadaptación emocional que lo hace reaccionar con manifestaciones agresivas. Por temor y en forma de autocastigo aparecen deseos de aniquilamiento dirigidos al propio sujeto. La figura paterna es percibida como punitiva. Afectivamente se une a la figura femenina adulta en la que encuentra mayor protección y con la que ha creado una situación de dependencia.

Conclusión.—Se trata de un sujeto con debilidad mental media cuya integración afectiva ha sido inadecuadamente estructurada mostrando un nivel de desarrollo emocional inferior al normal.

Caso No. 5.

Nombre: R. R. S.

Edad: 12 años.

Sexo: Femenino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de una niña que representa su edad, impresiona como retraída y presenta cierta oposición pasiva a las sugerencias que se le hacen. Después de iniciar una conversación se establece parcialmente el rapport de intimidad. Durante el examen, la niña no llegó a mostrarse completamente natural y confiada.

Es la hija mayor de una señora de cuarenta años de edad declarados por ella a pregunta específica, de aparente retraso mental pero

afectivamente estable. La familia pertenece a una esfera social y cultural baja.

La niña vive al cuidado de la abuela materna debido a que la madre permanece fuera del hogar la mayor parte del tiempo.

Los dos hermanos menores son sanos y no hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

La conducta de la niña es descrita por la madre como irascible y con oposición pasiva.

En la escuela manifiesta desinterés hacia el trabajo en grupo y busca siempre la manera de atraer la atención sobre ella.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Terman.—C. I. 78 Debilidad mental superficial.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia con estereotipia de pensamiento y poca plasticidad de engramas. Tipo de vivencia coartativo con tendencia a la introversión. El control vivencial es rígido. Hay escasa fantasía y vida interna y las manifestaciones afectivas no se presentan sin que haya núcleos angustiosos que hagan pensar en inhibición de las mismas; se trata de una afectividad débil y superficial que hacen del sujeto una persona afectivamente aislada al ser poco estimulada por las influencias ambientales. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad, pero falta el contacto afectivo y hay preponderancia de la originalidad sobre la participación al pensamiento popular.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. el sujeto se manifiesta en situación conflictiva dentro del núcleo familiar. Afectivamente se une a la figura femenina adulta, la que es vivenciada como protectora y punitiva a la vez, lo que hace que el sujeto actúe con dependencia de ella. Manifiesta, asimismo, conflicto en la relación culpa-castigo. La figura masculina adulta es rechazada y la agresividad está dirigida contra ella.

Conclusión.—Se trata de un sujeto con debilidad mental superficial que presenta trastornos de conducta por una situación conflictiva emocional dentro del núcleo familiar.

Caso No. 6.

Nombre: A. L. B.

Edad: 11 años.

Sexo: Femenino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de una niña que representa su edad, impresiona como inestable motora y de atención dispersa, con la que se establece rapport de intimidad rápidamente, pero con carácter más extensivo que intensivo y más superficial que profundo.

Es la hija mayor de un matrimonio que pertenece a una esfera social alta, afectivamente adaptado y con medios económicos suficientes.

No hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

Los dos hijos restantes son sanos y afectivamente estables.
Con respecto a la conducta de su hija declara la madre que desde pequeña manifestó una franca conducta agresiva, presenta terrores nocturnos y cefaleas frecuentes.

En la escuela, la niña se muestra irritable, desobediente e inestable; tiene inclinación a la masturbación y curiosidad en la esfera sexual. Con sus compañeros se muestra agresiva y busca siempre la manera de molestarlos, por lo que no goza de simpatía entre ellos.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Terma.—C. I. 52 Debilidad mental media.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia con gran prolijidad, pero con estereotipia de pensamiento y falta de contenidos. Tipo de vivencia extratensivo con un control vivencial normal. Hay preponderancia de los factores afectivos sobre la productividad y la fantasía. Se trata de una afectividad explosiva y lábil que se manifiesta independiente a los estímulos ambientales por lo que el sujeto es poco sugestionable y afectivamente aislado del medio. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad pero falta un contacto afectivo adecuado y hay preponderancia del pensamiento autista sin participación al pensamiento popular. Existen respuestas K indicadoras de angustia, es posible que se trate de un estado angustioso con matiz sexual ya que la estereotipia de pensamiento aparece con contenidos de este tipo.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. se delata el sujeto sin conflictos significativos dentro del núcleo familiar; existe identificación con la figura paterna en la que encuentra protección y cierto rechazo a la figura femenina adulta por sentirla punitiva. El conflicto se manifiesta con relación al medio extrafamiliar; las figuras son vivenciadas como rechazantes y hostiles, lo que provoca en el sujeto un estado angustioso que lo hacen reaccionar con agresividad y oposición contra ellas.

Conclusión.—Se trata de un sujeto con debilidad mental media, con pensamiento minucioso y estéril y afectividad explosiva. Los trastornos de conducta se desarrollan sobre esta base constitucional y por inadaptación al medio extrafamiliar.

Caso No. 7.

Nombre: A. M. M.

Edad: 11 años.

Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un niño que representa su edad, impresiona como inestable motriz, y actúa con cierto exhibicionismo. Se establece rapport de intimidad rápidamente, pero el sujeto se distrae con facilidad.

Es el hijo mayor de un matrimonio de rango social y cultural medio. El padre es una persona de carácter débil y dependiente. La ma-

dre, por el contrario, es dominante y ella interviene casi exclusivamente en la educación de sus hijos.

No hay antecedentes familiares patológicos de importancia.

Con respecto a la conducta de su hijo, declara la madre que el niño se muestra rebelde y con cierto rechazo para con ella, no así con el padre, en el que ha encontrado identificación ya que éste lo protege y lo mimra, cosa que ella critica por considerar esta postura perjudicial para su hijo.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Wechsler.—C. I. V. 75 Debilidad mental superficial.

C. L. E. 67 Debilidad mental media.

C. I. T. 79 Debilidad mental superficial.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia sin estereotipia de pensamiento. Tipo de vivencia extratensivo con un control vivencial normal. Hay predominio de las manifestaciones afectivas dirigidas al exterior sobre la vida interna y la creatividad propia. La afectividad es predominantemente impulsiva y persigue la simple descarga de los afectos sin adaptación al estímulo. Existen síntomas de angustia lo que unido a las respuestas S, expresión de tendencias oposicionistas, y al tipo de vivencia extratensivo indican espíritu de contradicción y agresividad dirigida al medio. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad, pero el contacto afectivo no es adecuado y hay preponderancia de la originalidad sobre la participación al pensamiento popular.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias del C. A. T. se manifiesta el sujeto en situación de conflicto dentro del núcleo familiar. Existen ligas afectivas con la figura del padre, pero en una situación de dependencia y protección sin que dicha figura haya tenido suficiente fuerza para ser introyectada como autoridad. La figura femenina adulta es vista como punitiva exclusivamente y la relación culpacastigo se presenta en situación de conflicto. Manifiesta, asimismo, temor en sus relaciones extrafamiliares.

Conclusión.—Se trata de un sujeto con debilidad mental superficial, con trastornos de conducta debidos a conflictos de tipo emocional dentro del núcleo familiar, lo que ha impedido una integración afectiva armónica.

Caso No. 8.

Nombre: Y. G. M.

Edad: 12 años.

Sexo: Femenino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de una niña que representa su edad, impresiona como especialmente tímida y retraída con la que es difícil establecer rapport de intimidad.

La niña fué llevada a la Clínica de Conducta por la persona que funge como madre substituta debido a que presenta trastornos de conducta.

No fué posible obtener datos sobre sus antecedentes familiares.

La niña vivió con su abuela materna de la que se separó hace cuatro años por la situación precaria en que se encontraba. Desde entonces, ha estado en cuatro hogares sustitutos de los cuales ha sido cambiada por su mala conducta.

La actual encargada de la niña se queja de su agresividad y relata que realiza hurtos con relativa frecuencia y manifiesta curiosidad en la esfera sexual.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Binet-Simon.—C. I. 58 Debilidad mental profunda.

Kohs.—Falló.

Goodenough.—C. I. 68 Debilidad mental media.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia. Tipo de vivencia extratensivo. Irritabilidad y explosividad afectiva manifestada por las respuestas de color, lo que unido a tendencias oposicionistas contra el ambiente y al predominio de los factores instintivos sobre los conscientes permiten diagnosticar agresividad. Se observan respuestas FK indicadoras de angustia.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias que relata el sujeto se observa agresividad hacia el medio en general y en particular hacia la figura materna como autoridad. El sujeto teme al medio y se siente presionado por castigos. Las figuras adultas son vivenciadas como autoritarias. Manifiesta sentimientos de abandono. En las historias justifica el robo para procurar su alimento.

Conclusión.—Se trata de una niña con debilidad mental media, de afectividad explosiva por factores orgánicos y reacciones emotivas poco controladas debido a la ansiedad que se ha engendrado en ella por conflictos emocionales frente al medio.

Caso No. 9.

Nombre: I. C. M.

Edad: Se ignora.

Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un niño que representa diez años de edad cronológica, impresiona como inestable motriz y de gran distraibilidad, el rapport de intimidad se establece rápidamente y muestra reacciones emotivas burdas y de cierta pegajosidad.

Fué remitido al Centro de Observación como "extraviado", por la Delegación del Distrito por lo que no fué posible obtener datos sobre sus antecedentes familiares.

El niño no es capaz de proporcionarnos información por su escaso vocabulario y su pobre comprensión del ambiente.

Aparentemente se adaptó al ambiente del Centro y no muestra de-

seos de regresar a su hogar; sin embargo, su conducta es en ocasiones agresiva especialmente para con los niños más pequeños.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Weschler.—C. I. V. 47 Imbecilidad.

C. I. E. Fallo.

C. I. T. 46 Imbecilidad.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia, con escasos contenidos de pensamiento. Tipo de vivencia extratensivo. La afectividad se manifiesta en forma desordenada e impulsiva. En el protocolo se encuentra un alto número de respuestas indicadoras de conflictos internos, lo que unido a las respuestas FK indicadoras de angustia, así como al poco control sobre la afectividad, podría estar indicando un estado de desadaptación y vida instintiva bastante impulsiva no en concordancia con la realidad. Las respuestas se presentan matizadas de contenidos agresivos.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias que relata el sujeto se nota sobre todo una falta de organización de pensamiento. El sujeto es estimulado por los dibujos de las láminas e inicia el relato, pero es incapaz de concluirlo integrando sus ideas en una relación congruente. En las historias se nota agresividad contra los personajes que se mueven, sin que sea posible poder concluir a quién en especial se dirige la agresividad debido a la pobreza de asociaciones y a la falta de estructuración de las ideas.

Conclusión.—Se trata de un sujeto oligofrénico en grado de imbecilidad con una conducta agresiva como defensa ante un ambiente que no puede comprender.

Caso No. 10.

Nombre: A. M. A.

Edad: 11 años.

Sexo: Masculino.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un niño de clase social baja que representa su edad, manifiesta interés en lo que se le dice y deseos de colaborar. El rapport de intimidad se estableció rápidamente lo que permitió realizar el estudio con facilidad.

Consultando el expediente, supimos que el niño fué llevado al Tribunal para Menores por su madre adoptiva; se queja la señora de la conducta del niño y lo acusa de hurtar dinero y objetos, que después vende para comprar golosinas; frecuentemente huye del hogar cuando se le castiga y en ocasiones sin motivo aparente.

No fué posible obtener datos sobre sus antecedentes familiares.

De la escuela ha sido expulsado en varias ocasiones por su conducta rebelde y agresiva.

El estudio psicoclínico se realizó mediante las siguientes pruebas:

Binet-Simón.—C. I. 60 Debilidad mental media.

Psicodiagnóstico de Rorschach.—Baja inteligencia con algo de este-reotipia de pensamiento y escasa productividad. Tipo de vivencia ex-tratensivo con un control vivencial normal sobre la personalidad. La vida interna y la fantasía son pobres, no así la afectividad que se ma-nifiesta exaltada, lábil e insuficientemente adaptada, lo que unido a la tendencia oposicionista representada por las respuestas S, permiten diagnosticar en el sujeto reacciones agresivas dirigidas al ambiente. El contacto social es pobre, hay sentido de realidad pero falta un contacto afectivo en armonía con el medio y hay preponderancia del pensamien-to autista (0%) sobre la participación al pensamiento popular.

Prueba de Apercepción para Niños.—En las historias que relata el sujeto se nota principalmente una situación conflictiva con el medio fa-miliar, las figuras adultas son vivenciadas como punitivas y poco gra-tificadoras por lo que el sujeto adopta una postura de rechazo al ho-gar. Hacia la figura materna manifiesta marcada agresividad, no así con la figura masculina adulta con la que existe cierta identificación. Esta situación conflictiva y un sentimiento de abandono lo hacen temer al medio extrafamiliar por sentirse falto de protección.

Conclusión.—Se trata de un sujeto de debilidad mental media, de afectividad explosiva, lo que unido a su especial situación conflictiva dentro del núcleo familiar hacen comprensible su agresividad frente al medio.

CONCLUSIONES

Partiendo de los estudios realizados en oligofrénicos agresivos y después de revisar la literatura que al respecto se nos ofrece, nos ha sido posible elaborar las conclusiones siguientes al tema propuesto para nuestro estudio.

1.—Toda conducta es la resultante de la acción de dos factores heterogéneos: las exigencias tanto internas como ambientales a que se ve expuesto todo individuo y los recursos que en cada caso particular le son dados para solucionar las situaciones que le plantean dichas exigencias. El oligofrénico tendrá que enfrentarse a las mismas exigencias ambientales e internas contando con menos recursos para satisfacerlas, de donde se verá expuesto a sufrir un mayor número de frustraciones con su consecuente secuela de reacciones agresivas.

2.—Debido a su falta de proyección en el futuro y por estar abandonado a los impulsos emotivos que sufre a cada instante, el oligofrénico no es capaz de inhibir, desplazar o socializar sus manifestaciones agresivas.

3.—La agresividad que se presenta en el oligofrénico es una agresividad burda, expresada con gran número de movimientos ostensibles y pobremente elaborados en su simbolismo, dirigidos abiertamente al objeto o situación que es sentida como frustrante.

4.—Podemos citar dos factores causales principales que actúan en la configuración de la conducta agresiva de los oligofrénicos:

a). Las lesiones de las estructuras cerebrales de localización en el lóbulo frontal ocasionan una falta de inhibición de la actividad motriz entre otras y falta de plasticidad y labilidad de las funciones asentadas en estructuras inferiores.

b). La agresividad en el oligofrénico puede ser debida a una situación conflictiva de tipo emocional tal y como se puede presentar en sujetos normales.

Es posible también que se presenten reunidos estos dos factores determinando ambos la conducta agresiva.

5.—Un estudio psicoclínico realizado con pruebas proyectivas como el Psicodiagnóstico de Rorschach y la Prueba de Apercepción para Niños es de gran ayuda para determinar el motivo preponderante de la anomalía y la terapia a seguir en cada caso particular.

REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

- 1.—ALLPORT, G.: *The Nature of Personality: Selected Papers*. Addison-Wesley Press, Inc., Cambridge, Mass. (1950).
- 2.—BARIK, H.: *La Psychiatrie Sociale*. Presses Universitaires de France, París (1955).
- 3.—BELLAC, L.: *Children's Apperception Test*. C. P. S. Co., New Yor (1952).
- 4.—BHOM, E.: *Manuel del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Ediciones Morata, Madrid (1953).
- 5.—CUEVAS, A.: *Apuntes de la Cátedra de Psicofisiología*. Universidad Nacional Autónoma de México, México (1955).
- 6.—DOLLARD, J.: *Frustration and Agression*. New Haven, Yale University Press (1939).
- 7.—FREUD, S.: *Obras Completas*. Edit. Biblioteca Nueva, Madrid (1948).
- 8.—LANDIS, C. AND BOLLES, M.: *Textbooks of Abnormal Psychology*. The Macmillan Company, New York (1950).
- 9.—LORENZ, K.: *The Comparative Method in Studying Innate Behavior Patterns. Physiological Mechanisms in Animal Behavior*. Cambridge, University Press (1950).
- 10.—MASSERMAN, J.: *Behavior and Neurosis*. University of Chicago Press, Chicago (1943).
- 11.—MIRA Y LÓPEZ, E.: *Manual de Psiquiatría*. Editorial El Ateneo, Buenos Aires (1943).
- 12.—MORAGAS, A.: *Diagnóstico, Clasificación y Tratamiento de las Oligofrenias*. Monogr. Miguel Servet, Madrid (1942).
- 13.—PASCUAL DEL RONCAL, F.: *El Diagnóstico de la Agresividad en Escolares Excepcionales*. Trabajo presentado en el Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología, México (1954).
- 14.—PASCUAL DEL RONCAL, F.: *Teoría y Práctica del Psicodiagnóstico de Rorschach*. The University Society Mexicana, S. A., México (1949).
- 15.—ROBLES, O.: *Objeto y Tarea de la Psicología Clínica*. Archivos de Cri-

minalogía, Psiquiatría y Disciplinas Conexas. 2a. Epoca, Vol. 9, Enero-Marzo de 1955. Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito (1955).

- 16.—ROF CARBALLO, J.: *El Hombre a Prueba*. Editorial Paz Montalvo, Madrid (1952).
- 17.—ROF CARBALLO, J.: *Patología Psicosomática*. Editorial Paz Montalvo, Madrid (1950).
- 18.—SCHLOSBERG, H.: *Three Dimentions of Emotion. Problems of Consciousness*. The Josiah Macy, Jr. Foundation. Cornell University Press (1955).
- 19.—SOLÍS QUIROGA, R.: *El Débil Mental*. Ediciones de la Secretaría de Educación Pública, México (1951).
- 20.—WILSON SHAFFER, G.: *Fundamental Concepts in Clinical Psychology*. Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York (1952).