

SEMIOLOGIA DE LAS ALUCINACIONES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE PSICOLOGIA

SEMIOLOGIA DE LAS ALUCINACIONES

TESIS

para el examen profesional que para optar por el Título de

PSICOLOGO

(Nivel de Licenciatura en Psicología)

Presenta

JESUS PEREZ GARCIA

MEXICO

1967

2.5053.08
UNAM. 14
1967
E. J. L

25053.08
UNAM.14
1967

M. 159488

aps. 83

RECONOCIMIENTOS

Al Sr. Heriberto Béjar Jáuregui, al Dr. Rafael Cervantes Mejía, al Dr. Rafael Barajas Castro, al Dr. Guillermo Dávila García, por la ayuda recibida en el curso de la realización de mis estudios, y al Dr. Joaquín Mendi zabal Calderón, por la dirección de esta Tesis.

JESUS PEREZ GARCIA

I N D I C E

	<u>Pags.</u>
RECONOCIMIENTOS	
INTRODUCCION	2
CAPITULO I.-ANTECEDENTES	4
CAPITULO II.-MATERIAL Y METODOS	
1.- El Fenómeno Alucinatorio	8
2.- Metodología	8
3.- Importancia de la Alucinación	10
4.- Importancia del Estudio de la aluci nación	10
5.- Diversos enfoques en el estudio de - las alucinaciones	11
6.- Orientación y Procedimiento en este- Trabajo	11
CAPITULO III.- REALIDAD Y PERCEPCION	
1.- Magia y Realidad	13
2.- Las Sensopercepciones	16
3.- Clasificación de las Imágenes	16
4.- Trastornos de la Sensopercepción	18
CAPITULO IV.- SEMIOLOGIA DE LAS ALUCINACIONES	
1.- Definición y Concepto	24
2.- Cualidades de la Alucinación	25
3.- Contenido de las Alucinaciones	26
4.- Conducta provocada por las Alucinaciones	27
5.- Clasificación de las alucinaciones	29

6.- Causa de las alucinaciones	38
7.- Mecanismo de las alucinaciones	52
8.- Diagnóstico de las alucinaciones	74
9.- Relación de las alucinaciones con - otros fenómenos.	59
10.- Teorías Sobre las Alucinaciones	62
CAPITULO V.- EVALUACION CLINICA DE LAS ALUCINACIONES	65
1.- Alcoholismo	65
2.- Esquizofrenia	69
3.- Epilepsia	71
4.- Manía, Melancolía y Psicosis Maníaco depresiva	74
5.- Psicosis Situacionales	75
6.- Neurosis	76
7.- Enfermedades Infecciosas	76
8.- Psicosis Carenciales	78
9.- Tumores Cerebrales	79
10.- Otros padecimientos en que pueden pre sentarse Alucinaciones	80
CAPITULO VI.- TERAPIA DE LAS ALUCINACIONES	
1.- Consideraciones Generales	83
2.- Clorpromacina y otros derivados de la Fenotiacina	84
3.- Antialucinatorios de otro tipo	87
CONCLUSIONES	91
BIBLIOGRAFIA	94

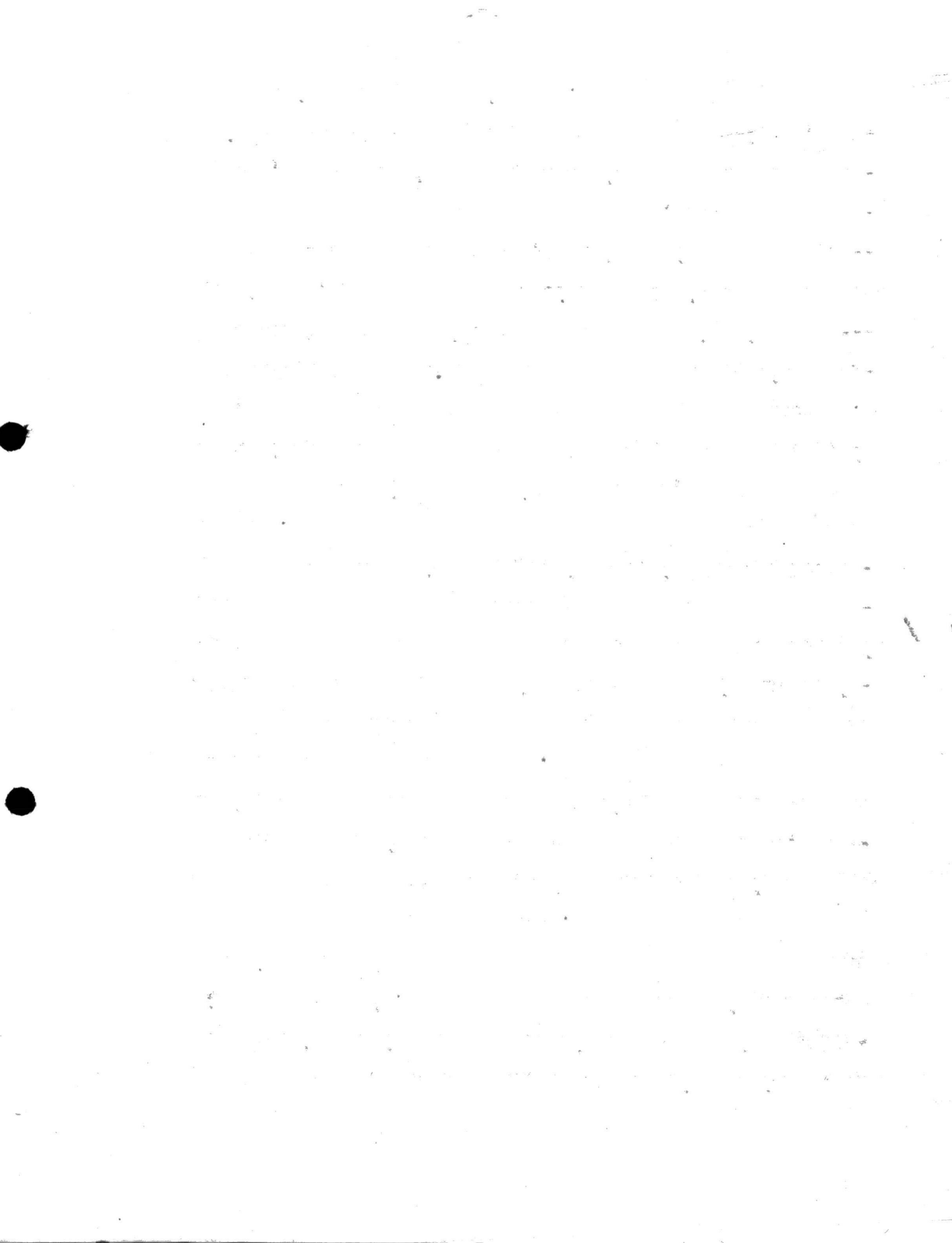
INTRODUCCION

En el curso de nuestra formación académica, la alucinación llamó nuestra atención y tal interés nos llevó a la Patología. Ahí la encontramos como síntoma psicopatológico de múltiples y variadas condiciones y aparentemente desiguales circunstancias.

Una primera reflexión acerca del fenómeno alucinatorio nos llevó al convencimiento de su realidad, al carácter subjetivo de su presentación y al hecho evidente como trastorno en los humanos.

Decidimos entonces emprender la tarea de un estudio mas profundo y sistemático de este fenómeno; sabíamos que era un trastorno cualitativo de la senso-percepción y nuestra curiosidad no estaba satisfecha, pensando que seguramente existirían monografías magníficas relativas al tema.

Después de una búsqueda tenaz, encontramos que no había tanto material monográfico como nosotros suponíamos, y que el existente estaba fuera de nuestro alcance. Por esto, nos decidimos a buscar en las obras clásicas y modernas de psiquiatría, en las de patología médica y quirúrgica, y en otras que sabíamos o creíamos poder encontrar datos relativos al tema, y así nació este trabajo sobre "SEMILOGIA DE LAS ALUCINACIONES", pues en sentido amplio, la Nosología estudia los síntomas o la clasificación de las enfermedades, y en forma mas específica, la Semiología estudia los síntomas.



Las alucinaciones fueron consideradas durante-- mucho tiempo como fenómenos sobrenaturales, y aún ahora, - entre la gente del pueblo se describen como visiones, apariciones, etc.

Antiguamente, sobre todo en la edad media, al sujeto alucinado se le tenía por endemoniado o embrujado, - víctima de la posesión de un mal espíritu, que con un sentido mágico-religioso se pretendía a veces desalojar, con invocaciones, fórmulas mágicas, rezos, etc., llegando en - muchas otras ocasiones a métodos que resultaban agresivos - para el sujeto, que de este modo no era ya solo víctima de una enfermedad sino también de quienes pretendían curarlo - (1).

Sauvages (1706-1768) incluye a las alucinaciones dentro de las vesanias (locura, enfermedad mental, psicosis) y mas tarde, Lasegue (1816-1883) define el concepto nosológico del alucinado, pero no es sino hasta que se vió la - alucinación como un fenómeno natural sujeto a causalidad, - cuando se inició el estudio verdaderamente científico del - problema (86).

Esquirol (1772-1840) creó el término alucinación y fué el primero en ocuparse detenidamente de ella. También llamó la atención de Baillarger (1809-1890), sobre todo en relación con el alcoholismo, distinguiendo las alucinaciones psicosenoriales de las psíquicas, de las que tam

bién se ocuparon Kandinsky (1849-1889), Kahlbaum (1822--1899), Etc., o considerándola producto de la excitación de los centros sensoriales Tamburini, Morel (1809-1873), Wernicke (1848-1905), Clerambault (1872-1934), Seglas -- (1856-1940), otros, y mas recientemente Bleuler (1857--1939), como una proyección simbólica ligada a la dinámica psíquica, aplicando las teorías y el simbolismo Freudiano.

Cuando Ball (1858-1916), definió la alucinación como una percepción sin objeto, no señaló un elemento característico de ella, la convicción.- Esquirol ya - la incluye en su definición cuando dice: "un hombre que tenga la convicción interna de una sensación actualmente percibida, sin que haya al alcance de sus sentidos objeto exterior alguno, propio para excitarlo, se halla en estado de alucinación" (85).

Arnold (1864-?) se ocupó de las alucinaciones particularmente diferenciándolas de las ilusiones, y mas tarde otros autores las distinguieron de otros fenómenos y determinaron el papel importante que representan como fenómenos psicopatológicos, despertando curiosidad e inquietud, perplejidad, trastornos en las relaciones interpersonales, etc.

Actualmente, el conocimiento aportado por la patología, respecto a las enfermedades, traumatismos ---

tumores, intoxicaciones, etc., así como las experiencias -
mediante el aislamiento perceptivo, el estudio y la sínte -
sis de los principios activos o alcaloides de ciertos -
hongos, como el ácido lisérgico, y otras sustancias que -
mas adelante estudiaremos, representan los jalones mas sig -
nificativos en la comprensión del fenómeno alucinatorio.

CAPITULO

II

MATERIAL Y METODOS

1.- EL FENOMENO ALUCINATORIO.

Cuando uno ve, escucha, huele, gusta o siente algo que para los demás no tiene existencia real, y que - sin embargo, a pesar de todo lo que se diga, la convicción de realidad es igual o mayor a la de las otras percepciones que alternan con ésta, estamos frente a una alucinación. Este es el concepto común y corriente de las alucinaciones psicosenoriales, pero, que las motiva?, es su origen periférico o central?, que determina su contenido, intensidad y localización?, que favorece su presentación?, que está detrás de este error perceptivo irreductible?, que relaciones tiene con otros síntomas?, que perturbaciones pueden determinarla? cuál es su patogenia?...estas y otras muchas preguntas mas tendríamos que contestar si pretendiéramos saber que es la alucinación.

2.- METODOLOGIA.

Cualquier investigación supone una fase previa de documentación, buscar antecedentes históricos, compulsar opiniones ajenas y examinarlas con juicio crítico, reunir datos estadísticos de diferente valor, y otras diversas operaciones como la selección bibliográfica que se -- llevará a cabo metódicamente en dos direcciones fundamentales, la primera en sentido ascendente a partir de publicaciones recientes, y la segunda, consultando las compilaciones bibliográficas generales, especiales, catálogos, --

índices, revistas, periódicos y las bibliografías citadas en los libros.

Método (del griego *metá*, hacia y *odos*, camino) señala el procedimiento a través del cual se llega a un fin presupuesto. Los métodos son instrumentos de trabajo. Se particularizan en cada una de las disciplinas y pueden conjugarse para obtener con uno lo que no es posible obtener con otros, y todos ellos presuponen los métodos generales de la filosofía, es decir, el crítico o trascendental, el fenomenológico, el dialéctico y la semántica positivista.

Haremos una breve revista de ellos: Solo mencionaremos el método de inferencias inmediatas y las no progresivas. El método deductivo que partiendo de nociones admitidas progresa a través del razonamiento abstracto, y caracterizado por la selección de las premisas, la deducción de las relaciones constantes y la formulación de la hipótesis que enfrentase a la realidad para deducir las leyes. El método inductivo es el que el investigador observa y experimenta, y sin ideas previas, confronta la hipótesis con la realidad, pudiendo adquirir de este modo la categoría de ley, siguiendo el cánón de las concordancias, de las diferencias, de las variaciones concomitantes o de los residuos. El método de la inferencia analógica caracterizado porque en él, el resultado no se eleva de lo

particular a lo general, la conclusión permanece en el mismo grado de generalidad o de particularidad de los objetos comparados; las inferencias son mediatas, amplificadoras y de certidumbre problemática, existiendo dos tipos de analogía, la de proporción (inducción analógica) y la de atribución. La primera es aquella que, de un aspecto parcial entre dos objetos o hechos, infiere una relación total, la de atribución en cambio, infiere o identifica un hecho u objeto a otro hecho u objeto que se le parece.

El método estadístico, determinando la unidad de estadística, recopila, elabora, presenta e interpreta datos numéricos suministrando conocimientos imposibles de obtener por otros métodos aunque con carácter temporal y frecuencia limitada, pero, preparando el camino de una explicación causal de los hechos (Francisco Larroyo, La Lógica de las ciencias).

3.- IMPORTANCIA DE LA ALUCINACION.

A.- La alucinación tiene importancia porque interfiere con el desempeño de otras funciones.

B.- Trastorna la relación con la realidad:

a).-Respecto a la adaptación

b).-Interpretación y

c).-Sentido de la misma.

4.- IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE LA ALUCINACION.

A.- Psicológica

B.- Clínica.

C.- Médico-Legal

5.-DIVERSOS ENFOQUES EN EL ESTUDIO DE LAS ALUCINACIONES.

Nos parece que los estudios mas interesantes son:

A.- El Clínico

B.- El Psicológico

C.- El experimental.

6.-ORIENTACION Y PROCEDIMIENTO EN ESTE TRABAJO.

Nuestro propósito es establecer el valor semiológico de las alucinaciones en las diversas circunstancias en que se dá el fenómeno alucinatorio, por la importancia que esto tiene en la práctica clínica.

La documentación, ya descrita en metodología, como procedimiento para la elaboración de este trabajo, fué - en esencia el siguiente:

A.- Seleccionamos las obras que se citan en la bibliografía.

B.- Se leyeron en busca del material que directa o indirectamente se relacionara con el problema.

C.- Se ordenaron según su importancia.

D.- Se confeccionaron fichas bibliográficas con el material a utilizar.

E.- Se elaboró el guión que se pensó mas a propósito aprovechando las diversas aportaciones.

CAPITULO

III

REALIDAD Y PERCEPCION

1.- MAGIA Y REALIDAD.

En las primeras etapas de nuestro desarrollo, el niño confunde las imágenes objetivas y las subjetivas, lo real con lo imaginado, y la distinción entre ambos mundos solo se logra gradual y lentamente (23).

Mas tarde, a los 10 ó 12 años, el sujeto empezará a poder moverse en el plano objetivo-subjetivo de realidad y de fantasía, derivando de este juicio de realidad -- una conducta adaptativa mas adecuada. Entre mas integrado es el Yo, mas neta es la separación entre subjetivo y objetivo, entre realidad y fantasía (86).

Algunos individuos, como dice Ramón de la Fuente Muñiz (23), evolucionan hacia una creciente racionalidad, en tanto que otros no logran ir mas allá de una imagen mágica, deforme y subjetiva del mundo y su propia persona.

En un esquema condensado y abreviado, Bellak (10) señala algunos grupos de funciones del Yo (relación con la realidad, regulación y control de los impulsos, relaciones de objetos, procesos de pensamiento, funciones de defensa, funciones autónomas, función de síntesis) y sus trastornos. De todas ellas, la que nos importa describir por el momento, es la señalada en primer término:

A.- RELACION CON LA REALIDAD.

a).- Adaptación a la realidad.

Se superpone a la función sintetizadora del yo y

se refiere particularmente a las funciones autónomas de percepción, pensamiento y ejecución motora, debiendo incluirse el satisfactorio dominio de los impulsos y el empleo de las defensas adecuadas. La adaptación está relacionada con la acomodación al medio en función de la matriz cultural (10).

b).- Interpretación de la realidad.

Implica exactitud en la percepción y solidez de juicio e inteligencia. (10)

c).- Sentido de la realidad.

Se basa en una buena "delimitación de sí mismo".(10)

B.- PERTURBACIONES EN LA RELACION CON LA REALIDAD.

a).- Trastornos de la capacidad de adaptación.

Se exteriorizan por grados diversos de conducta inadecuada, con dificultades subjetivas y objetivas, empobrecimiento de la iniciativa y fracaso en la adaptación social. (10)

b).- Trastornos de la interpretación de la realidad.

Puede distorsionarse haciendo que la realidad psíquica quede por encima de la objetiva, sobre todo si resulta mas agradable o menos dolorosa que ésta, como sucede en los neuróticos y aun en las personas normales, en estados de elación, intoxicación, etc. Y no ya una distorsión sino

un rompimiento con la realidad, ocurre en el psicótico que utiliza esta ruptura como un mecanismo defensivo, tomando el camino de la regresión, evitando la realidad y substituyendo las percepciones bloqueadas por alucinaciones, como un intento de recuperarla (64).

La interpretación de la realidad se puede evaluar por el Test de Rorschach, según las respuestas "populares" y el nivel de percepción de la forma, así como por algunos Subtests del Wechsler que aprecian el juicio. Una capacidad de juicio muy escasa y la presencia de alucinaciones y delirios son las mas dramáticas manifestaciones de la perturbación de la esfera de interpretación de la realidad (10)

6) .- Trastornos del sentido de la realidad.

Fisiológicamente pueden ser determinados por situaciones de stress, fatiga o hiperventilación, hasta llegar a un grado patológico de irrealidad y despersonalización -- con delirio cósmico, por ejemplo (10).

Bela Szekely (84) ideó un test de realidad en 1926, destinado según él, a la apreciación cualitativa y cuantitativa del sentido de la realidad, sociabilidad y dirección vital.-La prueba consiste en formular al examinado, - cuya edad puede oscilar entre los 3 años y la edad adulta, - siete preguntas sucesivas acerca de que haría si le regalaban \$1, \$10, \$100, \$1,000, \$10,000, \$100,000, y \$1,000,000.

De acuerdo con la realidad de la compra, las res

puestas se clasifican: reales, irreales y absurdas

Según el contenido de las adquisiciones; en vitales, edónicas, prácticas e intelectuales.

En correspondencia con el destino de las compras o adquisiciones: egocéntricas, egocéntrico-altruistas, altruistas-egocéntricas y altruistas.

Se tiene en cuenta si el examinado regala la suma en efectivo o la pone en ahorros, si la inversión es total, o existen una serie de inversiones parciales y si la suma gastada es menor, mayor o igual al importe sobre el cual se le interroga. Las respuestas se registran totalmente, y -- sirve como elemento de diagnóstico la proporción entre las distintas categorías de respuesta y su correlación.

2.- LAS SENSO PERCEPCIONES.

La sensación nos informa de lo que ocurre dentro y fuera de nosotros, desde diversas perspectivas que nos dan los sentidos, es decir, reflejan la realidad. La conciencia de la sensación, integra la percepción que asociándose a otras imágenes o representaciones mentales y poniendo en juego otros mecanismos psicológicos, predeterminan la conducta.

3.- CLASIFICACION DE LAS IMAGENES.

A.- IMAGEN SENSORIAL.

Se caracteriza por la nitidez, corporeidad, fije-

za, extrayeción y la no influenciabilidad por la voluntad del sujeto.

B.- IMAGEN PERCEPTIVA.

Se distingue por el carácter de realidad, objetividad, convicción de realidad y corporeidad.

C.- IMAGEN EIDETICA.

Persistencia de la imagen del objeto, aún por años, diferenciándose de la imagen alucinatoria en que se vive -- con carácter subjetivo y no de objetividad.

D.- IMAGEN REPRESENTATIVA O MNEMICA.

Es la revivencia de una imagen sensorial en ausencia del objeto que la produjo. Se caracteriza por falta de precisión, corporeidad e influenciabilidad por la voluntad. Difiere de la imagen alucinatoria en que no es aceptada como imagen de un objeto exterior.

E.- IMAGEN PAROIDOLICA.

Es una imagen de la fantasía basada en elementos sensoriales configurados arbitrariamente, caracterizada por cierta viveza, proyección en el espacio real, inestabilidad, influenciabilidad e irrealdad, ej. las formas humanas o animales que creemos ver en las nubes, en las manchas de tinta de la prueba de Rorschach, etc.

F.- IMAGEN FANTASTICA.

Producto de la actividad imaginativa en la que no está implicada la experiencia sensorial sino diversas repre

sentaciones.

G.- IMAGEN ONIRICA.

Es una imagen mnémica o fantástica proyectada en el espacio subjetivo, que en el sueño es vivido como exterior y caracterizada por viveza, movilidad, proyección en el espacio psíquico, ilogismo y ausencia de relación temporal.

H.- IMAGEN ILUSORIA

Es la imagen de un objeto real deformada por factores catatímicos que ofuscan temporalmente el juicio de realidad.

I.- IMAGEN SEUDOALUCINATORIA

Caracterizada por falta de vivacidad, cierta estabilidad, extrayección, influenciabilidad y falta de convicción en su realidad objetiva.

J.- IMAGEN ALUCINATORIA

Es una imagen representativa que adquiriendo los caracteres de sensorialidad engaña al juicio de realidad - que la acepta como venida de un objeto exterior .

De los tipos de imágenes descritos solo se les confiere significación patológica a los tres últimos.

4.- TRASTORNOS DE LA SENSO PERCEPCION.

Los trastornos de la sensopercepción pueden ser cuantitativos y cualitativos.

A.- TRASTORNOS CUANTITATIVOS

La sensación puede estar abolida, disminuida o aumentada, y estos trastornos obedecer a lesión o enfermedad de los órganos sensoriales o centros cerebrales, y -- son propiamente, objeto de estudio del Neurólogo.

a).-El aumento o disminución de la sensopercepción normalmente está en función de las condiciones de la atención, del entrenamiento de los sentidos y del interés. Patológicamente pueden estar aumentadas en la unidad de tiempo, por descenso del umbral de excitación o irritabilidad, como se observa en maniacos y en general cuando se presenta el síndrome de excitación psicomotriz.

b).-El retardo o disminución de las sensopercepciones está en función del aumento del umbral y disminución de la irritabilidad por bradipsiquia y trastornos de fijación de la atención.

c).-La abolición de la percepción que normalmente ocurre en el sueño, patológicamente se puede presentar en lesiones del sistema nervioso central, en el estado de coma, etc., en estos casos se habla de apercepción (en el sentido de no percibir).

B.- TRASTORNOS CUALITATIVOS.

a).- Ilusiones. La ilusión es una percepción falseada de lo real.

La percepción ilusoria puede ser corregida y en

esto se diferencia de la alucinación, el trabajo de comparación y de síntesis ha seguido un curso patológico, extrañándose conclusiones falsas de datos verdaderos.

En forma aislada pueden presentarse en todos los hombres sin que indiquen desorden patológico, salvo excepciones como en ciertas intoxicaciones e infecciones, y particularmente, en las enfermedades mentales, como en la manía, la reacción paranoide, etc.

En la literatura son clásicas las ilusiones del quijote, por ej. cuando "vé ejércitos en los rebaños de -- carneros;" "gigantes en los molinos de viento" y "damas exquisitas y cortesanas en burdas labradoras" (60).

De las ilusiones las mas frecuentes son las de la vista y el oído, pero queremos recordar la ilusión de lo ya visto, de lo nunca visto, como falso recuerdo o paragnosia de reconocimiento, el miembro fantasma por persistencia psicofísica de una parte del Yo corporal, la ilusión consciente entre juego y realidad, que según Lange, es el origen del arte, y la religión misma, según Freud (35), "un sistema de ilusiones optativas contrarias a la realidad", en un marco de ciertas restricciones obsesivas.

Las ilusiones se presentan con frecuencia afectando a todos los sentidos, pudiendo distinguir las de los sentidos propiamente dichas y las de la psique. Con K. Platónov (69), podemos dividir las en: físicas como las ópticas-

que dependen de la configuración de los estímulos, de la estructura y función del ojo y de la expectativa; el espejismo causado por reflexiones y refracciones de la luz en las gotas de agua de la atmósfera; el aumento o la disminución aparente mediante lentes; la engañosa visión, por refracción, de estar rotos un bastón o una cucharilla sumergidos en el agua; la ilusión doble por reversibilidad de figura y fondo, etc.

Fisiológicas como la de temperatura descrita por Locke, que se experimenta al sumergir una mano en el agua caliente, y la otra en agua fría y luego ambas en agua tibia, resultando el agua fría para la mano sumergida en -- agua caliente.

Y las psicológicas por alteración patológica-- de las asociaciones, del entendimiento del sentido de la percepción, distraibilidad, aprensión, estado afectivo intenso o exaltación psicosensores.

b).- Seudoalucinación.-- La seudoalucinación es un trastorno de la representación que se caracteriza por no ser repetitiva, estar bajo control consciente, la posibilidad de suprimirla y la falta de realidad objetiva.

Se han estudiado las seudoalucinaciones de la vista y del oído, como imágenes o voces interiores, percibidas solo "mentalmente". Se reconoce como seudoalucinaciones de Kandinsky, alucinaciones psíquicas de Baillarger

o perceptivas de Kahlbaum.

Pueden observarse pseudoalucinaciones en la esquizofrenia, la encefalitis, en la ingestión de opio y marihuana y como efecto de los alucinógenos.

c).- Alucinaciones.- Es un trastorno cualitativo de la sensopercepción. La imagen se localiza en el espacio real, exteriorización producto de un mecanismo proyectivo, de donde deriva su objetividad y convicción de realidad.

Tiene importancia como síntoma aislado o como -- síntoma asociado a otros trastornos que luego veremos, ya que la alucinación es el tema central de nuestro estudio.)

CAPITULO

IV

SEMILOGIA DE LAS ALUCINACIONES.

I.-DEFINICION Y CONCEPTO

Störring (82) define la alucinación como una imagen sensible y subjetiva que tiene aparente realidad y objetividad.

Víctor Kandinsky caracterizó la alucinación como una imagen sensoria que no dependiendo directamente de impresiones exteriores parece real a la persona alucinada.

Para Gonzalo Vargas (88), la alucinación es una representación inconsciente que aparece en la conciencia bajo la forma de percepción.

Clásicamente, como sabemos, Ball definió la alucinación como una percepción sin objeto y Esquirol hizo énfasis en la convicción de realidad que tiene el sujeto, imposible de corrección, porque como dice W.Meyer Gross (59), el enfermo no puede por sus solos medios distinguir una alucinación de una percepción verdadera, y tiene que hacer lo que hacemos todos, esto es, admitir lo que ven sus ojos y oyen sus oídos.

Algunas alucinaciones serían provocadas por estímulos periféricos, otras, quizá la mayoría, serían de origen central, pudiendo ser simples y complejas y manifestarse en todos los sentidos.

Las experiencias alucinatorias que no entrañan una gran convicción de realidad, que el paciente es capaz de cri

ticar, de vivenciar como un fenómeno raro, para el cual --- acaso no tenga una explicación adecuada, pero que de ningún modo vive como realidad, se llama ALUCINOSIS y este mismo término es usado ocasionalmente para el delirio alucinatorio y otros lo reservan exclusivamente para las alucinosis-pedunculares.

La estrecha relación que la alucinación tiene con la percepción verdadera, la ilusión, las pseudoalucinaciones y con las alucinaciones psíquicas ya las hemos descrito, y en base a ellas es posible su diferenciación. Mas adelante describiremos otros fenómenos que tienen relación con las alucinaciones.

2.- CUALIDADES DE LA ALUCINACION.

A las alucinaciones se les señalan las siguientes cualidades que son importantes de tomarse en cuenta para el diagnóstico:

A.- Intensidad.- Vá desde imágenes vivas y bien definidas hasta opacas, borrosas y apenas perceptibles, siendo por ejemplo en las alucinaciones visuales, variable el grado de corporeidad y en las auditivas, la percepción de las voces escucharse como enérgicos mandatos o por el contrario, tenues, indistintas y apenas perceptibles .

B.- Localización.- Las alucinaciones psicosensoriales se proyectan como las imágenes ordinarias al exterior y pueden localizarse:

a).- En el espacio real

b).- Fuera del campo sensorial, llamándose en --
este caso alucinaciones extracámpinas.

Si de las alucinaciones psíquicas se trata, tal lo-
calización ocurre en el sujeto mismo, en la cabeza por ejem-
plo, quizá en el espacio subjetivo.

Casi siempre la localización es fija y si cambia--
de lugar muestra cierta preferencia por un sitio que puede -
estar cerca o lejos, salir de las paredes, ser emitidos por-
aparatos lejanos, etc. La localización de las alucinaciones
corresponde a menudo a la dirección de la atención y al sig-
nificado que esas direcciones particulares han adquirido en-
las ideas conscientes, según Bleuler (13).

C.- Impresión de realidad.- La convicción de rea-
lidad que el sujeto tiene de los objetos o personas alucina-
das es igual o superior a la que le despiertan los objetos -
reales. Y como dice José Fröbes (36), citando a una persona:
"Si mis percepciones son falsas debo también dudar si lo veo
a usted o le oigo". Porque como es sabido, la alucinación -
al corporeizarse en el espacio real en nada se distingue de-
los objetos reales, salvo como nosotros sabemos, y él lo ig-
nora, en la inexistencia del objeto capaz de provocar una sen-
sación.

3.- CONTENIDO DE LAS ALUCINACIONES.

Las alucinaciones, como señala Otto Fenichel (31),

son mezcla de elementos perceptivos, pensamiento y recuerdos sistemáticamente deformados, de acuerdo con tendencias definidas y cuyo contenido, como señala Bleuler (31) y su escuela, dependería de traumas psíquicos reprimidos, o bien, como señalan otros autores, del círculo sociocultural.

El contenido de las alucinaciones es muy variado y matiza emocionalmente la vivencia, señala el valor clínico, el sentido de su conocimiento e interpretación. Bleuler (13), refiriéndose específicamente a los esquizofrénicos dice que el contenido de las alucinaciones puede ser previsto por cualquiera de las cosas que percibe la persona normal, añadiendo todas las sensaciones que es capaz de inventar la psiqué enferma.

Las alucinaciones pueden ser de hombres, animales, ángeles, santos, demonios, etc. y las imágenes o voces si se trata de alucinaciones visuales o auditivas, pueden excitarle o atormentarle, extasiarle o confortarle, etc.

El contenido alucinatorio tiene valor pronóstico, porque como dice Freud (35), refiriéndose al sueño que no es mas que una forma de alucinación "todo afecto incluido en el contenido manifiesto lo está también en las ideas latentes pero no inversamente".

4.-CONDUCTA PROVOCADA POR LAS ALUCINACIONES.

Las alucinaciones pueden determinar raptos o periodos de excitación y agitación, cólera, queja o regocijo,

reacciones de huida, de ataque o de defensa, ya que las alucinaciones son vividas a veces con tal intensidad y convicción que el paciente las describe con facilidad e incluso -- llega a dibujarlas, cuando no, como ocurre con frecuencia, -- las expresa a través de juramentos, mediante diálogos, monólogos o soliloquios, actitudes de escucha, gestos, movimientos de los labios o expresiones de terror y ansiedad, que -- muchas veces se descarga en actos homicidas o suicidas, como es de observarse en la intoxicación por marihuana, otras intoxicaciones y como escape a una situación vivida como insostenible cuando fallan todos los mecanismos de defensa.

Las alucinaciones interfieren en el desempeño adecuado en pruebas psicológicas y en la posibilidad de incorporarse a un grupo analítico ya que alteran la capacidad del sujeto para adaptarse a situaciones nuevas y perturban la conducta social y desempeño intelectual del sujeto.

Las alucinaciones llamadas psíquicas que el paciente describe como "voces" que amenazan e insultan desde el cerebro, en donde se han "metido" y "gobiernan" sus pensamientos le imponen ideas y le hacen hablar, explican ciertas actitudes, palabras o conducta del paciente que de otra manera aparecerían como ininteligibles, inadecuadas y fuera de lugar, -- si no se toma en cuenta que están en función del contenido -- de una alucinación vivida como una realidad y que así resultan desde este punto de vista, perfectamente claras y compren-

sibles y de igual modo explicables los medios físicos de defensa utilizados por el sujeto (taparse la nariz o los oídos con algodones, protegerse con planchas de plomo o aparatos que neutralicen los efectos provocados por radiaciones que envían sus enemigos para perjudicarlos) cuando en base e interpretando una alucinación, desarrolla ideas delirantes de influencia o de persecución. (86)

5.- CLASIFICACION DE LAS ALUCINACIONES

Cuando las imágenes alucinatorias se proyectan al exterior reciben el nombre de alucinaciones verdaderas o psicosensores, siendo de esperarse su presentación en el sentido mas adecuado a expresar el conflicto subyacente (64), así, los sentimientos de culpa, se expresan mejor en el lenguaje hablado, y el miedo a algún aspecto de la personalidad, simbolízase comunmente en la percepción de objetos aterradores.

Por las razones antes expuestas, la clasificación de las alucinaciones en relación con los sentidos, resulta adecuada, y por ello se habla de alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, cenestésicas, del gusto, del olfato, etc. con las características ya mencionadas.

Cuando las imágenes como ya dijimos, no se proyectan al exterior y se localizan como dentro de la cabeza en lugar de hacerlo en el espacio real, se les llama seudoalucinaciones, falsas alucinaciones o alucinaciones psicicas.

M. A. Sechenaye (78) sugiere que en el caso de René algunas alucinaciones podrían interpretarse como intermedias entre la alucinación psíquica y la alucinación sensorial y las explica de la siguiente manera: "Demasiado agitado por el estallido de la psicosis, el Yo todavía no ha tenido tiempo de elaborar estos sentimientos, estas tendencias inconscientes, en forma verbal simbólica tolerable, como lo sería la alucinación auditiva temática con todos sus caracteres de localización espacial y sensorialidad; vá a la carrera, proyecta al exterior lo que le horroriza y se indigna -- contra los sentimientos inconscientes así exteriorizados; casi podría decirse que se trata de "alucinaciones inconscientes".

A.- ALUCINACIONES AUDITIVAS.

Entre los diversos tipos de alucinaciones las auditivas son las más frecuentes, y salvo en los sordomudos de nacimiento, que Arieti (5) asegura no pueden experimentarlas, se observan en las psicosis agudas, principalmente en las febriles en la esquizofrenia paranoide, etc.

Cuando la percepción alucinada corresponde a ruidos imprecisos y son de naturaleza elemental como disparos, chirridos, truenos, silbidos, etc., se les llama acoasmas; y fonemas, cuando se trata de palabras o frases que a veces -- son perfectamente inteligibles, y en otras ocasiones simples murmullos que aún prestando la mayor atención le resulta al

paciente difícil entender su sentido.

En determinados casos (éxtasis, delirio febril y en el delirium tremens) el enfermo puede oír música y canciones.

Las alucinaciones auditivas si se asocian a las visuales se llaman mixtas o combinadas, y cuando se combinan con las motrices verbales, hacen que el sujeto pueda escuchar sus propios pensamientos, particularmente al leer o escribir, fenómeno que es conocido como "eco del pensamiento" o "duplicidad del pensamiento".

Experimentalmente, la estimulación farádica de la circunvolución temporal superior, dá lugar a sensaciones auditivas subjetivas, zumbidos, ruidos de tic tac, estampidos, etc., y la excitación del área 7 provoca alucinaciones auditivas y visuales en el hombre despierto, pues se cree que el centro de la audición está en el pliegue de Heschel, situado en la profundidad de la cisura de Silvio (37).

La alucinación auditiva generalmente se proyecta al exterior y el enfermo la localiza en una dirección determinada.

Las voces escuchadas pertenecen a personas conocidas o desconocidas, que vienen de cerca o de lejos, se ocupan del paciente o son impersonales, hablan entre sí o con el enfermo a las cuales éste puede contestar o no (86). Probablemente como dicen Federn y Meng (30), siguiendo en esto a Freud (35), sucede en los esquizofrénicos, y quizá no solo

en ellos, que se "derrumba el Yo y vuelve a subdividirse en sus partes integrantes y en las personas de cuyas imágenes se había compuesto en otro tiempo para formar la unidad. Esto se advierte de modo muy llamativo en las personas cuyas propias ideas forjan alucinaciones que les hacen creer que las diferentes voces que oyen son las de sus padres o educadores, de los compañeros de la infancia y juventud. Ya en la armonía destruída del foro anímico, suenan separadamente las voces que lo formaron".

Según su naturaleza, las alucinaciones pueden ser placenteras o desagradables y aún se puede escuchar por un oído amenazas e insultos y por el otro voces confortantes, fenómeno que Seglas denominó alucinaciones bilaterales antagonistas. También derogatorias, obscenas, acusatorias (de sexualidad perversa) imperativas, etc.

B.- ALUCINACIONES VISUALES.

La imagen alucinatoria, comúnmente se localiza en el espacio real aunque puede proyectarse en el espacio subjetivo y aún fuera del campo visual como las autoscópicas, internas cuando el sujeto tiene la percepción visual de órganos o regiones del cuerpo y externas cuando mediante un desdoblamiento percibe su propia imagen proyectada fuera de él.

La alucinación visual se presenta en las enfermedades febriles, ciertas intoxicaciones, en los períodos que anteceden y siguen al sueño y ocasionalmente después de una emo

ción violenta, también pueden ser provocadas por estimulación eléctrica y tumores.

Las alucinaciones visuales se dividen en:

- a).- Simples, elementales o fotopsias cuando sus contornos son vagos e imprecisos, (llamas, chispas, estrellas, sombras o colores).
- b).- Diferenciadas, cuando se refieren a personas o cosas.
- c).- Visuales verbales cuando se ven letras o palabras escritas.
- d).- Oníricas, cuando adquieren las características de las imágenes del sueño y que si se suceden rápida y ordenadamente, reciben el nombre de cinematográficas.
- e).- Mixtas o combinadas, cuando a la alucinación visual se asocia la de cualquiera de los otros sentidos.
- f).- Reflejas, cuando la excitación física de otro sentido las determina.

Los objetos alucinados pueden aparecer del tamaño natural (E. Feré ha observado modificaciones del diámetro pupilar, según que el objeto está próximo o lejano), y dicha imagen permanecer fija, seguir los movimientos de los ojos, o estar dotada de movimiento en medio de las imágenes perceptivas normales.

Si como sucede en los histéricos, solo se percibe la mitad del campo visual, se habla de alucinaciones hemianópticas; agrandadas o disminuídas (liliputienses, como en el mundo de Gulliver, descritas por Lery en los alcohólicos, y por Ihermitte en la alucinosis peduncular; y en fin, según el contenido, zoópsicas, terroríficas, etc.

Las alucinaciones visuales son menos frecuentes — que las auditivas y según Arieti (5), los ciegos congénitos no pueden experimentarlas.

El sujeto puede participar o no afectivamente del contenido de tales alucinaciones pero en casi todos los casos provoca miedo debido a la gran distorsión de la realidad que supone este tipo de alucinaciones.

C.- ALUCINACIONES DEL GUSTO Y DEL OLFATO.

Las alucinaciones gustativas, aunque menos frecuentes que las ilusiones, pueden presentarse solas o asociadas a las alucinaciones olfatorias como sucede en las percepciones normales.

Las alucinaciones del gusto y del olfato son simples, pobres e imprecisas. Se cree que pueden representar sentimientos de culpa, y que denotan severidad en el trastorno mental.

Suelen presentarse en la esquizofrenia, estados paranoicos y en la parafrenia, asociados a ideas delirantes de persecución y de influencia.

Pueden ser el motivo de que un paciente se niegue a comer (sitiofobia).

El centro de la percepción de las sensaciones gustativas y olfatorias se cree que está en el asta de Ammon, - circunvolución del hipocampo y porción inmediata posterior - de la del cuerpo calloso. Su lesión provoca estado de semi-sueño, revivencia de imágenes, recuerdos y alucinaciones.

D.- ALUCINACIONES DE LA CENESTESIA.

Se da el nombre de cenestesia a las impresiones -- originadas por la función de los diversos órganos que no teniendo un aparato especial que los reciba nos da esta sensación general, interna y subjetiva del estado de nuestro organismo, de euforia si se encuentra sano, de malestar si está enfermo. El hambre, la sed, el cansancio son ejemplos de -- sensaciones cenestésicas.

Dupré y Camus crearon el término cenestopatía para designar una alucinosis de la cenestesia.

Si la percepción cenestésica se trastorna puede dar origen a alucinaciones que se refieren al tamaño de los órganos, a su desplazamiento o al hecho de haber sufrido ciertas transformaciones, por ejemplo podrirse o convertirse en piedra.

Las alucinaciones térmicas ("el piso es ardorosamente cálido, sensación intolerable de calor"), de contacto ("viento frío sopla sobre los enfermos, pican gusanos e in -

sectos, en todas partes pican"), y las hídricas como una --
variedad de estas últimas las considera Jaspers (46) como a-
lucinaciones del sentido general.

Las alucinaciones de la cenestesia pueden ser muy-
variadas, fijas o móviles, localizadas o generalizadas, ele-
mentales o diferenciadas y acompañarse de un tono agradable-
o desagradable y servir de base a delirios hipocondríacos y-
a ciertas psicosis.

Las sensaciones sexuales alucinadas frecuentemente
asociadas a delirios del acto sexual, la masturbación, viola-
ción, embarazo y alojamiento en las cavidades naturales de -
animales, corresponden a alucinaciones de este tipo.

E.- ALUCINACIONES TÁCTILES O HÁPTICAS.

El sentido del tacto nos dá las sensaciones de con-
tacto y presión, las sensaciones térmicas o de temperatura -
y las dolorosas.

Tales sensaciones pueden ser alucinadas en forma -
activa o pasiva: activa cuando el sujeto tiene la sensación
de tocar algo que en realidad no existe, como sucede en gene-
ral en los delirios tóxicos, en particular en el delirium -
tremens, en el cual vemos al sujeto saludar con un sombrero-
imaginario, hacer uso de una herramienta figurada, experimen-
tar la sensación de tocar objetos, etc.; pasiva, sensación -
de hormigueo, quemadura, arañazo, mordedura, contacto de ani-
males asquerosos, alucinación perceptiva de frío, de calor,-

de líquidos o de humedad, de irradiación, etc.

Cuando el sujeto no solo siente sino también vé, como sucede en la intoxicación por cocaína, los insectos alucinados, se habla de una alucinación mixta.

Las alucinaciones táctiles como ya dijimos, se presentan en los delirios tóxicos, particularmente en el delirium tremens, aunque también en los esquizofrénicos, en los histéricos y en otros tipos de neurosis.

F.- ALUCINACIONES DEL SENTIDO MUSCULAR.

Sensaciones como si el suelo se levantase y luego se hundiese, la sensación de ingravidez del cuerpo acompañada de la sensación de vuelo o de los objetos que han perdido su peso y resultan tan ligeros como plumas, o por el contrario, extraordinariamente pesados (46). La sensación de hacer movimientos cuando en realidad se permanece inmóvil, el desplazamiento de órganos, y las transformaciones que sufren así como los movimientos de desplazamiento de objetos en el mundo exterior y la pérdida de la noción de la actitud corporal que se tiene, es decir, el hecho de no saber si se está acostado o levantado, son todos ejemplos de alucinaciones del sentido muscular (86).

Las sensaciones alucinadas de movimiento son frecuentes en los hipocondriacos, las de ingravidez y vuelo se pueden observar en los epilépticos confundidos y la levitación, que debe tomarse como una alucinación del sentido mus-

cular, puede observarse en algunos esquizofrénicos e histéricos.

6.- CAUSA DE LAS ALUCINACIONES.

Las alucinaciones pueden ser causadas por:

A.- Factores orgánicos entre los que se mencionan las intoxicaciones endógenas y exógenas, las irritaciones periféricas y corticosensoriales y la estimulación refleja.

John Pfeiffer (67) piensa que la "desnaturalización" (cambios radicales y permanentes en las proteínas) producidas por el alcohol, podrían explicar las alucinaciones y la pérdida de memoria que caracteriza a ciertas formas de alcoholismo".

Ciertas sustancias y particularmente las llamadas alucinógenas, son capaces de provocar o ser un factor determinante en la aparición del fenómeno alucinatorio, por lo que las mencionaremos aquí y haremos referencia también de ellas cuando señalemos las causas mixtas destacando la predisposición genética o psicógena a la acción tóxica y relación de estas sustancias con la "sustancia M" (taraxina), hipotética sustancia fisiológica productora de la esquizofrenia.

Las alteraciones de la senso-percepción por lesión de los órganos sensoriales, las vías o los centros, se ha visto que pueden ser causa o al menos factor en la aparición de las alucinaciones como parece demostrarlo la presencia de

éstas en la sordera, retinitis crónica, etc. , sobre todo las de tipo elemental (fosfenos, escotomas, acúfenos, etc.) y a veces mas complejas, en ésto de acuerdo con Noyes (64) cuando dice: "El trastorno de los sentidos puede permitir alucinaciones y falsas percepciones transitorias y mal organizadas". La estimulación eléctrica de los centros también puede provocarlas.

b).^B Factores psicologicos entre los cuales se mencionan la sugestión, las emociones y diversos estados capaces de provocar la despersonalización de donde pueden derivar en forma directa e inmediata.

Por medio de la hipnosis es posible producir alucinaciones de cualquier tipo aunque éstas varían de un sujeto a otro como varía asimismo el nivel hipnótico en el que se presentan.

Weitzenhoffer (90) señala que: "Es necesario tener presente que para obtener alucinaciones se está en escencia quebrando un condicionamiento antagónico a la alucinación. -- Es opinión corriente en psicología de toda la vida que nacemos con un alto potencial de alucinación; en los primeros estadios de la vida el individuo, presumiblemente, no distingue entre el mundo real y el alucinado. Es parte del proceso de maduración no solo aprender a distinguir entre estos dos mundos, sino, además, a rechazar el alucinado. Al mismo tiempo, aprende a utilizar símbolos verbales, de preferencia-

con su memoria sensorial, en sus procesos mentales. De ahí que los hábitos opuestos a la producción de alucinaciones se adquieran muy temprano en la vida y quedan profundamente incorporados. Será necesario superarlos para que el individuo puede alucinar libremente y en algunos casos, quizá en la mayoría, el individuo aprende a hacer lo que alguna vez supo naturalmente. Por supuesto que hay mucho más. Este breve análisis intenta ayudar al lector a comprender mejor porque podemos hablar de "entrenar" sujetos hipnóticos, aún respecto a fenómenos tales como alucinaciones".

Las emociones, tanto en la persona normal como en el enfermo, aumentando la sugestibilidad o asociándose con ella, son capaces de inducir a un estado de regresión en el que las alucinaciones serían uno de sus síntomas característicos al debilitarse o desintegrarse el Yo.

Abely, citado por Bellak (10), considera a las alucinaciones como un intento de huir de la ansiedad teniendo por base, como dice Marín Ramos Contreras (71), coincidiendo con otros autores, un deseo, una idea sobrevalorada o proyección de complejos y conflictos.

Freud (35), señala que la transformación de representaciones en imágenes sensoriales es una característica común entre el sueño y la alucinación, y como dice Johannes Müller (63), el mundo de las representaciones, que puede ejercer su acción sobre la substancia sensorial, se comporta co

mo un estímulo, del mismo modo que el mundo exterior de los objetos.

C.) Factores mixtos en los que concurrirían - los dos tipos mencionados anteriormente.

Experimentalmente se ha demostrado que determinadas drogas como la dietilamida y la monoetilamida del ácido lisérgico, la adrenalina, la mescalina, etc. y situaciones especiales como el aislamiento perceptivo, son capaces de provocar trastornos psicóticos en los que las alucinaciones y los delirios representan los síntomas más característicos, aunque como señala Bellak (10), el grado de regresión no tiene la profundidad del esquizofrénico y raramente se producen alucinaciones auditivas.

Las experiencias realizadas mediante el aislamiento perceptivo fueron señaladas, y las que llevan a cabo utilizando comúnmente las sustancias llamadas alucinógenos, - la haremos junto con la descripción de éstos, esperando obtener información respecto a factores bioquímicos, fisiológicos y psicológicos determinantes de la conducta psicótica provocada.

a).-ACIDO LISERGICO.

La dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) es un derivado sintético del Acido Lisérgico, uno de los alcaloides del cornezuelo de centeno, obtenido por el Dr. Albert - Hofmann, Quím. Suizo, el 16 de abril de 1943 en los Labs. -

Sandoz (76). Como el adrenocromo y la mescalina, es antagónico a la serotonina, mediador del impulso nervioso, y actuando sobre los receptores de ésta en lugar de una respuesta normal desencadena alucinaciones, o bien, interfiriendo sobre la estructura de la adrenalina o bloqueando determinados sistemas enzimáticos, se producen sustancias parecidas a la adrenalina con propiedades alucinógenas, según se desprende de las investigaciones de varios autores.

El ácido lisérgico aumenta la frecuencia del ritmo alfa y lo hace menos amplio y menos continuo y su administración prolongada provoca tolerancia. Puede producir psicosis agudas exógenas y alucinaciones análogas a las producidas por la cocaína, hashish y mescalina (64). Altera la percepción (Savage) y como dice L. Bellak (10), cuando ésta se perturba también se perturba el Yo, dejando de existir una relación normal con el mundo exterior, como sucede cuando se debilitan o desvanecen los límites del Yo al no poder integrar los datos y coordinarse la actividad.

Las dosis empleadas son: 1.5 gamas por Kg. de peso corporal.

50 microgramos de LSD-25 son necesarios para producir las alucinaciones esquizofrénicas.

La dosis de 50 millonésimas de gramo tiene una duración aproximada de 5 a 6 horas, comenzando su efecto a los 20 minutos de ser administrada.

Matheme y Topalis (54) describen el cuadro tóxico-
de la siguiente manera: "El medicamento comienza por prove--
car inquietud, temores, debilidad, sudación y sensaciones -
de calor y frío. Después el sujeto experimenta las reaccio
nes normales al stress: irritabilidad, hostilidad, ansiedad,
aprensión. En la segunda hora después de la administración
de LSD-25, el sujeto rompe contacto con la realidad, se re--
trae y queda confuso y aletargado. El pensamiento se hace -
mas lento, aparecen ilusiones visuales, cambia el sentido del
tiempo y el enfermo ríe sin motivo. El humor puede cambiar -
aunque por lo regular es vacuo. Los efectos mayores del --
LSD-25 duran unas 6 horas, transcurridas las cuales las per-
sonas inician su retorno a lo normal, período que dura de 10
a 20 horas".

b).- MESCALINA.

La mescalina es un alcaloide del peyotl aislado --
por Heffer en 1894.

El peyotl o peyote es un cactus sin espinas (lopho
ra Williamsii) de unos diez centímetros, redondeado, de co--
lor verde obscuro, raiz tuberosa y cubierto de mechones sedo
sos, era conocido ya de los Toltecas y se distribuye geográ
ficamente en el Sur de los Estados Unidos, Norte de México -
(Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Zacatecas), Jalisco, Que-
rétero y San Luis Potosí (77).

Ha sido usado en ceremonias religiosas o mágicas -

como planta adivinatoria por los indios de América y experimentalmente, para estudiar las alucinaciones .

Administrada a la dosis de 0.2 a 0.4 gramos, oralmente o por inyección intravenosa, produce sus efectos a los 30 minutos que se prolongan de 10 a 20 horas. La dosis total de mescalina es de 0.10 gramos.

Provoca alucinaciones, delirios, ilusiones, depresión o euforia, ansiedad, agitación tambor e incoordinación, distorsión de la percepción del tiempo y el espacio, etc. todo ello con lucidez de la conciencia.

J. Delay señala como trastornos elementales de la percepción : dispersión de línea, desnivelación, abultamiento, relieve y prominencias que parecen sobresalir con relación a otros colores distintos, como fenómenos que preceden a las alucinaciones.

De entre las alucinaciones que se presentan el predominio corresponde a las visuales que son mas vivas y coloreadas, expresión de sentimientos y estados de ánimo, aunque también se presentan alucinaciones del tacto.

Las alucinaciones visuales provocadas por la mescalina se caracterizan por la luminosidad, diversidad, colorido e incesante transformación. Es de creer que bajo el influjo de la mescalina las excitaciones, como dice M. Merleau-Ponty (57), desborden el centro de que son origen y de este modo se asocia a la cualidad específica una cualidad no espe

cífica.

Aunque el mecanismo de acción de la mescalina es para S. de Ropp (77), prácticamente ignorado, en su libro "Las Drogas y la Mente" señala la teoría de Quastel y Wheatley de que la mescalina y las sustancias similares dificultan los procesos de oxidación del cerebro, y la suposición de Patzig y Block de que los efectos de la mescalina se deben a combinaciones de la sustancia con proteínas hepáticas, de lo cual resultan derivados tóxicos que, como muchos otros venenos, interfieren con la función cerebral y provocan alucinaciones.

c).- MARIHUANA

Según Fernández del Castillo, es probable que la palabra marihuana venga de malihua; y ésta a su vez de mállin que quiere decir prisionero, y hua, que expresa signo de propiedad.

Son sinónimos de la marihuana el haxix del medio-oriente, el kif norteafricano, la Dagga sudafricana, la anascha rusa, el esrar turco y persa, la maconha brasileña, etc.

Según Pablo Osvaldo Wolff (65), en la intoxicación por marihuana se destaca un estado eufórico con hiperexcitación, incoordinación motriz y sensibilidad general exaltada, automatismo de las funciones cerebrales, inestabilidad mental, con trastornos psicosensores, que llega hasta la aparición de ansiedad, de un número de ilusiones y alu-

cinaciones, estado delirante subagudo, según la personalidad individual (en algunos casos, de una fase de confusión mental episódica). Como no se puede saber el efecto que causará en cada individuo, la sistematización de la psicología es difícil. No pudiendo determinarse la frecuencia e intensidad de las mismas mas que en función de la ecuación personal.

Se usa la resina y derivados que contiene del 40 al 45% de principio activo, las sumidades floridas y pequeñas - hojas picadas que no tienen mas del 8 al 12 % de resina.

Comúnmente se fuma en cigarrillos hechos con hojas secas de la planta, sola o mezclada con granos de nuez moscada o empapada en diversas soluciones y excepcionalmente en otras formas de administración.

Después de fumar de uno a cuatro cigarrillos en un período comprendido entre media a cinco horas, se presenta la intoxicación con las características ya mencionadas, en las que coinciden casi todos los autores.

Baudelaire señalaba que las alucinaciones provocadas por la marihuana no deben considerarse como verdaderas alucinaciones ya que éstas son progresivas, producto de la imaginación y casi voluntarias. La marihuana distorsiona la realidad por lo que son mas frecuentes las ilusiones que las alucinaciones y cuando éstas se presentan tienen las características ya señaladas (77).

Las alucinaciones provocadas por la marihuana pue-

den conducir a actos criminales, inmotivados, inconscientes y con amnesia.

La intoxicación por marihuana no produce dependencia física ni abstinencia somática en ninguna de las formas que se prepara y el hábito puede abandonarse, pero al tratar de conseguirlo ha de tomarse en cuenta que forma una necesidad neurótica.

d).- COCAINA

Es un alcaloide de la coca aislado por Rizzi e introducido a la clínica por Reclus en 1897, como anestésico local (70).

La droga puede administrarse por inyección hipodérmica o inhalándola en polvo por la nariz. Provoca dilatación pupilar, pulso rápido, euforia e inquietud motriz, y si su uso se prolonga (de uno a dos años), debilidad y consunción, trastornos de la personalidad, embotamiento del juicio ético, confusión, ilusiones y alucinaciones.

Las alucinaciones provocadas por la cocaína pueden ser visuales, acústicas y táctiles, y éstas últimas, con gran hiperestesia sensorial que lleva al rascado constante que provoca escoriaciones cutáneas.

Las alucinaciones táctiles o hápicas, aunque no se presentan siempre, son específicas de las psicosis cocaínicas y constituyen el signo de Magnán.

El contenido de las alucinaciones puede ser ameno,

terrorífico o persecutorio, pudiendo dar origen a agresiones.

La intoxicación por cocaína no crea dependencia física, y las alucinaciones son las primeras en desaparecer en la cura de desintoxicación, persistiendo solo por algúntiempo las ideas delirantes.

El aislamiento es el método usado en la cura de desintoxicación, sin accidentes, pero con recidivas.

e).- AMFETAMINAS.

Las amfetaminas llamadas aminor psicotónicas o psicaminas, de las que son conocidas comercialmente la benzedrina, el aktedrón, etc. y su isómero destrógiro dexedrina, actúan sobre los centros diencefálicos aumentando la actividad neuromuscular que provoca hipertensión arterial, amplitud respiratoria e insomnio, y psíquicamente, estado de alerta y euforia (70).

Su uso puede conducir a la toxicomanía, a psicosis amfetamínicas que clínicamente se parecen a las provocadas por la cocaína, en las que al temor y a las ideas de referencia, se agregan las alucinaciones microscópicas táctiles y visuales, o activar otro tipo de psicosis latentes, por ejemplo esquizofrénicas.

Las amfetaminas son medicamentos eficaces usadas en el tratamiento de las depresiones leves, pero desgraciadamente provocan trastornos como anorexia, adelgazamiento, insom-

nie, excitación psicomotora, con confusión y delirio alucinatorio según A. Perot (70), cuando alcanza la dosis de 10-centigramos.

Como ya dijimos, las amfetaminas producen euforia, eliminan la fatiga, estimulan el dinamismo psíquico y disipan el sueño, propiedades que son buscadas por psicópatas y por personas normales en circunstancias de stress o agotamiento, tanto en el ejército, por los soldados en campaña, como en la población civil, por choferes y estudiantes.

f).- OPIO

El opio deriva de la planta amapola cuyo nombre científico es papaver somniferum. Los principales países exportadores son Turquía, Persia, Yugoslavia, India, Macedonia, Bulgaria y China.

El primero en hablar del opio y sus propiedades fue Dioscórides en el Siglo II. Paracelso lo usó en el siglo XVI y lo llamó piedra de la inmortalidad. En el Siglo XVII, a Van Helmont se le llamó doctor "Opiatus" por el uso liberal que hacía de esta droga que Sydenham llamó "el don más preciado de Dios al género humano" (21).

"Es el exudado lechoso secado al aire que se hace fluir por incisiones de las cápsulas verdes de la adormidera, papaver somniferum Linné, o su variedad album de Candolle, familia papaveráceas" (21).

Se han encontrado más de 25 alcaloides del opio.

Existen fumadores, comedores y bebedores de opio.

La dosis media para adultos es de 0.06 gramos por vía oral.

Los principales efectos del opio son la euforia y mas tarde, cuando se instala la toxicomanía, se vé aparecer apatía mental, insomnio, pesadillas y alucinaciones acompañadas de una caquexia impresionante (70). Los efectos no solo son provocados por su alcaloide principal la morfina, sino también por sus bases secundarias.

g).- MORFINA.

Sertürner aisló la morfina del opio en 1806.

Se emplea como clorhidrato de morfina por vía subcutánea o parenteral.

Por si misma puede producir alucinosis, deterioro intelectual y afectivo con pérdida de los valores éticos.

Asociada con otras intoxicaciones (alcohol, cocaína) o infecciones intercurrentes, provoca delirios y alucinaciones.

Combinada con la cocaína provoca psicosis tóxicas caracterizadas por manías persecutorias y de infidelidad, alucinaciones, fatiga y pérdida de aptitud para el trabajo.

h).- OTRAS SUBSTANCIAS QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE PUEDEN PROVOCAR ALUCINACIONES.

Adrenocromo.- La adrenalina oxidada, rosada, provoca alucinaciones en sujetos normales, agravación de los síntomas esquizofrénicos y alteraciones electroencefalográficas.

Psilosibina y Psilocina.- Se extraen del psilocybe mexicanum, hongo alucinógeno, fueron sintetizadas en 1958 y su fórmula química es parecida a la de la serotonina. La dosis de psilosibina es de 2 a 6 miligramos como dosis total.

Teonacatl.- Hongo en forma de caperuza, con tallo largo que crece en las heces del ganado durante las estaciones lluviosas y tiene efectos parecidos a la mescalina (77).

Ololiqui.- Se extrae de las semillas de Rivea corymbosa y provoca intoxicación con alucinaciones visuales -- (77).

Amanita Muscaria.- Hongo alucinante cuyo principio activo no ha sido aislado, que provoca alucinaciones destructivas y violentas que a veces terminan en automutilación -- (77).

Cloral.- La intoxicación por cloral (cloralismo),- como señala A. Porot (70), puede provocar alucinaciones visuales con desorientación y automatismo ambulatorio de tipo simbólico.

Bromuros.- El uso continuado puede provocar psicosis en las que las alucinaciones pueden ser debidas, según Noyes (64), a una pérdida de las fuerzas habituales de represión.

Barbitúricos.- La intoxicación por acumulación o por dosis excesivas entre otros síntomas puede dar origen a alucinaciones y falsas percepciones.

Tiocianatos.- Se usan como hipotensores y cuando los niveles en sangre alcanzan 15 miligramos o mas por 100cc provocan trastornos psicóticos graves con alucinaciones auditivas y visuales e ideas de persecución, ya que los tiocianatos transformanse en cianuro que disminuye la utilización -- del oxígeno por la corteza cerebral al inhibirse la citocromo-oxidasa (9).

Isoniacida.- Sustancia de acción antituberculosa- que habitualmente provoca excitación maniaca, pero a veces- desorientación aguda en tiempo, lugar y persona, con inquietud, confusión discreta y alucinaciones auditivas o visuales.

Tofranil.- Medicamento de acción antidepresiva que en algunos pacientes puede provocar alucinaciones visuales- de tipo hipnagógico.

Caféamo.- Por exceso o susceptibilidad se pueden- presentar estados alucinatorios o delirantes, con visiones- de aspecto negrusco.

El cuadro cede espontáneamente en el curso de 24 a 25 horas de suprimir la bebida (70).

7.- MECANISMO DE LAS ALUCINACIONES.

Las infecciones, los traumatismos, los tumores, las intoxicaciones endógenas y exógenas, los conflictos emocionales, etc. interfieren con el desempeño de las facultades mentales superiores, por ej., bloqueando el juicio de realidad, trastornando los centros ideacionales, (Hofmann), o provocan-

do disociación (James(45), que haciendo que, como dice A. Barbieri (6), en la esfera cerebral de las percepciones, las energías del mundo exterior al ser estímulos excitantes de los sensorios, dejen sus huellas o resentimientos neuroeléctricos bajo forma de representaciones de imágenes, que se interpretan o atribuyen por proyección psíquica a las cosas o fenómenos productores.

Para ciertos autores el automatismo mental que supone la atención dirigida, el cálculo, ciertas operaciones de reflexión o de juicio, etc., puede ser normal (P. Janet, -- Bergson), pero existe un automatismo mental patológico (síndrome de Automatismo Mental de Clerambault) que precede a -- las manifestaciones delirantes o alucinatorias, al producirse una escisión, una disidencia, una desposesión del Yo.

Como elementos del síndrome encontraríamos trastornos del pensamiento y del lenguaje ("eco del pensamiento", -- "enunciación de los actos", inhibición para pensar o actuar, etc.) y alucinaciones auditivas.

A este automatismo mental se pueden agregar automatismos motores y sensitivos manifestados por tics o espasmos diversos y alucinaciones de la cenestesia.

La disociación daría lugar a la acumulación de la excitación al interrumpirse la vía asociativa, lo cual provocaría una excitación que daría origen a la alucinación -- (Wernicke). Igual explicación sería la de Meynert que consi

dera a la alucinación como una falla en la acción conectiva de los centros corticales superiores.

Santiago Ramón y Cajal piensa que un desorden en la relación de las prolongaciones protoplasmáticas de las neuronas daría lugar a excitaciones quimiotácticas cuando un estímulo gustativo por ejemplo, llegara al centro que no le corresponde (visual), que en tal caso daría un fenómeno luminoso alucinatorio.

Para Freud (35), en la alucinación las representaciones transforman en imágenes sensoriales por algo más que una regresión, pues piensa que si el misterio de la alucinación no fuera otro que el de la regresión, toda regresión suficientemente intensa habría de producir una alucinación, -- con creencia en su realidad, y recuerda que existen casos -- en los que una reflexión regresiva lleva a la conciencia imágenes mnémicas visuales muy precisas, que, sin embargo, no -- se consideran como percepciones reales.

8.- DIAGNOSTICO DE LAS ALUCINACIONES.

Cuando se presume la existencia de alucinaciones -- hay que hacer un interrogatorio bien llevado y exhaustivo en relación con tales experiencias. El interrogatorio es obligado puesto que muchos pacientes no hablan de ella, y cuando lo hacen, es posible mediante él saber si se tiene conciencia del fenómeno, en que condiciones se presenta, cuál es -- su localización, contenido, etc. Pero tal interrogatorio --

ha de ser cauteloso para no despertar resistencia, y muchas veces indirecto. Lo que dice el enfermo ha de anotarse textualmente agregando la reacción emocional que le acompaña, - teniendo en mente las cualidades específicas de la alucinación y otra suerte de datos derivados de la experiencia, como el que menciona Bleuler (13), cuando dice: "el paciente habla a sus alucinaciones o a sus imaginarios perseguidores en un tono muy diferente del que emplea para hablar a personas normales.

La simulación de las alucinaciones se descubre por la repercusión afectiva y vinculación a la vida psíquica - global que caracteriza al fenómeno y que descubre al simulador que, o bien permanece indiferente, o su conducta es exagerada, aparte de que para el observador especializado, los síntomas no están en relación con la personalidad del sujeto y es fácil encontrar la causa externa que motiva este intento de engañar.

Como el diagnóstico de las alucinaciones no es a veces posible hacerlo hasta que éstas son muy evidentes, importa tener presente aquello que nos permite reconocerlas y - por tal motivo damos a continuación el "Cuestionario para la exploración de las alucinaciones" modelo #10 que aparece en el libro Propedéutica Clínica Psiquiátrica del Dr. A. Vallejo Nágera (87), adaptado de Cimbal, páginas 115 y 116.

1.- ALUCINACIONES AUDITIVAS.

Ha observado algo que no pueda explicarse?

Se siente intranquillo?

Ha oído voces de personas extrañas o desconocidas?

Oye voces de personas sin saber de donde vienen?

Son ruidos o voces claras?

Entiende lo que dicen? Hablan cerca o lejos?

Le llaman por su nombre y apellido? En voz alta o baja?

Se trata de voces misteriosas?

Son personas conocidas las que hablan de usted? Hombres, mu-
jeres o niños?

Vienen las voces de su cabeza o nota que vienen de lejos?

Por cual oído oye las voces?

Ve o siente a las personas que le hablan?

Ha oído algo mientras habla conmigo?

Le han advertido algo otros enfermos sobre las voces?

Le desagradan las voces que oye? Por que?

Que dicen las voces? Le injurian, la insultan o le amenazan?

Hablan las voces con usted o se refieren a usted?

Las voces le ordenan o le prohíben alguna cosa?

Hablan las voces de sus propios pensamientos o se los repi-
ten?

Le repiten los pensamientos antes o después de pensarlos us-
ted?

Oyen otras personas lo que usted piensa?

Oye también palabras de desprecio, determinadas frases?

Le reprochan algo? Ha cometido usted algún delito?

Repítame textualmente lo que le digan las voces.

Son voces aisladas, frases o párrafos?

Dígame si oye ahora las voces o si han cesado. (se obtu---
ran los pabellones auriculares con las manos, o se aplica -
un reloj sobre el conducto auditivo externo y se pone en mo-
vimiento el motor del multóstat).

Son voces reales o producto de su enfermedad?

Cree usted que yo también puedo oír las voces?

2.- ALUCINACIONES VISUALES.

Ha visto algo extraño que le haya llamado la atención?

Quizá ha visto fantasmas, visiones, hombres, animales, fuego,
chispazos, sombras, neblinas, hilos, dinero, masas de hombres?

Se movían los fantasmas o estaban fijos en la pared?

Se asustó mucho de las visiones?

Eran los fantasmas de tamaño natural?

Se acercaba la visión a usted o se alejaba?

Se movían las visiones si usted giraba los ojos?

Eran oscuros o de color? de que color?

Pudo coger alguno de los fantasmas?

Ha visto cosas parecidas en ensueños?

Tenía las visiones solo de noche o también de día?

Que vé usted? (Se hacen cerrar los ojos al enfermo y se pre-
siona ligeramente sobre los globos oculares, o se le enseña

una hoja de papel blanco, o se le lleva a la ventana)
lea lo que dice este papel. (Se le entrega uno en blanco)

3.- OLFATORIAS Y GUSTATIVAS.

Ha notado mal sabor o mal olor en la comida?

Han querido envenenarlo?

Los olores eran agradables o desagradables?

De donde cree que proceden los olores o el mal sabor?

El olor fué fugaz o duró mucho tiempo?

Le han perjudicado los olores o el mal sabor?

4.- ALUCINACIONES TACTILES (HAFICAS)

Siente en su cuerpo algo extraño?

Ha notado si le hipnotizan?

Le molestan corrientes eléctricas o influencias extrañas?

Ha sentido como si le golpeasen, pinchan, besan, tocan, cogen?

Las sensaciones, son agradables o desagradables?

Ha sentido que alguien tocaba sus partes?

Le han masturbado en contra de su voluntad?

5.-ALUCINACIONES CINESICAS

He efectuado movimientos en contra de su voluntad?

Han cambiado de posición partes de su cuerpo?

6.-ALUCINACIONES DE LOCALIZACION ESPACIAL.

Ha sentido como si le levantasen en el aire?

Ha experimentado fuertes empujones?

Ha notado que se bambolean las paredes?

Oscila el suelo?

Se pone la cama vertical?

9.- RELACION DE LAS ALUCINACIONES CON OTROS FENOMENOS.

a).- Sueño y alucinación.

José Ingenieros (44) hace hincapié en la analogía del proceso psicológico de las alucinaciones y los sueños - que aunque poco estudiada experimentalmente, está llena de sugerencias. En el libro "Demencia Precoz", de Eugen Bleuler (13), también aparecen numerosas citas que señalan esta similitud entre ambos fenómenos.

Los sueños de las personas sanas, dicen Morozov y Romasenko (61), son análogos a las experiencias alucinatorias.

El sueño, como la alucinación, es de origen central hecho con elementos del mundo objetivo y que adquieren a veces igual grado de convicción.

En el sueño como en la alucinación, hay represión, relajamiento de la censura y transacción, y como dice Ramón de la Fuente Muñiz (23): "Las alucinaciones del esquizofrénico, como sus comunicaciones, muestran las cualidades de simbolización, desplazamiento y condensación, típicas de los -- procesos oníricos. Esta similitud se mantiene cuando se analizan las alucinaciones, las cuales resultan comprensibles - como satisfacción de deseos o como proyecciones".

b) Onirismo

Actividad mental automática como la que normalmente se tiene en el sueño que se presenta en condiciones orgá

nicas tóxicas o infecciosas.

El onirismo se observa en las psicosis toxoinfecciosas (delirios febriles), alcoholismo (delirium tremens), epilepsia, psiconeurosis de guerra, algunas intoxicaciones, y a veces, como complicación en el tratamiento con antibióticos e isoniacida.

Sirve de fondo a la actividad delirante o alucinatoria.

En el delirio onírico o de ensueño, se piensa por imágenes, está perdida la relación temporoespacial y son frecuentes las alucinaciones visuales (zoópsicas, caras amenazantes), auditivas (amenazas, injurias), olfativas, del gusto y de la sensibilidad general.

c).- Idea obsesiva, idea delirante y delirio.

La idea obsesiva es reconocida por el sujeto como errónea, pero no puede desprenderse de ella debido a su gran carga afectiva, lo que le produce ansiedad y angustia.

Puede presentarse en sujetos normales cuando se debilita el estado general.

La idea obsesiva puede ser única o varias en sucesión.- Como síntoma único o preponderante, la encontramos en la neurosis obsesiva, aunque puede presentarse en otros trastornos acompañando a otros síntomas.

La idea obsesiva es un síntoma patológico que tiene por base el trastorno del afecto, motivado por conflictos

Inconscientes.

La idea delirante es errónea, opuesta a la realidad, pero el sujeto no se dá cuenta ni de lo uno ni de lo otro, y su lucha no es como en la idea obsesiva, para desprenderse de ella, sino para imponerla.

Tanto en la idea delirante como en la alucinación hay un error opuesto a la realidad, que el sujeto no puede corregir, porque lo toma como cierto y de acuerdo con la realidad, pero la diferencia es posible establecerla ya que la idea delirante es un trastorno de la ideación, específicamente una alteración del contenido del pensamiento, y la alucinación es un trastorno cualitativo de la sensopercepción.

Las alucinaciones, particularmente su contenido, - pueden servir de base a los delirios o ser un factor desencadenante.

El delirio es una manifestación de un trastorno -- del Yo en su relación con el mundo, en base a una idea delirante, en la que tal relación se ha invertido (Henry Ey 28).

El problema de los delirios ha sido muy debatido -- y tal trastorno es uno de los mas importantes en psicopatología. Estudiar las relaciones existentes entre la alucinación y el delirio nos apartaría de nuestro objetivo, por ser éste tanto o mas importante que la alucinación.

El mentismo (desfile de ideas o de imágenes, rápido a veces angustioso, incoercible, que no deja fijar la aten -

ción sobre ninguna de ella) (70), la alucinosis y el onirismo son fenómenos relacionados con la alucinación favorecidos por la ligera obnubilación de la conciencia, que se presenta en estos estados y que tienen en común que las imágenes alucinadas no tienen la convicción de realidad que caracteriza a las alucinaciones.

10.- TEORIAS SOBRE LAS ALUCINACIONES.

Según Binet (45), la corriente nerviosa o el vestigio de ella que dá origen a las alucinaciones, ha de partir de la periferia (de los órganos sensoriales, según John Müller (63), como resultado de la excitación anormal.

La certeza y la noción de externalidad de la imagen alucinatoria queda explicada por tal mecanismo, su naturaleza dependería de la vía y acción de la corteza cerebral, y la intensidad para proyectarse, del órgano sensorial.

Esta teoría explica las alucinaciones de origen periférico, pero no son éstas las mas frecuentes.

Tamburini piensa que la irritación, origen de las alucinaciones, es directamente de los centros cerebrales, que provocaría, por ejemplo, alucinaciones visuales cuando un tumor asienta en los lóbulos occipitales o temporales; olfativas, si en el gyrus uncinatus o la circunvolución del hipocampo; y oníricas si afectan los centros del sueño. Otros autores consideran que aparte de los tumores, las lesiones (meníngeas, óseas, etc.) y las sustancias tóxicas, serían -

también irritantes corticales capaces de provocar alucinaciones.

La teoría de Tamburini no toma en cuenta elementos psíquicos ni factores de la personalidad, es una explicación neurológica que se ha visto corroborada en los casos arriba-mencionados pero que como señala P. Voltes B., tales alucinaciones no tienen en general la fisonomía clínica de las alucinaciones de las psicosis.

Por el contrario, E.A. Popov y sus colaboradores piensan, que no un proceso de excitación sino la inhibición-parcial de la corteza cerebral, es el origen de las alucinaciones, como lo demuestra, dicen, la acción de la cafeína que debilita las alucinaciones, y las del bromo, que las refuerza. (61).

Antonio Fernández-Victorio y Cocifía (32), piensa que la alucinación no es sino la evocación de una representación sensorial sin estímulo apropiado, o, por mejor decir, a beneficio de un excitante anormal, que entra en juego por idéntico mecanismo que toda actividad exagerada de los centros psíquicos inferiores o automáticos, por falta de la acción reguladora del centro mental o psíquico superior; y dicho estímulo, no puede ser otro, (dice), en nuestro concepto que la idea morbosa.

Freud (35), concluye que la alucinación consiste en una carga del sistema Cc (P); carga que no es efectuada-

como normalmente, desde el exterior, sino desde el interior, y que tiene por condición el avance de la regresión hasta el sistema, (perceptivo, aclaramos nosotros), superando así el examen de la realidad.

Angel Garma (38), expone una teoría sobre el porqué de la alucinación onírica que consideramos de alcance en la explicación de la alucinación en general, y que consiste en relacionar la carga energética de las imágenes de origen interno con las resistencias del Yo, concluyendo que cuando estas son mayores, adquieren la viveza de los estímulos externos, produciendo alucinaciones positivas y que cuando las resistencias del Yo son mayores que las fuerzas de los estímulos físicos, se presentaría una alucinación negativa, llegando a la explicación de las alucinaciones en el sueño por el mismo juego de la carga del estímulo y la contracarga del Yo disminuida por la resistencia.

CAPITULO

V

**EVALUACION CLINICA DE
LAS ALUCINACIONES.**

Hasta aquí, hemos recorrido un largo camino durante el cual hemos hecho objeto de análisis mas o menos exhaustivo a las alucinaciones. Realizamos un estudio semiológico de la alucinación como síntoma aislado en el Capítulo IV. -- Ahora es necesario que vayamos a la clínica y que haciendo una revisión de conjunto veamos la frecuencia y circunstancias en que se presenta; pero no solo esto, sino también, es importante y necesario que describamos los tipos y modalidades de alucinación que las diversas entidades clínicas determinan, porque pensamos que éste será el modo de hacer evidente el valor clínico que podemos asignarle a la alucinación, no solo como síntoma, sino como elemento de un síndrome o -- trastorno determinado.

Empezaremos por considerar el alcoholismo y sus diversas formas clínicas, las psicosis esquizofrénicas, la epilepsia y otros padecimientos y trastornos que tienen en común las alucinaciones.

1.- ALCOHOLISMO.

El alcoholismo crónico da lugar a ciertas reacciones psicóticas entre las cuales citamos las psicosis alucinatorias agudas, las psicosis alucinatorias crónicas, el delirium tremens, la embriaguez patológica y las psicosis de Korsakoff.

A.- PSICOSIS ALUCINATORIAS AGUDAS.

Se inician por intranquilidad, cefalalgia, vérti--

gos, ruidos de oídos, delirios o alucinaciones, o ambas, que evolucionan y desaparecen en unos días para recidivar con un nuevo exceso alcohólico.

El delirio no es muy activo y las alucinaciones -- son predominantemente auditivas, acusadoras, amenazantes, de contenido sexual y acompañadas de intenso miedo, a las que se asocian alucinaciones visuales terroríficas y táctiles de contacto, cuando existe una base esquizofrénica, pues son comunes en los alcohólicos los esquizofrénicos de diversos tipos, lo que determina la cronicidad y el mal pronóstico de este cuadro.

Como ya dijimos, el delirio no es muy activo, pero la inseguridad, los núcleos homosexuales, pueden dar origen a delirio de celos o de infidelidad matrimonial o persecutorio, sobre todo cuando éstos pasan a ser el contenido de las alucinaciones auditivas e ideas delirantes.

También son frecuentes, las ilusiones, las alucinaciones olfatorias, el miedo y la aprensión, que pueden conducir a la ira, a la depresión o a la irritabilidad.

A las psicosis alucinatorias, agudas y crónicas, también se les llama alucinosis alcohólicas porque se dan en un estado de lucidez de la conciencia y no convicción de realidad de tales experiencias.

B.- PSICOSIS ALUCINATORIAS CRONICAS.

Comienzo brusco o incidioso, con delirio alucinato

de persecución o de infidelidad, de influencia, de posesión o de acción exterior con alucinaciones psicosenso-riales principalmente auditivas, de voces que le ordenan o le insultan.

Los autores coinciden en advertir la peligrosidad de la conducta de estos sujetos que pueden cometer crímenes, o acusarse de ellos y que evolucionan al empobrecimiento.

C.- DELIRIUM TREMENS

Es una psicosis aguda común en los grandes bebedores, que se presenta después de excesos prolongados e intensos, en el inicio de una enfermedad aguda, después de traumatismos y de la supresión brusca de la bebida. El cuadro empieza por inquietud e insomnio, temblor, delirio con desorientación en tiempo y lugar, temor y alucinaciones predominantemente visuales; después del delirio sobreviene estupor o sueño pesado que dura varios días.

Antes del acceso pueden vivenciarse alucinaciones himnagógicas, delirio alucinatorio de fondo penoso, visiones amenazantes, alucinaciones cinematográficas y delirio onírico profesional o de ocupación.

Al comienzo pueden presentarse alucinaciones auditivas, que luego desaparecen, predominando las visuales y las táctiles.

Las alucinaciones táctiles, probablemente debidas a la neuritis periférica, se asocian a las visuales.

También pueden verse aparecer, aunque menos frecuentemente, alucinaciones olfatorias, cinéticas y mixtas, así como ilusiones e ideas delirantes.

Las alucinaciones visuales generalmente zoópsicas, pueden aparecer de tamaño diminuto (liliputienses), y ser de naturaleza aterradora, o por el contrario, entretener al paciente.

Las alucinaciones visuales pueden sugerirse mediante la maniobra de Reichard (presentándole un papel blanco), en el cual lee el sujeto una carta o verso; haciéndolo fijar la vista en una pared blanca, comprimiendo los globos oculares, etc.; o mediante un aparato telefónico con el que puede mantener una conversación con un presunto interlocutor, inducido por una alucinación auditiva.

D.- EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.

Se desencadena por la ingestión de cantidades muy pequeñas de alcohol, en psicópatas constitucionales, afecciones cerebrales orgánicas, alcohólicos crónicos debilitados y a consecuencia de traumatismos craneales.

El paciente está desorientado, la conciencia obnubilada, con un estado de indecisión, angustia, cólera, ante una desfiguración delirante de la situación que vive, con alucinaciones visuales terroríficas.

E.- PSICOSIS DE KORSAKOFF.

Se desarrolla en los alcohólicos crónicos y se ca

factoriza por trastornos de la memoria (déficit), ligera obnubilación de la conciencia o lucidez, delirios, ilusiones y alucinaciones mnésicas (con fabulaciones).

En forma episódica presentáanse fases delirantes con alucinaciones de tipo onírico.

2.- ESQUIZOFRENIA.

Para Metter, la anormalidad psicológica primaria--fundamental en el proceso esquizofrénico, es la perturbación de la percepción y el substrato de esta perturbación es la dificultad perceptiva causada por la disfunción del cuerpo estriado.

Bleuler (13), considera las alucinaciones en la esquizofrenia como síntomas accesorios, y como las más típicas--las auditivas, las de la cenestésia, las visuales y de otros sentidos en este orden.

Más del 50% de los esquizofrénicos presentan alucinaciones en las que el contenido es muy variado, más comúnmente místico o persecutorio, según L. Bellak (10).

Las alucinaciones no son patognomónicas de la esquizofrenia ni de ningún otro padecimiento, pero en ésta, como dice W. Meyer Gross (59), más patognomónica que la alucinación misma es su participación en el desorden del pensamiento, la inadecuada reacción emocional del enfermo, su influencia o ausencia de influencia sobre los actos del enfermo y su interpretación delirante.

Las alucinaciones en el esquizofrenico se presentan en un estado de claridad de la conciencia, y aunque dificultan su relación social, puede negarse a abandonarlas por la utilidad que le prestan (13).

Las alucinaciones pueden aparecer en cualquier período, cuando como dice Freud (35), la desintegración del Ego es tal que el comprobar la realidad deja de ser un obstáculo.

A.- ESQUIZOFRENIA SIMPLE.

En la esquizofrenia simple, caracterizada por falta de interés en el mundo exterior y empobrecimiento de las relaciones humanas, los delirios y alucinaciones no se presentan o son poco frecuentes, fugaces y de proyección de imperiosos deseos instintivos reprimidos (64).

B.- ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA.

En la esquizofrenia hebefrénica el cuadro está caracterizado por afectividad débil e inadecuada, apatía, depresión, con ocasionales episodios de excitación, delirios y alucinaciones. La conducta es boba y matizada de manierismos.

Las alucinaciones que rara vez se presentan al principio, son comunes en las etapas finales y están en relación con el trastorno del pensamiento. El paciente puede dudar y discutir respecto a la realidad de sus alucinaciones.

C.- ESQUIZOFRENIA CATATONICA.

Se caracteriza por el total aislamiento del mundo-

exterior, alucinaciones e ideas delirantes e inmovilidad-- exterior no incompatible, como señala A. Porot (70), con-- una intensa actividad psíquica interior (alucinaciones, ideas de influencia, de autoacusación, etc.).

Las alucinaciones visuales y auditivas, aterradoras y acusatorias de prácticas o inclinaciones homosexuales, son, según algunos enfermos, el origen de los enologismos, sobre todo de estas últimas (13).

D.- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.

Se caracteriza por trastornos del pensamiento, autismo, delirios, ideas de referencia y alucinaciones, hostilidad subyacente y tendencias agresivas.

Las alucinaciones auditivas, frecuentemente de naturaleza amenazante o acusadora, ocupan el primer plano del cuadro clínico, pues están muy convencidos de la realidad de sus alucinaciones. Las alucinaciones olfatorias y gustativas pueden determinar el rechazo de los alimentos, asociándose a delirios de perjuicio, por ej. de alguien que desea envenenarlo; también pueden presentarse estados de beatitud y éxtasis con alucinaciones visuales y auditivas celestiales.

3.- EPILEPSIA.

Sintomatológicamente, se distingue la crisis convulsiva llamada de gran mal epiléptico, el de los accesos no convulsivos o pequeño mal epiléptico, el de los equivalentes

epilépticos, el cuadro psíquico permanente de la epilepsia, etc.

A.- CRISIS DE GRAN MAL.

Puede presentarse bruscamente, o por ciertas perturbaciones psíquicas y físicas.

Cuando los síntomas premonitorios se presentan un poco antes de la crisis, se denominan auras, que pueden ser sensitivas (soplo frío o caliente), sensoriales (alucinaciones elementales de llamas, luces de color rojo, ruidos o zumbidos; o complejas como olores y sabores diferentes), motoras, vasomotoras, viscerales y psíquicas (ansiedad, temores diversos, ideas desagradables).

En la crisis epiléptica de gran mal se consideran cuatro períodos que son: de comienzo, de convulsiones tónicas, de convulsiones clónicas y terminal.

B.- PEQUEÑO MAL EPILEPTICO.

No se observan convulsiones sino que puede manifestarse por una caída, relajación de esfínteres, ausencias y vértigos.

Este trastorno casi siempre de origen lesional (traumatismos craneoencefálicos, obstétricos, encefalitis y tumores cerebrales), en el que las alucinaciones tienen por punto de partida ciertas áreas temporo-parietales y -- que pueden ser reproducidas por estimulación (80).

C.- EQUIVALENTES EPILEPTICOS.

Los equivalentes epilépticos pueden ser: motores, sensitivos, viscerales, psíquicos o estados crepusculares entre los cuales mencionamos: los impulsos epilépticos, -- la fuga epiléptica o estado de sonambulismo epiléptico, el estupor epiléptico, la melancolía epiléptica (paroxística y transitoria), manía epiléptica, manía furiosa epiléptica o furor epiléptico (en las que pueden aparecer alucinaciones terroríficas), delirio epiléptico (de contenido alucinatorio, místico, de grandeza, persecutorio, etc.)

D.- CUADRO PSIQUICO PERMANENTE.

La personalidad epiléptica se caracteriza por lentitud en los actos psíquicos, minuciosidad, perseveración, inestabilidad afectiva, irritabilidad e impulsividad, susceptibilidad, etc.

La epilepsia conduce a la demencia, precipitada por el terreno, la edad, la intensidad y la frecuencia de los accesos.

Según A. Vallejo Nágera (86), son típicos de las alucinaciones epilépticas la vivacidad y gran claridad sensorial, los vivos y chillones tonos cromáticos, y el habitual contenido angustioso y terrorífico. Generalmente predominan las alucinaciones visuales: los enfermos creen encontrarse rodeados de agua, de fuego, de un mar de sangre; les ame

nazan numerosos animales monstruosos, hombres armados de mil maneras, demonios, fantasmas; las paredes se mueven, hay un terremoto, se cae la casa; ven anillos de fuego, caras conocidas o desconocidas, todo teñido de color rojo. La combinación de las distintas alucinaciones visuales -- trasladada al enfermo a lugares imaginarios, el infierno -- por ejemplo. A las alucinaciones visuales se unen las auditivas: ruidos, truenos, disparos, música, campanas; los muertos les llaman desde la tumba, oyen terrible algarabía de amenazas y reproches a los condenados del infierno, coros angélicos anuncian su dicha. Aunque rara vez, huelen sangre, venenos, gases, olores insufribles; la comida es carne humana, está podrida, envenenada.

4.- MANIA, MELANCOLIA Y PSICOSIS MANIACOPRESIVA.

A.- MANIA.

Cuando la excitación maniaca llega hasta el estado de confusión mental, aparecen ilusiones, alucinaciones -- en forma de seudoalucinaciones y falsos reconocimientos -- que revelan la disolución de la conciencia y el trastorno del acto perceptivo.

B.- MELANCOLIA.

Son frecuentes las ilusiones y las seudoalucinaciones psíquicas y psicomotoras, sobre todo en la melancolía delirante. Las ilusiones se presentan en el estado himna--

gógico y frecuentemente refuerzan el delirio melancólico.

Las alucinaciones, la despersonalización y el tono emocional, muchas veces sirven de base a las quejas hipochondriacas.

C.-PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA.

Las alucinaciones auditivas, visuales, olfativas y gustativas, pueden presentarse aunque no son muy frecuentes; pero nunca se ha visto que se presenten las cenestésicas, como ocurre tan frecuentemente en los esquizofrénicos. Pueden presentarse en el periodo maniaco o melancólico. Se caracterizan por no presentar gran corporeidad y desvanecerse fácilmente, aparte de la poca importancia que el paciente les concede.

5.- CUADROS PSICOTICOS PROVOCADOS POR CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES, (SITUACIONALES).

A.- PSICOSIS DE PRISION O CARCELARIA.

Puedne presentarse alucinaciones auditivas, olfativas y gustativas, que refuerzan las ideas delirantes de persecución (86).

B.- ALUCINOSIS DE TRINCHERA.

Pueden presentarse alucinaciones de todos los órganos sensoriales y de la cenestesia, sobre todo de contenido terrorífico, vividas con una gran carga emotiva (86).

C.- PSICOSIS AGUDAS POR AGOTAMIENTO

Frecuentemente observadas en exploradores, alpi-

nistas, etc., en circunstancias especiales (accidentes, — catástrofes), en que se ven privados de alimento, agua y — compañía.— El cuadro se caracteriza por apatía, ilusiones, alucinaciones e ideas de referencia.

Se piensa que en este caso las alucinaciones y los delirios son una manifestación de la función adaptativa del Yo en atención al contenido de los síntomas, que es de ansiedad o cumplimiento de deseos, en los que simbólicamente se señala el conflicto personal que representa la situación vivida en ese momento.

6.- NEUROSIS

Según Fenichel (31), en las neurosis traumáticas, — la función perceptiva y aperceptiva puede verse bloqueada — en función de un mecanismo de protección, cuando la intensidad o el número de los estímulos resulta perturbador.

En otros tipos de neurosis el mismo autor señala — que el sujeto puede apartarse de la realidad en forma reversible y negando aquellos aspectos que le resultan traumáticos o dolorosos, o distorsionar esta misma realidad mediante ilusiones o alucinaciones.

El histérico, por ejemplo, puede alucinar el objeto deseado, y en estado crepuscular, repetir una escena — realmente vivida, con gran afectividad, haciéndola adquirir caracteres de realidad.

7.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

A.- ENCEFALITIS.

Las encefalitis responden a distinta etiología y diversos mecanismos patogénicos y además de los síntomas generales y neurológicos, presentan perturbaciones psíquicas que van desde el estupor comatoso a la agitación delirante o alucinatoria.

En las encefalitis plúmbicas, las alucinaciones visuales son de contenido aterrador, el delirio es alucinatorio en la forma maniaca, y se acompaña de agitación psicomotriz.

En la encefalitis rábica se presentan síntomas de inquietud, aprensión, angustia intensa, delirio y alucinaciones por el espasmo faríngeo y la hidrofobia, que determina gran excitación e induce a accesos impulsivos ante alucinaciones visuales terroríficas.

En otros tipos de encefalitis, por ejemplo, post infecciosas, de tipo vírico, es posible también observar alucinaciones terroríficas e impulsiones violentas en un estado de confusión con onirismo y delirio.

B.- SIFILIS

Plaut ha señalado alucinosis sifilíticas en el período secundario y en el terciario, psicosis delirantes alucinatorias, agudas y subagudas, principalmente auditivas en las que los delirios alternan con las alucinaciones, sobre todo en las formas parafrénicas y aun en las parenquimatosas, y en la tabes dorsal, alteración de las --

sensaciones que puede determinar alucinaciones visuales, auditivas y de otros tipos que sirven de base a ideas delirantes y hacen al sujeto peligrosamente violento (70).

En la parálisis general progresiva, algunas veces, los enfermos ponen el oído en la pared y creen que están conversando con una persona que se encuentra en la pieza contigua, pues en tales pacientes son frecuentes las ilusiones, las alucinaciones visuales y particularmente las auditivas (88)

C.- TIFO

El tifo exantemático epidémico y endémico se caracterizan por delirio intenso, con alucinaciones de tipo onírico durante el período febril, desapareciendo al sobrevenir la crisis.

D.- REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO

Enfermedad infecciosa en la que pueden presentarse alucinaciones como síntomas prodromicos, cefalea, ansiedad, terrores nocturnos, excitación verbal, delirio y coma en el período de estado que puede desencadenar estados psicóticos.

8.- PSICOSIS CARENCIALES.

A.- ANEMIA PERNICIOSA.

Provocada por alimentación deficiente que se manifiesta por anemia macrocítica y trastornos digestivos y nerviosos, en los que son frecuentes las ilusiones y las

alucinaciones, sobre todo táctiles, en relación con las -
parestias producidas por la mielopatía funicular. El
contenido de tales alucinaciones puede ser aterrador, o -
en relación con las experiencias y desarrollo psicológico
del paciente.

B.- PSICOSIS O LOCURA PELAGROSA

En la pelagra, que es un síndrome clínico de ori-
gen carencial, se observan alucinaciones terroríficas de
fondo melancólico, alucinaciones cenestésicas con excita-
ción maniaca e impulsiones agresivas, que tienen por base
los trastornos digestivos y el eritema.

9.- TUMORES CEREBRALES.

Los trastornos provocados por los tumores del en-
céfalo se caracterizan en general por somnolencia, que --
puede despejarse, estados episódicos de confusión, excita-
ción, ideas egocéntricas y algunas alucinaciones.

En los tumores del lóbulo frontal, a la cefalea-
y trastornos visuales se agrega la pérdida de la memoria,
primero para acontecimientos recientes (dificultad de con-
centración y fijación), y luego, trastornos del juicio y de
la facultad matemática (trastornos del pensamiento abstrac-
to y de la facultad de síntesis). En un período mas avan-
zado se presentan alteraciones de la personalidad, con irri-
tabilidad, irascibilidad, labilidad afectiva, indiferencia

euforia (afición a los chistes), conducta antisocial, suspicacia, etc., y síntomas psicóticos como desorientación, ilusiones e incluso alucinaciones.

En los tumores temporales (crisis uncinadas), hay alteración de la percepción del medio circundante, con alucinaciones del gusto y del olfato, visuales elementales y complejas, auditivas y mixtas.

En los tumores occipitales, las alucinaciones visuales, mas elementales que las temporales, aparecen como fotopsias, como llamaradas o zigzags de luz; si las alucinaciones son de tipo mas organizado, se debe seguramente a que el asiento del tumor está mas hacia adelante, en la región parietotemporal.

En los tumores de la base del cerebro es clásica la presentación del síndrome de alucinosis peduncular descrita por J. Lhermitte (4).

10.- OTROS PADECIMIENTOS EN QUE PUEDEN PRESENTARSE ALUCINACIONES.

Otros padecimientos que pueden contar en su sintomatología con trastornos sensoperceptivos, en forma ocasional y cuando concurren determinados factores (obnubilación de la conciencia, confusión, excitación, etc.), son: La jaqueca o migraña que se anuncia por fenómenos sensoriales diversos, como centelleo, luces fulgurantes o escotomas, fatiga, adormecimiento, y en el periodo que precede al sueño, alucinacio

nes de movimiento como temblor, aceleración, etc. o impresiones fantasmales, sensaciones de lentitud y de peso.

En las psicosis seniles se presentan falsos reconocimientos, ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, sobre todo en las de tipo paranoide.

En la debilidad mental, durante las turbulencias afectivas, según W. Meyer Gross (59), pueden presentarse alucinaciones, incoherencia y conducta catatónica.

Antes o durante el coma diabético, el sujeto ansioso puede tener alucinaciones e ideas de perjuicio, como anuncio a delirios que luego desarrolla.

En las psicosis tripanosomíasicas, sobre todo en sujetos paranoides, pueden presentarse alucinaciones hipnagógicas y polisensoriales asociadas al estupor, la desorientación, la amnesia y fenómenos catatónicos e infecciones.

En la meningocefalia tuberculosa pueden presentarse delirios alucinatorios variados, depresión, euforia, confusión mental, obnubilación, ansiedad y fenómenos oníricos, así como reacciones antisociales.

En la insuficiencia hepática, a la melancolía, puede añadirse un delirio expansivo y alucinatorio.

Kammerer ha descrito psicosis crónicas palúdicas - de forma alucinatoria o delirante.

En la policitemia rubra, se señalan alucinaciones visuales y olfativas, zumbidos de oídos, insomnio, astenia, amnesias lagunares, epileptoides y breves ausencias.

CAPITULO

VI

TERAPIA DE LAS ALUCINACIONES.

2.- CONSIDERACIONES GENERALES.

De la Farmacología se ha derivado la psicofarmacología, enfocando los trastornos mentales en las variadas dimensiones que un conflicto humano requiere, dados los diferentes factores que concurren para determinarlo.

La quimioterapia de las enfermedades mentales - inicia una nueva etapa en la historia de la medicina, quizá no llegue a lograrse resolver todos los problemas con el solo uso de las drogas, pero éstas serán siempre "una ayuda valiosa, una nueva vía para establecer mejores contactos humanos entre enfermos y médicos" (76).

Queremos proporcionar algunos datos acerca de la terapia de las alucinaciones en base a que el tratamiento con drogas y otras formas de terapia hacen desaparecer estos síntomas, pero advirtiendo que no se sabe si el tratamiento es causal o acaso solo sintomático, cuando concurren determinadas condiciones, en las variadas circunstancias en que hemos mencionado que las alucinaciones se presentan. Por lo tanto, basándonos en los datos obtenidos de la bibliografía, y particularmente de los libros de Lothar B. Kalinowsky-Paul H. Hoch (47) y Amado Ruiz Sánchez (76), señalaremos aquellos casos en los que el uso de una droga en un trastorno determinado, hace desaparecer las alucinaciones o mejora el estado general del paciente, en tal forma, que éstas pierden interés para él, y su conducta se modifica, haciéndose accesi

ble por otros medios, el trastorno básico que las determina.

2.-CLOROPROMACINA Y OTROS DERIVADOS DE LA FENOTIACINA.

La cloropromacina actúa tanto en el sistema reticular (deprimiendo la excitabilidad, según Wirth) como en otras estructuras subcorticales del cerebro medio, el hipotálamo y el rinencéfalo. Dell y Cols. demostraron experimentalmente que, tras el bloqueo de los mecanismos adrenérgicos intrarreticulares por el efecto antiadrenalítico de la cloropromacina, queda disminuída la actividad espontánea de estas formaciones y responden menos a los estímulos eléctricos y sensoriales. Junto a esta acción bloqueadora de los mecanismos adrenérgicos, bloquea la destrucción de la serotonina (47).

La cloropromacina se puede administrar por vía oral, intramuscular o intravenosa, la dosis es determinada clínicamente, según la reacción individual, empezando por 25 a 50 mg. 3 veces al día, por períodos de 3 meses o mas y aun indefinidamente.

Está contraindicada en las infecciones, trastornos hepáticos, insuficiencia circulatoria, alteraciones extrapiramidales, etc.

Se ha usado en la esquizofrenia en la que se han obtenido muy buenos resultados, particularmente en la forma paranoide y en algunos casos catatónicos, mejorando la conducta hiperactiva o agresiva, la comunicación y haciendo -

desaparecer los delirios y las alucinaciones, sobre todo en las psicosis agudas; pues en las crónicas, tal parece que lo que sucede es que cambia la respuesta emocional frente a tales síntomas. Como dijimos, la clorpromacina administrada al esquizofrénico en fase aguda, hace desaparecer las ideas ilusorias y las alucinaciones a las dos semanas de tratamiento, y cuando persisten, dejan de ser angustiante, desapareciendo prontamente pues, en los casos agudos, y en forma mas lenta en los crónicos, en un porcentaje de mejoría aproximada del 33% al 40% en psicosis esquizofrénicas de tipo paranoide.

Siendo su acción mas eficaz sobre los trastornos psicóticos, que sobre los neuróticos, se han obtenido resultados favorables en el delirium tremens, combinando su administración con la del antabus.

Administrada intramuscularmente, a pequeñas dosis bloquea las psicosis producidas por el LSD-25 y la mescalina.

Las propiedades, efectos secundarios y complicaciones de la clorpromacina, son características de todos los derivados de las fenotiacinas, y mencionaremos algunas que como ésta, tienen acción antialucinógena.

La trifluorpromacina (psiquil), es mas potente que la clorpromacina y ha resultado útil en la esquizofrenia paranoide y catatónica, sobre todo disminuyendo los delirios y alucinaciones, y en las psicosis alcohólicas a dosis mas ba

jas que la clorpromacina.

Proclorperacina.-Su acción es mas rápida que la de la clorpromacina y a dosis mas pequeñas, provocando menos somnolencia, y Denham cree que es mas eficaz en la supresión de los delirios y alucinaciones persistentes.

Trifluorperacina (stelazine).-Goldman ha descrito que a dosis pequeñas actúa rápida y eficazmente en la supresión de las alucinaciones del delirium tremens, y que en un paciente con agitación intensa, desaparecieron a las seis horas de haberle inyectado intramuscularmente 5-mg. de la droga. Según Fetdman, esta acción es superior a la de la clorpromacina.

Fluofenacina.- Como la trifluorperacina, es potente y eficaz a pequeñas dosis, pero con frecuentes efectos extrapiramidales. Su acción es sostenida, y la dosis usual es de 10 mg. diarios.

A Taylor sorprende la actividad antidelirante y antialucinatoria y su capacidad de disminuir la tensión y la ansiedad de los psiconeuróticos.

Wright y Holt hacen hincapié en que su acción se establece de forma muy rápida y prolongada.

Tioridacina (Meleril, Melleril, TP21).- Con su uso no se han observado reacciones extrapiramidales importantes.

Aivazian coincide con Delay en que los esquizofre

nicos agudos resultan mucho mas beneficiados que los crónicos. Halló que los síntomas mas mejorados eran la ansiedad, tensión, insomnio, anorexia y alucinaciones; en cambio, la droga se mostraba mucho menos eficaz en los delirios, molestias somáticas, inhibición, negativismo y manifestaciones depresivas. (47)

Tiopropérazina.- Delay y Cols. recomiendan 10mg. diarios con aumento de 10 mg. cada dos días hasta llegar a 50 mg., supresión de la droga y reanudación posterior a dosis mas altas. Con frecuencia las alucinaciones desaparecen 48 horas despues de finalizar la primera serie, pudiendo los pacientes gravemente deteriorados, requerir varias series.

3.- ANTIALUCINATORIOS DE OTRO TIPO.

Del grupo de los neurolepticos, la tetrabenacina (nitomán), farmacológicamente parecido a la reserpina, es una droga antialucinatoria que reduce el pensamiento desorganizado de la esquizofrenia y disminuye la intensidad de los delirios y la ansiedad (47).

De los tranquilizantes (sedantes suaves, no barbitúricos), el derivado del difenilmetano, clorhidrato de azociololol (frenquel), bloquea total o parcialmente, según Fabing y Hawkins, el desarrollo de psicosis experimentales producidas por el LSD-25 y la mescalina, cuando se--

administra a personas sanas antes de la ingestión de estas drogas.

No se han descrito efectos tóxicos y se administran por vía oral 40 mg. 3 ó 4 veces al día, o 100 mg. por vía entovenosa, 3 veces al día. Algunos autores señalan que no modifica la conducta psicótica y que en los esquizofrénicos crónicos, por ejemplo, no tiene acción antialucinatoria. En otros trastornos, como el delirium tremens, la desaparición de las alucinaciones es dramática, y en los esquizofrénicos recientes, Fabing ha señalado éxitos, así como en las psicosis tóxicas, confusiones postraumáticas, postpartum, seniles y postoperatorias.

Kalinowsky B. Lothar y Hoch H. Paul señalan que se ha estudiado extensamente el tipo de mejoría en los pacientes tratados con insulina, encontrando que los enfermos mejoran en todos los aspectos de su personalidad emocional, social e intelectual. Las manifestaciones psicóticas groseras son más influidas que el más sutil fondo psíquico en que se desarrolla la psicosis esquizofrénica. Las primeras en desaparecer son generalmente las ideas delirantes y las alucinaciones después de perder su carga emocional. Del mismo modo como se describió recientemente en el tratamiento con drogas neurolepticas, las voces se hacen más débiles, menos persistentes, los ruidos más lejanos e indistintos. Los pacientes son capaces de des --

viar la atención de las ideas delirantes y piensan libremente. Si el paciente remite, desaparecen completamente - las ideas delirantes y las alucinaciones y en muchos casos se corrige el contenido de sus experiencias mórbidas. En general, no se llega espontáneamente a un conocimiento de la dinámica de su sintomatología psíquica, pero en muchos casos el paciente remitido reconoce lo patológico e irreal de sus ideas delirantes y las alucinaciones, de la misma manera que un enfermo delirante se da cuenta de lo patológico de sus vivencias.

La psicocirugía, seccionando las fibras que conectan el lóbulo prefrontal con el núcleo posterointerno del tálamo y el hipotálamo, suprime el tono afectivo y -- disminuye la intensidad y frecuencia de las alucinaciones así como la conducta agresiva del paciente.

CONCLUSIONES.

- 1.- La alucinación es un síntoma de un trastorno cualitativo de la sensopercepción.
- 2.- La alucinación es un síntoma subjetivo y secundario a factores orgánicos, psicogenéticos y mixtos, capaces de provocar la despersonalización o alteración de los órganos sensoriales, las vías o los centros.
- 3.- La alucinación es siempre un trastorno patológico, no patognomónico de ningún padecimiento, que desempeña una función útil.
- 4.- La alucinación tiene importancia psicológica porque en este trastorno está implicado el Yo y la dinámica mental.
- 5.- La alucinación tiene importancia clínica en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; importancia que deberá evaluarse en función del contexto orgánico o mental en que se presenta.
- 6.- La alucinación (en función de su contenido), tiene importancia médico legal porque determina la conducta del sujeto, pudiendo llevarlo a cometer actos antisociales.
- 7.- En la explicación de las alucinaciones se han enunciado diversas teorías, todas ellas importantes porque explican un aspecto de la alucinación, y no se excluyen sino se complementan.
- 8.- El tratamiento en general, es básicamente el de la causa que las produce o el del trastorno subyacente.

- 9.- El estudio experimental de las alucinaciones provocadas mediante el aislamiento perceptivo, alucinógenos, etc. y es importante porque nos proporciona información respecto a factores bioquímicos, fisiológicos y psicológicos determinantes de la conducta.
- 10.- Los sueños, siendo en realidad una alucinación onírica, estudiados con este criterio podrían proporcionar muchos datos aclaratorios y explicativos respecto a las alucinaciones en general.
- 11.- El estudio semiológico es importante porque nos permite saber en que casos se presentan las alucinaciones, con que caracteres, porqué causas, y de éstas, cuáles son coincidentes en otros trastornos y cuál es el valor clínico que hemos de asignarle.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERKNECHT, ERWIN H.- "Breve Historia de la Psiquiatría" Eudeba Editorial Universitaria de Buenos Aires. Bs.As.
- 2.- AGRAMONTE, ROBERTO.- "Compendio de Psicología". Cultural, S.A. Editores, Habana. 1939.
- 3.- ALEXANDER, FRANZ Y OTROS.- "Psiquiatría Dinámica", (2a. Edición) Editorial Paidós, Bs. As. Argentina. 1962.
- 4.- ALPERS, BERNARD J.- "Neurología Clínica" (2a. Edic.) Editorial Interamericana, S.A. México 1952.
- 5.- ARIETI, SILVANO.- "Interpretación de la Esquizofrenia".- Colección Hombre y Mundo. Edit. Labor, S.A. México. 1965
- 6.- BARBIERI, ANTONIO C. DR.- "El Conocimiento, su Génesis - Mental" (1a. edición). Edic. Libertad, Bs. As., Argentina 1950.
- 7.- BARUK, HENRY DR.- "Psicosis y Neurosis". Colección Surco #86 Serie B.- Salvat Editores, S.A. Barcelona, España.-- 1954.
- 8.- BATISTA, O. A.- "Drogas Mentales" El desafío de la química a la Psicoterapia. (1a. edic.) Edit. Herrero Hnos. -- Sucrs. S.A. México. 1962.
- 9.- BECKMAN, HARRY.- "Terapéutica Clínica". (2a. Edic.) Edit Interamericana, S.A. México 1949.
- 10.- BELLAK, LEOPOLD. "Esquizofrenia; Revisión del Síndrome.- Edit. Herder, S.A. Barcelona, España. 1962.
- 11.- BERMUDEZ, SALVADOR DR.- "Enfermería Psiquiátrica". (1a.- Edic. mimeográfica del autor). Edit. Dr. Salvador Bermúdez. México, 1956.
- 12.- BETTA, C. JUAN. "Manual de Psiquiatría". Biblioteca Ca-- thedra Vol. 2. Edit. Paidós. Bs. As. 1952.
- 13.- BIEUJER, EUGEN.- "Demencia Precoz". El grupo de las Esqui zofrenias.- Ediciones Hormé.- Bs. As. Argentina. 1960.
- 14.- BORDAS, JANE RICARDO DR.- "Manual del Auxiliar Psiquiátri co". Cuidado y Tratamiento de los enfermos mentales. Edit. científico-médica. Barcelona, España. 1955.
- 15.- BULLIJO, JOSE.- "Método para la Redacción de Tesis profe sionales". (3a. Edic. UNAM. México 1966.

- 16.- CARRILLO, GARCIA JOSE DR.- "Compendio de Psicología". Fondo de Cultura Popular, A.C. México, 1949.
- 17.- CECENA, JOSE LUIS Jr.- "Elaboración de trabajos de Investigación Bibliográfica". Universidad de Sinaloa. Culiacán, Sin. México. 1966.
- 18.- CECIL, RUSSELL L.- "Tratado de Medicina Interna". Tomos I y II (2a. Edición) Editorial Interamericana, S.A. México 1950.
- 19.- CHRISTOPHER, FREDERICK DR. "Tratado de Patología quirúrgica". Tomos I y II Editorial Interamericana, S.A. México 1947.
- 20.- CONRAD, K.- "La esquizofrenia Incipiente" Intento de un - Análisis de la Forma del delirio. (1a. edic). Editorial - Alhambra, S.A. Madrid, España. 1963.
- 21.- COOL, E. F. Y MARTIN, E.W.- "Farmacia Práctica de Remington". Traducc. de la 1a. Edic. en Inglés. Unión Tipográfica Editorial Hispanoamericana, México. 1953.
- 22.- CURSCHMANN, HANS KRAMER, FRANZ y otros.- "Tratado de las Enfermedades del sistema nervioso". (1a. Edic.) Edit. Labor, S.A. Barcelona, España. 1932.
- 23.- DE LA FUENTE, MUNIZ RAMON DR.- "Psicología Médica". Reimpresión de la Segunda Edición. Fondo de Cultura Económica. México. 1960.
- 24.- DE SAUSA, FERRAZ JOAO.- "Psicología Humana" (5a. Edic. actualizada). Bibl. de Cult. Social Sec.X. Edit. Americanae Bs. As. Argentina. 1959.
- 25.- DELGADO, HONORIO E IBERICO, MARIANO.- "Psicología" (6a. edic.) Edit. Científico-Médica. Barcelona, España. 1958.
- 26.- DOUGLAS, GUTHRIE.- "Historia de la Medicina". Reimpresión de la 1a. Edic. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España. 1953.
- 27.- DUMAS, GEORGES y Cols.- "Nuevo Tratado de Psicología". --- (8 Tomos). Edit. Kapelusz Bs. As. Argentina. 1948
- 28.- EY, HENRY BERNARD, P y BRISSET, CH.- "Tratado de Psiquiatría" (Toray Masson, S.A.) Barcelona, España 1965.
- 29.- EY, HENRY.- "Estudios sobre los delirios". Edit. Paz Mon-

- talvo. Madrid España. 1950
- 30.- FEDERN, PAUL y MENG, HENRICH.- "El psicoanálisis y la Vida Moderna (1a. Edic. Luis Miracle, Edit. Barcelona, España 1933.
 - 31.- FENICHEL, OTTO.- "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis"- (2a. Edic.) Edit. Paidós, Bs. As. Argentina. 1964.
 - 32.- FERNANDEZ, VICTORIA Y COCINA, ANTONIO DR.-"La Psiquiatría del Médico Práctico". (2a. Edic. Corregida y Aumentada). Manuel Marín Editor. Barcelona, España. 1922.
 - 33.- FONTANA, E. ALBERT y otros.- "Psicoterapia con Alucinógenos. Edit. Losada, S.A. Bs. As. Argentina. 1965.
 - 34.- FOUCAULT, M.- "Enfermedad Mental y Personalidad". Biblioteca del Hombre Contemporáneo. Edit. Paidós, Bs. As. Argentina. 1961.
 - 35.- FREUD, SIGMUND.- "Obras Completas" (2 Tomos). Edit. Bibl. Nueva. Madrid España. 1948.
 - 36.- FRÖBES, JOSE S. I.- "Compendio de Psicología Experimental" Biblioteca de Filosofía y Pedagogía. Edit. Poblet. Bs. - As. Argentina. 1949.
 - 37.- FULTON, F. JOHN.- "Fisiología del Sistema Nervioso". (2a. Edic.) Editorial Atlante, S.A. México. 1952.
 - 38.- GARMA, ANGEL.- "Psicoanálisis de los Sueños". (3a. Edic.) Biblioteca de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Edit. Nova, Bs. As. Argentina. 1956.
 - 39.- GAVRILOV, KONSTANTIN.- "El Psicoanálisis a la Luz de la Reflexología" (Enfoques Biológicos de la Psicología Profunda). Biblioteca de Neuropsicología y Reflexología. Editorial Paidós. 1953. Bs. As. Argentina.
 - 40.- GENIS, ABRAHAM DR.- "Semiología Psiquiátrica" Montevideo Uruguay. 1964.
 - 41.- GEOFFREY, WALSH E.- "Fisiología del Sistema Nervioso". Edit. "El Ateneo". Bs. As. Argentina. 1960
 - 42.- HAYMANN, HERMANN DR. Y STERN, ERICH, DR.- "Diagnóstico Diferencial en Psiquiatría". (Tomo IV Psiquiatría del Tratado de Diagnóstico Diferencial. Guía Práctica para Médicos y Estudiantes.) Publicado bajo la dirección del Prof.

- Dr. Georg Honing Mann y Colaboradores) Edit. Labor, S.A. Barcelona, España.
- 43.- HILL, B. LEWIS.- "Psicoterapia en la Esquizofrenia". Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina. 1953.
- 44.- INGENIEROS, JOSE.- "La psicopatología en el Arte". (3a.- Edic.) Ramón J. Roggero y Cía. Editores, Bs. As. Argentina. 1950.
- 45.- JAMES, WILLIAM.- "Compendio de Psicología". (2a. Edic.)- M.C. Editores, S.A. Bs. As. Argentina. 1951.
- 46.- JASPERS, KARL.- "Psicopatología General". (3a. Edic.) Editorial Beta. Bs. As. Argentina. 1963.
- 47.- KALINOWSKY, B. IOTHAR y HOCH, H. PAUL.- "Tratamientos Somaticos en Psiquiatria". Edit. Científico-Médica, Barcelona España. 1963.
- 48.- LAING, D. R.- "El Yo dividido" Un estudio sobre la Salud y la Enfermedad. Fondo de Cultura Económica, México, D.F. 1964.
- 49.- LARROYO, FRANCISCO y ESCOBAR, EDMUNDO.- "Psicología Integrativa". (1a. Edic.) Edit. Porrúa, S.A. México, D.F. 1964
- 50.- LICHTENSTEIN, M.P. Y SMALL, M.S.- "Los Fundamentos de la Psiquiatria". Edit. Americana. Bs. As. Argentina. 1945.
- 51.- MANDOLINI, GUARDO G. RICARDO.- "Psicología" (5a. Edic.)- Editorial Ciordia, S.de R.L. Bs. As. Argentina. 1964.
- 52.- MANDOLINI, GUARDO G. RICARDO.- "Historia General del Psicoanálisis de Freud a Fromm" Edit. Ciordia, S.de R.L. Bs As. Argentina. 1960.
- 53.- MANCHARD, L.- "El Gusto" Daniel Jorro Editor. Madrid, España. 1906.
- 54.- MATHENEY, V. RUTH TOPALIS MARY.- "Enfermería Psiquiátrica". (3a. Edic.) Edit. Interamericana, S.A. México. 1962.
- 55.- MENDIETA, ALATORRE ANGELES.- "Tesis Profesionales". Salamanca, México. 1963.
- 56.- MERCIER, D. J. CARDENAL.- "Psicología". Ediciones Anaconda. Bs. As. Argentina. 1942.

- 57.- MERLEAU-PONTY, MAURICE.- "Fenomenología de la Percepción" Sec. Obras Filosóficas, Fondo de Cult. Econom. México. 1957
- 58.- MESEGUER, PEDRO S. I.- "El Secreto de los Sueños". Psicología Metapsíquica-Teología. Colección Psicología Médica Pastoral. Vol XI. Edit. Razón y Fé, S.A. Madrid España 1956.
- 59.- MEYER, GROSS W., SLATER, E., ROTH M.- "Psiquiatría Clínica" 2 Tomos. Editorial Paidós, Bs. As. Argentina, 1958.
- 60.- MIRA Y LOPEZ, EMILIO DR.- "Compendio de Psiquiatría". -- Editorial "El Ateneo". Bs. As. Argentina. 1958
- 61.- MOROZOV, G. ROMASENKO, V.- "Neuropatología y Psiquiatría" Editorial Paz. Moscú URSS. Sin fecha.
- 62.- MÜLLER, ALOYS.- "Psicología". Ensayo de una Teoría Fenomenológica de lo Psíquico" 3a. Edic. Edit. Espasa Calpe-Argentina, S.A. Bs. As. Argentina. 1944.
- 63.- MÜLLER, JOHANNES.- "Los Fenómenos Fantásticos de la Visión" No. 2 de Monografías de Psicología Normal y Patológica. Serie Azul. Editorial Espasa Calpe, S.A. Madrid, España. 1946.
- 64.- NOYES, P. ARTHUR, KLOB, C. LAWRENCE.- "Psiquiatría Clínica Moderna".- (2a Edic.) La Prensa Médica. México, D.F. 1961.
- 65.- OSVALDO, WOLFF PABLO.- "La Marihuana en la América Latina" La amenaza que constituye.- El ateneo, Bs. As. Argentina 1948.
- 66.- PARRA, PROFIRIO.- "Nuevo Sistema de Lógica Inductiva y Deductiva". (3a edic.) Librería de la Vda. de Ch. Bouret. México. 1921.
- 67.- PFEIFFER, JOHN.- "El Cerebro Humano" Colec. Hombre y Cosmos. Edit. Hobbs-Sudamericana, S.A. Bs. As. Argentina. - 1965.
- 68.- POBLOSKY, EDUARD DR. y COLABORADORES. "Enciclopedia de las Aberraciones". Manual de Psiquiatría. Edit. Psique - Bs. As. Argentina. 1959.
- 69.- PLATONOV, KONSTANTIN.- "Psicología Recreativa" Edic. Progreso, Moscú.
- 70.- POROT, ANTONINE DR.- "Diccionario de Psiquiatría", Clíni

- ca y Terapéutica. Edit. Labor, S.A. Barcelona. España-1962.
- 71.- RAMOS, CONTRERAS MARIN y COLABORADORES.- "Neurología, - Psiquiatría y Neurocirugía". México, 1949.
 - 72.- REACHE, JULIO DR.- "Compendio de Diagnóstico Psiquiá -- trico". Edit. Espasa Calpe. Madrid. 1932.
 - 73.- ROBLES, OSWALDO DR.- "Introducción a la Psicología Cien -- tífica". (3a. Edic). Editorial Porrúa, S.A.México.1959.
 - 74.- RORSCHACH, H.- "Psicodiagnóstico". (3a. Edic.). Bibl.de Psicometría. Editorial Paidós, Bs.As.Argentina. 1948.
 - 75.- ROSELLO, A. JUAN y OTROS.- "Tratado General de Psiquia -- tría". Edic. Especial de la Universidad de Puerto Rico. Río Piedras. 1962.
 - 76.- RUIZ, SANCHEZ AMADO DR.- "Psicofarmacología y Agentes - Psicoterapéuticos". La quimioterapia de los Padecimien -- tos Mentales. Sin referencias bibliográficas.
 - 77.- S. DE ROPP, ROBERTO.- "Las Drogas y la Mente". Cía Edi -- torial Continental, S.A. México. 1959.
 - 78.- SECHERHAYE, M. A.- "La Realización Simbólica", exposi -- ción de un nuevo método psicoterapéutico. Diario de Una Esquizofrénica. (2a. Edic.) Bibl. de Psicología y Psico -- analisis. Fondo de Cultura Económica. México 1964.
 - 79.- SIMARRO, PUIG J.- "La Causalidad Somática en Psiquiatría" y los mecanismos de la Interrelación entre Soma y Psi -- quismo". Editorial Paz Mentalvo. Madrid España. 1950.
 - 80.- SORIANO, VICTOR.- "Epilepsias". Editorial Labor, S.A. - Argentina, Buenos Aires, Montevideo. 1955.
 - 81.- SORIN, MIGUEL.- "Los fenómenos Psíquicos". Editorial Car -- tago. Buenos Aires. 1965.
 - 82.- STÖRRING, E. GUSTAV DR.- "Carácter y Significación del - Síntoma de la Perplejidad en las Enfermedades Psíquicas" (1a. Edic.) Edit. Morata. Madrid. España. 1944.
 - 83.- STRECKER, EDWARD A.- "Manual de Psiquiatría Clínica Mo -- derna". Ediciones Hormé. Bs. As., Argentina. 1960.
 - 84.- SZEKELY, BELA DR.- "Diccionario Enciclopédico de la Psi --

qué". Editorial Claridad. Buenos Aires. Colección Dic--
cionarios. Vol. 3. (3a. Edic.) Buenos Aires. 1963.

- 85.- SZAFKOWSKI, LOUIS RUFIN.- "Hallucinations". Louis Castel
Libraire. Paris.
- 86.- VALLEJO, NAGERA ANTONIO.- "Tratado de Psiquiatría". (2a.
Edic.) Salvat Editores, S.A. Barcelona, España. 1949.
- 87.- VALLEJO, NAGERA ANTONIO. "Propedéutica Clínica Psiquiá-
trica". (2a. Edic). Madrid, España. 1944
- 88.- VARGAS, GONZALO.-"Psiquiatría " Edic. Mimlográfica de -
Francisco Méndez Oteo. México, 1944.
- 89.- WARREN, C.- HOWARD y COLABORADORES.- "Diccionario de ---
Psicología". 1a. Relimpresión de la primera Edición. Fondo
de Cultura-Económica. México. 1956.
- 90.- WEITZENHOFFER M. ANDRE.- "Técnicas Generales de Hipnotis-
mo". Editorial Paidós, Bs. As. Argentina. 1964.