

# AFECTIVIDAD. PSICOPATOLOGÍA DE LOS ESTADOS DE ÁNIMO. OBSESIONES FOBIAS

Dr. J. GURRIA AIZPÚN

## AFECTIVIDAD

SUMARIO. — I. *Conceptos generales.* — II. *Características y sintomatología de la afectividad.* — III. *Trastornos de la afectividad.* A) *Trastornos del estado fundamental del ánimo.* B) *Trastornos de la reacción afectiva.* C) *Trastornos de las valencias afectivas.* — IV. *Exploración de la afectividad.*

**T**ODO aquello que se comprende bajo los conceptos de placer y de displacer corresponde a la afectividad. La afectividad matiza todo el psiquismo a la manera que los registros de un órgano o los pedales de un piano proporcionan un tono o una intensidad determinados a todo el teclado. Así, por ejemplo, cuando estamos alegres o tristes toda nuestra personalidad y nuestra conducta están matizadas de alegría o de tristeza. Análogamente diríamos para todos los afectos — amor, odio, ira, etc. — y para todas las vivencias\* que ponen en marcha nuestra afectividad.

### I. CONCEPTOS GENERALES

Dice BLEULER — cuando trata de delimitar el concepto de afectividad — que tan imposible sería separar la afectividad del resto de las cualidades que integran un acto psíquico, como deslizar a un color de una de las suyas, por ejemplo, la intensidad. De ello deduce que cuando calificamos a un proceso como afectivo, hacemos una abstracción, análogamente a cuando consideramos a un color independientemente de su intensidad. Debemos, pues, tener en cuenta en todo proceso afectivo que se trata de una integración y que entre sus múltiples facetas destacan una instintiva, otra volitiva y otra intelectual. Las dos primeras íntimamente ligadas a la afectividad, la última hasta cierto punto independiente de ella.

Si tuviéramos que definir la afectividad, diríamos *que es una reacción global del psiquismo que influye sobre multitud de funciones corporales y sobre el nacimiento y curso de las ideas.* Sucede con el concepto *afectividad* como con el concepto *tiempo*, que nos son conocidos por intuición; pero que se resisten a ser discriminados por el pensamiento discursivo. Intentaremos con un ejemplo delimitar en lo posible el concepto de afectividad: Cuando procuramos disuadir a otro de una acción que puede acarrearle graves consecuencias, de nada sirve, a veces, hablarle con razones a su inteligencia, ni con amenazas a su instinto. Sin embargo, puede bastar que le recordemos que sus hijos pueden sufrir también las consecuencias de su acción, para que abandone sus propósitos nocivos. Para conseguir este cambio de conducta, hemos actuado sobre su afectividad. Sobre ella actúa también principalmente la psicoterapia, la pedagogía y la sugestión, en persecución de sus fines particulares. A esta fuerza conmutadora de la afectividad sobre la conducta debemos atribuir, por ejemplo, el que muchos estudiantes no acaben su carrera hasta que tienen novia: he aquí hermanadas voluntad y afectividad.

---

Como durante el transcurso de esta lección utilizaremos repetidas veces la palabra *vivencia*, vamos a exponer brevemente qué es lo que se entiende por ello:

Vivencias son hechos de coincidencia que influyen en nuestro psiquismo y en nuestra conducta. Las vivencias pueden ser de origen interior y exterior. Son vivencias exógenas, por ejemplo, las experiencias de guerra o las sexuales que aunque pertenezcan al pasado, están en actividad psíquica e influyen en nosotros.

Se denominan vivencias endógenas, a las tendencias sexuales o artísticas y a las voliciones religiosas aunque no se hayan realizado, influyen ya en nuestra personalidad.

Como sinónimos de afectividad, se han utilizado las palabras *afecto*, *emoción* y *sentimiento*. Se denomina *sentimiento* a la reacción psíquica subjetiva que sigue generalmente a una sensación o a cualquiera estímulo psíquico. Cuando el sentimiento sobrepasa en intensidad y duración a lo habitual, hablamos de *emoción* o *afecto*. Los afectos tienen tendencia a terminar en el propio cuerpo del sujeto, al contrario de los *instintos* que tienden a relacionarse con el objeto excitante. Digamos de paso que cuando un instinto sobrepasa en tiempo e intensidad a lo corriente, se denomina *pasión*.

Para los estoicos, los sentimientos eran *procesos intelectuales* no claramente diferenciados que los denominaban «conocimientos imprecisos». HEGEL, valora también intelectualmente el sentimiento cuando lo define «como la inteligencia en el grado de su espontaneidad». Los escolásticos valoran precisamente el componente volitivo de los sentimientos cuando los definen como «apetencia de lo bueno y exacción de lo malo.» Por último, el sentimiento por su misma raíz etimológica descubre su relación con lo sensorial. Algunos autores han querido equiparar el sentimiento a la sensación orgánica. Pero no es difícil diferenciarlos: la sensación es objetiva y el sentimiento subjetivo: una sensación objetiva de sabor amargo nos produce un conocimiento subjetivo de desagrado. El sentimiento, además, implica un conocimiento más o menos preciso, mientras que muchas sensaciones no llegan a nuestro conocimiento. De todas maneras, el sentimiento y la sensación están en relación de dependencia mutua, hasta el extremo que RIBOT dice, en frase feliz «que el sentimiento se difunde como una mancha de aceite sobre la sensación.» La sensación dulce produce un sentimiento agradable y, por el contrario, la sensación amarga comporta un sentimiento desagradable. Análogamente podríamos decir con lo liso y lo áspero para el tacto, y así para los demás sentidos, constituyendo los *sentimientos sensoriales elementales*. Sin embargo, no siempre existe una correlación fija sensación-sentimiento, ya que, en ocasiones, un mismo estímulo sensorial puede originar distintos sentimientos. Por ejemplo: Sabemos, como dice BLEULER, que en el dolor existe, por una parte, la percepción de un trastorno en la integridad del cuerpo y, por otra parte, nuestra actitud frente a ello, nuestra actitud interna. Ambos aspectos están tan estrechamente unidos que no podemos separarlos fenomenológicamente. No obstante, la primera parte corresponde a lo sensorial y la segunda a lo afectivo, como se pone de manifiesto cuando se disocian, y así vemos que en determinadas circunstancias — masoquismo, martirios — la sensación de trastorno de la integridad del cuerpo puede engendrar un sentimiento de placer.

Entre las mutuas dependencias entre sensaciones y sentimientos, no debemos olvidar *el temple general*, sentimiento global indefinible resultante de la integración de todas las sensaciones cenestésicas, de todo el incesante vivir vegetativo que trasciende calladamente al psiquismo — sentimiento vital — dándonos la pauta de la salud y de la enfermedad, de la euforia o de la tristeza. Del temple general se alimentan de efectividad nuestras vivencias.

Junto a los *sentimientos sensoriales elementales* que acabamos de citar, hemos de considerar los *sentimientos complejos o superiores* (emociones, afectos), tales como alegría, tristeza, miedo, ira, amor, simpatía, humildad, orgullo, sentimientos intelectuales, morales, religiosos, estéticos, etc. Todos estos sentimientos se nos presentan como psicológicamente comprensibles: así es racional la alegría de un niño ante un juguete o la tristeza de una persona a quien le ha sucedido una desgracia. No nos entretendremos en describir cada uno de estos sentimientos; sólo diremos dos palabras sobre los *sentimientos intelectuales*, pues han sido diversamente interpretados y podrían inducir a confusión. Se denominan sentimientos intelectuales — según LANGE — a los asociados con procesos intelectuales y que generalmente se originan de nuestras relaciones con otras personas. «Son percepciones, conclusiones y representaciones imprecisas que influyen en nuestra conducta. Sólo deciden acumulativamente y por eso imprecisamente. Apelamos a estos sentimientos cuando nos faltan razones suficientes para una opinión, una afirmación o una decisión, o cuando, a pesar de tener conciencia, de un modo general y sumario, de tales razones, no somos capaces de formularlas aisladamente y en sucesión lógica. Por tales sentimientos se dejan llevar casi siempre las mujeres, en sus opiniones y resoluciones. El diagnóstico por intuición o impresión es otro ejemplo de esta clase de sentimientos.» (BLEULER).

En la vida afectiva juegan un importantísimo papel los instintos. Los sentimientos tienen, como ya hemos dicho antes, además de un punto de inserción intelectual y otro volitivo, otro instintivo, aunque, como señala LANGE, todo lo afectivo está estrechamente unido entre sí. Los sentimientos de agrado y desagrado que la satisfacción o la inhibición de los instintos llevan aparejados, demuestran el parentesco de la afectividad con lo instintivo. Pero no todo en la afectividad es vida instintiva, pues en el plano espiritual se da la afectividad con tanta o más fuerza que en el instintivo. Por otra parte, individuos con poca vitalidad instintiva — asténicos — pueden estar provistos de una afectividad tan desarrollada como los individuos fuertemente provistos de instintos — esténicos —. Por lo tanto, la afectividad tampoco está en dependencia total con la vida instintiva.

Resumiendo, podríamos decir que la afectividad está en relación de origen y de interdependencia con lo orgánico, lo sensorial, lo espiritual, y lo instintivo, y que sus límites los encontramos, por un lado, junto a los sentimientos inferiores — casi sensación —, y por otro, cerca de los sentimientos intelectuales — casi inteligencia —. Claro está que estos límites se referirían — permítasenos la frase — a su metrópoli, pues sus dominios se extenderían a la personalidad entera a la que defenderían con sus dos constantes fundamentales: *dolor-bienestar* y *alegría-tristeza*.

Antes de pasar al estudio de la sintomatología y características de la afectividad, queremos referirnos — siguiendo a VALLEJO NAGERA — a tres conceptos fundamentales para la comprensión clínica de los trastornos afectivos. Estos tres conceptos son:

1.º *Estado fundamental del ánimo*: El estado fundamental del ánimo es el tono afectivo general. Cuando decimos estado de ánimo, humor o talante, nos referimos a la suma de sentimientos presentes en la conciencia en un momento dado. Las expresiones «estar de buen humor», «estar de mal talante», manifiestan claramente nuestro pensamiento.

Se considera que el estado de ánimo es normal cuando no es ni levantado ni deprimido, ni tenso ni relajado, ni agradable ni desagradable. A este estado de equilibrio afectivo se denomina *eutimia*.

Llamamos *atimia* a la falta absoluta de tono sentimental.

*Paratimia* se refiere a los humores paradójicos como, por ejemplo, sentir alegría cuando se vive un suceso triste.

Por último, *distimia*, que en realidad significa trastorno del estado de ánimo, se refiere al caso particular de los estados depresivos.

2.º *Reacción afectiva*: Se llama reacción afectiva a los cambios que experimenta el estado de ánimo a consecuencia de estímulos internos o externos.

Según la capacidad de vibración temperamental, impresionabilidad, susceptibilidad afectiva o *empatía*, los individuos pueden reaccionar a las vivencias: intensamente: *hiperempatía*; pobrementemente: *hipoempatía*; nulamente: *apatía*; deformemente: *dispatía*.

El resultado dinámico de la empatía, es decir, su manifestación motora, se denomina *impulsión* que puede ser lenta, tardía, rápida...

3.º *Valencias afectivas*: Entendemos por valencias afectivas patológicas a determinados contenidos mentales — pensamientos, representaciones — intensamente cargados de afectividad que mantienen especiales estados de ánimo y provocan reacciones afectivas, muchas veces angustiosas. Entre los trastornos de las valencias afectivas, describiremos después las obsesiones.

## II. CARACTERÍSTICAS Y SINTOMATOLOGÍA DE LA AFECTIVIDAD

Seguiremos principalmente para el desarrollo de esta parte, los trabajos de BLEULER, VALLEJO NAGERA, FRÖBES y SCHWARZ. Nos limitaremos a considerar brevemente los siguientes puntos:

1.º *La afectividad es una reacción general de toda la psique*. — La alegría acelera todos los procesos psíquicos; los movimientos, las decisiones y el pensa-

miento transcurren con mayor rapidez; el pensamiento se torna más florido, pero más superficial y con tendencia hacia la fuga de ideas.

La tristeza entenece el pensamiento y los movimientos; el espíritu está quebrantado; la voluntad sin energía; está dificultada la transición de una idea a otra y únicamente están vivas aquellas ideas que ayudan al estado depresivo.

Análogas reacciones psíquicas generales, provocan la ira, el amor, el miedo, etc.

2.º *La afectividad influye sobre multitud de funciones corporales.* — Los sentimientos se mueven en una escala graduada que oscila entre polos opuestos. Estos polos o extremos son: placer-desagrado, tensión-relajación y excitación-depresión. (WUNDT). Este movimiento afectivo se acompaña de fenómenos fisiológicos concomitantes. La afectividad actúa sobre el S. N. V. dando lugar a manifestaciones corporales evidentes. El pletismógrafo demuestra indudables modificaciones de la curva volumétrica bajo la influencia afectiva. Parece ser que a determinado sentimiento no corresponde una modificación fisiológica específica, a pesar de que BEGUSSI y STÖRRING han observado curvas respiratorias específicas para cada sentimiento, comprobando, por ejemplo, una curva respiratoria característica de la mentira. Recuerda VALLJO NAJERA las «pruebas de sinceridad» que utilizan los norteamericanos en investigaciones judiciales, valiéndose de las modificaciones que los afectos imprimen al pulso, a la presión y a la respiración, y dice seguidamente que «sustituyen con ventaja a la prueba del arroz empleada por los jueces persas, ante el supuesto de la sequedad de las fauces del culpable que ha prestado una declaración falsa.»

Sería tarea interminable enumerar las distintas manifestaciones orgánicas provocadas por los afectos. Digamos únicamente que está fuera de toda duda el que los procesos afectivos influyen sobre la totalidad de las funciones fisiológicas incluso sobre los procesos metabólicos y nutritivos. Así vemos que el miedo provoca diarreas; la impaciencia poliuria y polaquiuuria; la tristeza inapetencia, lengua saburral, malestar gástrico; la ansiedad se proyecta en lo orgánico por un cuadro denominado angustia caracterizado por sudor frío, bradicardia, temblor, etc.; conocida es la influencia de los afectos sobre las secreciones ovárica, láctea, lacrimal, salival; el dolor contrae las pupilas; el miedo las dilata; la pesadumbre y los disgustos encanecen los cabellos; un terror intenso puede provocar una rápida canicie, etc., etc.

Todos estos hechos demuestran que las manifestaciones somáticas forman parte de los afectos y, según la teoría de JAMES-LANGE, las emociones no serían más que la concienciación de estos cambios corporales, pasando así a ser causa de la afectividad lo que se considera como afecto. Por lo tanto, según estos autores, se siente ira porque se pega; se está triste porque se llora; se teme porque se tiembla. Esta hipótesis se apoya principalmente en que se pueden provocar estados afectivos artificialmente a semejanza de la alegría alcohólica, la calma brómica o la excitación adrenalínica. Lo que sin duda sucede es que una vez originado el afecto, las modificaciones fisiológicas concomitantes refuerzan el sentimiento. He aquí por qué dudamos de la sinceridad de las emociones que no van acompañadas de sus correspondientes manifestaciones orgánicas. Recientemente, LLOPIS, en un magistral y agudísimo estudio psicopatológico comenta la teoría de W. JAMES y C. LANGE, diciendo: «Es verdad que toda impresión sensorial es una experiencia psíquica, pero una experiencia psíquica de algo que no es psíquico. Una impresión sensorial patológica es una manifestación subjetiva, es decir, psíquica de un trastorno del organismo; pero no es en sí un trastorno psíquico; la psique o la conciencia se limita aquí a tomar conocimiento de una anomalía orgánica. Lo mismo puede decirse de los afectos; incluso de los trastornos más puros, los que parecen menos ligados a sensaciones orgánicas anormales, no son tampoco en sí expresión de trastornos psíquicos, sino de trastornos somáticos; lo patológico en ellos es el conjunto de las alteraciones corporales — endocrinas, vegetativas, etc. — que sirven de base al afecto, pero no es el afecto mismo, que no es más que el conocimiento normal de aquel estado somático.»

3.º *La afectividad tiene tendencia a la imposición y a la represión.* — Los afectos nos obligan a reparar en ellos, imponiéndose y arrastrando a la psique totalmente hacia una conducta determinada. El amor, el odio, la ira, favorecen a todas

las asociaciones que ayudan al logro de su objetivo e inhiben a aquellas que se oponen.

Cuando los afectos son insoportables por cualquiera causa — motivos éticos, de fracaso, etc. —, la psique tiende a reprimirlos, olvidándolos, irradiándolos, anulando el juicio de realidad o utilizando los diversos mecanismos represores que constituyen el fundamento de la psicología freudiana del subconsciente.

4.º *La afectividad se transfiere.* — Esta propiedad de la vida afectiva se comprenderá perfectamente recordando el hecho, de todos conocido, de cómo se aborrece a la ciudad o al lugar donde nos ha sucedido algo desagradable o cómo se transmite el odio a la persona que nos es portadora de una noticia odiosa o ha sido copartícipe casual de una ofensa.

En ciertas tribus africanas los indígenas mienten constantemente con arreglo a los deseos del que interroga. Así, por ejemplo, si son interrogados sobre la llegada de una persona a quien se espera con ansiedad, responden afirmativamente aun cuando no haya llegado, con lo que el interrogador queda satisfecho... hasta que comprueba la mentira. ¡Cuánta cautela necesitamos los médicos y especialmente los psiquiatras, para no hacernos odiosos con nuestros diagnósticos y principalmente con nuestros pronósticos!

5.º *Los afectos duran más tiempo que la experiencia desencadenante.* — Muchas veces sólo algún tiempo después de la ofensa o de la muerte de una persona querida, se transforman, respectivamente, el odio en furor y la pena en desesperación.

6.º *Los afectos influyen intensamente sobre los juicios.* — Numerosos ejemplos podríamos poner de cómo los afectos influyen sobre las asociaciones dando lugar a juicios equivocados (*Catatimia*).

Durante las guerras, ambos bandos contendientes creen y afirman sinceramente que de su parte está la razón y la justicia. El miedo y la ira conducen a las persuasiones más disparatadas. La ceguera del amor es proverbial. Cuando un investigador lanza una teoría en la que ha cifrado grandes ilusiones, aunque luego sea demostrada errónea, la defenderá quizá toda su vida porque la afectividad no le dejará ver más que aquellos argumentos en pro y no le permitirá percatarse de las razones en contra.

Cuando la afectividad invade más profusamente, el psiquismo da lugar — en lo patológico — a trastornos más generales (*holotimia*) como, por ejemplo, el delirio de grandezas maniaco o las ideas melancólicas de autoempequeñecimiento.

7.º *Ambivalencia de la afectividad.* — Muchas veces deseamos algo que de momento nos sería agradable; pero simultáneamente no lo deseamos porque tememos que en el futuro nos acarree desagradables consecuencias. Muchas madres son ambivalentes ante su hijo: le aman porque es suyo y le odian por proceder de un padre aborrecido. Otros ejemplos de ambivalencia sentimental podríamos poner; pero lo que nos interesa destacar en seguida es que la ambivalencia origina un conflicto que el individuo normal resuelve en más o menos tiempo, decantándose hacia una u otra tendencia. No sucede así en los neuróticos y en los esquizofrénicos, en quienes es frecuente que se ame y odie, por ejemplo, al mismo tiempo, llegando, en ocasiones, a odiar, por caso, al hijo hasta el asesinato y a llorar después desconsoladoramente su muerte.

8.º *La afectividad nos enlaza con el tiempo.* — En opinión del gran psicólogo alemán BLEULER, cuanto más inteligente y culto es un individuo, tanto menos vive el presente y tanto más importante se hacen para él el pasado y el futuro.

El pasado es una parte de nuestra personalidad. La indignación por el «atropello» sufrido; los remordimientos por la injusticia cometida; el dolor por la pérdida de un familiar, etc., nos enlazan al pasado y pueden hacer nuestro presente amargo. Pero generalmente el tiempo hace olvidar «cicatrizando» todos los pesares, especialmente los corporales ya que éstos, aunque inmediatamente después de la experiencia se recuerdan con horror, poco después se olvidan casi por completo, como sucede, por ejemplo, en las mujeres, con los dolores del parto.

Las vivencias desagradables, se conservan mucho peor, afortunadamente, que

las agradables. Aún más: con el transcurrir del tiempo los recuerdos desagradables van modificando su contenido, hasta el extremo de que las personas que escriben su diario, propenden a situar el error, cuando releen un suceso pasado ingrato que han olvidado, en el diario y no en su memoria. Por el contrario, los recuerdos agradables reviven con asombrosa facilidad: de todos es conocida la frase de «que cualquiera tiempo pasado fué mejor» y también es del dominio general observar cómo los ancianos son los panegiristas de los tiempos pasados.

El futuro todavía nos domina de un modo más claro y más general. La preocupación, la esperanza y el deseo, determinan una gran parte de nuestra conducta actual. El hombre aspira a crearse un futuro con el mayor placer e invierte en ello gran parte de las energías. La fantasía le ayuda a estè proyectar felicidades.

9.º *La afectividad es hasta cierto punto independiente de la inteligencia.*—En la idiocia no es raro que exista junto a la miseria intelectual una gran riqueza afectiva. Visitamos nosotros, por ejemplo, a un oligofrénico cuya bulimia era tan intensa que ingería hasta los desperdicios de frutas que encontraba en las basuras. Sin embargo, se hubiera dejado morir de hambre antes de comer algo — aunque fuera el más sabroso manjar — que hubiera sido tocado por su hermano mayor, a quien odiaba violentísimamente porque, en cierta ocasión, pegó a su madre, que era amada por el oligofrénico con tan intenso amor filial que sería difícil describir. Cuando alguien censuraba algún acto de su madre, emitía una especie de gruñidos y adoptaba una actitud amenazadora.

En la imbecilidad es frecuente una exquisita sensibilidad artística especialmente para la música. Por lo demás, el desarrollo intelectual no corresponde al afectivo. Mucho antes de saber leer y escribir se sabe amar, gozar, odiar, sufrir. BLEULER dice que «quien no pase intelectualmente del nivel de un niño es un idiota; mas quien conserve la afectividad del niño no estará menos provisto de sentimientos que un individuo normal.»

Si la afectividad es hasta cierto punto independiente de la inteligencia, no así la inteligencia de la afectividad. Apenas se concibe un intenso esfuerzo intelectual sin objetivo alguno. «Las grandes ideas nacen del corazón», ha dicho VAUVENARQUES.

10. *Resultados de la presencia de varios afectos, y relación entre la intensidad de las emociones y su tiempo de vivencia.*— Todo afecto se intensifica ante la presencia exterior de su contrario. A este proceso se denomina *Ley del contraste*. Ejemplos: El placer del hogar caliente es más intenso cuando el frío impera en la calle. El desagrado de la miseria aumenta ante la abundancia. La tristeza crece en un ambiente alegre.

Se denomina «sentimiento mixto» al producido por la unión de dos sentimientos, uno de los cuales es requisito necesario para el otro. Ejemplos: El placer de la velocidad, del alpinismo o de las cacerías de leones no sería posible sin el peligro.

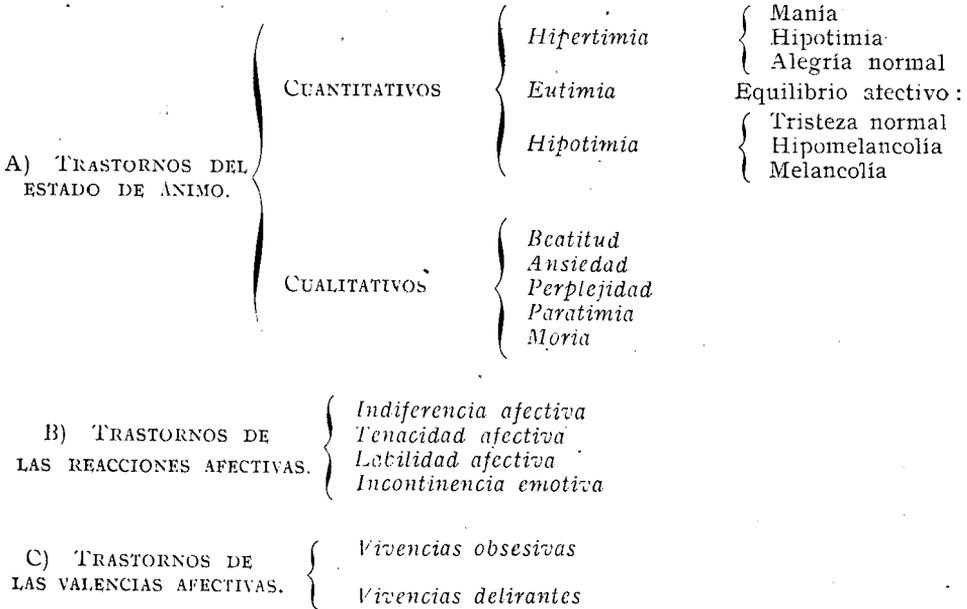
En cuanto a la relación entre la intensidad de los afectos y tiempo de duración, podríamos decir «que la intensidad del placer es inversamente proporcional a su duración; mientras que para el dolor sucede lo contrario». Dicho de otra manera: Se puede llegar al dolor por exceso en el tiempo de placer; pero es imposible llegar al placer por excesiva duración del dolor.

### III. TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD

Hemos hablado en la primera parte de tres conceptos que considerábamos importantes para el estudio clínico de los trastornos afectivos. Nos referimos al estado de ánimo, a la reacción afectiva, y a las valencias afectivas. El estado de ánimo oscila entre la *alegría* y la *tristeza* en una escala (*escala diatésica*) cuyos polos son la *manía* y la *melancolía*; la reacción afectiva va de la *irritabilidad* a la *indiferencia* (*escala psicoestésica*): *furia* y *apatía* son sus extremos; y las valencias afectivas vibran entre la *serenidad* y la *inquietud*: sus extremos se llaman, de una parte, *beatitud* (suprema serenidad y armonía), y de otra, *ansiedad* (inquietud máxima).

El cuadro adjunto, tomado en sus líneas generales de VALLEJO NÁJERA pretende únicamente facilidades didácticas pues, por ahora, sistema y método son imposibles en la afectividad.

TRASTORNOS DE LA AFECTIVIDAD



Estudiaremos brevemente cada uno de estos trastornos.

A) *Trastornos del estado fundamental del ánimo.* — La eutimia o equilibrio afectivo puede romperse por múltiples motivos y dar origen a varias formas de perturbaciones afectivas. La primera división que establecemos es en trastornos cuantitativos y cualitativos a la manera que en las perturbaciones del ritmo cardíaco podríamos hablar de trastornos cuantitativos — taquicardia y bradicardia — y trastornos cualitativos — arritmias —.

a) CUANTITATIVOS. — Si recordamos que la eutimia es aquel estado de ánimo que no es ni levantado ni deprimido, ni tenso ni relajado, ni agradable ni desagradable, comprenderemos en seguida que aquellos estados de ánimo levantados tensos y agradables, corresponderán a la hipertimia, y aquellos otros caracterizados por la depresión, la relajación y el desagrado pertenecerán a la hipotimia. Pero tanto unos como otros no son, en definitiva, más que desviaciones de la alegría y de la tristeza normales, por lo cual nos referimos primeramente a éstas, seguidamente a los estados hipomaniacos e hipomelancólicos y terminaremos esbozando brevemente la manía y la melancolia.

1. *Alegría.* — La alegría es un afecto activador agradable que facilita la risa placentera y expresa el bienestar momentáneo del espíritu y del cuerpo.

Las características fundamentales de la alegría son: la tendencia a perseverar indefinidamente en su causa, ser motivada racionalmente y ser psicológicamente comprensible.

La alegría nace de las más variadas vivencias: de la satisfacción de los instintos, del trabajo realizado a gusto, del deporte, del descanso, de la paternidad, de la tranquilidad de conciencia, etc.

La alegría facilita los movimientos corporales e intelectuales.

La forma más intensa de alegría es el sentimiento de felicidad que estudiaremos al referirnos al éxtasis.

La alegría, sin entrar en la patología, puede alcanzar grados maniacos cuando la intensidad del estímulo alegrador es extraordinaria. Así, por ejemplo, Hitler,

cuando supo la conquista de París por las tropas alemanas, daba materialmente saltos de alegría, como se ve en un documental cinematográfico. Por otra parte, ¿quién no ha visto manifestaciones maníacas de alegría en los toros o en el fútbol?

2. Tristeza. — La tristeza es una emoción inhibidora displaciente que propende al llanto desagradable y expresa el malestar momentáneo de la personalidad somatopsíquica.

La tristeza se manifiesta por el llanto, los sollozos, las quejas, que sirven, entre otras cosas, como mecanismo utilitario para llamar la atención y conseguir la ayuda oportuna.

FRÖBES formula las «leyes de la tristeza» refiriéndose a hechos de observación:

1.ª Ley. — «La tristeza es mayor cuando la causa entristecedora se presenta inesperadamente». Por eso se deben dar las malas noticias por partes, es decir, gradualmente.

2.ª Ley. — «La tristeza disminuye cuando es compartida». Por eso la tristeza es más dolorosa cuando se mantiene oculta. Conocida es la frase paradójica que dice: «Alegría compartida es doble alegría, tristeza compartida es medio tristeza».

La tristeza inhibe los movimientos corporales e intelectuales.

La tristeza, sin entrar en lo patológico, pueden alcanzar grados melancólicos, cuando la causa entristecedora es muy intensa. La tristeza que experimentó Hitler, para servirnos del mismo ejemplo, al ver, tras años de sueños y semirrealidades de dominio mundial, que no podía disponer ni de su propio hogar, le llevó al suicidio.

Antes de pasar a referirnos a la hipomanía, diremos que, dentro de lo normal, existen individuos que matizan de alegría todas sus experiencias vitales, siendo para ellos el pasado lo que debió ser y viendo el futuro con optimismo. Por el contrario, existen otros «eternos quejumbrosos» cuyo pasado está matizado de tristeza y cuya disposición sentimental ante el porvenir es pesimista. Por último, otros oscilan continuamente entre ligeras depresiones y excitaciones: son los *ciclotímicos*.

3. Hipomanía. — La hipomanía es una hipertimia patológica inocultable. Los hipomaniacos viven en desbordante y permanente alegría; su simpatía es extraordinaria; su sexualidad hiperestésica; el pensamiento fácil, pero superficial; el juicio rápido, pero débil; emprenden mil negocios, aunque su inconstancia hace que acaben muy pocos; su actividad y simpatía son contagiosas, por lo que, sin que se les pueda achacar mala fe, convencen fácilmente a los demás induciéndoles a empresas arriesgadas que casi siempre conducen al fracaso; se sitúan rápidamente en todos los ambientes haciendo múltiples amigos que luego abandonan porque su fugacidad los hace infieles y poco cumplidores de promesas y compromisos; en porte, aspecto y vestir, son juveniles; su risa constante; todo lo ven de color de rosa y el chiste es frecuente y sin maldad; sin proponérselo son el centro de todas las reuniones y su ausencia es notada por todos; son expansivos en todos sus actos, en ocasiones pendencieros y siempre mentirosos; su fantasía es desbordante y su humor inmejorable; generalmente de figura pícnica, son glotones y grandes bebedores; su irritabilidad es intensa, pero fugaz; derrochan fortunas y la frivolidad es el denominador común de su conducta.

Pertencen a este grupo, entre otros, ciertos estados de la psicosis maniaco-depresiva, gran parte de los psicópatas hipertímicos y muchas veces los comienzos de la P. G. P.

El estado hipomaniaco suele persistir toda la vida en los psicópatas hipertímicos; pero en los otros casos, pasa a ocupar periódicamente cualquiera de las posturas posibles entre la manía y la melancolía.

4. Hipomelancolía. — La hipomelancolía o estado submelancólico o, subdepresivo, es una hipotimia patológica. Los enfermos viven malhumorados y tristes; el trabajo es para ellos una tortura; la sociedad les molesta; el porvenir lo presienten negro y amenazante; todo se toma demasiado en serio; falta la capacidad para la alegría a la que, en ocasiones, desprecian como cosa vulgar; a pesar de todo, realizan bien el trabajo aun a costa de grandes esfuerzos que emplean tam-

bién en encubrir la tristeza y la amargura interiores; no son emprendedores y todo lo que se aparta de lo habitual le es penoso y desagradable; los movimientos y el pensamiento son perezosos; con frecuencia son cuidadosos en el vestir, pues ello ayuda a encubrir su malestar interior.

Pertenecen a este grupo, entre otros, ciertos estados de la p. m. d., gran parte de los psicópatas depresivos e hipocondríacos y ciertas formas de la P. G. P.

Los psicópatas depresivos y los hipocondríacos, suelen permanecer en su estado depresivo indefinidamente; pero las otras formas, especialmente las pertenecientes a la p. m. d. pueden ocupar un grado cualquiera de la escala en cuyos polos están la manía y la melancolía.

5. Manía. — Es el grado máximo de la hipertimia. Se caracteriza por tres trastornos fundamentales:

Primero: Euforia patológica. — La alegría maniaca, que generalmente irrumpe bruscamente, es una euforia vital intensísima e inmotivada. En el maniaco las energías vitales se manifiestan tempestuosamente. El temple general y el sentimiento vital, tensos al máximo, levantan un sentimiento de poder inmenso y de fuerza indecible que origina, en ocasiones, sin que pueda oponerse la lucidez del sensorio, ideas delirantes de grandeza que, medio en broma medio en serio, elevan al maniaco a la categoría de aristócrata, de príncipe, de héroe omnipotente. Su labilidad afectiva es tan extraordinaria que algunos autores la califican de «fuga de sentimientos», pasando de un afecto a otro con sorprendente facilidad y rapidez, y *concordando respectivamente*, por ejemplo, las ideas coléricas, alegres o tristes, con la cólera, la alegría y la tristeza, y éstas con los insultos, la risa y el llanto que también son simultáneas con las amenazas, los expansivos movimientos de alegría y las actitudes de pesadumbre.

Segundo: Taquipsiquia. — En la manía todas las funciones psíquicas están aceleradas al máximo. Los pensamientos surgen rapidísima e incesantemente. No es posible mantener la idea directriz y hace su aparición la *fuga de ideas*. Todo lo ambiental, hasta en los más nimios detalles, despierta el interés del maniaco hipervigilante: se percata de todo aunque en nada se detiene. La verborrea es incesante: se diría que el psiquismo a presión del maniaco, se vierte torrencialmente en forma de asociaciones por asonancia, gritos, cantos, chanzas, imprecaciones, insultos, blasfemias, etc., en consonancia con la fuga de ideas y la inestabilidad afectiva.

Tercero: Hiperquinesia. — Dejemos a VALLEJO NÁGERA, clínico expertísimo, que nos describa la exaltación de movimientos del maniaco: «... Empero, como la taquipsiquia tiene asimismo manifestaciones psicomotrices, se engendra en el maniaco una *necesidad de actividad muscular*, exteriorizada en sus kilométricas caminatas, también en gesticulaciones, gritos, cánticos, voces amenazadoras y soliloquios.

El maniaco ha de estar ocupado todos los instantes y en cada instante hará una cosa distinta, que así lo imponen la versatilidad de la atención y la labilidad afectiva. Cierta es que sus actos son numerosos y siempre distintos, pero todos ellos sin propósito ni coordinación, nunca terminados, pues apenas comienza uno emprende otro diferente. Bruscamente concibe la idea de que la casa ha de reorganizarse, cambiarse los muebles de las habitaciones, distribuirse de forma distinta los armarios, llevar la despensa al salón que está más aireado. En el curso de la ejecución cambia de idea y, como no lo detienen los obstáculos más imprevistos ni termina lo que ha comenzado, pronto reina el caos en el hogar del maniaco, y se convencen los familiares de la necesidad del internamiento, tanto más cuanto que la menor contradicción le irrita y hace violento, llegando fácilmente a las agresiones de palabra y obra...»

Añadiremos, para terminar esta descripción, que, en los estados maniacos agudos, ni la afonía es suficiente para que cesen verborrea, gritos y cantos; ni el hambre ni la sed, a las que son insensibles, detienen su agitación; ni medio alguno convulsivamente a químico bastan para cohibir su hiperfrenia; ni ceden por el cansancio que no conocen; ni existe medio alguno práctico para coartar su hiperquinesia a no ser la ligadura que, dicho sea en honor a la verdad, todavía se emplea aunque ciertamente no sé prodigue.

6. Melancolía. — Denominada también lipemania (lipé, tristeza) o cacoforia (cacós, malo, anormal; foria, conducta), su sintomatología es el reverso del estado maniaco: tristeza inmotivada intensísima que conduce frecuentemente al suicidio o a su intento; grave inhibición del psiquismo que, a veces, lleva al mutismo; y tal pobreza de movimientos que, en ocasiones, es una verdadera parálisis psicodépresiva que mantiene al enfermo inmóvil.

Invadido el melancólico de una profunda tristeza, sintiéndose vitalmente en ruinas, pobre de ideas y de movimientos, falto de voluntad y sin esperanza alguna de curación, no es de extrañar que prenda en él ideas delirantes de culpabilidad, de expiación, hipocondríacas y de indignidad. «Sólo el suicidio — siente más que piensa el melancólico — puede acabar con tanta miseria». Y así es, desgraciadamente, muchas veces.

De las variadas formas y grados en que se presenta esta afección, sólo queremos citar dos: la *melancolía estupurosa* que mantiene al enfermo inmóvil e insensible durante largo tiempo, y la *melancolía ansiosa* en la que, como su denominación indica, se unen tristeza y ansiedad, formando el síndrome más digno de compasión de toda la Patología. Digamos, de paso, que, afortunadamente, contamos hoy, para combatir la melancolía, con un tratamiento específico: la terapéutica convulsivante.

Diremos, para terminar, lo que se refiere a los trastornos del estado de ánimo, que los síndromes hiper e hipotímicos se presentan con la más diversa periodicidad, tanto aisladamente como alternando en las múltiples formas de la p. m. d.

b) CUALITATIVOS. — Nos limitaremos a describir brevísimamente algunos de los trastornos cualitativos de la afectividad.

1. Beatitud o bienaventuranza. — Es un estado emocional cuya causa es la suprema armonía de la personalidad en sí misma y con lo ambiental.

Es un estupor feliz. Es el reverso de la ansiedad. Si el sueño pudiera realizarse conscientemente, nos proporcionaría un sentimiento muy parecido a la beatitud. El bienestar del morfomano hace pensar en un sentimiento análogo.

El estado de beatitud se presenta, en ocasiones, en la epilepsia, en la esquizofrenia, en p. m. d. y en la histeria.

El más alto grado de beatitud es el éxtasis. La expresión «caer en éxtasis», expresa implícitamente su calidad de posesión, de entrega, de unión gozosa inefable con el arte — éxtasis artístico —, con la filosofía — éxtasis filosófico — o con lo sobrenatural — éxtasis místico.

2. Ansiedad. — Es un estado afectivo originado por conflictos intrapsíquicos que no derivan normalmente y llevan al psiquismo a una crisis de inseguridad, incertidumbre e irresolución que se exterioriza por un síndrome denominado angustia, caracterizado, entre otros síntomas, por bradicardia, sudor frío, disfagia por hipertonia de los músculos deglutores, inquietud motora, constricción cardíaca y a veces, vértigos y lipotimia. (Un tono menor de la angustia es la inquietud).

La angustia se observa principalmente en la neurosis obsesiva y en algunas formas de melancolía.

3. Perplejidad. — Es la reacción del espíritu ante toda vivencia inesperada. Todo lo inesperado nos deja perplejos; luego surge la emoción correspondiente a la vivencia. Ejemplo: Si al llegar a nuestra casa viéramos encima de una mesa una gran cantidad de dinero, abiertos los ojos al máximo, surcada de arrugas horizontales la frente y proyectado hacia adelante el labio inferior, quedaríamos, primero, perplejos, y luego, manifestaríamos alegría.

En lo patológico, la perplejidad se observa principalmente en la esquizofrenia y sobre todo, como es natural, en sus comienzos en los que trastornos inesperados sorprenden al enfermo: le parece que todo el mundo le mira, el pensamiento se le interrumpe, se siente influenciado, etc. La concienciación de estos trastornos le produce profunda extrañeza. Más adelante, pueden no extrañarle estos síntomas; pero hasta las más vulgares vivencias cotidianas tienen para él una nueva e inesperada significación, lo cual le llena nuevamente de perplejidad. Un ejem-

plo, tomado de STORRING, evidenciará esto último. Dice este autor, que un esquizofrénico le refería, muy extrañado, lo siguiente: «Llegó una señorita con un coche de niño, y el niño llevaba una gorrita. Y después apareció un perro en la esquina y un hombre silbó. Y después llegaron dos muchachas cogidas del brazo y un obrero con una escalera. ¡Era sencillamente espantoso!»

4. Paratimia. — Ya la hemos citado antes. Es el humor paradójico. Ejemplo: Experimentar alegría por una vivencia triste.

5. Movia. — Etimológicamente significa estupidez. Se caracteriza por una alegría estúpida acompañada de puerilismo.

Puede presentarse en tumores del lóbulo frontal.

B) *Trastornos de la reacción afectiva.* — Citaremos brevemente los trastornos más importantes de la reacción afectiva. Apenas haremos más que enumerarlos, pues su denominación ya expresa su significado.

1. Indiferencia afectiva. — Es la ausencia o por lo menos la intensa disminución de reacción afectiva.

Este trastorno afectivo se presenta principalmente en la esquizofrenia. Muchos esquizofrénicos permanecen indiferentes a todo lo que les rodea. Interiorizados, lo ambiental no cuenta para ellos. Nada despierta ni su interés ni su atención. A tal grado llega, en ocasiones, esta indiferencia afectiva, que algunos autores han denominado a la esquizofrenia «demencia afectiva». Sin embargo, BLEULER rebate este criterio asegurando que más que ausencia de afectividad, es dificultad de exteriorizarla, a causa del trastorno del pensamiento.

2. Tenacidad afectiva. — La tenacidad, adherencia o perseveración afectiva, es un trastorno típico de la epilepsia. Una vez vivenciado un afecto, tarda en desaparecer, permaneciendo largo tiempo. «La perseveración epiléptica, dice BLEULER, se demuestra en los afectos lo mismo que en el curso del pensamiento.»

3. Labilidad afectiva. — Es el reverso de la tenacidad. Los sentimientos se despiertan y cambian rápida y bruscamente. La labilidad afectiva caracteriza las afectividades infantil y senil. Este trastorno, está intensificado en las psicosis seniles.

4. Incontinencia emotiva. — Suele acompañar a la labilidad. Consiste tanto en la facilidad para producirse los afectos como en la dificultad para contenerlos. «La simple lectura de un diario — dice VALLEJO NÁJERA — es suficiente para provocar intensísima emoción que se exterioriza en la mímica y en el gesto.»

Se presenta este trastorno principalmente en las psicosis seniles.

C) *Trastornos de las valencias afectivas.* — Recordemos que valencias afectivas son contenidos mentales saturados de afectividad. Los principales trastornos de las valencias afectivas son: las ideas delirantes y las vivencias obsesivas.

Corresponde estudiar en esta lección las vivencias obsesivas que constituyen el síntoma más aparente de la neurosis obsesiva (\*)

Dividiremos su estudio en cuatro partes: definición, clínica, clasificación y génesis.

(\*) Como curiosidad y como indicativo de la diferente interpretación que han merecido la neurosis obsesiva y las obsesiones, enumeraremos algunos de los diferentes nombres con los que se les conoce y que hemos ido recopilando durante su estudio: Monomanías sin delirio o instintivas (ESQUIROL, 1838), Delirio emotivo (MOREL, 1866), Locura de la duda (FALRET, 1866), Delirio abortivo (WESTPHAL, 1877), Neurosis emocional (BERGEA, 1878), Ideas fijas (BUCCOLA, 1880), Ideas incoercibles (TAMBURINI, 1883), Ideas asediantes o paranoia rudimentaria (MORSELLI, 1885), Escrupulosos morales (KOC, 1888), Ideas imperativas (HACK-TUKE, 1894), Neurosis de angustia (FREUD, 1895), Parapatía anankástica (DONAT 1897), Psicastenia (JANET, 1902), Enfermedad de la voluntad (GILBERT BALLE, 1903), Psicópatas inseguros de sí mismos (SCHNEIDER, 1918), Psicópatas sensitivos (KRETSCHMER, 1927). Actualmente se tiende a denominarla Psicosis obsesiva.

1.º Definición. — Define SCHNEIDER la obsesión en esta forma: «Se habla de obsesión cuando alguien no puede reprimir contenidos de la conciencia a pesar de juzgarlos como absurdos o de estimar que dominan o persisten sin motivo.»

Más explícita es la definición que se desprende de la *doctrina reactiva dinámica* de KRETSCHMER. Para este autor, en la relación entre las vivencias y el psiquismo, han tenerse en cuenta cuatro fuerzas o capacidades: *capacidad de impresión, capacidad de retención, capacidad de actividad intrapsíquica y capacidad de derivación*. La desproporción cuantitativa de estas capacidades da lugar a tres tipos de reacciones: *primitiva, expansiva y sensitiva*. Al caso de las vivencias obsesivas corresponde la reacción sensitiva, es decir, el estado obsesivo «es la retención de vivencias con una viva actividad intrapsíquica y una defectuosa capacidad de derivación.»

Pero el concepto de obsesión se comprenderá mejor con los ejemplos que pondremos, a renglón seguido, para diferenciar la idea obsesiva de la idea fija.

La *idea obsesiva* es compulsiva, es decir, es considerada como subjetivamente impuesta contra la voluntad del sujeto. Es, además, reconocida por el enfermo como absurda y patológica. Ejemplo: Habiendo ido al dentista una de nuestras enfermas, por cierto de magnífica y completa dentadura, a quitarse el sarro dentario, tuvo al salir el pensamiento de que quizá le habían extraído un molar. Esta idea fué rápidamente rechazada como absurda; pero «para estar más segura», deslizó la lengua a lo largo de las arcadas dentarias pudiendo comprobar así lo inmotivado de su temor. A pesar de ello y reconociendo que «cometía una tonturía», sacó el espejo de su bolso y se miró detenidamente su dentadura. Al llegar a su casa, expresó su temor a sus familiares, quienes le dijeron, despectivamente, «que estaba cargada de manías». Al día siguiente pensó que lo mejor sería ir a preguntárselo al propio dentista, y así lo hizo, a sabiendas de que cometía una nueva estupidez y de que el dentista la tomaría por loca. El odontólogo, hecha la pertinente comprobación, aseguró a la enferma la integridad de su dentadura, con lo cual quedó momentáneamente tranquilizada. No tardaron en reaparecer de nuevo sus temores, que persistían tres años después, fecha en que vino a la consulta del dispensario. Durante todo este tiempo la enferma se vió obligada, en contra de su voluntad y comprendiendo lo absurdo de su conducta, a hacerse visitar por numerosos dentistas. Su madre ha tenido que esconder todos los espejos de la casa, pues constantemente se estaba mirando la boca en ellos, introduciéndose uno en la boca y comprobando con el otro, por reflexión, «para estar más segura», la inexistencia de vacío alguno en sus arcadas dentarias. Día y noche los pasaba últimamente en estas comprobaciones, por lo cual tuvo que abandonar el trabajo. La enferma nos comunica que ya sabe que no le falta ninguna muela; pero que no puede quitarse de la cabeza la manía de que le falta. Esto es una idea obsesiva.

La *idea fija*, tiene de común con la idea obsesiva, el estar saturada de afectividad y el permanecer constantemente en la conciencia; pero no es compulsiva ni es considerada como absurda y patológica por el sujeto. Ejemplo: Preguntáronle a Newton cómo había descubierto la ley de la gravitación universal, a lo que respondió: «Pensando siempre en ello». Esto es una idea fija (\*)

2.º Clínica. — Ante todo digamos que entre el estado obsesivo y ciertas vivencias normales no hay más que una diferencia de grado. Así, el temor obsesivo a la oscuridad no es más que la exageración del miedo normal a la noche; y el temor obsesivo al contagio, por el cual el neurótico se lava innumerables veces las manos hasta producirse serias dermatitis, no es más que la exageración del miedo normal a la infección. Por otra parte, sabido es que en la infancia es normal el verse compelido a pisar las rayas del pavimento o a no pisarlas o a caminar por el borde de la acera sin caerse, etc.

El obsesivo, generalmente asténico o atlético, es pulcro, ordenado metódico, irritable, hipersensible, frecuentísimamente hipocondríaco.

El denominador común de todos los obsesivos es la ansiedad acompañada de su manifestación corporal: la angustia. Esta se presenta en forma paroxística, con

(\*) Una madre que ha perdido a su hijo no puede «quitarse de la cabeza» su recuerdo. Idea fija.

lo que el obsesivo evidencia su inserción ictafin. Además, en todo estado obsesivo hay siempre un grado mayor o menor de obnubilación de la conciencia. La pretendida lucidez del obsesivo no es cierta, pues en estado de lucidez normal de la conciencia no podrían insertarse contenidos absurdos permanentes. Que el enfermo reconozca la absurdidad de sus vivencias no quiere decir que su estado de conciencia sea normal.

Para MICKLE, la ansiedad se originaría por lo que se ha denominado las 3 D de MICKLE: Dread (temor), Doubt (duda), Deed (acción insuficiente) que «traducidas» al español serían las 3 I: Inseguridad, Incertidumbre, Irresolución.

La casuística de las vivencias obsesivas es de lo más vario y original de la psiquiatría.

Un obsesivo, por cierto médico, se veía obligado para «cerciorarse» de si había cerrado la puerta de su piso — el quinto — a subir cuando ya estaba en la calle. Decidió, sensatamente, trasladarse a un entresuelo.

Una enferma, desde el día que oyó, durante el entierro de su hijo, el «rascayú», tocado por un organillero, no puede «quitarse de la cabeza» la macabra música.

Otra, constantemente se moja los dedos con saliva para comprobar si en ella hay sangre, pues nota su gusto en la boca y teme estar tuberculosa a pesar de que comprende que su salud es inmejorable.

Un ex legionario no puede dejar de oír el himno de la Legión, viéndose obligado a cantarlo e incluso a marchar a su compás.

Una obsesiva no puede ver objetos puntiagudos sin que le asalte inmediatamente el impulso obsesivo de sacar los ojos a su hijita. Se ha visto precisada a esconder todos los instrumentos punzantes.

STROHMAYER refiere el caso de un niño que sólo comía los alimentos en orden alfabético: carne, compota, plátano, sopa.

Recordemos que la obsesión — nunca única — no es más que el síntoma más aparente de la enfermedad, y añadamos que la obsesión se presenta, en lo normal, en los estados de fatiga y, en lo patológico, principalmente, en la neurosis obsesiva, en la esquizofrenia, en la melancolía, y en los síndromes encefalíticos.

3.º Clasificación. — Hemos dividido las vivencias obsesivas — siguiendo a SCHNEIDER — en representaciones, sentimientos, temores e impulsos. De todos ellos pueden originarse los actos y las omisiones obsesivas. Pero de una manera general se puede decir: que de los temores obsesivos o fobias provienen las omisiones obsesivas, y de los impulsos obsesivos los actos obsesivos. Muchos de los actos o de las omisiones obsesivos son mecanismos de defensa contra la obsesión, por lo que la conducta del obsesivo es extraña e incomprensible. Todos estos mecanismos de defensa constituyen lo que se denomina *ceremonial del obsesivo*.

El cuadro adjunto pretende dar una visión sinóptica de las vivencias obsesivas.

#### VIVENCIAS OBSESIVAS

- |  |   |  |
|--|---|--|
| A) Representaciones obsesivas<br>o alucinaciones obsesivas | } | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ópticas. Ejemplo: «Imágenes durante la oración».</li> <li>2. Auditivas.</li> <li>3. Gustativas. (Muy raras).</li> <li>4. Olfativas. (Muy raras).</li> <li>5. Táctiles. (Muy raras).</li> </ol>   |
| B) Sentimientos obsesivos                                  | } | <p>«Emociones rechazadas como incomprensibles y absurdas. Ejemplo: No poder reprimir la risa durante los pesames.</p>  |
| C) Pensamientos obsesivos                                  | } | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntas obsesivas. Ejemplos: ¿Hay infierno? ¿Existe el infinito? ¿Tiene límites el mundo?</li> <li>2. Dudas obsesivas o locura de dudar. Ejemplos: ¿Me habré equivocado en la receta? ¿Estará cerrada la llave del gas? ¿Habré puesto sello a la carta? ¿Me moriré mientras duerma?</li> </ol> |

## D) Temores obsesivos o fobias

1. Pantofobia, fobofobia o panofobia: miedo difuso a todo.
  - a) Objetos: misofobia—polvo—, ecmofobia — objetos puntiagudos...
  - b) Actos: «Trac de los artistas, peluqueros, conferenciantes. Grafofobia — escribir —, ...
  - c) Lugares o topofobias: agorafobia — espacios abiertos —, claustrofobia — espacios cerrados...
2. Monofobias:
  - d) Elementos: anemofobia — viento —, hidrofobia — agua...
  - e) Dismorfofobias o anomalías corporales: obesofobia—gordura—, tricofobia — pelos...
  - f) Fisiotobias: ereutofobia—rubor —, ehidrofobia — sudor...
  - g) Patofobias o nosofobias: sífilofobia, tisiófobia, gonococofobia...
  - h) Zoofobias: cinofobia—perros, equinofobia — caballos...

Notas. — Las fobias pueden ser: primitivas — agorafobia — o secundarias — misofobia por temor al contagio. — De las fobias nacen casi siempre las *omisiones obsesivas*: no hacer visitas por temor al rubor, no salir de noche por temor a la oscuridad, etc. Las fobias pueden ocasionar también actos obsesivos: correr por miedo a un perro, etc.

## E) Impulsos obsesivos

1. Primitivos: Aritmomanía — contar —, cleptomanía — robar...
2. Secundarios: Por temor angustioso a los gérmenes que puedan haber en la manivela, abrir la puerta con el codo.
3. Actos obsesivos: De los impulsos obsesivos nacen, como es lógico, los *actos obsesivos*, que pueden ser: primitivos — blasfemia obsesiva, contar obsesivo —, o secundarios lavarse las manos innumerables veces por temor a tener en las manos impurezas o gérmenes contagiantes.

4.º Génesis. — Destaquemos en primer lugar, antes de referirnos a las teorías sobre la génesis de las obsesiones, la importancia del factor hereditario ya que, según CURRAN y GUTTMAN y otros autores, una tercera parte de los padres de los enfermos obsesivos y una quinta de los colaterales suelen mostrar rasgos obsesivos evidentes.

Pasaremos seguidamente rápida revista a las teorías tóxica, neurológica y psicoanalítica, dejando aparte la aplicación de las doctrinas de PAULOV para la explicación de las vivencias obsesivas, y también la hipótesis utilizada por EGAS MONIZ — citado por FUSTER — para sus experiencias de leucotomía prefrontal, que consiste esencialmente en considerar el pensamiento «como producto de excitaciones celulares y combinaciones asociativas de sus conexiones, rápidamente formadas y rápidamente transformadas en nuevas y sucesivas composiciones». En las ideas

obsesivas estas asociaciones se habrían hecho patológicamente fijas y reaccionarían al menor estímulo.

1. Teoría tóxica. — Contra la avalancha de teorías psicoanalíticas, aunque no precisamente como reacción a ellas sino como propio impulso investigador, G. DE CLÉRAMBAULT, creó el concepto, basado en hechos de *automatismo mental* como base principalmente de los fenómenos alucinatorios (HEUYER, PIGEM, AJURIA-GUERRA). Se trataría de fenómenos toxiinfecciosos sutiles que darían lugar no solamente a los trastornos senso-perceptivos sino también a lo que LEVY VALENSI denomina automatismo mental obsesionante. Las ideas fijas del alcoholismo agudo y las pseudoobsesiones de los estados de fatiga, apoyarían la teoría tóxica.

2. Teoría neurológica. — El hecho de observarse fenómenos obsesivos en síndromes encefalíticos dió origen a la teoría neurológica de las vivencias obsesivas. No podemos pasar a su crítica. Únicamente consignaremos que RUNGE — citado por ALBERCA LLORENTE — establece la diferencia entre el síndrome anancástico de la encefalitis y el síndrome obsesivo auténtico: el primero transcurre en medio de una trivolidad que no intranquiliza al enfermo; mientras que el segundo, como hemos visto, experimenta un penosísimo sentimiento de ansiedad.

3. Teoría psicoanalítica. — En lo normal, innumerables veces sustituimos palabras, conceptos y sentimientos ética o socialmente impropios para su manifestación, por otros que veladamente los expresan y que son aptos para ser admitidos sin reparo. Ejemplo: «concho» y «mecachis» — sin significación consciente en lo habitual — son substitutivos de expresiones inadmisibles.

Para los psicoanalistas, las tendencias sádicohomosexuales y otras perversiones instintivas, al ser reprimidas y contenidas en el subconsciente, lucharían por exteriorizarse y lo harían de múltiples formas: las vivencias obsesivas sería una de ellas, siendo su significado desconocido aun para el propio enfermo.

#### IV. EXPLORACIÓN DE LA AFECTIVIDAD

Sin duda, la mejor exploración es realizar una historia clínica completa, intentando ganarnos al enfermo estableciendo con él un buen «rapport» afectivo.

Entre las pruebas exploratorias nos limitaremos a la llamada *prueba de la inestabilidad emocional de Woodworth* que consiste en un cuestionario de 114 preguntas a las que el sujeto debe contestar escuetamente si o no. A continuación reproducimos el referido cuestionario:

1. ¿Se encuentra usted generalmente bien?
2. ¿Duerme usted bien?
3. ¿Despierta con frecuencia asustado por la noche?
4. ¿Sueña usted con frecuencia acerca de su trabajo?
5. ¿Tiene usted pesadillas?
6. ¿Tiene muchos sueños sexuales?
7. ¿Ha andado alguna vez dormido?
8. ¿Tiene a veces la sensación de caerse cuando se va a dormir?
9. ¿Le resuena el pulso en la almohada de modo que le impide el dormir?
10. ¿Le marean ideas o preocupaciones de modo que le dificultan el dormir?
11. ¿Se encuentra cansado por la mañana?
12. ¿Le hacen daño los ojos con frecuencia?
13. ¿Le parece a veces que los objetos se mueven o se borran ante sus ojos?
14. ¿Siente con frecuencia sofocaciones?
15. ¿Le pica mucho la cara?
16. ¿Se pone muy colorado con facilidad?
17. ¿Sufre usted de palpitaciones?
18. ¿Se encuentra casi siempre cansado?
19. ¿Ha tenido usted vértigos?
20. ¿Siente usted molestias en alguna parte del cuerpo?
21. ¿Ha sentido alguna vez una sensación de molesta presión sobre la cabeza?
22. ¿Tiene con frecuencia dolores molestos en el cuerpo?
23. ¿Padece mucho de dolores de cabeza?
24. ¿Se marea en seguida si da vueltas?

25. ¿Se ha desmayado alguna vez?
26. ¿Se desmaya usted con frecuencia?
27. ¿Ha estado ciego, semiciego o sordo alguna vez?
28. ¿Ha tenido alguna vez paralizada una pierna o brazo?
29. ¿Ha perdido la memoria alguna vez durante un cierto tiempo?
30. ¿Tuvo usted una infancia alegre y feliz?
31. ¿Se sentía generalmente contento entre los 14 y los 18 años?
32. ¿Era usted considerado como un mal muchacho?
33. Cuando era niño, ¿le gustaba más jugar solo que con los demás?
34. Los otros niños ¿le dejaban jugar con ellos?
35. ¿Era usted tímido frente a los otros niños?
36. ¿Se escapó usted de su casa alguna vez?
37. ¿Ha sentido usted alguna vez un fuerte deseo de huir del hogar?
38. ¿Su familia le ha tratado siempre con justicia?
39. Los maestros en la escuela ¿le trataban tal como se merecía?
40. Los empleados ¿le han tratado bien, por regla general?
41. ¿Conoce a alguien que esté tratando de hacerle daño?
42. La gente ¿le juzga peor de lo que se merece?
43. ¿Se hace usted amigos con facilidad?
44. ¿Ha estado alguna vez enamorado de una muchacha?
45. ¿Se adapta con facilidad a las nuevas ocupaciones?
46. ¿Encuentra con facilidad en cada caso su línea de conducta?
47. ¿Le gustan las bebidas espirituosas?
48. ¿Cree que la bebida le ha perjudicado?
49. ¿Cree que el tabaco le ha perjudicado?
50. ¿Cree que se ha gastado usted yendo demasiado con mujeres?
51. ¿Se ha gastado usted con un exceso de masturbación?
52. ¿Ha creído usted alguna vez haber perdido su potencia sexual?
53. ¿Ha tenido usted alguna grave conmoción moral?
54. ¿Ha tenido usted alguna vez una visión?
55. ¿Ha tenido usted alguna vez el hábito de tomar narcóticos?
56. ¿Siente usted molestias cuando camina en la oscuridad?
57. ¿Ha sentido usted alguna vez como si alguien le hinoptizase y le hiciese actuar contra su voluntad?
58. ¿Se ha sentido usted alguna vez molesto por la idea de que la gente lee en su frente sus pensamientos?
59. ¿Ha sentido usted alguna vez la sospecha de que usted no era el mismo de antes?
60. ¿Es usted molestado a veces por sentimientos de que las cosas no son reales?
61. ¿Se siente usted a veces molesto por la idea de que hay gente que le observa o le sigue en la calle?
62. ¿Tiene usted miedo de ser aplastado cuando se encuentra entre la multitud?
63. ¿Le molesta tener que pasar un puente sobre un río?
64. ¿Le molesta tener que atravesar un tunel o pasar por debajo de un andamio?
65. ¿Le molesta tener que atravesar una calle muy ancha o una gran plaza?
66. ¿Se siente intranquilo en una habitación pequeña, con la puerta cerrada?
67. ¿Se siente usted muy molesto cuando tiene entre sus manos un trabajo a medio acabar?
68. ¿Le parece que le cuesta mucho concentrarse en el trabajo?
69. ¿Puede trabajar bien cuando hay gente que le mira como trabaja?
70. ¿Se siente atolondrado fácilmente?
71. ¿Puede permanecer sentado largo tiempo sin empezar a mover los pies?
72. ¿Se distrae con facilidad su atención de modo que pierda el hilo de lo que está haciendo?
73. ¿Siente alguna idea particular que le molesta continuamente?
74. ¿Puede usted desempeñar las pequeñas ocupaciones domésticas sin sentirse aburrido por ellas?
75. ¿Siente usted vacilaciones con frecuencia después de haber decidido algo?

76. ¿Se siente usted temeroso de su responsabilidad?
77. ¿Siente usted que se le va el cuerpo hacia delante cuando se encuentra a una gran altura?
78. ¿Por la noche le molesta la idea de que alguien le sigue?
79. ¿Le cuesta orinar en presencia de otras personas?
80. ¿Tiene usted mucho miedo al fuego?
81. ¿Ha sentido a veces un fuerte deseo de incendiar algo?
82. ¿Siente a veces un intenso deseo de robar algo?
83. ¿Ha tenido alguna vez la costumbre de morderse las uñas?
84. ¿Ha tenido alguna vez el hábito de tartamudear?
85. ¿Ha tenido alguna vez «tics» de la cara, del cuello o de los hombros?
86. ¿Se orinaba usted en cama cuando tenía ya algunos años?
87. ¿Se encuentra molesto por «chiribitas» (lucécitas) en los ojos?
88. ¿Tiene buen apetito?
89. ¿Es fácil hacerle reír?
90. ¿Es fácil encolerizarle?
91. ¿Es fácil abatirle o ponerle de malhumor?
92. ¿Se cansa pronto de las personas?
93. ¿Se cansa pronto de las diversiones?
94. ¿Se cansa pronto del trabajo?
95. ¿Cambian con facilidad sus deseos e intereses?
96. ¿Sus sentimientos oscilan de la tristeza a la alegría, o viceversa, sin motivo?
97. ¿Se encuentra triste o deprimido la mayor parte del tiempo?
98. ¿Ha sentido alguna vez una fuerte tendencia a suicidarse?
99. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad del corazón?
100. ¿Ha tenido alguna vez corea?
101. ¿Ha tenido alguna vez convulsiones?
102. ¿Ha tenido alguna vez una anemia intensa?
103. ¿Ha tenido alguna vez dispepsia?
104. ¿Ha tenido usted asma o fiebre del heno?
105. ¿Ha tenido usted alguna vez neurastenia?
106. ¿Ha sentido alguna vez miedo de volverse loco?
107. ¿Hay alguien en su familia que sea loco, epiléptico o tonto?
108. ¿Ha habido algún suicidio en su familia?
109. ¿Ha habido alguien en su familia que tomase drogas tóxicas?
110. ¿Ha habido algún bebedor en su familia?
111. ¿Puede usted resistir un dolor?
112. ¿Puede usted sufrir la vista de la sangre?
113. ¿Puede usted resistir los malos olores?
114. ¿Le gusta la vida callejera?

Las personas normales no dan más de diez o quince respuestas anormales. Más de treinta respuestas anormales expresan un evidente trastorno afectivo del sujeto examinado. En los enfermos mentales las respuestas morbosas oscilan alrededor de cuarenta.

Con esta breve referencia a la exploración de la afectividad damos por terminado este estudio; pero antes debemos hacer constar que la afectividad vibra vigilante en la vida del hombre, en notas de placer y displacer al unísono de sus éxitos y fracasos. Y cuando la maduración de la personalidad no se consigue, el hombre fragmenta su vida afectiva en múltiples excusas y disculpas; mas si con ello no es suficiente para tranquilizarle, entonces la afectividad invade el conocimiento, pudiendo originar ideas delirantes o bien desvía su curso adhiriéndose a pensamientos absurdos, para dar lugar a las vivencias obsesivas. Y es que el hombre tiene una innata tendencia a no fracasar o, por lo menos, a no ser consciente de su hundimiento, pues tal conocimiento — que no es otra cosa sino el fracaso de la afectividad como defensa — trae consigo graves estados depresivos que a veces conducen al suicidio y siempre al sufrimiento.