

618.92
P2816m

Manual de Neuro-Psiquiatría Infantil

FEDERICO PASCUAL DEL RONCAL

Ex-Jefe de la Sección de Psiquiatría en el Ministerio de Sanidad. Ex-Interno de las Clínicas
Neurológica y Psiquiátrica de la Universidad de Praga, (Checceslovaquia).

MANUAL DE NEURO-PSIQUIATRIA INFANTIL



LA CASA DE ESPAÑA EN MEXICO

Primera edición española, 1940

Queda hecho el depósito que marca la ley.
Copyright by *La Casa de España en México.*

Printed and made in Mexico
Impreso y hecho en México
por

FONDO DE CULTURA ECONOMICA

Pánuco, 63

PROLOGO

Creemos que la publicación de un Manual de Neuro-psiquiatría infantil está justificada por el hecho de no existir en lengua española ningún tratado de esta materia ni siquiera traducido. Tal omisión se explica, en primer lugar porque la Neuro-psiquiatría infantil como disciplina aparte sólo es aceptada desde hace muy pocos años, pero el hecho de haber sido consagrada como tal por la celebración del Primer Congreso Internacional de París en julio de 1937¹ le da ya una cierta independencia; en segundo término existen en nuestra lengua un gran número de volúmenes, originales unos, traducidos los otros que, monográficamente, tratan de diversos aspectos relacionados con las anomalías infantiles; bástenos recordar el excelente de Lafora y los de Stern, Bühler, Gaupp, Fay y Vermeylen entre otros. Pero si bien al especialista le es necesaria la posesión de una cuantiosa biblioteca en cuyos volúmenes estén estudiados con extensión los menores detalles de su ciencia, no puede exigirse lo mismo del médico general con respecto a todas y cada una de las muchas especialidades existentes. Por otra parte los extensos tratados de Psiquiatría o de Neurología suelen, en general, describir síndromes y enfermedades ateniéndose a la patología del adulto, conformándose, en muchas ocasiones, con referirse sucintamente a la sintomatología en el niño. Con ello el clínico que, en un momento dado necesite saber los trastornos psíquicos que sufra uno de sus pequeños pacientes ha de perder un tiempo precioso en la búsqueda de los datos que le faltan.

El objeto de este Manual es, por tanto, el facilitar al no especialista el estudio de una rama de la Medicina a la cual tiene que acudir con mucha frecuencia, dado el gran número de niños que padecen trastornos psíquicos y nerviosos y que no son llevados ante el paidopsiquiatra en primer lugar por dar poca importancia a las alteraciones del carácter o la conducta y, en último término porque sólo en las grandes capitales había especialistas en la materia.

No pretendemos dar aquí nuevas teorías ni entrar en discusión sobre ellas sino exponer de la manera más clara posible los conocimientos de los que nos han precedido en estos estudios, acercar al público de habla española trabajos

¹ Las circunstancias porque atravesaba en aquella fecha mi país me impidió asistir a este Congreso al que había sido invitado gentilmente por el Profesor Michaux y al que envié mi modesta colaboración.

aparecidos en lenguas a veces poco accesibles y sobre todo, aportar nuestra propia experiencia en la clínica de los niños psiconeurológicamente enfermos.

Quiero desde aquí mostrar mi agradecimiento a mis maestros los doctores Lafora y Sacristán a los que debo mi formación científica, así como al Profesor Haskovec (de Praga) que me ayudó durante mis trabajos de pensionado en la Universidad de aquella capital y puso a mi disposición su magnífica biblioteca contribuyendo a la preparación de este volumen.

El autor se dará por satisfecho si el Manual cumple el objeto para que que ha sido escrito.

México. Julio 1940.

F. Pascual del Roncal.

SEMIOLOGIA GENERAL

§ 1. ALTERACIONES DE LA AFECTIVIDAD

Desde que el niño viene al mundo, comienzan ya a notarse manifestaciones de la vida afectiva. Al principio éstas son sumamente elementales y se refieren solamente a las sensaciones de placer y displacer relacionadas con la vida física. Los *estados afectivos*, ya sean emociones o sentimientos, requieren una cierta elaboración psíquica, una experiencia y un conocimiento de los acontecimientos exteriores y no aparecen en el niño hasta algún tiempo después del nacimiento.

En las primeras semanas de la vida infantil no puede hablarse en puridad de una vida afectiva. Se trata más bien de sensaciones que producen en el pequeño agrado o desagrado y que son expresadas por los medios simples que tiene a su alcance: el llanto o la sonrisa. Ni uno ni otra tienen semejanza, más que externa, con las mismas expresiones del niño ya mayorcito o del adulto. En éstos interviene un factor intelectual que no se ha desarrollado todavía en el lactante. El hambre, la sed, el dolor o la hartura y el bienestar físico son las sensaciones que despiertan en las primeras semanas tales exteriorizaciones de satisfacción o de pena.

Durante la primera y segunda infancia las tendencias afectivas del niño se dirigen a la propia e *inmediata* satisfacción de sus apetitos. El edonismo y el egoísmo presiden toda su vida sentimental. La búsqueda de sensaciones placenteras sin preocuparse del dolor que puede producir a un tercero. El instinto de camaradería —en lo que significa de altruismo— no lo sienten los niños hasta la prepubertad. El hecho de reunirse en grupos, sólo supone, a esta edad un afán de juego para procurarse la satisfacción propia; las desgracias que puedan ocurrirles a sus compañeros de clase o de recreo le dejan indiferente, inmediatamente encuentran a otro pequeño con el que sustituir al ~~dolido~~ o enfadado.

Esto no excluye la existencia de tendencias caritativas o compasivas que nacen ya en niños muy pequeños, pero tales sentimientos no tienen en todos los casos la misma significación que en el adulto.

El pudor, el miedo, la cólera y otros estados afectivos aparecen bastante pronto y van desarrollándose paulatinamente, hasta el límite que han de constituir con el tiempo las características temperamentales del sujeto.

La labilidad afectiva es muy pronunciada en el niño; en pocos momentos pasa del llanto a la risa y tan pronto está enfadado como alegre.

Las alteraciones de la vida afectiva en el niño pueden consistir en una detención del desarrollo normal de los afectos tanto cuantitativa como cualitativamente. Los trastornos de esta índole son muy profundos en idiotas e imbeciles. Se traducen o bien por la exageración de determinados sentimientos positivos o por la de sus contrarios; la crueldad o una bondad bobalicona; la tristeza continuada o una alegría pueril permanente; el miedo a todo o una indiferencia total ante los peligros reales; el pudor exagerado o la impudicia cínica.

Trastornos de esta índole son frecuentes en las psicopatías y caracterizan algunos de los tipos aislados de psicópatas sobre los que hablaremos en el capítulo correspondiente.

En la práctica las modificaciones de la afectividad son muy variadas y se combinan entre sí las correspondientes a sentimientos y afectos de diversa índole.

Existe un tipo especial de retardo afectivo en los niños consistente en una detención del desarrollo, de esta parte de la vida psíquica; los pequeños presentan una falta de paralelismo entre el crecimiento corporal y el desenvolvimiento de la afectividad. A consecuencia del mismo, al llegar a la pubertad los niños parecen tener, desde el punto de vista emocional, cinco años. Sigue jugando con chicos mucho más pequeños que él; no saben valerse por sí solos; necesitan ir acompañados al colegio, dormirse con la luz encendida para no sentir miedo, son extraordinariamente tímidos, no tienen amigos, pues prefieren estar siempre en casa junto a su padres, son pusilánimes y poco sociables; en el hogar, por contra, son pequeños tiranos; toman rabietas pueriles, rechazan los alimentos, exigen una comida especial, y son quisquillosos. La inteligencia no está afectada e incluso puede ser supernormal. Suelen ser buenos estudiantes, siempre que no se les exija colaborar con otros muchachos de su edad, pues son eternos solitarios. Llegados al final de la adolescencia continúan sin decidirse por sí mismos a emprender ningún asunto, ya sea un viaje, un negocio, un cambio de vida. Son, en resumen, los que el vulgo llama niños enmadrados, pegados a las faldas de su madre, que nada saben hacer sin la dirección inmediata de ésta.

Otros trastornos de la afectividad que aparecen principalmente en la pubertad y en la adolescencia son las distimias. Se trata de cambios del humor de tonalidad desagradable; depresión, irritabilidad, etc. En los epilépticos tales estados son característicos.¹

Las reacciones afectivas pueden estar en los anormales y en los psicópatas (también, en los psicóticos) aumentadas o disminuídas o bien lábiles o estables.

En la epilepsia pueden alternar estados de irritabilidad afectiva y de

¹ Consúltese: K. H. Stauder, *Konstitution und Wesensänderung der epileptiker*, G. Thieme, ed Leipzig, 1938.

exaltación “pegajosa”, de ésta con momentos de bradipsiquia y braditimia, es decir, con formas de reacción “lenta” a los estímulos emocionales.

De las distintas clasificaciones que se han propuesto sobre las psicopatías, algunas de ellas se basan fundamentalmente en la constitución y características afectivas más destacadas en ellas. Así, por ejemplo, en los llamados fríos de ánimo (*Gemütskalt*, de los alemanes) hay una disminución considerable de la afectividad; los psicópatas depresivos padecen de reacciones afectivas de tono triste; los lábiles de humor (*Stimmungslabile*, de Lange y otros), ofrecen, como su nombre indica, una gran variabilidad en sus estados de humor (*Stimmungen*).

En el capítulo v volveremos sobre este tema.²

§ 2. ALTERACIONES DE LA MEMORIA

I. *Desarrollo de la Memoria en el Niño*

La forma de memoria más simple se observa ya en el niño en los primeros meses de la vida. El reconocimiento de las personas que están en su proximidad y el de los objetos de su uso diario se manifiesta en los gestos del niño. Es esta una memoria de tipo instintivo. El reflejo de succión que presentan todos los recién nacidos en cuanto se les acerca el pezón materno, se produce asimismo cuando se tocan su labios con la mano. No hay, pues, aquí, recuerdo alguno sino únicamente un acto instintivo. Pero muy pronto el pequeño empieza a conocer a la madre y a recordar la significación del biberón en cuanto es puesto ante su vista. Los fenómenos mnémicos se manifiestan en los niños menores de seis meses por las sensaciones de lo conocido o lo desconocido; muestras de agrado ante lo primero, manifestaciones de descontento ante personas, cosas o ambientes no vistos con anterioridad o no recordados. El recuerdo, que es la actividad más complicada de la memoria y la últimamente adquirida, sólo aparece después de los seis meses de edad, pero aun en esta época no puede considerarse como facultad de recordar *in sensu strictus* sino que va íntimamente ligada al hábito. Por esta razón cuando el niño deja de ver durante cierto tiempo al padre, no lo reconoce al volverlo a ver y lo considera como un extraño. La facultad de reconocer y la persistencia del recuerdo crecen constante y parale-

² Sobre la afectividad infantil consúltense: M. Nathan, *Troubles juvéniles de l'affectivité et du caractère*, Flammarion, París, 1930; L. R. Marston, *The emotions of young children*, Stud. Child. Welfare n. 3, 1925; McCurdy, *The psychology of emotion*, Kegan. Paul, ed. Londres, 1925.

lamente. Cuanto mayor sea la facilidad con que el niño rememore sus vivencias tanto mayor será la duración del recuerdo.

Entre los tres y los cinco años, ya en posesión del poderoso elemento del lenguaje, la memoria adquiere su completo desarrollo; es decir, que tanto la memoria de fijación como la de evocación y las formas auditiva y visual se observan ya, aun cuando la duración mnémica de las vivencias sea todavía corta. Sabida es la importancia que la psicoanálisis freudiana da, para el esclarecimiento de las neurosis a los recuerdos más remotos de la infancia. El hecho de que tan sólo un escaso número de vivencias infantiles se salven del olvido y puedan evocarse en la edad adulta tiene evidentemente una significación, pero que todavía no ha sido puesta muy en claro a pesar de los considerables esfuerzos de los psicoanalistas.

La memoria cronológica no se desarrolla sino mucho después. El niño de menos de seis años vive en el presente, ignora el ayer y el mañana. Con bastante frecuencia se oye decir a un niño "cuando fuimos *antes* de paseo", refiriéndose a un paseo dado el día anterior. Olvida rápidamente hechos impresionantes e importantes presenciados por él algunas semanas o días antes. Mi hijo más pequeño, que entre los 3 y los 5 años estuvo soportando y padeciendo la barbarie de los bombardeos aéreos durante la guerra, estuvo todavía preguntando, en los primeros días de residir fuera del país en guerra, si los aviones que veía no arrojaban bombas; al mes siguiente ya no preguntaba nada y, a los tres meses, sólo cuando se le interrogaba insistentemente asentía en forma muy imprecisa a los recuerdos que se le evocaban. Por esto hay que mostrarse cautelosos ante las afirmaciones de algunos adultos que dicen recordar hechos acaecidos cuando contaban dos años de edad. En lo que a mí mismo respecta puedo decir que en más de una ocasión, al rememorar algún hecho de mi vida infantil y situarlo en determinada edad de mi infancia, he sido rectificado por mi madre en el sentido de posterioridad cronológica de la vivencia.

Hay que hacer notar, sin embargo, que las diferencias individuales son bastante pronunciadas.

El esfuerzo de evocación (*sichbesinnen*, de los autores alemanes = hacer memoria) suele notarse ya en los pequeños de cuatro a cinco años, pero la duración de este esfuerzo es corta, porque la atención suele dirigirse hacia otros estímulos.

En cambio la memoria de fijación, retentiva o memoria mecánica (*Merkfähigkeit*, de los alemanes), llamada también memoria actual o inmediata es ya bastante intensa a los cinco años. En esta edad los niños aprenden con facilidad relatos en verso aunque están en otra lengua que la suya propia. Sabida es la prontitud con que en estos años de la vida se aprende un idioma

y al mismo tiempo lo fácilmente que se olvida cuando deja de practicarse, lo que depende de una menor memoria de conservación.

Otro elemento de la memoria es la facultad de evocación, esto es, la facilidad para reconstruir la vivencia, o, hablando en el lenguaje de Semon la posibilidad de movilizar un "engrama", de traer a la conciencia los factores constitutivos de una "constelación". Ya a los cinco años es esto posible, como antes indicamos, pero a esta edad en la "constelación" suelen faltar muchas "estrellas", esto es, muchos detalles de la vivencia evocada.

Aun existen otras características de la facultad mnémica. Tal por ejemplo la posibilidad de reconocer como ciertos los recuerdos evocados. Es un hecho de observación cotidiana que cuando un nombre ha sido olvidado y se trata de recordarlo, pasan por el pensamiento una serie de aquellos que son rechazados como falsos hasta dar con el verdadero. Esta facultad, en la que ya interviene además el juicio crítico no se desarrolla en el niño hasta los años prepuberales. Antes de esta edad el pequeño acepta de buen grado una sugestión.

La memoria visual y la auditiva son formas mnémicas que dan un tono a esta facultad del sujeto. En el niño el factor eidético, que es como una exaltación de la memoria visual está muy agudizado y, al contrario de lo que ocurre con las demás formas de memoria, va disminuyendo hacia la pubertad para desaparecer por completo en la edad adulta. En los adultos persiste la memoria visual, en la cual interviene una elaboración psíquica consciente de orden intelectual que favorece su fijación y su posterior evocación (Bergemann)³, pero el eidetismo deja de actuar.

La edad en que la memoria alcanza ya madurez y puede dar todas sus posibilidades es la adolescencia. El juicio, la atención y el mayor número de vivencias y recuerdos unido al aprendizaje escolar y al hábito de ejercitarla contribuyen poderosamente a su mayor desarrollo.⁴

II. Los Trastornos de la Facultad Mnémica en el Niño

Los diversos elementos simples de que está compuesta la memoria o los diversos tipos de la misma pueden estar alterados independientemente unos de otros y sus trastornos pueden, además, ser cuantitativos o cualitativos.

El estudio de las modificaciones mnémicas del niño ofrece otro aspecto que en el adulto: en aquél la memoria no ha terminado todavía su completo desarrollo, interviniendo factores que en el adulto o no existen (eidetismo) o tienen menor influencia. La atención que tanto influye en la capacidad de fijación,

³ W. Bergemann, *Versuche über die Entwicklung des visuellen Gedächtniss bei Schülern*, Zeitsch. f. Psycholl., t. 98. 1925.

⁴ Sobre la memoria consúltense: Offner, *Das Gedächtnis*, 4ª ed. Berlín, 1924; Pieron, *L'évolution de la mémoire*, Flammarion, París, 1925.

es en los niños más lábil y menos duradera y de ahí, en parte, la facilidad con que olvidan. El juicio crítico y la capacidad lógica tampoco están suficientemente desarrolladas en los pequeños, lo que hace más difícil el aprendizaje mnémico (en la llamada memoria lógica).

Así, lo que en el adulto puede constituir un síntoma patológico no es en los niños sino una falta de madurez.

El estancamiento del desarrollo mnémico puede acaecer cuando a consecuencia de infecciones, encefalitis, meningitis, etc., o de traumatismos o de otra causa patológica cualquiera queda interesada la integridad cerebral. Sucede entonces que el niño se estaciona en sus conocimientos y recuerdos en la edad en que ha padecido la enfermedad o, en los casos más graves, la memoria queda aun más reducida. En otros casos la hipomnesia va estableciéndose de una manera gradual; tal ocurre en la epilepsia cuando los ataques son muy repetidos (estado de mal) y en todos aquellos padecimientos mentales que conducen a la demencia.

Defectos cuantitativos de la memoria son la regla en las oligofrenias (v. éstas); en general ésta está disminuída en todos sus aspectos por no haber alcanzado el grado normal de desarrollo.

Como señalamos en otro lugar (v. pág.), existen casos en los que junto a una falta absoluta de memoria lógica se encuentra un extraordinario desarrollo de la memoria mecánica. Tal ocurre con los llamados por los alemanes artistas calculadores (*Rechenkünstler*), que suelen ser imbeciles, aunque no siempre.

En otros débiles mentales la memoria mecánica se limita a aprender de memoria largas listas de nombres o de fechas. El santoral, los días de nacimiento y fallecimiento de gran número de gentes de un pueblo (como en un caso observado por nosotros), las fiestas movibles durante cientos de años como en el caso de Theissen⁵ son objeto de la atención de tales sujetos.⁶

Según Santha la localización de la facultad de cálculo estaría localizada en el precúneo y lóbulo parietal superior.⁷

Amnesia, especialmente retrógada se observa en los niños a continuación de ataques epilépticos, de la intoxicación por el óxido de carbono (Heuyer y Dublineau)⁸ o en la histeria.

Alteraciones cualitativas de la memoria son las *paramnesias* que consisten en modificaciones subjetivas de los recuerdos. En los niños éstas son muy

⁵ Theissen, *Zeitsch. f. Kinderforsch.* n.º 29. 192.

⁶ H. E. Jones, *Phenomenal memorizing as a "special ability"*, *J. Appl. Psychol.* 10, 1926.

⁷ K. von Santha, *Über das hirnanatomische Substrat des Rechentalenten*. *Arch. f. Psychiatr.* n. 98. 1932.

⁸ *Ann. Méd-Psycholog.* XIV serie, t. II, n. 2. 1933.

frecuentes aun sin ofrecer carácter patológico. Los defectos en la fijación de las vivencias, el factor afectivo, la atención lábil y la sugestibilidad de los niños hace que los trastornos paramnésicos sean casi normales en ellos. Se deduce de esto la cautela con que deben ser aceptados los testimonios de los niños cuando deponen ante un tribunal. La mayoría de los Códigos no exigen juramento a los menores de 16 años cuando comparecen como testigos ante los jueces.

Para la exploración de la memoria han sido propuestos un gran número de pruebas que investigan, ya la memoria total, ya cada uno de los elementos de que se compone. En la parte dedicada a tests proponemos varias de estas experiencias de las que mejores resultados prácticos han dado.⁹ ¹⁰

§ 3. ALTERACIONES DE LA ATENCIÓN

Se distingue una forma de atención pasiva y otra activa. Mediante la primera, la conciencia tiene conocimiento de los hechos hacia los cuales no ha sido especialmente dirigida. En la atención activa interviene la voluntad orientando el interés de la conciencia en un sentido predeterminado.

Como todas las demás facultades anímicas el desarrollo de la atención es gradual. En las primeras semanas de la vida ésta es sólo pasiva; el niño es incapaz todavía de interesarse por un estímulo. Gradualmente se va instaurando la forma activa de atención y el niño es ya atraído por hechos exteriores (el sonar de una campana, el paso de un objeto ante su campo visual, etc.). La aparente atención con que en esta época miran los niños partes de su propio cuerpo, especialmente las manos, no entra todavía en el terreno atento; son más bien actos del instinto.

Al final del primer año es ya posible mantener viva la atención infantil, pero la fijación de ésta no dura mucho tiempo.

Paulatinamente la atención pasiva va siendo más intensa y comienza a instaurarse la activa mediante la cual el niño puede permanecer entretenido con un juego durante más tiempo.

Al comenzar los años escolares interviene ya en la fijación de la atención

⁹ Una obra completa sobre estos tests —y los de otras facultades psíquicas— es la de Whipple: *Manual of mental and physical tests*. Worwick, ed. 2a. Baltimore, 1921.

¹⁰ Sobre las enfermedades de la memoria, véase: T. Ribot, *Les maladies de la mémoire*. Alcan. París, 1921.

un esfuerzo voluntario. En la edad del juego esto se realiza sin fatiga mental, pues en cuanto ésta aparece el niño cambia de entretenimiento.

Durante el estudio o durante la ejecución de trabajos que requieren una cierta minuciosidad la atención se concentra sobre el objeto en un estado de tensión. Esto sólo se consigue con el aprendizaje y la práctica y con el desarrollo de otras facultades intelectuales.

Las alteraciones de la atención pueden ser cuantitativas o cualitativas.

Cuantitativamente el trastorno puede consistir en una disminución congénita (idiocia, imbecilidad) o gradualmente adquirida (psicosis, epilepsia, etc.) de la tensión atensiva. Se deduce de ella una incapacidad para la adquisición de nuevos conocimientos que la memoria no puede fijar debidamente. La introspección, esto es, el dirigir la facultad atensiva hacia el propio yo (reflexión, meditación, examen de la conciencia, etc.) está en estos casos mucho más perturbada que la más sencilla de atender a los acontecimientos exteriores. Esta diferencia entre uno y otro tipo de atención (la dirigida hacia el propio yo y la orientación a lo exógeno), es, por lo demás, normal en el sujeto sano, pero en los anormales la primera está casi por completo abolida. (Obsérvese como, p. e., el diota apático se adormila fácilmente en cuanto deja de interesarse por el ambiente, como acontece en los animales, que carecen de vida interior).

La atención activa está disminuída en la misma forma. Es difícil conseguir que ésta sea mantenida durante cierto tiempo hacia un mismo estímulo. En ocasiones, principalmente en las formas de oligofrenia profundas y también en los estados crepusculares, catatonias y otras formas de enfermedad mental, incluso está abolida hasta la atención pasiva, de tal modo que los enfermos ignoran todo cuanto pasa a su alrededor aunque sean hechos catastróficos que pongan en peligro su vida.

Un aumento de la tensión atensiva ofrecen normalmente los niños siempre que efectúan un trabajo mental o cuando se les hacen relatos que les interesan.

Patológicamente esta forma de atención puede estar aumentada para determinados aspectos en algunas psicopatías. En los psicópatas sensitivos o en el llamado delirio sensitivo de autoreferimiento de Kretschmer (*Sensitive-beziehungswahn*) la atención está extraordinariamente despierta para todo aquello que se refiere al propio sujeto o que el enfermo supone estar relacionado con su persona.

Trastornos cualitativos de la atención son la labilidad de la misma. En los débiles mentales está dispersada, va de un objeto a otro, pero no es posible retenerla con firmeza durante mucho tiempo. Tal ocurre también en los estados maníacos e hipomaníacos.

La atención persistente y fijada unilateralmente hacia un mismo objeto, esto es, una limitación de la amplitud atenta, la observamos en los hipochondríacos, que permanecen largas horas observándose sus síntomas reales o supuestos, sin prestar más que un débil interés por el mundo exterior. También en las obsesiones el sujeto está absorto en su propia preocupación mientras es incapaz de fijarse atentamente en nada.

§ 4. PERTURBACIONES DEL LENGUAJE

I. *Desenvolvimiento del Lenguaje*

El estudio del desarrollo del lenguaje en el ser humano ha sido objeto de un extraordinario número de trabajos. La fonética,¹¹ el curso de aparición de las diversas partes de la oración,¹² la riqueza de vocablos en las distintas épocas de la vida,¹³ sus relaciones con el sexo,¹⁴ con la inteligencia,¹⁵ con el ambiente;¹⁶

¹¹ Sobre fonética véase: T. Navarro Tomás, *Pronunciación española*. Ediciones de la Revista de Filología, 4a. edición. Madrid, 1932.—A. M. Espinosa, *Estudios sobre el Español de Nuevo México*. Buenos Aires, 1930.—U. T. Holmes, *The phonology of an English child*. Amer. Speech. 2. 1926.

¹² W. Stern y C. Stern, *Die Kindersprache*, Barth. 3ª ed. Berlín, 1922.—J. R. Grant, *A child's vocabulary and its growth*. Ped. Sem. n. 22. 1915.

¹³ E. Horn, *The vocabulary of children up to and including first grade*. Nat. Soc. Stud. Educ., 1. 1925.—M. M. Nice, *A child's vocabularies from fifteen months to three years*. Proc. Okla. Acad. Scien. 6. 1926.—Keneyers, *Les premiers mots de l'enfant et l'apparition des espèces de mots dans son langage*. Arch de Psychol. 20. 1927.—L. C. G. Haggerty, *What a two-and-a-half-year old child said in one day*. Jour. Genet. Psychol. 38. 1930.—G. C. Brandenburg, *The language of a three-year-old child*. Ped. Sem. 22. 1915.—E. C. y H. N. Rowe, *The vocabulary of a child at four and six years of age*. Ped. Sem. 20. 1913.

¹⁴ D. G. Paterson y T. A. Langlie, *The influence of sex on scholarship ratings*. Educ. Admin. and Supervis. 12. 1926.—Goodenough, *Consistency of sex differences in mental traits at various ages* Psy. Rev. 34. 1927

¹⁵ C. D. Mead, *The age of walking and talking in relation to general intelligence*. Ped. Sem. 20. 1913.—W. Ament, *Die Entwicklung von Sprechen und Denken beim Kinde*. Wunderlich, ed. Leipzig, 1899.—D. W. Seago, *An analysis of language factors in intelligence tests*. Mental Meas. Monograph. n. 1. 1925.

¹⁶ M. M. Nice, *The development of a child's vocabulary in relation to environment*. Ped. Sem. 22. 1915.—M. V. O'Shea, *Linguistic development and education*. Mac. Millan, ed. New York.—Hetzer y Reindorf, *Sprachentwicklung und soziales Milieu*. Zeitschr. f. ang. Psychol. 29. 1928.—A. Gesell y E. E. Lord, *A psychological comparison of nursery school children from homes of low and high economic status*. Journ. Genet. Psychol. 35. 1927.

todos los tipos de alteraciones: tartamudeo,¹⁷ ceceo,¹⁸ dislalias,¹⁹ disatrias,²⁰ etc., etc., han sido minuciosamente investigados, siendo esta una de las ramas de la psicología que mayor interés han despertado.

El tema es, pues, vastísimo, y no podemos en este Manual abordarlo en toda su extensión. Nos limitaremos por tanto a dar una idea del estado actual de esta clase de investigaciones en su relación, principalmente, con la patología del lenguaje, siguiendo las normas trazadas por los especialistas en la materia.

Las primeras manifestaciones del lenguaje en el niño no son sino sonidos inarticulados sin contenido psicológico alguno, simple expresión de estados físicos de placer o displacer, que pueden considerarse en cierto modo como reflejos.

Shirley²¹ ha sido quien ha hecho probablemente la clasificación más acertada de la sucesión de los distintos períodos lingüísticos en los niños. Admite el autor los siguientes grupos de sonidos:

- a) Gruñidos vocales de carácter reflejo;
- b) Vocalización silábica;
- c) Sonidos de relación social tales como el balbuceo en dirección a una persona y gritos para atraer la atención;
- d) Sonidos e inflexiones con una expresión;
- e) Palabras comprensibles;
- f) Uso de pronombres; y
- g) Uso de frases.

Posteriormente a la fase del gruñido, empieza el niño a vocalizar emitiendo sonidos simples, pero en los que ya se advierten elementos formes del lenguaje. Las letras *a*, *e*, *u*, alargadas aparecen en primer lugar e inmediatamente después consonantes labiales entre ellas principalmente la *m*. Aparecen estos primeros sonidos, no por un mecanismo imitativo (que es posterior) como se creyó durante algún tiempo sino independientemente de todo aprendizaje. El hecho de que en todos los idiomas indo-europeos la palabra *madre* comience por *m* y que los niños de todos los países aprendan primero a decir *ma-ma* que

¹⁷ Gutzmann, *Das Stottern*. Frankfurt, 1898.—Liebmann, *Stotternde Kinder*. Berlin, 1903.—Browning, *The etiology of stammering, and methods for its treatment*. New York, 1915.

¹⁸ J. Chlumsky, *L'“s” andalouse et le sort de l'“s” indo-européenne finale en slave*. Slavia, VII. 1929.

¹⁹ ²⁰ J. Ley, *Disorders in the development of language*. J. Neur. Psych. 30. 1930.—L. E. Travis, *Speech pathology*, Appleton, ed. New York, 1931.—Rouma, G., *La parole et les troubles de la parole*. Bruselas, 1907.

²¹ M. M. Shirley, *The first two years*. Univ. Minn. Press. Minneapolis, 1933.

la más complicada de madre procede de que, independientemente de su significado (que el niño aun no comprende cuando ya sabe decir mamá) al niño le es la palabra más fácil de pronunciar cualquiera que sea su idioma nativo.

Antes de que el pequeño tenga un restringido vocabulario, comprende ya un gran número de palabras, pero no las utiliza para expresarse. En los niños en que el lenguaje aparece con retraso (sin que por lo demás sean anormales) se observa claramente que entienden todo cuanto se les dice, pero no contestan, más que con monosílabos o con ecolalia, repitiendo la palabra oída inmediatamente, aunque sin servirse de ella espontáneamente.

Viene después el período en que los pequeños, entre los 12 y 18 meses poseen ya un pequeño número de palabras que combinan para expresar todas sus necesidades. No es extraño entonces que formen neologismos reuniendo sílabas de dos o más palabras. Los sonidos onomatopéyicos son entonces también utilizados por el niño, el cual sigue el camino de menor resistencia y así como llama al perro guau-guau, por imitación del ladrido que éste lanza, no suele llamar al gato miau-miau (hasta más adelante), sino *bis-bis* que es la forma con que se le hace acudir, por ser el *bisbiseo* más sencillo de pronunciar a esa edad.

En general hasta los cuatro años el niño tiene un lenguaje *sui generis* que sólo comprenden sus allegados. Sustitución de letras especialmente la *r* por *l* (pararrotacismo) o por *d*; supresión de las mismas (también la *r* con más frecuencia; chinonismo), etc.

Entre los cuatro y los cinco años ya el niño puede expresar perfectamente sus sentimientos y deseos. A esta edad ya interviene la imitación en la sucesiva adquisición de nuevas palabras. No es raro entonces observar cómo fija su atención para aprenderlas y cómo las repite cuando las oye por primera vez. La fase de imitación empieza mucho antes, hacia comienzos del segundo año, pero después se hace cada vez más activa.

En el aprendizaje de una palabra interviene una primera fase en que el niño la aprende sin conocer su significado; posteriormente es cuando identifica el vocablo con el concepto que encierra.

La riqueza de vocabulario en las distintas edades ha sido investigado por varios especialistas.

De ellos Smith ha hecho un trabajo muy completo²² en 328 niños de edades que oscilaban entre los 8 meses y los 6 años, y sus conclusiones son las siguientes:

²² M. E. Smith, *An investigation of the development of the sentence and the extent of vocabulary in young children*. Stud. Child. Welfare. n. 5. 1926.

Edad		Número de niños	Vocabulario	
Años	Meses		Número de palabras	Aumento
	8	13	0	
	10	17	1	1
1	0	52	3	2
1	3	19	19	16
1	6	14	22	3
1	9	14	118	96
2	0	25	272	154
2	6	14	446	174
3	0	20	896	450
3	6	26	1222	326
4	0	26	1540	318
4	6	32	1870	330
5	0	20	2072	202
5	6	27	2289	217
6	0	9	2562	273

Por otra parte, para niños mayores de 6 años los tests de Terman en los que interviene el vocabulario (v. éstos) expresan con bastante aproximación la riqueza de expresión en cada una de las edades.

El vocabulario sigue en aumento progresivo hasta la madurez.

Durante el tercer año el niño empieza a formar frases de más de dos palabras, pero sin orden sintáctico, el cual sólo aparece hacia los principios del cuarto año.

Los Stern han propuesto una guía para estudiar el desenvolvimiento del lenguaje en el niño. Dicha guía abarca los siguientes puntos:

- I. Generalidades.
 1. Estudio del niño en particular.
 2. Observaciones comparadas (hermanos, niños de diferente posición social y nacionalidad).
- II. Pródromos del lenguaje (grito, balbuceo, gesticulación, imitación de sonidos, comprensión de las palabras).
- III. Comienzo del lenguaje.
- IV. Formación de las palabras.
 1. Alteraciones fonéticas de las palabras oídas en el ambiente.
 2. Símbolos naturales.
 3. Creaciones primitivas.
 4. Composiciones y modificaciones.
 5. Etimologías infantiles.
- V. El desarrollo psicológico, lógico y gramatical de las palabras.
- VI. El desarrollo de la oración (Proposición general, proposición secundaria, colocación de las palabras en la oración).
- VII. La forma y el contenido del discurso infantil.

II. Principales Alteraciones del Lenguaje

Para diferenciar los innumerables trastornos de la palabra se han propuesto muchas clasificaciones encontrándose entre las más correctas las de Kussmaul,²³ Herlin,²⁴ Manrique,²⁵ Rouma,²⁶ etc. Nosotros seguiremos el estudio del profesor Rouma, bastante claro y conciso.

Según el famoso especialista belga, la emisión de la palabra comprende siete fases, cada una de las cuales puede sufrir alteraciones que dan lugar a distintos trastornos del lenguaje.

Dichas fases son:

1. *Audición*. Las palabras del interlocutor deben ser oídas.

Las alteraciones en esta fase pueden dar lugar a:

a) *Sordera* completa cuando el individuo no oye, y como consecuencia *mudez* si el defecto anterior se presenta en los primeros años de la vida.

b) *Dureza de oído*, que da lugar a mala comprensión e interpretación.

2. *Percepción verbal*. Debe atribuirse un sentido a las palabras oídas. Los trastornos de esta fase originan *sordera verbal*, en la cual el individuo no pueden asociar un sentido a la palabra oída.

3. *Pensamiento*. Los vocablos oídos, siguen en el cerebro un proceso de asociación y comparación con ideas adquiridas anteriormente.

La perturbación de tal proceso produce las alteraciones llamadas *dislogias*.

4. *Lenguaje interior*. Formulación de la respuesta mediante la evocación de las imágenes verbales correspondientes.

Su perturbación da lugar a las *disfasias*.

5. *Dicción y elocución*. El lenguaje interior debe ser dispuesto siguiendo las reglas gramaticales.

La falta de tal disposición ordenada produce las *disfrasias*.

6. *Coordinación de los sonidos y articulaciones en sílabas y palabras*. Su alteración origina las *disartrias*.

7. *Fonación y articulación*, mediante los movimientos de los aparatos musculares correspondientes.

Las modificaciones en las mismas se llaman *dislalias*.

²³ Kussmaul, *Die Störungen der Sprache*. 4ª ed. Leipzig, 1910.

²⁴ Herlin, *El Lenguaje de los anormales*. Trad. esp. de J. Orellana. F. Beltrán, ed. Madrid, 1916.

²⁵ Marique, *Tableau synoptique des appareils et des troubles morbides du langage*. Bul. Soc. Anthropol. Brux. 1887.

²⁶ J. Rouma, *La palabra y las perturbaciones de la palabra*. Trad. esp. de J. Orellana. Madrid, 1919.

Dislogias

La incapacidad de hablar, por perturbaciones del pensamiento, puede tener diversos orígenes. Su grado más avanzado es el *audimutismo* en el cual el niño, aun sin defectos sensoriales del oído es incapaz de utilizar el lenguaje, bien por idiocia (*alogia congénita* o *idiocia afásica*), por pérdida de la inteligencia, por demencia, por afasia adquirida, por anomalías congénitas de los órganos fonadores, etc.

Los casos de pérdida momentáneas de la palabra o *ipología* funcional se observan a consecuencia de emociones violentas, estados afectivos muy acentuados o también en la histeria.

Disfasias

Constituyen el vasto grupo de las afasias de todo tipo que dependen de lesiones en los centros corticales del lenguaje. En los niños son raramente observadas en sus formas puras, debido a que si las lesiones antedichas son congénitas o precozmente adquiridas dan lugar más bien a dislogias, puesto que el don de la palabra no se ha instaurado todavía. Posteriormente los padecimientos que en el niño pueden ocasionar afasia (ictus apopléctico, arterioesclerosis cerebral, tumores en las zonas de Broca y Wernicke, etc.), no son frecuentes. Debe recordarse, además, que antes de los 9-10 años los centros de la palabra no están aún formados.

La *jargonofasia*, perturbación que consiste en hablar intercalando en la conversación términos no pertenecientes a un idioma, aparece en algunas psicosis como la esquizofrenia y se la ha observado en los niños afectados de demencia precocísima. Hay una jargonofasia y una parafasia (empleo de unas palabras por otras) que pudiéramos considerar como fisiológicas en los primeros años de la vida en los que el niño todavía no comprende el significado de muchas palabras o las utiliza indebidamente. Después de la pubertad la aparición de tales alteraciones lingüísticas deben hacer pensar en la demencia precoz, sin confundir, naturalmente los verdaderos trastornos con la tendencia en algunos jóvenes al empleo humorístico de jergas del tipo de algunas poesías como la conocida:

*En el fasgo cendal de la pandurgia
rememurcia, ta pinoca plateca, etc.*

o de retruécanos y *calambours*.

Disfrasias

Como su nombre indica se agrupan bajo este nombre las dificultades o incapacidad de reunir correctamente las palabras en frases.

Existen diversas formas según las partes de la oración afectadas más intensamente o según el ritmo de emisión, etc.

En la primera y segunda infancias es normal el *agramatismo* y la *akatafrasia* (falta de sintaxis).

Los trastornos de este apartado son, principalmente:

Akatafrasia o defectos en la construcción sintáctica de las frases.

Agramatismo, lenguaje en infinitivo con supresión de algunas partes de la oración (lenguaje telegráfico).

Hiperfrasia, se designa al trastorno que consiste no tanto en hablar mucho, como en hacerlo con rapidez, que dificulta en ocasiones la comprensión del discurso. Suele ir acompañada de dislalias o con más frecuencia de tartajeo, debido, principalmente, a que la rapidez con que quiere expresarse el pensamiento es mayor que la que permiten los órganos de la fonación, de donde resulta una supresión de letras, sílabas o palabras enteras en el discurso en detrimento de la buena comprensión.

En los niños psicópatas o en determinados estados afectivos y emocionales se produce la hiperfrasia, que puede ser únicamente transitoria o prolongarse hasta la edad adulta en la que, de no ser corregida, se instaura definitivamente.

Hipofrasia es, por el contrario, el habla lenta y monótona, tal como se observa en algunos niños débiles mentales o en el lenguaje epiléptico. En este último síndrome se acompaña o por mejor decir, la hipofrasia es consecuencia de la lentitud del pensamiento. No es una alteración que pueda considerarse siempre como patológica, ni representa, aisladamente, un signo de debilidad mental ya que hay muchísimas personas que normalmente se expresan de este modo, ya por imitación del ambiente ya por ser la forma peculiar de hablar en determinadas regiones.

Parafrasia. Se trata aquí de cambios en el sentido de las palabras por dificultad de unir las ideas con las imágenes verbales.

Embolofrasia en el cual se incluyen en la conversación palabras o sílabas que no vienen a cuento. Normalmente se observa en algunos adultos la tendencia a intercalár estas expresiones émbolos, constituyendo lo que podríamos llamar "tics del lenguaje"; así, p. e., la continua interrogación: ¿verdad?, ¿no?, ¿comprende?, etc., tan frecuentemente observadas. En grados más avanzados la palabra émbolo puede ser totalmente extraña al tema o al tono del discurso.

Coreofrasia se llama a la emisión de frases sin sentido. Se observa en los niños psicópatas, como exclamaciones espontáneas y repentinas, de las cuales en ocasiones no se da cuenta ni el propio interesado.

Ecolalia, muy frecuente en los idiotas e imbeciles, consiste en repetir la última palabra o frase oída. En los niños normales no es raro observar que contesten con el último término oído a cuestiones que implican una elección. Así, si preguntamos a un pequeño: “¿cinco y tres cuántas son; ocho o siete?” lo probable es que, sin reflexionar conteste siete. Esto no es en realidad ecolalia ni tiene nada de patológico en los niños pequeños.

Disartrias

Es uno de los grupos más importantes de los trastornos del lenguaje.

Se incluyen en él:

La *tartamudez* y sus distintas formas, que estudiaremos detalladamente.

El *tartajeo*, al que dedicaremos también más atención.

La *bradiartria* o silabeo lento e incierto.

La *mogiartria* o articulación incompleta.

La *anartria* o abolición del articular.

El *tropiezo silábico* o alteración de la coordinación de la palabra.

Muchas de estas alteraciones se presentan normalmente durante el desarrollo lingüístico del niño pequeño. La anomalía reside entonces en su permanencia más allá de los primeros años de la vida.

Estudiaremos aparte las dos principales variedades de disartrias, esto es, la tartamudez y el tartajeo:

La Tartamudez ²⁷

Consiste esa disartria en la repetición de sonidos, o sílabas, mas rara vez de palabras enteras, en forma espasmódica e intermitente alternada con la imposibilidad momentánea de continuar hablando y prosiguiendo el discurso, después de las pequeñas interrupciones, en forma explosiva.

En la presentación de la tartamudez influyen varios factores etiológicos. En primer lugar la herencia, parece ser la más importante. Todos los autores admiten un elevado porcentaje de tartamudos entre cuyos progenitores o más próximos parientes se encuentran personas con el mismo padecimiento.

Así Gutzmann encontró las siguientes cifras:

padre tartamudo.....	8	% de los casos
madre tartamuda.....	6	” ” ” ”
ambos progenitores.....	0.33	” ” ” ”
otros parientes.....	38	” ” ” ”
Total.....	52,33	%

²⁷ Consúltense sobre la tartamudez: C. S. Bhiemel. *Mental aspects of stammering*. Williams and Williams, et. Baltimore, 1930.—J. M. Fletcher, *The problem of Stuttering*. Longmas Green, ed. New York, 1928.

Otros investigadores encontraron cifras más elevadas: Brynbelson, el 82%. otros algo más bajas, como Decroly, el 48% y Makuen, el 39%. Probablemente, según nuestra opinión, de los casos hereditarios habría que descartar aquellos que más que a una herencia directa de la tartamudez se debe a la convivencia con parientes tartamudos, ya que el ambiente y la imitación influyen poderosamente en la génesis de estos trastornos. El mismo Gutzmann hace notar el factor imitación "por contagio psíquico de un condiscípulo tartamudo" dando la cifra de 9,5% de tartamudos de este origen. Lo que sería interesante investigar es el número de niños que, separados a temprana edad de un pariente tartamudo (por muerte de dicho allegado, por ingreso en colegios o asilos, etc.), han presentado o dejado de presentar esta anomalía del lenguaje.

Las enfermedades infecciosas dan un gran porcentaje y entre ellas en primer lugar la tos ferina.

Los traumatismos craneales durante el parto, los padecimientos nerviosos, especialmente la corea y las encefalitis, y los *shocks* emocionales figuran también en una proporción más inferior entre los factores causantes de tartamudez.

El número de tartamudos, que, por lo demás no padecen ninguna otra enfermedad, es muy elevado. Se admite que con pequeñas variaciones para los distintos países, el 1,5% de los escolares presentan este trastorno más o menos acentuado.

En los niños anormales la tartamudez aumenta su porcentaje hasta el 4% y aun más. Otros trastornos de la palabra son asimismo frecuentísimos en los deficientes mentales, pudiendo afirmarse que más de un 85% de estos enfermos adolecen de alteraciones del lenguaje.

En la tartamudez se han descrito, además de la alteración del habla, modificaciones en el ritmo respiratorio exploradas mediante pneumogramas. Tanto el período de inspiración como el de expiración están notoriamente alargados. Otras veces hay interrupciones momentáneas de una u otra fase, especialmente de la expiratoria. Acompaña a esto espasmos clónicos y tónicos de los pequeños músculos fonadores, así como sacudidas y temblores de pequeña amplitud en los labios y en el diafragma.

Hasta ahora para explicar la naturaleza psicofísica de la tartamudez se han expuesto varias teorías. Una que admite un origen puramente psicológico; otra que supone ser debida a defectos de educación. Los psocioanalistas afirman que se trata de una psiconeurosis en la que el erotismo oral juega un importante papel (Coriat).²⁸

Por último la hipótesis que cuenta con más defensores y que parece ser hasta ahora la más racional es la que atribuye una patogenia nerviosa al padecimiento.

²⁸ I. H. Coriat, *Stammering. A psychoanalytic interpretation*. Ner. a. Ment. Dis. Monog. Ser. N° 49. 1928.

Los métodos propuestos para el tratamiento de esta anomalía han sido muy numerosos. En la actualidad existen instituciones especialmente dedicadas a su corrección. En líneas generales el tratamiento a seguir debe fundarse en los principios siguientes:

1. Individualización de cada caso, dadas las variedades de tartamudeo y la constitución psíquica de cada enfermo.
2. Higiene general y mental rigurosa. Tratamiento de las posibles anomalías mentales o somáticas.
3. Psicoterapia (no sólo psicoanálisis) dirigida fundamentalmente a conseguir del enfermo una mayor confianza en sí mismo y en su propia curación.
4. Dirigir a los pacientes hacia una autoobservación que les permita por sí solos coadyuvar al tratamiento.
5. Ejercicios verbales. Lectura y conversación libre.
6. Influencia sobre el ambiente del niño, en el sentido de hacer cooperar a los familiares de tal modo que éstos no hagan alusiones molestas al defecto del niño, le ayuden a realizar sus ejercicios y caso necesario lo separen del medio donde haya allegados con el mismo trastorno de la palabra.

El Tartajeo

Es una disartria muy frecuente en los niños, sobre todo en los psicópatas. Consiste en una falta de paralelismo entre el impulso a emitir palabras y la capacidad de articulación. Aquél mueve al niño a expresarse rápida y atropelladamente, sin tener en cuenta que el aparato fonador no puede emitir sonidos a un ritmo tan acelerado.

De ahí supresión de sílabas, modulación defectuosa, imbricación de una palabra con la siguiente, eliminación de partes copulativas de la oración que sólo quedan esbozadas.

En los niños pequeños y en momentos de emoción se presenta el tartajeo, aunque sólo transitoriamente. Cuando no se corrige a tiempo puede persistir durante toda la vida.

Su tratamiento es más sencillo y no ofrece tantas dificultades ni exige tanto tiempo para su curación.

Los ejercicios de lectura lenta, de recitado vocalizando, etc., son los que mejores resultados dan.

Dislalias

Es un grupo extraordinariamente numeroso, en el cual se incluyen aquellos defectos de la palabra, bien orgánicos, bien funcionales, ya congénitos o adquiridos en los que la dificultad reside en la pronunciación correcta de las letras.

Se admiten cuatro grandes variedades:

1. *Mogilalia*, en las que falta la emisión de ciertas articulaciones.
2. *Paralalia*, o sustitución de unas articulaciones por otras.
3. *Bradilalia*, que consiste en una dificultad generalizada para emitir articulaciones.
4. *Alalia*, o imposibilidad total de pronunciar consonantes.

Tales perturbaciones son normales en el niño desde su nacimiento hasta los seis u ocho años. Progresivamente van desapareciendo conforme el niño perfecciona su lenguaje. En los anormales permanecen sin modificarse hasta la edad adulta.

No es raro que adultos sanos e inteligentes presenten alguna pequeña anomalía de este tipo sin gran importancia. También son normales los distintos tipos de dislalias cuando se habla en un idioma que no es el materno. Todo el mundo conoce las dificultades insuperables que ofrecen determinadas letras o sonidos para ser pronunciados correctamente por extranjeros.

Según su etiología las dislalias pueden ser orgánicas o funcionales. Las primeras tienen su causa en enfermedades del aparato fonador o de los músculos y órganos que intervienen en la emisión de la voz. Así, los padecimientos de la lengua (macroglia, tumores, fimosis, etc.), de la laringe, de la nariz (pólipos, desviaciones del tabique, etc.), del cavum (vegetaciones adenoideas, tonsilitis, etc.), del paladar (hendidura), de los labios y arcos dentarios (labio leporino, deformidades mandibulares, implantación defectuosa de las piezas dentarias) y también por defectos del sentido del oído.

En las dislalias funcionales no se encuentra ninguna alteración orgánica a la que atribuir el defecto. Intervienen aquí los mismos agentes etiológicos que en la tartamudez: herencia, imitación, trastornos psíquicos y nerviosos, etc.

Se han descrito muchos tipos de mogilalias entre las que citaremos las que afectan a las letras *b*, *v* (*betacismo*), *s*, *ch*, *z* (*sigmatismo lateral o frontal*, este último conocido por seseo o ceceo), *c*, *k*, *qu* (*gammacismo*), *r* (*rotacismo*), *d* (*deltacismo*), *l*, (*lambdacismo*), etc.

En las paralalias la dificultad recae sobre las mismas letras, que son sustituidas por otras más fáciles para el sujeto. Las designaciones son las

mismas anteponiéndole el prefijo *para*; *pararotacismo*, *paralambdacismo*, etc., etc.

Otras dislalias se designan por nombres que derivan del defecto orgánico que las produce. Así, las *rinolalias*, dan lugar a *ganguero* o voz nasal.

Por último, entre las anomalías del lenguaje existe el llamado lenguaje *hotentote* u *hotentotismo*, que no es sino una acumulación de dislalias que hacen incomprensible el discurso. Se encuentra con más frecuencia entre los anormales, pero no es raro observarlo en los primeros años de la vida. En un caso observado por nosotros el niño decía a la muchacha que le daba de comer:

—Bua aque bua, o o eo ma aos (Burra más que burra, yo no quiero más arroz).

Nos referiremos finalmente a aquellos casos en que los niños, sin ser sordomudos, no hablan.

El mutismo puede consistir simplemente en un retraso del comienzo del aprendizaje del lenguaje; en tal caso éste aparece tarde o temprano y en nada afecta al resto de las facultades intelectuales del niño.

En otros casos ocurre que el pequeño se encierra en sí mismo y permanece sin hablar durante largo rato o durante horas. Tal ocurre en algunas crisis afectivas, en que la terquedad juega el papel principal. Si tal actitud se repite frecuentemente, al menor disgusto que el niño reciba, debe tratársele de tal modo, que por sí solo modifique su actitud.

Cuando el mutismo es persistente, dura muchas horas y se presenta en niños prepúberes, o en jóvenes sin un motivo exterior justificado debe pensarse en trastornos de más gravedad, especialmente en la demencia precocísima, o en la hebefrenia.

III. *Trastornos de la Lectura y de la Escritura*

Entre los seis años y medio y los siete años el niño normal está en disposición de aprender a leer y a escribir. Los esfuerzos anteriores a esta edad son muy penosos para el escolar y sólo consiguen fatigarle sin que sus adelantos en estas formas de expresión sean grandes.

Los trastornos de la lectura y de la escritura pueden consistir en una incapacidad total para su aprendizaje como acontece en idiotas e imbeciles o en una posesión defectuosa tal como se ve en los débiles mentales.

Los defectos pueden ser de tipo puramente gráfico (tipo de letra tosco, persistencia de la escritura infantil después de la adolescencia, escritura en espejo, escritura dibujada, etc.), o en faltas gramaticales (omisión de letras y sílabas, incapacidad para la ortografía, unión de dos o más vocablos, división

de otros, etc.). En la lectura puede observarse un estancamiento en la fase del silabeo o de la lectura monótona, sin entonación ni puntuación.

En los defectos de lectura hay que tener en cuenta las anomalías de la palabra que pueda padecer el sujeto y que, lógicamente se reflejan al leer. Ambos trastornos pueden estar disociados dándose el caso de sujetos que leen correctamente si se prescinde de su alteración de la palabra.

En los oligofrénicos es donde más frecuentemente se presentan toda serie de defectuosidades en la forma de expresión gráfica y en la lectura.

Una regresión de lo aprendido puede aparecer posteriormente a consecuencia de lesiones cerebrales, ya sea por traumatismos, infecciones, enfermedades sistemáticas del sistema nervioso central o de la médula (por defectos en la musculatura de la mano o del aparato fonador), etc. Las psicosis juveniles afectan también a estas funciones, no sólo en sus formas de expresión sino en el contenido (ideas delirantes, falsas lecturas, etc.). La característica forma de letra con su aspecto temblón de la parálisis general progresiva puede observarse también en la parálisis juvenil.

En la exploración de niños en los que se sospeche el comienzo de una enfermedad mental, deben compararse los cuadernos escolares prepsicóticos con la escritura actual. Pueden descubrirse de este modo transformaciones que ayuden al diagnóstico.

§ 5 TRASTORNOS DEL INSTINTO SEXUAL

Según nos han descubierto las doctrinas freudianas y ha sido posteriormente admitido por psicólogos alejados de las teorías del psicoanálisis, la sexualidad comienza en el ser humano al mismo tiempo que los demás instintos, esto, es, al nacer.

Hasta los tres y medio o cuatro años no aparece en el niño la tendencia erótica, todavía indeterminada y narcisista. Es en la prepubertad cuando empiezan a concretarse anatómicamente las zonas sexuales. Entonces, es normal la aparición de las prácticas masturbatorias.

La interpretación de la masturbación por la escuela psicoanalítica se resume en el hecho de que se trataría de una forma de satisfacción mediante la cual el niño se independiza de su ambiente, se basta a sí mismo en la consecución del placer.

Interviene en la aparición y prolongación del onanismo a través de la adolescencia un factor principalmente psíquico y no solamente físico. El niño "se refugia" en la masturbación cuando su espíritu padece.

No hay que dar gran importancia a estas prácticas del niño mientras no constituyan un peligro por su exagerada frecuencia o cuando pasada la pubertad dejan de efectuarse.

La antigua teoría que hacía de la masturbación fuente de todos los males somáticos y psíquicos está ya caducada. Por sí sola no es nunca causa de trastornos mentales y únicamente puede ser un síntoma de enfermedad en algunos casos.

En los débiles mentales profundos (imbéciles e idiotas) puede llegar a hacerse muy frecuente, en forma pseudoparoxística.

Tampoco es raro observar una exaceración en ciertas psicosis, principalmente en la esquizofrenia.

En el niño es conveniente huir de las reprimendas o los castigos con lo cual no se consigue sino dirigir su atención con mayor viveza hacia sus órganos genitales y provocar por tanto una mayor excitabilidad que termina en la masturbación. Tampoco es de aconsejar el premio por haber sabido reprimirse. Ello no desvía tampoco el interés de los pequeños. La mejor práctica es no dar aparentemente importancia al hecho, indicar sencillamente al niño que aquello no es conveniente, del mismo modo que se le aconseja no comer demasiado o no ser perezoso, etc., y hacerle llevar una vida higiénica al aire libre, con ejercicio físico. Si a pesar de esto las prácticas onanistas continúan pasada la edad infantil, nada se consigue ni con premios ni con castigos, pues existe ya una fijación que quizá sólo el psicoanálisis puede curar. Se trata en este caso de sujetos psicópatas, sobre todo los llamados psicópatas inseguros de sí mismos (aunque no todos) o de neuróticos.

La homosexualidad es bastante frecuente en los débiles mentales y en los jóvenes delincuentes. En estos sujetos cuya sugestibilidad es grande, sus facultades mentales poco desarrolladas y muchas veces el medio ambiente defectuoso se desarrolla la homosexualidad por incitaciones de compañeros, por imitación y más rara vez por tendencia innata hacia esta perversión sexual.

Durante la pubertad es cuando más fácilmente puede el niño comenzar a dedicarse a prácticas pederásticas que pueden ser activas o pasivas (con más frecuencia esto último) o consistir solamente en masturbaciones recíprocas.

En los internados, tanto escolares como correccionales se pueden despistar muchos casos de esta índole. En los tribunales para menores y en los establecimientos que de ellos dependen el porcentaje de tales sujetos suele ser bastante elevado.

Las *algolagnias*, en sus formas sadista y masoquista no son practicadas sino muy rara vez por los niños ni los jóvenes.

En cambio sí lo es el *fetichismo*, en sus formas más atenuadas que pueden considerarse como normales. La dirección del erotismo hacia un objeto o prenda de vestir, principalmente pañuelos es normal en los adolescentes. Localizado a prendas más íntimas es ya una perversión menos frecuente a esa edad. Nosotros hemos observado el caso de un joven de 18 años que murió de tuberculosis abrazado a una braga sin lavar, de su amada, la cual no quiso negarse a entregarle tal prenda sabiéndolo próximo a morir. Pero un caso tan característico no suele observarse muy a menudo.

Repetimos aquí las normas dadas para combatir el onanismo. La vida sana, el deporte, la coeducación, el medio ambiente moral pueden combatir estas anomalías cuando se las ataja en su comienzo.

§ 6. ENURESIS Y ENCOPRESIS

La incontinencia de orina dura en el niño hasta los 16 o 18 meses. Durante el día es retenida con mayor facilidad incluso en chicos más pequeños, pero por contra la enuresis nocturna se prolonga a veces hasta los dos años y medio o tres. Pasada esta época el niño normal no moja sus sábanas y sabe contener su necesidad.

La persistencia de la emisión involuntaria de orina durante la noche puede ocurrir independientemente de alteraciones somáticas o psíquicas. Los psicoanalistas consideran que esta enuresis esencial, es decir, sin causa aparente alguna, debe conceptuarse como un sustitutivo del onanismo. Según esta concepción deberíamos suponer que la enuresis es la masturbación de la primera infancia.

Mucho más próxima de la realidad parece estar la opinión de Adler, según la cual se trataría de un síntoma, en cierto modo histérico, mediante el cual el niño se hace interesante y atrae la atención de los demás hacia él a pesar de que, por lo general, tal desorden de la micción cuesta al niño bastantes reprimendas.

En muchos de los casos el reconocimiento de un niño enurésico descubre trastornos somáticos preferentemente del tipo adenoideo (pólipos, amigdalitis, vegetaciones adenoideas, linfatismo, etc.). La curación de estos padecimientos repercute la mayoría de las veces sobre la micción haciendo desaparecer la incontinencia.

Como es bien sabido en los epilépticos la incontinencia nocturna de la orina debe considerarse como un equivalente.

Los débiles mentales, cuanto más profunda es su oligofrenia realizan sobre sí mismos sus necesidades, en parte por trastornos esfinterianos, pero también porque no encuentran molestia alguna en llevar encima la suciedad.

El factor emocional desempeña un importante papel en la génesis de la enuresis nocturna.

Lo mismo que la masturbación practicada después de la adolescencia, la enuresis en el mismo caso es un síntoma neurótico.

Blanchard²⁹ opina, con razón, que las privaciones, represiones y conflictos emocionales pueden dar lugar a enuresis, encopresis, onanismo, juegos sexuales continuados y tendencia desusada a la coprolalia (uso de palabras obscenas), por lo cual son justiciables de ser incluidos entre las manifestaciones neuróticas.

La incontinencia de las heces fecales se observa más raramente y no se prolonga durante tanto tiempo como la de orina. Solamente en los idiotas e imbeciles profundos es habitual.

La escuela freudiana considera esta anomalía como una persistencia de la fase infantil erótico-anal. La misma interpretación se dá del trastorno contrario, esto es, de la retención voluntaria de las heces.

Las enfermedades endocrinas, la vagotonía y la alcalosis son invocadas por Caín³⁰ como causas etiológicas de enuresis y encopresis. Es muy frecuente, en efecto, encontrar trastornos de dichos grupos en los niños con los síntomas que estudiamos.

El tratamiento de la enuresis debe tender, en primer lugar, a eliminar las causas orgánicas susceptibles de provocarla; por tanto opoterapia (tiroides, lóbulo anterior de la hipófisis principalmente) cuando esté indicada; ablación de pólipos o vegetaciones si las hubiere; luminal, tartrato boro-potásico si se sospecha la epilepsia larvada; investigación de vermes intestinales, de fosfaturia, de vulvovaginitis en la niña y tratamiento consiguiente, etc.

Aparte de esto, prescripción de una vida higiénica, evitando las excitaciones en el juego o el deporte. El régimen alimenticio en el que preponderen vegetales y frutos es conveniente.

Cuando el origen es psíquico, como ocurre en gran número de casos, debe instituirse un tratamiento psicoterápico y sugestivo. Los bromuros, el alcanfor y los valerianatos dan resultados a veces en los niños excitables.

²⁹ P. Blanchard, *Obscenity in children*, en las pp. 554 a 570 de la obra *The new generation*, de Schmalhausen y Calverton, Yeacaulay, ed. Nueva York, 1930.

³⁰ Caín, *Les traitements étiologiques de l'éneurésie*. L' Hôpital, febrero, 1935.

Recientemente, Molitch y Poliakoff ³¹ aconsejan el uso del beta-fenil-isopropilamina (Benzedrina) para combatir la enuresis. La dosis oscila entre 0,005 gr y 0,015 gr que va disminuyendo una vez conseguido el efecto deseado. En los niños menores de 10 años no debe ser utilizada.³²

§ 7. ONICOFAGÍA

El mal hábito de morderse las uñas, lo adquieren los niños por mecanismos semejantes a los de otras malas costumbres propias de esta edad como la enuresis, la masturbación, el chupeteo del dedo, etc.

El factor psíquico interviene aquí también de una manera preponderante, podríamos decir que casi exclusiva.

En los niños psicópatas el hecho es frecuentísimo y es además mantenido y exacerbado por la timidez, los estados emotivos, los disgustos con los familiares así como por los castigos que lleva consigo el hecho de roerse las uñas.

El defecto puede ser muy pasajero y, entonces, por sí solo, no tiene significación patológica. Solamente cuando es muy pertinaz o cuando va acompañado de otros síntomas como los descritos en otras páginas constituye un dato más que agregar al diagnóstico de psicopatía o de neurosis.

En ocasiones es como un tic de tipo espasmódico; el niño se lleva repentinamente sus dedos a la boca y muerde las uñas durante un momento.

Con frecuencia parece constituir un medio de concentrar la atención, semejante al gesto de sacar la lengua paseándola por el labio superior tan común en los escolares cuando están realizando una operación difícil.

La psicoanálisis también interpreta este signo dándole una explicación sexual, como sustitutivo del onanismo. Pero la realidad es que infinidad de veces coexisten uno y otro síntoma, lo que claro es, no excluye el carácter autoerótico de la onicofagia.

Comparable a este hábito es el de arrancarse y morder los pequeños pellejitos periungueales, los llamados por el vulgo "padrastrós" así como otra sucia costumbre observada en la primera infancia, la *mucofagia*, consistente en llevarse los dedos a la boca después de haber extraído de las fosas nasales mucosidades en ellas depositadas.

³¹ Molitch, M. y Poliakoff, S., *Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie*, 88, 323 1938.

³² Sobre enuresis consúltese: Calvin, J. K., *Enuresis*. J. Amer. Med. Asso. 90. 1928. — Bakwin, H., *Enuresis in children*. Arch. Pediat., 45. 1928. — Anderson, F. N. *The psychiatric aspects of enuresis*. Amer. J. Dis. Child., 40. 1930.

El tratamiento de todas estas malas costumbres en los niños consiste en tratar sus anomalías psíquicas o caracterológicas. Los intentos de curar la onicofagia mediante dediles, embadurnamientos de los dedos con ácebar u otras sustancias de sabor desagradable suelen fracasar rotundamente.

Lo normal es que, al llegar a la adolescencia desaparezcan espontáneamente en la mayoría de los casos.

§ 8. LA TESTARUDEZ

Hay dos fases en la vida del niño que merecerían ser designadas con el nombre de “años de la terquedad”. Entre los dos y los cuatro años primero y, posteriormente, en las comienzos de la pubertad. Coinciden notablemente las dos épocas, en la primera de las cuales ha situado Ç. Bühler una llamada “primera pubertad”, en lo referente a la testarudez. Además de los signos hacia los que la psicóloga vienesa ha llamado la atención, este de la tozudez aparece, también normalmente exacerbado en ambos ciclos de la existencia infantil.

El cuadro de Hetzer,³³ demuestra muy claramente las variaciones que la testarudez sufre con la edad:

EDAD	Nº de niños	%
De 0 a 2 años	11	
de 2 a 4 „	24	
de 4 a 6 „	20	
de 6 a 8 „	15	
de 8 a 10 „	7	
de 10 a 12 „	11	
de 12 a 14 „	12	
TOTAL....	100	%

Se observa cómo el número de niños aumenta hasta los cuatro años, para ir descendiendo gradualmente desde esa edad hasta los 10 en que vuelve a tomar un ritmo ascendente.

Esta alteración caracterológica es peculiar en algunas psicopatías (véase éstas p. 51), en las cuales destaca sobre otros trastornos. En los epileptoides la terquedad es la regla, así como en muchos débiles mentales.

³³ H. Hetzer, *Entwicklungsbedingte Erziehungsschwierigkeiten*. Zeitsch f. paed. Psychol., 29. 1938.

No debe confundirse este trastorno con el negativismo. En este la negativa es sistemática y sin fundamento. En aquél el niño se aferra a aquello que cree más conveniente para su satisfacción y no admite rectificación a su deseo.

En los niños irritables la testarudez va acompañada de rabietas, en ocasiones muy violentas que no son capaces de calmar ni la satisfacción de los deseos originarios del acceso.

El ambiente influye notoriamente en la creación de estos conflictos con el niño. Su tratamiento reside en el tacto con que hay que cuidarlos y desde luego en el de la psicopatía o la enfermedad causal.³⁴

§ 9. EL SUICIDIO EN LOS NIÑOS

Las complicaciones de la vida moderna con los consiguientes conflictos que provoca en el individuo, cuyas condiciones de vida exigen cada vez un mayor esfuerzo ya desde la edad juvenil, han hecho aumentar en los últimos años el número de niños, particularmente en la edad puberal y de adolescentes, que no encuentran más solución a sus desdichas que el suicidio.

Siempre han existido casos en que el menor por causas que a los mayores parecían nimias tomaba una resolución tan definitiva.

Estos hechos hay que examinarlos desde el punto de vista psicológico. El porqué una misma causa produce distintos resultados sólo puede tener una explicación fundada en las características psíquicas de cada individuo.

Una de las causas que con más frecuencia producen suicidios infantiles son los fracasos en los exámenes. Pero es indudable que el solo hecho de una reprobación no explica la génesis del delito ya que el número de suicidios, comparado con el de suspensos que en cada curso reparten Liceos y Universidades es, por fortuna, verdaderamente ínfimo.

A continuación de esta etiología, los jóvenes suelen aducir contrariedades amorosas para justificar ante sus allegados tan tremenda determinación. Aquí la proporción entre la causa inmediata y los casos en que el suicidio llega a ser consumado no es tan distante como en el apartado anterior. En primer lugar porque los primeros escauceos amorosos no siempre ocurren en la adolescencia y en segundo término porque el fracaso en un examen produce un violento *shock*

³⁴ Consúltense: Bell. A., *Das trotzige Kind*. Dresden, 1926. — Winkler. H., *Der Trotz, sein Wesen und seine Behandlung*. E. Reinhardt, ed Munich. 1929.

psíquico durante el cual la conciencia del menor no está en las condiciones normales, mientras que un desengaño amoroso viene por lo general gestándose con antelación, lo que prepara al adolescente a recibirlo con mayor indiferencia.

Otro motivo por el que los niños se deciden a atentar contra su vida es el deseo de vengarse de sus familiares. El pensamiento del suicidio pasa por la mente de casi todos los niños en algunas ocasiones en que han sido reprendidos con violencia o cuando se creen injustamente castigados o postergados ante sus hermanos. El niño incapaz de defenderse de otro modo contra un medio que considera hostil, piensa en el dolor que causaría a sus padres si desapareciese, se representa las escenas que sucederían a su muerte, y, como una satisfacción a su vanidad, los elogios que se harían de su persona. Lo normal es que la cosa no pase de ahí, pero en otras ocasiones el pequeño llega a amenazar a sus padres con suicidarse si no cambian de actitud para con él. A veces llega incluso a fingir el suicidio, lo que es más frecuente en los histéricos y aun más en los del sexo femenino. En alguna ocasión el intento resulta trágicamente verdadero como en un caso citado por Stern³⁵ en el que se trataba de una muchacha que al ver desde su ventana regresar a la madre, quiso fingir un suicidio y abrió la espita del gas tumbándose en la cama; por desgracia, la madre, al llegar a la puerta de su casa recordó que debía hacer un encargo y volvió sobre sus pasos no retornando a su domicilio hasta pasadas algunas horas, dando lugar a que la chiquilla muriese intoxicada por el gas.

Mas rara vez el niño consuma el suicidio premeditadamente, utilizando para ello los medios que encuentra a su alcance. Lo más frecuente es el ahorcamiento o la sumersión.

Pero, en general debe tenerse en cuenta que la inmensa mayoría de los niños suicidas son anormales, especialmente psicópatas.

Si se investiga la caracterología del suicida, los antecedentes familiares, su conducta durante el tiempo que precedió a la comisión del hecho, se encontrarán alteraciones psíquicas que explicarán la causa real del delito.

En el capítulo correspondiente a los trastornos de la pubertad (véase p. 35) explicamos la psicología del púber y las motivaciones psíquicas que le arrastran a eliminarse del mundo de los vivos.

Las depresiones psíquicas, el *taedium vitae*, más raramente la persistencia en la idea del suicidio como consecuencia de malos tratos, injusticias reales o ficticias, pero reiteradas en el seno de la familia o también ciertas psicosis juveniles pueden dar lugar al suicidio.

³⁵E. Stern. *Anormalidades mentales*. Trad. esp. Labor, ed. Barcelona, 1933.

El temor a castigos por faltas cometidas puede impulsar también al suicidio, pero suele tratarse en estos casos de temores fundados por haber sido ya objeto de malos tratos en ocasiones semejantes.

La proporción de suicidios entre los menores aumenta con la edad. No se conocen casos anteriores a los cinco años. Entre los niños es más frecuente que entre las niñas, pero esta proporción se va igualando al acercarse a la adolescencia.

La profilaxis del suicidio infantil debe ser encomendada a las familias, las que pueden —aunque no siempre— prevenirlo cambiando de actitud respecto al niño. Cuando éste hace reiteradamente amenazas de este género, una medida de precaución es su internamiento en un establecimiento adecuado donde pueda estar sometido a vigilancia y a tratamiento. En muchas ocasiones sólo el cambio de medio, incluso aun no siendo a un internado, sino por ejemplo, llevándole a vivir con otros parientes hace cambiar la actitud del muchacho, que olvida pronto sus pasadas preocupaciones.

En los casos de familias en las que ya ha habido algún suicidio, especialmente en la línea directa, deberá ejercerse una mayor vigilancia en cuanto el menor manifieste tal propósito una sola vez o cuando se le note excesivamente deprimido, pues la tendencia al suicidio (como uno de los componentes del temperamento) es transmitida de generación en generación, como lo demuestran los casos típicos de Gall)³⁶ en que siete hermanos se suicidaron en el espacio de cuarenta años.

Lafora³⁷ cita el caso de un psicópata al que su madre relató el suicidio de su padre, produciéndosele desde entonces una depresión obsesiva ante el temor de no poder librarse del mismo destino.³⁸

Casi todos los psiquiatras conocen casos de esta índole. Nosotros hemos observado dos. En uno de ellos el primer suicida de la familia fué un tío paterno; al cabo de muchos años una sobrina se mató, por contrariedades amorosas, arrojándose a un pozo, poco después el padre, militar honorable, se disparó un tiro en la cabeza durante una acción de la guerra de Africa en la que se creyó derrotado por el enemigo; el hijo —psicópata como el resto de la familia, según los antecedentes— padecía una neurosis obsesiva aunque no manifestó nunca el temor al suicidio. En otro de nuestros casos se trataba de un padre y un hijo que se suicidaron con intervalo de pocos años.

La influencia sugestiva de la Prensa en las rachas de suicidios ha sido señalada por todos los autores y en algunos países se han suprimido de los periódicos tales relatos (Italia, Finlandia, U. R. S. S. y otros).

³⁶ Citado por Lafora.

³⁷ G. R. Lafora. *La Higiene mental y el suicidio*. Conferencia en Ateneo de Madrid durante la segunda semana de Higiene Mental. Madrid, 1932.

³⁸ En un caso de esta índole se basa la novela de Paul Bourget *La Géôle*.

LA ADOLESCENCIA Y LOS TRASTORNOS DE LA PUBERTAD

§ 1. PSICOLOGÍA DEL PUBER¹

La primera dificultad con que se tropieza al tratar de hacer un estudio psicológico de la adolescencia es el deslinde entre lo que pertenece al niño o al adulto y lo que es propiamente característico de la edad puberal.

Si bien desde el punto de vista somático es relativamente sencillo apreciar las diferencias de edad e incluso, cuando se reúnen los datos necesarios, el error cronológico puede llegar a ser mínimo, no puede decirse lo mismo cuando lo que se desea apreciar es el grado de desenvolvimiento psíquico global de niños y jóvenes.

Como es bien sabido, el desarrollo de las glándulas gonadales imprime al púber profundos cambios no sólo en el aspecto físico (desarrollo de los órganos, caracteres sexuales secundarios, cambios de voz, vello genital, etc.), sino también, y mucho más importantes, en la esfera de la psique.

Lo difícil de determinar es el momento en que el niño comienza a sentir las inquietudes anímicas características de la pubertad. Tal momento, es de larga duración. Gradualmente va produciéndose la transformación del niño en púber, de éste en adolescente y, por último, en adulto, de tal modo que los límites entre una y otra etapa de la vida son borrosos y se entremezclan íntimamente.

Por otra parte los procesos de madurez sexual y psíquica no siguen una correlación cronológica. Aquella es mucho más precoz y termina su desarrollo completo cuando todavía las facultades mentales no han alcanzado el equilibrio adulto.

Pero, al mismo tiempo, las primeras manifestaciones de los cambios que la pubertad provoca en la psique infantil, aparecen algún tiempo antes que los propios cambios corporales.

Se admite, por tanto, una pubertad psíquica del mismo modo que una pubertad somática.

Esta última suele comenzar entre los 13 y los 15 años en los muchachos de nuestra raza y entre los 12 y los 14 en las muchachas.

¹ Véase: C. Bühler, *Kindheit und Jugend*. 3ª ed. Hirzel, 1931. — Dix, K. W., *Zur Psychologie der Reifezeit. Die beiden Krisen der Pubertät*. Becker, ed. Dresden, 1931. — Broocks, F. D., *The psychology of the adolescent*. H. Mifflin, Boston, 1929.

La pubertad psíquica, que, iniciándose hacia los 10 años extiende su evolución hasta los 18 o 20 ha sido dividida en varias fases, del modo siguiente:

1. *Fase prepuberal*, que comienza a los 10 años y termina hacia los 12 en las niñas y a los 11 y 13 respectivamente en los varones.

2. *Fase puberal*, cuyo principio se confunde insensiblemente con la anterior y termina hacia los 17 años.

3. *Adolescencia* que sigue a la fase puberal y se prolonga hasta los 20 o 22 años.

Como se desprende de lo consignado anteriormente, las edades que en esta división se señalan son puramente artificiosas y no indican más que los datos que proporciona el promedio de la población juvenil. Pero no es raro, que tanto el comienzo como el término de la totalidad como de cada una de las fases independientemente sufra variaciones individuales dependientes de condiciones somáticas, psíquicas e incluso ambientales. A este último respecto es de hacer notar que si bien el ambiente influye poco sobre el desarrollo gonadal (recordando, sin embargo, que entre las clases pobres y depauperadas no es raro el retraso en la aparición de las señales de madurez sexual) ejerce gran influencia en la evolución psíquica.

Es notable el hecho de observación diaria que en las distintas clases sociales están en relación inversa la precocidad de la pubertad sexual o psíquica.

En los bajos fondos lo frecuente es observar a niños cuya madurez psíquica (siempre que se trate de muchachos normales) se desenvuelve rápidamente, debido fundamentalmente a que desde muy chicos están obligados a aguzar su ingenio para ganarse la vida por sus propios medios. En cambio, los hijos de familias acomodadas ignoran ya muy mayorcitos, todo lo que se relaciona con la lucha por la vida, y gran parte de los aspectos de la sexualidad que les han sido ocultados cuidadosamente. La falta de estos factores o su conocimiento incompleto da lugar a que niños de la misma edad cronológica, pero de distintas capas sociales, ofrezcan una psicología tan diferente.

Este retraso no es, naturalmente perjudicial, porque el desarrollo psíquico y los conocimientos tendrán a su debido tiempo el grado necesario de desarrollo para satisfacer las necesidades vitales del individuo.

Lo contrario ocurre en lo que respecta a la madurez sexual. En los niños pobres, las privaciones, la alimentación escasa y defectuosa, el trabajo duro, influyen sobre el organismo depauperándolo; de ahí un retraso en el desarrollo global del cuerpo y por consiguiente, de las glándulas gonadales.

Así observamos con extraordinaria frecuencia, sobre todo entre los niños delincuentes que proceden de medios ambientales muy defectuosos, que su conocimiento psíquico de la vida, de las cuestiones sexuales, del vicio, etc., está,

por desgracia, extraordinariamente desarrollado, mientras la función sexual propiamente dicha no ha aparecido aún.

Por el contrario, en los niños ricos se observa el caso opuesto. Total desarrollo de las gonadas con ingenua ignorancia de múltiples aspectos de la vida.

Este contraste muestra gráficamente el desacuerdo en la evolución de la psique y el soma.

Otra de las dificultades que se presentan para el estudio de la psicología juvenil e infantil es la diferencia de la conformación mental con la del adulto. Hasta hace pocos años los trabajos sobre este sugestivo tema se basaban únicamente en consideraciones teóricas. Según tales teorías, el niño podía ser comparado al hombre primitivo, o al adulto oligofrénico o aun incluso, a los animales.

En realidad es imposible establecer un parangón semejante. El niño es fundamentalmente distinto a todos esos seres e incluso al adulto. Hay pues, que estudiarlo independientemente de toda comparación, pues sólo es comparable a sí mismo.

A pesar de la mayor proximidad del púber y el adolescente al adulto esta proximidad es sólo cronológica, pues psicológicamente cada generación está separada de la anterior y de la siguiente por distancias que son muy difíciles de salvar.

En cierto modo podríamos comparar esta diferencia a la que existe entre el anciano y el adulto joven. Esto es más fácil de ver para todo el mundo, con la salvedad que las "rarezas" del anciano son mejor disculpadas por el respeto que inspira su edad, pero no porque sean menos extrañas al hombre maduro que las genialidades de los adolescentes.

Lo notable es que habiendo pasado todos los hombres por la adolescencia y no por la vejez se conoce mucho más de la psicología del senil que de la del púber. La razón de este mejor conocimiento estriba principalmente en que durante los años juveniles el hombre no está ni preparado ni capacitado para pensar y meditar sobre sus propias vivencias, voliciones, anhelos y estados anímicos teñidos de un tono especial que no vuelve a presentarse en el curso de la vida. La prueba de ello es que los mejores documentos para estudiar la psicología de la edad juvenil surgen de los diarios íntimos escritos por adolescentes dotados de cualidades mentales superiores, lo que les permite verter en las páginas sus sentimientos, conflictos y deseos.

Bástenos recordar el diario de Amiel, sobre el que tantos volúmenes se han escrito o el Diario de un joven judío publicado por W. Stern, así como el libro de Carlota Bühler² sobre las inquietudes femeninas en la edad puberal.

² C. Bühler., *Zwei Mädchentagebücher.*, 2ª ed. Ficher, Jena, 1927. — C. Bühler., *Zwei Knabentagebücher.* Ficher, Jena, 1925.

En cambio del examen objetivo del material humano se obtienen menos enseñanzas y esto por una razón muy sencilla: la de que precisamente en la edad juvenil transcurre una época en que el sujeto rehuye el contacto con los mayores, sus problemas quedan ignorados por los demás y solamente el amigo íntimo —que no todos los adolescentes consiguen, aunque lo deseen— puede, en ocasiones, ser el confidente de tales conflictos.

Todas las facultades psíquicas participan de la transformación que el desarrollo de las gonadas ejercen sobre el púber, pero hay algunas particularmente interesadas y que tienen el carácter juvenil durante este lapso de la vida humana.

La afectividad principalmente está como “desorientada”. El adolescente necesita fijar en el objeto exógeno sus inquietudes internas; el choque con el mundo exterior, que entonces empieza a descubrir en toda su amplitud, le conduce a desengaños, a pequeños fracasos que constituyen para él graves derrotas, vuelve entonces, como consecuencia de ello, a encerrarse en sí mismo, se calla sus resentimientos y piensa que debe resignarse a estar solo dada la perfidia de los demás. Pero pasado algún tiempo, su necesidad preconsciente de afecto es más fuerte que su propia actitud de orgullo y si las circunstancias le favorecen vuelve a las relaciones con el ambiente; o bien sus anhelos se subliman en actitudes líricas o románticas. La poesía juvenil tiene aquí su origen; ésta puede ser mala o buena, pero para el sujeto no se trata de la obra de arte, sino de la exteriorización de sus estados anímicos en una forma que le permite prescindir del mundo circundante.

Es precisamente en todas las manifestaciones de la vida afectiva donde las vivencias del joven son más intensas, en las que pone más entusiasmo, aquellas cuyos fracasos le son más amargos y pueden conducir al menor al suicidio. En la historia del joven Werther ha expresado Goethe en forma magistral uno de estos procesos.

Esta misma inseguridad de los afectos se manifiesta en todas las actividades juveniles. La timidez, tan frecuente en los adolescentes, incluso en aquellos en que este defecto no se ha manifestado antes y dejará de torturarlos después, no es sino la expresión de la falta de seguridad en sí mismo. De ella y de la necesidad de amor se deriva la seducibilidad de los jóvenes, más acentuada en el sexo femenino, pero que no falta en el masculino.

El rubor, el azoramiento y el balbuceo consiguiente ante los jóvenes de sexo contrario expresan al exterior la inseguridad de los adolescentes. Estos mismos hechos de los que ellos se dan perfecta cuenta les hacen sufrir extraor-

dinariamente y mantienen, como en un círculo vicioso —que sólo la edad romperá (aunque no siempre)— su vida de relación.

De estos conflictos anímicos pueden surgir, en las personas predispuestas, neurosis, que permanecen latentes e ignoradas hasta muchos lustros después en que hacen su aparición de una manera inesperada y sorprendente para el enfermo.

Las crisis de ternura, que conocen muy bien las madres, y que son muy frecuentes en los jóvenes, tienen un profundo origen en la inquietud sentimental. No suele tratarse en ellas de resultados de fracasos o de disgustos y desencantos, sino más bien de un estado que podríamos calificar de angustia sentimental; el adolescente, necesitado de afecto, no sabe a quién ni a qué recurrir; su propio Yo se le escapa, no satisface su deseo ni su inquietud; hay entonces una fijación del afecto en la persona más próxima: en la madre.

En este momento desea el adolescente mostrarse ante la madre todavía como un niño, teme a la vida, se encuentra inseguro ante ella y emplea todos sus recursos en convencer a su madre y a sí mismo de que aun no es un hombre. Pasada la crisis de ternura, su afán se dirige al polo opuesto y entonces hace una “hombrada” que lo disculpe de su debilidad anterior.

La conciencia no suele participar en tales procesos y conductas que son de carácter preconsciente, y el joven no suele percibir ni la finalidad ni el origen de una manera terminante.

En otros casos —y hay que convenir en que la época moderna nos ofrece más de éstos que de aquéllos— el adolescente entra en la vida con grandes bríos; desdeña lo romántico como demostración de debilidad; deja el juego infantil para entrar en el deporte, como antesala de la lucha por la vida. La ecuación juego-deporte-trabajo³ señala las tres etapas vitales, niñez-adolescencia-madurez.

El joven, entonces, sin dejar de ser soñador, fija sus ensueños en otros aspectos del mundo exterior: le atrae la aventura, lo desconocido, la lucha, las profesiones nuevas o peligrosas (explorador, aviador, etc.) Discute acaloradamente con sus compañeros toda clase de problemas, se inscribe en la política más extrema, en aquella que puede darle oportunidades de lucha y de demostrar su hombría. En la muchacha este tipo de despertar puberal se manifiesta en forma parecida, sólo velada por las conveniencias sociales y por la menor combatibilidad propia del sexo.

Las demás facultades mentales participan asimismo de la crisis puberal. La memoria es más despejada, más potente; la atención se dirige a todo lo nuevo, a todo lo que el joven está descubriendo tanto dentro (el Yo), como fuera

³ Véase: F. Pascual del Roncal. *Fantasia y juego*. Madrid, 1937.

de sí mismo (el mundo), está tensa, pronta a recibir las continuas impresiones que la vida le ofrece.

El juicio y el sentido crítico comienzan entonces a afirmarse mediante los conocimientos más amplios y el contraste con las demás gentes, pero son todavía inseguros y fuertemente influenciados por la afectividad.

§ 2. EL DESCUBRIMIENTO DEL YO ⁴

Spranger ⁵ distingue en el alma juvenil tres caracteres esenciales:

1º El joven descubre su Yo.

2º Forma paulatinamente su plano de vida.

3º Comienza a arraigarse en los diferentes territorios vitales que constituyen el mundo actual del sujeto adulto. Experiencia y desenvolvimiento de la individualización, ocupación detallada en los distintos aspectos de la vida.

Durante la infancia el niño ignora su propio Yo. Este está fundido con el mundo, que tampoco es una cosa clara para el infante, como algo externo a sí mismo.

El niño se basta a sí propio como medio y como fin, no cree que fuera de él haya nada, pues el ambiente lo considera como algo muy suyo, dispuesto para su servicio y satisfacción.

En la época prepuberal, el pequeño comienza a entrever que el mundo existe como algo independiente de su ser íntimo, pero, al principio tal problema se le presenta como una nebulosa incomprensible que no llega a preocuparle.

Paulatinamente va entrando en su conciencia más y más la idea de que su propio Yo, no es sino uno entre los innumerables Ellos, sumergidos en la vorágine del mundo externo.

El fenómeno es tan lento que cuando el joven quiere darse cuenta, comprende ya, sin saber cómo, que su Yo y el mundo son dos entes distintos.

Encontrar o descubrir el yo, supone para el adolescente, según ha hecho resaltar Hollingworth: ⁶

⁴ Véase: W. Stern. *Vom Ichbewusstsein des Jugendlichen*. Zsch. f. Päd. Psychol, 23. 1922.— E. Severn. *The discovery of the self*. Rider, ed. Londres, 1933.

⁵ Eduard Spranger. *Psicología de la edad juvenil*. Trad. española, Revista de Occidente, 1929.

⁶ L. S. Hollingworth. *Psychology of the adolescent*. New York, Appleton, ed. 1928.

- a) la liberación de la tutela familiar,
- b) el conocimiento y relaciones con individuos del sexo opuesto,
- c) la capacidad de ganarse la vida,
- d) una visión del mundo que dé un sentido a la vida.

Pero cada una de estas posibilidades presupone para el joven un esfuerzo, tanto más intenso cuanto que su conocimiento del mundo es todavía sumamente incompleto. El ha descubierto la existencia del mundo, pero el contenido de éste es todavía un misterio lleno de peligros y asechanzas. De aquí la suma de conflictos del muchacho; el problema está planteado, pero carece de los datos suficientes para resolverlo, sobre todo con la rapidez y perfección que él desearía. Así pues, el impulso juvenil despertado por las gonadas lo lanza desarmado a la conquista del mundo; su anhelo, su impaciencia es lo único que le impulsa a la lucha. Pero los desengaños, le hacen retroceder con frecuencia y lo llevan al recogimiento en sí mismo del que antes hemos hablado. Surge entonces una tendencia a la soledad o más bien una necesidad de soledad como la ha llamado Vecerka⁷ durante cuya época el adolescente se estudia a sí mismo, pudiendo llegar a un verdadero narcisismo, tan frecuente en esta etapa de la vida.

La inseguridad en sí mismo lleva al joven a mirar a su alrededor en busca de modelo qué imitar. Lógicamente son las personas más cercanas las que más le interesan; los padres en primer lugar, el maestro después, por último, los amigos. La imitación al padre es con mucho, más frecuente que la de la madre, incluso en las muchachas.

El amigo de juventud, juega también un importante papel. En las parejas de camaradas de adolescencia siempre hay uno que ejerce un cierto dominio o fascinación sobre el otro por el cual es imitado.

En los colegios ingleses aristocráticos, donde los neófitos son puestos al servicio de un veterano, éste es frecuentemente imitado por aquél —sin perjuicio de ser también odiado— por creer el más joven que de este modo se granjeará la simpatía o prosperará en la estimación de los profesores.

Al descubrir su propia personalidad el adolescente tiende a obtener la máxima independencia, se rebela contra aquellos que constituían antes sus guías, y gusta de mezclarse en todo aquello que le ha estado vedado. Las revueltas escolares tienen por origen mucho más el hecho de que las promueven adolescentes que los pretextos dados para originarlas. Para los estudiantes constituye un goce el participar en disturbios dentro de la Universidad o el Liceo y la prueba es que muy a menudo la mayoría de los revoltosos ignora a qué se debe

⁷ Vecerka, L., *Das soziale Verhalten von Mädchen während der Reifezeit*. Quell, und. Stud. z. Jugendl., n.4. 1926.

la rebelión. El Yo está impaciente por despojarse de la “opresora” tutela a que ha estado sometido hasta entonces.

Junto a este deseo de independencia existe una fuerte tendencia a conocer el mundo. Como este conocimiento no le es dado conseguirlo “de golpe” y sin esfuerzo, el adolescente se crea uno a su propia medida (soñar despierto). Este mundo irreal conduce al joven a fracasos producidos por el choque con la vida efectiva, distinta a la que él se había forjado.

La persistencia de las derrotas o la importancia que a ellas dé el protagonista (no olvidemos que las vivencias que carecen de importancia para el adulto pueden ir en el adolescente teñidas de un fuerte tono afectivo) pueden en esta edad, con mucha mayor facilidad que en otra cualquiera, crear un sentimiento de inferioridad, tan perjudicial para la vida ulterior del sujeto.

El afán de conocimiento y de imitar a los mayores inclina al adolescente—sobre todo a los de la pequeña burguesía— hacia las teorías biológicas y filosóficas, que aún sin entenderlas son estudiadas con entusiasmo. De aquí la facilidad con que en esta edad los muchachos se adhieren e inscriben en sociedades, partidos políticos y academias donde poder satisfacer sus deseos. En puridad les interesa mucho más pertenecer a un clan cualquiera que las doctrinas que sigan tales agrupaciones. Únicamente se observa una predilección por aquellos grupos que en el momento pasan por extremistas.

Pero los deseos del adolescente no se dirigen solamente a elementos teóricos o románticos; por el contrario, la riqueza y el bienestar propio dan el más alto porcentaje en los deseos expresados por alumnos en edad puberal a los que se ha interrogado sobre el tema.

La encuesta llevada a cabo por Washburne⁸ recientemente en 400 adolescentes a los que se pidió que expresasen por escrito cuál era su mayor deseo, dió los resultados siguientes:

Menos de 5 %	{	Fines individuales
		Ambiente bello
		Paz y tranquilidad
		Mejorar la Humanidad
		Habilidades y talentos
		Ocupación de importancia
		Utensilios escolares
		Dar fama a la familia
		Sentir haber hecho algo
		Querer al maestro

⁸ J. N. Washburne. *The impulses of Adolescents as Revealed by their written wishes.* Jour. Juv. Res. 16, 1932.

5 %	{	Poseer un negocio propio Admiración Personalidad
5 a 10 %	{	Ser maestro Cambiar de escuela Conocimientos, Sabiduría, Caudillaje Posición social elevada Libertad Hacer visitas. Tomar parte en fiestas Tener un hermano o hermana Vivir siempre con la familia Vivir en otra parte Ayudar a la familia Buena suerte No ir a la escuela Leer libros Tener buen carácter El bien
10 a 15 %	{	Ser inteligente Amor Ayudar a la Humanidad Casarse Ser adulto Tener una amante Divertirse Tocar un instrumento Exito Poseer artículos de deporte Viajar Pasar las vacaciones en un campamento de jóvenes
15 a 20 %		Poseer animales queridos
20 a 25 %	{	Ser bello Tener un empleo
30 %	{	Ser virtuoso Poseer un hogar, una hacienda El bienestar de la familia
30 a 35 %	{	Habilidad atlética Ser educado Salud. Vida larga Felicidad
43 %		Facilidad para los estudios
40 %		Vestidos
61 %		Automóvil
66 %		Riqueza

El impulso a la acción y a la independencia produce en los púberes una excitabilidad que puede conducirles a la comisión de delitos.

El aumento de la criminalidad en los años púberes ha sido señalada por muchos autores. Especialmente se ha notado un elevado número de pequeños delitos o faltas de tipo sexual en la época prepuberal, más acentuada en las niñas.

El suicidio, que es raro en los niños, aumenta considerablemente en la adolescencia. Así Gröhle⁹ señala que mientras de 990 suicidios solamente 1 es de niño (no púber) en 134 1 ha sido realizado por un adolescente. Respecto a la proporción entre muchachos y muchachas ésta es de 2: 1 antes de los 16 años; de 1,1: 1 entre los 16 y los 20 años, mientras que vuelve a aumentar la diferencia para los adultos, en los que es de 3:1 (Eulenburg).

§ 3. LAS TENDENCIAS SEXUALES

Si bien la madurez de las glándulas gonadales no se completa hasta la pubertad, el instinto sexual y las tendencias de este tipo son infinitamente más precoces. La diferencia entre la sexualidad del niño y la del adolescente estriba fundamentalmente en que en aquél, el objeto exterior no ha sido todavía percibido como elemento de fijación de la libido, mientras que este último, descubre su propio Yo simultáneamente con la comprensión de la finalidad de sus órganos genitales.

El descubrimiento de lo sexual en su valor real, no se hace en el adolescente sin inquietudes, peligros ni zozobras. Es bien sabido que precisamente es este aspecto de la edad juvenil el que más preocupa a los padres, educadores y psicólogos y no sin razón, puesto que de la torcida interpretación de los hechos sexuales, de su desviación de lo normal, de los defectos al instruir a los jóvenes en tales cuestiones, de los primeros fracasos o fuertes impresiones, pueden surgir trastornos anímicos de tipo neurótico que se prolonguen a lo largo de toda la vida.

Como ha dicho Gröhle, la crisis de la pubertad es primordialmente una crisis de la sexualidad. Alrededor de ésta giran todos los problemas que presenta la adolescencia, pues aunque el descubrimiento del Yo tiene gran importancia, éste suele hacerse con más sencillez y sin los peligros que ofrece lo sexual. En este aspecto no podemos compartir la opinión de algunos autores

⁹ Gröhle, en el *Handwörterbuch der Medizinischen Psychologie*, de Birnbaum. G. Thieme, ed., Leipzig.

americanos que suponen que los fracasos en el descubrimiento del Yo pueden conducir al joven al padecimiento de una esquizofrenia u otro tipo de psicosis. Creemos que los casos analizados presentaron trastornos psíquicos en la pubertad como consecuencia de un padecimiento latente (o ya inicialmente manifestado), el cual era responsable de tales trastornos, pero no a la inversa.

En los primeros años de adolescencia el instinto sexual no está todavía claramente determinado en el joven. Su dirección fisiológica y natural puede fácilmente desviarse a causa de esta falta de precisión del objeto. La timidez, la emoción, el miedo ante el sexo contrario procede, en parte, de que su conocimiento no es todavía suficientemente preciso y en parte también del temor a que les sea descubierto, a que se le note lo que él ya "sabe" de la otra mitad de la pareja humana. Este temor que, en cierto modo, tiene un mecanismo psicológico parecido al de la ereutofobia o temor de ruborizarse (y es bien sabida la facilidad con que el rubor cubre las mejillas de los adolescentes), es una consecuencia de las disparatadas ideas que han regido y aun, en muchos aspectos, continúan rigiendo sobre la educación sexual de los niños. Aunque la ereutofobia no es la facilidad para ruborizarse, sino el temor a ruborizarse (aunque ésto no llegue a ocurrir), la angustia que padecen estos enfermos procede especialmente de miedo a que el rubor denuncie los procesos psíquicos que se desarrollan en el sujeto. Esto mismo ocurre en los jóvenes adolescentes, cuya psicología tiene en algunos casos mucho de parecido a la de los llamados por K. Schneider¹⁰ "inseguros de sí mismos" (Selbstunsicheren Psychopathen), esto es, pedantería, amor propio, timidez, etc., con la diferencia que en aquéllos pasa con la edad. El púber tiene, pues, miedo a que le sean adivinadas sus preocupaciones sexuales o sus vicios (masturbación, etc.), especialmente cuando se encuentra en presencia de muchachas. Se deriva de ello una aversión aparente, vencida por la atracción y la curiosidad sexuales.

Las tendencias psíquicas sexuales se manifiestan al exterior en los jóvenes por su afán de figurar, su presunción, las demostraciones de fuerza sin objeto (aparente), en especial cuando hay espectadores femeninos, el deseo de destacar sobre los demás, ya sea mediante actividades positivas o negativas que tienen por finalidad impresionar al sexo contrario. En las muchachas se inicia el coqueteo, el mayor cuidado de la persona tanto en lo físico como en la conducta (menor movilidad, moderación del gesto, interés por actividades caseras) que, del mismo modo que en los chicos, se dirigen, preconscientemente, a ejercer atractivo sobre el otro sexo.

Los caracteres sexuales secundarios se desarrollan correlativa, armoniosamente con el desenvolvimiento corporal. Krapf¹¹ establece tres clases de muchachos con arreglo al grado de desarrollo de dichos caracteres. Una 1ª clase con

¹⁰ K. Schneider, *Die Psychopathische Persönlichkeiten*. Deuticke, ed. Viena, 1934. (2ª ed.).

¹¹ E. Krapf, *El menor y la sociedad*. C. E. E. S., ed. Buenos Aires, 1935.

ningún carácter sexual secundario; 2ª con escaso desarrollo de los caracteres secundarios y, 3ª con pleno desenvolvimiento. El sincronismo entre sexo y soma figura en el cuadro siguiente:

13 y ½ años	I.	clase	altura	145,5	peso	34,9
	II.	"	"	148,1	"	"
	III.	"	"	155,2	"	41,4
14 y ½ años	I.	"	"	146,2	"	35,5
	II.	"	"	148,1	"	"
	III.	"	"	159,3	"	47,5
15 y ½ años	I.	"	"	148,7	"	38,4
	II.	"	"	152,6	"	"
	III.	"	"	161,3	"	49,5

Se ve claramente en el cuadro comparativo anterior la correlación existente entre secreción sexual y glándulas de crecimiento.

La dirección del interés sexual hacia el sexo contrario, tarda en aparecer en el ser humano. En el niño, cuya vida erótica conocemos desde los trabajos de Freud, tal instinto pasa por las fases de autoerotismo, homoerotismo y heterosexualidad, pero esta última sólo se alcanza después de muchos tanteos en la sombra y hacia los 12-14 años. Hughes¹² ha encontrado como término medio de la edad en que aparece el conocimiento de la diferenciación sexual la de doce años y medio, entre más de mil púberes examinados en este sentido. Antes de esta época los niños establecen la diferencia de sexos primero por el vestido, después, por el diferente corte de los cabellos y algunos caracteres secundarios (barba, voz gruesa, etc., en el hombre), finalmente, por los propios órganos genitales, pero solamente en su configuración puramente anatómica y no en su función fisiológica.

• La importancia de la educación sexual del niño ha sido objeto de muchos estudios y controversias¹³ en los últimos tiempos. Lo que es evidente es el buen resultado que la coeducación ha dado a este respecto. Dejando aparte casos aislados en que tal sistema de enseñanza puede no resultar beneficioso (delinquentes, niños psicópatas, etc.), en general, es conveniente habituar a los niños a la convivencia y trato con el sexo opuesto. De este modo se consigue que al llegar a la pubertad las relaciones entre muchachos y muchachas sean naturales y sencillas y dejen de tener la morbosidad que presentaban cuando se consideraba como pernicioso, prohibido y pecaminoso el acercamiento más inocente al otro sexo.

¹² W. Hughes, *Sex experiences of boyhood*. J. Soc. Hyg. n. 12. 1926.

¹³ Sobre la educación sexual de los niños, véanse: G. R. Lafora, *La educación sexual*. Revista de Pedagogía, ed. Madrid, 1933. — E. Stern, *Die Erziehung und die sexuelle Frage*. Union Deut. Verlagsgesells, ed. Berlín, 1927. — Alice Balin, *La vie intime de l'enfant*. Trad. francesa del húngaro. Gallimard, ed. París, 1939. — *Hirschfeld und Bohm, Sexualerziehung*. Universitas, ed. Berlín, 1930.

La instrucción gradual, metódica, sin mojigaterías, pero también sin ninguna crudeza impedirá que al llegar a la pubertad los niños —especialmente del sexo femenino— tengan de tan importante cuestión un desconocimiento rayano en la simpleza. En un caso citado por Lafora, una niña de once años creyó morir al observar sus primeras reglas. En otro caso de nuestra observación una pequeña de doce años quedó aterrada al comprobar el crecimiento de su vello pubiano y llamó llorando a su madre diciéndole: “Yo me estoy volviendo mona”. El excesivo rigorismo en los problemas sexuales, como no es raro ver en algunas familias que consideran “un escándalo” la menor palabra o velada alusión a estos extremos, es causa muy frecuente de trastornos neuróticos, desviaciones del instinto sexual, o al menos, curiosidad morbosa, que lleva en ocasiones, particularmente a las muchachas, a prostituirse o entregarse al primero que llega.

Por otra parte, es absolutamente inútil pretender que el ser humano al llegar a determinada fase de su vida ignore todo lo referente a la sexualidad; si se le tiene en la ignorancia lo aprenderá por sí solo o por medios poco recomendables.

§ 4. LAS ALTERACIONES PSÍQUICAS Y DE LA CONDUCTA EN LA ADOLESCENCIA

Las profundas modificaciones que el despertar de la sexualidad imprime a la psique del niño, no siempre son superadas normalmente.

Al hablar aquí de alteraciones psíquicas queremos referirnos a las de tipo patológico. La adolescencia es para el hombre, la edad más difícil de traspasar; los conflictos se suceden; el choque con la realidad del mundo exterior como algo distinto del yo no deja indemnes los procesos anímicos. La mente está continuamente expuesta a nuevas impresiones no siempre agradables ni comprendidas en todo su alcance. Ante el joven se presentan problemas hasta entonces desconocidos y que tiene que resolver ya por sí solo. Las primeras relaciones sexuales; el trato social; la lucha por la vida aparecen por vez primera con toda su amplitud ante el adolescente desorientado.

De la forma en que se superen estas dificultades depende la ulterior vida mental del individuo. Fundamentalmente se trata de un problema de simbiosis, de adaptación del individuo al ambiente, a la sociedad en la que tiene que vivir sin que ésta lo trastorne y sin que él sea, a su vez, repudiado por aquélla.

En los niños predispuestos, ya sea por características temperamentales heredadas o ya por influencias ambientales actuantes desde la niñez, la adolescencia es la edad "psicopatógena" por excelencia. Es entonces cuando los factores perjudiciales que han actuado durante los 12-13 primeros años de la vida se ponen de manifiesto. En esta época las bases del carácter se establecen definitivamente (en lo que de definitivo pueda tener el carácter que está en continuo desarrollo); sobre ellas irá tejiéndose la futura personalidad del hombre adulto.

Las personalidades psicopáticas (ver éstas), empiezan a manifestarse durante la adolescencia con mayor claridad que en los años anteriores. El origen primero está en aquéllos, pero hasta la pubertad no puede decirse, en la mayoría de los casos, el tipo psicológico, tan sujeto a variaciones cronológicas. El niño psicópata es solamente un niño 'difícil', pero no es sencillo poder precisar más. En el niño los síntomas y características de cada una de las constituciones psicopáticas deslindadas (y son muy numerosas), no se suelen observar en forma tan delimitada y precisa como en el adulto o ya en el adolescente. Si, en ocasiones, no resulta difícil encasillar a un chiquillo en el grupo de los mítómanos la cuestión es más compleja para otras psicopatías, como los fríos de ánimo. Ya en los adultos es delicada la diferenciación de los psicópatas de cada uno de los grupos, pues no suelen encontrarse con pureza ni mucho menos. El problema aumenta de dificultad en los niños, pues en ellos los síntomas son aun más imprecisos y entremezclados.

Los cambios de carácter y, consecuentemente, de conducta, son la regla durante la adolescencia, pero lo normal es que pasen sin producir en el sujeto trastornos duraderos.

Se debe desconfiar de aquellos síntomas morbosos cuya persistencia se prolonga más allá de la pubertad o cuya fijeza e intensidad puedan hacer sospechar el desencadenamiento de una psicosis juvenil (esquizofrenia, etc.) La tendencia a la soledad y al aislamiento cuando dura mucho tiempo; las extravagancias continuadas; las obsesiones y fobias muy intensas y otros síntomas característicos de enfermedad mental, pondrán en guardia al psiquiatra para observar al adolescente con detenimiento.

Se comprenden al observar niños psicópatas, sobre todo menores de ocho años, las opiniones de algunos psiquiatras como Jaspers y Klages, que sólo admiten una constitución psicopática más o menos polimórfica. Sin llegar a compartir esta opinión, hay que convenir en que el excesivo número de clasificaciones propuestas y la innumerable cantidad de tipos aislados, hacen confuso este capítulo de la psicopatología.

LAS PERSONALIDADES PSICOPÁTICAS

§ 1. PERSONALIDADES PSICOPATICAS

Como hace notar Gröhle¹ la diferencia entre psicosis y psicopatía es ya conocida desde hace más de medio siglo. La psicosis es una verdadera enfermedad, un proceso morboso, un proceso psicótico, mientras que las psicopatías son variaciones, modalidades o aberraciones anímicas.

La mejor y más sucinta definición del psicópata ha sido dada por Kurt Schneider,² quien los califica de “seres psíquicamente anormales que sufren y hacen sufrir a los demás a causa de su anormalidad”.

Lo que caracteriza a los psicópatas es la discordancia entre su yo y el mundo circundante. Son seres cuya particularidad es estar en continuo conflicto con el ambiente, de ahí sus sufrimientos y los que infieren a los demás.

El concepto de “constitución psicopática” con que Ziehen,³ calificaba estas perturbaciones, implicaba un sentido de herencia, de algo que era innato en el individuo. Posteriormente, se ha comprendido que, si bien el factor hereditario⁴ juega un importante papel en la génesis de las personalidades psicopáticas y que asimismo hay una cierta correlación entre cuerpo y espíritu como puso de relieve Kretschmer, no todo depende de tales factores, que no son sino el fondo sobre el que se proyecta la personalidad global. Pero esta última se forma en el curso de los años, se deforma, sufre las influencias del ambiente; cada vivencia, cada emoción, cada choque con el exterior, deja en el sujeto su huella e influye en su futuro comportamiento.

El psicópata va, pues, creándose a sí mismo; parte de sus anomalías las crea él; otras son el resultado del ambiente, de la educación, del género de vida.

La influencia del medio se pone de relieve al observar la frecuencia distinta de los diversos tipos de psicópatas en las varias clases sociales. De un ambiente delincuencial no es extraño ver surgir psicópatas perversos. En las clases acomodadas son más frecuentes los hipocondríacos; en los círculos intelectuales abundan más que en ningún otro los inseguros; los psicópatas que han sido hijos únicos no tienen las mismas características que los que se han criado entre gran número de hermanos, etc.

¹ H. W. Gröhle. *Psychopathie*. In Lehrbuch de Weigandt, Marhold, ed. Halle, 1935.

² K. Schneider. *Psychopathische Persönlichkeiten*. Deuticke, ed. Leipzig, 3a. ed. 1934.

³ Ziehen. *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*. Reuther, ed. Berlín, 1906.

⁴ Liebold. F. *Erblichkeit und Psychopathen*. Wschr. Psychiatr 86, 1933.

La inteligencia de los psicópatas es normal y no rara vez supernormal. De ellos puede surgir el genio o el criminal, pero no el imbécil. Se observa en ellos modificaciones psíquicas de muy diversa naturaleza. La vida afectiva es con mayor frecuencia la que padece en primer término, traduciéndose ya por una exaltación de los afectos y sentimientos, ya por indiferencia o por reacciones anormales ante estímulos de la misma naturaleza. Violencia en sus pasiones, trastornos de la libido y del instinto sexual; tendencia a la mentira y a la fantasía. Alteraciones en la esfera de la voluntad, tanto en sentido positivo como negativo; excitabilidad anormal, irritabilidad, temores, fobias, angustias inmotivadas; distimias y disforias; crueldad o por el contrario, sensiblería y otras muchas disarmonías que estudiaremos en cada uno de los tipos aislados.

Somáticamente no es raro que presenten trastornos vegetativos que, en ocasiones, contribuyen a mantener sus anomalías psíquicas. Palpitaciones, crisis de sudor, trastornos digestivos, etc.

Ya de niños, los futuros psicópatas ponen de manifiesto sus rasgos más característicos. Atendidos a tiempo, muchos de ellos podrían llegar a ser personas normales, mediante un cambio de ambiente, una educación específica adecuada o una eliminación de las causas de conflicto.

El número de niños psicópatas es bastante grande y, el de adultos, mucho más elevado. Lange calcula que del 5 al 10% de la población presentan alteraciones psicopáticas de esta clase.

Las inquietudes de la vida moderna y la barbarie de los últimos años hacen aumentar continuamente la legión de estos seres.

Las clasificaciones propuestas y el número de tipos aislados varía de unas escuelas psiquiátricas a otras y de unos a otros autores, lo que denota muy poca seguridad en el estudio de esta parte de la psicopatología. Desde los autores que, como Jaspers o Klages, no admiten separación alguna hasta los que como Ziehen o Weigandt, distinguen numerosas formas, hay todas las graduaciones.

Citaremos a continuación las formas aisladas y los autores que las describen:

- Abúlicos (Homburger, Schneider, Ziehen)
- Afectivos (Düring)
- Angustiados (Homburger)
- Anancásticos (Schneider, Gröhle)
- Asténicos (Kretschmer, Lafora, Lange, Schneider)
- Cieloides (Lafora, Kretschmer)
- Coercionados (Düring)
- Compulsivos (Freud)
- Coréicos (Ziehen)
- Degenerativos (Ziehen)
- Depresivos (Düring, Lafora, Schneider, Ziehen)
- Epileptoide (Gröhle)
- Eróticos (Gröhle)
- Esquizoides (Gröhle)
- Estafadores (Gröhle)

Explosivos (Lange, Schneider)
 Extravagantes (Düring)
 Fanáticos (Grühle, Lange, Schneider)
 Hipertímicos (Lafora, Schneider, Ziehen)
 Hipondríacos (Grühle)
 Histéricos (Grühle, Lange, Ziehen)
 Humor lábil (Lange, Schneider)
 Impulsivos (Düring, Lafora)
 Incontinentes (Düring)
 Indolentes (Düring, Lafora)
 Inestables (Lange, Lafora)
 Inquietos (Lange, Grühle)
 Inseguros de sí mismos (Lange, Schneider)
 Lábil de ánimo (Schneider)
 Lunáticos (Düring)
 Maníacos (Düring)
 Mitómanos (Dupré)
 Necesitados de valorizarse (Schneider, Lafora)
 Neurasténicos (Ziehen)
 Nerviosos (Homburger)
 Obsesivos (Ziehen)
 Paranoídes (Grühle, Lange)
 Perversos (Lange)
 Pobres de ánimo (Grühle, Homburger, Schneider)
 Pseudólogos (Grühle, Jaspers)
 Psicasténicos (Grühle)
 Residuales (Ziehen)
 Querulantes (Grühle)
 Sensitivos-paranoídes (Lafora)
 Soñadores (Düring)
 Tórpidos (Grühle)
 Tóxicos (Ziehen)
 Traumáticos (Ziehen)
 Vagabundos (Grühle).

Nosotros describiremos las personalidades siguientes: Inseguros de sí mismos, asténicos, inestables, de humor lábil, hipocondríacos, explosivos, esquizoídes, perversos y mitómanos.⁵

⁵ Consúltense: Hoffmann. H. *Neurosen und Psychopathische Persönlichkeiten*. — Fortsch. Neurol, 1932. — Fürstenheim, *Junge Psychopathen*. — L. Voss, ed. Leipzig, 1930. — Eliasberg. W. *Das schwierige Kind*. Munich, 1931. — Szondi L. *Konstitutionsanalyse psychisch abnormen Kinder*. — Marhold, ed. Halle, 1933. — Homburger, A. *Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters*. J. Springer, ed. Berlin, 1926.

§ 2. PSICÓPATAS INSEGUROS DE SÍ MISMOS

Corresponden estas personalidades (Selbstunsichere, de los psiquiatras alemanes) a las que se conocen también con los nombres de psicópatas *anancásticos* de Schneider,⁶ *sensitivo-paranoides* o *paranoides de Ziehen*. Algunos autores describen separadamente cada una de las citadas como claramente distintas, pero las diferencias son tan sutiles que sólo puede prestarse a confusión el denominarlas con diversos nombres. Únicamente merece separarse el llamado por Kretschmer⁷ *delirio sensitivo de autorreferimiento* (Sensitivebeziehungs-wahn) en el cual interviene ya un factor patológico, pero que puede considerarse en cierto modo, como una exaltación de la personalidad sensitivo-paranoide.

Ya desde la edad escolar aparece en ciertos niños una manifiesta tendencia al egocentrismo exteriorizada por ideas deliriosas (no delirantes) de grandeza o de perjuicio (que en el fondo tienen el mismo significado ya que la idea de persecución presupone una importancia del sujeto por la cual “merece” ser perseguido). El contenido delirioso suele ser bastante simple: postergaciones en el colegio, injusticias de los familiares, considerarse el más guapo o el más inteligente de su grupo o de sus hermanos, etc. La génesis de tales ideas procede no de un fondo real, objetivo, sino del desacuerdo psicológico existente en el niño entre su amor propio hipertrofiado y la falta de seguridad en sí mismo, uniéndolo a una susceptibilidad exagerada. Con tales cualidades el escolar está siempre, por así decirlo, en “estado de alerta” en todo aquello que pueda referirse a su propia personalidad. De ahí que, palabras oídas a medias, miradas que se le dirigen o gestos de los demás, que no tienen significación alguna son interpretados por el niño como una alusión a la que él mismo se encarga de dar un sentido de acuerdo con su constitución psicopática. Como por otra parte, su inseguridad en sí mismo le hace tímido, teme dirigirse o acercarse a los demás para que disipen sus dudas, con lo que éstas aumentan estableciéndose un círculo vicioso. Esto es, su timidez le impide desechar sus escrúpulos mediante el acercamiento a los otros, el sujeto elabora entonces a solás sus ideas de perjuicio por las que se cree menospreciado, lo que hace aumentar su cortedad.

Al exterior, la conducta del inseguro puede parecer de orgullo. Existe, en efecto, un mecanismo compensador por el cual el sujeto toma una actitud altiva ante los demás, pero más que nada la aparente soberbia de estos psicópatas se debe a su timidez y a su falta de confianza en sí mismos. Ocurre que son muchas veces tachados de descorteses por orgullosos, especialmente en la adolescencia y edad adulta; no han saludado a un conocido, se han retirado a destiempo de una reunión, dejan de acudir a una invitación, etc., lo que en realidad se

⁶ K. Schneider. *Psychopathische Persönlichkeiten*. 3ª ed. Deuticke, ed. Leipzig, 1934.

⁷ Kretschmer. *Die Sensitivebeziehungs-wahn*. 2ª ed. J. Springer, ed. 1927.

debe a que la timidez, su sentimiento de minusvalía y su amor propio les impide realizar actos tan sencillos con la desenvoltura que ellos creen necesaria. En algunas ocasiones estas personas cruzan de acera o se hacen los distraídos cuando ven venir de lejos a un conocido, sin que personalmente tengan resentimiento alguno contra el mismo. El mecanismo que preside a esta huída consiste en que el psicópata inseguro teme que aquella persona no aprecie suficientemente su saludo o no se acuerde de él (lo que constituye un menosprecio) o le fastidie su encuentro; lo mejor es, pues, soslayar la situación. Esto no impide que en otros momentos sean correctísimos e incluso que sean muy apreciados por su círculo de conocimientos y por sus compañeros.

En general suelen ser inteligentes, tienen un sentido crítico muy elevado (que aplican también a sus propios actos), son escrupulosos y aficionados a la meticulosidad.

La exagerada tendencia a creerse despreciados por los demás puede llevarles, en ocasiones, a cometer actos violentos o salidas de tono que suelen causar extrañeza por lo infundadas y por lo repentinas.

Como en todas las personalidades psicopáticas, los grados de intensidad o el predominio de un rasgo sobre otro permite establecer todos los grados e incluso ha permitido separar de ésta otros tipos psicológicos como indicamos más arriba.⁸

§ 3. PSICÓPATAS ASTÉNICOS

Otros autores les dan el nombre de *abúlicos* y algunos el de *indolentes*, pero como para todas las demás personalidades también aquí pueden encontrarse pequeños distinguos entre cada uno de los términos propuestos. Así, en el psicópata abúlico es afectada la esfera de la voluntad, de tal modo que “quiere y no puede”; esto es, la inteligencia y el juicio permiten a estos psicópatas emprender acciones o empresas que quedan sin terminar o hasta sin empezar porque su fuerza de voluntad no es lo suficientemente firme para continuar en la necesaria tensión durante la consecución del acto volitivo. El indolente, en cambio, presenta una indiferencia anímica —no siempre afectiva— que le impide realizar actividades psíquicas, no porque éstas requieran un esfuerzo y no puedan superarlo, sino porque no les interesa el resultado de tal esfuerzo. Algunos psiquiatras diferencian los indolentes psíquicos de los indolentes afectivos, llamando a estos últimos fríos de ánimo (*Gemütskalt* de los psiquiatras alemanes).

⁸ Véase: Kollé, K. *Über “paranoische” Psychopathen*. Z. Neur 136, 1931.

También aquí suele hablarse de “neurastenia” y de “psicastenia”. Hay, en efecto, muchos puntos de contacto entre las “personalidades” asténicas y los “enfermos” neurasténicos y psicasténicos; pero en estos últimos la normalidad traspone las fronteras de lo patológico, agregándose a los rasgos psíquicos característicos del psicópata asténico una rica sintomatología (obsesiones, fobias, hipocondría, trastornos psicógenos de diversos órganos, etc.) que los diferencia claramente.

En el niño asténico (psíquicamente hablando) no es sólo la voluntad, como en el abúlico, la que está afectada; la personalidad en estos tipos abarca a toda la energía psíquica global (por tanto también a la voluntad, pero no exclusivamente). El curso del pensamiento, el juicio, la vida afectiva, la atención y todas las demás facultades anímicas son fácilmente fatigables, incapaces de concentrarse, de realizar conjuntamente un esfuerzo duradero y continuado.

Como el término asténico es actualmente mucho más aplicado al tipo corporal descrito por Kretschmer, el de frío de ánimo indica una relación con la afectividad y los de indolente y abúlico hacen referencia a la voluntad, lo que dados los conocimientos que ahora poseemos sobre esta facultad, resulta inconcreto, nosotros propondríamos el término de “psicópatas fatigables” para estos seres en los cuales la fatigabilidad domina el cuadro de su vida anímica.

En las clases, estos niños dan la sensación de que atienden las explicaciones, están quietos y aparentemente interesados por las palabras del maestro. En realidad sólo prestan atención cuando lo que escuchan no requiere de ellos un esfuerzo de comprensión o de concentración; escuchan pero no oyen, lo que se comprueba cuando se les hacen preguntas sobre lo que acaba de ser explicado, a las cuales no saben contestar o lo hacen de una manera muy fragmentaria. Los maestros pueden suponer que existe en estos pequeños un trastorno de la inteligencia, pero esta suele estar íntegra y solo se trata de apatía constitucional.

En general, pero no siempre, la astenia-psíquica va acompañada de astenia somática. Presentan entonces los rasgos corporales que ha descrito Kretschmer, esto es, gracilidad, delgadez, atonía visceral, predominio de los diámetros longitudinales sobre los horizontales, preponderancia del sistema óseo sobre el muscular y el graso, hipofuncionalismo glandular, etc.⁹

No rara vez se une a las características descritas una cierta tonalidad triste, depresiva, que da un aspecto de seriedad prematura a estos niños aun cuando no sean generalmente niños llorones. Sus conflictos afectivos suelen resolverlos a solas consigo mismos, pues son también poco comunicativos y no sienten interés por reunirse con otros muchachos de su edad.

En casa son niños dóciles y obedientes, siempre que no se les exijan empresas que estén por encima de sus posibilidades psíquicas. Se conforman de buena

⁹ Kretschmer. *Körperbau und Charakter*. 5ª ed. Springer, ed. 1929.

gana cuando se les contraría en algún deseo y son, por tanto, “niños buenos”, cuya psicopatía comienza a notarse cuando al ir a la escuela sus progresos son escasos, y en estudios superiores, ya de adolescentes, dan grandes disgustos a sus familiares por su apatía para el trabajo. De ahí, que muchos de ellos no puedan seguir carreras universitarias, y en cambio descuellan en diversas manifestaciones artísticas (especialmente en las Artes plásticas).

§ 4. PSICÓPATAS INESTABLES

Son los que Düring¹⁰ ha llamado *incontinentes*, y los psiquiatras germanos *inquietos* (Haltlose). Lange¹¹ los califica también como *psicópatas sin voluntad* (*Willenlose Psychopaten*), pues, en efecto, se caracterizan por no tener voluntad propia y dejarse llevar fácilmente por los demás. A pesar de este trastorno volitivo es preciso diferenciarlos absolutamente de los psicópatas asténicos, de los que son el reverso. En estos últimos la esfera de la voluntad está alterada cuantitativamente; el asténico es un abúlico pero no se deja tampoco arrastrar por los deseos de los demás si éstos van en contra de su quietud. Por contra, el inestable deja su voluntad en manos de otro, “del último que llega”, por el cual puede ser traído y llevado hasta tanto un tercero se interponga entre ambos y se lleve tras sí al psicópata.

La característica fundamental de estas personas es, por tanto, la fácil influenciabilidad de su voluntad, por un defecto de fijación de la misma hacia un mismo objetivo. Su volubilidad se refleja tanto en sus procesos psíquicos internos como en sus actos. Su pensamiento y su deseo cambia constantemente de finalidad, de ahí que sus proyectos sean mucho más numerosos que sus realizaciones prácticas. Esto no impide que se crean capaces de todas las empresas por difíciles que sean y que buceen superficialmente en todas las actividades sin anclarse definitivamente en ninguna, pues son incapaces de realizar esfuerzos “en profundidad”.

Ya de niños, los inestables llaman la atención por su movilidad exagerada. Son la desesperación de maestros y familiares, pues no paran de moverse, prestan una atención muy momentánea, enredan en clase, interrumpen los juegos de sus hermanos y amigos, idean infinidad de diabluras llevados por su inestabilidad psíquica que no cesa de elaborar nuevos proyectos.

¹⁰ E. von Düring. *Grundlagen und Grundsätze der Heilpädagogik*. Retapfel. ed. Erlenbach-Zürich, 1928.

¹¹ J. Lange. *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie*. 2ª ed. G. Thieme. ed. Leipzig, 1937. Zürich, 1925.

De adolescentes son indisciplinados, pero se dejan llevar a todo aquello que signifique acción, movimiento, revuelta; están siempre dispuestos a divertirse, a jugar o a embriagarse entre los compañeros, pero no a nada que requiera tenacidad. En sociedad suelen ser muchachos agradables, que se adaptan fácilmente a las circunstancias del momento. Bleuler los ha llamado “camaleones del medio” (Wechselwarme Milieumenschen) pues, en efecto, en una reunión alegre animan, divierten y entretienen con su movilidad, su verborrea y su habilidad.

La inestabilidad los arrastra frecuentemente a la vida bohemia o también a cometer delitos contra la propiedad (robos, estafas, etc.), pues debido a lo que Lange¹² ha llamado su “incapacidad económica” (wirtschaftliche Unfähigkeit) dilapidan fácilmente sus ingresos. También de este grupo, como del anterior, surgen muchos artistas, especialmente actores y escritores festivos, gentes de circo, cantantes cuyo tipo de vida inquieta y viajera atrae a los psicópatas inestables.

Suelen ser buenos compañeros dispuestos a ayudar al amigo y a animarle, aunque a menudo no cumplan sus promesas por su veleidad y frágil memoria.

Los niños que presentan este tipo de personalidad pueden, sin embargo, evolucionar con el tiempo y sobre todo si el ambiente les es favorable y tienen maestros o guías que sepan modificarlos, pues el medio contribuye poderosamente a crear o a reforzar estos rasgos caracterológicos que surgen muchas veces por imitación de algunos de los familiares más próximos, no rara vez también psicópatas.

Algunos psiquiatras incluyen en este grupo, como una variedad, a los llamados *psicópatas que necesitan valorizarse* (Geltungbedürftige Psychopathen, de los autores alemanes), y otros lo identifican con los histéricos. Hay, en efecto, rasgos comunes —como por otra parte se encuentran en todas las psicopatías, que rara vez son puras—, pero la histeria no es el carácter histérico, el cual, según las concepciones actuales, se basa precisamente en una necesidad de autovalorizarse, sobre lo que ya había llamado la atención Jaspers,¹ mientras en los inestables no existe esta necesidad.

Queriendo, pues, atomizar las cosas, lo que, dado el confuso estado actual de la psicopatología, no es difícil, hay que distinguir: los psicópatas inestables, los necesitados de valorizarse, el carácter histérico, la pseudología fantástica de Jaspers (agrupados estos tres últimos por algunos autores, especialmente Lange), la mitomanía de los autores franceses y la histeria. En todos estos grupos hay características comunes que se entrecruzan y dificultan a veces la diferenciación, pero ello no es obstáculo para que algunos puedan ser claramente delimitados.

¹² K. Jaspers. *Allgemeine Psychopathologie*. 2ª ed. Berlín, 1923.

Los inestables, pueden también ser fácilmente confundidos con los hipomaniacos, pues, al exterior, ofrecen muchos puntos de contacto, pero en estos últimos hay, en cierto modo, una “incapacidad para la depresión” de lo cual están exentos los primeros.

§ 5. PSICÓPATAS DE HUMOR LABIL

Las variaciones en el estado de humor (Stimmungen de los alemanes) son muy comunes en casi todas las formas psicopáticas, pero puede destacarse un grupo en el cual hay un predominio de los cambios inmotivados del ánimo sobre toda otra característica psicológica.

Se les ha llamado también *psicópatas cicloides*, *ciclotímicos* o *periódicos*, pero nos parece más apropiada la designación de lábiles del humor, porque la supuesta periodicidad o ciclo se ve en estado de pureza en muy contadas ocasiones, y, por otra parte, en estos sujetos los estados disfóricos tienen una duración muy variable, de horas en el mismo día o de meses en el mismo año.

Los psicópatas de humor lábil son algo distinto de los cicloides. En estos últimos hay una evidente relación con la psicosis maniaco-depresiva, la cual no sería sino una exaltación del temperamento psicopático, pues en la psicosis delimitada por Kraepelin hay fases de melancolía y de manía que corresponden a los ciclos de depresión e hipomaniacos de los psicópatas periódicos. Esto está de acuerdo con la separación que algunos autores hacen de *psicópatas depresivos* y *psicópatas hipertímicos* o *hipomaniacos*, en cada uno de los cuales la tonalidad afectiva sería, casi permanentemente, deprimida o eufórica.

En los lábiles de humor, los cambios afectivos son más rápidos y más fugaces, y en ocasiones toman un cierto carácter impulsivo, como en *raptus*, que puede conducirlos a la comisión de delitos. Los acontecimientos externos que pueden influir en la vida afectiva, son captados fácilmente por estos niños que reaccionan de acuerdo con la situación, pero, exageradamente, siendo verdaderos “detectores sentimentales”.

Kraepelin consideraba que muchas impulsiones a la fuga, al incendio, a la desertión o a la dipsomanía eran cometidos por estos tipos en sus fases depresivas.

En las formas de predominio hipomaniaco los niños llaman la atención por el desbordamiento de la alegría, su capacidad para crearse amistades, su sociabilidad. Por el contrario, en las formas depresivas se trata de niños tristes, siempre serios, “formales”, pesimistas, que todo lo consideran con desagrado.

En la adolescencia estas formas son peligrosas porque pueden conducir al muchacho al suicidio.

Normalmente durante la pubertad y la adolescencia se presenta una época en que existe una labilidad de ánimo excesivamente marcada, pero que pasa, con la edad, en los niños psíquicamente sanos.

§ 6. PSICÓPATAS HIPOCONDRIACOS

Algunos autores incluyen este tipo entre los cicloides depresivos. Se observa, desde luego, que en los psicópatas periódicos disfóricos, existe en ocasiones una preocupación por su estado de salud física; se creen enfermos de cualquier órgano importante y se autoobservan para comprobar los progresos de la enfermedad. Sin embargo no siempre ocurre así, y por otra parte tales ideas hipocondríacas son comunes a todos los estados depresivos sean o no constitucionales.

Pero en el psicópata hipocondríaco no es necesaria una tonalidad depresiva para que continuamente estén tomándose el pulso, mirándose la lengua al espejo, examinando sus orinas o sus heces y queriendo encontrar en ellas aspectos anormales con que justificar sus temores de enfermedad. Incluso en muchas ocasiones explican sus males hipotéticos con la mayor tranquilidad, e incluso tomándolos a broma (aparentemente). En algunos constituyen verdaderas obsesiones, hacen de sus síntomas, falsos o verdaderos (puesto que por vía psicógena se provocan a sí mismos toda clase de molestias) el tema de todas sus conversaciones, gastan en medicamentos gran parte de sus ingresos, leen todo lo que cae en sus manos referente a medicina, con lo que agravan su estado por interpretar erróneamente lo que no entienden.

En la edad infantil las características no son tan marcadas, pero ya puede notarse una cierta tendencia a interesarse por su propia salud manifestar temores a morir, presentar aprensión ante ciertos alimentos o ante el contacto con otros niños que ellos suponen enfermos. En la adolescencia tales escrúpulos se exacerban y es la época en que más claramente pueden observarse este tipo de personalidades, pues en muchas ocasiones los rasgos psicopáticos se acentúan, en este grupo, con los años, ya porque la madurez de juicio ejerza su influencia, ya porque el contacto con otras personas haga comprender lo inconveniente de expresar en público demasiada preocupación por la propia salud. Esto no obsta, para que al médico y a los familiares continúen durante toda la vida

exponiéndoles sus quejas y lamentos, y el temor a morir o caer gravemente enfermos en el momento más impensado.

Pero aparte de estos rasgos el hipocondríaco puede ser afectivamente normal y hasta alegre en ocasiones. En general, la hipocondría se observa frecuentemente en psicópatas de otros tipos, por ejemplo, los depresivos, los histéricos y los esquizoides.

A veces puede mantenerse una tal psicopatía iniciada en la infancia o en la adolescencia por síntomas objetivos, pero que han comenzado por ser psicógenos. Así es frecuente observar en estos sujetos ya estreñimiento o palpitaciones o arritmias funcionales, paresias u hormigueos, tics, etc., sobre los cuales elaboran todo un sistema falso de enfermedad.

A menudo estos seres son consecuencia del excesivo mimo y cuidados con que han sido educados por sus familiares, los cuales fomentan la hipocondría infantil mediante la expresión de temores continuados por su salud. No es extraño esto en hijos únicos o en niños que han perdido al padre a muy tierna edad, y son mimados por la madre como el único consuelo de su vida, metiéndolos en la cama a la menor alarma y atendiéndolos con demasiada espectacularidad, abrigándolos en exceso en cuanto estornudan una vez y haciéndoles mil recomendaciones para que no se enfríen en la calle, no coman nada fuera de casa, no se cansen, cuiden de no sudar o de no golpearse, etc., etc.

Molière, en "El enfermo imaginario", ha descrito magistralmente uno de estos tipos.

§ 7. PSICÓPATAS EXPLOSIVOS

La personalidad epiléptica y la explosiva tienen tantos puntos de contacto que era descrita e identificada antes en un mismo apartado.

Desde que el carácter comicial (véase pág.) ha sido objeto de una minuciosa revisión, ha sido puesto en claro que puede haber personas cuya caracterología psicopática, aun ofreciendo una semejanza con la epiléptica, sea algo distinta de aquella.

Fundamentalmente la diferencia estriba más en la sintomatología neurológica que en la psíquica, y ciñéndonos a esta última en que en el psicópata explosivo hay, por así decirlo, una permanencia de los rasgos psicopáticos, mientras en el epiléptico puede evolucionar hacia la demencia en el curso de la enfermedad.

Por lo demás, tanto en uno como en otro se observan las mismas tendencias de irritabilidad psíquica y excitabilidad emocional, iguales reacciones explosivas ante estímulos insignificantes.

En los niños pequeños se observan con frecuencia accesos de cólera en forma realmente paroxística, que constituyen la base de la personalidad explosiva, pero que pueden pasar sin dejar rastro con la edad, o bien instaurarse de una manera definitiva cuando el pequeño ha de llegar a ser un psicópata de este tipo.

Los actos impulsivos son en estas personas muy frecuentes. La génesis psíquica de tales impulsiones es la misma que hemos encontrado ya en los psicópatas de humor lábil, puesto que tienen por origen distimias y estados depresivos a los que se agrega en los explosivos una tendencia a la connación y a traducir en actos bruscos e incoherentes sus conflictos anímicos.

En niños de este tipo es donde más a menudo se observan las fugas, tanto de la escuela como del propio domicilio; la vagancia y el vagabundeo, la cleptomanía o impulso al robo sin provecho (cuando el hurto se realiza a fin de lucrarse con su producto, no se puede hablar de cleptomanía como a menudo se oye; se trata entonces de pequeños delincuentes), el impulso a incendiar o piromanía y otras varias impulsiones que los propios sujetos no pueden evitar.

§ 8. PSICÓPATAS FANATICOS O ESQUIZOIDES

En los niños pequeños no puede aún observarse el tipo de psicópata esquizoide. Sólo en casos muy raros, como son los de demencia infantil de Heller, puede, en contadas ocasiones, percibirse o conocerse a posteriori algún rasgo que ha querido identificarse con la esquizoidia.

En cambio, en la pubertad es ya fácil señalar el comienzo de anomalías psíquicas que entran en el marco de la psicopatía esquizoide.

Se trata de muchachos cuya conducta se sale de lo vulgar por lo extravagante, que son poco asequibles a la comprensión de los demás, autistas, encerrados en sí mismos, de gustos y costumbres poco en consonancia con la edad, el medio en que viven o la educación que han recibido (aun cuando hay familias enteras que viven para la misma idea y se entregan a ella en forma fanática); caprichosos y atrabiliarios se comportan en el mundo como si éste estuviera exclusivamente a su servicio; prescinden de muchas conveniencias sociales, bien llevados por una idea de reforma o de independencia, bien inconscientemente

absortos en sus propias ideas que no rara vez son ideas sobrevaloradas. Desde la adolescencia toman ya una actitud especial ante el mundo, en la que persisten sistemáticamente aun cuando ello les cueste molestias, disgustos e incluso persecuciones. Se adhieren firmemente a una doctrina, un credo político o una religión positiva o no, y son sus más ardientes defensores y propagadores en una forma que llama la atención por su vehemencia y hasta por su violencia. No toleran contradictores en aquello que constituye sus ideales y, a menudo, reaccionan violentamente en defensa de ellos o creen ver ataques o alusiones donde sólo existen comentarios sin trascendencia. Esta actitud puede llevarlos a cometer delitos de sangre cegados por su fanatismo.

No rara vez ellos mismos elaboran un sistema nuevo o crean un cisma político o religioso al que, en ocasiones se adhieren otras muchas personas normales, por lo demás. En defensa de sus ideas sobrevaloradas —que muchas veces son mantenidas y fomentadas por familiares, amigos o correligionarios—, llegan hasta el martirio o hasta el delito.

En formas más atenuadas se ven muchos de estos psicópatas como formando parte de sectas extrañas, clubs o círculos dedicados al estudio o fomento de ideas extravagantes y absurdas o también atareados en la búsqueda de un editor para sus disparatados libros o folletos que acaban publicando ellos por su cuenta, o desequilibrando el presupuesto familiar.

No siempre se trata de estos hombres-lastre; a veces el genio se encierra en una personalidad esquizoide, especialmente en el campo del arte. Son conocidos muchos poetas de primer orden, pintores renovadores o escritores famosos, cuya biografía pintoresca está llena de rasgos de esquizoidia.

Como se desprende de lo que acabamos de consignar, esta psicopatía es el límite entre la normalidad y la psicosis esquizofrénica, aun cuando como ha indicado Skälweit, la diferencia no sea solo cuantitativa, sino también cualitativa.

Muchos de sus actos y de sus reacciones quedan incomprendidas para los demás y puede asegurarse que nunca se sabe cómo va a responder un esquizoide a un determinado estímulo.

Con frecuencia la inteligencia es bastante despejada, pero la utilizan a veces en actividades extrañas.

§ 9. PSICÓPATAS PERVERSOS

Con esta forma de psicopatía está ligado el problema antes tan debatido y hoy dejado de lado de la llamada, por los autores ingleses, *moral insanity* o locura moral. También se relaciona con ella la cuestión del *criminal nato* de Lombroso, y de la *prostituta congénita* de Grühle y otros autores.

En el capítulo correspondiente a la delincuencia juvenil tratamos con amplitud tales problemas. Aquí solo expondremos brevemente las características de estos psicópatas.

Ya de muy pequeños pueden los niños ofrecer rasgos de crueldad para con sus semejantes o para con los animales, modos de reacción brutales y una frialdad de ánimo para todo aquello que signifique principios éticos. Algo de esto ocurre también en otros psicópatas y especialmente en los epilépticos, pero la característica de los perversos reside en que tan solo la esfera afectiva, y de ésta la parte que corresponde a la vida moral, deja de reaccionar ante vivencias que provocan en las personas normales sentimientos altruistas de compasión, amor al prójimo, dolor, etc.

Hay en estos seres una inversión de la conciencia moral, de tal modo, que se gozan en el dolor ajeno y en provocar éste, mientras los actos, hechos o acontecimientos que despiertan en los demás una alegría sana, como la satisfacción del deber cumplido, el alivio de las miserias humanas, la curación de un enfermo, o los deja indiferentes o hasta en ocasiones les molesta como algo que fuese contra sus propios intereses. Son verdaderos "invertidos éticos" que hacen el mal sin esperar obtener más lucro que el mal mismo.

Entre los delincuentes hay, como se comprende, bastantes psicópatas de este grupo, pero no todos lo son ni muchísimo menos; incluso hay infinitos homicidas o ladrones que son más dignos, desde el punto de vista moral que los débiles morales. Hay, en efecto, delincuentes cuyo delito ha sido puramente fortuito o cometido bajo el imperativo del hambre, de la pasión o del ambiente. Por el contrario, el psicópata perverso realiza sus actos delictivos friamente, con cálculo y sin detenerse ante la gravedad de los resultados. El ratero normal sólo se compromete en delitos contra la propiedad, pero retrocede en el momento que puede verse en la necesidad de verter sangre, lo cual no ocurre en el tipo que describimos.

Entre los gansters que asolaron durante varios años el territorio de los Estados Unidos de Norteamérica, eran muy corrientes estos tipos amorales.

En otros casos, se trata de sujetos muy inteligentes que utilizan su inteligencia en el mal, pero que saben mantenerse al margen de la Ley sorteando los Códigos con gran habilidad, pero sin por ello dejar de ser tan perversos como sus congéneres menos astutos, puesto que no reparan en los daños que puedan

ser ocasionados, y sí sólo tratan de eludir su propia responsabilidad mediante coartadas o actuando en la sombra.

Los estigmas físicos de degeneración, tan detalladamente descritos por Lombroso,¹³ en el criminal nato no se observan necesariamente en los psicópatas perversos, pero son frecuentes en ellos.

En la esfera psíquica se observan otras alteraciones, como rasgos histéricos, perversiones sexuales, falta de juicio crítico, etc.

§ 10. PSICÓPATAS MITÓMANOS

La psiquiatría francesa ha separado de la histeria esta forma de personalidad psicopática que se da frecuentemente aislada, sobre todo en niños, aun que en ocasiones constituya una característica más de otros tipos anormales (histéricos en primer lugar, débiles mentales, etc.).

Según Dupré,¹⁴ que fué el primero en deslindar este tipo, las bases de la mitomanía serían una exageración de la vanidad, la avidez o deseo de elevarse sobre los demás, y una cierta malignidad y perversidad.

Consiste, casi exclusivamente, en una irrefrenable tendencia a fabular, a mentir y a dejarse llevar en alas de la fantasía en todos los relatos.

Los niños mitómanos deforman inconscientemente sus vivencias en un sentido favorable a su propia persona. Su ansia por destacar y hacerse notar los lleva a inventar historias no inverosímiles, sino que puedan ser fácilmente creídas por los demás. Así, entre los compañeros del colegio fantasean sobre la profesión, las riquezas o las influencias sociales de los padres (lo que suele ser normal en los niños, aunque no con la intensidad que en los mitómanos); en sus casas engañan a la familia respecto al lugar que ocupan en el colegio, lo bien que saben las lecciones y el aprecio con que los distinguen los profesores, lo cual viene a ser desmentido por el parte mensual.

La tendencia a la mentira es tan incohercible que prefieren éstas a sabiendas de que no es posible que sean creídas. Mienten también sin objeto, esto es, sin nada que pueda justificar, en cierto modo, su farsa; continuamente están inventando nuevas fabulaciones que a veces son bastantes complicadas y pueden provocar conflictos.

¹³ Lombroso. *L'uomo delinquente*. Edición reducida de Gina Lombroso. Milán, 1924.

¹⁴ Dupré. *La Mythomanie. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. Payot, ed. París, 1929. El mismo. *Mythomanie infantile*. L'Encephale, 1. 1909. El mismo. *La constitution émotive*. París Medical, 7. 1911.

Así, niñas en las que existe un fondo de perversión, se forman complejas historias en las que juegan el papel central; han querido ser raptadas o pervertidas por un individuo del que dan pelos y señales. En los casos más graves no dudan en calumniar a personas honorables y acusarlas de hechos vergonzosos, sin que haya habido el menor fundamento para tal actitud.

En otros casos los hechos no llegan a tales extremos, y el niño mitómano se conforma con desbordar su fantasía sin llegar a producir males a un tercero, sino tan sólo para satisfacer su vanidad.

La mitomanía, como la histeria, es mucho más frecuente en el sexo femenino que en el masculino y, pasada la pubertad, puede ir remitiendo hasta casi desaparecer en la edad adulta.

No pocas veces el círculo familiar contribuye a la iniciación de la personalidad psicopática en el niño, a consecuencia de habitar con seres de la misma o parecida constitución psíquica o por defectos en la educación.

§ 11. LA HISTERIA INFANTIL

No podemos aquí entrar a examinar la evolución que el concepto de histeria ha sufrido desde los tiempos de Charcot hasta las actuales teorías psicoanalíticas, pasando por el pitiatismo de Babinski,¹⁵ la postura negativa de Hartemberg¹⁶ y las sugestivas doctrinas de Kretschmer¹⁷ y Adler.¹⁸ Haremos tan sólo una exposición del estado actual de este debatido problema, teniendo en cuenta que las características de la psiconeurosis histérica son algo distintas en la infancia y en la edad adulta.

Las discusiones que todavía están en primer plano sobre la naturaleza de la histeria han impedido que se haya dado una definición precisa de la misma. En el Congreso de neurólogos y alienistas de lengua francesa del año 1935 (Bruselas), fué el problema de la histeria uno de los más debatidos. Hartemberg niega absolutamente la existencia de la histeria y de los fenómenos llamados histéricos, pero esta posición radical sólo es compartida por Porot en parte.

Ha sido van Bogaert¹⁹ quien con mayor claridad ha expuesto la situación actual de los estudios sobre esta psiconeurosis. Establece, en primer lugar, la

¹⁵ Babinski-Fremont, *Hystérie-Pithiatisme*. París, 1917.

¹⁶ Hartemberg, *Les Psychonévroses anxieuses et leur traitement*. Alcan, ed. París, 1922.

¹⁷ Kretschmer, *Über Hysterie*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1923.

¹⁸ A. Adler, *Studien über Minderwertigkeit von Organen*. J. Bergmann, ed. Munich, 1927.

¹⁹ L. van Bogaert, *L'hystérie et les fonctions d'encéphaliques*. Masson, ed. París, 1935.

semejanza indiscutible entre algunos fenómenos encefalíticos e histéricos. La labilidad neuro-vegetativa, la participación de los factores afectivos, tendencia a la iteración, al ritmo, a la ausencia de sistematización morfológica. Agrega van Bogaert que el histérico es un desequilibrado del sistema endocrino-vegetativo.

Baruk²⁰ expone que la histeria se basa en los caracteres primordiales siguientes:

La agitación histérica aparece, al menos en su aspecto exterior, con la misma apariencia que la de una acción voluntaria (trastorno psico-motor).

No va acompañada de modificaciones objetivas de los reflejos tendinosos o cutáneos ni de los signos habituales de las lesiones anatómicas cuya localización es actualmente bien conocida (lesiones piramidales, extrapiramidales, etc.).

Tampoco va acompañada de trastornos psíquicos intensos, tales como el delirio, graves alteraciones de la conducta, etc., susceptibles de dar al enfermo el aspecto de un verdadero psicótico o de un alienado, ni hay, en ningún momento, abolición de la conciencia o del recuerdo.

Por último, los trastornos histéricos pueden ser curados totalmente y casi inmediatamente por procedimientos más o menos psicoterapéuticos (sugestión o persuasión).

Aun siendo las manifestaciones histéricas psicomotrices del tipo de las voluntarias, esto no quiere decir, en modo alguno, que tales trastornos sean deseados por el enfermo, sino que son "padecidos" por él. El análisis de los trastornos psicomotores histéricos conduce, a pesar de su apariencia voluntaria y de su asombrosa curación por persuasión, a causas fisiológicas más profundas. La baja de la tensión fisiológica y la inhibición del control voluntario son las consecuencias de una perturbación del sistema nervioso, sufridas por el paciente, no creadas por él. A esto Löwenstein objeta que los trastornos son voluntarios pero no conscientes, adhiriéndose a las teorías psicoanalíticas sobre esta psiconeurosis.

Sobre las bases psíquicas de la histeria, las teorías psicoanalíticas la explican por la expresión de un conflicto psicológico de índole sexual reprimido en el inconsciente y expresado al exterior mediante los síntomas histeriformes. En los niños la base puede no ser sexual y tratarse de la conversión de un conflicto afectivo en un síntoma mediante el cual resolverlo.

Intervienen aquí también otros factores ya constitucionales, ya ambientales, sobre los cuales se proyectan muchos de los síntomas psíquicos de la histeria. El complejo de inferioridad y el ansia de valimiento sobre los cuales ha insistido Adler, y también la teoría de la huida en la enfermedad de Kretschmer, pueden observarse en el origen de muchos trastornos psicógenos.

²⁰ H. Baruk. *Les crises nerveuses de la seconde enfance*. Lecons faites á l'hôpital Trousseau. Journ. de neurol. et de psych. n. 3. 1933.

El fin utilitario de los síntomas histéricos se observa con mucha mayor claridad precisamente en los niños cuyas reacciones son más simples que en los adultos. Es frecuente que a continuación de una contrariedad o de un deseo no satisfecho, el niño presente alteraciones psicógenas de la motilidad, mediante las cuales consigue ver realizados sus caprichos.

La sintomatología de la histeria es extraordinariamente rica. Todos los órganos de la economía pueden ofrecer, bajo la influencia psíquica, alteraciones de distinta índole. En los niños éstas son más atenuadas que en los adultos porque su conocimiento no está todavía suficientemente desarrollado.

En cambio en la pubertad y la adolescencia, especialmente en la mujer, con la aparición de las primeras reglas la histeria ofrece caracteres mucho más espectaculares y polimotrices que en otras épocas de la vida.

Trastornos psicógenos puede haberlos de todos los sistemas corporales, aunque en los niños hay una cierta predisposición electiva para algunos de ellos.

El aparato digestivo es, quizá con más frecuencia, el que padece; mediante la anorexia, los vómitos, las diarreas psicógenas los niños obtienen la satisfacción de muchos de sus caprichos alimenticios o de otra índole. En los pequeños histéricos no es raro observar la presentación de vómitos ante la sola presencia de vituallas que no son deseadas.

Síntomas motores, como convulsiones, temblores, paresias o parálisis, se observan en niños ya mayorcitos o en adolescentes. La diferenciación con los verdaderos trastornos orgánicos no es difícil, ya que las reacciones eléctricas, los reflejos, la desaparición bajo anestesia, la falta de atrofiyas musculares, etc., las distinguen claramente. En ocasiones, un síntoma que ha existido primitivamente como consecuencia de una enfermedad real es mantenido por el enfermo durante mucho tiempo en la llamada histeria de fijación. No hay que olvidar que, en la histeria, todos los síntomas se producen por vía psíquica y que, por tanto, pueden desaparecer tan repentinamente como se han instaurado, ya mediante la sugestión, ya espontáneamente.

La sensibilidad puede también perturbarse en forma de zonas de anestesia, hormigueos, algias, parestesias, etc., cuya característica es que no siguen la distribución anatómica que correspondería a los verdaderos trastornos orgánicos de esta índole, sino que son más o menos caprichosas tanto en su topografía como en su duración.

En los órganos de los sentidos pueden aparecer sorderas, cegueras histéricas, anosmias o también hiperacusias (sensibilidad para el ruido o para las conversaciones en alta voz), fotofobia, hiperosmia (percepción de olores sutiles

molestos, etc.), y otras varias alteraciones que tienen el mismo origen que las demás perturbaciones histéricas.

Grandes ataques, con caída al suelo, contorsiones o falsas convulsiones, no es frecuente observarlas en niños; más bien se trata solamente de pequeños movimientos, gritos, actitudes pseudo catatónicas, crisis de llanto, de risa o de tos histéricas.

Psíquicamente, el carácter histérico se caracteriza por mitomanía, sugestibilidad y exceso de vanidad. La sugestibilidad es, sobre todo en los niños, muy elevada. Mediante ella pueden provocarse toda clase de síntomas, especialmente aquellos en que el niño ha reincidido, y también hacerlos cesar con la misma facilidad.

El deseo de llamar la atención, de ser el eje de la familia, de satisfacer la vanidad, da lugar en estos enfermos a un sinnúmero de manifestaciones tanto psíquicas como psicógenas. Una fantasía desbordada se suele agregar a esto. Los pequeños inventan historias de las que son protagonistas y hurden complicadas aventuras con las que atemorizan a los padres y maestros que no están al tanto de su naturaleza histérica.

La esfera afectiva está también bastante perturbada. Las reacciones ante estímulos emocionales, pueden pecar por exceso o por defecto: indiferencia ante una desgracia familiar o, por el contrario, crisis de angustia, de cólera o de depresión ante naderías.

Síntomas como el sonambulismo o la catalepsia suelen tener, asimismo, una base histérica. Las verdaderas alucinaciones no son frecuentes, pero sí las ilusiones y las pseudoalucinaciones, en especial las de tipo hipnagógico.

Como decimos en otro lugar, la sintomatología histérica es mantenida muchas veces por el ambiente que fomenta el carácter anormal de los niños, bien por ignorancia o también por vanidad. Recientemente Guevara Oropesa²¹ ha expuesto el caso de un mitómano presentado por sus padres como un caso sobrenatural, ante cuya presencia se rompían los objetos, caían piedras sin saber de dónde o sonaban ruidos extraños. La superchería fué fácilmente descubierta con gran decepción de los familiares, que en el fondo estaban encantados con poder presentar un niño de tan extraordinarias facultades.

La terapia de la histeria es fundamentalmente psíquica. La sugestión, la psicagogía y el psicoanálisis. Este último mediante las técnicas especiales para niños que ha practicado principalmente Anna Freud, entre otros.

En ocasiones basta el aislamiento o el cambio de ambiente para lograr excelentes resultados. Debe aleccionarse a los padres y personas que rodean al niño.

²¹ Dr. M. Guevara Oropesa, *Explicación de un caso sobrenatural. Historia de un mitómano*. Arch. de Neur. y Psi. de México, julio, 1938.

para que no fomenten la presentación de síntomas, pero así y todo, esto es difícil de conseguir, porque el factor afectivo influye inconscientemente; por ello lo mejor es sacar al pequeño de su círculo habitual durante cierto tiempo.

Más eficaz es la profilaxia emprendida a la menor manifestación pitiática.

§ 12. LA EXPLORACIÓN PSÍQUICA DE LOS PSICÓPATAS

El examen psíquico de los anormales del carácter y de la conducta, requiere una cuidadosa técnica y un método sistematizado a fin de no dejar de explorar facultades importantes, de no incurrir en repeticiones, y al mismo tiempo de atraerse la confianza del niño, sin la cual todo estudio de esta índole es imposible o sumamente difícil.

Los métodos más convenientes para llegar a la comprensión de la caracterología infantil son:

La llamada "confesión escrita", es decir, una autobiografía que el niño escribirá a solas y sobre la cual se le darán de antemano instrucciones. Debe no ser excesivamente larga, para evitar el cansancio. En ella debe el niño explicar todas las vivencias que recuerde y todas las impresiones de su vida que le vengan a la memoria. Cuando los niños están desde pequeños acostumbrados a llevar un "Diario", este nos dará una gran riqueza de conocimientos.

Los "cuadernos de conducta", llevados por los padres, maestros o por el propio psiquiatra cuando el niño está en observación en una clínica de conducta, son también valiosos auxiliares. En ellos deben anotarse los actos, reacciones, vivencias, etc., etc., del niño, sin entrar en comentarios ni valorarlos de antemano.

Las "hojas de carácter, de temperamento y de conducta" (véanse éstas) en las cuales solo hace falta subrayar aquellas cualidades que los familiares creen poder atribuir al niño. Tales hojas deben ser revisadas, pues en ocasiones son señalados rasgos opuestos, ya por ignorancia de su significado exacto, ya por distracción; en este caso hay que interrogar al niño y a su familia sobre cada uno de los puntos dudosos.

La "observación directa" de las reacciones del muchacho ante diversos estímulos y ante el cambio de vida o de ambiente, la cual sólo puede hacerse estando el niño en un establecimiento adecuado, al menos durante un cierto número de horas al día.

Por fin, los cuestionarios de Adler y el Psicobiograma de Kretschmer que incluimos a continuación, permiten llegar a un conocimiento global de la caracterología infantil.

Indispensables son, asimismo, los exámenes de las distintas facultades, especialmente de la inteligencia, mediante los tests correspondientes (v. capítulo VII).

El Psicodiagnóstico de Rorschach (v. pág. 88) es un valioso auxiliar en el examen de los psicópatas y psicóticos, y sirve, casi por sí solo, para precisar un diagnóstico.

§ 13. CUESTIONARIO ADLERIANO

El cuestionario propuesto y utilizado por la Sociedad Internacional de psicología individual (adleriana) para el examen caracterológico de niños difíciles es sumamente práctico, aun prescindiendo de la tendencia psicológica a que va dirigido. Nosotros lo utilizamos con frecuencia y muy buenos resultados.

Helo aquí expuesto lo más ampliamente posible.

A).

1. ¿Desde cuándo existen quejas?
2. ¿En qué situaciones psíquicas y ambientales se manifiestan los actos hostiles?
3. Modificaciones del medio.
4. Comienzo de la vida escolar.
5. Cambios de escuela o de maestro.
6. Nacimiento de un hermano menor. Impresión en el sujeto.
7. Fracazos escolares.
8. Nuevas amistades.
9. Enfermedades del niño.
10. Enfermedades de los padres.
11. Enfermedades de los hermanos.
12. Fallecimiento de miembros de la familia. Impresión en el niño.

B).

13. ¿Había ya algo anteriormente que llamase la atención?
14. ¿Por debilidades psíquicas o corporales?
15. ¿Por negligencia?
16. ¿Por retraimiento?
17. ¿Por torpeza?
18. ¿Por cobardía?
19. ¿Celos?

20. ¿ Falta de independencia al comer, al lavarse, vestirse o acostarse?
21. ¿ Miedo cuando se encuentra solo?
22. ¿ En la obscuridad?
23. ¿ Tiene conciencia clara de su papel sexual?
24. Caracteres sexuales primarios, secundarios y terciarios.
25. ¿ Qué idea tienen del sexo contrario?
26. ¿ Cómo han progresado sus conocimientos sexuales?
27. ¿ Hijastro?
28. ¿ Hijo ilegítimo?
29. ¿ Hijo adoptivo?
30. En este último caso ¿ cómo eran sus padres adoptivos?
31. ¿ Conserva contacto con ellos?
32. ¿ Empezó a andar y hablar a su debido tiempo?
33. ¿ Sin faltas?
34. Dentición.
35. ¿ Dificultades de aprendizaje de la escritura, del cálculo, del dibujo, del canto?
36. ¿ Dificultades para aprender o practicar deportes?
37. ¿ Ha tenido relaciones dignas de consignarse con alguna persona?
38. ¿ Con el padre?
39. ¿ Con la madre?
40. ¿ Con los abuelos?
41. ¿ Con la niñera?
42. ¿ Con otras personas ajenas a la familia?
43. ¿ Actitud hostil frente a la vida?
44. ¿ Hay alguna causa que pueda haber despertado en el niño un sentimiento de inferioridad?
45. ¿ Tendencias a la eliminación de dificultades y personas?
46. ¿ Egoísta?
47. ¿ Susceptible?
48. ¿ Impaciente?
49. ¿ Exaltación afectiva?
50. ¿ Codicia?
51. ¿ Actividad?
52. ¿ Prudencia?

C).

53. ¿ Ha dado mucho quehacer?
54. ¿ Cuándo se muestra más temeroso?
55. ¿ Qué es lo que más teme?
56. ¿ Ha gritado durante la noche?

57. ¿Se orina en la cama? ¿Hasta qué edad lo hizo?
58. ¿Es dominante?
59. ¿Incluso ante el fuerte o solamente ante el débil?
60. ¿Ha llamado la atención su tendencia o deseo de acostarse en el lecho de uno de sus padres?
61. ¿Falto de destreza?
62. ¿Inteligente?
63. ¿Se han burlado mucho de él?
64. ¿Se enorgullece de su tipo o vestidos?
65. ¿Se hurga las narices?
66. ¿Onicofagia?
67. ¿Glotonería?
68. ¿Hurtos?
69. ¿Dificultades en la defecación?
70. ¿Tiende hacia la superioridad?
17. ¿Ha impedido la testarudez la educación de sus acciones instintivas?

D).

72. ¿Ha hecho amistades fácilmente?
73. ¿Era huraño con las gentes y cruel con los animales?
74. ¿Se relaciona con niños más jóvenes o mayores que él?
75. ¿Con pequeños del sexo opuesto?
76. ¿Tiene inclinación a actuar como jefe de su grupo?
77. ¿Se aísla?
78. ¿Coleccionista? ¿De qué?
79. ¿Avaro?

E).

80. ¿Cuál es su comportamiento actual en sus relaciones con los demás?
81. ¿Con la escuela?
82. ¿Concurre gustoso a ella?
83. ¿Llega a tiempo o siempre tarde?
84. ¿Está excitado durante las clases?
85. ¿Se apresura?
86. ¿Pierde sus útiles de estudio o trabajo?
87. ¿Excitación ante los deberes escolares o los exámenes?
88. ¿Se olvida o rehusa hacer su trabajo?
89. ¿Pierde el tiempo?
90. ¿Perezoso?
91. ¿Indolente?
92. ¿Falta de concentración?

93. ¿Trastorna las clases?
94. Comportamiento ante sus maestros.
95. ¿Actitud crítica?
96. ¿Arrogante?
97. ¿Indiferente?
98. ¿Busca la ayuda de otros en sus tareas o la ofrece a los demás espontáneamente?
99. ¿Es valeroso en el deporte?
100. ¿Se considera como falto de dotes total o parcialmente?
101. ¿Lee con exceso?
102. ¿Qué lecturas prefiere?
103. ¿Malos resultados en todas las asignaturas que cursa?

F).

104. Enfermedades familiares.
105. Alcoholismo.
106. Tendencias criminales.
107. Delitos.
108. Neurosis.
109. Debilidad mental.
110. Sífilis.
111. Epilepsia.
112. Nivel de vida familiar.
113. Casos de muerte de familiares.
114. ¿En qué edad del niño?
115. ¿Es huérfano el niño? ¿De padre, de madre o de ambos?
116. ¿Quién domina en la familia?
117. ¿Ha sido muy severa la educación?
118. ¿Mimado?
119. ¿Se asusta ante la vida?
120. ¿Cómo se efectúa la vigilancia del niño?
121. ¿Padrastro o madrastra?

G).

122. ¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos?
123. ¿Es el mayor, el segundo, hijo único, único niño, única niña?
124. ¿Rivalidades entre los hermanos?
125. ¿Lloros frecuentes?
126. ¿Risa malévola?
127. ¿Tendencias impulsivas a la desvalorización de los demás?

H).

- 128. ¿Qué pensamientos sobre la elección de profesión ha tenido el niño hasta ahora?
- 129. ¿Ha expresado su pensamiento respecto al matrimonio?
- 130. ¿Qué profesión ejercen sus familiares?
- 131. ¿Cómo se lleva el matrimonio?

I).

- 132. Juegos favoritos.
- 133. Historias preferidas.
- 134. Personajes de la Historia por los que siente predilección.
- 135. Poesías preferidas.
- 136. ¿Desbarata por placer el juego de los demás?
- 137. ¿Se entrega a fantasías?
- 138. ¿Piensa sobriamente, adaptado a la realidad y rechazando las fantasías?
- 139. ¿Ensueños diurnos?

J).

- 140. ¿Cuáles son sus recuerdos más antiguos?
- 141. ¿Sueños impresionantes o repetidos? (volar, caer, estar paralizado y perseguido, llegar tarde al tren, carreras, sueños angustiosos).

K).

- 142. ¿En qué sentido está el niño descorazonado?
- 143. ¿Se siente postergado?
- 144. ¿Reacciona favorablemente a las atenciones y alabanzas?
- 145. ¿Representaciones supersticiosas?
- 146. ¿Evita las dificultades?
- 147. ¿Empieza diferentes cosas para abandonarlas en seguida?
- 148. ¿Se muestra inseguro por su porvenir?
- 149. ¿Cree en las influencias desventajosas de la herencia?
- 150. ¿Es descorazonado o desanimado sistemáticamente por las personas que le rodean?
- 151. ¿Concepción pesimista del mundo?

L).

- 152. ¿Muecas?
- 153. ¿Se conduce tonta, infantil o cómicamente?

M).

- 154. ¿Tiene defectos del lenguaje?
- 155. ¿Es feo?
- 156. ¿Patizambo?
- 157. ¿Piernas en X o en C?
- 158. ¿Se ha desarrollado mal?
- 159. ¿Anormalmente grueso o delgado?
- 160. ¿Anormalmente alto o bajo?
- 161. Defectos visuales o auditivos.
- 162. ¿Retrasado mental?
- 163. ¿Zurdo?
- 164. ¿Ronca por la noche?
- 165. ¿Es guapo de manera llamativa?

N).

- 166. ¿Habla frecuentemente de su incapacidad, de su falta de talento para la escuela?
- 167. ¿Para el trabajo?
- 168. ¿Para la vida?
- 169. ¿Pensamientos de suicidio?
- 170. ¿Existe alguna relación temporal entre sus fracasos y sus faltas de conducta?
- 171. ¿Sobrevalora sus éxitos exteriores?
- 172. ¿Es servil?
- 173. ¿Afecta piedad o es realmente compasivo?
- 174. ¿Es revoltoso?

O).

- 175. Trabajos positivos del niño.
- 176. ¿Tipo visual, auditivo, motor, eidético?

Como aconseja Adler, las preguntas no deben formularse más que indirectamente en las diversas conversaciones que se tengan con el niño y anotando los resultados conforme vayamos dándonos cuenta de la personalidad y caracterología del sujeto. Sobre las faltas que haya cometido el niño y que han ocasionado su visita ante el psiquiatra, debe insistirse sobre sus motivaciones, etc., pero con dulzura y sin herir su susceptibilidad ni despertar su desconfianza.

§ 14. PSICOBIOGRAMA DE KRETSCHMER

PARA LA INVESTIGACION TIPOLOGICA, CRIMINALÓGICA, PSICODIFERENCIAL
Y PSIQUIÁTRICA

Nombre.	Diagnóstico:
Edad	a) Tipo corporal.
Profesión.	b) Tipo temperamental.
Fecha de la exploración.	c) Tipo sociológico.

A. HERENCIA

Preferentemente con pequeño árbol genealógico, utilizando las siguientes abreviaturas:

♂ masculino; ♀ femenino; rojo = ciclotímico; azul = esquizotímico; ● psicosis (incluyendo la epilepsia genuina); ○ psicopatía y nerviosidad; ○ debilidad mental; criminal. Los tipos especiales con la inicial, por ejemplo: epi = epileptoide; hi = histérico, etc.

B. CURVA VITAL

1. Firme.
2. Lábil reactiva.
3. Endógena periódica: ciclomítica, epileptoide, dipsómana.
4. Variaciones por brotes persistentes en las fases vitales: pubertad, involución.
Cambio de apariencia.

NIÑEZ:

PUBERTAD: precoz, normal, retardada, tempestuosa, normal, irregular.

INVOLUCIÓN: precoz, normal, retardada.

Perturbaciones climatéricas: depresivas, hipocondríacas, neurasténicas, paranoideas.

PSICOSIS O NEUROSIS PASADAS O PRESENTES (incluyendo reacciones carcelarias, emociones patológicas, raptus y estados crepusculares).

DATOS VITALES DE PARTICULAR INTERÉS:

Cambios de profesión (¿reptiles?), castigos, conflictos familiares, rupturas de enlace, conflictos y deslices sexuales, afición a la bebida y otras pasiones patológicas, viajes, aventuras, etc.

RESUMEN

C. ESCALAS GENERALES DEL TEMPERAMENTO

<i>Humor y psicoestesia</i>	<i>Tempo y tensión psíquicos</i>	<i>Psicomotilidad</i>	<i>Actitud social</i>
<p>Alegre, excitado, colérico.</p> <p>Satisfecho de la vida.</p> <p>Humor tranquilo y despreocupado.</p> <p>Plácido, lleno de bondad.</p> <p>Sombrío y desanimado.</p> <p>Oscilaciones psíquicas entre los polos: alegre-triste</p>	<p>Despreocupado, capaz de impulsos, muy ocupado, rico en ideas.</p> <p>Activo, lleno de entusiasmo.</p> <p>Holgado.</p> <p>Pesado.</p> <p>Inhibido.</p>	<p>Muy móvil, hablador, ruidoso.</p> <p>Movible.</p> <p>Holgado.</p> <p>Plácido, pesado, inhibido en movimientos, parsimonia, motilidad blanda.</p>	<p>Inocentemente presuntuoso vé las cosas en grande.</p> <p>Emprendedor.</p> <p>Le gusta gozar de la vida.</p> <p>Sensato, mediocre, práctico.</p> <p>Modesto, irresoluto.</p>
<p>Mimoso, tierno.</p> <p>Sentimientos finos. Gran sensibilidad.</p> <p>Irritable, excitable, nervioso.</p> <p>Plácido.</p> <p>Severo, rudo.</p> <p>Frío.</p> <p>Obtuso, indolente.</p> <p>Oscilaciones psíquicas entre los polos: éxtasis y patetismo-nerviosismo, malhumorado e irritable.</p>	<p>Algo incoherente.</p> <p>Brusco, caprichoso.</p> <p>Energía sistemática y consecuente.</p> <p>Tenaz.</p> <p>Pedante, fanático.</p> <p>Intercepciones, resistencias.</p>	<p>Movible, inconstante, inquieto.</p> <p>Tímido.</p> <p>Reserva, dominio de sí, altivez aristocrática.</p> <p>Esquinado.</p> <p>Rígido, perezoso, monosilábico.</p> <p>Intercepciones, resistencias.</p>	<p>Idealista.</p> <p>Reformador, revolucionario.</p> <p>Sistemático.</p> <p>Egocéntrico, testarudo, descontento.</p> <p>Desconfiado, reservado, celoso.</p> <p>Excesivamente misántropo, enemigo de todo el mundo, brutal, antisocial.</p>

Diagnóstico de los seis principales temperamentos

Ciclotimia	{	1. HIPOMANÍACO. Alegre, movable.
		2. SINTÓNICO Realista, práctico. Humorista, sin malicia.
		3. EL HOMBRE DE SANGRE GORDA Bondadoso, blando.
Esquizotimia	{	4. HIPERESTÉSICO Hombre delicado, de gran vida interior, irritable, nervioso, idealista.
		5. ESQUIZOTÍMICO INTERMEDIO. Moderado, enérgico, sistemático, consecuente, tranquilo, aristocrático.
		6. ANESTÉSICO Frío, friamente nervioso, retorcido, extravagante, indolente, poco accesible a las pasiones, lento y perezoso.

Temperamento: ¿ En forma normal o con manifestación psicopática?

Forma mixta:

Tipos degenerativos especiales

1. PSICOPATÍAS CICLOIDES (véase arriba).
2. PSICOPATÍAS ESQUIZOIDES (véase arriba).
3. SIGNOS EPILEPTOIDES:

Grosería, brutalidad, distimia tensa, cólera explosiva, tendencia a las graves crisis emotivas, a la bebida, a la intolerancia alcohólica (raptus patológicos), accesos convulsivos, profundos estados crepusculares, huídas reactivas.

Carácter epiléptico: pegajoso, basto en sus confidencias, melífluo, beato, prolijo, pedante, egocéntrico.

4. SIGNOS HISTÉRICOS:

Afectividad rápida, lábil y superficial, fácil inclusión de mecanismos hipobúlicos, hiponóicos, reflejos y neurovegetativos (calambres y crisis emocionales, desmayos, estados crepusculares, y oniroides, temblores, síntomas vasomotores, etc.). Sugestibilidad aumentada, egoísmo caprichoso, escasa fidelidad de testimonio, tendencia a la ficción, teatralidad, coquetería.

Embustería congénita: mentiras, proyectos y cábalas, fanfarronería, fantasía, intrigas.

5. SIGNOS PARANOIDES.

- a) Tendencia a la desconfianza y a los sentimientos de perjuicio y de celos.
- b) A la querulación y a la autorreferencia sensitiva.
- c) A las ideas de invención, reforma, sectarias y proféticas.
- d) Síndrome especial carcelario.

6. SIGNOS HIPOCONDRÍACOS Y COMPULSIVOS.

7. SENCILLA NERVIOSIDAD Y PSICOPATÍA.

D. VIDA INSTINTIVA

1. INSTINTO SEXUAL:

Intenso, medio, débil.

Precoz, normal, tardío.

Inhibición sexual intensa, media, débil, irregular. Pudibundez. Cinismo.

Tendencia a la impotencia, eyaculación precoz, frigidez y trastornos especiales del coito.

Tendencia a la represión, sublimación y actos sustitutivos sexuales.

Tendencia a la masturbación intensa y preferente. Tendencia a la prostitución.

Inhibiciones del desarrollo: fijación prolongada a los progenitores, prolongación anormal de la fase de rebeldía contra éstos, frialdad u odio hacia ellos, escasa precisión objetiva del instinto sexual, platonismo con tendencia al amor a distancia y al ensueño desiderativo.

Amor maternal.

Tipo de fijación a la familia.

Perversiones:

Homosexualidad: total —como concomitante exagerada— activa-pasiva.

Infantilismos psicosexuales: exhibicionismo, pedofilia, sodomía, fetichismo.

Componentes narcisistas (amor de sí), vanidad de tinte erótico, autocuidado.

Metatropismos: feminismo (en hombres), masculinismo (en mujeres), hombre-mujer, mujer hombruna. Transvertido.

Variantes instintivas especiales.

2. INSTINTOS DE CRUELDAD:

a) Sadismo y masoquismo.

b) Ferocidad, brutalidad, pasión de dominio corporal y psíquico, sumisión rastrera, placer por el sufrimiento y la enfermedad.

Martirio de los animales, delitos de salvajismo, asesinato por placer, etc.

Actitudes de fondo impulsivo: voluntad de poderío, soberbia, ambición, resentimiento, actitud vital activa, pasiva.

3. INSTINTOS DEFENSIVOS:

Agresivo, atrevido, imprudente, animoso, sereno, tranquilo, reflexivo, angustiado, espantadizo, cobarde.

Astuto, disimulador, confiado, prudente.

4. INSTINTO NUTRITIVO, y sentimientos vitales relacionados con él:

Tendencia material, ideal. Ingestión alimenticia abundante, normal, escasa, alegría de comer y de beber, sibaritismo, glotonería, embriaguez, lujo, frugalidad, indiferencia frente al adorno y aspectos materiales, tolerancia para el hambre, resistencia grande, media, escasa.

Vicios:

Actividades de fondo impulsivo: acaparador, pródigo, dadivoso, ahorrador, tacaño, avaro.

RESUMEN

E. ESTRUCTURA CARACTEROLOGICA COMPLEJA Y ACTITUD VITAL

I. *Proporción de lo Impulsivo y lo Racional en la Estructura General*

1. PREDOMINIO DE LO IMPULSIVO: naturaleza impulsiva, expresión emocional ingenua e inmediata. Tendencia a las *reacciones primarias*, irritabilidad indomada, crisis emocionales explosivas y tempestades cinéticas (cólera, angustia), oscilaciones del conocimiento (estados crepusculares, estupores, amnesias), pensamiento y memoria lábiles y afectivamente influenciabiles, represiones, ficciones, acciones en corto circuito, liberaciones impulsivas, (prodigalidades, toxicomanías, accesos, violencias, actos impulsivos de venganza, delitos sexuales); impresionabilidad rápida.

Personalidad ingenua, impulsiva y primitiva.

2. PREDOMINIO DE LA SUPERESTRUCTURA CARACTEROLÓGICA.

Tendencia a la concienciación, reflexión y meditación, a la preparación metódica, al autodomínio, al plan de acción y a la adecuación; a las retenciones y conductas pausadas; impresionabilidad lenta.

Personalidad consciente (racional y objetiva).

3. FORMAS INTERMEDIAS: a) Mezcladas. b) En contraste.

II. *Actitud vital* (relación entre el Yo y el mundo exterior)

Véase *Temperamentos* { Realista, idealista mixto, contrastado.
 { Extravertido, autístico, mixto, contrastado.

a) Simple: *esténica*, media, *asténica*.

En la actividad vital *esténica*: predominio del sentimiento de superioridad sobre el mundo externo, de la fuerza, del dominio y de la acción. Tendencia a la sobreestimación, presunción, imprudencia, agresividad y actividad.

En la actividad vital *asténica*: sentimiento predominante de sumisión, de sufrimiento, debilidad e incapacidad; de inferioridad y depresión. Tendencia a la infraestimación, indecisión, blandura, timidez, angustia, inseguridad de presentación, pasividad.

b) Contrastada: *expansiva*, *sensitiva*.

Expansiva: predominantemente *esténica* con polo opuesto *asténico* (sentimientos latentes de insuficiencia, nervios excitables). Tendencia a las reacciones complejas de tonalidad *esténica*, a las reacciones emotivas, a la sobrecompensación, al amor propio exagerado, a tomar las cosas "por el lado malo", a "devorar la pelota", a la ofensa rápida e inesperada, a la frase "mordaz" y a la reacción querulante (paranoide) persistente. Moral egocéntrica. Resentimiento.

Sensitiva: predominantemente *asténica* con polo opuesto *esténico* (orgullo, perseverancia, susceptibilidad). Tendencia a las reacciones complejas *asténicas*, a las contenciones, a los sentimientos violentos y bruscos de insuficiencia, a la inseguridad vital, al autoreproche, a los escrúpulos exagerados de conciencia por pequeños motivos, al sentimiento de vergüenza moral con ideas de relación injertadas en él. Delicadeza moral y reflexión.

c) *Actividad vital mediadora*: conciliante, práctico, adaptable, penetración en el medio, contraste escaso o inexistente entre el Yo y el mundo exterior (véase ciclotímicos sintónicos).

d) *Actividad vital separadora*: tendencia a la imprecisión, a la ficción, a la pseudopercepción, al dramatismo, a la disimulación, a la "huída en la enfermedad" (véase histerismo).

Tendencia a la ironía y a la intriga.

RESUMEN

F. MODOS DE CONDUCTA SOCIAL

1. DISPOSICIÓN ÉTICA:

Egoísta, altruista, mixto, contrastado.

Compasivo, impasible, envidioso, tendencia a la calumnia, el chismorreó y la maldad.

Diligente, útil, voluntarioso, medio, comodón, indiferente, perezoso, pasivo, asocial, antisocial.

Independiente dependiente. Decidido, enérgico, lento, blando, influenciable, débil de voluntad.

Adaptable, capaz de empatía (empático), ininfluenciable, caprichoso, obstinado.

Capacidad-incapacidad para la colaboración (colegiabilidad) y sumisión (disciplina).

Querido, no querido; sugestivo, caudillo.

Familiaridad.

Tipos con defectos sociales especiales:

Debilidad moral, general-especial.

a) Seudólogo, embustero, estafador, ladrón habitual.

b) Holgazán, vagabundo.

c) Encubridor, chantagista.

d) Prostituido, rufián, "caballero de industria".

e) Delincuente sexual $\left\{ \begin{array}{l} \text{constitución sexual normal.} \\ \text{perverso.} \end{array} \right.$

f) Delincuente emocional: pendenciero, agresor, asesino, rebelde, amenazante.

g) Otras acciones impulsivo-instintivas: pirómano, cleptómano, etc.

h) Delincuente aleroso: ladrón de pisos, asesino atracador, etc.

Delitos ocasionales: por el medio, por vivencias situacionales especiales, inducción, convencimiento.

2. MODOS DE CONDUCTA RELIGIOSA. CONFESIÓN:

Místico, visionario, beato, sectario, crédulo, piadoso; eclesiástico, correcto, farisiaco, moralizante, racionalista; antirreligioso, comunista, monista, simulador.

Rigorista, concilante, ingenuo.

Sublimación erótica y transferencias en la práctica religiosa.

3. MODOS DE CONDUCTA POLÍTICA:

Pensador independiente, de la oposición, populista, demócrata, luchador de clase, dictador político, resentido políticamente.

Concepción vital individualista, social o mixta.

Fanático, conciliador, indiferente.
 Heróico, idealista material, práctico, plebeyo.
 Tradicionalista, versátil, inquieto, revolucionario.

4. INTERESES ESTÉTICOS Y CIENTÍFICOS:

¿Reproductivo? ¿Ejecutante?

Preferencia por la música. ¿De qué clase?

Preferencia por el cuadro, ornato, menaje, vestido.

Preferencia por el dibujo, pintura, escultura, oficios artísticos.

Preferencia por la lectura: científica (¿de qué clase?), literaria (¿de qué clase?).

Preferencia por la escritura, artículos periodísticos, poesías, declamación, dirección de fiestas, representación teatral, oratoria.

Ocupaciones preferidas en los momentos de ocio.

RESUMEN

G. INTELIGENCIA

Superdotado, dotado, normal, débil, imbecil, idiota.

Datos escolares.

Aptitudes profesionales:

Memoria, capacidad de observación.

Tipo de atención.

Capacidad de crítica y de juicio.

Edad mental según Binet y Simón (para los débiles).

Resultados de pruebas intelectuales eventuales (Prueba de complementación de Ebbinghaus, de tachado de Bourdon, prueba de las tres palabras, prueba intelectual de superdotados de Hamburgo).

Hombre intelectual, afectivo, enérgico.

Tipo óptico, acústico (¿motor?... ¿eidético?...).

En los dotados: ¿Tipo de pensamiento intuitivo objetivo (ciclotímico), abstracto sistemático (esquizotímico), soñador-romántico (esquizotímico)? (Eventualmente prueba de Rorschach, de abstracción y reacciones, con o sin distracción).

Fatigable, perseverante, entrenable (eventualmente curva de trabajo de Kräpelin).

Fantástico, ascético. Cabeza clara o confusa.

Unilateral-polifacético. Subjetivo-objetivo. Pragmático. Original-banal. Diestro, ingenioso, eficaz, práctico, obtuso, torpe, impráctico, teórico.

Aptitudes especiales: lenguaje, filosofía, matemáticas, disciplinas descriptivas.

Aptitudes artísticas (¿ Cuáles?).

Aptitudes psicomotrices: manualidad, fuerza; aptitud técnica.

Talento organizador.

Observaciones especiales de aptitud.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PERSONALIDAD TOTAL

H. DATOS CORPORALES

I. Medidas.

<i>Cráneo:</i>	<i>Talla:</i>	<i>Peso:</i> ⁷
Perímetro horizontal. ¹	Perím.: { Tórax. ⁸ Abdomen. ⁹ Caderas. ¹⁰	Long. antebrazo iz. ¹¹
Diámetro sagital. ²		Long. mano iz. ¹²
Diámetro frontal. ³		Long. pantorrilla iz. ¹¹
Diámetro vertical. ⁴	Long.: Piernas. ¹³	Extensión brazo.
Anchura del rostro. ⁵	Ancho: Hombros. ¹⁴	Pelvis. ¹⁵
Long. y anchura nariz. ⁶		

¹ Glabella, protuberancia occipital y relieve más saliente del occipucio.

² El mayor sobre las orejas.

³ Angulo maxilar, altura craneal máxima.

⁴ Medida por proyección: a) raíz nasal (nación o ángulo ciliar), abertura bucal; b) abertura bucal-punto óseo más profundo de la barbilla.

⁵ a) altura cigomática maxilar; b) ángulo maxilar de ambos lados.

⁶ a) raíz nasal (nación o ángulo de las cejas bien precisado), punta nasal (punto más bajo, alas de la nariz de ambos lados).

⁷ Desnudo.

⁸ Sobre los pezones (en las mujeres, sobre las mamas): a) en reposo; b) en inspiración y expiración máximas.

⁹ En la altura inguinal.

¹⁰ A nivel del trocánter.

¹¹ Máximo.

¹² Sobre las raíces de los dedos sin pulgares.

¹³ Borde superior de la sínfisis-suelo.

¹⁴ Acromión de ambos lados.

¹⁵ a) Eminencias iliopectíneas; b) trocánteres.

*Indices:*De longitud a anchura del cráneo.²²De Pignet.²³Índice pectoacromial.²⁴Diferencia entre el perímetro torácico y el de la cadera.²⁵Diferencia entre la doble longitud de las piernas y la talla.²⁶*II. Rostro y cráneo.**Forma de la cabeza:* alta, pícnica aplanada, pequeña redonda, torruncular, vesicular, inaracterística.*Perfil:* anguloso, narigudo, hipoplástico, pínico, inaracterístico.*Configuración frontal del rostro:* forma ancha de escudo, de pentágono aplanada, ovalada alargada, ovalada acortada, ovalada infantil, de septágono, inaracterística.*Descripción particular:*

- a) Frente.
- b) Parte media del rostro.
- c) nariz.
- d) Barbilla.
- e) Orejas.

III. Figura.

<i>Huesos;</i>	<i>Hombros;</i>	<i>Extremidades (longitud);</i>
<i>Musculatura (relieve?);</i>	<i>Caja torácica;</i>	
<i>Panículo adiposo;</i>	<i>Abdomen;</i>	<i>Manos y pies.</i>
<i>Cuello.</i>	<i>Pelvis;</i>	<i>Descripción:</i>

IV. Distribución del sistema piloso.

<i>Cabello;</i>	<i>Genitales;</i>	<i>Brazos;</i>
<i>Cejas;</i>	<i>Axilas;</i>	<i>Tronco;</i>
<i>Barba;</i>	<i>Piernas.</i>	<i>Descripción:</i>

²² Máxima anchura cien veces por la máxima longitud.²³ Índice de la plenitud corporal = altura-peso + perímetro torácico.²⁴ Anchura de los hombros cien veces por perímetro torácico (diagnóstico diferencial entre pínico y asténico-atlético).²⁵ ²⁶ Índice de la constitución sexual.

V. Datos endocrinos, neurovegetativos, etc.

a) Glándulas:

Tiroides;	Testículos (u ovarios);
Mamas;	Genitales;
Linfáticos;	Anomalías sexuales.

b) Síntomas oculares:

(Gräfe, Aschner, pupilas, hendidura palpebral, etc.).

c) Síntomas cardiovasculares:

(Pulso estable-lábil, color facial, acrocianosis, síntomas vagotónicos basedowoides, etc.).

d) Reflejos, temblores.

e) Complexión y pigmentación.

f) Síntomas secretorios:

(Sudor, seborrea, etc.).

g) Consistencia cutánea:

(Turgor, lisura, grosor, etc.).

h) Datos especiales (incluyendo malformaciones, defectos sensoriales, etc.).

VI. Datos cronológicos (Momentos).

Incidencia del trastorno mental;

Incidencia del delito;

*Incidencia de la pubertad;*²⁷

Velocidad de crecimiento y desarrollo puberal (rápida, lenta o detenida).

Aparición de la involución;

Aparición de la adiposidad;

Aparición de la delgadez;

Aparición de determinadas enfermedades corporales.

VII. Factores exógenos nociceptivos para la personalidad.

(Síntomas de alcoholismo y toxicomanía, afecciones luéticas y metasifilíticas, arterioesclerosis, debilidad cerebral traumática, senilidad, etc.).

VIII. Diagnóstico.

Pícnico;

Leptosomo (robusto, magro, asténico);

Atlético (esbelto, musculoso, basto, pastoso);

²⁷ Menstruación, poluciones, impulso sexual, barba, cambio de voz.

Formas mixtas;

Displástico: Gigantismo eunucoide; otras formas de crecimiento exagerado: gigantismo, adiposis eunucoide, intersexualismo, (masculinismo, feminismo); distrofia adiposo genital, acromegaloide, infantil, hipoplástica, cretinoide; formas enanas y deformes, raquílicas; displasias y signos degenerativos aislados, acuminados.

Síndromes neuropáticos: Vagotónico, basedowoide, epileptoide, histérico, neuropatía simple;

Estigmas aislados importantes.

RESUMEN

§ 15. EL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

El llamado por Rorschach ²⁸ “Psicodiagnóstico” está basado en el ya antiguo procedimiento de interpretación de manchas de tinta (klexografía) que ya habían utilizado, de una manera más sencilla Binet y Simón.

El mérito de Rorschach reside en haber sabido hacer una minuciosa interpretación de las respuestas y haber ordenado sistemáticamente la clasificación de las mismas.

Mediante el Psicodiagnóstico es posible perfeccionar nuestros conocimientos sobre la personalidad y el carácter de una persona.

Posteriormente, en la tercera edición de su obra Oberholzer, el sucesor de Rorschach, ha perfeccionado el método y otros investigadores principalmente Salas, en España ²⁹ han aducido nuevas pruebas que hacen del método uno de los más importantes para la exploración psicológica a pesar de sus dificultades.

La prueba consiste en presentar al niño sucesivamente diez láminas, en negro unas, en color otras, las cuales han sido hechas mediante manchas de tinta extendidas doblando en dos el papel (V. figs. 1 a 4). Naturalmente las láminas son las originales de Rorschach sobre las cuales han sido hechas

²⁸ Rorschach, Oberholzer, *Psychodiagnostik*. 3ª ed. Huber, Berna, 1937.

²⁹ J. Salas, *El Psicodiagnóstico de Rorschach*. Arch. Neurob., t. XII, n. 3. 1932. — J. Salas, *La clasificación de las respuestas en el Psicodiagnóstico de Rorschach* Arch. de Neurob., t. XIII, n. 1. 1933. Además el Dr. Salas tiene en curso de publicación sus resultados y observaciones durante una paciente labor de varios años con cerca de tres mil psicodiagnósticos.

todas las experiencias. La confección de manchas distintas, como ha intentado Struve³⁰ llevaría a tener que revisar todo el método, cosa complicada y larga.

El probante debe decir todo lo que cree ver en la lámina, la cual puede observar todo el tiempo que desee, invertirla y examinarla en todas direcciones (lo que se anotará en las respuestas), pero no mirarla al trasluz (con la que algunas tonalidades de color se difuminan). Las respuestas serán anotadas exactamente, indicando la zona de la lámina correspondiente a la interpretación que el sujeto da. Cuando no surgen más respuestas se retira la lámina y se presenta la siguiente en el orden que indica la cifra colocada en el dorso.

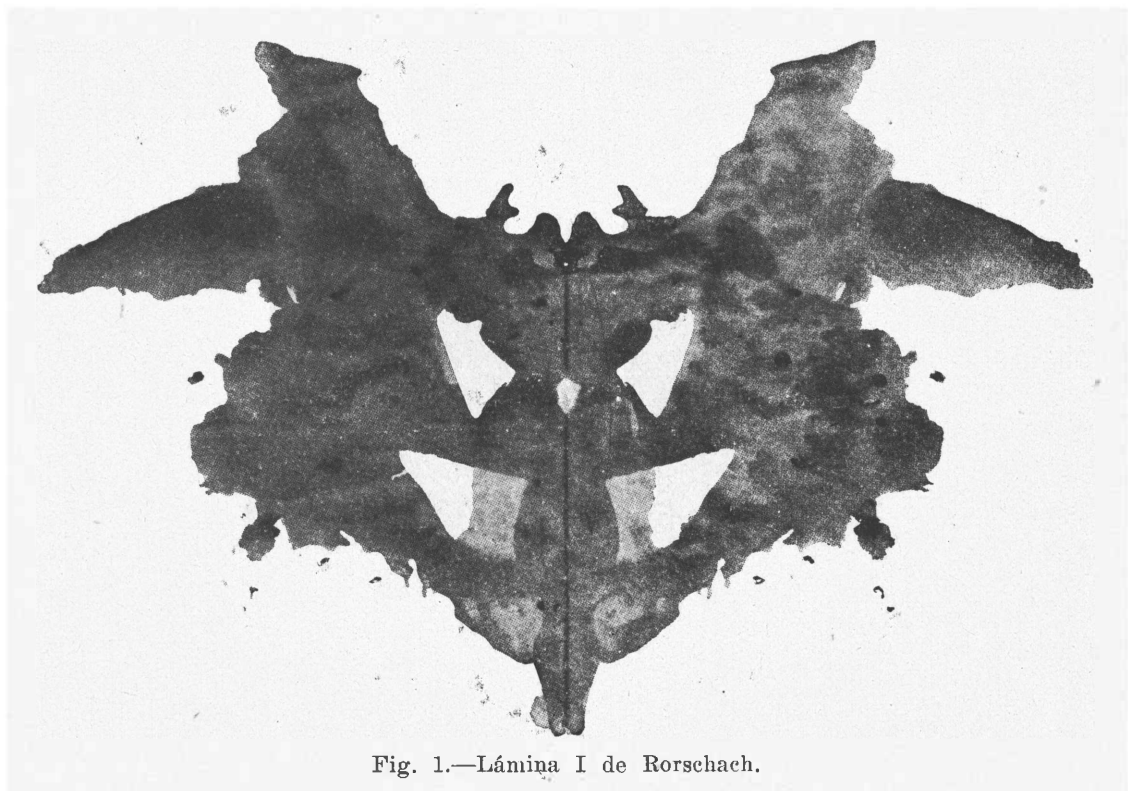


Fig. 1.—Lámina I de Rorschach.

Para el estudio de los resultados y por tanto de la personalidad, se constituye como una fórmula de las respuestas utilizándose la nomenclatura siguiente:

No. Número de respuestas durante la prueba total. El hombre sano da de 15 a 30 respuestas (27 como media), pero este número puede ser sobrepasado considerablemente y llegar hasta 100, 150 o más en los sujetos de inteligencia productiva. En los

³⁰Struve, *Typische Ablaufformen des Deutens bei 14–15 jährigen Schulkinder*. — Zeitschr. angew. Psychol. 1930.

psicópatas la cifra media de interpretación es ligeramente más elevada (31) y en cambio desciende a 14 y menos en los epilépticos.

- T Tiempo de reacción de toda la prueba.
 t Indica el cociente: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Duración total.} \\ \text{Número de respuestas.} \end{array} \right.$
 G O respuestas *globales* en las cuales la interpretación abarca toda la lámina. En general las personas sanas dan de 4 a 7 respuestas

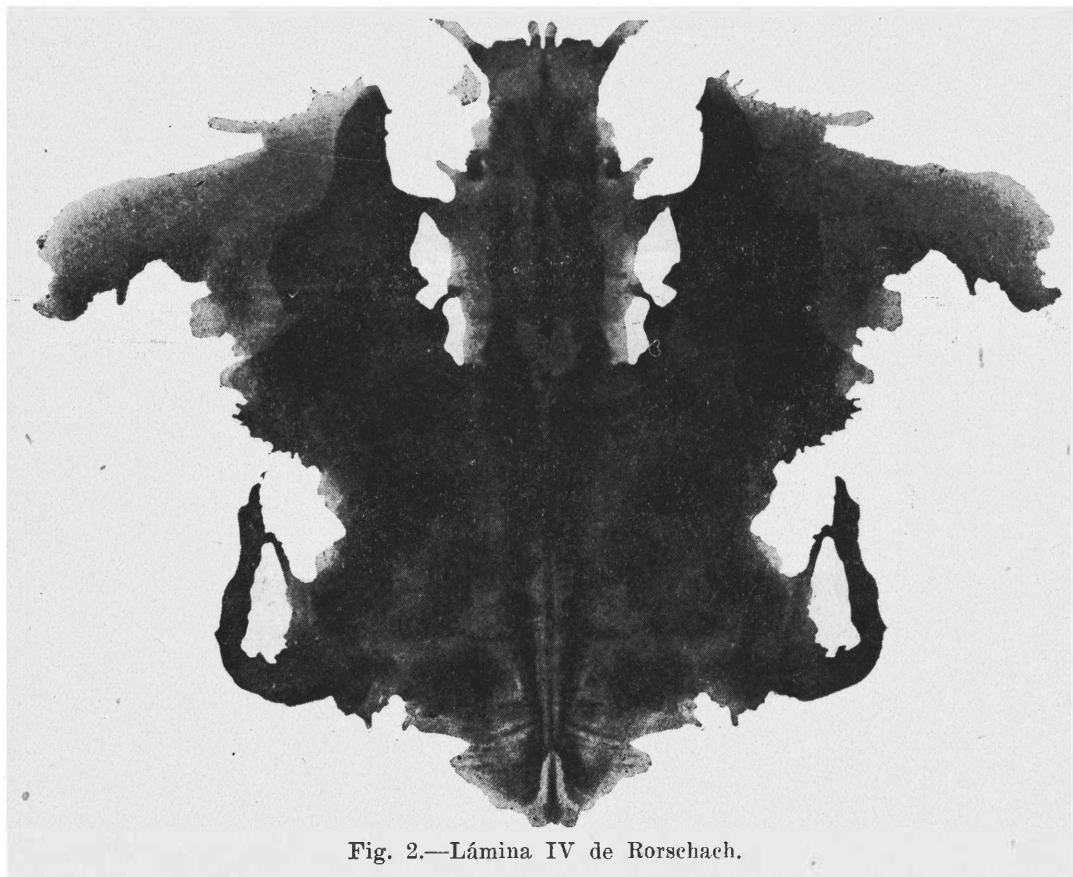


Fig. 2.—Lámina IV de Rorschach.

de este tipo. En los débiles y depresivos esta cifra disminuye. Por el contrario, el 84 % de los epilépticos presentan un aumento de las G.

El número de interpretaciones globales es un indicador de la energía latente para el ejercicio de las asociaciones.

- D Respuestas de *detalle* con las cuales el probante designa una parte de la lámina.
 Dd o de *pequeño detalle* referidas a fragmentos más reducidos de las manchas. Se observa este tipo de respuesta en los débiles y

también en muchos tímidos y angustiados, así como en bastantes depresivos y anancásticos.

Do Llamadas de *detalle oligofrénico*, son las relativas a pequeños detalles de las manchas, allí donde las personas normales no ven nada o bien a fragmentos de una mancha de la que los sujetos sanos dan una más amplia interpretación. Como su nombre indica las respuestas de detalle oligofrénico se observan en los débiles mentales.

DG Son las llamadas respuestas *confabulatorias* y que consisten en derivar una interpretación global de un pequeño detalle. Son bastante numerosas en débiles mentales, enfermos orgánicos del cerebro, epilépticos y esquizofrénicos.

Dzw³¹ Son las interpretaciones de espacios blancos situados entre los coloreados. Su presencia en la prueba de Rorschach indica ciertas tendencias críticas y de oposición al ambiente; se observan en mayor número en los niños testarudos, tercios, negativistas y agresivos así como también algo en los pendientes y en los tímidos.

B³² Respuestas de *movimiento*. En la valoración de estas respuestas es preciso que se trate verdaderamente de interpretaciones “primarias” de movimiento actual. Así p. ej. las respuestas “un avión” o “pájaro con alas” o “bailarinas” no son respuestas B “in senso strictum” en cambio sí lo son: “un avión por el aire”, “pájaro volando” o “muchacha bailando”. En los sanos la media de respuestas B es de 5 a 8, pero su número puede oscilar entre 0 y 15.

El número de las B está relacionado con la productividad de la inteligencia y con la aptitud para la producción interna. También indican, según Skälweit,³³ el grado de la capacidad de introversión.

Las respuestas B tienen una íntima relación con las Fb (véase más abajo) en lo que se refiere a la afectividad y al tipo de vivencia. En los sanos cuanto mejores son las F más B, en cambio en los distímicos a mejores F menos B.

F Respuestas cuyo contenido se refiere a la *forma* de lo visto sin que en ello intervenga el color ni el movimiento. Son el indicador de la capacidad de concentración atenta. Pueden ser bien vistas (F+) y mal vistas (F—). Las F+ pueden

³¹ Dazwischendeutungen.

³² Bewegung.

³³ Skälweit, *Konstitution und Prozess in der Schizophrenie*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1934.

Fb³⁴

llegar a constituir el 100 % de las respuestas, pero este máximo sólo se observa en los pedantes y en muchos depresivos. Respuestas en las que predomina el *color* sobre todo otro contenido. Como Fb sólo se consideran las de color primarias, esto es aquellas interpretaciones en las que es solamente el color el que interviene (sangre, tinta, etc.). Pero en ellas puede intervenir también la forma, bien predominando

FFb

FbF

sobre el color, son las llamadas de *forma-color* (FFb) o bien con dominio del color o de *color-forma* (FbF).

Las Fb primarias son expresión de la afectividad impulsiva. Son, en cierto modo, lo contrario de las respuestas B. Tienen relación con la conducta afectiva y con la vida de los instintos. Cuando hay muchas Fb indican una labilidad afec-

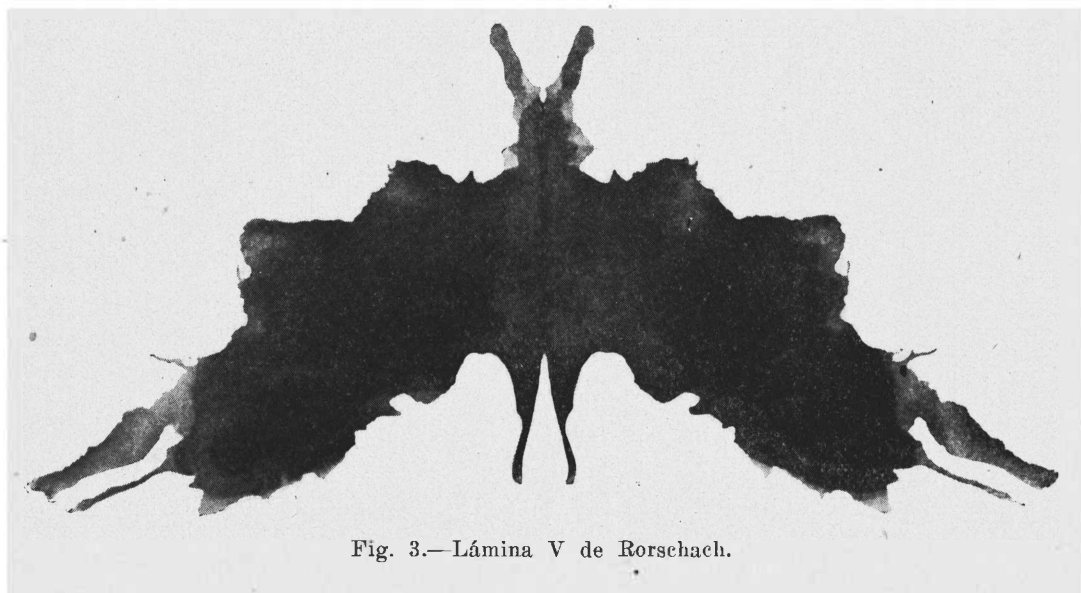


Fig. 3.—Lámina V de Rorschach.

tiva, en cambio, cuando hay pocas o ninguna Fb denotan una estabilidad de los afectos.

En general, las Fb indican, por tanto impulsividad, afectividad explosiva y al mismo tiempo insegura; preponderancia extratensiva, representan los esfuerzos de adaptación con el mundo circundante y la angustia que ellos llevan consigo.

Las respuestas de forma-color (FFb), en las que ambas cualidades están ligadas, pero en las cuales la forma da valor al color, indican tanto la acomodación asociativa como la

³⁴ Farben.

afectiva; la relación del factor afectivo con la realidad; la posibilidad de acomodación y de rapport. Su falta, entre las respuestas, indica, por tanto, despegamiento de la realidad, autismo.

Las FbF, o de color-forma, denotan en el sujeto una labilidad afectiva, una viva motilidad y una susceptibilidad irritable.

Por último existen las respuestas de *color enumerado* en las cuales el probante se limita a nombrar el color de la mancha (azul, rojo, etc). Se observan en los enfermos orgánicos del cerebro.

Ofrece un gran interés la relación entre los diversos tipos de respuestas Fb entre sí y con las B, como veremos al estudiar el tipo de vivencia.

Tanto unas como otras disminuyen durante las crisis depresivas y aumentan en las fases maníacas.

Si las respuestas B predominan sobre las Fb denotan un sujeto de tónica estable y por el contrario, cuando son las Fb las que dominan sobre las B indican una tónica lábil.

T³⁵ Son las respuestas que se refieren a animales o que tienen un contenido zoológico. En los individuos sanos el tanto por ciento de T (T %) aumenta con la edad, aunque el más alto porcentaje se observe en la edad escolar. En las profesiones prácticas el T % es muy elevado, mientras en los artistas es bajo. También se eleva el T % en los sujetos coartados.

En general la media de respuestas T en las personas sanas inteligentes es de 25 a 50 %.

- M Respuestas que se refieren al *ser humano*.
- A Respuestas de contenido *anatómico*.
- Obj. Respuestas de *objetos*.
- L Interpretaciones de *paisaje*.
- Md. O de *detalle corporal del hombre*.
- Td. O de *detalle corporal de un animal*.
- Cloz. Respuestas de *claro-oscuro*, en las que intervienen los matices grises, de las manchas.
- Sukz. Indica el orden de sucesión de las respuestas. Tiene cierta importancia porque indica la ordenación del pensamiento habitual del probante.

En las personas sanas existe, en general, la tendencia a interpretar primero las G, luego las D y, por último, las Dd,

lo que indica una ordenación clara. El caso contrario Dd-D-G puede también considerarse como ordenado.

Teóricamente los sujetos normales deberían dar la fórmula G-2D-3Dd o sea en total 10G-20D-30Dd, pero en la prác-



Fig. 4. — Lámina VIII de Rorschach.

tica esto sólo se da, y aun aproximadamente, en los pedantes y formalistas, en ciertos teorizantes y en algunos deprimidos. .

En los esquizofrénicos se observa un desorden o sucesión distraída, incluso antes de aparecer síntomas clínicos.

- O Indica las respuestas *originales*, en contraposición a las vulgares, considerándose como originales aquellas que tan sólo se encuentran una vez entre cien, en las personas normales. Sólo la práctica del Rorschach habitúa al experimentador a calificar las respuestas O.
- V Respuestas *vulgares*. Es decir todas las que no son O.
- P% El P % indica el grado de perseveración en las respuestas. Se llama perseveración a la persistencia en una misma interpretación en diversas láminas. Así p. ej., interpretar la lámina I como "mariposa" y la II como mariposa también y así en alguna o algunas más o bien como murciélago, perro, etc. Un P % elevado se observa, principalmente en la epilepsia, como representante de la viscosidad y prolijidad propia de estos enfermos. En algunos casos las respuestas llegan a ser perseverativas para las diez láminas y pueden alcanzar hasta el 100 %, pues el probante repite en forma estereotipada su primera respuesta.

La perseveración puede manifestarse también en la forma de expresar la respuesta, *v. g.*, "esto es una especie de ...", "parece como...", o "es como si...", etc., aunque el contenido fundamental varíe. En cambio no deben considerarse como perseverativas las respuestas que corresponden a un mismo grupo, como zoológicas, arquitectónicas, etc., si los detalles varían.

TIPO DE VIVENCIA. — Se llama *tipo de vivencia* (Erlebnistypus) a la relación entre las respuestas B y las Fb (en sus tres formas). En el predominio de una sobre otras o en su equilibrio ve Rorschach los distintos tipos de vivencia:

1) Cuando las B predominan sobre las Fb se trata del tipo intraversivo, esto es, de los sujetos autistas, originales, abstractos y también de los esquizofrénicos paranoides.

2) Cuando son las Fb las que superan a las B se tiene el tipo extratensivo, es decir, el de los hombres prácticos, activos, sintónicos. En psicopatología se observa este tipo vivencial entre los maníacos, los epilépticos y ciertos orgánicos.

3) Si el número de B es igual al de Fb se obtiene el tipo de vivencia ambigüal del cual pueden obtenerse tres subformas:

- a) Coartativa (1B:1Fb);
- b) Coartada (OB:OFb);
- c) Dilatada (muchas B: muchas Fb).

De los tipos 1 y 2 pueden darse otras dos subformas: a) del tipo 1 cuando las B no sólo son menos que las Fb, sino que no existen (OB) recibe el nombre de tipo sin intraversión; b) del tipo 2 cuando faltan totalmente las Fb (OFb) se da el tipo sin extraversión.

En el siguiente cuadro de Rorschach se comparan los tipos de vivencia 1 y 2 en sus distintas facultades psíquicas:

	<i>Predominio de Fb</i>	<i>Predominio de B</i>
<i>Inteligencia</i>	Estereotipada Muy reproductiva Vida hacia fuera	Diferenciada. Singularmente reproductiva. Vida interna.
<i>Afectividad</i>	Muy lábil	Muy estable.
<i>Acomodabilidad</i> ..	Mucha	Poca.
<i>Rapport</i>	Extensivo intensivo	Intensivo extensivo.
<i>Motilidad</i>	Irritable, lábil	Comedida, estable.
<i>Carácter</i>	Agil, hábil	Torpe, inhábil.

Diremos, por último, que las respuestas de contenido anatómico indican (especialmente desde el punto de vista psicoanalítico) una falta de unidad del Yo y ciertos sentimientos de autoanulación y de renunciamento.

Rorschach da el siguiente cuadro de respuestas para ciertos dementes y débiles:

	EPILEPTICOS		OLIGOFRENICOS		DEMENCIA	
	Demenciados rápidamente	Demenciados tardíamente	Débiles	Imbéciles	Arterioesclerótica	senil
F	30-50 %	50-60 %	45-60 %	0-45 %	60-70 %	0-30 %
B	5 y más	1-2	0	0	0	0
Fb.	1-3 FFb	1-2 FFb	1-2 FFb	1-2 FFb	0 FFb	1-2 FFb
	2-4 FbF	2-3 FbF	2-3 FbF	2-3 FbF	0 FbF	2-3 FbF
	2-6 Fb	1-2 Fb	1-2 Fb	2-3 Fb	0 Fb	2-6 Fb
G.	4-7	4-7	1-3	0-2	0-3	4-7
Mod. Viv. . .	DG-D-Dd	DG-D-Dd	D-Do	D-Do	D-Do	G-D
T %	20-35 %	35-50 %	60-80 %	70-100 %	70-100 %	70-100 %
Orig %	40-50 %	20-40 %	30-40 %	40-70 %	10-20 %	40-70 %

Una vez realizada la prueba son valoradas las respuestas con arreglo a la nomenclatura citada, teniendo en cuenta, naturalmente las distintas calificaciones que puedan corresponder a una misma interpretación.

Mediante el Psicodiagnóstico de Rorschach se han estudiado todas las características psicológicas y los diversos tipos de psicopatías, psiconeurósis, y psicosis, habiéndose establecido ciertas fórmulas mediante las cuales poder establecer una tipología caracterológica.

Es imposible, en este lugar, incluir toda la amplitud de los estudios sobre este sugestivo tema. Nos limitamos, por tanto, a dar solamente aquellos datos que tienen mayor importancia en psiquiatría infantil.

Juarros y Soriano³⁶ que han aplicado el método en niños anormales de la inteligencia, llegan a las conclusiones siguientes:

- a) El número de interpretaciones varía en sentido inverso a la edad. Exactamente igual que ocurre en los anormales.
- b) A mayor retraso mental más rápida respuesta.
- c) La primera contestación sirve de guía.
- d) El anormal preocupase más que del acierto de terminar pronto.
- e) En el anormal predominan las interpretaciones globales.
- f) Las respuestas obtenidas más frecuentemente son: 1º.T, 2º. Anatómicas. 3º.Obj. y luego, en mucha menor proporción, astronómicas, paisajes, figuras humanas.
- g) En los anormales las figuras de forma superan a los de movimiento y a las de color.
- h) El Erlebnistypus³⁷ de Rorschach, o sea la relación de tipos de respuesta de color, forma y movimiento difiere, en los niños anormales de la fórmula dada por el autor. Para Rorschach la afectividad es tanto más inestable y cuanto más supera la abundancia de respuestas de color, a las de movimiento, y tanto más estable cuanto más predominan las de movimiento sobre las de color y difieren porque en ellas escasean ambas hasta no permitir deducciones utilizables.
- i) Constituye singular contraste que hallemos gran abundancia de respuestas globales mientras Rorschach y Mira encuentran ausencia casi total de ellas en los adultos torpes e incultos.
- j) Las láminas en negro no interesan a los anormales.

El estudio de las psicopatías mediante el Rorschach es sumamente importante y no debe descuidarse, pero su realización requiere el conocimiento del método con todo detalle, no bastando con el resumen que en este espacio pudiéramos dar.

³⁶ *El siglo médico*, 29 oct., 1925. — Véase también de los mismos autores: *Resultados del método de Rorschach en los niños normales y anormales*. Arch. españoles de Pediatría. t. XIII. 1929.

³⁷ Tipo de vivencia.
Psiquiatría.—7

**TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA.
OLIGOFRENIAS**

§ 1. OLIGOFRENIAS

Se describe desde Kraepelin, con el nombre de debilidad mental u oligofrenia, una alteración más o menos acentuada del desarrollo psíquico general.

Se distinguen de las psicopatías, en las cuales el trastorno del desarrollo corresponde al terreno de la voluntad y del afecto, en que en las oligofrenias la alteración ataca preferentemente a la inteligencia. Esta delimitación no puede, ciertamente, ser sostenida sistemáticamente, pues se ha demostrado que la oligofrenia, sin excepción, también acusa anomalías en el carácter. Pero la distinción es aprovechable para el objeto clínico.

Nosotros, pues, entendemos por oligofrenia un retardo del desarrollo mental en el cual está disminuída, preponderante, pero no exclusivamente, la inteligencia.

Para el objeto estadístico, se acostumbran hoy a agrupar los estados de debilidad mental por las causas que los producen en:

- a) Sin causa demostrable.
- b) A consecuencia de trastornos del cerebro.
- c) Cretinismo.

Esta clasificación tiene por objeto establecer una simple línea de separación, pero en la realidad existe una gran abundancia de formas.

Ya los primeros investigadores, especialmente Weygandt¹ distinguían un considerable número de subgrupos de etiología deslindada.

La agrupación de Weygandt, que prevalece a través de todas sus obras distingue los siguientes procesos por los cuales puede producirse una debilidad mental.

1. Inferioridad del desarrollo intelectual, producto de defectos sensoriales (sordera, ceguera, etc.).
2. Detención del desarrollo de los substratos orgánicos de la inteligencia consecutivo a lesiones de las células germinativas (Microcefalia, Megalencefalia, etc.).
3. Debilidad mental encefalítica.
4. Oligofrenia meningítica.
5. Hidrocefalia.

¹ Weygandt, *Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten*. Halle, 1925.

6. Idiocia amaurótica familiar.
7. Esclerosis tuberosa hipertrófica.
8. Mongolismo.
9. Infantilismo.
10. Idiocia heredosifilítica.
11. Debilidad mental heredoalcohólica.
12. Idiotéz atetósica.
13. Oligofrenia coréica.
14. Espasmo-filia.
15. Idiotéz raquítica.
16. Condrodistrofia o micromelia.
17. Cráneo torruncuráceo.
18. Demencia precocísima.
19. Demencia infantil.
20. Degeneración histérica.
21. Idiocia traumática.
22. Grupos menores (Enfermedad de Little, enfermedad de Wilson, ataxia de Friedreich, etc.).

De la abundancia de estados de debilidad mental es fácil entresacar una serie de ellos no heredados, de naturaleza exógena. Los más interesantes pueden agruparse según Strohmayer² en la forma siguiente:

- a) Anomalías congénitas a causa de trastornos germinales o intrauterinos del feto.
- b) Enfermedades extrauterinas precoces.
- c) Contusiones durante el parto.

En el primer grupo merece ser citada la debilidad mental a causa de sífilis congénita, reconocible por los síntomas corporales y neurológicos de la lúes. Como es sabido, el cuadro clínico afecta al esqueleto (cráneo natiforme, tibia en forma de sable, etc.), a los dientes (dientes de Hutchinson, que, en unión de queratitis y sordera, forman la triada de Hutchinson), a las glándulas de secreción interna, etc.

Mediante las investigaciones encefalográficas se han podido constatar recientemente las causas anatómicas del proceso, fundamentalmente la hidrocefalia y los focos lesionales cerebrales.

² W. Strohmayer. *Angeborene und frühen Kindesalter erworbene Schwachsinn's zustände.*— En el Handbuch de Bumke, tomo X, J. Springer, ed. Berlín, 1928.

Es ya conocido que el alcoholismo puede conducir a un trastorno de las glándulas sexuales (células germinales) y que, entre los descendientes de alcohólicos hay numerosos débiles mentales. Hasta qué punto influye en los descendientes la alteración germinal y hasta qué punto se debe a herencia de la debilidad de los padres, es un problema difícil de resolver en cada caso particular.

En el segundo grupo se incluyen una serie de enfermedades cerebrales de carácter inflamatorio: encefalitis en las diversas enfermedades infecciosas, esclerosis difusa y otras encefalopatías de etiología poco clara.

Al grupo c) pertenecen los estados de debilidad mental condicionados por traumatismos durante el acto del parto. Schwarz y otros investigadores han podido demostrar en la autopsia la frecuencia de trastornos cerebrales producidos en el curso del parto.

Es fácil de comprender que los traumatismos tocúrgicos sean causa inmediata de debilidad mental con más o menos manifestaciones neurológicas.

Además de esto, los geneólogos han podido demostrar no solamente lo heredable de la debilidad mental, sino el cómputo de probabilidades de heredarla.³

J. Ch. Smith, fundándose en investigaciones sobre mellizos ha comprobado que la debilidad mental es, en la mayor parte de los casos, hereditaria.

Este mismo autor afirma que también los casos de oligofrenia con síntomas neurológicos agregados se deben a la transmisión hereditaria.

Lo que no es posible conseguir en el estado actual de nuestros conocimientos, es una delimitación clínico-psicopatológica de lo heredado y lo no heredado.

También Lange,⁴ que ha estudiado estos problemas, especialmente en gemelos, dice que la inmensa mayoría de los estados de debilidad de grado mínimo y medio son de origen hereditario. Sabemos, por las investigaciones en gemelos, que existe una amplia y preponderante concordancia de los univitelinos y una preponderante discordancia de los bivitelinos. Las voluminosas investigaciones sobre la herencia por métodos modernos enseñan, como complemento de estos hallazgos, que la debilidad hereditaria obedece en parte a una sencilla herencia recesiva y en parte a un origen dihíbrido recesivo también, es decir, a dos predisposiciones hereditarias latentes que se encuentran en los cromosomas germinales. Del 40 al 50 % de los hijos son débiles cuando uno de los progenitores es débil y alrededor del 90 % cuando lo son ambos.

³ Véase: H. Lüxemburger. *Psychopathologie und Erblichkeit*. Verh 1. Intern. Tg. angew Psychopath. Berlín, 1931.

⁴ Lange, *Verbrechen als Schicksal*.—Thieme, ed. Leipzig, 1928.

Ryan ⁵ ha establecido una estadística según sea uno o ambos de los progenitores tarados:

		<i>muchachos</i>	<i>muchachas</i>
<i>Alienación mental</i>	{ lado paterno.....	5	2
	„ materno.....	10	4
	ambos lados.....	4	3
<i>Inestabilidad nerviosa</i>	{ lado paterno.....	2	4
	„ materno.....	8	7
	ambos lados.....	4	2
<i>Taras físicas</i>	{ lado paterno.....	2	1
	„ materno.....	2	2
	ambos lados.....	7	3
<i>Sífilis</i>		2	1
<i>Alcoholismo</i>	{ lado paterno.....	3	—
	„ materno.....	2	—
	ambos lados.....	1	1
Sin antecedentes hereditarios.....		95	57
Totales		147	87

Las cifras serían probablemente más elevadas llevando la investigación a otros parientes.

Según esta tabla el factor hereditario intervendrá en el 35,3 % de los niños y el 34,4 % de las niñas.

En cuanto a la sífilis, Lind (de Victoria) ha comprobado que, entre los imbéciles profundos que son también epilépticos, se encuentran en la autopsia lesiones que son, casi con seguridad, sifilíticas, y ha observado un 50% de Wassermann positivos en los niños admitidos en su asilo para imbéciles.

Sin embargo, las estadísticas sobre la influencia hereditaria de la sífilis son contradictorias, pues mientras hay autores que sólo la hacen intervenir en un 1,5%, como Lind, anteriormente citado, otros la elevan a 25% y aun más.

Con respecto a la lúes hay que tener en cuenta que un elevado porcentaje de heredosifilíticos mueren en los primeros años de la vida (sin contar los nacidos muertos) a consecuencia de su precaria constitución y que otros muchos padecen anomalías que, sin ser oligofrenias propiamente dichas, tienen muchas de sus características.

La tuberculosis, el morfismo y las disfunciones de las glándulas de secreción interna originan también, hereditariamente, oligofrenias.

Existen casos muy numerosos de niños que dan la impresión de débiles mentales, cuyo coeficiente intelectual está por debajo de lo normal y que, sin embargo, no pueden ser incluidos en el grupo de las oligofrenias. Por los Tri-

⁵ Citado por E. Jones, *Les déficients mentaux en Australie*. Bull de l'office Intern. d'Hyg. publ. V. XXIX. n. 1. 1º enero, 1937.

bunales de menores (ver pág. 194) pasan muy frecuentemente muchachos que han cometido algún delito, que examinados presentan déficit mental y que tienen trastornos del carácter y de la conducta. Investigadas las causas se comprueba que el ambiente en que hasta entonces han vivido, es desastroso; que no han asistido a la escuela o lo han hecho con gran irregularidad; que desde muy tierna edad han tenido que ganarse la vida, ya trabajando o, lo que es más frecuente, mendigando; y que su concepto de la moral está relajado por las pésimas compañías y enseñanzas que han recibido. Se trata aquí en realidad de falsos anormales; son retrasados pedagógicos en los cuales no hay un factor hereditario sino tan sólo ambiental.

Para las necesidades clínicas y educacionales basta con la clasificación usual de las oligofrenias en idiocia, imbecilidad y debilidad mental.

En general, se entiende por idiotas aquellos oligofrénicos cuyo desarrollo mental no llega al de un niño de seis años de edad y cuya escolaridad no suele ser posible.

Se habla de imbecilidad cuando el estado normal del adulto enfermo corresponde al de un niño antes de la pubertad y, finalmente, de debilidad cuando el desarrollo mental queda detenido en el que corresponde a un hombre de cerebro sano al final de la pubertad.

En los apartados correspondientes veremos que las anteriores definiciones de las tres formas de oligofrenia son incompletas, pues en realidad no puede compararse a estos seres enfermos con el niño sano.

El imbécil, aunque su mentalidad sea la de un niño de siete años, es un anormal, mientras el niño de esa edad sano, es completo y su edad cronológica está de acuerdo con su edad mental.

Ziehen * define a los idiotas como niños que carecen de las representaciones objetivas más sencillas, habituales y concretas (botella, leche, mesa, padre, madre, etc.) o que las conciben muy limitadamente; a los imbéciles como seres que disponen de mayor número de imágenes pudiendo enlazarlas para formar juicios sencillos, pero que no son capaces de hacer una diferenciación de conceptos ni comprender éstos correctamente; los débiles son, para este autor, aquellos que disponen de un número mayor de imágenes derivadas, aunque inferior al normal, pero que se manifiestan atrasados al tratar de diferenciar conceptos complicados y de comprender combinaciones complejas.

Una división más fina del grado de inteligencia sólo es posible efectuarla con la ayuda de tests, de los cuales los que mejor resultado han dado son los

* T. Ziehen, *Die Geisteskrankheiten einschliesslich des Schwachsinn und die psychopathischen Konstruktionen im Kindesalter*. Reuther y Reichardt. Berlín, 1926.

de Binet-Simón, modificados por Terman.⁷ Santamarina ha realizado también modificaciones al Binet, que son las que se usan en los Tribunales de menores de México.

§ 2. IDIOCIA

La definición del idiota dada por Binet y Simón es quizá una de las mejores. Es idiota —dicen— todo niño que no llega a poderse comunicar por la palabra con sus semejantes, es decir, que no puede ni expresar verbalmente su pensamiento, ni comprender el pensamiento expresado por los demás, a pesar de que ningún trastorno de la audición ni de los órganos fonadores, pueden explicar esta pseudoafasia que es debida enteramente a una deficiencia intelectual.

Naturalmente se excluyen de esta definición los niños que por su edad cronológica no pueden aún expresarse.

Aparte de esta incapacidad de comprensión y expresión, los idiotas presentan un gran número de anomalías tanto corporales como psíquicas que les dan un aspecto característico.

Alteraciones Somáticas

Las anomalías craneales son en estos débiles mucho más pronunciadas que en las demás formas de oligofrenia. El cráneo en torre, o el natiforme, denota en general, la naturaleza heredolúetica del padecimiento. La hidrocefalia por sí sola basta para producir debilidades mentales muy profundas. La microcefalia (370 mm de circunferencia cefálica como máximo) y la submicrocefalia (480 mm de circunferencia) son frecuentes especialmente la segunda.

Los traumatismos craneales tocúrgicos, por aplicaciones de forceps difíciles o violentas, producen aplastamientos y deformaciones de las paredes craneales que no son raras de observar en idiotas e imbéciles aun después de transcurridos muchos años.

No es raro observar defectos de la osificación que adelgazan o por el contrario engrosan irregularmente diversos segmentos de los huesos del cráneo.

Se acompañan estas anomalías de deformidades de la cara. Asimetrías, implantación defectuosa de cabello, cejas y dientes, órbitas muy próximas, ausencia del lóbulo de la oreja y estas últimas de formas disarmónicas.

⁷ Véase la obra de M. Rodrigo y J. Germain, *Pruebas de inteligencia*, ed. "La Lectura. Madrid, 1930.

El prognatismo, a veces doble no es raro; la lengua puede estar hendida o fisurada (lengua escrotal), el velo del paladar asimismo hendido o en ojiva (frecuencia de vegetaciones adenoideas en estos enfermos). En los casos profundos la boca abierta deja escapar continuamente la saliva y la lengua pende fuera de los labios. Se observa también el labio leporino.

En los órganos genitales se encuentra fimosis, ectopia testicular, escaso desarrollo, criptorquidia y en las muchachas imperforación de himen, trastornos de la menstruación (amenorrea con más frecuencia, reglas desordenadas, etc.).

Anomalías del tronco y los miembros, como lordosis, focomelia, etc., existen a veces.

Algunos oligofrénicos presentan además trastornos neurológicos tales como parálisis, paresias, anestias, algias diversas, jaquecas, atetosis, crisis epilépticas, etc., dependientes de las lesiones de las zonas correspondientes del neuroeje. Son éstos los llamados por Sante de Sanctis *cerebropáticos*, en contraposición a los *biopáticos* que no tienen trastornos nerviosos.

Todos estos defectos constituyen los que se llamaban antes estigmas físicos de degeneración, la mayoría de los cuales se incluyen hoy entre las alteraciones que produce la heredo-sífilis.

Se comprende que dado el gran número de trastornos orgánicos que acabamos de describir, tengan los idiotas muchos disfuncionalismos de los más diversos órganos de la economía. Las funciones digestivas pueden estar alteradas; no rara vez, el pulmón está afecto de tuberculosis. Las glándulas de secreción interna pueden presentar toda clase de alteraciones tanto mediante una hiper, como una hipofunción.

Por sí solas las enfermedades endocrinas, especialmente del tiroides y de la hipófisis dan origen a debilidades mentales muy pronunciadas que pueden llegar hasta la idiocia (cretinismo, enfermedad de Froelich, etc.).

La motilidad está en los idiotas considerablemente perturbada. Los movimientos coordinados, delicados que requieren un aprendizaje y una participación de la psique, tales como abotonarse, hacer lazadas, vestirse o desnudarse son totalmente imposibles para estos niños. No rara vez lo son también la

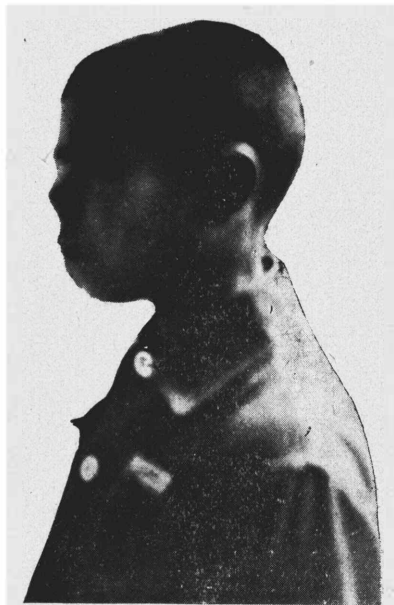


Fig. 5. — Oligofrénico delincuente (observación personal).

deambulaci3n, la prensi3n, la estaci3n en pie o correctamente sentados. En esta 3ltima posici3n, pueden estar como encogidos, con la cabeza y el tronco inclinados hacia adelante y las piernas continuamente en flexi3n sobre los muslos (lo que produce anquilosis que agrava la inmovilidad de los enfermos).

En los casos m3s profundos los idiotas tienen que ser ayudados para los actos m3s corrientes de la vida. Hay que llevarles la comida a la boca e incluso en ocasiones se hace necesario el uso de la sonda pues hasta la masticaci3n e insalivaci3n est3n perturbadas hasta el extremo de dejar el alimento fuera de las fauces.

La relajaci3n de los esf3nteres unida a la perturbaci3n ps3quica los lleva a realizar sobre s3 mismos sus deposiciones cuya repugnante suciedad soportan tranquilamente.

Los sentidos pueden faltar o estar muy disminuidos en sus funciones. La anosmia y la ageusia les permite comer con voracidad las sustancias m3s inveros3miles: tierra, jab3n, papeles o hasta sus propias deyecciones.

La sensibilidad al dolor est3 a veces tan disminuida que pueden producirse automutilaciones. Se muerden los labios hasta escoriarlos, se ulceran la piel rasc3ndose o pellizc3ndose, se frotan los ojos hasta la irritaci3n palpebral y conjuntival, etc.

Los idiotas llamados *er3ticos* permanecen continuamente en agitaci3n. Si pueden andar, se mueven de un lado a otro sin objeto. O bien tienen movimientos r3tmicos de cabeza, o ejecutan actos estereotipados durante horas. Por el contrario en la forma *ap3tica* est3n quietos e indiferentes o los est3mulos exteriores.

Trastornos Ps3quicos

En el grado m3s bajo de la escala, el idiota no manifiesta el menor rudimento de inteligencia ni de afectividad y hasta en ocasiones carece del instinto de conservaci3n. Profiere gritos inarticulados o gruñidos y permanece insensible a todo lo que no sea satisfacci3n del hambre o la sed. El establecer una comunicaci3n con ellos es muy dif3cil, pues con frecuencia tienen miedo de las personas extrañas o se asustan de todo el que no sea quien los cuida. Cuando llegan a pronunciar rudimentariamente alguna o algunas palabras las repiten en forma mec3nica, sin comprender su exacto significado. As3 algunos designan con el mismo vocablo objetos muy distintos o necesidades muy variadas.

La memoria, la atenci3n, la asociaci3n de ideas y todas las funciones intelectuales incluso las m3s primitivas est3n casi abolidas.

En un grado m3s elevado el idiota habla torpemente, puede contar, decir su nombre y expresar algunas de sus necesidades. Si las alteraciones som3ticas

se lo permiten, puede realizar algunos actos poco complicados como barrer, saltar, etc. No es raro observar en algunos de estos casos una especial memoria musical puramente mecánica, que les permite repetir monótonamente alguna canción.

El *diagnóstico* de la idiocia no ofrece dificultad alguna. Más importante suele ser el delimitar la causa de la misma. Demoor⁸ da una clasificación atendiendo a la etiología que es bastante práctica para el diagnóstico, delimitando los siguientes grupos: cretinos, mixedematosos, epilépticos, sífilíticos, microcéfalos, hidrocéfalos, encefalíticos e idiopatas simples en los cuales no se ha encontrado una causa.

En ciertos casos estos grupos no están claramente separados pudiendo coincidir en un mismo enfermo características de uno o más tipos. Así la sífilis, la epilepsia y la microcefalia se ven juntas muchas veces, siendo las dos últimas consecuencia de la primera.

El *tratamiento* de la idiocia sólo puede tender a aliviar ciertos síntomas somáticos mediante una terapia causal (antiluética, glandular, opoterápica, etc.), y mantener una higiene corporal que impida las escaras por decúbito, las infecciones, etc. El déficit de la inteligencia es permanente y los recursos, incluso desde el punto de vista educacional son bastante precarios en las idiocias profundas. El único recurso es la reclusión en el asilo.

§ 3. IMBECILIDAD

Según Binet y Simón es imbecil todo niño que no llega a comunicarse por escrito con sus semejantes, es decir, que no puede expresar su pensamiento por la escritura, ni leer lo escrito o impreso, o más exactamente comprender lo que lee, cuando ningún trastorno de la visión ni parálisis motriz de los brazos explican la no adquisición de esta forma de lenguaje, defecto de adquisición que es debido a una deficiencia intelectual.

Como la definición dada para el idiota por los mismos autores es esta una definición puramente pedagógica pero bastante exacta.

Entre la idiocia y la imbecilidad existen sólo diferencias de grado, cuantitativas, pero cualitativamente el trastorno es el mismo, igual su etiología. La anatomía patológica revela lesiones del mismo género pero solamente más discretas.

⁸ Demoor, *Los niños anormales*. Traducción española de P. Oñate. Madrid.

Del mismo modo las anomalías somáticas son menos numerosas y más atenuadas que en los idiotas. Los llamados estigmas de degeneración no son tan pronunciados o faltan totalmente en los imbéciles de grado superior.

El grado de déficit intelectual se obtiene mediante las pruebas ó tests para la medida de la inteligencia (véase éstas), formulando un cociente entre la edad mental que resulta del examen y la edad cronológica del sujeto (cociente intelectual).

Se admite, para la escala de Terman (modificación del Binet-Simón), las siguientes relaciones entre grado de inteligencia y resultado del quebrado

$\frac{\text{Edad mental}}{\text{Edad real}} = \text{C. I.}$		
menos de.....	0,25	Idiocia
entre	0,25 y 0,50	Imbecilidad
entre	0,50 y 0,80	Debilidad mental
entre	0,80 y 1,05	Inteligencia normal
entre	1,05 y 1,40	Inteligencia superior
más de.....	1,40	Genio

En realidad el genio se sale de estos exámenes en los que pasados los grados de inteligencia media el éxito de las pruebas depende más de la cultura que de la inteligencia del probante.

La edad mental del imbecil está comprendida entre los tres y los siete años. De aquí se deduce que para él son ya posibles muchos actos y representaciones que el idiota es incapaz de comprender. La memoria aun cuando defectuosa les permite recordar nombres, hechos o lugares. En algunos se da la extraña facultad —a la que todavía no se ha podido dar una explicación psicológica satisfactoria— de poder reproducir largas listas de fechas correspondientes a hechos acaecidos en el lugar donde habitan o, lo que es más inexplicable aún, poder resolver de memoria complicadas operaciones matemáticas para las que el hombre normal necesita recurrir al cálculo. Lo más chocante de estos imbeciles es que, mientras les es sumamente fácil extraer sin ayuda del lápiz, una raíz cúbica, son absolutamente incapaces de hallar el cociente de una sencilla división si han de hacerlo mediante los métodos corrientes de la aritmética. Son los llamados imbeciles calculadores de los que algunos se han exhibido por teatros y ferias. Blin ha descrito uno de estos casos ⁹ y Lafora ¹⁰ otro, ambos de los conocidos con el nombre de calculadores del calendario, es decir, de los

⁹ *Un imbecile calculateur.*—Bull. Soc. clin. Méd. Mentale. n. 1. 1910.

¹⁰ Gonzalo R. Lafora, *Estudio psicológico de una débil mental calculadora del calendario.*—Arch. Neurobiol. t. XIV, n. 1. 1934.

que en pocos segundos contestan a la pregunta—¿Qué día de la semana será tal fecha del año próximo?¹¹

La atención es muy lábil, va de un objeto a otro, estando perturbada su capacidad de fijación. No hay, propiamente hablando una indiferencia atenta como en los idiotas a los que es inútil pretender sacar de su estado demencial. En los imbéciles se trata de una dificultad para interesarse por el objeto durante un mínimo de tiempo. Es una alteración de la atención activa, que requiere un cierto esfuerzo por parte del sujeto.

Respecto a la vida afectiva hay imbéciles en los que está perturbada en un sentido agresivo. La irritabilidad es muy frecuente y muy violenta; son egoístas, envidiosos, crueles y todo gira alrededor de la satisfacción de sus apetitos. Sin embargo, los hay de buenos sentimientos, fáciles de complacer, cariñosos, tratables, caracterizándose los de este grupo por su “pegajosidad” afectiva.

La vida sexual no es raro que esté también perturbada. El onanismo, la masturbación, la fácil excitabilidad genital se observa en ellos. Con frecuencia cometen delitos y faltas contra la moral a veces de tipo incestuoso u homosexual, pues su falta de sentido crítico y los defectos del juicio les arrastra a satisfacer sus instintos con el primer ser que se presta a ello.

Del mismo modo que en la idiocia pueden distinguirse en la imbecilidad varios grados cuantitativos que van desde los límites de aquella, hasta los de la simple debilidad mental.

Los métodos especiales de enseñanza para retrasados suelen mejorar bastante las condiciones intelectuales de estos seres y hacer a algunos aptos para determinados pequeños oficios. En un medio adecuado en el que no tengan que luchar con dificultades ni conflictos pueden dar cierto rendimiento útil.

Como hemos expuesto para la idiocia el tratamiento medicamentoso o quirúrgico cuando esté indicado, la vida higiénica y la instrucción individualizada da buenos resultados, mucho mejores, como puede comprenderse, que tratándose de idiotas.¹²

¹¹ Otros casos han sido publicados, entre ellos uno muy interesante de López Ibor. *Ach. Neurobiol.*, t. XV, n. 5. 1935. Y otro, de los primeramente estudiados, por Witzel. *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh.* n. 38. 1904.

¹² Para el tratamiento pedagógico de los anormales consúltese el excelente Manual del Dr. G. R. Lafora, *Los niños mentalmente anormales*. Ed. “La Lectura”. Madrid, Espasa Calpe, 1934, especialmente dedicado a los maestros.

§ 4. DEBILIDAD MENTAL

La definición que Binet y Simón dan de la debilidad mental, dice así: “Débil es todo niño que sabe comunicarse con sus semejantes por la palabra “y la escritura, pero que muestra un retraso de dos años si es menor de nueve “o de tres años, si tiene más de nueve años (en el curso de sus estudios), sin “que ese retraso sea debido a una escolaridad insuficiente.”

Es en esta clase de oligofrénicos donde son más útiles los tests mensurativos de la inteligencia, pues permiten, mediante la fijación exacta de la edad mental, corregir muchos defectos de educación mediante cuya corrección se consigue en gran número de casos que los *débiles* aprendan a ser útiles a sí mismos y no constituir un lastre para la sociedad.

En el débil mental faltan, casi siempre los trastornos somáticos degenerativos, tan abundantes en los otros dos grados de la oligofrenia; pero no son infrecuentes enfermedades como las vegetaciones adenoideas, pólipos nasales, tuberculosis ganglionar, anemia, raquitismo y otros padecimientos que depauperando el organismo influyen sobre el desarrollo normal de la psique.

Pueden encontrarse también las mismas causas que para la imbecilidad y la idiocia, pero sumamente atenuadas. Con frecuencia uno o ambos de los progenitores son asimismo débiles mentales.

Como hacen notar Binet y Simón en su definición, el retraso ha de ser independiente de una escolaridad defectuosa, pues en caso contrario se trata de retrasados pedagógicos que no hay que confundir con los débiles mentales. Aquéllos se ponen pronto al nivel de los compañeros en cuanto asisten sistemáticamente a la escuela; los débiles, por el contrario no alcanzan nunca un nivel intelectual normal y lo más que puede obtenerse de ellos es una adaptación al medio en que han de desenvolverse.

• Aparte de esta diferenciación puramente pedagógica existen en los débiles alteraciones caracterológicas, trastornos psíquicos más o menos acentuados según el grado defectuoso de la conducta de que están exentos los retrasados.

Los tests de inteligencia no nos revelan estas diferencias por lo que, si nos conformamos con aplicar el Binet y Simón, podemos caer en el error de incluir en el grupo de los oligofrénicos a un simple retrasado.

Los trastornos intelectuales del retrasado son una consecuencia de su falta de instrucción, podríamos decir que son defectos “culturales”. En el débil estos defectos son debidos a modificaciones del desarrollo psíquico que queda detenido antes de su evolución completa.

Son especialmente el razonamiento, el juicio y el sentido crítico las cualidades más alteradas en el débil, por esto no perciben las faltas que cometen y caen continuamente en los mismos errores.

Su forma de hablar, de accionar y expresarse ya suelen llamar la atención de las gentes que los califican de tontos (lo que no ocurre con el retrasado), salvo por los familiares que se resisten durante largos años a admitir la defectuosidad del niño y suelen culpar a los maestros de que no progresen en la escuela.

Los trastornos de la palabra, especialmente, son muy frecuentes en estos niños. La tartamudez, el tartajeo, el ceceo (cuando no se trata de nacidos en regiones donde éste es normal), los diversos tipos de dislalias que hemos descrito en el capítulo correspondiente es en esta clase de enfermos donde más abundan.

El estar siempre con la boca abierta (efecto en muchas ocasiones de padecimientos del cavum y de las fosas nasales) y la tosquedad de su comportamiento y de sus actos les dan un aspecto que no pasa desapercibido. Como ha expresado Fay¹³ muy acertadamente “la debilidad da un tinte peyorativo a las tendencias: hace de un bueno un bonachón; de un orgulloso un vanidoso y un fatuo; de un exaltado un aturdido; de un deprimido un abatido; la imaginación sólo es vulgaridad y lugares comunes.”

La inestabilidad psíquica, así como un déficit ético son muy frecuentes en estos seres.

Una forma particular de la debilidad mental era considerada antes la debilidad moral o moral insanity de los autores sajones. En ella la inteligencia está íntegra, pero la conducta ética del individuo está sumamente alterada. Los que padecen de ella resuelven perfectamente los tests de inteligencia correspondientes a su edad, cumplen sus deberes escolares como un alumno normal, pero en cambio presentan un especial placer en hacer daño a sus semejantes o a los animales.

Actualmente la moral insanity no es ya incluída en el cuadro de las oligofrenias. Ya hemos hablado de ella en el capítulo de las personalidades psicopáticas.

¹³ N. H. Fay, *Psiquiatría infantil*. Traducción española de L. Pardo. Madrid, 1928.

E. Niggeler. *Gesundheit und Wohlfahrt*. t. XVI n. 8 y 9, 1936.

Psiquiatría.—8

§ 5. IDIOCIA MONGOLOIDE

La idiocia mongoloide fué descrita por primera vez por el inglés Langdon Down en 1867, dándole tal nombre a causa de los rasgos de la raza mongol que presentaban los idiotas de este tipo. En general son de pequeña estatura, su rostro presenta particularidades características como son, principalmente, la nariz achatada, el epicanto o pliegue palpebral del lado interno, que puede ser uni o bilateral; la distancia interpupilar es mucho más pequeña que en las personas normales, los ojos tienen cierta oblicuidad y no es rara la blefaritis crónica; la cola de las cejas está desprovista de pelo; la lengua y los labios suelen estar fisurados y aquella afecta de macroglosia y con surcos muy marcados (lengua escrotal) hasta de 2 mm de profundidad, 4 de anchura y 3 cm de longitud en ocasiones (Weygandt).

Las alteraciones del cráneo son constantes. Es pequeño y muy a menudo hiperbraquicéfalo; la oclusión de las suturas y fontaneles es tardía y no rara vez incompleta. El resto del sistema óseo y dentario presenta también notorias anomalías. El crecimiento está retardado y no alcanza su completo desarrollo, por lo que los mongoloides adultos (muy escasos, pues no suelen alcanzar larga vida) no pasan de 150 cm de estatura como máximo y no son raros los que quedan estancados en los 120 cm. Las manos son toscas, gruesas y anchas y en ellas no son extrañas los trastornos tróficos. Los dientes están mal implantados y cariados.

La musculatura es hipotónica y esta hipotonía alcanza también a los músculos del tronco y abdomen, por lo que existe también enteroptosis.

En el sistema genital se observan criptorquidia, hipospadias, defectuoso desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y en las muchachas trastornos de la menstruación, más frecuentemente amenorrea.

Los trastornos de la piel, como eczemas, piodermitis, forunculosis, diversos tipos de exantemas y otras dermatosis son padecidas con mucha frecuencia por los mongoloides.

Las faneras son también atacadas; uñas estriadas y quebradizas, cabello ralo, escaso o frágil, etc.

Las glándulas de secreción interna presentan trastornos que se traducen por los síntomas que acabamos de enumerar (defectos de crecimiento, tróficos, etc.), y otros varios. Especialmente el tiroides es a veces mixedematoso.

En el terreno psíquico el desarrollo de éste sufre alteraciones que pueden estancar la inteligencia, afectividad y demás facultades anímicas en estadios muy precoces que originan los diversos grados de oligofrenia. Con más frecuencia son los mongoloides de tipo apático, pero también pueden manifestarse formas —incluso en el mismo individuo en sucesivas etapas de su vida— eréticas, con irritabilidad.

El lenguaje suele quedar muy rudimentario, pero en cambio, no es rara una cierta memoria musical. En este último caso recuerdan largos trozos musicales, pero al reproducirlos les falta la "gracia" y lo hacen con cierta monotonía. Esto unido a sus andares grotescos, su lenguaje muchas veces ecolálico su ecopraxia o sus "ensaladas de palabras" dan lugar a que las gentes se diviertan a costa de ellos. Algunos bufones al servicio de antiguos magnates eran muy probablemente de este tipo.

La idiocia mongoloide se observa en niños que son los últimos de una larga cadena de hermanos y también en los nacidos de padres de edad avanzada. La sífilis ha sido invocada en la etiología.

Separándolo del mongolismo, Heller¹⁴ ha descrito un tipo que llama esquimoide, en el cual el aspecto sería más aproximado al que presentan los seres de la raza esquimal, tinte obscuro, cabellera negra y síntomas psíquicos y somáticos más atenuados que en la idiocia mongoloide.

El tratamiento sólo puede aliviar algunos trastornos de tipo endocrinológico mediante preparados opoterápicos. El ingreso en establecimientos especiales donde se aplique una pedagogía adecuada está indicado.¹⁵

§ 6. CRETINISMO

Entre los síndromes de hipotiroidismo pueden distinguirse las formas de cretinismo esporádico y cretinismo endémico.

En el primero la causa de la falta completa de funcionalismo del tiroides esto es, el mixedema, no siempre es clara. Se atribuye, y en algunas ocasiones es posible comprobarlo, a infecciones de la glándula en la primera infancia. Otras veces nos es dado observar un tumor o un absceso o cualquier otra causa orgánica a la cual atribuir el disfuncionalismo tiroideo. Pero con mucha mayor frecuencia el examen no revela lesiones orgánicas (si no es la ausencia o atrofia congénita del órgano) sobre las que poder fundar la etiología.

Los efectos de la enfermedad no comienzan a notarse hasta la edad en que los niños suelen comenzar a andar y a hablar. Se observa entonces que el pequeño no crece, carece de la vivacidad característica de los primeros años de la vida, está apático, anda torpemente, presenta trastornos de la dentición,

¹⁴ Heller y otros, *Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge*. Leipzig, 1911.

¹⁵ Consúltese: Brouseau, K. y Brainerd H. G., *Mongolismo*; Wilkins and Wilkins. ed. Baltimore, 1928.

principalmente retraso de ésta y más adelante implantación defectuosa, fragilidad, etc., de las piezas dentarias.

Los demás síntomas del mixedema no tardan en aparecer, especialmente los dependientes del sistema dérmico, tales como sequedad, engrosamiento, trastornos tróficos diversos de la piel, alteraciones pilosas y ónicas, como las que hemos descrito en el mongolismo, lo que se comprende recordando que la idiocia mongoloide depende también de una hipofunción de la glándula tiroides.

La inteligencia en la forma esporádica del cretinismo está también interesada, y el retraso mental es bastante acentuado.

Tanto las alteraciones somáticas, como las psíquicas son gradualmente menos acentuadas cuando la insuficiencia tiroidea es menor.

El cretinismo es endémico en algunas regiones, especialmente montañosas (Alpes bávaros, Tirol, Sierras de Gredos y Nevada, Tatras, etc.).

Se atribuye esta endemia a una continuada falta de alimentos vitamínicos durante muchas generaciones y también a particulares propiedades de las aguas potables, de las regiones invadidas por la enfermedad.

La terapéutica específica es la opoterapia glandular. En el cretinismo esporádico, los resultados que se obtienen con la tiroidina, ya sola, ya unida a otros productos endocrinos como los extractos suprarrenal e hipofisario o eventualmente al yodo, son muy buenos; administrada precozmente desaparecen con rapidez los síntomas mixedematosos, la apatía y demás alteraciones psíquicas, consiguiéndose una curación práctica. Los enfermos deben continuar medicándose mediante dosis de sostenimiento durante toda su vida. En el cretinismo endémico los resultados no son tan alentadores, pero siempre mejoran algo los enfermos.

En las zonas insalubres donde abunda el padecimiento es importante un saneamiento de las aguas.

§ 7. IDIOCIA AMAURÓTICA FAMILIAR

Fué descrita esta enfermedad por W. Tay, en 1881 y por H. B. Sach en 1886. Posteriormente Spielmeyer y Vogt separaron de aquélla la forma juvenil.

En la enfermedad de Tay-Sach los trastornos aparecen en el segundo semestre de la vida. La forma de Spielmeyer-Vogt, es más tardía y se observa en niños cuya edad oscila entre los seis años y la pubertad.

Histopatológicamente se observan una hinchazón, con degeneración grasa posterior de las células nerviosas y, final atrofia de las mismas, especialmente abundante en los núcleos ópticos occipitales. La papila del nervio óptico así como la mácula lútea presentan lesiones que terminan en la atrofia en la forma de Tay-Sach, lo que conduce indefectiblemente a la ceguera en la totalidad de los casos. En el tipo juvenil se observa una retinitis pigmentaria. Como primeros síntomas de los trastornos del órgano de la visión suele aparecer una falta de reacción pupilar.

Además de los síntomas visuales hay parálisis que comienzan por lo general siendo flácidas para transformarse después en espásticas. A la sordera los trastornos vasomotores, el edema de pies y manos, y otros síntomas somáticos se unen alteraciones psíquicas como la afasia, la indiferencia afectiva, la apatía (sustituída otras veces por cierta irritabilidad y por ataques) que conducen al enfermo a un estado de marasmo que termina siempre por la muerte a los dos o tres años de aparecida la enfermedad.

La patogenia de la idiocia amaurótica es oscura. Algunos autores (Spielmeier, Marinesco y otros) suponen un trastorno del metabolismo celular. Bielschowsky¹⁶ fundándose en algunas observaciones de combinación de este padecimiento con la enfermedad de Pick-Niemann (hipertrofia hepatoesplénica) ha emitido la hipótesis de que se trataría de un trastorno del metabolismo lipóideo.

La enfermedad es de las llamadas familiares y aparece en casi todos los casos en niños de la raza judía.

Ningún tratamiento es capaz de evitar, ni siquiera de retrasar, la muerte de estos enfermos.

§ 8. TRATAMIENTO EDUCACIONAL DE LOS DÉBILES MENTALES RETRASADOS

Un principio domina la terapia educativa de los débiles mentales: ésta ha de ser individualizada. Es absolutamente inútil pretender un avance en la instrucción de un oligofrénico dejándolo en la escuela primaria ordinaria aun en grados inferiores a su edad cronológica y de acuerdo con su edad mental.

Como hemos hecho resaltar en páginas anteriores, el oligofrénico no tiene nada de común con el niño normal, aunque los tests nos den para ambos

¹⁶ Bielschowsky, M., *Amourotische Idiotie und lipodzellige Splenohepatomegali*. J. f. Psychol. u. Neurol., 36, 1928.

en un caso dado, el mismo cociente intelectual. Puestos ambos en la clase común, el segundo seguirá con aprovechamiento los cursos y podrá al año siguiente pasar a la clase inmediata; el oligofrénico permanecerá estancado o sus avances serán muy escasos y logrados a costa de considerables esfuerzos por parte del enfermo, de la familia y del maestro.

El ideal es como ha dicho Hoffer¹⁷ la educación individual en un medio colectivo.

La precocidad en la enseñanza es otra base para obtener buenos resultados. Cuanto más se demore la asistencia del débil a la escuela o establecimiento especializado tanto más difícil será conseguir éxito en el tratamiento.

En el primer Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil celebrado en París el año de 1937, la Dra. Jadot-Decroly¹⁸ presentó un informe a la sección de psiquiatría escolar en el que exponía en doce puntos los principios en que debe basarse la educación de los deficientes mentales.

He aquí el dodecalogo de Janot-Decroly:

1. Tratamiento educativo precoz.
2. Individualización de la enseñanza.
3. Dejar actuar al niño y hacerle actuar lo más frecuentemente posible.
4. Utilizar el interés del niño como estímulo de la actividad que se desee provocar.
5. Poner al niño en contacto con la realidad total.
6. Enseñanza preponderantemente utilitaria.
7. Enseñanza lenta.
8. Evitar una enseñanza demasiado verbal en la que intervenga principalmente la memoria.
9. Si las aptitudes lo permiten, se establecerán relaciones entre los hechos y objetos observados directamente y aquellos que no lo pueden ser primero en el espacio, en el tiempo después.
10. Enseñar las técnicas teniendo en cuenta su finalidad en la vida y asociándolas a ejercicios de observación.
11. Dar una gran importancia a las actividades prácticas.
12. El niño será instado a expresar la idea que haya formado al contacto con la realidad mediante el dibujo, el modelado, el cartonaje y el empleo de materiales diversos.

Jitta¹⁹ ha recordado, a propósito de la precocidad de la enseñanza en los anormales, la experiencia de Holanda, país en el cual los niños designados

¹⁷ H. Hoffer, *L'enfance déficiente*. J. Vautrin, ed. Paris, 1938.

¹⁸ Jadot-Decroly. *Un aspect du traitement éducatif des anormaux*. 1er. Congrès International de Psychiatrie Infantile. Julio, 1937.

¹⁹ J. Jitta. *Rapport de Hygiène mentale au Office International d'Hygiène Publique*. Mayo, 1937.

para pasar a escuelas especiales para retrasados o para deficientes, debían permanecer al menos un año en las escuelas ordinarias antes de pasar a aquéllas. La medida dió muy malos resultados y tuvo que ser abolida pasando los niños a las clases apropiadas en cuanto eran despistados.

Reiter, Presidente de la Reichsgesundheitsamt²⁰ expone la finalidad de la educación de deficientes en los siguientes términos:

“La finalidad que se propone la educación es poner al individuo en condiciones de formar parte como miembro de la sociedad, pudiendo subvenir a sus propias necesidades y ser útil a la comunidad. Entre los débiles mentales, unos son susceptibles de ser educados y otros no. Entre estos últimos se encuentran los débiles de espíritu en los que la deficiencia intelectual es muy marcada y de los que solamente puede esperarse obtener que desempeñen, por sí mismos y de manera ordenada, las funciones elementales de la vida, y aquéllos en los que la deficiencia es ante todo, moral y que deben ser confiados a instituciones de corrección.

“Los débiles de espíritu de tipo medio son más o menos susceptibles de educación, pero su lugar no está en escuelas especiales sino que deben ser colocados en instituciones donde se haga un esfuerzo por acostumbrarlos a trabajos manuales fáciles y regulares (jardinería, etc.).

“Las escuelas especiales están destinadas a sujetos de debilidad mental poco acentuada; allí reciben éstos una preparación profesional al mismo tiempo que se tiende a desenvolver su personalidad con vistas a adaptarlos a la vida social. Tales escuelas son, naturalmente, distintas a las que se dedican a niños solamente retrasados pedagógicos.

“Al salir de la escuela especial, el niño puede ser colocado en establecimientos de educación complementaria o en talleres de aprendizaje, bajo el control de la Oficina del Trabajo”.

El último párrafo de la cita de Reiter es sumamente interesante, pues es muy frecuente comprobar que en algunos países la sociedad cree cumplida su misión con respecto a estos niños dándoles escuelas especiales, pero abandonándolos a su propia suerte una vez terminado el período escolar. Se libra de este modo al débil mental durante su infancia, pero se le coloca al borde de la delincuencia en la juventud.

La creación de instituciones post escolares es pues necesaria en aquellas naciones que carecen de ellas o bien de patronatos que vigilen y ayuden a los débiles mentales para que puedan encontrar una colocación que les permita aprovechar las enseñanzas de la escuela. En los países en que estas instituciones existen los resultados son muy satisfactorios.

²⁰ Reiter, *Sur l'influence que peut avoir l'éducation dans la lutte contre la débilité mentale*. Bull. de l'Off. Int. Hyg Pub., 1938, n. 1.

Así en la catamnesis llevada a cabo por Erica Niggeler ²¹ sobre los sujetos masculinos salidos de las escuelas para anormales de Berna entre los años 1912 a 1926 observó que el 71% podían subvenir más o menos completamente a sus necesidades; la proporción de parados era de 15% y el resto estaban dedicados a oficios que no requieren un especial aprendizaje tales como comisionistas, porteros, etc. El 22% solamente habían hecho un aprendizaje, pero de ellos únicamente una tercera parte ejercían el oficio que habían aprendido.

En los establecimientos para retrasados deben ser las actividades prácticas las que deben prevalecer sobre las culturales.

La reeducación motriz, la enseñanza de los actos elementales (abotonar, abrochar, uso de los cubiertos, etc.), la limpieza corporal, la corrección de los trastornos de la palabra y de los sentidos, etc., en los oligofrénicos más profundos.

La gimnasia rítmica, los trabajos manuales, la enseñanza del cálculo, de las primeras letras, los juegos educativos en los que la disciplina y la sociabilidad son enseñados indirectamente, el dibujo, la educación de la imaginación y el sentido moral, etc., de acuerdo con el nivel mental del niño y con arreglo a los métodos que han preconizado especialistas en la materia como Decroly, Vermeulen, Montessori, Descoedres y otros muchos pedagogos.

²¹ E. Niggeler. *Gesundheit und Wohlfahrt*. t. XVI n. 8 y 9, 1936.

LAS PSICOSIS INFANTILES

§ 1. DEMENCIA PRECOCÍSIMA

(*Esquizofrenia infantil*)

La demencia precocísima (Sante de Sanctis ¹) o esquizofrenia infantil (Vogt y Weigandt ²), es, como su nombre indica, una demencia precoz (Kraepelin ³), una esquizofrenia (Bleuler ⁴), que aparece y se desarrolla en edades muy tempranas de la vida.

La anamnesis de ciertos adultos afectados de la enfermedad permite averiguar que, ya de niños, habían presentado algunas anomalías que interesaron principalmente al campo del pensamiento y a la esfera afectiva. Rarezas, afición a la soledad y al aislamiento, indiferencia emocional, religiosidad exaltada en ocasiones, etc., son recordadas por los familiares como “rasgos” que ya chocaban cuando el enfermo no era más que un chiquillo.

Pero otras veces la enfermedad se instala ya desde un principio con todas sus características sintomáticas en seres que todavía no han alcanzado la pubertad.

Paulatinamente, niños que, hasta entonces, habían demostrado poseer cualidades intelectuales normales, y —con gran frecuencia excepcionales— decaen en sus estudios, pierden puestos en el liceo, muestran desgana para el trabajo psíquico y quedan indiferentes ante sus fracasos.

Las alteraciones del sentido moral y del carácter predominan sobre las demás en las fases de comienzo. Heuyer y Mlle. Serín ⁵ han resumido estos trastornos en la siguiente forma:

1. Forman contraste con la vida anterior del sujeto.
2. Hostilidad súbita o progresiva respecto de algún miembro de la familia por el que antes sentía el enfermo gran afecto.
3. Impulsividad imprevista e irrazonable de las reacciones, sea en una resistencia negativa, sea mediante la violencia agresiva.

¹ Sante de Sanctis, *Neuropsychiatria infantile, patologia e diagnostica*. Roma, 1925.

² Vogt und Weigandt, *Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinnigen*, G. Fischer, ed. Jena, 1912.

³ Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie*. 9ª ed. revisada por Lange, Barth, ed. 1927.

⁴ Bleuler, *Schizophrenie*. Viena, 1911.

⁵ Heuyer y Mlle. Serín, *Les troubles du caractère au début de la démence précoce*. Ann. méd. psychol. Julio, 1930.

4. Reacciones antisociales en contradicción con la modalidad anterior del sujeto. Carácter impulsivo y extraño.

Algunas veces la demencia precocísima comienza por convulsiones en el curso de una enfermedad infecciosa. Pero de todos modos éstas desaparecen al poco tiempo.

No son raras las ideas delirantes de perjuicio (se creen envenenados o perseguidos) o a veces de grandeza. (Se suponen seres de alto linaje: sus verdaderos padres no son los que hasta ahora ha supuesto sino príncipes o monarcas que lo buscan para darle las prerrogativas que merece por su elevada alcurnia).

Algunos movimientos estereotipados, espaciados y ligeros al principio y que suelen ser tomados por los que rodean al enfermo, ignorantes aún de que se trata de una psicosis, como gestos o actitudes enfáticas propios de la pubertad.

Hay a veces ideas obsesivas que en ocasiones se traducen por actos extravagantes.

Los enfermitos dejan de interesarse por todo, incluso por sus propias ideas delirantes. Ni el cariño y solicitud de sus padres y amigos ni las desgracias que pueden sobrevenirles, hacen mella en su espíritu que queda indiferente ante los acontecimientos exteriores.

Existen, como en la esquizofrenia de los adultos, de los que no es, en resumen, más que una anticipación, varias formas clínicas.

En la forma catatónica predominan los síntomas secundarios. El enfermo se cierra en un hermetismo del que es muy difícil y con frecuencia imposible sacarlo. Adopta posturas extrañas en las que permanece horas y horas y que según interpretaciones dadas modernamente parecen tener un sentido simbólico (interpretación dada principalmente por algunos psicoanalistas). El hocio catatónico es bien conocido; la flexibilidad cérea y la rigidez cataléptica son muy típicos de esta forma de esquizofrenia. Existe además autismo (Bleuler) en que el enfermo es inaccesible para los demás; encerrado en sí mismo, nada de lo que acaece en el ambiente le produce el menor interés. En estos casos los enfermos pueden perecer por accidente (incendio, inundación) porque al producirse éstos continúan inmutables sin tratar de ponerse en salvo. El negativismo aparece también; como es sabido este síntoma consiste en la negativa sistemática del paciente a hacer lo que se les manda o ruega o por mejor decir a hacer lo contrario precisamente; si se les pide la mano la retiran y esconden; si se les ordena abrir la boca, aprietan los labios, etc., hasta el extremo que en ocasiones es fácil conducírseles por donde se desee pidiéndoles que ejecuten lo contrario de lo que deseamos. Este mismo negativismo parece realizarse con las propias necesidades del enfermo, como si la psique negase al cuerpo lo que éste le pide. De tal modo que vemos a estos seres retener durante varios días

sus deposiciones y rechazar los alimentos (incluso cuando se los deja a su alcance para que puedan tomarlos espontáneamente) hasta dejarse morir de inanición si no se les alimenta con la sonda. En contraste con esta actitud no rara vez se presentan estados de excitación y entonces se golpean contra las paredes, agreden a los familiares o vigilantes, rompen todo cuanto cae en sus manos, incluso sus propias vestiduras y ropas de cama.

En la forma paranoide predominan las ideas delirantes ya de perjuicio y persecución ya de grandeza. Tales delirios son alimentados por alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas. "Sus enemigos le insultan por radio y se le aparecen colgados de la lámpara desde la que le envían corrientes para molestarle y arrancarle las vísceras". O bien ha inventado un magnífico aparato con el cual transformará en oro todo lo que quiera, para afirmar lo cual el pobre enfermo presenta planos y dibujos complicados y absurdos.

La hebefrenia se caracteriza, según la expresión de Kraepelin por una falta completa de afectividad en las vivencias, conservándose bien la facultad de comprensión y la memoria. El enfermo da una impresión de estupidez, ríe a veces sin motivo, con risa estereotipada. Sus temas de conversación y el modo de expresarse son pedantescos y el contenido del discurso vago, rebuscado y desaliñado. La bobería de estos muchachos es lo que más llama la atención de los padres, sobre todo cuando se va instalando progresivamente. Existe una falta de interés que se manifiesta porque el enfermo no hace nada en todo el día. Va de silla en silla, se tumba en la cama o pasea por la habitación; entra y sale sin finalidad alguna y ni lee ni estudia ni hace nada de provecho. El pensamiento y el juicio están alterados aunque nunca como en las dos formas anteriores.

La heboidofrenia (Kahlbaum) o demencia simple es más benigna que la demencia precoz propiamente dicha y se caracteriza, sobre todo, por una falta del sentido moral. Halberstadt⁶ define a los heboides diciendo que "son esencialmente indisciplinados, ingobernables, impulsivos, creando dificultades al personal del hospital, arrogantes, agresivos, mitómanos y perversos". Esto sólo no bastaría a incluirlos en el grupo de la esquizofrenia, pero a este cuadro descrito se agrega el negativismo y el autismo, aunque no muy pronunciados. La inteligencia no está tan interesada como el sentido ético y la demencia, en el sentido psiquiátrico, falta en estos enfermos.

Recientemente Waitzmann⁷ ha llamado la atención sobre los síntomas que pudiéramos llamar antisociales. Se observa en los enfermos una indelicadeza (nesetrnost) en el trato social con indiscreciones, faltas de tacto y de consideración, p. ej. hacia señoras y ancianas, indolencia y dureza de corazón.

⁶ Halberstadt, *La forme heboidophrénique de la démence précoce*. Ann. med. psychol. Junio, 1925.

⁷ E. Waitzmann, *Případ heboidofrenie*. Libro homenaje al Profesor Haskovec, Tozicka, ed Praha, pág. 355. 1936.

Como los heboidofrénicos no alcanzan un estado demencial y, por otra parte, su inteligencia puede conservarse bastante bien no es extraño que algunos de ellos no sean internados en los establecimientos manicomiales.

El mismo Waitzmann resalta que ciertos seres que han destacado por actividades artísticas y que eran conocidas más que nada por sus "boutades", salidas de tono y extravagancias podían ser incluídos entre los heboides. Cita los casos del berlinés Hilla y de Altemberg.

Por último existe una forma de esquizofrenia que, pudiendo adquirir el aspecto de una de las anteriormente descritas (especialmente la catatónica), se diferencia de ellas por desarrollarse en niños o jóvenes que eran ya débiles mentales. Es la llamada esquizofrenia injertada o subseguens.

El tratamiento no puede ser más que psicoterápico e higiénico. Las medicaciones que tienen por objeto desencadenar un shock (insulina, etc.) son muy peligrosas en los niños y no dan grandes resultados. La piroterapia puede ser de utilidad en los casos no procesales.

La reclusión en establecimientos especiales, donde se aplique la terapia ocupacional y reeducativa y en los que al mismo tiempo haya una vigilancia sistemática y un régimen higiénico es la mejor solución para evitar desgracias a estos enfermos.⁸

§ 2. DEMENCIA INFANTIL

Algunos autores describen la demencia infantil incluyéndola en la esquizofrenia precocísima. Aun cuando esta posición está justificada por las pequeñísimas diferencias que separan una de otra y los pocos casos de esta última descritos, preferimos exponerla aparte para evitar confusiones.

Esta forma fué separada de la esquizofrenia infantil por Heller⁹ quien considera como signos distintivos de ella los siguientes:

1. Comienza hacia los tres o cuatro años de edad.
2. Trastornos de la palabra al principio y en el curso de la enfermedad.
3. Turbulencia, angustia y accesos alucinatorios.
4. Demencia progresiva que conduce a la estupidez.
5. Conservación de una fisionomía inteligente.

⁸ Consúltese: Potter, H., *Schizophrenia in Children*. Amer. J. Psychiatr., 12. 1933.

⁹ Heller, *Über dementia infantilis*. Zeischr. f. d. Erforsch u. Behand. jugendl. Schwachsinnig. a. wiss. Grundl. n. 2. 1908; y del mismo autor: *Dementia infantilis*. Monatsschr. f. Kinderheilkunde. n. 2. 1908.

6. Ausencia de signos físicos.
7. Persistencia de la emoción y de la afectividad.

El comienzo suele ser agudo, repentino, caracterizándose por un cambio brusco del humor del niño, lloros inmotivados, excitación motora y mímica, estereotipias fases angustiosas entre ellas pavor nocturno, muecas y gestos extraños, a veces de tipo catatónico. Un síntoma muy característico pertenece a la esfera del lenguaje: balbuceo, regresión de los conocimientos adquiridos en la expresión de la palabra, que al final de la enfermedad se convierte en mutismo completo.

La evolución es bastante rápida. En uno o dos años la demencia es profunda pero conservando la expresión inteligente.

En los casos que comienzan con fiebre hay que sospechar más bien una encefalitis infecciosa.

Zappert,¹⁰ Weygandt, López Albo¹¹ y otros han publicado casos de demencia infantil, pero su delimitación es todavía difícil, por lo que el número de observaciones es muy escaso.

El tratamiento no difiere del de la esquizofrenia.

§ 3. PARALISIS GENERAL INFANTIL

Cuando la enfermedad de Bayle ataca a sujetos menores de 15 años recibe el nombre de parálisis general infantil. Desde esta edad hasta los veinte constituye la forma juvenil de la P-G-P.

En ambas formas es, casi siempre, la heredosífilis, lo que hay que invocar como etiología de la enfermedad. En casos mucho más raros la parálisis general progresiva se desarrolla en niños que han sido infectados de lúes en sus primeros años de una manera accidental, lo más corrientemente por la nodriza.

Cuando los primeros síntomas aparecen en jóvenes de 18 a 20 años puede tratarse de la forma de evolución rápida en la cual aquéllos se instalan en el sujeto a los 2 ó 3 años del contagio.

La anatomía patológica no ofrece grandes diferencias con las lesiones que se encuentran en el adulto, pero cuanto más precoz es la muerte del enfermo más corriente es encontrar ciertas alteraciones del desarrollo evolutivo de las células nerviosas, producidas, probablemente porque el virus ataca a dichas células antes de terminarse su evolución completa.

¹⁰ Zappert, *Dementia infantilis*. Monatschr, f. Kinder. 22. 1929.

¹¹ W. López Albo, *Demencia infantil*. Arch. Neurobiol., t. XIV, n. 4. 1934.

El Wassermann falta con frecuencia en la sangre de los heredosifilíticos, pero los síntomas neurológicos y psíquicos bastan para diagnosticar la enfermedad.

En el líquido céfalo raquídeo las alteraciones no se diferencian tampoco de las que ofrece el de los paralíticos generales adultos.

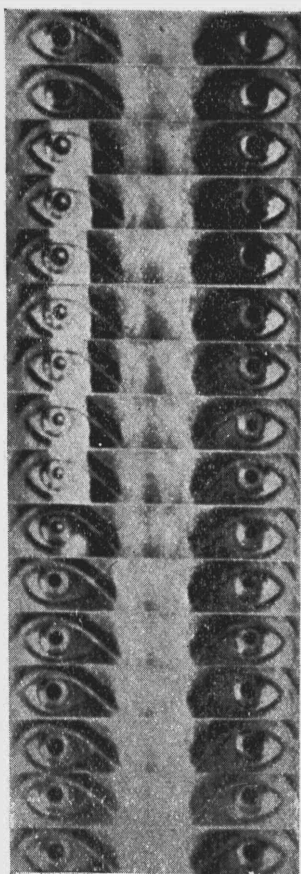


Fig. 6.—Pupilograma normal. Obsérvese la acomodación pupilar a la luz en el ojo derecho y la consensual en el izquierdo. (Según Löwenstein).

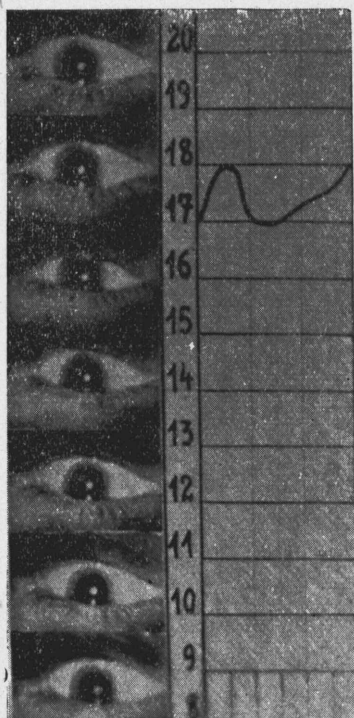


Fig. 7.—Pupilograma en la parálisis general. Obsérvese la rigidez pupilar a la luz (según Löwenstein).

Sin embargo, Samson¹² ha encontrado más alteraciones del líquido en la parálisis juvenil que en las demás formas de la enfermedad. El aumento de albúminas suele ser mayor que el de las globulinas y el cociente de proteínas menor de 1,0. La reacción del mastic coloidal suele dar curvas incompletas.

La enfermedad comienza a manifestarse bien por una acentuación de la debilidad mental con que los heredolúéticos están ya tarados o repentinamente en un niño hasta entonces normal desde el punto de vista psíquico.

El desinterés por el ambiente aparece o se agrava acompañado de indiferencia afectiva e incapacidad para llevar a cabo ocupaciones que antes realizaba con toda perfección. Progresivamente va instalándose el estado demencial hasta que el enfermo termina en un embrutecimiento y estupidez totales. Se agregan a esto los ataques llamados paralíticos, semejantes en todo a los epilépticos. En cambio las ideas delirantes son raras en el niño y cuando se presentan ideas de grandeza suelen ser de contenido muy simple.

La exploración neurológica puede mostrar toda la sintomatología que caracteriza esta enfermedad en los adultos: parálisis y paresias de los miembros que desaparecen espontáneamente para volver a aparecer al cabo de algún tiempo en el mismo o en distinto segmento orgánico; reflejos tendinosos abolidos, o por el contrario exaltados; disartria; etc.

Las alteraciones pupilares son importantes. Anisocoria, miosis, rigidez a la luz en una o ambas pupilas. Mediante el registro cinematográfico de la pupila por el método de Löwenstein,¹³ pueden obtenerse muy precozmente las gráficas del reflejo luminoso pupilar (v. figs. 6 y 7).

El diagnóstico diferencial, especialmente con la demencia precocísima se basará en los trastornos neurológicos y en las reacciones de Lange, Wassermann, etc., en el l-c-r y de esta última en el suero sanguíneo.

El tratamiento piroterápico o mediante la malarización es el que mejores resultados da. Para mayor eficacia conviene terminarlo con una cura salvarsánica y bismútica según la técnica seguida en la aplicación de estos medicamentos.¹⁴

¹³ O. Löwenstein, *Die Störungen des Lichtreflexes der Pupille bei denluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems*.—Schwabe, ed. Basilea, 1935.

¹⁴ Baboneix y Robin, *Paralyse général infantile*. Bull. Soc. Ped. París 19, 1932.

LA NEUROLOGIA INFANTIL

§ 1. POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA

(*Parálisis infantil epidémica*)

Generalidades

La enfermedad de Heine-Medin es una afección infecto-contagiosa de tipo epidémico que invade todo el organismo, pero fijándose de preferencia en el sistema nervioso dejando como secuela una parálisis flácida, permanente o temporal, generalmente de los miembros inferiores.

Los niños de uno a cinco años son los más frecuentemente atacados pero pueden padecerla también los jóvenes y no rara vez personas de edad ya madura.

Strümpell, que la describió muy minuciosamente en 1884, al mismo tiempo que Medin (de Estocolmo) la consideraba ya como “una enfermedad infecciosa con una especial afinidad por la médula espinal, que ataca con preferencia a los niños, pero de la cual no están libres los adultos”.

Casos aislados de la enfermedad suele haberlos, endémicamente, en muchas grandes poblaciones, pero de tiempo en tiempo se desarrollan epidemias, que sin ser tan extensas como las de otras infecciones, gripe o tifoidea *v. g.*, son graves por el gran número de inválidos que quedan después de su paso.

En los últimos años el número de casos de poliomielitis ha aumentado considerablemente en todos los países y da la impresión de que las epidemias son cada vez más frecuentes.

En el año último hubo en Alemania 2 637, en Suecia 1 500, en Suiza más de 200. En la terrible epidemia del año 1917 hubo en los Estados Unidos cerca de 30 000 casos con una mortalidad de 9%.

Aun tratándose de una enfermedad contagiosa las posibilidades de contagio son pequeñas y parece existir una especial receptividad para el virus en las personas que contraen el padecimiento.

Considerando que son muchísimos los casos que no se diagnostican hasta que no sobrevive el estado de parálisis y que muchos de estos enfermitos siguen conviviendo durante el período activo de la enfermedad con el resto de sus hermanos, se comprende la poca contagiosidad de la enfermedad dado que es frecuentísimo que en familias muy numerosas no contraiga la enfermedad más que uno de sus miembros.

El contagio se efectúa mediante la "infección por gotitas", habiéndose comprobado también la importancia de los portadores de gérmenes, incluso a través de las fronteras, como ha demostrado Wickmann.¹

El padecer la enfermedad no suele conferir inmunidad total para la misma como pasa en otras infecciones.

Etiología

Landsteiner y Popper,² demostraron la naturaleza infecciosa de la enfermedad mediante la inoculación al mono antropomorfo.

Se trata de un médulo-virus que atraviesa las bujías filtrantes y que conservado en medios favorables y a bajas temperaturas conserva su virulencia durante años, según han comprobado Noguchi y Flexner.³

Su cualidad neurótropa no excluye que durante la enfermedad sea toda la economía la que padezca. No son raras, en efecto, las bronquitis y bronconeumonías, el coriza, las anginas foliculares, los trastornos del aparato digestivo; el hígado, los riñones, el corazón y otras vísceras presentan lesiones parenquimatosas que hay que atribuir al mismo origen que la poliomiелitis.

Anatomía Patológica

Las investigaciones más completas realizadas sobre la anatomopatología de la poliomiелitis han sido realizadas por E. Müller (Die epidemischen Kinderlähmung), Harbitz y Scheel y en el terreno experimental por Hurst.⁴

El tipo de las lesiones es de dos clases. En primer lugar un proceso inflamatorio del sistema nervioso central y además una degeneración de las células ganglionares de las astas anteriores de la médula, pero que suele afectar también a la sustancia gris del cerebro. Las meninges participan también de este proceso pues la infiltración, siguiendo el trayecto de los vasos, afecta la sustancia blanca medular hasta llegar a las cubiertas.

En los procesos muy virulentos se observan un enorme número de leucocitos polimorfos en las infiltraciones.

Las células nerviosas sufren una cromatolisis degenerativa, que termina con la destrucción de aquéllas.

¹ Wickmann — Deuts. Zschr. f. Nervenheilk. V. 38. 1910.

² Landsteiner und Popper. — Zschr. f. Immun. Forsch. 2. 1910.

³ Flexner and Noguchi. — Journ. of exp. Med. n. 18. 1913.

⁴ W. Hurst, *The histology of experimental poliomyelitis*. Journal of Path and Bacter. V. XXXII, pág. 457. 1929.

En los casos más graves todo el neuroeje puede ser alcanzado por la exudación celular, incluso los nervios periféricos y los ganglios raquídeos, dando lugar a una verdadera mieloencefalitis con polineuritis.

Al cabo de un cierto tiempo (meses o años), las células nerviosas desaparecen por completo dejando en su lugar restos calcificados y un retículo neuróglíco muy fino. La vía piramidal queda atrofiada en toda su longitud especialmente cuando la enfermedad ha comenzado en la edad infantil.

Microscópicamente se comprueba un edema de las astas anteriores, hipereimia de las meninges medulares e inflamación de los nervios periféricos y de sus ganglios de origen.

En otros órganos de la economía se han comprobado también lesiones; enteritis folicular y congestión de la mucosa intestinal. Hipertrofia de las placas de Peyero; pequeñas hemorragias pleurales y subpericárdicas.

Sintomatología

Por su concisión y claridad nos atenemos a la descripción de la enfermedad hecha por Stertz.⁵

La afección comienza del mismo modo que las demás enfermedades infecciosas con malestar, fiebre de 38 a 40 grados, dolores de cabeza y de las articulaciones, sopor, y, a veces en los niños, convulsiones. Síntomas ligeros de irritación meníngea y alteraciones pasajeras de la sensibilidad y de los esfínteres no son raros. El recuento globular presenta una leucopenia y el líquido céfalo-raquídeo pequeñas alteraciones en el sentido de una linfo o leucocitosis con aumento de las proteínas.

Se desarrolla después la parálisis que puede aparecer ya sea en un pequeño número de grupos musculares, o por el contrario afectar a las cuatro extremidades e incluso a la musculatura del tronco (tipos mono, para o hemipléjico), lo que produce, por lo pronto una imposibilidad de dormir. Los reflejos están, en este período, abolidos. Los músculos con más frecuencia atacados son el deltoídes, el triceps, trapecio, el serrato, los extensores de la mano y los músculos de la mano, en el miembro superior. En el inferior el cuádriceps, extensores de los dedos, el grupo peroneo y los tibiales.

En el período de regresión, en el que los trastornos del resto del organismo han desaparecido ya, la parálisis regresa también, quedando limitada a aquellos grupos musculares en los que la alteración ha de ser definitiva o al menos de muy larga duración. La persistencia de la reacción eléctrica de degeneración permite colegir la mayor gravedad de la parálisis. La atrofia muscular comienza a manifestarse en este período.

⁵ Stertz, *Rückenmarkskrankheiten*, in Weigandt, p. 260. Halle, 1935.

En el niño quedan, entonces, deformaciones permanentes de sus miembros: pie equinovarus, valgus o calcáneos, retracciones tendinosas, músculos atrofiados hasta el extremo que los miembros afectados toman un aspecto esquelético.

Los miembros inferiores son los que con más frecuencia quedan impotentes dando a la marcha de los niños una fisonomía especial, pero variable según los trastornos que han quedado permanentes.

En el miembro superior la parálisis suele ser más limitada y sólo impide determinados movimientos o gestos.

El sistema óseo sufre trastornos tróficos que impiden su desarrollo y una resorción de sus elementos formes.

Existen otras numerosas formas clínicas de la enfermedad, dependientes del sector o sectores del eje cerebroespinal invadido por el virus.

La forma meníngea en nada difiere de una meningitis meningocócica si no es en la presentación de parálisis en el período final de tal modo que el diagnóstico sólo puede hacerse *a posteriori*.

Las formas encefalíticas revisten todas las variedades de síntomas nerviosos posibles y curso y aspecto clínico son muy semejantes —lo que ocasiona inevitables errores de diagnóstico— a la encefalitis epidémica.

Existen, por último, formas incompletas o frustradas, en las que los síntomas son muy atenuados y la evolución muy rápida y que dejan pocas o ninguna secuela.

Curso y Pronóstico

Desde las rápidas formas frustradas cuya duración puede limitarse a una sola jornada hasta aquellos casos particularmente graves que tienen postrado en el lecho al enfermito durante semanas, se encuentran todas las formas posibles de evolución.

El período de latencia de la enfermedad es de 4 a 10 días prolongándose en raras ocasiones hasta las dos semanas.

Las escuelas de la dolencia, esto es, las parálisis pueden persistir durante toda la vida o mejorar poco a poco hasta su completa desaparición en los casos más afortunados. Sin embargo, estas curaciones no se consiguen sino después de largos meses, a veces años de tratamiento.

El grado de mortalidad depende de la toxicidad del virus. En unas epidemias ésta es particularmente elevada, pudiendo llegar hasta el 30 por ciento de los casos. En la poliomiелitis endémica no suele sobrepasar la cifra de 3%.

Diagnóstico

El diagnóstico precoz tiene en la enfermedad de Heine-Medin una importancia extraordinaria, dados los medios de tratamiento que poseemos cuya aplicación sólo es eficaz cuando se realiza durante las primeras manifestaciones, antes de que aparezcan las parálisis.

Por desgracia es precisamente en su primer estadio cuando el diagnóstico es más difícil, a veces imposible.

En cuanto la sospecha de la enfermedad se suscite debe hacerse un análisis de líquido céfalo raquídeo. Pues aun cuando no hay ninguna alteración del líquido patognomónica de la poliomielitis, su examen nos permite en ocasiones hacer un diagnóstico por exclusión.

Según Demme⁶ ya en el período prodrómico de la enfermedad aparece una pleocitosis que puede llegar a 100/3 células. Las proteínas están aumentadas y las reacciones de globulinas son positivas. También está aumentada la glucosa. En cambio no se hallan bacterias en el líquido.

Cuando las parálisis se han instaurado ya, el diagnóstico se facilita mucho, pero entonces ya no tiene la importancia que al principio.

La polineuritis puede entonces confundirse con la parálisis infantil. En el niño, aquéllas son muy raras y los fenómenos infecciosos menos pronunciados, pudiendo faltar. El cuadro analítico del l-c-r puede aclarar las dudas.

En las encefalopatías la inteligencia suele ser afectada produciendo imbecilidades o idioteces, cosa que en la poliomielitis no ocurre ni siquiera en su forma encefálica sino muy rara vez. Por otra parte en la encefalitis la parálisis suele ser espástica y no flácida.

Tratamiento

Si la enfermedad es diagnosticada o sospechada precozmente, la terapéutica de elección es la seroterapia.

Puede usarse el suero de antiguo poliomielítico conservado en condiciones asépticas u obtenido en el momento mismo, lo que no es difícil en tiempos de epidemia. A falta de éste da también buenos resultados el suero procedente de animales inmunizados (mono, caballo), preconizado y preparado por Pettit en el Instituto Pasteur. En último extremo parece que el suero de personas normales ha procurado algunos éxitos, lo que ha hecho desmerecer algo el método de Netter.

Las inyecciones intravenosas de hexametilentetramina y la ergotina en pequeñas dosis apoyado por los medicamentos sintomáticos (antipirina, pirami-

⁶ H. Demme, *El diagnóstico por examen del l-c-r*. Trad. esp. de J. Sopena. Espasa-Calpé, ed. Madrid, 1936.

dón, cafiaspirina, etc.) y por los baños a temperaturas de 36 a 38 grados coadyuvan al tratamiento.

El tratamiento posterior de las parálisis ha de ser intenso y continuado. El método de Bordier (radioterapia medular, diatermia y galvanización), hidroterapia local caliente acompañada de masaje y la gimnasia especial son los procedimientos a emplear.

La cirugía podrá intervenir cuando sea necesaria una trasplantación muscular, o una artrodesis para combatir las deformidades del pie y los trastornos de la marcha.

En caso necesario los aparatos ortopédicos pueden prestar buenos servicios a estos enfermos.

§ 2. EL SÍNDROME MENÍNGEO

En el curso de las enfermedades infecciosas o de ciertas intoxicaciones e infecciones locales, las cubiertas meníngeas del neuroeje pueden ser invadidas, presentándose entonces en los enfermos un síndrome que revela la irritación de dichas cubiertas por los agentes toxiinfecciosos.

Del mismo modo que existen gérmenes patógenos con un marcado tropismo y de los cuales son el ejemplo más típico los meningococos intracelulares de Weichselbaum en sus razas A, B, C y D (que no siempre producen meningitis), hay también en las meninges del niño una gran sensibilidad que las hace más vulnerables por los elementos patológicos.

En efecto, el síndrome de irritación meníngea o el meningismo se observa con muchísima mayor frecuencia en los niños que en los adultos y los ancianos, y es más espectacular, más trágico que en éstos.

Etiología

La meningitis se ha observado durante toda clase de infecciones. En primer lugar el meningococo, siguiendo en orden de frecuencia el neumococo, el estreptococo y el bacilo de Pfeiffer. Todos estos gérmenes pueden atacar las cubiertas cerebrales de primera intención, siguiendo las vías linfáticas o las sanguíneas desde las fauces o desde las fosas nasales; pero más frecuentemente la infección de aquéllas sobreviene a continuación de una enfermedad infecciosa general del organismo.

De ordinario, los bacilos suelen encontrarse en el líquido céfalo raquídeo, pero no siempre es esto posible, especialmente en las formas linfocitarias o en

las llamadas meningitis asépticas. En estas últimas el padecimiento puede ser originado, no por un germen patógeno sino por uno tóxico, cuya naturaleza puede ser muy variada: el plomo, el mercurio, el alcohol, las sales de talio y otros muchos. Nosotros hemos observado en un niño un caso grave provocado por la aplicación masiva de pomada mercurial en la cabeza con objeto de matar los parásitos del cabello.

La preparación de infecciones locales de la cabeza y cara es especialmente en los niños, una causa frecuente de reacción meníngea.

En primer lugar las otitis supuradas, después las rinitis y las sinusitis.

En los casos de meningitis cerebroespinal epidémica, la infección se propaga por los portadores de

gérmenes y directamente por las gotitas salivales, pero parece ser que para contraer la enfermedad se requiere una cierta receptividad la cual poseen los niños desarrollada en alto grado, como antes indicamos.



Fig. 8.—Zona palidal en la meningitis purulenta. Coloración de Nissl según Wertham.

Anatomía Patológica

La lesión característica macroscópicamente es la inflamación de las meninges. Esta puede ser simplemente serosa, sero-purulenta o, muy frecuentemente, purulenta. El líquido exudado invade los espacios subaracnoideos y puede alcanzar a los ventrículos; cuando esto ocurre y el exudado es purulento, los agujeros de Monro, de Luschka y de Magendie se obturan. El aumento de estos líquidos patológicos produce hipertensión craneal, abombamiento de las fontanelas en los lactantes, y, en ocasiones dilatación ventricular y hasta hidrocefalia (Göppert[†]), lo que explica muchos de los síntomas.

En las meningitis supuradas el pus llega a cubrir toda la superficie cerebral, salvo, algunas veces los lóbulos occipitales. (Fig. 8).

[†] Göppert, *Über Genickstarre*. Ergebnis d. innere Med. u. Kinderheilkunde. t. 4, 386. 1909.

En la periferia de los vasos, así como en las cisuras los depósitos purulentos se concretan más que en otras zonas. (Fig. 9).

Sintomatología

Prescindiendo de los síntomas propios de la enfermedad causal el síndrome meníngeo por sí mismo suele comenzar con fiebre bastante elevada, o aumentando esta en los casos en que ya había un proceso febril.

Las hipertermias de 40° y aun más no son raras especialmente en los niños.

Bruscamente aparecen los signos de irritación meníngea todos ellos muy penosos para los pacientes.

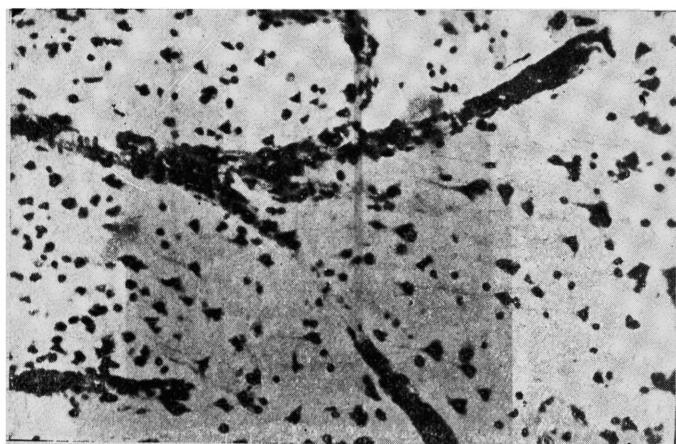


Fig. 9.—Alteraciones de los vasos corticales en la meningitis purulenta. Coloración de Nissl, según Wertham.

Desde el primer momento la cefalalgia es violentísima, localizada unas veces en los lóbulos frontales, otras en los occipitales, pero siempre muy variable en su localización incluso en el mismo enfermo y en la misma jornada. En el curso del día aparece y desaparece varias veces, pero cuando se instaura, el dolor es tan fuerte que no permite el menor reposo y obliga a

los niños a lanzar gritos (grito meningítico) de un tono tan especial que no son fáciles de olvidar para el clínico que ha tenido ocasión de oírlos una vez.

La contractura tónica de los músculos del dorso, especialmente de los de la nuca aparece a continuación. La intensidad de la contracción es variable, pero suele ir progresando con la evolución del síndrome y con la gravedad del caso. En ocasiones es tan marcada que coloca el cuerpo en opistótonos impidiendo toda flexión, incluso pasiva de la cabeza sobre el cuello; el intento de esta última maniobra provoca un dolor tan violento que es imposible insistir en ella.

La contracción se extiende, aunque no con tanta intensidad a los músculos abdominales y a los flexores de la extremidad inferior. Una consecuencia de ello son los signos de Brudzinski y de Kernig. El primero, bastante frecuente,

pero cuya investigación produce mucha molestia a los enfermos, consiste en la flexión de la pierna sobre el muslo y de éste sobre el vientre cuando se intenta flexionar en forma pasiva sobre el pecho.' El signo de Kerning, considerado en otro tiempo como patognomónico, pero que falta no rara vez, se obtiene cuando se hace sentar al enfermo en la cama resultando una flexión de la pierna y muslo o bien elevando en extensión la pierna y el muslo, aquélla se flexiona espontáneamente en cuanto éste llega a un cierto grado de aproximación sobre el vientre.

Los vómitos son muy frecuentes, sobre todo al comienzo del proceso meningítico, y tienen el carácter de los vómitos cerebrales, esto es, se producen sin esfuerzo alguno, repentinamente y en chorro. Por lo general suelen desaparecer pronto, siendo más bien un síntoma inicial.

La rigidez de la nuca, los vómitos y la cefaléa constituyen lo que se ha llamado triada meningítica, característica del proceso cuando es completa.

Pero el síndrome meningítico se acompaña de todo un cortejo de síntomas neurológicos, sensitivos, humorales y psíquicos, además de los anteriormente citados.

No son raras las convulsiones de tipo epileptoides producidas por la participación de la corteza cerebral en el proceso florjístico. No tan frecuentes son las parálisis cerebral y las paresias circunscritas más a menudo a los músculos oculares lo que da lugar a estrabismo. En general estos trastornos son pasajeros, y sumamente móviles de tal modo que interesan durante cierto tiempo determinado grupo muscular para trasladarse pronto a otro.

La sensibilidad está muy exaltada para todos los estímulos. Los ruidos, por ligeros que sean, la luz, los movimientos, las excitaciones de la piel aun incluso la simple presión con el dedo, producen grandes molestias a los enfermitos y con frecuencia fuertes dolores.



Fig. 10.—Estasis papilar consecutiva a meningitis luética.
(Fotografía de fondo de ojo del Dr. Rivas Cherif).

La exaltación de los reflejos tendinosos se observa muy rara vez. Ordinariamente están disminuídos y a menudo abolidos. El Babinski positivo no suele obtenerse en los niños.

El reflejo pupilar a la luz suele estar abolido. El nistagmus es más bien raro.

En algunas formas de meningitis, principalmente en la cerebroespinal a meningococos y en la sífilítica puede producirse un éstasis papilar, neuritis del nervio óptico y consecutiva ceguera. En ciertos casos a pesar de estos trastornos las lesiones curan posteriormente (figs. 10 y 11).

Los trastornos psíquicos pueden faltar por completo, en las formas leves o llegar a una completa obnubilación (en la meningitis tuberculosa p. e.), con delirio muy violento, agitación y, en los períodos pretales, coma.

Evolución

El curso clínico está sujeto a muchas evoluciones, dependientes del tipo de infección que provoque el síndrome meníngeo, de la edad del paciente y de las complicaciones que pueden sobrevenir.

El comienzo puede ser brusco, repentino con una rica sintomatología típica desde un principio o por el contrario, ser insidioso lento y poco claro. Se observa lo primero en la meningitis cerebroespinal principalmente; en cambio la forma tuberculosa suele caracterizarse por su comienzo lento.

En las formas graves la muerte suele sobrevenir en el curso de la segunda semana, después de irse acentuando paulatinamente los síntomas, con pulso que llega a ser filiforme, respiración de Cheyne-Stockes y coma.



Fig. 11.—El mismo caso de la figura anterior al año de curado. (Fotografía de fondo de ojo del Dr. Rivas Cherif).

Cuando el proceso agudo cura, quedan muy a menudo secuelas que en los niños sobre todo revisten particular importancia. Muchas idiocias, síndromes

epilépticos, sordomudos, ceguerras o parálisis permanentes de algún miembro tienen su origen en una meningitis de la infancia.

La mortalidad depende, en parte, de la enfermedad causal pero la instauración de un síndrome meníngeo en el curso de una infección obscurece considerablemente el pronóstico tanto *quam vitae* como en cuanto al futuro psíquico del enfermo.

Las cifras de mortalidad en los niños son muy elevadas. En la meningitis cerebro-espinal epidémica alcanza en ocasiones al 75% y aun es mayor en las formas tuberculosas. El simple meningismo, que se observa en gran número de enfermedades infecciosas es, con mucho, más benigno y puede pasar sin dejar reliquias.

Diagnóstico

En la mayoría de los casos no ofrece dificultades, sobre todo si aparece la triada sintomática o los signos de Kernig y Brudzinski.

En las formas dudosas el examen del líquido céfalo-raquídeo del cual por otra parte, no debe prescindirse en cuanto se sospeche un proceso meníngeo, suele disipar las vacilaciones. En ocasiones es recomendable extraer el líquido directamente por punción a través de la fontanela en los niños, para evitar errores debidos a un líquido normal que pueda extraerse del conducto raquídeo cuando existe un bloqueo del mismo por adherencias u obturaciones de los orificios de comunicación.

Las alteraciones del líquido son muy numerosas y su conjunto unido a la presencia de bacterias resuelven el diagnóstico salvo en muy contadas excepciones.

Resumimos a continuación las modificaciones más características:

Presión: Aumentada, llegando en ocasiones hasta los 400 ó 500 mm de agua.

Color: En general turbio, a veces purulento. Cuando existe un bloqueo puede tener el aspecto normal del agua de roca.

Células: Aumentadas intensamente hasta cifras enormes de 100000/3 y aun más en la forma meningocócica.

Proteínas: Muy aumentadas.

Cociente proteínico: Alto aunque no excesivamente.

Azúcar: Disminuído (de 0,45 a 0,20 mg por ciento).

Permeabilidad de la barrera sangre-líquido: Aumentada.

Bacterias: En casi todos los casos se encuentran en el líquido las bacterias productoras de la enfermedad, salvo en las formas llamadas asépticas.

Curvas coloidales: Onda profunda a la derecha (onda meningítica).

En la fig. 12 damos el cuadro comparativo de las modificaciones del líquido céfalo-raquídeo en las distintas formas de meningitis.

Tratamiento

En cuanto haya sido determinada la naturaleza bacteriológica del síndrome estará indicada la seroterapia específica, inyectando el suero correspondiente en pleno conducto raquídeo a continuación de una punción descompresora. (Se extraerán *v. g.*: 30-50 c.c. y se inyectarán 10-15 del suero correspondiente, según el volumen de concentración, en el niño). Al mismo tiempo se utilizará la vía intravenosa o intramuscular para inyectar una mayor cantidad de suero específico.

En los niños muy pequeños la operación debe realizarse a través de la fontanela mayor, para extraer el líquido y depositar el suero en el ventrículo cerebral.

Las inyecciones en el raquis deben espaciarse en los niños, pero continuará administrándose suero por vía venosa diariamente durante una semana aproximadamente, según los casos.

En la forma tuberculosa deberá hacerse la punción descompresora, pero entonces la inyección de suero está contraindicada. Pero se inyectará alergina por vía subcutánea a la dosis de $\frac{1}{4}$ de c.c. en los niños.

En otras formas infecciosas de meningitis, especialmente en la neumocócica, está indicada la inyección intrarraquídea de *optoquina* (metil-hidro-cupreína).

La *vacuno-terapia* puede dar resultado en algunas ocasiones, pero no es, ni con mucho, tan eficaz como la seroterapia, sobre todo cuando ésta se realiza precozmente.

El resto de la terapéutica debe ser sintomática. En los casos hiperpiréticos son convenientes los baños o envolturas frías o ligeramente templadas. La bolsa de hielo en la cabeza calma la irritabilidad de los niños y alivia algo su estado contribuyendo a disminuir los dolores. También se utilizará el frío a lo largo de la columna vertebral cuando la sensibilidad de ésta sea grande.

Los *antipiréticos* corrientes (piramidón, antipirina, etc.), son útiles.

La agitación psíquica, cuando no va acompañada de temperatura elevada, se calma con baños calientes (36-38) y con pequeñas dosis de *morfina* (5 mgs.) o mejor, en los niños pequeños el *hidrato de cloral* en enemas (50 c.c. de una solución al 4 %).

Formas	Presión	Aspecto	Células	Fase 1	Pandy	Weich- brod	Proteí- nas	Coc. pro- teínico	Coloida- dales	Wasser- mann	Azúcar	Cloruros	Permea- bilidad barrera sangre líquido	Bacterio- logía
Meningitis tubercu- losa	alta	transpa- rente	Pleocito- sis ma- siva 100/3, 200/3 y más	+	+++	+	Aumen- tadas 3 a 5 veces	0,3—0,8	Onda me- ningítica	—	disminuí- do	disminuí- do	aumenta- da	bacilo de Koch
Meningitis epidémi- ca	muy au- mentada	turbio	muy au- menta- das	++	+++	opales- cencia	muy au- menta- das	alto, pero inferior a 1,0	descenso de la par- te dere- cha	—	disminuí- do		aumenta- da	meningo- cocos
Meningitis neumocó- cica	aumen- tada	turbio amarillo verdoso	muy au- menta- das				muy au- menta- das	poco au- mentado	Onda me- ningítica		disminuí- do		aumenta- da	neumoco- cos
Meningitis asética..	alta	turbio	1000/3 y más				algo au- menta- das		descenso	—	normal	normal	normal	negativa
Meningitis simpáti- ca	aumen- tada	turbio	débil au- mento				débil au- mento	más de 1	descenso	—	normal	normal	normal	negativa

Fig. 12.—Modificaciones del L-C-R en las distintas formas de meningitis.

La *tripaflavina* (amarillo de acridina) y las soluciones coloidales metálicas en inyección intravenosa están también indicadas.

El suero fisiológico, o mejor el glucosado, se administrará diariamente para combatir la desnutrición del enfermito.

Además de esto, los enfermos estarán aislados, con luz velada y en lugares a los que no llegue el ruido. Se vigilará el estado de los bronquios y la limpieza de la piel para evitar accidentes por decúbito.

§ 3. ENCEFALITIS EPIDÉMICA

En 1917 von Economo describió, con el nombre de *encefalitis letárgica*, una nueva enfermedad epidémica que en el año anterior había hecho su aparición en Viena.

Evidentemente el padecimiento tenía, por su sintomatología y forma de manifestarse, una relación con otros morbos descritos anteriormente, pero cuya naturaleza no había sido hasta entonces bien determinada. Tales son, probablemente, la enfermedad observada en Italia con el nombre de "noma" a fines del siglo pasado, así como también la encefalitis aguda infantil estudiada por Comby, en Francia, en 1906, o los más antiguos de Wernicke aparecidos en Alemania en 1885.

Pero se debe a von Economo el mérito de haber sido el primero en puntualizar las características morbosas de la enfermedad.

Posteriormente el apelativo de *letárgica*, basado en uno de los síntomas, fué sustituido por el más acertado de *epidémica*, pero la descripción hecha por el neurólogo vienés queda todavía en pie.

Se trata de un padecimiento que ataca al sistema nervioso central, produciendo una serie de síntomas entre los que destacan la somnolencia, parálisis, principalmente oculares, parkinsonismo, fiebre y otras manifestaciones de infección general.

Etiología y Patogenia

La enfermedad es producida por un virus filtrable del tipo neurotrofo, de la misma familia probablemente que el que desencadena la parálisis infantil epidémica. Von Economo había descrito un diplococo (dip. pleomorfo) al que atribuía el padecimiento, pero esta hipótesis ha sido ya desechada.

Se ha señalado la existencia de tres tipos de virus productores de encefalitis epidémica: el europeo, el americano y el japonés, cuyo comportamiento ante la inoculación a los animales es distinto. El virus japonés descubierto por Hayashi e inoculado con éxito al mono en 1933 por vez primera, y el americano (Armstrong) son transmisibles a los simios, mientras el europeo no surte ningún efecto en estos animales.

La aparición de epidemias de encefalitis letárgica está en relación con las pandemias de gripe. Al parecer, esta enfermedad predispondría al organismo humano para la receptividad del virus encefalítico.

La contagiosidad del padecimiento es bastante escasa, como se desprende de la observación de que muy rara vez son atacados dos miembros de una misma familia en iguales circunstancias epidemiológicas. Según hace notar Imura, en la epidemia de esta enfermedad que apareció en el Japón en 1933, de 829 enfermos estudiados por él, sólo hubo 4 familias en las cuales fuesen atacados más de uno de los miembros a la vez.

Según Inada, la incubación del padecimiento es de 5 a 8 días, en ocasiones algo mayor, de 13 a 15. Otros autores señalan un período mucho más largo, hasta de dos meses, pero los datos del autor japonés parecen estar más de acuerdo con la realidad.

Los autores americanos suponen que el virus es transmitido por los mosquitos. La hipótesis ha sido confirmada por los nipones y demostrada especialmente por Mitamura y Yamada en los animales de laboratorio.

Anatomía Patológica

Las lesiones histopatológicas encontradas en el neuroeje afecto de encefalitis epidémica son muy variadas e interesan a segmentos muy distintos del mismo. Macroscópicamente solo se observa hiperemia meníngea y en algunos casos tumefacción de la corteza cerebral. En cortes microscópicos, lo más frecuente es la infiltración perivascular y la degeneración mucosa de la neuroglía, cromatolisis y destrucción inflamatoria de las células. La localización de tales lesiones afecta a los núcleos grises del mesencéfalo, y con preferencia el locus niger y los núcleos del motor ocular común (parálisis oculares).

En la médula se encuentran, no rara vez, lesionadas las astas anteriores en su sustancia gris, así como el bulbo y la protuberancia anular.

Ninguna de las lesiones es característica de la enfermedad, pues alteraciones del mismo tipo pueden encontrarse en otras encefalopatías e infecciones.

Alteraciones del Líquido Céfalo Raquídeo

Presión: suele estar aumentada aunque no mucho.

Células: Aumentadas en la mayoría de los casos entre 20/3 y 60/3, rara vez más de 100/3.

Proteínas: No hay aumento, existiendo por tanto una disociación citoalbuminoidea.

Curvas coloidales: No son características. A veces se observa una ligera curva descendente.

En cambio, sí está aumentada —aunque no en todos los casos— la cantidad de azúcar en líquido hasta 140 mgrs. por 100, lo que algunos autores (Netter, Dopfer), consideran como característico.

Sintomatología

La sintomatología de la encefalitis epidémica es muy polimorfa. Los trastornos del sueño a los que tanta importancia se dió en un principio no consisten sólo en “letargo” y tendencia a dormir, sino que en muchas ocasiones es precisamente el síntoma contrario, el insomnio es lo que caracteriza la enfermedad.

La somnolencia puede, por otra parte ofrecer todos los grados, desde un impulso a la letargia hasta el insomnio pertinaz por alteraciones ligeras de esta importante función. Según Stern⁸ sólo el 40% de los encefalíticos presentan letargia y, aproximadamente un 20% insomnio.

Las crisis, tanto de uno como de otro trastorno, pueden durar desde algunas horas hasta días enteros.

Mucho más frecuentes son los trastornos óculo-motores, que uni-

dos a la somnolencia dan una señal patognomónica de la enfermedad. Consisten fundamentalmente en parálisis de los pequeños músculos, tanto palpebrales como oculares, propiamente dichos, incluídos los de la acomodación. La alteración motora puede afectar, tanto a músculos aislados como a la casi totalidad de los del órgano visual. En este último caso coexisten con la ptosis,

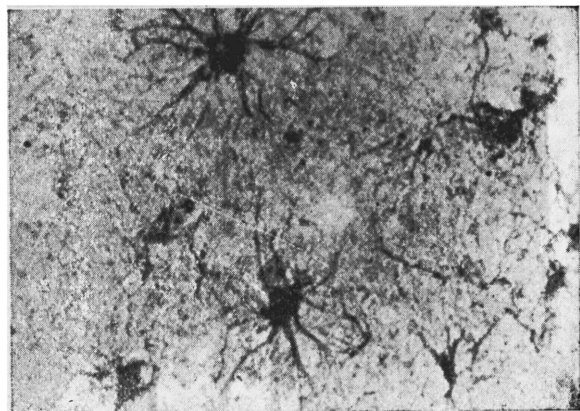


Fig. 13. — Astrocitos en el tuber cinereum en la encefalitis epidémica.

⁸ F. Stern, *Die Epidemische Encephalitis*. 2ª edición. Springer, ed. Berlín, 1929.

la diplopia, el estrabismo, los trastornos de la acomodación y pupilares. Las modificaciones son unas veces unilaterales, pero, más a menudo bilaterales. Llama la atención la fugacidad de estas parálisis. En el curso del padecimiento un mismo enfermo puede presentar toda la gama, aislada o conjunta, de los trastornos óculo-motores. En un 20 a 30% de los casos falta toda alteración de este tipo.

No rara vez se agregan a las parálisis oculares las de otros territorios de la economía; con mayor frecuencia la paraplejia hace su aparición; otras veces, pero no tantas, las hemiplejias o las monoplejias, en general de forma flácida.

Todos los trastornos motores suelen desaparecer con la curación de la enfermedad. En las formas de curso crónico pueden persistir algunas de las parálisis aparecidas durante el curso o presentarse otras distintas (fig. 14).

Son también muy típicas de la encefalitis epidémica, las hiperkinesias. Consisten en movimientos coreicos y atetósicos, mioclonias convulsiones de tipo jacksoniano, incoordinación motriz o temblor.

En algunas epidemias faltan estos síntomas, pero en cambio se observan crisis de hipo, de bostezos, y también, aunque más rara vez risa o llanto espasmódicos, particularmente en las formas crónicas de tipo parkinsoniano.

Los dolores violentos, incluso de tipo tabético pertenecen también al cuadro morbozo.

El sistema nervioso de la vida vegetativa, alterado por la enfermedad, da lugar a modificaciones de las secreciones. Se observa especialmente hipersecreción salival y sebácea. La saliva fluye continuamente de la boca de los enfermos (sialorrea) y en la cara principalmente se observa una seborrea que da un aspecto muy característico a los pacientes.

Las excitaciones, o por el contrario los estados estuporosos, a veces con síntomas catatónico, el delirio y otras manifestaciones psíquicas no son raras en las formas graves o en las de forma crónica. En los niños son muy marcados los trastornos psíquicos sobre todo al pasar del estado agudo al crónico. El carácter se modifica profundamente y la conducta es desordenada, inmoral, torpe, en contraste con las buenas cualidades que el pequeño pudiera poseer antes de la infección.

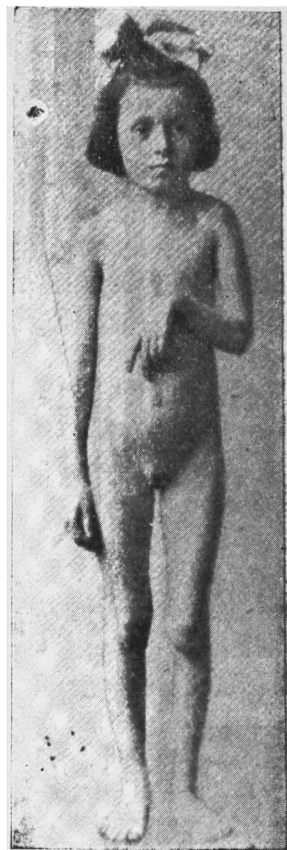


Fig. 14. — Parálisis cerebral infantil. (Fraventhal).

Por último los síntomas de infección aguda como fiebre, anorexia, urobilinuria se presentan siempre.

Los reflejos no sufren modificaciones típicas. El Babinsky positivo se observa en ocasiones, pero no es raro verlo aparecer y desaparecer en el mismo enfermo.

Formas Clínicas

Hemos descrito la forma de la enfermedad llamada "clásica", pero existen una larga serie de formas clínicas dependientes del predominio de un síntoma o un síndrome sobre todos los demás.

Los autores escandinavos admiten las formas parkinsoniana, clásica, neurasténica, meningítica, de esclerosis en placas, polineurítica-radicular, transitorias ligeras. La escuela francesa agrega; formas mioclónicas, somnolenta-oftalmoplégicas, y coreo-atetósicas. Podrían todavía describirse o aislarse otros tipos en los que la sintomatología es mínima, pues el polimorfismo de la enfermedad y la gran variedad de síntomas que se presentan, juntos o separados se presta a considerar una tipología muy abundante.

No es preciso describir todas estas formas cuyos nombres designan ya las características de cada una de ellas.

Sí es interesante, sin embargo, decir unas palabras sobre la frecuencia de cada una según se presentan en la práctica. Cada epidemia de encefalitis se caracteriza, en general, por el predominio de una de las formas clínicas sobre todas las demás, así como también por la gravedad, o por las secuelas que pueda dejar el padecimiento.

Krabbe⁹ que ha estudiado las epidemias y numerosísimos casos esporádicos en Dinamarca desde el año 1917, admite para 227 casos las siguientes cifras de frecuencia:

Parinsonianos	79
Clásicos	57
Neurasteniformes	25
Tipo de esclerosis en placas.....	16
Meningíticos	14
Transitorias ligeras.....	8
Otras formas.....	28

El mismo Krabbe llama la atención sobre las formas frustradas con sintomatología única de tipo ocular y que son observados tan sólo por los oftalmó-

⁹ K. H. Krabbe, *Ruznosti typu epidemické encefalitidy během let.* Revue v. Neurol. a Psych. XXXIII, n. 5. 1936.

logos, quedando en muchas ocasiones sin diagnosticar. Lo mismo ocurre con algunos casos diagnosticados de gripe que en ocasiones acuden *a posteriori* al neurólogo con trastornos permanentes, secuelas de dicha gripe que no ha sido sino una encefalitis epidémica cuyo cuadro clínico obscuro ha permitido, sobre todo en tiempo de epidemia, la confusión con la infección gripal.

Curso Clínico

La enfermedad comienza de un modo agudo, en personas hasta entonces sanas y como consecuencia de la infección por el virus. Ya desde los primeros días de la enfermedad aparecen los síntomas que han de caracterizar la forma clínica. No debemos olvidar, sin embargo, el gran polimorfismo de este morbo y el que no es raro observar que en casos cuyo comienzo es *v. gr.* meningítico, pueden ulteriormente evolucionar hacia un parkinsonismo más o menos durable.

En la forma clásica, única, en cierto modo, de una descripción precisa, la enfermedad dura de una a 5 ó 6 semanas; después de este espacio de tiempo, comienza a hacerse crónica, remiten los síntomas de infección aguda y quedan las secuelas de tipo neurológico. En otras ocasiones, después de una infección que ha pasado desapercibida aparecen los trastornos parkinsonianos, motores y nerviosos; son las formas de evolución prolongada.

Las recaídas, y los recrudecimientos de la enfermedad son bastante frecuentes. Hay que ser muy cautos al dar de alta a un enfermo de encefalitis epidémica, pues la curación sólo puede considerarse conseguida cuando después de varias semanas de desaparecida la última manifestación morbosa no ha habido recaídas. Aun así no es raro ver aparecer al cabo de algún tiempo trastornos psíquicos o neurológicos atribuibles a la antigua encefalitis.

En las formas de curso crónico, las más importantes desde el punto de vista social, por el gran número de inválidos que deja, se observa el síndrome extrapiramidal. La rigidez muscular, acompañada de lentitud de los movimientos o hasta de aquinesia, el temblor de tipo parquinsoniano, aunque menos continuo y generalizado, las crisis oculogiras, las espasmódicas y toda la variedad de síntomas de este tipo que hemos descrito en páginas anteriores pueden quedar permanentemente y hacer del enfermo un inválido crónico.

El curso del pensamiento queda retardado en estos enfermos, observándose una bradipsiquia parecida a la de los epilépticos, aunque sin prolijidad. Son frecuentes los estados depresivos, alternados con irritabilidad, crisis de angustia, ideas de suicidio y otras de tono asimismo hipocondríaco. En otras ocasiones existe una euforia (Stern), pero esto es menos frecuente y más transi-

torio que los estados contrarios. Más arriba hemos citado la frecuencia con que en los niños la forma crónica afecta principalmente a la psique, alterando el conductismo y el carácter del pequeño.

Si estos estados crónicos se prolongan conducen no rara vez al enfermo a una total decadencia física y psíquica rayana en la demencia.

La mortalidad es bastante elevada, de un 20 a un 25% y aun más en las formas mioclónicas.

Diagnóstico

En los brotes agudos, cuando no hay declarada una epidemia, el diagnóstico puede tropezar con graves dificultades. La variedad de síntomas nerviosos, que pertenecen a otras entidades clínicas y la falta de signos patognomónicos y la ausencia de modificaciones humorales (sangre, líquido céfalo-raquídeo) típicas pueden conducir fácilmente a errores de diagnóstico.

Una multitud de enfermedades del encéfalo y de la médula pueden ser confundidas con la encefalitis epidémica.

En primer lugar la meningitis es invocada en casos de encefalitis letárgica. Se comprende esto, especialmente en las formas llamadas meningíticas, en las que hay, en efecto una participación de las cubiertas encéfalo-medulares siquiera sea por irritación (meningismo). La duda puede ser disipada mediante el examen del líquido céfalo raquídeo que presenta alteraciones bastante claras, especialmente por la existencia de elementos bacteriológicos, gran pleocitosis, etc., en las meningitis tanto a meningococos como tuberculosas.

En segundo lugar las encefalitis no epidémicas, bien sea durante las enfermedades infecciosas, por propagación de focos purulentos (sinusitis, otitis, etc.), sífilis, etc., dan lugar también a confusiones. La anamnesis rigurosa, el examen del enfermo, el Wassermann en su caso, la curva de temperatura, y por último, el curso clínico, disipan, en la mayoría de los casos las dudas.

Otros muchos procesos patológicos requieren un diagnóstico diferencial, pero en ellos las dificultades no suelen ser tan grandes. Tales los tumores cerebrales, en su comienzo, la esclerosis en placas cuando se presenta repentinamente, los síndromes coreicos, y los síndromes extrapiramidales.

Cuando hay trastornos oculomotores, somnolencia y síntomas de infección aguda el diagnóstico se impone.

Tratamiento

La terapéutica es puramente sintomática. Los intentos de una seroterapia específica mediante la inyección de suero de convaleciente, a semejanza de

los propuestos en la enfermedad de Heine-Medin, han fracasado en la encefalitis epidémica.

En el período de estado se emplean con buenos resultados el *cacodilato* y *salicilato* de sosa, en inyecciones intravenosas y a altas dosis. Pueden inyectarse del primero de 0,50 a 0,75 gr diarios durante 15-20 días. El salicilato se inyecta en solución al 4% y a razón de 5 gr por día.

El *iodo* puede alternarse con los anteriores, dando una inyección intravenosa de 50 cc de solución al 10% en días alternos, sin interrumpir el *cacodilato* o el *salicilato*.

La *urotropina* a la dosis de 2 gr por día en tabletas administradas al mismo tiempo.

Para combatir los síntomas parkinsonianos se aplicará el *bromhidrato de escopolamina* en inyecciones progresivas, comenzando por 0,00025 gr hasta un mgr al día, vigilando la tolerancia del enfermo. Se dará durante quince días interrumpiéndola 3-5 y volviendo a comenzar, caso de que los síntomas no remitan y la tolerancia sea buena.

En vez del bromhidrato de escopolamina puede administrarse *genoscopolamina* a la dosis de 8 gránulos de $\frac{1}{2}$ mgr en las 24 horas.

Las parálisis oculares serán tratadas mediante la inyección de *sulfato de estricnina* comenzando por 0,002 gr en las 24 horas y pudiendo aumentar progresivamente hasta 0,005 gr.

Las secuelas de la enfermedad o las formas crónicas con trastornos motores y parkinsonismo se mejorarán mediante el *bromhidrato de escopolamina*, el *clorhidrato de hioscina*, el polvo de *datura estramonium* (de $\frac{1}{2}$ a 1,5 gr al día en dosis fraccionadas).

Han sido recomendados también el *absceso de fijación* y la *piroterapia* por medio de ondas cortas, pero los resultados no son muy alentadores.

Tanto al comienzo de la enfermedad, como posteriormente en las formas crónicas son aconsejables los baños calientes, a ser posible hasta de 40° de temperatura.

Contra los dolores de tipo tabético se emplean con buen resultado los *rayos infra-rojos*.

Las atrofas musculares se alivian utilizando las corrientes eléctricas *galvano-farádicas*.

Por último no hay que olvidar el aislamiento del enfermo (aunque no tan riguroso como en otras infecciones más contagiosas), la desinfección de su bucofaringe, y el reposo en cama.

§ 4. EPILEPSÍA

Concepto Actual

El concepto de epilepsia ha sufrido, en estos últimos años, una revisión considerable. Desde los tiempos en que se consideraba la enfermedad como una entidad nosológica dando importancia primordial al ataque, hasta el extremo de ser este solo síntoma el que caracterizaba la enfermedad, afirmando que sin ataque no había epilepsia —hasta la última concepción de la “epilepsia psíquica”, en que lo fundamental es el carácter epiléptico, la especial constitución mental de los sujetos comiciales.

Actualmente están de acuerdo todos los clínicos en considerar la epilepsia como un síndrome. El acuerdo no es tan unánime cuando se trata de admitir una epilepsia sin ataques convulsivos. A este respecto las opiniones se dividen aun entre aquellos —especialmente los autores franceses— que identifican y engloban en una misma descripción lo “epileptoide” y los “epiléptico”; considerando cada uno de estos conceptos como diversas fases o aspectos de una misma cosa y los que —como los pertenecientes a la escuela alemana, en general— detallan de un lado la epilepsia llamada esencial con sus ataques típicos y de otro, a los epilépticos como tipos psicológicos bien definidos.

Una apreciación que tiende cada vez más a desaparecer es el considerar aparte una epilepsia sintomática y otra idiopática. Se ha llamado hasta ahora epilepsia esencial, idiopática o, con mejor fortuna, criptogenética a aquella cuya etiología no podía ser puesta en evidencia con los medios de que disponía la clínica. Pero el hecho de que muchos de los casos diagnosticados como esenciales hayan tenido que ser posteriormente rectificados, bien porque la anamnesis más detallada o un examen más cuidadoso o las respuestas del laboratorio han mostrado las causas inmediatas de la enfermedad, o bien porque los estudios anatomopatológicos del cerebro de muchos epilépticos calificados en vida de criptogenéticos han puesto de relieve lesiones —a veces groseras— o modificaciones cerebrales que justificaban, por sí solas, la existencia de crisis comiciales.

Por otra parte el hecho de que, gracias al perfeccionamiento de nuestros medios de diagnóstico, se vaya ampliando cada vez más la lista de alteraciones o intoxicaciones del sistema nervioso central que dan origen a convulsiones más o menos identificables con las de la epilepsia, ha hecho también revisar totalmente el antiguo concepto de mal comicial.

Es pues, muy aventurado emitir un diagnóstico de epilepsia esencial y este, si queremos atenernos a un rigor científico, no puede ser más que provisional, indicando con ello que la causa del síndrome nos es por el momento, desconocida.

Una noción fundamental, base de todos los estudios que se hagan sobre epilepsia es la gran facilidad con que la corteza cerebral responde a las irritaciones mediante la convulsión. De ahí que pudiera definirse la enfermedad como un especial estado de irritabilidad de la corteza cerebral evidenciado en primer término, por la tendencia a las convulsiones y por alteraciones psíquicas del carácter y de la conducta.

Lo que no se puede explicar todavía, dado el estado actual de nuestros conocimientos, es por qué el encéfalo responde de distinta manera, según los casos, a un mismo tipo aparente, de alteración. O inversamente, cuál es la causa de que la epilepsia se produzca por caminos tan distintos.

Se tiende pues, con razón, a borrar el calificativo de esencial, aplicado a la epilepsia. El primer paso fué dado cuando dejó de ser considerada una entidad nosológica y entró en el vasto grupo de los síndromes tan numerosos en neurología. El síndrome es caracterizado por accidentes convulsivos —que pueden faltar— y por una especial conformación psíquica a la que Kretschmer ha dado el nombre de constitución epileptoide.

Ya Kraepelin había llamado hace medio siglo, la atención sobre el carácter de los epilépticos y había anotado su importancia.

Por otra parte la separación establecida en la mayoría de los tratados de neurología entre la epilepsia llamada idiopática y la jacksoniana sólo tiene un fundamento clínico, puesto que ni etiológica, ni patogénicamente existe una razón para tal diferencia. La pretendida relación entre traumatismo y epilepsia jacksoniana desaparecen si se observa que más de los dos tercios de los casos en que se invoca un trauma como causa de epilepsia, ésta es de convulsiones generalizadas y no limitadas como en la jacksoniana. Las mismas causas dan origen en unas ocasiones a la epilepsia genuina y otras a la de Jackson. Además, las formas intermedias y de transición son lo suficientemente numerosas para que se pueda afirmar que la epilepsia jacksoniana no es sino un tipo clínico del síndrome epiléptico general.

La única forma de epilepsia que sería justificable de una separación de la que nos ocupa, es la descrita por Starling con el nombre de epilepsia extra-piramidal que se presenta en algunos casos de lesiones de los centros sub-corticales.

Etiología

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto no es posible atribuir la epilepsia a una sola causa desde el punto de vista etiológico, aun cuando patogénicamente sea la irritación de la corteza cerebral la productora del síndrome.

El gran número de agentes epileptógenos, nos permite hacer una clasificación de los mismos como agentes etiológicos de la enfermedad.

Tratándose de niños, la extensión de las causas etiológicas no es tan vasta porque hay que eliminar algunas que, o no se dan en aquéllos, o son extraordinariamente raras. Tal sería el alcoholismo propio, la eclampsia y los tumores cerebrales entre otras.

1. *Herencia*.—El factor hereditario ha vuelto a cobrar importancia especialmente después de los trabajos de Conrad, Luxemburger y Rüdin. La influencia de la herencia se marca también en la transmisión de otras taras ya de por sí epileptógenas. Así ocurre que mientras sólo el 10% de los hijos nacidos de matrimonios en los cuales uno de los cónyuges es epiléptico son, a su vez, epilépticos, la proporción aumenta de un modo aterrador cuando se trata de hijos de alcohólicos. Es mucho más frecuente encontrar entre los padres de los epilépticos al bebedor, que al epiléptico mismo.

Evidentemente, dada la amplitud que el término epilepsia tiene en la actualidad, encontramos entre los antepasados de los niños epilépticos muchos familiares que, si bien no han padecido ataques, han presentado síntomas aislados fácilmente identificables con el mal comicial cuando se tiene de éste un tan vasto concepto. Como elementos que se observan en las familias de epilépticos se citan, entre otros la zurdera, la enuresis, la tartamudez y la migraña; pero nos parece un poco aventurado basar tan sólo en uno de dichos trastornos la naturaleza heredada de un caso, salvo, quizá, en lo que se refiere a la migraña.

Los autores franceses, llegan casi a negar el factor hereditario en la epilepsia. Así, Pitres afirma que la herencia similar no se observa más que en el 6% de los casos. De nuestra propia experiencia podemos decir que, en un grupo de 77 niños epilépticos sólo en 8 encontramos antecedentes comiciales, es decir, en el 10,4%, y esto incluyendo no sólo a los padres, sino a otros familiares (abuelos, tíos, primos).

Los epilépticos que engendran hijos sanos son infinitos. En un caso de observación propia una señora epiléptica desde su juventud, era madre de once vástagos, ninguno de los cuales había padecido hasta entonces —y el menor tenía ya 15 años— síntoma alguno de tipo comicial. Collins sólo encontró un 2,5% de epilépticos entre un grupo de 200 hijos de comiciales.

Las investigaciones llevadas a cabo por Luxemburger en el Erbforschungsinstitut de Rüdin,¹⁰ en Berlín, utilizando el método llamado pronóstico hereditario empírico dieron los resultados para esquizofrénicos que se resumen en el cuadro siguiente:

¹⁰ Rüdin, E., *Praktische Ergebnisse der psychiat. Erblichkeitsforschung*. Arch. Rassenbiol. n. 24. 1930.

	Disposición a otros tipos anormales	Probabilida- des de pade- cer la epilep- sia	Psicópatas epilépti- cos
Hermanos	3 %	19 %	16 %
Hijos	10 %	No fué investigado	
Sobrinos de 0,5 a 1 %		16 %	12 %
En la generalidad de la población...	0,3 %	7 %	9 %

Algunos autores americanos especialmente Löwenbach, Lennox y Gibbs¹¹ vuelven a insistir sobre la importancia del factor hereditario fundándose en los resultados que han obtenido mediante el electro-encefalograma en los familiares de epilépticos presentan alteraciones en la curva análogas a las de los enfermos mismos, mientras en las familias sin antecedentes comiciales sólo existe un 6% de disrítmicos.

2. *Alcoholismo*.—El alcoholismo de los padres es uno de los factores más importante en la aparición de la epilepsia de los hijos. En los países donde es muy elevado el consumo de aguardientes y productos destilados con tasa muy alta de alcohol, la epilepsia es más frecuente que en aquellos otros en los que la bebida habitual es el vino o la cerveza.

Según las estadísticas de casi todos los autores el 60% de los epilépticos son heredoalcohólicos preponderando la influencia del alcoholismo paterno sobre el materno con gran diferencia.

Además de su perniciosa acción sobre la prole el alcohol es un tóxico que, atacando a la corteza cerebral produce lesiones parenquimatosas o paquimeningeas susceptibles, por sí solas, de desencadenar ataques epilépticos.

Sabido es, por lo demás, el desastroso efecto que el alcohol ejerce sobre los que están ya afectos de mal comicial.

En los niños epilépticos basta en ocasiones la ingestión de pequeñas cantidades de sustancias etílicas para provocar un ataque. Es esto particularmente frecuente en niños abandonados o que habitan un medio viciado en los cuales la ingurgitación del tóxico está sumamente favorecida por el ambiente.

3. *Sífilis*.—Después del alcoholismo paterno, es la heredolúes, la causa invocada más frecuentemente como productora de epilepsia en el niño.

Las estadísticas más bajas señalan un 20% de casos en los que puede encontrarse la sífilis paterna como etiología de la enfermedad. Advirtamos

¹¹ Lennox, Gibbs E., y Gibbs F., *The inheritance of epilepsy as revealed by the Electro-encephalograph*. The Jour. of the Amer. Med. Assoc. 9. Septiembre, 1939.

de antemano que el tratamiento antisifilítico en nada suele modificar el estado de estos epilépticos de origen heredolúético.

4. *Tramautismo*. — Se señalaba antes una epilepsia traumática en oposición a la idiopática. No cabe hoy esta diferenciación desde el punto de vista clínico, puesto que ni siquiera el pretendido origen traumático de la epilepsia jacksoniana ha sido confirmado. Existen epilepsias de tipo idiopático a consecuencia de traumas craneales, como existen epilepsias tipo jacksoniano en las cuales la anamnesis más detallada no puede confirmar lesión alguna de aquella índole.

El traumatismo, bien afectando directamente la masa encefálica, bien cuando es simplemente craneal, puede desencadenar crisis epilépticas que con frecuencia persisten muchos años después de curada la lesión desde el punto de vista quirúrgico.

Según los estudios de Behague durante la gran guerra, el 12% de los heridos de cráneo, padecen —en general después de semanas o meses de latencia— ataques comiciales.

Si los niños no padecen epilepsia traumática con más frecuencia, dado el gran número de golpes craneales que suelen recibir, se debe en primer lugar a la elasticidad de los huesos durante la infancia lo que permite que el encéfalo se libre, con mayor facilidad, de la acción traumática.

En general las heridas penetrantes, con pérdida de fragmentos óseos y especialmente las que recaen sobre la región fronto-parietal tienen un peor pronóstico.

5. *Epilepsia refleja*. — La irritación de la corteza cerebral, puede provenir de agentes situados muy lejos de ella en el organismo. Se han descrito una multitud de elementos susceptibles de provocar ataques comiciales por vía refleja. A mi entender, y según lo que he podido observar en mi práctica, se requeriría para el desarrollo de la epilepsia refleja un terreno predispuesto por factores constitucionales (constitución atlética, constitución ictafin de Mauz) o hereditarios, especialmente en aquellos casos en que el síndrome epiléptico persiste después de desaparecida la causa de la irritación. Esta habría actuado solamente como factor desencadenante.

Casi todos los órganos de la economía han sido citados como punto de partida de un reflejo epileptógeno en circunstancias patológicas.

El tubo digestivo cuando abriga parásitos, la vesícula biliar calculosa, la pleura inflamada, la faringe, el cavum, las fosas nasales con pólipos, el oído medio, la mucosa gingival durante la dentición, etc.

También se ha descrito una epilepsia emocional por acción refleja del sistema nervioso de la vida vegetativa.

Los sustos son invocados muy frecuentemente por el vulgo como causa de esta enfermedad, tanto en los niños como en los adultos. En la mayoría de

estos casos suele encontrarse un fundamento más firme al origen de las crisis; otras veces lo que se descubre es un carácter epiléptico que permite colegir que el factor emocional sólo ha actuado desencadenando el síndrome completo.

En niños ya epilépticos no es raro ver aparecer los ataques seguidamente a una impresión.

En un caso observado por nosotros se trataba de un pequeño epiléptico de 8 años al que bastaba que alguno de sus hermanos le tapase los ojos con las manos inopinadamente o que el maestro de la escuela a que asistió durante algún tiempo lo llamase para sacarlo al encerado para que la pérdida de conocimiento con pérdida de orina, aunque sin convulsiones, acaeciese inmediatamente.

En estos niños impresiones tan pequeñas como las descritas pueden producirles efectos muy violentos.

Por último, en la etiología de la epilepsia hay que incluir todos aquellos padecimientos locales o generalizados del cerebro o de sus cubiertas que provocan la irritación de su corteza.

En primer lugar las encefalitis, cualquiera que sea su origen y las meningitis de todo tipo, pueden dejar como secuela una epilepsia crónica.

En un terreno más secundario los tumores cerebrales, raros en la infancia y las diversas encefalopatías.

Las intoxicaciones por medicamentos, como el mercurio o la estricnina y algunas infecciones (tifoidea, paperas y otras) son también agentes epileptógenos.

Anatomía Patológica

Aparte de los hallazgos groseros de la autopsia, en los que se encuentran tumores, lesiones meníngeas, malformaciones cerebrales, etc., la anatomía patológica de la epilepsia criptogenética es muy escasa en enseñanzas.

Spielmeyer encontró en los enfermos fallecidos en estado de mal, un estado hiperémico difuso que alcanza a las meninges y pequeños focos hemorrágicos. Pero esto no ha podido comprobarse en todos los casos.

Minkowsky ha descrito una degeneración de la oliva bulbar. Alzheimer, que es probablemente quien más ha profundizado en este estudio, sólo ha podido constatar —y esto tan sólo en algunos casos— una disminución de las células nerviosas y de las fibras mielínicas más acentuada en las segunda y tercera capas de la corteza cerebral.

Meyner había hallado alteraciones del asta de Ammon, consistentes en esclerosis de la misma. Estos hallazgos fueron confirmados por Alzheimer que los cita en el 60 % de sus casos.

Chaslis y Bleuler han descrito una proliferación de la glía. Pero hasta ahora ninguna investigación ha llegado a hallazgos de valor definitivo en la epilepsia.

Alteraciones Humorales

La imprecisión de los hallazgos anatomopatológicos en la epilepsia hizo dirigir la atención hacia los humores orgánicos suponiendo que quizá en este terreno fuese más fructífera la investigación.

Sin afirmar que resida en este campo la clave del problema, es indudable que del gran número de trabajos publicados sobre los líquidos orgánicos en los epilépticos han podido sacarse enseñanzas mucho más concretas y mucho más útiles, ya que de ellos se han derivado medios de tratamiento que se han revelado como de utilidad en el mal comicial.

La toxicidad de la sangre parece demostrada y tiene propiedades mioelónicas para el cobaya, especialmente cuando es extraída durante los ataques.

De los numerosos trabajos sobre el calcio en la sangre de los epilépticos parece desprenderse una hipocalcemia.

El fósforo sanguíneo, cuyo estudio en estos enfermos hemos emprendido,¹² está notablemente aumentado y su tasa parece estar en relación con la frecuencia de los ataques.

La colessterina es, según nuestras investigaciones,¹³ normal en los epilépticos. Lo mismo puede decirse de otras muchas sustancias investigadas como el ácido úrico, la glucosa, la creatina y la creatinina.

Quizás la modificación más importante en la sangre de los epilépticos sea la tendencia a la alcalosis, comprobada por numerosos autores. El *pH* sanguíneo puede rebasar las cifras de 7,44 y la reserva alcalina sobrepasar de 72 %.

Respecto a los elementos formes de la sangre se ha observado, en ocasiones, una leucopenia pasajera.

En la orina se ha comprobado una alcalosis anterior a los ataques seguida de una descarga azoada y polinuria postparoxítica.

El líquido céfalo-raquídeo es generalmente normal, al menos en la epilepsia criptogenética. Su presión se eleva ligeramente durante los ataques y algo más en los estados de mal.

Taussig y Prokupek¹⁴ han comprobado una disminución de la tasa de hierro en la epilepsia esencial.

¹² F. Pascual del Roncal, *El fósforo sanguíneo en la epilepsia*. Rev. Mex. de Neur. y Psi. Nov. 1939.

¹³ F. Pascual del Roncal, *El Fósforo y la Colessterina sanguíneas en las enfermedades mentales*. Arch. Neurob. 1936.

¹⁴ Taussig y Prokupek, *Železo v likvoru cerebrospinalním*. Revue v Neur. a Psi. Enero 1936.

También se ha observado un aumento transitorio de la tasa de urea a continuación de las crisis convulsivas.

Sintomatología

Desde el punto de vista didáctico conviene hacer una separación entre los síntomas somáticos, los psíquicos y las crisis convulsivas.

a) *Síntomas somáticos*. — Existen, en primer lugar, una serie de estigmas que, como expresión de una herencia tarada, se observan muy frecuentemente en los epilépticos. Son aquellas malformaciones craneales y faciales tales como las que acompañan a los heredolúéticos o a los heredoalcohólicos: cráneos torrencúceos o natiformes, microcefalia, dientes de Hutchinson, inserción defectuosa del pabellón de la oreja, alteraciones de la implantación de los dientes, etc.¹⁵

Son, sin embargo, muy numerosos los casos en que el epiléptico es de constitución normal, sin que su aspecto exterior haga sospechar la existencia de la enfermedad. Unicamente se comprueba, en muchas ocasiones, una constitución atlética más o menos pura que se invoca modernamente, después de los estudios de Kretschmer y Enke,¹⁶ como uno de los factores que favorecen el desarrollo de la epilepsia.

Los reflejos tendinosos suelen estar exagerados, pero los demás son normales. En el momento del ataque puede constatarse, aunque no siempre, la existencia del signo de Babinsky uni o bilateral. (Recordemos que el Babinsky es fisiológico en los niños hasta los tres meses), así como un clonus del pie. El reflejo pupilar a la luz queda abolido durante las crisis. La dilatación pupilar es constante.

Pueden observarse también trastornos de la sensibilidad cutánea, hipoestesia e hipoalgesia localizadas, muy rara vez generalizadas.

Algunos trastornos vasomotores, como el dermatografismo, no es difícil encontrarlos, así como trastornos tróficos y alteraciones cutáneas de tipo eczematoso.

Las caídas que sufren los enfermos durante los ataques, les producen heridas craneales a veces graves. Cuando las crisis son muy frecuentes, los enfermos llegan a presentar el rostro y la cabeza llenos de cicatrices que les dan un aspecto característico. Por otra parte, las caídas condicionan los progresos de la enfermedad favoreciendo el desarrollo de los cambios de carácter y la marcha hacia la demencia.¹⁷ Las mordeduras de la lengua típicas, sirven en ocasiones

¹⁵ J. Sempau, *El carácter y la forma corporal de los epilépticos esenciales*. Arch. de Neurob. n. 46, 1933.

¹⁶ E. Kretschmer y W. Enke, *Die Persönlichkeit der Athletiker*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1938.

¹⁷ Stauder, *Konstitution und Wesenänderung der Epileptiker*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1938. Psiquiatría.—11.

para afirmar el diagnóstico cuando el ataque no ha sido presenciado por el médico.

b) *Crisis convulsivas*. — En los niños, los ataques epilépticos propiamente dichos, no presentan, en general, la violencia que en los adultos, y son, además, menos frecuentes, siendo sustituidos en muchas ocasiones por otros trastornos, los equivalentes epilépticos, que luego describiremos.

El ataque puede ir precedido de ciertas sensaciones llamadas auras o presentarse bruscamente. En el primer caso, los niños que ya han padecido otras crisis tienen tiempo no rara vez de avisar a sus familiares, pues el aura suele ser siempre igual para un mismo enfermo. Este fenómeno preparoxístico es, en los pequeños enfermos de naturaleza sensorial o alucinatoria con más frecuencia que secretorio, psíquico o vasomotor. El niño ve “chispitas”, fuego o sensaciones visuales coloreadas, o nota hormigueo en un miembro, etc. Casi inmediatamente comienza la fase tónica del ataque caracterizada por la contracción de la musculatura, contracción que comienza por determinando grupo muscular —en muchos enfermitos siempre el mismo— para extenderse rapidísimamente a toda la economía. En ocasiones la contracción afecta primeramente a los laríngeos determinando un grito especial, bien conocido de los padres con un hijo enfermo.

La fase tónica dura varios segundos para dejar paso a la fase clónica en la que la contracción muscular es substituída por violentas contracciones que agitan todo el cuerpo, sacudiendo la cabeza y los miembros. Los ojos giran sobre sus órbitas y no es raro ver aparecer pequeñas hemorragias conjuntivales. La lengua, mordida en la fase anterior por la contracción trísmica de las mandíbulas sangra, y la boca deja escapar saliva espumosa y sanguinolenta. La facies está cianótica y sudorosa. La respiración se hace agitada y frecuente. Se producen trastornos de los reflejos, que hemos citado anteriormente. Después de uno o dos minutos —rara vez más— de este cuadro trágico, el enfermito deja de contorsionarse, va poco a poco volviendo a la consciencia, cuya pérdida es, durante el ataque, total o se sume en un profundo sueño del que despierta al cabo de un tiempo variable, cansado, laso, con un cierto estado de indiferencia, semi-estuporoso y sin recordar nada de la crisis porque acaba de pasar.

En la llamada epilepsia jacksoniana los accidentes no son tan espectaculares. La consciencia no se pierde por completo, sino cuando las convulsiones invaden la cabeza. Estas sólo afectan a una mitad del cuerpo, aunque no es raro que todo él participe especialmente en la forma llamada braquial.

O. Förster¹⁸ ha estudiado los focos cerebrales de los cuales parte el estímulo convulsivo, llegando a aislar ocho de tales focos (fig. 14), en los cuales residirá la lesión o la irritación cortical causante del ataque. El conocimiento de esta loca-

¹⁸ O. Förster, *Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles*. Verhand. Gessellsch. d. Nervenärzte, Leipzig, 1926, pág. 15 y sig.

lización ha permitido en ocasiones el llegar a una curación mediante una intervención quirúrgica que ha eliminado de la corteza cerebral la causa irritativa.

En el tipo braquial, como el más frecuente, la contracción muscular comienza por la extremidad distal del miembro superior, invadiéndolo progresivamente hasta alcanzar a la cara y pasando, en algunos casos, al lado opuesto del cuerpo.

Siguen en frecuencia los tipos crural y facial, en los que, como su nombre indica, las convulsiones comienzan por el miembro inferior o por la cara, respectivamente.

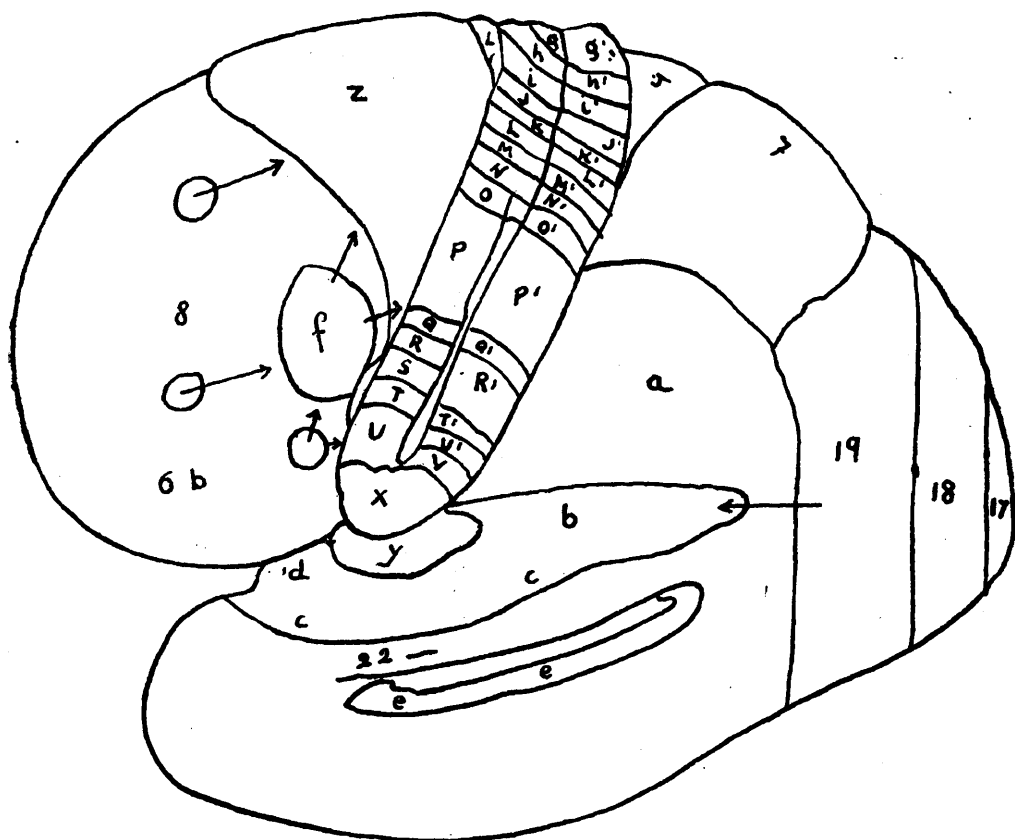


Fig. 15. — Focos de Förster (esquemático).

a) *Campo retrocentral*. Aura sensible. b) Aura acústica. c) Rotación conjugada de tronco, cabeza y ojos. Convulsiones tónicas y clónicas de las extremidades contralaterales. d) Aura olfatoria. e) Aura gustativa. f) Convulsiones clónicas del lado opuesto, sin aura. g g') Pies. h h') Piernas. i i') Muslos. j j') Vientre. k k') pecho. l l') Hombros. m m') Brazos. n n') Antebrazos. o o') Manos. p p') Dedos. q q') Cuello. r r') Cara. t t') Lengua. u) Maxilar, velo del paladar. u') Garganta. v) Laringe. x) *Campo de los movimientos masticatorios rítmicos*. y) Gritos y gruñidos. z) *Campo frontal adversivo*. Movimientos rotatorios conjugados del tronco, cabeza y ojos en el lado opuesto. Convulsiones tónico-clónicas contralaterales de las extremidades. 5) y 7) *Campo parietal adversivo*. Aura sensible. Convulsiones tónicas y clónicas del lado opuesto. 6b) *Campo masticatorio*. 8) *Campo frontal ocular*. 18) Aura óptica. 19) *Campo occipital ocular*. 22) *Campo temporal adversivo*.

No es infrecuente que, como secuela de las crisis, queden parálisis o paresias de tipo mono o hemipléxico en general transitorias, muy rara vez permanentes. También se observan disartrias, trastornos oculares como el nistagmos o la ambliopia, trastornos digestivos, etc.

c) *Síntomas psíquicos*. — El cuadro anteriormente descrito corresponde a lo que se ha llamado gran ataque, pero en los niños hay una serie de trastornos atípicos que pasan desapercibidos y que es preciso incluir entre los de naturaleza epiléptica.

Entre ellos la risa incoherente, formas espasmódicas, crisis de sofocación, impulsiones verbales, tendencia al insulto y otras varias que son raras en el adulto.

Estos “equivalentes epilépticos” sustituyen, y de ahí su nombre a los ataques y constituyen con gran frecuencia la única manifestación de una epilepsia latente. Durante toda la infancia pueden los niños presentar una sola de estas alteraciones y no llegar a sufrir crisis convulsivas hasta la pubertad o la juventud.

Los equivalentes pueden ser motores sensitivos y psíquicos y su parentesco con la epilepsia se demuestra por su coexistencia con convulsiones en el mismo individuo o en la misma familia, su carácter paroxístico y el agotamiento que dejan tras de sí, según ha expuesto acertadamente Crouzon.

Entre los equivalentes motores más típicos en los niños se encuentra la “epilepsia procursiva”. Repentinamente el pequeño corre delante de sí unos cuantos metros y se detiene hebetado; con la mirada perdida e inconsciente; al cabo de algunos segundos o unos minutos, nunca muchos, vuelve en sí sin recordar nada de lo que acaba de ocurrirle.

En los niños un poco mayores son muy importantes, por las graves consecuencias que pueden acarrear las fugas y el automatismo ambulatorio cuya sola diferencia estriba en que en las primeras los actos realizados tienen un carácter confuso, mientras que en el automatismo se realizan funciones muy complicadas con perfecto ordenamiento. Durante ellas los enfermos realizan viajes adaptando su comportamiento a las circunstancias, correctos y tranquilos, hasta que despiertan de su estado en un lugar, para ellos extraño, y sin acordarse en absoluto de los actos inmediatamente realizados ni de la forma en que han podido llegar hasta allí. No es raro que en estos casos los enfermos cometan delitos por acción o por omisión (falta de pago del billete en un vehículo, entrada en lugares prohibidos, etc.).

En un caso de nuestra observación¹⁹ se trataba de un niño de 12 años que hasta esta edad había llevado una vida correcta aunque según nos explicó la madre era “muy travieso” con los animales. El benévolo calificativo de la

¹⁹ F. Pascual del Roncal, *Criminalia*. Nov., 1939.

madre encubría una crueldad bastante típica en estos niños. En cierta ocasión había desplumado vivo a un pollo; otra vez colocó a un pequeño gato sobre un pliego de papel atrapamoscas divirtiéndose con las contorsiones y maullidos del pobre animal al intentar, en vano, desprenderse de aquella trampa. Cazar nidos de los árboles, atar latas al rabo de los perros, golpear a las gallinas, etc., eran actos de todos los días. En lo demás se comportaba bien, al decir de los padres. El pequeño me fué traído a continuación de una fuga. Desde el pueblo, cercano a Madrid donde vivía había venido andando hasta la capital, a la que llegó ya polvoriento y astroso. En las afueras robó unas naranjas a un frutero, el cual lo dejó por conocerlo de ir con su madre a proveerle de verduras. Llegado de noche, al centro de la ciudad rompió de una pedrada la luna de un escaparate, por lo que fué detenido. Dió respuestas incoherentes a los guardias quienes lo llevaron al Tribunal de menores donde, nada más llegar se durmió profundamente. Al día siguiente, al despertar, extrañado del lugar desconocido donde se encontraba, empezó a gritar llamando a su madre.

No recordaba nada de lo que le había ocurrido en las horas anteriores y su último recuerdo se refería a una reprimenda que le había propinado el maestro por un acto incorrecto en la escuela la tarde misma de su fuga. Los padres creyeron que ésta había sido la causa de la escapatoria por lo cual tuvieron una discusión con el infeliz maestro. Fué diagnosticado de epilepsia psíquica con gran extrañeza de los padres "pues nadie en la familia había padecido tal enfermedad". (Sin embargo, la anamnesis había comprobado que la abuela materna, muerta al nacer la madre del enfermito, era sí, "muy nerviosa" y de muy "mal genio", y esta última padecía jaquecas "atroces"). A los tres meses de estos hechos le dió al niño el primer ataque convulsivo típico.

El sonambulismo también muy frecuente en los niños no es sino un automatismo desarrollado durante el sueño.

Otros equivalentes epilépticos de naturaleza motora son ciertas mioclonias, entre ellas el síndrome familiar de Unverricht-Lundborg de origen extrapiramidal y la epilepsia de Kojewnikow, también de origen extrapiramidal y que es como una epilepsia jacksoniana frustrada, puesto que la convulsión se limita a un grupo muscular solamente. Ambas formas son, por otra parte, extremadamente raras, pero se presentan en niños.

Los equivalentes sensitivo-sensoriales más importantes son la migraña, poco frecuente en niños y sobre la cual hemos señalado anteriormente su importancia hereditaria y las alucinaciones de tipo elemental (llamaradas, voces confusas, olores extraños, etc.).

Los equivalentes psíquicos tienen gran importancia desde el punto de vista educativo. Entre ellos las *distimias* ocupan el primer lugar. Lo que llama la atención, y suelen ser los maestros y educadores quienes primero perciben la anomalía, son los cambios bruscos del humor acompañados de una serie de

síntomas que modifican totalmente el conductismo del niño. Algunos cuyo comportamiento, atención y laboriosidad son normales y aun, en ocasiones, supernormales, se convierten repentinamente en distraídos, vagos, irritables, están tristes, deprimidos o también angustiados y temerosos. Estas distimias, en cuya tonalidad puede predominar una de las características: tristeza, irritabilidad o angustia se presentan de una manera brusca —como el ataque de que son equivalentes— sin causa exterior —ya que son completamente endógenas— y no desaparecen ni con razonamientos ni con reprimendas. Tienen extraordinaria importancia especialmente en la forma colérica, porque la impulsividad es tan violenta e irrefrenable que puede conducir al niño a la comisión de un delito grave o a producirse a sí mismo lesiones. El suicidio infantil puede tener por origen uno de estos estados.

El tratamiento antiepiléptico hace desaparecer o mejora tales crisis, que son, por otra parte, intermitentes y no hay que confundir con el carácter epiléptico que es permanente.

En los llamados epilépticos traumáticos se observa —aunque no antes del trauma— irritabilidad, distimias, ataques de furor y raptus de ira que pueden llevarlos a cometer actos delictuosos. Todo lo cual, como la epilepsia misma, son consecuencia directa del traumatismo cerebral.

Se llaman *ausencias* a un tipo de equivalentes psíquicos consistentes en una detención momentánea de la conciencia que sobreviene repentinamente y durante la cual el enfermo continúa realizando en forma automática el acto comenzado o lo suspende para continuarlo terminada la ausencia que sólo dura unos segundos sin dejar recuerdo en el enfermo.

El *vértigo* consiste en una sensación rotatoria con pérdida del equilibrio y caída subsiguiente. Dura también muy breve tiempo.

El *pavor nocturno* que padecen muchos niños no es tampoco sino un equivalente epiléptico que puede prolongarse hasta muy avanzada la vida.

La *eneuresis nocturna* cuando se prolonga más allá de los cinco años debe hacer pensar asimismo en el mal comicial, debiéndose en tales casos investigar la existencia de otros síntomas.

Con el nombre de *piknolepsia* se ha descrito una momentánea suspensión de la conciencia acompañada de ligeros espasmos, gesticulaciones, micción involuntaria que puede presentarse varias veces en el día, persiste durante años y desaparece sin dejar secuelas y sin ningún tratamiento, ya que el habitual anticomicial no ejerce influencia alguna sobre ella. Es de advertir que la *piknolepsia* se ha observado también, según hace notar Weygandt²⁰ en otras enfermedades orgánicas del sistema nervioso y en algunas psicopatías.

²⁰ W. Weygandt, *Lehrbuch der Nerven und Geisteskrankheiten*. Marhold, ed. Halle a. S., pág. 571.

El Carácter Epiléptico

Llama especialmente la atención en el carácter epiléptico, la lentitud de los procesos ideativos acompañado de una pegajosidad, de una viscosidad en la expresión del pensamiento. En los niños es mucho más de notar esta *bradipsiquia*, porque la viveza y locuacidad propias de la infancia desaparecen bajo el torpor intelectual. En ocasiones estos niños dan la sensación de que sacan las palabras "con sacacorchos" según la expresión vulgar; se detienen en cada período del discurso, en cada pequeña frase, sin que, por otra parte se note ningún esfuerzo especial como ocurre en los niños normales embarazados ante un problema o cuestión difícil. En ocasiones la pausa entre palabra y palabra es tan prolongada que haría pensar en el "Sperrung" o bloqueo de los esquizofrénicos. Sin embargo, la inteligencia puede permanecer intacta, como se comprueba en sus ejercicios escolares. No hay obnubilación de la conciencia ni falta de atención. El gesto y la mímica son también pausados y disminuidos así como la acción. Son niños "calmosos" hasta la exageración, hasta lo patológico.

Acompaña a la bradipsiquia la prolijidad aunque ésta no es ya tan evidenciable en los niños como en los adultos, porque lo restringido del vocabulario en aquéllos les permite construir frases rebuscadas.

Ninguno de estos dos síntomas excluye la posibilidad de la existencia de otros que parecen estar en pugna con ellos. Tales son la irritabilidad ciega y explosiva que pueden presentar estos niños en determinados momentos y por motivos nimios. La más pequeña contrariedad desencadena en ellos tremendos accesos de cólera de tipo paroxístico, con impulsividad agresiva, agresividad peligrosa pues durante estos accesos, de cuya violencia, los niños sólo se dan cuenta a medias, pueden herir a otros pequeños o producirse lesiones a sí mismos. El síndrome explosivo se encuentra aproximadamente en los 2/3 de los epilépticos.

Son muy sospechosos de padecer una epeilepsia los niños que continuamente atormentan a sus madres con rabietas violentísimas durante las cuales gritan, lloran, patalean, se golpean contra las paredes, se tiran y arrastran por el suelo, arrojan bruscamente todo cuanto les viene a las manos, con el propósito de herir a los demás, insultan o amenazan a sus progenitores sin que ni razonamientos ni reprimendas, ni halagos sirvan para calmar en lo más mínimo la crisis.

Es de señalar, sin embargo, que el síndrome explosivo no forma parte de los típicos cambios del carácter epiléptico.

La terquedad y un cierto negativismo alternan con la obsequiosidad y con la adulación hasta la bajeza como medio de obtener ventajas o, lo que no es raro, de producir perjuicio a un tercero. No faltan en las escuelas niños de este

tipo adulones e hipócritas con el maestro al que cuentan las travesuras de los demás niños, sus compañeros, y crueles con éstos cuando son más fuertes que ellos. Lo que no les impide jugar una trastada al profesor cuando suponen que no van a ser descubiertos.

Desde el punto de vista afectivo una inestabilidad que los hace tan pronto acariciantes hasta la pegajosidad como violentos hasta el paroxismo. El criterio moral sufre también oscilaciones con tendencia al déficit del mismo.

Los cambios de humor, ya descritos completan el cuadro del carácter en estos enfermos.

Tanto el carácter epiléptico, como otros síntomas psíquicos, son una consecuencia de la acumulación de ataques y de las alteraciones de la conciencia ya consecutivas a aquéllos, ya espontáneas. Sin embargo, en el desarrollo del carácter epiléptico no influyen ni el número de ataques ni su frecuencia, sino la forma y duración de los trastornos de la conciencia subsiguientes. Tampoco existe una relación directa entre el número de ataques y la gravedad de las alteraciones caracterológicas.

Las alteraciones del carácter en los epilépticos se desarrollan más favorablemente bajo determinadas condiciones constitucionales, las llamadas por Mauz constituciones enecéticas (perseverativas de otros autores).²¹ Pero no basta este solo factor; es necesario además una acumulación de alteraciones de la conciencia. Sin éstas y sin ataques, nadie presenta carácter epiléptico (Stauder). Por tanto el estado de mal, los estados crepusculares, los enturbiamientos de la conciencia cuando son muy prologados y frecuentes juegan un importantísimo papel en el desarrollo de alteraciones características permanentes.

Es de notar que así como las personalidades psicopáticas —especialmente algunas de ellas— no son tan claramente evidenciales en los primeros años de la vida, el carácter epiléptico es de aparición más precoz permitiendo despistar a estos niños muy tempranamente.

Diagnóstico

El diagnóstico no ofrece dificultades en los casos con gran ataque en el que hay pérdida de conocimiento, mordedura de lengua, dilatación pupilar, signo de Babinski, etc.

En la llamada *gran crisis histérica* faltan estos síntomas, los pródromos son más largos y no hay nunca producción de lesiones al caer.

Los *vértigos* y las *ausencias* son diferenciables de los vértigos de origen laberíntico por coexistir éstos con otros trastornos del oído.

²¹ Mauz, *Die Veranlagung zu Krampfanfällen*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1937.

La *tetania* se presenta casi exclusivamente en los tres primeros años de la vida y coincide con trastornos digestivos y con raquitismo. Los signos de Weis y de Trousseau, la mano de tocólogo y la hiperexcitabilidad eléctrica de los nervios faltan en la epilepsia.

La *simulación* es sumamente fácil de descubrir en los niños.

Mediante el electro-encefalograma se puede demostrar en los epilépticos un retraso de las ondas alfa con modificaciones intermitentes de la curva y alteraciones del ritmo cerebral en forma paroxística, todo lo cual da caracteres casi patognomónicos al electro-encefalograma de los comiciales, incluso cuando aun no se han observado otros síntomas clínicos (Löwenbach).²²

El psicodiagnóstico de Rorschach es de gran utilidad en los epilépticos. Algunos de sus factores tienen una especial importancia.

Esquemáticamente las respuestas de color dan las siguientes cifras:

Epileptoides	0-3	FFb:0-1	FbF:0Fb
Demencia epiléptica.....	1-3	FFb:2-3	FbF:2-6 Fb
Imbecilidad y epilepsia.....	1-2	FFb:3-4	FbF:5-10 Fb

Evolución y Pronóstico

La epilepsia esencial evoluciona hacia la cronicidad. Si el tratamiento se descuida los ataques se hacen cada vez más frecuentes, en ocasiones subintrantes terminando en un *estado de mal*, en el cual el enfermo permanece continuamente estuporoso, en estado crepuscular y en lo raros intervalos, sin ataques, postrado. La demencia epiléptica, con pérdida total de las facultades psíquicas, especialmente de la inteligencia da al enfermito el aspecto del débil mental profundo, del imbecil o el idiota.

A este tipo de demencia final llegan no sólo los epilépticos con grandes ataques sino también aquellos cuya sintomatología comicial es, aparentemente, más benigna.

Por fortuna esta terminación no es fatal y muchísimos epilépticos alcanzan edades muy avanzadas, pudiendo llevar una vida activa, realizan normalmente, incluso con aprovechamiento, sus estudios superiores y ser útiles a la sociedad. Hombres eminentes (Dostoiewsky, Humboldt, Julio César, Napoleón y muchos más) han padecido la enfermedad lo que no les ha impedido ejercer profesiones que, como la de militar, parecen estar reñidas con la dolencia y no se aconsejan a estos pacientes.

²² Löwenbach, H., *The Electroencephlogram in healthy relatives of Epileptics*. Bull. of the Johns Hopkins Hospital. Julio, 1939.

C. Schneider ²³ y Mauz ²⁴ suponen, con bastante fundamento, que las contusiones craneales y encefálicas que los enfermos padecen a consecuencia de las caídas durante los ataques, pueden explicar suficientemente la presentación de la demencia epiléptica o al menos acelerarla. Scholz ²⁵ ha demostrado que, a causa de los ataques se forman focos anémicos y destrucción celular no sólo en el asta de Ammon sino también en la corteza, lo que conduce a un derrumbamiento de la capacidad intelectual. El por qué en unos casos esto ocurre con gran rapidez y en otros al cabo de muchos años depende no sólo del número de ataques sino asimismo de la distinta repercusión de éstos sobre el encéfalo y de la constitución y disposición personal de los vasos sanguíneos factor que ha sido estudiado con gran detenimiento por Pfeifer ²⁶ en su angioarquitectónica. La demencia epiléptica depende, en gran parte de la acumulación de ataques cuando durante ellos se producen trastornos arteriales con destrucción celular por hisquemia y necrosis.

La enfermedad puede curar, bien mediante el tratamiento adecuado, bien espontáneamente después de un período más o menos largo.

En la llamada epilepsia traumática la presentación precoz de ataques epilépticos, tiene, generalmente, un buen pronóstico y éste es tanto más pesimista cuanto más largo es el intervalo entre el trauma y el primer ataque.

En la epilepsia sintomática los ataques sobreviven rara vez a la causa y las alteraciones psíquicas constituyen una excepción.

La epilepsia es esencialmente una enfermedad infantil, ya que más del cincuenta por ciento de los casos comienzan antes de los diez años de edad y solamente un 20% después de los veinte.

En las niñas es muy corriente ver comenzar los ataques con las primeras reglas y ulteriormente acentuarse o presentarse únicamente durante la menstruación, desapareciendo cuando aquélla falta por amemorra, embarazo, castración, etc.

Tratamiento

El tratamiento de la epilepsia en los niños no difiere fundamentalmente del usado en los adultos. Únicamente el régimen higiénico y alimenticio ha de ser más riguroso, las medidas de protección más cuidadosas, la vigilancia más severa, ya que el niño ignora la naturaleza de su enfermedad y no sabe defenderse por sí solo.

²³ C. Schneider, *Über Schwankungen der Krampfneigung während des Lebens (Ikto-phile und iktophobe Lebensphasen)*. Nervenarzt, 7. 1934.

²⁴ Loc. cit.

²⁵ Scholz, *Über die Entstehung des Hirnbefundes bei der Epilepsie*. Z. Neur., 145. 1933.

²⁶ Pfeifer, R. A., *Die Angioarchitektonik der Grosshirnrinde*. 1928.

Para hacer un buen tratamiento es preciso comenzar por investigar minuciosamente el origen causal de la enfermedad. Si se confirma la existencia de sífilis, tratarla. Operar los tumores cerebrales.

Jonnesco ha propuesto la resección de los ganglios simpáticos cervicales y Leriche la simpatectomía pericarotídea, pero los resultados de tales operaciones no han sido, en realidad brillantes, por lo que deben proscribirse en los niños.

En la llamada epilepsia refleja, especialmente en la producida por vermes intestinales, suprimir la causa por los medios habituales.

El régimen higiénico-dietético tiene gran importancia. La vida en el campo es conveniente pues mediante ella pueden evitarse al niño otros padecimientos que debiliten su organismo.

Debe vigilarse el funcionamiento del tubo digestivo combatiendo el estreñimiento mejor que con laxantes medicamentosos con alimentación en la que predominen las frutas y verduras.

Dada la frecuencia con que en los niños hay intolerancia para determinados alimentos —que pueden ser de la índole más variada— suprimir de sus comidas aquel o aquellos de los que se sospechen efectos anafilácticos.

Los diversos regímenes propuestos como el cetógeno, el declorurado, el deshidratado no son de fácil aplicación en los niños, ni los resultados obtenidos tan definidos como para aplicarlos sistemáticamente. Basta suprimir del menú los alimentos excitantes, el café, el té y el alcohol, las carnes oscuras y los pescados pesados, los mariscos, la pimienta, la nuez moscada, el chile y otros condimentos de esta naturaleza. Aumentar, en cambio la cantidad de mantequilla, los jugos de frutas y estas mismas, las legumbres, verdes o secas y los feculentos.

Durante las crisis se instituirá un régimen lacto-vegetariano además de la medicación anticonvulsivante.

Del tratamiento medicamentoso siguen dando los mejores resultados los barbituratos, el tartrato boro potásico, el hidrato de cloral y los bromurados.

Entre los primeros el *Luminal* (Feniletilmalonilurea, Gardenal en Francia) a la dosis de 0,05 a 0,10 gr según la edad de los niños (0,01 gr por año de edad), tomado cotidianamente y *sin ser suprimido bruscamente* lo que daría lugar a accidentes. En los niños debe vigilarse su administración porque no son raros los casos de intolerancia; en este caso disminúyase la dosis o sustitúyase por el *Tartrato boro potásico* o por otros barbituratos como el *Rutonal* (fenilmetilmalonilurea) o el *Prominal* (feniletilmalonilurea) que son menos tóxicos.

Los accidentes a que dan lugar los barbitúricos, más acentuados en los niños cuanto más pequeños son, consisten en excitación psíquica con estado nauseoso y, en los casos graves, confusión mental y coma. Tampoco son raras las erupciones dérmicas.

Los recientes trabajos de Stauder²⁷ y los de Polisch y Panse²⁸ han puesto de relieve que el Luminal debe ser casi proscripto de la terapia anti-epiléptica, pues si bien su eficacia contra los ataques es innegable tiene en su contra el que las alteraciones caracterológicas se desarrollan más rápidamente y son más graves en los enfermos tratados con este fármaco que en los no tratados.

Los estados de turbidez de la conciencia duran, en general, 4 veces más en los enfermos tratados con la feniletilmalonilurea que en los sometidos a otros tratamientos o que en los libres de todo tratamiento. El Luminal hace también aumentar la fatiga y laxitud post-paroxísticas y los síntomas caracterológicos. Produce una más rápida y duradera decadencia psíquica sobre todo cuando se toma durante mucho tiempo o a altas dosis.

Sin embargo, como hace notar Stauder, el Luminal no es en ningún caso la causa de las alteraciones de la conciencia, pero en muchos casos favorece su desarrollo.

La afirmación de que en la mayor parte de los epilépticos el Luminal está contraindicado es quizá algo exagerada, pero no puede ponerse en duda la cautela con que debe utilizarse este producto y el detallado estudio que debe hacerse en cada caso particular antes de prescribirlo.

Por otra parte el Luminal puede substituirse con ventaja por el Rutonal o el Prominal y por el Tartrato-boro-potásico.

Este último es muy recomendable en los pequeños enfermos por estar prácticamente exento de toxicidad. La dosis es de 0,50 a 2 gr, pero puede ser elevada al doble, llegado el caso, y prolongar su uso durante meses enteros sin peligro.

Los recientes estudios de Merritt y Putnam²⁹ sobre la terapia de la epilepsia se han concretado en un nuevo producto para combatir esta enfermedad: el difenilhidantoinato sódico a la dosis de 0,1-0,2 gr, 3 veces al día, durante las comidas, dando media dosis en los niños. La toxicidad de este producto es escasa aunque en un 5% de los casos se observa exantema.

Cualquiera que sea el tratamiento específico, conviene simultanearlo con la terapia cálcica, preferentemente en inyecciones intravenosas en los niños ya mayorcitos.

Los bromuros, muy usados en otro tiempo, conviene prescribirlos asociados al régimen declorurado para favorecer la asimilación del bromo (que sustituye al cloro como halogenado). Su eficacia no es tan grande como la del tartrato, pero son útiles. Para evitar los accidentes brómicos se vigilará el

²⁷ Stauder, *Epilepsie, Pathogenese und Therapie*. Z. Neur. 161. 1938.

²⁸ Polisch y Panse, *Schlafmittelmisbrauch*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1934.

²⁹ Merritt y Putnam. — J. Amer. med. Assoc., 17 sep., 1938. Ref. en Fsehr Ther Ju-
nio, 1939.

intestino y la piel, suprimiendo aquéllos a la primera alarma. Las dosis en los niños varían entre 1 gr diario a los menores de dos años y 5, a los mayores de diez.

El hidrato de cloral se utiliza en el estado de mal al mismo tiempo que las inyecciones subcutáneas de Luminal sódico.

Durante las crisis ningún medicamento tiene utilidad para suprimirlas o acortarlas. En tales momentos sólo se puede atender al niño para evitar que se hiera o se asfixie si está en la cama. Introducir un pañuelo o el mango de una cuchara de madera entre ambas mandíbulas para impedir la mordedura de la lengua. Aflojar las vestiduras para facilitar la respiración.

La Asistencia a los Niños Epilépticos

Las dificultades que muchos de estos niños presentan para aprender un oficio, o para adelantar en la escuela ha hecho pensar, en algunos países en la creación de establecimientos especiales donde estos desgraciados seres pudiesen seguir estudios adaptados a su constitución mental y a su grado de inteligencia y en los que, al mismo tiempo, se ejerciese una vigilancia y se instituyese un tratamiento. Hasta ahora las escuelas dedicadas solamente a niños epilépticos son pocas. Ni Francia ni España ni ninguno de los países hispanoamericanos tienen instituidas clases de este tipo. En cambio, naciones como Checoslovaquia tenían distribuída una red que cubría las necesidades de la población epiléptica.

En las clases obreras en que los niños tienen, por desgracia, que ganarse la vida muy precozmente, este problema se agudiza, pues no son por lo general orientados acerca de los oficios que “no” deben ejercer dada su enfermedad.

En los exámenes psicotécnicos que fueron realizados por nosotros en el Instituto de orientación profesional de Valencia para la admisión de choferes del ejército fueron despistados algunos epilépticos que desde muy jóvenes habían aprendido a conducir. Imagínese el peligro que esto supone no sólo para la vida del propio sujeto sino para la de los viajeros que eventualmente pueda transportar.

Paul-Boncourt³⁰ ha expuesto las condiciones que deben reunir los oficios para que puedan ser ejercidos por epilépticos. Entre las cuales están: que no exijan desplazamientos constantes, que permitan una vida ordenada, que no requieran un contacto con el público ni favorezcan las explosiones emotivas, que no lleven anexa ni responsabilidad ni requieran vigilancia continua y, por

³⁰ Paul-Boncourt, *Sur la formation professionnelle des épileptiques*. Bull. Inst. Nat. d'orient. prof. Abril, 1931.

último, que no sea necesario en ellos la utilización de instrumentos vulnerantes, de máquinas o de sustancias tóxicas o cáusticas.

En los establecimientos públicos donde se reúnen gran número de niños internados, como correccionales, colegios de anormales, dependencias de los Tribunales de menores, Sanatorios, etc., sería de desear una separación, en pabellones aparte especialmente contruídos o acondicionados para albergar a los pequeños epilépticos.

En estos edificios todo estaría preparado para evitar accidentes a los pequeños enfermos.

La sección de niños epilépticos en la Masarikovo Dum de Krc (Checoslovaquia) que hemos tenido ocasión de conocer es, en tal sentido, perfecta. Los suelos son blandos, las escaleras están sustituidas por rampas, los lavabos tienen un borde de caucho y los grifos no sobresalen, las puertas tienen picaportes empotrados, toda clase de instrumentos, juguetes, material escolar, etc., carece de bordes cortantes, aristas, pinchos y demás elementos que pueden hacer peligroso su uso por los enfermitos. No faltan las barandillas en las camas, ni los brazos en las sillas, que llevan además una pieza delantera para impedir la caída. Todo el cristal usado es inastillable, etc., etc. No se presencia allí el espectáculo lamentable de niños con la cabeza llena de cicatrices, o con los labios partidos y la nariz desollada, reliquias de brutales caídas durante las crisis.

§ 5. SÍNDROME DE LITTLE

Desde que Little describió, a mediados del siglo pasado, la enfermedad que lleva su nombre, el concepto de la misma ha sufrido dos importantes cambios.

En la primera época se etiquetaron, bajo la misma denominación una gran cantidad de síndromes, alguno de los cuales, como más adelante se comprobó, nada tenían de común con el primitivamente estudiado, si no era la obscuridad que sobre su patogenia existía.

Posteriormente, y debemos a Freud³¹ la iniciación de esta segunda época, fueron separándose del concepto "parálisis cerebral infantil", como se la llamaba, algunos síndromes, como por ejemplo, la encefalitis periaxial difusa o enfermedad de Schilder, el spasmus mobilis y otros varios.

El hecho de que el spasmus mobilis, así como la atetosis doble, síndromes de-

³¹ Freud y Ric, *Klinische Studien über die halbseitige Cerebrallähmung der Kinder*. Viena, 1891.

pendientes de la lesión del núcleo lenticular y en los cuales no participa la vía piramidal, se incluyeran y diagnosticaran como enfermedad de Little da una idea de la confusión reinante aun no hace muchos años en esta cuestión.

En otra época se admitían como pertenecientes al grupo de la parálisis cerebral infantil los siguientes tipos clínicos:

- a) Hemiplejia espástica infantil,
- b) Diplejia espástica infantil,
- c) Rigidez general de los miembros,
- d) Rigidez parapléjica.
- e) Corea general infantil,
- f) Atetosis doble (atetosis idiopática bilateral),
- g) Spasmus mobilis,
- h) forma espinal del síndrome de Little,
- i) Parálisis espinal espástica (Friedmann),
- j) Parálisis espinal sifilítica de Erb.

La mayoría de estos síndromes han quedado posteriormente deslindados de la enfermedad de Little.

Así y todo el problema es aún confuso y en clínica no es extraño ver calificar de síndrome de Little algunos padecimientos poco claros y que por su sintomatología se aproximan a él.

Etiología y Patogenia

El capítulo etiopatogénico está dominado por dos únicos procesos: la heredosífilis y los traumatismos obstétricos. Muy en segundo término el criterio de van Gehuchten y el de Brissaud atribuyendo la causa de la enfermedad a la agenesia del fascículo piramidal.

La teoría del traumatismo obstétrico tiene poca firmeza si tenemos en cuenta que del 85 al 90 por ciento de los casos de síndrome de Little y de hemiplejia espasmódica de la infancia son niños nacidos prematuramente y es bien sabido que las distocias son muy raras en el parto preternatural espontáneo.

El origen sifilítico de la enfermedad tiene muchos más partidarios y su fundamento se acerca más a la realidad. Desde los autores que como Fournier sólo admiten la heredosífilis en la etiología de estos síndromes, hasta Althaus³² que niega a la lúes toda participación, las investigaciones en este campo han sido muy numerosas.

³² Althaus, *Über syphilitische Hemiplegie*. Deutsch. Arch. F. klin. Med. Volumen XXXVIII, pág. 186.

Erlenmeyer, Fraenkel y Heubner han reunido un gran número de casos en los que se observa una indudable relación entre parálisis cerebral infantil y hereditarios.

Baginsky, Hochsinger y Abercombie³³ han estudiado también casos evidentes de enfermedad de Little en sífilíticos congénitos.

Vizzioli³⁴ ha estudiado cuatro hermanos con diplegia espástica cerebral y heredosífilis.

Delbet ha encontrado un Wassermann positivo en la totalidad de sus trece casos.

Baboneix³⁵ que es uno de los autores que más atención ha dedicado a esta enfermedad, fundándose en la frecuencia del nacimiento antes de término de los enfermos de Little afirma que tanto el síndrome como el parto prematuro deben atribuirse a la misma causa: la sífilis.

En contra de esto están, por otra parte, los estudios de otros investigadores que han presentado casos en los cuales la sífilis no podía ser invocada.

Gareiso,³⁶ Stefano³⁷ y nosotros mismos³⁸ hemos presentado casos de esta naturaleza.

Puede pues decirse, en resumen que, si bien la sífilis congénita se comprueba en un gran número de casos queda un cierto grupo de enfermitos en los cuales la causa de la enfermedad es desconocida.

Anatomía Patológica

Como la enfermedad de Little no es, al cabo, más que una de las formas anatómo-clínicas de las encefalopatías infantiles, las lesiones que se encuentran en la autopsia son de índole muy diversa como corresponde a los distintos trastornos de esta naturaleza que puede sufrir el cerebro.

Así el examen del encéfalo muestra en la mayoría de los casos alteraciones groseras de la masa cerebral y de sus cubiertas. Es típica la porencefalia con la consiguiente pérdida de sustancia cerebral, limitada unas veces a los

³³ Abercombie, *On hemiplegia in children*. Brit. med. Journ., 1887.

³⁴ Vizzioli, *Quattro casi di diplegia spastica familiare infantile ereditaria*. Ann. di Nevrol. Vol. XVI.

³⁵ Babonneix, Roederer y Ronget, *Maladie de Little*. Bull. Soc. Pédiatrie de Paris, 1928. — Babonneix, *Enfermedad de Little y diplegias infantiles en sus relaciones con la heredosífilis*. Rev. med. Latino-Iberoam. junio, 1921. — El mismo y Hutinel, *Etiologie, pathogenie et anatomie pathologique de la maladie de Little*. Paris, 1911.

³⁶ A. Gareiso, *Hemiplegia cerebral infantil, 7 casos*. Arch. Arg. Ped. Dic., 1932.

³⁷ Stefano, *Contributo clinico allo studio della paraplegia spastica familiare*. Pediatria, vol. XXVIII, 1920.

³⁸ F. Pascual del Roncal, *Prispovek ke studiu choroby Littleovy*. Revue v. Neur. a Psy. Vol. XXXIII, pág. 126. 1936.

lóbulos paracentrales o invadiendo otras veces los núcleos subcorticales dando, en este caso origen a síndromes más complicados, de tipo extrapiramidal.

La hidrocefalia, la agenesia, ya sea limitada al fascículo piramidal ya interesando otras vías; la microcefalia; la esclerosis hipertrófica de forma tuberosa o por el contrario, la esclerosis atrófica; la meningitis crónica, acompañada de encefalitis crónica.

En otros casos se trata de lesiones microscópicas que atacan a diversos núcleos encefálicos: fascículos piramidales, núcleos caudal o lenticular, fibras hipo y estrio talámicas, etc.³⁹

Sintomatología

Aun siendo la enfermedad congénita los primeros síntomas no se hacen aparentes hasta la edad en que el niño suele comenzar a andar. Se observa entonces que el pequeño no aprende a sostenerse de pie, que a pesar del tiempo transcurrido y de los esfuerzos hechos por los padres no anda y es preciso sostenerlo. Al cabo de algún tiempo, pero mucho más del ordinariamente empleado por los niños normales, el enfermito anda por sí solo, pero con gran trabajo y frecuentes caídas, provocadas principalmente porque estando los miembros inferiores en aducción permanente, los pies y piernas se entrecruzan en forma de tijera, enredándose uno con otro (figs. 15 y 16). El mismo fenómeno impide, cuando es muy acentuado, sentarse al niño, pues las rodillas entrechocan y hacen difícil el equilibrio.

Lo fundamental y constante es la paraplejia espástica acompañada de rigidez que puede extenderse a los miembros superiores e incluso a los músculos de la cara. Como consecuencia, el niño se convierte en un inválido al que hay que ayudar para todos los actos de la vida.

Se comprende que, estando interesada la vía piramidal, no falten ninguno de los reflejos patológicos que se observan en las lesiones de esta vía. El Babinski, el Gordón, el Bechterew-Mendel, el Buzzard y el Rossolimo se observan casi siempre, siendo el primero el más constante.

La rigidez muscular alcanza todos los grados, desde la ligera en los casos leves, hasta la generalizada y fuerte. La atrofia muscular está también en relación con la gravedad del caso.

El andar de estos niños es característico. Se apoyan en la punta de los pies, cruzando una pierna sobre la otra, en forma de tenaza o tijera, avanzando cuidadosamente y guardando el equilibrio, ayudándose de los miembros superiores que mueven como aletas.

³⁹ Véase la detallada descripción de estas lesiones hecha por Babonneix y Voisin en el artículo *Encefalopatías*, tomo II de *Pediatria del Traité de Pathologie medicate et de Therapeutique appliqué de Sergent* París, 1936.

Se observan con relativa frecuencia trastornos mentales. Estos consisten fundamentalmente en debilidad mental, imbecilidad y hasta idiocia en los casos más avanzados. Trastornos de la palabra como tartamudez o parasigmatismo, como en un caso de observación propia, no son raros. Muchos casos tienen, sin embargo, su inteligencia normal.



Fig. 15.—Displegia espástica en la enfermedad de Little (Kamamura).



Fig. 16.—Displegia espástica en la enfermedad de Little (Kamamura).

Diagnóstico

En los seis primeros meses de la vida el diagnóstico de la enfermedad de Little es muy difícil, ya que los trastornos motores típicos no hay ocasión de poder observarlos, la atrofia muscular puede faltar y los reflejos patológicos como el signo de Babinski, Rossolimo, etc., son fisiológicos hasta los tres o cuatro meses después del nacimiento. En esta edad puede llamar la atención del médico la dificultad con que el niño mantiene el cuerpo erguido en la posición sentada. Un síntoma de alarma que nosotros hemos tenido ocasión de comprobar y que no hemos visto descrito por ningún autor, es el siguiente:

Si se coloca al niño en la posición decúbico prono se observa una casi inmovilidad del cuerpo, especialmente en su parte inferior. La tendencia del niño normal a erguir la cabeza y el tronco apoyándose en las manos y antebrazos

y las flexiones de la pierna sobre el muslo quedan muy disminuídas, casi abolidas, porque en esta posición el esfuerzo que ha de realizar el pequeño para moverse es mayor que en el decúbito supino, lo que pone más de relieve su impotencia kinética.

El diagnóstico se facilita conforme el niño va acercándose a la edad en que normalmente se comienza a andar y a balbucear las primeras palabras. Su torpeza motora, su hipomimia, los trastornos del lenguaje hacen pensar en el síndrome de Little.

Si el Wassermann es positivo en alguno de los progenitores y la anamnesis demuestra un parto prematuro o distócico, las dudas se van desvaneciendo.

Puede recurrirse al pneumo-encefalograma que permite comprobar la existencia de las lesiones más comunes en el síndrome.

Pasados los tres años el diagnóstico es ya fácil.

Tratamiento

El tratamiento es de tres tipos, y se dirige a la curación por una parte de los trastornos motores, por otra de las retracciones tendinosas y malformaciones de los miembros que impiden o dificultan la marcha, finalmente a aliviar las alteraciones mentales.

Sí la sífilis ha sido comprobada se impone una cura antiluética intensa a la cual puede coadyuvar la opoterapia mediante extractos tiroideos suprarrenales o hipofisarios.

Se instituirán al mismo tiempo sesiones cortas de corrientes continuas sobre los miembros paralizados alternadas con masaje.

Las operaciones correctoras están indicadas cuando fracasa el tratamiento medicamentoso y fisioterápico o cuando las retracciones tendinosas o las deformaciones de los miembros son muy grandes. La tenotomía y la artrodesis, la sección de algunas raíces medulares posteriores (operación de Förster) que reduce la contractura de ciertos músculos, o también la inyección de alcohol en el nervio obturador del miembro contracturado, tienen aquí su indicación.

La ortopedia, con aparatos correctores bien contruídos, da, en ciertos casos buenos resultados.

Es de recomendar la asistencia de estos niños a escuelas especiales en las que pueden ser tratados y corregidos sus déficit intelectuales y sus trastornos psíquicos.

§ 6. HEMIPLEJIA ESPASMÓDICA DE LA INFANCIA

Es, como la enfermedad de Little, una encefalopatía infantil y tiene muchos puntos de contacto con el síndrome anteriormente descrito.

La etiología y la anatomía patológica han sido ya estudiadas en el apartado anterior. En lo que se refiere a esta última sólo la localización de las lesiones en el encéfalo diferencia un síndrome de otro, pero por lo demás las causas de dichas lesiones son las mismas: porencefalia, hidrocefalus, etc. Las alteraciones cerebrales se fijan con preferencia en la región frontal ascendente.

En los primeros meses de la vida la existencia de la enfermedad, pasa desapercibida. Suele comenzar, cuando no es congénita, por un período de hemiplejia espasmódica.

Los miembros, especialmente el superior, pueden estar casi inmovilizados por la contractura.

En cambio los movimientos de marcha son mucho más fáciles que en el síndrome de Little, en primer lugar porque en la forma espasmódica sólo es una mitad del cuerpo la afectada y además porque la contractura y las retracciones tendinosas del miembro inferior son menos violentas.

No suele haber alteraciones del lenguaje, pero sí déficit mental.

En algunas formas clínicas se observan hemiatetosis y hemicorea y también convulsiones epilépticas.

Una forma particularmente grave es la hemiplejia doble. La impotencia es entonces muy marcada y los trastornos mentales más profundos.

El Babinski es positivo y el Rossolimo, Gordon y Betcherew-Mendel muy frecuentemente también. Los reflejos tendinoso y óseo están exagerados.

El tratamiento no difiere del que hemos expuesto para la enfermedad de Little, con la que se confundía antes la hemiplejia espasmódica de la infancia. La diatermia y las ondas cortas son aquí más útiles que la corriente continua.

§ 7. LOS SÍNDROMES COREÍCOS

Entre los padecimientos dependientes de las lesiones en el sistema extrapiramidal se encuentran un grupo de síndromes que han sido designados con el apelativo común de coreas.

Contra lo que generalmente se suponía, la corea no es una enfermedad ex-

clusivamente de la infancia. Los adultos e incluso los ancianos pueden padecerla aunque las formas clínicas sean, en uno u otro caso, distintas.

Kehrer distingue los siguientes tipos de síndromes coreicos:

1. Corea minor
2. Corea gravídica
3. Pseudocorea psicógena imitativa
4. Corea sintomática cuyo curso depende de la enfermedad básica:
 - a) corea transitoria en el primer estadio de la encefalitis epidémica
 - b) Síntomas coreiformes en las enfermedades difusas del cerebro como en la sífilis cerebral, parálisis progresiva y otras (muy rara)
 - c) hemicorea posthemipléjica en la parálisis y en la encefalitis infantiles.
 - d) Hemicorea a consecuencia de procesos unilaterales del cerebro, tales como tumores, embolia, arteriosclerosis etc.

5. Corea crónica progresiva hereditaria de Huntington. A esta forma pertenecen la mayoría de los casos de las llamadas corea senil y arteriosclerótica, algunos casos aislados de corea juvenil y la pretendida corea traumática.

En este Manual sólo tiene cabida la forma primera, la llamada corea de Sydenham del nombre del médico inglés que la describió a fines del siglo xvii (1685).

El síntoma clínico fundamental que caracteriza todas las formas de corea consiste en movimientos involuntarios e irregulares que invaden miembros, cabeza y tronco o pueden limitarse a la mitad del cuerpo (hemicorea) o a un solo miembro (monocorea).

Anatomía Patológica

En los síndromes coreicos las lesiones se circunscriben al sistema extrapiramidal de cuyas alteraciones son la expresión sintomática.

Lo que se observa al examen microscópico es una degeneración parenquimatosa de las pequeñas células nerviosas de dicho sistema.

Pero la vía extrapiramidal se compone de 1. el *striatum* (núcleo caudal y putamen o segmento externo del núcleo lenticular); 2. el *pallidum* (constituido por los dos segmentos internos del núcleo lenticular); 3. locus niger; 4. cuerpo de Luys; 5. núcleo de Deiters; 6. núcleo de Bechterew y, 7. núcleo rojo. Este sistema rige los movimientos voluntarios y de la mímica, los reflejos defensivos, los movimientos posturales, de actitud, de deambulación, bipedestación masticatorios y deglutorios entre otros (fig. 17).

No es pues, de extrañar, que las diversas lesiones de que puede estar afectada la vía extrapiramidal influyan considerablemente sobre toda la vida kinéti-

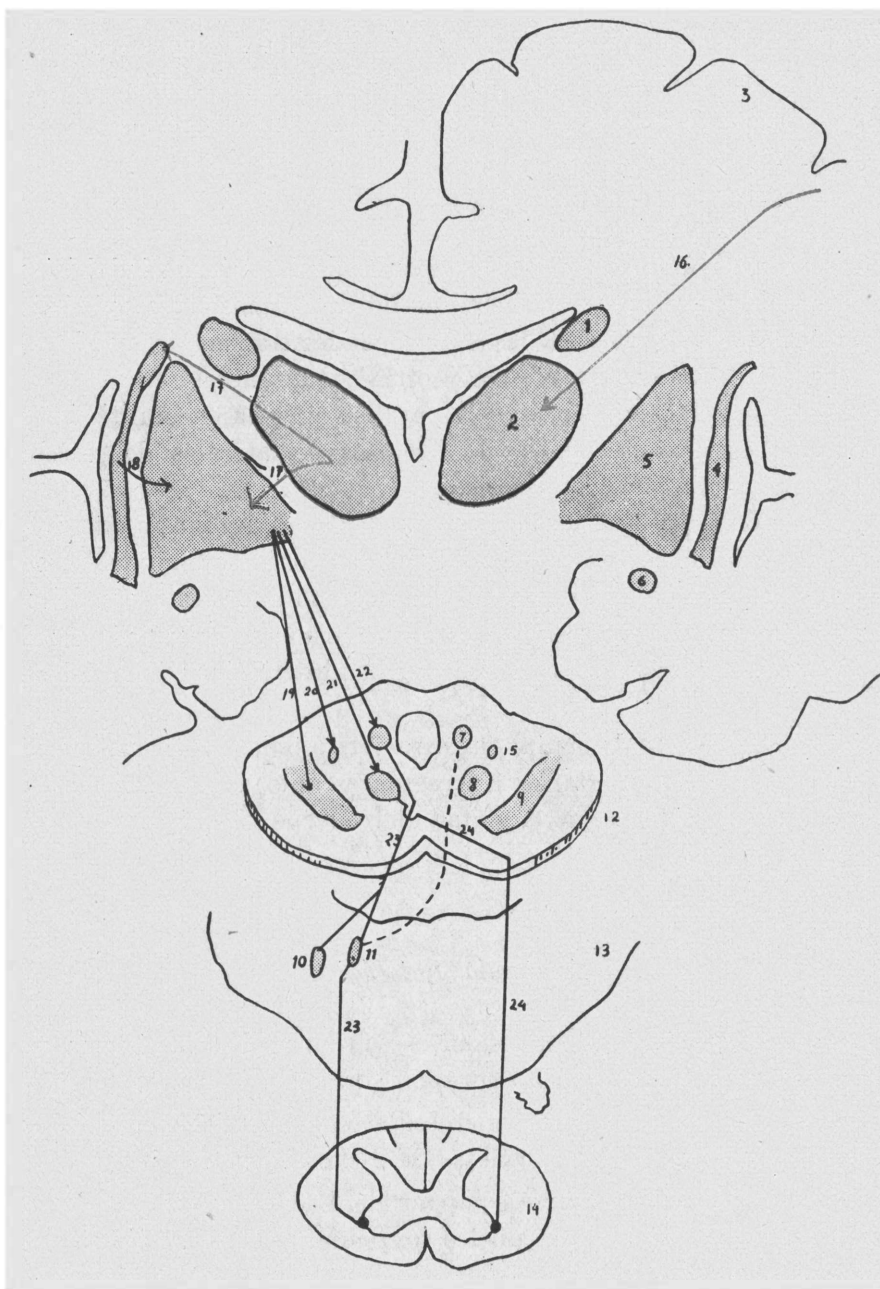


Fig. 17.—La vía extrapiramidal (esquemático).—1. Núcleo caudal.—2. Tálamo óptico.—3. Corteza cerebral.—4. Putamen.—5. Pallidum. — 6. Cola del núcleo caudal.—7. Núcleo de Durkschewitsch.—8. Núcleo rojo.—9. Locus niger.—10. Núcleo de Bechterew.—11. Núcleo de Deiters.—12. Pedúnculo.—13. Protuberancia.—14. Médula.—15. Cuerpo de Luys.—16. Fibras córtico-talámicas.—17. Fibras tálamo-estriadas.—18. Fibras putamino-palidales.—19. Fibras pálido-nígricas.—20. Fibras pálido-luysianas.—21. Fibras pálido-rúbricas.—22. Fibras pálido-darkschewianas.—23. Fascículo vestibulo-espinal (directo).—24. Fascículo rubro-espinal (cruzado).

ca del enfermo, ni tampoco que el tipo de trastornos a que dan lugar dichas lesiones sea muy variable en relación con el gran número de combinaciones a que se presta.

Así, en la corea minor o corea de Sydenham es, principalmente el núcleo caudal el que está interesado. En la corea de Huntington es el cuerpo estriado en su totalidad. Si el núcleo rojo es destruido aparecen los síndromes tipo Benedickt de los que se han descrito cuatro formas clínicas. Por su parte, el Hemibalismo, que es un tipo de hemicorea, obedece a la lesión limitada del cuerpo de Luys según demostraron las invstigaciones de v. Economo, Fischer,⁴⁰ Jakob⁴¹ y Matzdorff⁴² principalmente.

Obligatoriamente hemos de limitarnos aquí a hacer tan sólo una ligera exposición de la anatomopatología de la corea de Sydenham, puesto que extenderse a todo el sistema extrapiramidal daría lugar a una monografía cuyo objeto está ya cumplido por la completísima de Jakob.

Así como en el hemibalismo todas las observaciones concuerdan en atribuir el síndrome a la exclusiva destrucción del cuerpo de Luys en la corea de Sydenham existe una gran confusión debido a que los hallazgos de la autopsia son bastante contradictorios. Se han encontrado lesiones a nivel de los núcleos grises centrales en sus segmentos putamino-caudales o neoestriados (P. Marie y Tretiakoff,⁴³ Gresenfield y Wolfsohn⁴⁴ y otros); a nivel de la corteza y del núcleo dentado del cerebro (Lhermitte y Pagniez,⁴⁵) y asimismo a nivel de la corteza cerebral (Fiore⁴⁶ y otros) hasta el extremo de que autores como Boujenah⁴⁷ consideran la lesión del cortex como la más importante.

Las lesiones son de tipo inflamatorio encefalítico, con infiltración leucocitaria perivascular. En otros casos domina la degeneración de las células nerviosas.

⁴⁰ Fischer, O., *Zur Frage der anatomischen Grundlagen der "Athetose doble" und der posthemiplegisches Bewegungsstörungen überhaupt*. Z. f. d. g. u. P., VII, pág. 463, 1911.

⁴¹ A. Jakob, *Die extrapyramidalen Erkrankungen*. J. Springer, ed. Berlín, 1923.

⁴² P. Matzdorff, *Beiträge zur pathologie der extrapyramidal motorisch systems. Das syndrom des corpus Luysi*. Z. f. d. g. N. u. P. pág. 538, 1927.

⁴³ P. Marie y Tretiakoff. *Examen histologique des centres nerveux dans un cas de chorée aiguë de Sydenham*. Rev. Neur., pág. 428, 1928.

⁴⁴ J. G. Greenfield y J. M. Wolfsohn, *The patthology of Sydenhams Chorea*. The Lancet, pág. 603, 1922.

⁴⁵ J. Lhermitte y P. Pagniez, *Anatomie et Physiologie pathologique de la chorée de Sydenham*. L'Encéphale, enero 1930.

⁴⁶ G. Fiore, *Contributo allo studio della anatomia patologica della corea de Sydenham*. Riv. Clin. Padiat. pág. 193. 1922.

⁴⁷ Boujenah, *Contribution á l'etude anatomo-clinique de la chorée aiguë*. Tesis de París, 1933.

Etiología y Patogenia

No es raro ver aparecer movimientos coreícos en el curso de las más diversas infecciones, pero es con el reumatismo poliarticular agudo con el que la corea minor guarda una mayor e indudable relación.

Bien sea durante un ataque agudo reumático, ya sea varias semanas o meses después de curado aquél, no es raro ver aparecer en los niños una corea infecciosa cuyo origen hay que atribuir al reumatismo.

La enfermedad es esencialmente infantil, presentándose entre los 5 y los 15 años; por encima y por debajo de estas edades es poco frecuente y puede afirmarse que después de los veinte años los movimientos coreiformes no pertenecen ya al síndrome de Sydenham.

La llamada corea traumática no pertenece a este terreno, según han demostrado Crouzon, Chavany y Martín.⁴⁸ No hay que olvidar la noción fundamental de que la corea minor es una enfermedad *infecciosa*.

Algunos autores han emitido la opinión de que esta dolencia sería producida por un virus neurotrópo, pero la teoría no ha sido, hasta ahora, confirmada.

El sexo femenino es más frecuentemente atacado por la enfermedad en la proporción de 3/1, según nuestra experiencia.

Sintomatología

El trastorno fundamental de las coreas es la hiperkinesia. Al nivel de los miembros existe una agitación motriz consistente en movimientos involuntarios, con desplazamientos bruscos, segmentarios de cierta amplitud. Cada movimiento parece estar condicionado por una contracción rápida, explosiva, como una impulsión y de duración breve. Es un movimiento corto, inacabado, que parece traducir la ausencia de continuidad y de perseveración en la contracción muscular. Los movimientos no son simultáneos y en su presentación sucesiva no están sujetos a ningún ritmo, siendo totalmente irregulares. Aparecen así separados unos de otros por pausas de una duración muy variable (G. See). En los primeros estadios de la enfermedad no llaman todavía la atención estos movimientos desordenados. Los niños comienzan por padecer tan sólo una inestabilidad, un desasosiego que poco a poco va convirtiéndose en gesticulaciones, en pequeños subsaltos, en actos bruscos como rotura de objetos (al caérseles de las manos o golpearlos involuntariamente), dificultades para llevarse la cuchara a la boca o para escribir. Durante unos días los padres constatan una como "torpeza" de los niños debida a su "atolondramiento" y precipitación.

⁴⁸ O. Crouzon, Chavany y Martín, *Electrocution ayant laissé des troubles choreoathetiques persistents. Discussion sur la nature organique*. Soc. Neur. de París, Feb. 1924.

Muy pronto esta primera fase se transforma en el período de los movimientos coréicos que hemos descrito y cuya naturaleza patológica no escapa ya a nadie.

Los actos más sencillos se hacen difíciles y a veces imposibles. El niño está en continua agitación motriz. Las funciones viscerales se perturban también y se modifican el ritmo respiratorio, los movimientos de masticación y de deglución. Este último trastorno da lugar no rara vez a que los líquidos o alimentos deglutidos se desvíen hacia la laringe, provocando la tos y sofocación correspondientes. Como en el reumatismo, cuyo parentesco con la corea de Sydenham ya hemos señalado, el corazón padece desórdenes que pueden ir desde una simple arritmia funcional hasta la endocarditis con lesiones de la válvula mitral, lesiones que pueden dejar una insuficiencia permanente de la misma o afectar a otro segmento de la viscera cardíaca.

La amplitud y frecuencia de los movimientos coréicos dependen no sólo de la gravedad de los casos sino también de determinadas circunstancias transitorias. El reposo en cama los atenúa considerablemente, tanto más cuanto más prolongado es éste y durante el sueño cesan por completo, lo que, por fortuna, permite descansar al enfermito.

En cambio, las excitaciones ya motrices (cansancio físico, marcha, etc.) ya psíquicas (esfuerzo intelectual, emociones), aumentan la frecuencia y desorden de los desplazamientos.

En las formas hemicoréicas no es extraño que las excitaciones de orden físico o psíquico se traduzcan por sincinesias o por movimientos de tipo reflejo, como ha demostrado Thomas.

La localización de los movimientos se extiende a todos los grupos musculares, pero pueden comenzar por los miembros superiores para ir generalizándose durante el curso de la enfermedad.

El padecimiento comienza a veces con fiebre (no olvidemos que se trata de una infección) o ésta aparece cuando la hiperkinesia es ya muy pronunciada. En muchos casos, sin embargo, falta la hipertermia durante todo el curso de la dolencia.

En el líquido céfalo raquídeo se observa casi siempre un aumento de las albúminas y pleocitosis que no suele pasar de 12/3 células.

Las funciones psíquicas son afectadas por la enfermedad. En los casos leves los trastornos en esta esfera se reducen a inestabilidad, movilidad de la atención, que va de uno a otro objeto sin fin determinado; el mismo fenómeno se observa en los procesos ideativos. Se trata de una verdadera "corea psíquica". Los delirios alucinatorios agudos sólo se observan en casos muy graves y son, por lo demás, raros. Un estado de debilidad mental que persista después

de curada la corea debe hacer pensar en complicaciones encefalíticas durante el curso. Aquélla, por sí sola, no da lugar a trastornos mentales permanentes.⁴⁹

El pronóstico es benigno. Los casos mortales son muy raros y ocurren con más frecuencia cuanto más próximo a la edad adulta está el enfermo. La enfermedad suele durar dos o tres meses, pero hay casos muy benignos que pasan en unas semanas y por el contrario otros que, aún sin una sintomatología muy acentuada pueden prolongarse durante años. En general con la pubertad el padecimiento cura espontáneamente.

Diagnóstico

El diagnóstico de corea de Sydenham se fundará:

a) En el análisis del movimiento diferenciándolo de los atetósicos y mioclónicos, lo que no suele ser difícil cuando se han visto casos de la enfermedad, ya que son muy distintos. El análisis cinematográfico puede servir para analizar los movimientos, pero esto sólo tiene una finalidad más investigadora que clínica.

b) En la edad del enfermo, recordando asimismo su mayor frecuencia en las niñas,

c) En los antecedentes reumáticos del niño y sus familiares, así como en los trastornos neuropáticos de aquéllos,

d) En su comienzo insidioso y gradual.

e) En los eventuales trastornos cardíacos y dolores reumatoides articulares.

f) En su alivio por el reposo y el tratamiento.

Tratamiento

Reposo físico e intelectual absoluto en los casos graves, menor en los leves. En estos últimos bastará con que el niño pase 12-14 horas en la cama, aunque interrumpiéndole, desde luego sus estudios. Evitar al enfermo las emociones y las contrariedades.

Régimen lacto vegetariano al principio aumentando después, si existe mejoría algo de carne asada, huevos y mantequilla, pero sin cargar demasiado al enfermo.

Los licores de Boudin (solución de ácido arsenioso al 1 por mil) y de Fowler (solución de arseniato de potasa) continúan siendo utilizados.

Las dosis del primero son:

5 años: dos gramos el primer día (en poción) aumentando de dos en dos gramos hasta llegar a diez.

⁴⁹ Véase: S. Kraus, *Persönlichkeitveränderungen nach corea minor*. Schweiz. Arch. Neur. 34, 1934.

7 años: comenzar por tres gramos hasta llegar a doce.

9 años: 5 gramos el primer día hasta llegar a 15.

A partir de esta edad comienzo por 5 gramos aumentados hasta 25 ó 30.

Si se presentan fenómenos de intolerancia debe suspenderse inmediatamente la medicación arseniosa y sustitúyase hasta que aquéllos pasen por la solución alcalina de antipirina a la dosis de 50 ctgr por año de edad.

El licor de Fowler se administra a la dosis de dos gotas por día y año de edad hasta llegar progresivamente a xx gotas por jornada.

Suspéndase también si hay síntomas de intolerancia consistentes en anorexia, diarrea y vómitos.

El sulfato de magnesia da buenos resultados en inyección intravenosa (subcutánea o intramuscularmente son dolorosas). Kuthan⁵⁰ ha obtenido éxitos administrando una inyección diaria de 20 c.c. de la solución al 50%.

Tanto la medicación arsenical, como la antipirínica deben ser vigiladas muy atentamente para evitar accidentes.

En los casos graves el hidrato de clorar en jarabe a la dosis de 3 gramos diarios o también el tártaro estibiado a la dosis de cinco centigramos diarios durante tres días, interrumpida otros tres días, para continuar con una segunda serie comenzada con dosis de seis centigramos, caso de no notarse mejoría. Esta medicación sólo deberá emplearse en casos graves y en niños ya mayores (14 años en adelante).

La punción lumbar, por sí sola puede aliviar. En los casos muy graves a continuación de la extracción de l-c-r se inyectarán 2 cc de sulfato de magnesia al 25%.

Se usan también los salicilatos administrados en gotas (teniendo la precaución de agregar bicarbonato sódico) o mejor en inyección.

Se ha utilizado la *cloretona* a la dosis de 5 a 7 gramos en los niños de más de 10 años, pero es un medicamento sumamente peligroso, siendo preferible sustituirle por el *trional*, de iguales resultados pero sin toxicidad.

La vacunoterapia, preconizada recientemente por Sutton en la corea, da excelentes resultados. Pueden utilizarse vacunas estreptocócicas pero el mejor método es la inyección progresiva (comenzando por 0,1 cc y aumentando las dosis según la reacción febril) de vacuna tífico-paratífica (1000 millones de bacilo tífico, 750 de paratífico A y 750 de paratífico B por cc).

Como coadyuvantes de los fármacos la hidroterapia, principalmente en forma de envolturas frías (12 grados), acompañadas de fricciónamiento. Caso de trastornos psíquicos, con confusión mental son preferibles los baños tibios.

Durante la convalecencia conviene sobrealimentar al enfermo, llevarle al campo, prescribirle gimnasia rítmica y respiratoria, duchas templadas.

⁵⁰ Med. Klin., 41. 1938.

§ 8. DEGENERACIÓN LENTICULAR PROGRESIVA

Enfermedad de Wilson

Desde que Kinnier Wilson describió la enfermedad que lleva su nombre, las ideas y conocimientos sobre su patogenia, anatomía patológica y sintomatología no han variado apenas.



Fig. 18.—Estado final en la enfermedad de Wilson (según Kehrler).

El escaso número de casos de degeneración lenticular progresiva, y su incurabilidad da poco interés práctico a este padecimiento.

Las lesiones anatomopatológicas descu- biertas en la autopsia de los enfermos falleci- dos de esta enfermedad han sido siempre la degeneración parenquimatosa progresiva de las células nerviosas del núcleo lenticular, es- pecialmente del pallidus, que son sustituidas por formaciones neuróglícas abundantes.

El hígado presenta una esclerosis nudosa con destrucción de las células hepáticas e hi- pertrofia de las conjuntivas.

Los casos que se conocen se han observado en niños mayores de doce años y en jóvenes hasta los 25. Aunque es una enfermedad de las llamadas familiares y en la cual la heren- cia juega un importante papel, puede presen- tarse aisladamente en un miembro de una familia sana.

Las ideas de Wilson sobre la patogenia, confirmadas después por otros autores continúan en vigor suponiéndose (dada la participación del sistema hepatoesplénico) que se trata de una toxicosis de origen intestinal que tendría afinidad por el núcleo lenticular.

Entre los síntomas destacan la contractura principalmente de los miembros, pero que puede extenderse al tronco, movimientos atetósicos, temblor intencional que aumenta conforme la enfermedad avanza, risa o llanto espasmódico, trastor- nos de la palabra (disartria, anartria, bradilalia) y, por último, debilidad mental que llega hasta la demencia en los estados finales. (Fig. 18.)

Se comprende que, tratándose de una lesión tan estrictamente localizada en el núcleo lenticular falten los síntomas de la vía piramidal. Los reflejos son, pues, normales.

A pesar de su rareza, la enfermedad no es difícil de diagnosticar por la asociación de las alteraciones hepáticas con las extrapiramidales.

En las formas de evolución rápida, la muerte puede sobrevenir en pocos meses. Otras veces el éxito letal, inevitable, ocurre a los cinco o seis años de comenzado el padecimiento.

§ 9. ESPASMO DE TORSIÓN

Observado casi exclusivamente en niños de las razas judía y eslava, el espasmo de torsión fué descrito por primera vez por Oppenheim a principios del siglo actual.

Consiste en un trastorno del tono muscular que ataca principalmente a las extremidades y musculatura del tronco a consecuencia del cual, unos grupos están afectos de hipertonía y otros ligeramente hipotónicos. En los primeros se producen espasmos y contracciones involuntarias que provocan diskinesias en forma de movimientos sin coordinación, especialmente cuando el enfermo trata de ejecutar algún acto voluntario. En cambio, los movimientos automáticos se realizan sin dificultad.

La enfermedad se reduce a estos síntomas, sin que aparezcan otras alteraciones corporales ni psíquicas.

La enfermedad parece ser debida —aunque todavía no está exactamente comprobado— a la lesión del cuerpo estriado.

§ 10. HEMIBALISMO

Como hemos indicado en el capítulo de los síndromes coréicos (v. pág. 180) el hemibalismo es una hemicorea de evolución muy rápida que conduce fatalmente a la muerte y producida por la destrucción del cuerpo de Luys.⁵¹

La hiperkinesia de esta enfermedad es caracterizada por su gran violencia y por ser unilateral.

⁵¹ Wenderowic, *Über das anatomische Substrat der Hemiballismus*. Zeitsch. f. die ges. Neur. u. Psych. n. 78, 114, 1928. — Bertrand, I. y Garcin, R., *Etude anatomo-clinique d'un cas d'Hemiballismus. Lesion dégénérative du corps de Luys et de la zona incerta*. Revue. Neur. 820. 1933.

El enfermo es presa de movimientos desordenados, de gran amplitud, bruscos, sin finalidad y que interesan los miembros superior e inferior en su totalidad, así como la cabeza y el cuello. La hiperkinesia llega al paroxismo cuando el enfermo trata de ejecutar movimientos voluntarios que quedan sin terminar por la intrusión de los espasmos y contracturas. A veces se agregan atetosis de la mano y el brazo.

Durante el sueño los movimientos anormales cesan, pero no así en el decúbito ni en la posición sentada.

Puede constatarse una hipotonía muscular en el lado afecto así como también una excitación mental.

La enfermedad —que estalla bruscamente— evoluciona con rapidez a la muerte en pocas semanas, sin que hasta ahora ninguna terapéutica haya dado el menor resultado.

§ 11. ATETOSIS DOBLE

Es un síndrome poco frecuente, siempre congénito y que se observa en los primeros años de la vida.

Vogt ha descrito las lesiones anatómo-patológicas que consisten en una alteración del estriatum, el cual toma un aspecto marmóreo (*status marmoreus* de Vogt).

El síndrome consiste en la aparición de movimientos involuntarios, lentos, como reptantes de los miembros superiores. La mano presenta movimientos ondulatorios, seudorrotatorios, a los que se asocian sincinesias.

La enfermedad produce en los niños déficit mental bastante marcado.

En ocasiones remite espontáneamente, pero siempre quedan reliquias, especialmente psíquicas.

§ 12. HEREDO DEGENERACIÓN ESPINO-CEREBELOSA

Se agrupan bajo este nombre, propuesto por Mollaret, un grupo de síndromes, cuyas características comunes son la ataxia cerebelosa y el ser todos ellos hereditario-familiares, y presentar, desde el punto de vista anatomopa-

tológico, una degeneración atrófica de los cordones posteriores de la médula y lesiones más o menos extensas del cerebelo.

Los síndromes aislados son:

- a) Ataxia de Friedreich. (1861)
- b) Heredo ataxia cerebelosa de Pierre Marie. (1893)
- c) Distasia arefléxica hereditaria de Roussy y Levy. (1926)
- d) Síndromes intermediarios.

Etiología y Patogenia

La enfermedad es de tipo hereditario y aparece, con frecuencia, en varios miembros de una misma familia, ya sean descendientes directos, ya colaterales.

Los primeros síntomas se manifiestan entre los 3 y los 15 años. La forma de Pierre Marie, que suele ser juvenil, comienza en jóvenes de 15 a 20 años, en cambio, no es raro ver aparecer la distasia arefléxica hereditaria en el primero o segundo años de la vida.

La causa fundamental de la enfermedad nos es desconocida. Se ha supuesto que se trataría de una afección de origen heredosifilítico y también en diversas infecciones en el curso de las cuales aparece alguna vez el padecimiento. Pero estos factores sólo parecen intervenir desencadenando la enfermedad ya latente en un terreno cuya predisposición hereditaria es evidente. Lo mismo puede decirse de los traumatismos invocados por algunos autores en la etiología de la enfermedad.

Anatomía Patológica

El examen histológico revela la relación entre la sintomatología del padecimiento y las lesiones del neuroeje.

En la enfermedad de Friedreich las lesiones están localizadas en los cordones posteriores y en el fascículo piramidal cruzado del cordón lateral de la médula. Los fascículos cerebeloso directo y cerebeloso cruzado están ligeramente lesionados y el cerebelo presenta alteraciones muy discretas o, en algunos casos, es normal. Tales lesiones consisten en una degeneración de las células nerviosas seguida de hipoplasia y ulterior atrofia de todos los elementos nobles del trayecto cordonal.

En la enfermedad de Pierre Marie, por el contrario, las alteraciones medulares son muy escasas y no localizadas. Los cordones posteriores suelen estar sanos, en cambio, es el cerebelo el órgano que presenta trastornos anato-

mopatológicos más profundos que pueden llegar, en ocasiones, a la atrofia total del mismo.

En otros síndromes, los hallazgos histopatológicos pueden combinar las dos formas anteriores, como en algunos casos descritos recientemente, en cuyo caso los síndromes no hacen sino reflejar el grado y naturaleza de la lesión orgánica nerviosa.

Sintomatología

Lo primero que llama la atención en estos enfermos son los trastornos kinéticos. La marcha, los movimientos coordinados de los miembros, tanto superiores como inferiores, la estación sentada y el equilibrio están profundamente alterados.

Fundamentalmente se trata de una combinación de los síntomas de la ataxia cerebelosa y de la ataxia tabética, reflejando las lesiones de que están afectos los cordones medulares y el cerebelo.

La marcha es muy dificultosa, no sólo por las frecuentes pérdidas del equilibrio estático sino por la incoordinación de los movimientos reglados para realizar el acto de andar.

Tampoco son fáciles la estación en pie o sentado, pues el balanceo constante, la disminución de la fuerza muscular y a veces la atrofia de determinados grupos musculares, unido a la alteración del sentido de equilibrio y no rara vez a contracciones musculares, fibrilaciones, dolores, anestias y analgesias de tipo tabético no permiten al paciente más recurso que el lecho o la permanencia en un sillón especial que impida sus caídas.

Se une a esto el hecho de que los enfermos de mal de Friedreich padecen deformidades de las manos y pies y de las vértebras que dificultan aun más los movimientos deambulatorios.

En casi todos los casos (salvo en los del tipo Pierre Marie) se observa pie equino. Con menos frecuencia también la mano está en posición análoga (mano y pie de Friedreich). La escoliosis y lordosis vertebral se observan más raramente. (Faltando siempre en la heredoataxia cerebelosa).

Las alteraciones de los reflejos consisten más frecuentemente en abolición de los tendinosos; otras veces están exaltados, sobre todo en la forma de Pierre Marie. Algunas veces se comprueba un Babinsky positivo.

Si se agrega a los síntomas descritos el nistagmus, que casi nunca falta, los movimientos atetósicos y los trastornos de la palabra (disartria, palabra escandida, bradilalia, etc.), tendremos el cuadro completo de la enfermedad.

La diferenciación de los tres síndromes de heredo degeneración espino cerebelosa puede hacerse sobre las siguientes bases:

- a) Enfermedad de Friedreich: predominio de los síntomas medulares.
- b) Enfermedad de Pierre Marie: predominio de los síntomas cerebelosos.
- e) Enfermedad de Roussy-Levy: predominio de los trastornos de la marcha y del equilibrio con ausencia casi total de toda otra suerte de alteraciones.

La evolución de la enfermedad suele ser lenta. Los síntomas se presentan gradualmente y van agravándose poco a poco o quedan estancados en un cierto estadio. En la distaxia arrefléxica no es raro observar mejorías espontáneas al cabo de algunos años de enfermedad.

El padecimiento es fundamentalmente infantil y juvenil. Ningún caso se ha observado con aparición posterior a los 26 años.

Los enfermos pueden alcanzar una larga vida arrastrando su enfermedad y morir de otra causa cualquiera no relacionada con la heredoataxia.

Tratamiento

Los recursos para luchar contra estos síndromes son bastante precarios. Desde el punto de vista medicamentoso nada hay que pueda curarlos, aunque sí aliviar algunos trastornos mediante una terapia sintomática.

Mejor resultado se obtiene, sobre todo, desde el punto de vista funcional, merced a la fisio y electroterapia que en algunos casos y aplicada pacientemente durante mucho tiempo, puede permitir aprovechar los miembros superiores.

LA DELINCUENCIA INFANTIL

§ 1. LAS CAUSAS DE LA CRIMINALIDAD JUVENIL *

Las causas de la criminalidad juvenil son muy numerosas.

Podemos agruparlas en dos grandes apartados: A), Endógenas y B), Exógenas. Examinaremos en el primer grupo la herencia, las taras físicas y las taras psíquicas; en el segundo el ambiente, la escuela, la familia, etc.

A) Factores Endógenos

Herencia.—El concepto de criminal nato, en el sentido en que lo entendía Lombroso,¹ con sus estigmas de degeneración ha sido hoy superado gracias especialmente a las investigaciones sobre la herencia en los gemelos.

Las antiguas ideas sobre la heredabilidad de las disposiciones criminales (familia Chretien, estudiada por Déjerine. Estudios genealógicos de Galton, etc.), han sido en parte confirmadas por los estudios de Rüdín,² Luxemburger,³ Conrad y otros aun cuando teniendo en cuenta también la heredabilidad de ciertas enfermedades somáticas y psíquicas que se observan con frecuencia en los llamados criminales natos.

Hay que tener en cuenta, además, los factores ambientales, pues no siempre puede ser achacado a la herencia el hecho de que un niño delinca. Si éste nace y se desarrolla en un ambiente delictuoso puede tratarse de un “proceso imitativo” como ha expuesto Adler,⁴ pues, “los rasgos caracterológicos adquiridos por personas que ya poseen la importancia a que aspira el niño atraen y orientan el afán de éste”.

Con respecto a las familias de delincuentes, el caso es el mismo. “Como la tradición, el modo de ver la vida y el mal ejemplo, van mano a mano orienta-

* Este capítulo sigue las líneas generales de nuestros trabajos: F. Pascual del Roncal, *Delincuencia infantil y enfermedad mental*. Arch. esp. de Pediatría, Oct., Nov., Dic., 1935; y F. Pascual del Roncal, *Zlocinost u deti*, Casopis lekaru cechy. Mayo, 1936.

¹ Lombroso, *L'uomo delinquente*. Ed. reducida de Gina Lombroso. Turín, 1924.

² E. Rüdín, *Praktische Ergebnisse der psychiatrischen Erblichkeitsforschung*. Arch. Rassenbiol. n. 24. 1930.

³ Luxenburger, *Psychopathologie und Erblichkeit*. Berlín, 1931.

⁴ A. Adler, *Conocimiento del hombre*. Trad. esp. de H. Berk, Calpe, ed. Madrid.

dos hacia el delito, éste llega a parecer al niño la manera más fácil de vivir". (Adler).

No puede extrañarnos que de un imbécil nazca otro y que, uno y otro cometan delitos llevados por su escasa mentalidad.

Tampoco es nada raro que un padre psicópata engendre un hijo también psicópata y que ambos, con su modo de ser anormal, delincan ante un conflicto de la vida. Esto no es herencia de la disposición delictiva; es, sencillamente, herencia de una enfermedad o de un temperamento. Pero aun así los factores hereditarios tienen extraordinaria importancia.

Taras físicas.—Las enfermedades somáticas, y las deformaciones ¿pueden ser una causa de criminalidad?

Hemos de prescindir aquí de aquellas dolencias agudas en cuyo curso pueden presentarse trastornos de la conciencia, de la percepción u otras alteraciones psíquicas que conduzcan a un eventual delito a un enfermo, por lo demás normal.

El que un niño, durante la tifoidea, padezca un delirio que le lleve a arrojar de la cama y golpear a los que le rodean no puede ser tomado aquí en consideración.

Otro es el aspecto que presenta la cuestión si observamos lo que ocurre con los niños afectados de ciertas enfermedades crónicas, o de deformidades somáticas. Aquí ya no se trata de una influencia directa de la enfermedad sobre la tendencia al delito, sino que esta influencia se ejerce a través del carácter, modificándolo, agriándolo y obligando al niño a conducirse en la vida de modo muy distinto a como lo haría si se viese libre de su invalidez.

Las amputaciones de algún miembro, las escoliosis, la lordosis, la falta de un ojo, el labio leporino, la tuberculosis (por el aspecto que da al niño), el albinismo, la cojera, etc., crean en la conciencia del niño un sentimiento de inferioridad con respecto a sus compañeros de juego y de escuela que es, además, agravado por las burlas o por el desvío que los demás pequeños muestran hacia él.

Por este mecanismo, que actúa constantemente en el pensamiento infantil, se engendran rasgos de carácter de índole agresiva, como los ha llamado Adler, tales como la envidia, el odio, los celos, etc., que pueden desviarle hacia el delito.

Sin embargo los estudios estadísticos no denotan una mayor criminalidad en estos niños enfermos que en los sanos físicamente.

En los menores que pasaron por el Tribunal de Menores de Barcelona en un año y en los cuales fué investigado especialmente este factor, la estadística arroja los siguientes porcentajes:

	Por 100
Estaban indemnes de tara física el.....	32
Presentaban graves perturbaciones de nariz y garganta (vegetaciones adenoideas, perforación palatina, pólipos, etc.)...	22
Padecían enfermedades venéreas.....	10 (14 % en niñas)
Adolecían de defectos visuales no corregidos por lentes.....	14
Con trastornos del oído (Otorragia, sordera, otitis crónica, etc.)	5
Tenían graves lesiones cerebrales.....	4
Con síntomas neurológicos.....	4
Corea	2
Trastornos endocrinos y óseos (raquitismo, lordosis, etc.).....	7

Si descartamos de aquí las lesiones cerebrales, los trastornos endocrinos y la corea, que actúan muy directamente sobre la psique, y si consideramos las enfermedades venéreas, como efecto de la misma causa que ha conducido a la criminalidad, es decir, el ambiente (ya que casi exclusivamente en un medio profundamente viciado se dan estas enfermedades entre los niños), observaremos que estos porcentajes, obtenidos entre niños delincuentes no son esencialmente distintos a los que pueden obtenerse en el resto de los menores.

En Norteamérica, donde se llevan muy detalladamente estas cuestiones, se ha investigado hasta la influencia de los defectos dentarios.

Así en Chicago, el 53 por ciento de los niños delincuentes presentaban dientes cariados, mientras en Boston, el porcentaje era tan sólo del 6%, diferencia que, naturalmente nada tiene que ver con la criminalidad, sino con las condiciones climatológicas y las aguas potables, pues en el resto de la población era exacta para las dos grandes urbes.

En la zona bociosa de Chicago había un 11% de hipertiroideos entre los pequeños criminales, mientras que Boston sólo marcaba un 0.5% con tal anomalía, datos perfectamente acordes con las estadísticas generales de esta enfermedad en una y otra ciudad.

Así pues, los defectos físicos sólo tienen influencia en la criminalidad infantil, por lo que pueden afectar a la psique.

Taras psíquicas. — Mucho más importantes son las huellas que el psiquismo patológico marca en el conductismo del niño.

Sin pretender lanzar el calificativo de psicópata a todo niño delincuente —como quieren algunos autores— es indudable que las psicopatías influyen notablemente en la delincuencia infantil, como influyen en la del adulto.

Pero aquí intervienen, además, otros factores, a los que el adulto puede sustraerse si en ello pone interés, pero que, en cambio, encadenan al niño que no puede valerse por sí mismo. Nos referimos al ambiente que luego estudiaremos en detalle —que se entremezcla íntimamente con el psiquismo, lo modifica, lo deforma, llegando a hacer difícil la delimitación de lo que es achacable a una u otra causa.

No podemos compartir la opinión de Collin,⁵ que considera como psicópatas al 70% de los niños delincuentes.

La estadística de Healy,⁶ basada en 4,000 casos se coloca más cerca de la realidad. Da los siguientes porcentajes:

	Por 100
Individuos normales (2).....	70
Imbéciles.....	14
Con ligera debilidad mental.....	9
Psicopáticos.....	3

La psychopatie Clinic anexa al Juvenil Court de New York, ha examinado durante el año 1920 a 1,082 niños delincuentes comprendidos entre los seis y los 16 años y ha observado los porcentajes siguientes:

	Por 100
Normales.....	17,8
Retrasados simples sin tara mental.....	33,5
Anormales de la inteligencia o de la afectividad.....	36,6
Alienados.....	4,1
Psiconeuróticos.....	5,7
Epilépticos.....	2,3

Hace algunos años se consideraba como débiles mentales a casi todos los niños delincuentes. En realidad, la proporción de oligofrénicos no aumenta mucho entre los delincuentes.

Goddard,⁷ admitía un elevado porcentaje de débiles mentales en los reformatorios para jóvenes criminales y Aguayo⁸ en el asilo de niños delincuentes de Guanajay, encuentra un 60% con tres o más años de retraso mental y un promedio general de retraso de dos años. A pesar de los datos de éstos y otros investigadores las meticulosas investigaciones llevadas a cabo estos últimos años permiten suponer unas cifras menos elevadas.

Así como la psicología del niño es muy distinta de la del adulto (no mayor ni menor, ni rudimentaria o primitiva, sino sencillamente, distinta), no podemos establecer la misma diferencia entre la psiquis del menor delincuente y la del menor normal que escasamente varía para un tipo caracterológico semejante.

Ya hemos visto que la oligofrenia no es tan excesivamente frecuente entre los menores criminales como se creía.

⁵ Collin-Rollet, *Medicine legal de l'enfant*. Maloine, ed. París, 1926.

⁶ Exactamente la cifra que da Collin para los psicópatas.

⁷ Goddard, *Psychology of the anormal and subnormal*. Dodd, Mead and C., ed. New York, 1919.

⁸ Aguayo, *Psicología Pedagógica*,

Si las estadísticas dan a veces un elevado tanto por ciento de débiles mentales, esto es sólo una apariencia, pues se suelen incluir bajo este calificativo a los retrasados pedagógicos, cuyo retraso no se debe a factores endógenos, sino a causas puramente fortuitas (educación e instrucción defectuosa, malas condiciones escolares, etc.) Por otro lado, la debilidad mental de grado ligero no es rara entre la generalidad de las gentes, por lo cual no es extraño que la presenten también los jóvenes delincuentes.

Con respecto a otras enfermedades mentales la proporción es todavía menor, por no ser la infancia tan propicia a ellas, aunque van aumentando progresivamente conforme nos acercamos a edades más avanzadas.

B) Factores Exógenos

El aspecto de la cuestión cambia por completo cuando se profundiza en las causas exógenas de delincuencia. Es en ese lado donde se encuentran los factores primordiales que desvían la ruta del niño hacia la transgresión de la ley.

a) *Familia*.—Las condiciones de vida del menor tienen tal importancia para el desarrollo de tendencias perniciosas que, según Healy, tan sólo el 6% de los niños juzgados por el Tribunal de Boston vivían en medios favorables.

En la estadística correspondiente a México, Solís Quiroga, juez-médico del Tribunal de Menores de la capital da para el período 1927-31 en el que fueron examinados 4,578 menores, las cifras siguientes:

	Por 100
Familia aparentemente organizada.....	43,26
Existencia de padrastros.....	8,23
Alcoholismo.	8,43
Miseria.	1,15
Padres separados.....	6,51
Falta de interés de los padres.....	6,37
Faltas de orden sexual.....	2,95
Excesivo número de hijos.....	0,79
Padres rateros.....	0,05
Sin hogar.....	16,28

Como de la misma estadística se deduce que tan sólo el 54,83% de estos niños vivían en el hogar de los padres, la cifra que aparece junto al concepto "familia aparentemente organizada" hay que reducirla en cerca de la mitad.

Es natural que aquellas personas más próximas al pequeño sean las que este tome como modelo a imitar. Por esto las querellas incesantes de los cónyuges, la inmoralidad, el alcoholismo, la criminalidad de los progenitores acostumbra al niño a ese ambiente haciéndole creer en su naturalidad.

Por otra parte, tales padres no suelen tratar a sus hijos con miramientos; los gritos, los golpes, las privaciones nutritivas y el trabajo duro a muy tem-

prana edad obligan al niño a pasar la mayor parte del día fuera del hogar (con lo que viene a sumarse la influencia de la calle) o a huir definitivamente del mismo, con lo cual dan el primer paso para caer en la delincuencia.

La presencia de personas extrañas o poco apreciadas en el medio familiar (madrastras, concubinas, hijos de otros matrimonios, etc.) contribuyen también a hacer hostil el medio.

Estas desdichadas familias son, con mucha frecuencia, consecuencia de dificultades económicas que el pobre niño tiene que soportar también.

Vivienda sórdida, alimentación escasa, promiscuidad en el lecho, falta de distracciones sanas, etc., son los factores que ya por sí solos bastan para estropear al menor.

Es este además el más influyente medio porque en él permanece sumergido el niño en sus primeros años de vida, es decir, en aquellos en los que su psique es más maleable y las huellas que en ella se marquen en esta época quedarán indelebles y dejarán sentir sus efectos a través de toda la existencia.

b) *La calle*. — La calle donde los pequeños pasan gran parte de su vida (especialmente en los países como España o México, donde el clima, la raza, la escasez de escuelas, etc., favorece el callejeo de los niños) no permanece indiferente para el joven organismo. La iniciación sexual precoz suele realizarse en este medio; las pequeñas raterías en pandilla preparan al infante para mayores empresas; las lecturas pornográficas relajan su moral y excitan su imaginación.

El vagabundeo por las calles los acostumbra con demasiada prontitud a frecuentar tabernas y cantinas, la compañía de muchachos ya pervertidos a quienes pretenden emular, las conversaciones poco edificantes, todo, en fin, contribuye a destruir las buenas cualidades del niño.

Puffer, Rus y Herz han demostrado recientemente la perniciosa influencia de la pandilla en la criminalidad juvenil. El niño se siente asistido por sus compañeros y comete actos que, solo, no se trevería a realizar.

Muchos niños se ganan la vida en la calle, dedicados a oficios a los que Ferriani ha dado el expresivo nombre de "oficios pretexto". Limpiabotas, recaderos, vendedores ambulantes, etc., ingresan en gran número en los Reformatorios para menores.

En Inglaterra no se permite a los menores de catorce años la venta ambulante, con lo cual se impide en parte, que muchos niños se estropeen.

c) *Influencia del cinema y de la literatura*. — Estos factores han sido, a nuestro entender exagerados. Nosotros creemos que lejos de elevar la delincuencia infantil contribuye a disminuirla, como todo lo que signifique cultura y educación. El hecho de que, inspirados en un film, haya algún grupo de niños

cometido delitos no invalida nuestra opinión, basada en la experiencia. Cuando el cine no existía, el menor se inspiraba en las lecturas o, si era analfabeto lo cual es demasiado corriente en los niños delincuentes, al menos en muchos países, tomaba por modelo las aventuras legendarias de algún bandolero popular. Lan y Matilde Kelchner que han estudiado este aspecto de la delincuencia juvenil, no han llegado a conclusiones distintas.

La memoria del tribunal de menores de Bilbao dice que un número bastante considerable de menores a él sometidos lo eran por la corruptora influencia del cine. Probablemente si estos menores hubiesen sido estudiados más detenidamente se hubieran encontrado otras causas mucho más profundas.

En los casos que nosotros hemos estudiado, procedentes del Tribunal de Menores de Barcelona se rozaba, en algunos el tema de la influencia del cine, sugerido por los familiares del menor detenido. Pues bien; en todos ellos hemos encontrado causas a las cuáles poder achacar con más fundamento que a los films o a los libros, el motivo de la infracción. Se trataba en unos casos de oligofrénicos, en otros de niños en pésimas condiciones ambientales, en otros de analfabetos, etc. No negamos que, sobre un terreno abonado pueda ejercer influencia alguna de estas causas como factor coadyuvante, pero sin pasar de ahí más que en algún caso aislado, por lo demás raro.

d) *Epoca de crisis*. — En las épocas de dificultades nacionales se nota un aumento de la criminalidad juvenil, lo que no necesita ser explicado.

Los países que han pasado por la dolorosa experiencia de la guerra mundial han podido comprobar este aumento, especialmente en el último año de guerra y primero de postguerra, según ha demostrado Exner.⁹

En Alemania hubo en el año 1918 la respetable cifra de 99.506 jóvenes condenados, 64.619 en 1919 y 91.171 (de los cuales 12.549 eran mujeres) en 1920. La brusca baja contradictoria de 1919 respecto a lo consignado anteriormente se explica porque en dicho año fué muy descuidada la persecución de la delincuencia infantil (debido al período revolucionario.) Francke llama a este respecto la atención sobre los errores a que puede dar lugar una estadística de esta naturaleza, mal interpretada.

e) *Edad*. — La Asociación alemana de Tribunales para niños y de servicios judiciales para jóvenes ha confeccionado una estadística de los años 1925 y 1926 en la que hace intervenir el factor edad de los jóvenes delincuentes. El mayor porcentaje lo presentan muchachos de 16 y 17 años con un tercio de la totalidad. La criminalidad va luego disminuyendo con la edad.

⁹ F. Exner, *Krieg und Kriminalität in Oesterreich*. Viena, 1927.

Cady y Marro admiten como edad media del niño delincuente los 14 años. Anna K. Schoff da unos términos más amplios, de los trece a los diez y seis. Por su parte, G. Stanley Hall cree que la edad crítica del delito son los 16 años.

En España los datos de Bernaldo de Quirós, del Tribunal de menores de Madrid, basados en 177 casos, dan las cifras siguientes:

De nueve años.....	2 casos (1,1 %)
„ diez „	3 „ (1,7 %)
„ once „	6 „ (3,3 %)
„ doce „	16 „ (9,0 %)
„ trece „	33 „ (18,0 %)
„ catorce „	51 „ (30,9 %)
„ más de catorce años.....	66 „ (36,0 %)

La estadística de Albo¹⁰ sólo se refiere a 74 niños juzgados por el Tribunal de menores de Barcelona.

De ocho años.....	1 caso (1,3 %)
„ nueve „	6 casos (8,1 %)
„ diez „	7 „ (9,4 %)
„ once „	7 „ (9,4 %)
„ doce „	13 „ (17,5 %)
„ trece „	9 „ (12,2 %)
„ catorce „	31 „ (42,1 %)

Por último, las cifras recogidas por Molinas, de Madrid son más numerosas, pues se refieren a 752 niños:

Menores de ocho años.....	25 casos (3,3 %)
De ocho años.....	170 „ (22,6 %)
„ nueve „	33 „ (4,3 %)
„ diez „	37 „ (4,9 %)
„ once „	54 „ (7,1 %)
„ doce „	76 „ (10,1 %)
„ trece „	150 „ (20,0 %)
„ catorce „	127 „ (16,8 %)
„ más de catorce años.....	80 „ (11,9 %)

f) *Ilegitimidad*. — En general no parece que la legitimidad o ilegitimidad de los hijos influya gran cosa en la criminalidad. Así p. e., en Alemania los hijos ilegítimos dan una cifra notablemente pequeña de delincuentes en comparación con los legítimos. En cambio para México, las cifras señaladas por Solís Quiroga son notablemente elevadas. De los delincuentes jóvenes en el período antes citado de 1927–31 el 54,05% eran ilegítimos. Sin duda esto es variable para cada país dependiendo de determinadas condiciones sociales.

g) *Escuela y taller*. — La influencia de la escuela es beneficiosa. Ya por el solo hecho de asistir a las clases disminuye considerablemente el riesgo moral

¹⁰ R. Albó, *Tribunal tutelar para niños*. Barcelona, 1920.

de los escolares. La compañía de otros niños ya no son aquí tan perniciosas como en la calle, pues el ser compañeros de colegio da una garantía mayor.

Tardó ha comprobado y como él otros investigadores, que la criminalidad infantil está en razón inversa de la asistencia a la escuela.

No puede decirse lo mismo del taller. En primer lugar el trabajo de los niños es considerablemente perjudicial. Si estos son mayorcitos al comenzar su aprendizaje, la convivencia con obreros mayores no suele ser del todo conveniente. Así y todo no cabe compararlo con el medio familiar cuando éste es inmoral, o con la calle.

Roubroy,¹¹ Director del Instituto central de observación y clasificación de niños delincuentes de Mol, establecimiento modelo en su género admite como causas más importantes de criminalidad infantil las siguientes:

Niños ilegítimos

Huérfanos

Víctimas del medio y de las circunstancias materiales (miseria, vivienda, alimentación)

Moralmente abandonados por uno o por ambos padres

Criados por personas distintas de los padres

Maltratados, estropeados, corrompidos por los educadores o por la familia

Verdaderos perversos (aquí se incluyen los que padecen alguna enfermedad mental).

Son pues los factores ambientales, y las taras psíquicas los elementos que más influyen en la criminalidad juvenil.

Pero la mayoría de las veces no se encontrará una sola causa sino un conjunto de ellas, psíquicas, familiares, económicas, hereditarias, etc., que complican extraordinariamente los casos.

¹¹ Rouvroy, *Clasificación des enfants anormaux* (Compte rendu au 2eme Congrès International de protection de l'enfant. Bruselas, 1921).

§ 2. TIPOS DE DELITOS

En otro aspecto es también interesante el estudio de los delitos que cometen los menores.

Damos a continuación una estadística comparativa de los tipos de delito en los menores de México y España, de Solís Quiroga la primera y nuestra la segunda:

			Tribunal M. de Barcelona	
			Tribunal M. de México, D. F.	
Hurto	630	47,0 %	223	4,89%
Lesiones	232	17,3 %	2 087	45,58%
Robo	214	16,0 %	28	0,61%
Estafa	84	6,1 %	85	1,85%
Abuso de confianza			123	2,70%
Abusos deshonestos	49	3,6 %	70	1,53%
Daños	34	2,5 %	4	0,08%
Moneda falsa	20	1,5 %	19	0,41%
Amenazas	17	1,2 %	233	5,10%
Riña				
Incendio	14	1,0 %		
Sociales	12	0,89%		
Suicidio (tentativa)	7	0,52%		
Explosivos	6	0,44%		
Homicidio	6	0,44%	13	0,28%
Violación	6	0,44%	12	0,27%
Disparos	5	0,37%		
Envenenamiento	3	0,22%		
Incesto	1			
Infanticidio	1			
Juegos prohibidos			53	1,15%
Escándalo			32	0,70%
Falta en el hogar			178	14,10%
Vagancia			190	4,10%
Venta de drogas			5	0,11%
Mendicidad			49	1,06%
Embriaguez			17	0,38%
No comprobados			848	18,56%
Total de casos	1 343	(1 año)	4 578	(5 años)

§ 3. EL EXAMEN DEL MENOR DELINCUENTE

Como ha dicho acertadamente Van der Zid,¹² la verdadera lucha contra la criminalidad es el diagnóstico y tratamiento del niño criminal. Únicamente conociendo el mal podremos atacarlo con éxito.

¹² Van der Zid, *La lutte contre la criminalité juvenile*. Rev. Intern. de l'enfant. Marzo, 1929.

No es éticamente posible adoptar medidas para la protección del niño delincuente sin conocerlo e ignorando la etiología médica y social de su criminalidad eventual.

Hay que ocuparse más de la constitución psíquica del niño y menos de la gravedad del delito.

Esto es, al menos, el punto de vista del psiquiatra. El del jurista era antes totalmente opuesto. Por fortuna el Derecho penal ha entrado estos últimos tiempos en estrechas relaciones con la psiquiatría con lo cual se benefician, además de las dos ciencias, el Estado, la Sociedad y el individuo.

Se precisa la colaboración de varias ciencias para tratar de conocer al criminal infantil.

La Psicología, la Criminología, y Psiquiatría, la Psicopatología, la Sociología, la Pediatría y la Penología tienen aquí cabida.

Un psiquiatra y un psicólogo especializados ambos en Criminología y en estrecha inteligencia pueden cumplir este cometido que al principio ha de ser puramente diagnóstico.

El pedagogo entrará en funciones cuando se trate de aplicar el tratamiento.

Muchos niños aparentemente normales de la psique no lo son en realidad. El tratamiento varía totalmente de aplicarlo a un débil o a un normal. De este último hay que formarse una opinión apoyada en el conocimiento de su estado anímico inmediatamente antes, durante y después de la comisión de la infracción.

Estudiaremos en él las causas psíquicas que lo arrastraron a la delincuencia, su actitud crítica frente al hecho cometido, la influencia que ejerció el medio familiar y ambiental. En una palabra todos aquellos datos subjetivos y objetivos que nos conduzcan a un diagnóstico polidimensional en el sentido de Kretschmer, aplicado, por lo demás a un niño normal psiquiátricamente.

El examen somático del niño no carece, ni mucho menos de importancia y no puede faltar en ningún informe. Especialmente desde el punto de vista endocrinológico su reconocimiento es de primordial interés.

Sabidas son las íntimas relaciones que guardan ciertas anomalías psíquicas con algunas disfunciones de las glándulas de secreción interna.

Szondi¹³ ha encontrado un 33% de alteraciones endocrinas entre los niños de las escuelas de anormales. Alteraciones que, en el 90% de los casos eran pluriglandulares, afectando con mayor frecuencia a las gonadas, el tiroides y la hipófisis. Esta consideración nos lleva de la mano a la llamada "crisis de la pubertad" que tanta importancia tiene en psicopatología.

¹³ Szondi, *Schwachsinn und innere sekretion*. Budapest, 1923.

El desarrollo de las glándulas gonadales imprime a la psique del niño transformaciones muy profundas, que no pueden pasar desapercibidas para el psiquiatra. Ya el solo hecho de la diferencia sexual juega un importante papel en la vida anímica infantil.

Wexberg¹⁴ ha señalado dos tipos de reacción ante la pubertad. En una de ellas el niño se vuelve serio y retraído, interesándose por graves problemas biológicos y filosóficos que hasta entonces le habían sido indiferentes; una labilidad afectiva le hace propenso a las crisis de ternura y de angustia.

El otro tipo, en cierto modo el reverso del anterior, se caracteriza por irritabilidad, indocilidad, explosiones de cólera, tendencia a las aventuras y a los actos violentos.

Ambas formas así como todo lo relativo a esta crisis puberal, verdadera edad crítica para el niño, interesan al caracterólogo que debe estar siempre dispuesto a ayudar al pequeño a traspasar esta edad peligrosa de su vida sin menoscabo para su integridad anímica. Pero la última forma de crisis ha de ser examinada muy atentamente, porque con frecuencia conduce al niño a la comisión de actos delictivos como medio de librarse de la tensión psíquica a que está sometido.

El perito debe intervenir en numerosos casos que, si en un momento dado no tienen relación con la delincuencia, pueden ulteriormente caer en ella.

La profilaxis es una de las actividades a que deben atender con preferencia las clínicas psiquiátricas anexas a los Tribunales de menores.

Dejando a los niños a solas con sus conflictos o —lo que es peor— resolviéndolos equivocadamente, se comete un error irreparable pues, como ha señalado repetidamente Freud,¹⁵ las actividades infantiles tienen enorme importancia en la formación de la personalidad, dilatándose su influencia a través de toda la vida.

En nuestro país los padres no suelen llevar a sus hijos al médico —y menos al psiquiatra— porque sufran defectos en la formación del carácter o cambios bruscos del mismo. En este terreno todos los padres se creen inmejorables psicólogos, pedagogos y médicos, y cuesta gran trabajo hacerles comprender la conveniencia de un tratamiento psiquiátrico.

Esta debería ser la labor preliminar de una “Clínica de conducta”; hacer llegar a las familias el convencimiento de la anomalía que representan los trastornos del conductismo y hacerles ver su curabilidad o su alivio. Esta sería una conveniente medida profiláctica de la criminalidad latente o de serios conflictos educacionales y familiares.

¹⁴ E. Wexberg, *El tratamiento por la psicología individual*. (En la obra de Birnbaum “Métodos curativos psíquicos”). Barcelona, 1928.

¹⁵ S. Freud, *Edición española de sus obras completas* (XVI t.): Traducción de L. L. Ballesteros. Madrid.

Norteamérica es en este aspecto un modelo digno de imitar. El gran número de clínicas de esta naturaleza (Behaviour clinics, Habit clinics, Child guidance clinics) distribuidas por todo el país serían de escaso rendimiento si el público allí no estuviese enterado de su existencia y percatado de su eficacia.¹⁶

Los niños coléricos, mentirosos, huraños o antisociales propensos a delinquir no siempre son psicópatas, pero el psiquiatra, después de atento examen es el que ha de decir la última palabra.

Demoor¹⁷ señala las siguientes causas por las que el niño debe ser investigado:

Desarrollo psíquico insuficiente o anormal.
 Debilidad de la atención
 Retraso escolar de tres años o más
 Constante y manifiesta mala conducta
 Serios defectos del lenguaje.

Nosotros agregaremos a esta lista otras causas que no rara vez nos han sido consultadas:

Desviaciones de los instintos.
 Perturbaciones del sueño
 Enuresis
 Hiperexcitabilidad psíquica y nerviosa.
 Niños asustadizos y miedosos.

No se incluyen aquí las alteraciones cuya investigación pertenece al pediatra y no al psiquiatra (dejando aparte nuestra particular opinión de que todo psiquiatra de niños debe ser también pediatra).

Los elementos de juicio que se han de reunir para establecer un diagnóstico y poder, por tanto, instituir un tratamiento son muy numerosos, tratándose de niños delincuentes.

El psiquiatra debe estudiar, antes de enfrentarse con el pequeño:

1. *El expediente aportado por la autoridad judicial o policial* que lo detuviese, y en el que constarán además de la filiación, todos los datos referentes a la infracción en sí (clase de delito, forma de cometerlo, complicidades, encubridores, posibles inductores, resistencia que opuso a la detención, forma de reaccionar a la misma, envanecimiento o arrepentimiento ante el hecho consumado, lugar de detención y de comisión del delito, etc.).

¹⁶ Acerca de la organización de la Higiene mental en Estados Unidos véase: J. M. Saceristán, J. Germain y B. R. Arias, *Psiquiatría práctica e Higiene mental*. Sur Málaga, 1930.

¹⁷ Demoor, *Los niños anormales*. Traducción española de P. Oñate. Madrid, s. f. Psiquiatría.—14.

No necesita encomiarse la importancia de estos detalles. Así por ejemplo, la reacción del niño después de la infracción, su estado de ánimo en ese momento, es cosa que no puede rehacerse *a posteriori*.

La distancia entre el lugar de comisión del delito y el de detención, así como el tiempo transcurrido entre uno y otra, pueden darnos una idea de si el menor huyó o trató de ocultarse (conciencia de la responsabilidad, miedo al castigo, etc.) o, por el contrario permaneció en sus cercanías, etc.

2. *La encuesta llevada a cabo por el delegado o visitador del Tribunal de menores* (Probations officers yanquis; Jugendgerichtshilfe alemanes) en el medio donde el menor habitaba.

Esta investigación, que requiere mucho tacto y ciertos conocimientos del delegado que la realiza (en Alemania son reclutados entre sacerdotes, médicos y maestros), debe ser lo suficientemente amplia para dar una idea lo más aproximada posible del medio ambiente del menor.

La hoja de informe que nosotros proponemos es la siguiente:

a) *El Niño*

1. Nombre y apellidos.
2. Fecha y lugar del nacimiento.
3. Domicilio.
4. ¿Es hijo legítimo o reconocido?
5. ¿Fué el parto normal?
6. Enfermedades padecidas hasta el día.
7. Cuándo empezó a hablar.
8. Dentición.
9. ¿Retardo para hablar?
10. A qué establecimientos de enseñanza ha asistido.
11. ¿Reacio a asistir a las clases?
12. ¿A qué edad comenzó a ir a la escuela?
13. ¿Estudioso?
14. Aficiones.

15. Temperamento. (Conviene emplear unas hojas aparte para ésta y las dos cuestiones siguientes, con objeto de que sean contestadas por los padres o encargados del niño, por sus maestros y, ulteriormente por el pedagogo de la Casa de observación en que eventualmente pueda ser recluido, con objeto de compulsar las observaciones de las diversas personas que convivan con él y poner así de relieve las transformaciones que en su espíritu imprimen los distintos medios porque pasa).

16. Carácter.
17. Conducta.
18. ¿Ha sido procesado alguna vez?
19. ¿Por qué delitos?
20. Juegos y lecturas favoritos.
21. Deportes. (La posibilidad de desviar la atención del niño hacia un deporte de su agrado tiene importancia para el tratamiento).

b) *La Familia del Niño*

1. Nombre y apellidos de los padres.
2. ¿Viven ambos?
3. ¿Existe parentesco entre los padres?
4. ¿A qué edad contrajeron matrimonio?
5. ¿A qué edad de los padres nació el niño?
6. ¿Vive el niño con ellos?
7. ¿Pasa largas temporadas con otros miembros de la familia? (En caso afirmativo conviene investigar el otro ambiente).
8. ¿Cuántos hermanos son?
9. ¿Cuántos han sido?
10. Sexo y edad de los mismos. (Es de gran importancia este apartado que hemos visto excluido de algunos cuestionarios. Sabida es la influencia que para la formación del carácter y para la conducta tiene el ser hijo último o primogénito, único,¹⁸ único varón entre hembras o viceversa, etc.).
11. ¿Viven con él hermanastros, padrastro o madrastra?
12. ¿Abuelos?
13. ¿Otros parientes?
14. ¿A cargo de quién está preferentemente el cuidado del niño?
15. Carácter de los familiares.
16. Conducta, moralidad y reputación.
17. ¿Alcoholismo?
18. Trabajo. (Naturaleza, lugar, etc.).
19. ¿Hay delincuentes en la familia?
20. ¿Vagancia?
21. ¿Abandono de la prole?
22. ¿Malos tratos a la misma?

¹⁸ Sobre la psicología del hijo único consúltense: O. Kaus, *Das einzige Kind* (Schwererziehbare Kinder), Dresde, 1926; E. Neter, *Das einzige Kind und seine Erziehung*, Munich, 1925; y especialmente Friedjung, *Die Pathologie des einzigen Kinds*. Erg. inn. Med., V. XVII.

c) *El Ambiente*

1. Condiciones de la vivienda.
 - a) Piso.
 - b) Número de habitaciones.
 - d) ¿Duermen los niños en habitaciones y camas distintas?
 - e) Iluminación y ventilación.
 - f) ¿Baño?
2. Condiciones de vida.
 - a) Ingresos.
 - b) Alimentación.
 - c) Educación.
 - d) Discordias o reyertas entre los padres.
 - e) Enfermos crónicos.
 - f) Mal ejemplo de otros hermanos.
 - g) Religiosidad.
3. Influencia de la calle.
 - a) Urbanización.
 - b) Parques próximos.
 - c) Amigos del niño.
4. Taller.
 - a) Naturaleza del trabajo.
 - b) Condiciones higiénicas.
 - c) Satisfacción o desvío del niño por su trabajo.
 - d) Amistades del taller.

Los datos escolares han de constituir una información aparte que proporcionarán los maestros mediante el cuestionario que proponemos más adelante.

Respecto a los apartados a)15, Temperamento, a)16, Carácter y a)17 Conducta, que no pueden ser contestados en una línea y que requieren, además, por parte del que los contesta ciertos conocimientos psicológicos que no están al alcance de todo el mundo creemos preferible la redacción de una hoja en la que consten las cualidades temperamentales y caracterológicas más corrientes, de tal modo dispuestas que el informante sólo tenga que subrayar aquellas que crea destacan en el menor objeto de la encuesta.

Estas hojas no son distintas esencialmente de las que se emplean en la anamnesis prepsicótica de los enfermos mentales.

Transcribimos aquí las que utiliza el Dr. Sacristán para el temperamento aplicarse perfectamente al niño —como lo hacemos nosotros sistemáticamente— y el carácter y que aun cuando se utilizan con preferencia para adultos pueden

te— ya que el psiquiatra que examina tendrá en cuenta este factor al encontrarse con un temperamento y un carácter pueriles como corresponde a la edad a que se aplican.

Temperamento.—¿ Alegre? ¿ vivo? ¿ mimado? ¿ trascordado? ¿ buen humor? ¿ serio? ¿ pesado? ¿ gruñón? ¿ charlatán? ¿ indolente? ¿ tímido? ¿ soso? ¿ tristón? ¿ de pocas palabras? ¿ tranquilo? ¿ muy tranquilo? ¿ parado? ¿ gran presencia de ánimo? ¿ indiferente? ¿ alelado? ¿ sin interés por nada? ¿ sentimental? ¿ razonable? ¿ soñador? ¿ dado a la fantasía? ¿ realista? ¿ romántico? ¿ novelero? ¿ consecuente? ¿ variable? ¿ caprichoso? ¿ versátil? ¿ excitable? ¿ irritable? ¿ apasionado? ¿ colérico? ¿ pendenciero? ¿ aficionado a pleitear? ¿ de risa fácil? ¿ llorón?

Carácter.—¿ Sociable? ¿ agradable? ¿ antipático? ¿ simpático? ¿ hábil? ¿ mañoso? ¿ práctico? ¿ torpe? ¿ desmañado? ¿ intratable? ¿ reservado? ¿ capaz de guardar un secreto? ¿ solitario? ¿ esquivo? ¿ huraño? ¿ misterioso? ¿ sensible? ¿ susceptible? ¿ rencoroso? ¿ suspicaz? ¿ temeroso? ¿ miedoso? ¿ cobarde? ¿ franco? ¿ confiado? ¿ atrevido? ¿ osado? ¿ valiente? ¿ estrambótico? ¿ maníaco? ¿ costumbres raras y chocantes? ¿ movimientos y gestos raros? ¿ embrollado? ¿ confuso? ¿ económico? ¿ ahorrador? ¿ avaro? ¿ envidioso? ¿ malicioso? ¿ mal intencionado? ¿ mordaz? ¿ arisco? ¿ odioso? ¿ indiferente? ¿ frío? ¿ duro? ¿ cruel? ¿ generoso? ¿ pródigo? ¿ benévolo? ¿ bondadoso? ¿ indulgente? ¿ afable? ¿ compasivo? ¿ cordial? ¿ discreto? ¿ delicado? ¿ frívolo? ¿ aturdido? ¿ inseguro? ¿ voluntad débil? ¿ inconsciente? ¿ amoral? ¿ impudor? ¿ coquetería? ¿ desordenado? ¿ sucio? ¿ inconstante? ¿ holgazán? ¿ perezoso? ¿ cómodo? ¿ glotón? ¿ digno? ¿ seguro de sí mismo? ¿ enérgico? ¿ concienzudo? ¿ pedante? ¿ ordenado? ¿ perseverante? ¿ trabajador? ¿ diligente? ¿ activo? ¿ sobrio? ¿ testarudo? ¿ discutidor? ¿ machacón? ¿ altivo? ¿ dominante? ¿ marimandón? ¿ tirano de la casa? ¿ egoísta? ¿ Necesitado de apoyo ajeno para decidirse por algo? ¿ soberbio? ¿ embustero? ¿ condescendiente? ¿ zalamero? ¿ irresoluto? ¿ necesitado de cariño? ¿ amor ciego? ¿ arrogante? ¿ inmodesto? ¿ presumido? ¿ vanidoso? ¿ ambicioso? ¿ orgulloso? ¿ modesto? ¿ humilde? ¿ obsequioso? ¿ piadoso? ¿ beato? ¿ supersticioso? ¿ sectario?

Para la conducta nosotros proponemos el cuestionario siguiente:

Conducta.—¿ Cariñoso con sus padres y hermanos? ¿ Atento con los desconocidos? ¿ Convulsiones o terrores nocturnos? ¿ Difícil de educar? ¿ Se orina en la cama? ¿ Trabaja y estudia con agrado? ¿ Mentiroso? ¿ Cambios de escuela o de taller? ¿ Por qué? ¿ Se ha escapado alguna vez de casa? ¿ Cambios bruscos de carácter? ¿ Masturbación? ¿ Quisquilloso para la comida? ¿ Coleccionismo? ¿ Rebelde? ¿ Gestero? ¿ Envidia de sus hermanos? ¿ Amigo de los animales? ¿ Aficionado al campo? ¿ Testarudo? ¿ Amor propio? ¿ Amante de los libros? ¿ Preferencia por niños mucho mayores o mucho menores que él? ¿ Tendencia a juegos propios del sexo opuesto? ¿ Sonambulismo? ¿ Sueño agitado? ¿ Precocidad sexual?

3. *Expediente escolar*.—Para facilitar las respuestas que ha de proporcionar la escuela se han propuesto numerosos tipos de cuestionarios, entre los cuales es muy interesante el de Braunhausen.¹⁹

Sin embargo estos esquemas, utilizados con éxito en otros países no pueden ser aplicados al nuestro exactamente, porque el tipo de nuestra enseñanza y costumbres no es adaptable a ellos.

Nosotros proponemos el siguiente, que la práctica se encargaría de modificar si era preciso:

1. Nombre y apellidos.
2. Edad
3. Escuela.
4. Maestro que ha llenado el cuestionario.
5. Fecha de ingreso en la escuela.
6. Edad al ingresar.
7. Fecha de salida de la escuela.
8. Edad al salir.
9. Tiempo total de asistencia.
10. Faltaba con frecuencia.
11. Pretextos que alegaba para justificar sus faltas.
12. ¿Eran ciertos?
13. Cursos a los que asistió.
14. A qué clases asistía.
15. Asignaturas que estudiaba con más aprovechamiento.
16. Lugar que ocupaba entre sus compañeros de estudio.
17. Aplicación.
18. Atención.
19. ¿Disciplinado?
20. ¿Revoltozo?
21. ¿Tímido?
22. ¿Pendenciero con sus compañeros de estudio?
23. Puntualidad.
24. Disposiciones determinadas: Música, dibujo, matemáticas, trabajo manual, etc.
25. Memoria.
26. Inteligencia.
27. Fatigabilidad.
28. Afectividad.
29. Juegos que prefería: ¿De movimiento; sedentarios; de tipo deportivo?
30. Vista para los colores.

¹⁹ Braunhausen, *Psychologische Personalbogen*. Leipzig, 1919.

31. Oído.
32. Defectos de lenguaje.
33. Factor iedético.²⁰
34. Cociente intelectual (indíquese el quebrado completo).
35. Otras observaciones de interés.

El médico escolar hará una labor útil ayudando al maestro en la confección del anterior cuestionario especialmente en alguno de sus puntos (factor iedético, órganos de los sentidos, etc.).

4. *Ficha del Instituto de Puericultura.*—Sería muy conveniente poseer también la ficha redactada por un establecimiento de puericultura, si el niño hubiese estado inscrito en él durante la lactancia. Esto es especialmente importante para la “Clínica de conducta” pues los datos científicamente expuestos por el pediatra son, como se comprende, de un mayor interés que los que puedan proporcionar los allegados del niño.

No se nos ocultan las dificultades que, para realizar un expediente detallado se presentan en la práctica, ni el tacto y la discreción que se requieren para ello; pero no por eso se va a prescindir de elementos que son indispensables para una labor seria y honrada. La elección cuidadosa del personal auxiliar, la propaganda entre las familias (con respecto a la “Clínica de conducta”), y principalmente entre los maestros, directores de Centros de enseñanza, etc., facilitarán extraordinariamente la labor, permitiéndonos vencer las dificultades.

5. *Examen somático.*—Desde el punto de vista médico debe hacerse, ante todo, un reconocimiento somático del niño.

La participación del oftalmólogo y del otorrinolaringólogo se hacen ahora necesarias.

Muchos de los trastornos de la conducta y del carácter tienen su origen en afecciones oculares (principalmente vicios de refracción y del aparato óptico del ojo) o en enfermedades del cavum y de las fosas nasales (vegetaciones adenoideas, pólipos, etc.).

El especialista en secreciones internas debe también intervenir.

Las glándulas endocrinas influyen muy activamente en el psiquismo. Las observaciones de Szondi anteriormente citadas dan una ligera idea de esta influencia.

La escuela italiana ha producido numerosos trabajos dirigidos en este sentido, y ha llegado a conclusiones muy aceptables, tanto en lo referente a patogenia y diagnóstico como en tratamiento.

²⁰ Sobre el factor iedético véase: W. Jaensech, *Grüdzuge eine Physiologie und Klinik der psychophysis Persönlichkei*. Berlín, 1926. Y en castellano: J. M. Sacristán, *El fenómeno iedético*. *Revista de Pedagogía*. 1927.

El nombre de Nicola Pende, Director del Instituto Biotipológico ortogenético de Génova, no necesita ser presentado. En este establecimiento, y bajo tal orientador, se llevan a cabo investigaciones sobre la formación normal del cuerpo y del carácter, se forma un control ortogenético del niño y del adolescente, y se profundiza en los sugestivos temas endocrinológicos.

Morselli, De Sanctis Ferrari, Del Greco y otros, han establecido las relaciones entre criminalidad y órganos endocrinos. Principalmente Ferrari, que dirige su atención a los menores delincuentes insiste en lo crítico de la edad puberal, en la que las glándulas gonadales saliendo de su latencia someten al menor a una verdadera lucha psíquica esencialmente predisponente por caminos delictivos.

Las teorías endocrinológicas han venido a sustituir en gran parte y con más precisión, la doctrina de Lombroso sobre el criminal nato, como ha señalado acertadamente Ruiz Funes.²¹

El tiroides y las paratiroides son quizá, después del testículo-ovario, las glándulas que más trastornos psíquicos producen cuando su función se desequilibra.

Los estigmas de Basedow o de paratiroidismo deben buscarse en todos aquellos niños con trastornos del desarrollo corporal, del metabolismo del calcio, vasomotores y —lo que interesa al paidopsiquiatra— buscar también esos detalles en los niños asustadizos, inquietos, hiperexcitables, en los que presentan pavor nocturno o subsaltos durante el sueño.

La hipófisis trastorna grandemente el crecimiento armónico del niño e imprime profundas huellas en la mente infantil cuando este órgano enferma antes de la pubertad.

El estado del timo influye en la caracterología y tipología de ciertos niños tórpidos, lánguidos o pesados (estado tímico-linfático) por lo cual debe explorarse también esta glándula a ser posible mediante la radioscopia, que puede mostrarnos una hipertrofia del órgano acompañada de aumento de volumen de los ganglios linfáticos.

Los datos antropométricos y tipológicos no deben ser descuidados.

Para este objeto es inmejorable la técnica somatométrica de Martín,²² utilizando el antropómetro de Martín. La balanza, la cinta métrica, el compás lineal y de espesor, etc., siguiendo el procedimiento que Kretschmer y Martín aconsejan, y en cuyos detalles no es oportuno extenderse aquí.

Es aconsejable utilizar las fórmulas psicológicas de Kretschmer tan conocidas y convenientes; empleando también su hoja para la investigación psiquiátrico-tipológica.

²¹ Ruiz Funes, *Endocrinología y criminalidad*. Madrid, 1928.

²² Kretschmer, *Körperbau und Charakter*. Berlín, Springer, ed.

Los tipos caracterológicos expuestos por Kretschmer para los adultos pueden verse apuntar muy precozmente entre los niños, lo cual no deja de tener importancia.

Kochmann²³ señala, con razón, que no sólo debe estudiarse el comportamiento de las glándulas endocrinas respecto al crecimiento y al metabolismo, sino también en su relación con la evolución psíquica.

La exploración del factor eidético y la diferenciación de los tipos B (basedowioide) y T (tetanoide) que nosotros incluimos en el cuestionario escolar, por ser el maestro quien con más facilidad puede observarlo, será, sin embargo, investigado por el psiquiatra si aquél no lo ha hecho, porque de ello pueden deducirse consecuencias que tienen su aplicación práctica incluso en la terapéutica.

Este fenómeno que se presenta en el 50% de los niños es, en cambio, raro entre los adultos (Jaensch), con lo cual se comprende el interés que ofrece su exploración en los 14 primeros años de la vida.

La importancia terapéutica del dato se pone de relieve recordando que el terror nocturno, *v. g.*, que es casi exclusivo del tipo T, puede hacerse desaparecer en esta clase de tipos mediante la ingestión de calcio.

No hay que limitarse a esto. El resto de los sistemas y aparatos será reconocido. Llamamos especialmente la atención sobre el aparato locomotor. Mediante su detallado examen podemos descubrir anomalías que expliquen ciertos defectos en el conductismo, que se corre el peligro de atribuir a disfunciones psíquicas.

Las enfermedades venéreas, muy frecuentes en los niños delincuentes que las contraen en los bajos fondos sociales de que suelen proceder, han de ser buscadas, a fin, no sólo de salvar al niño de sus terribles consecuencias sino también, al objeto de evitar su propagación, tan fácil tratándose de estos pequeños criminales.

La tuberculosis, la sífilis, los parásitos intestinales (que trastornan el psiquismo normal), etc., no pasarán tampoco desapercibidos.

Terminado este minucioso reconocimiento somático comenzará el trabajo puramente psiquiátrico.

6. *Examen psiquiátrico.*—Ya en el momento de comparecer el niño ante el psiquiatra, debe éste comenzar a fijarse en la actitud del pequeño, en sus movimientos, aspecto, etc., a fin de captar su personalidad global.

No olvidemos que los métodos mecánicos, standardizados (tests, pruebas, etc.), no consiguen nunca un fruto tan completo como puede darlo el trato directo con el niño. Si el menor sigue o precede a la persona que lo acompaña;

²³ Kochmann, *Bemerkungen zum Problem der Konstitution insbesondere neuropathischen.* Jahrb. f. Kinderheilk, vol. 104.

si se mantiene tranquilo o no; si se muestra tímido o cohibido ante nuestro interrogatorio, o si por el contrario se adelanta a hablar; si observa con curiosidad los objetos de la habitación o permanece indiferente, etc.

Antes de comenzar a someterle a pruebas definidas, a tests o a cuestionarios preestablecidos, debe el psiquiatra atraerse la confianza del niño. Esto sólo se consigue mediante una conversación llevada con amabilidad y cariño por derroteros que puedan interesar al niño. Aconsejamos no hablar para nada —al menos en las primeras sesiones— del motivo que lo trae hasta nosotros; el posible recuerdo doloroso de la acción punible modificará el estado de ánimo del sujeto, le hará desconfiar, viendo en nosotros un severo juez, se inhibirá o tratará de engañarnos, perturbando la buena marcha de nuestro trabajo.

Una vez que se haya conseguido despertar la espontaneidad del pequeño, y, en cierto modo, su respetuoso cariño por nosotros, será la ocasión —siempre aparentando no darle la menor importancia— de tocar al hecho en sí, al punto culminante de la cuestión y comenzar la presentación de tests.

No somos partidarios de la modificación mediante rígidos esquemas. Las infinitas modalidades del espíritu humano no pueden ser encerradas en moldes. Tanto para el expediente psiquiátrico como para el informe al juez, al consejo, al pedagogo o a la familia, preferimos la exposición más o menos detallada y con mayor o menor número de calificativos técnicos según el objeto a que se destine, que un mote colgado del menor. “Se trata de un erético”, o “estamos ante un débil mental” o “este niño es una personalidad psicopática”, expresiones frecuentes repetidas que no dicen nada al profano y casi nada al especialista.

Preferimos que la claridad de exposición de los hechos, el resultado de las pruebas y las conclusiones de nuestro informe permitan a quien lo lea detenidamente, darse cuenta perfecta del caso. En ocasiones no podrá el psiquiatra sustraerse a la necesidad de utilizar una clasificación, pero esta ha de ser accesoria y completada por la historia clínica.

En la investigación de la personalidad infantil, debe darse gran importancia a la conversación (entretien) que, unida a la observación de las reacciones ante las diversas cuestiones que se toquen, proporcionan muy valiosos elementos de juicio.

Pero no es posible prescindir de los tests, que al menos para determinadas cualidades simples tienen su utilidad.

Ni la posición de los autores que como Bumke, consideran los tests como casi inútiles,²⁴ ni la contraria, que todo lo fía al resultado de estas pruebas es conveniente. Uno y otro método se complementan y tienen su aplicación en determinados casos.

²⁴ Bumke, O., *Tratado de las enfermedades mentales*. Trad. esp. de Mira. Bna., 929.

7. *Tests*.—Uno de los puntos delicados es la elección de tests. Para cada cualidad anímica se han propuesto innumerables pruebas de esta clase.

Pueden completarse los resultados obtenidos con la conversación y los tests mediante la “confesión escrita” o “autobiografía” del muchacho, para facilitar la cual es conveniente utilizar una hoja impresa que contenga cierto número de cuestiones. Puede ser útil la publicada por Jurowskaia que contiene 27 preguntas, pero que para ser aplicada a los niños delincuentes necesitaría ser modificada.

Para el estudio de la inteligencia global pueden utilizarse las pruebas de Ledent y Wellens.²⁵ En otro sentido pueden también emplearse provechosamente el psicodiagnóstico de Rorschach,²⁶ utilizado con buenos resultados por nosotros en el Pedologický Ustav de Praga, o los módulos de interrogatorio psíquico propuestos para los niños por el profesor Sancte de Sahctis y utilizados en las escuelas de anormales y de delincuentes de Roma.

Para el razonamiento las pruebas de Vermeulen,²⁷ el test de las frases absurdas de Binet y Simón, el de Terman o el de Schuler-Claparede que están clasificados por edades.

También es útil el test de razonamiento lógico de Terman.

Para la atención convienen los tests de punteo de Vermeulen y el de Mira, uno para la atención perceptiva y otro para la reactiva.

La imaginación puede ser explorada mediante la prueba de Meumann (serie de palabras que el niño tiene que ordenar formando una relación), o mejor la prueba número 13 de Vermeulen formada por una serie de dibujos incompletos. También es aplicable el Rorschach.

Para la observación el atlas de Rybakoff.

La comprensión la pondremos de relieve con el test número ocho de Vermeulen o prueba de los dibujos desordenados.

Las tres formas de memoria, de fijación o aprehensión (*merkfähigkeit* de los autores alemanes, *immediate memory*, de los ingleses), de conservación y de evocación o conmemorativa requieren una investigación independiente. Los tests número tres (dibujos de objetos para retener), número cuatro (objetos usuales para retener y repetirlos las cuarenta y ocho horas) y cinco (señalar dibujos vistos en unos cuadros) de Vermeulen sirven para este objeto.

La investigación del carácter es mucho más delicada. No puede basarse en un test. Requiere un estudio detallado de todo el expediente del niño (hojas anamésicas, escolares, examen médico etc.), cuyos detalles hemos expuesto en

²⁵ Ledent et Wellens, *Précis de Biometrie a l'usage de medecins et éducateurs*. Bruselas, 1930.

²⁶ Rorschach, *Psychodiagnostik*. 2ª ed. Hans Huber, ed. Berna.

²⁷ Vermeulen, *El examen mental de los delincuentes*. Rev. de Crim., Psi. y Med. leg. N° 55. 1923.

páginas anteriores. El examen de las reacciones, movimientos, actitudes, etc., durante las diversas pruebas es muy útil.

Los métodos psicológicos para investigar el carácter han dado resultados muy distintos, lo cual se debe, según Baumgarten:²⁸ 1. A la falta de coincidencia entre los psicólogos acerca de las cualidades del carácter que deben ser investigadas, siendo muy distintas las listas y clasificaciones que cada uno propone.—2. A las diferencias teóricas sobre el concepto moderno del carácter según los distintos psicólogos y psicopatólogos.—3. A la falta de estudios sobre la correlación de las distintas cualidades del carácter, lo que deriva, en parte de lo anterior.

Acerca del primer punto de Baumgarten basta recordar las clasificaciones más conocidos de los tipos de personalidad como las de Jung, Kretschmer, Delmas, Lakursky, Dilthey, Spranger Weiniger, Wells, etc., que se basan en principios distintos y a veces opuestos.

A pesar de todo como tests para la exploración del carácter se pueden emplear los de May y Hartshorne, Haart, Voelher, la serie de Decroly, los bi-personales de Henning, los de Blumenfeld, Baumgarten, etc.

Son especialmente interesantes los tests de conducta de Decroly que tienden a examinar el amor propio, la honestidad, la perseverancia y otras cualidades de esa naturaleza.

Tratándose de niños delincuentes debe hacerse la exploración con los tests de Jacobson, que consisten en la presentación de siete relaciones de delitos entre los cuales se incluye el cometido por el niño para ser clasificado por éste en orden de mayor a menor gravedad. También es útil la serie de veintidós tests de Healy y Fernald²⁹ para jóvenes delincuentes, y especialmente la prueba de Sharp o de las reacciones a cuestiones morales.

Ateniéndose a las normas dadas por Rossolimo³⁰ puede trazarse el llamado “perfil psicológico”, que da idea al primer golpe de vista de las características esenciales del sujeto, así como de las cualidades psíquicas en que flaquea, lo cual tiene importancia desde el punto de vista terapéutico-correccional.

La técnica de este autor, modificada recientemente por él mismo, nos parece más completa que la de Vermeulen, por lo cual la utilizamos con preferencia. Bartsch, que introdujo el método en psicagogía, ha obtenido muy buenos resultados con él.

²⁸ Baumgarten, *Die charakterfestellung bei den Eignungsprüfungen*. Psychotechn. Zeitschr. Oct., 1929. Y del mismo autor: *Experimentelle Charakterstudien*. Zeitschr. f. Psycho. 10. 1927.

²⁹ Healy y Fernald, *Test for practical mental classification*. The Psych., Monographs. 1911.

³⁰ Rossolimo, *Die Psychologische Profile. Zur der quantitativen Untersuchung der Psychischen Vorgänge in normalen und pathologischen Fällen*. Klinik. f. psych. u. nerv. Krankh., vol. 6. 1911.

Al psiquiatra de niños delincuentes interesa, más que todas estas pruebas —cuya utilidad de todos modos es innegable— las causas de la conducta antisocial del menor, pues en estas ha de basarse la ulterior corrección de los defectos.

Como hemos expuesto anteriormente las causas exógenas son, la mayoría de las veces las que originan la mala actitud del niño. Estas enfermedades del “medio” (las llamadas en Alemania Umwelt-schaden) que podríamos denominar “miliosis” juegan un considerable papel en la delincuencia infantil. Nos referimos aquí no sólo a un ambiente de miseria o criminalidad, sino también a una educación mal dirigida, tanto en sentido excesivamente rígido como sobradamente blando.

A este respecto es ilustrativo el caso citado por Adler de la niña de seis años que ahogó a otras dos e intentó hacerlo con otra tercera como medio de descargar su odio contra una hermanita suya recién nacida. Esta precoz criminal, hasta entonces hija única y excesivamente mimada, había visto mermados sus derechos y privilegios por el nacimiento de su hermana y no pudiendo deshacerse de ella había cometido los dos crímenes trasladando su rencor a sus dos víctimas.

Grubbe da gran valor a las pruebas de la imaginación y del juicio pues dice, con razón, que en ellas no se trata —como en las de instrucción— de reproducir mecánicamente conocimientos inertes aprendidos de memoria.

Entre los niños delincuentes se encuentran con frecuencia tipos definidos en psiquiatría que requieren un tratamiento distinto de los simples retrasados pedagógicos o de los influídos por el ambiente.

Los tipos erético y tórvido, generalmente ligados a la imbecilidad, pero que pueden presentarse de modo autónomo, el tipo epileptoide, el fantaseador, el sentimental patológico, el tipo de constitución histérica (aun cuando éste sea únicamente un tipo de reacción, según la concepción de Bonhöffer), etc., se presentarán no rara vez ante el psiquiatra de los Tribunales de menores.

Algunos autores admiten el tipo del vagabundo nato y el de la prostituta congénita, cuya mentalidad ponen en parangón. Es difícil poder asegurar si una prostituta precoz o un vagabundo joven lo son constitucionalmente, de una manera congénita, pues siempre es posible encontrar otras causas que justifiquen su actitud en la vida. Sin embargo, las investigaciones en gemelos permiten aceptar la influencia hereditaria.

§ 4. EL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS DELINCUENTES

Cada niño necesita un tratamiento especial no ya atendiendo a su enfermedad, sino teniendo en cuenta además, el medio de que procede, la edad, las inclinaciones y todo el cúmulo de circunstancias que se han enumerado en el transcurso de este capítulo.

Ya desde el mismo instante de la detención del menor debe comenzar el tratamiento.

La manera de tratar a un niño detenido, por terrible que sea su delito, debe ser totalmente distinta a la empleada con el adulto.

Deben habilitarse locales o establecimientos especiales dedicados a la reclusión de los menores hasta tanto éstos pasan a presencia del juez y de los médicos y son distribuidos con arreglo a su mentalidad, estado de salud, etc.

Casas de detención.—Hart ³¹ nos dice cómo debe estar organizado uno de estos "Detention home":

1. Debe estar totalmente separado de la cárcel y su administración ser independiente.
2. Estará a cargo de personal especializado.
3. Separación de sexos. Separación entre niños delincuentes y simplemente abandonados.
4. El niño puede ser dedicado a ciertos trabajos.
5. Todo ha de ser hecho de modo que el menor no se sienta oprimido y vejado, inculcándole el respeto a los derechos de los demás.

El que estas casas de detención deban estar separadas de la cárcel obedece al principio general de quitar todo carácter carcelario a los establecimientos para niños delincuentes. El sólo nombre de cárcel, y más aún el ingresar en el mismo local que se utilice para los adultos (aun en departamento aparte), deprime considerablemente a los chicos y a sus familias, y la labor de reeducación se hace más difícil, pues los muchachos no olvidarían que se hallaban en una prisión.

A pesar de que en los establecimientos de enseñanza para niños normales se ha impuesto hace mucho tiempo la coeducación y de que las "Junior republic" a semejanza de las que existen en Inglaterra, los Estados Unidos y la Unión Soviética extiende este método a los pequeños delincuentes no conviene en general la convivencia de ambos sexos cuando se trata de estos seres, pues hay que tener en cuenta que se trata de elementos relajados o enfermos, a

³¹ Consúltense las obras de H. H. Hart: *Juvenile Court Laws in the United States*. New York, 1910; y *Preventive treatment of neglected children*. New York, Russell Sage Foundation, 1910.

veces iniciados y, hasta pervertidos en la vida sexual, por lo cual la vida en común de niños y niñas de estas condiciones sería un error.

Como indica Kronfeld,³² la plasticidad del niño es mucho mayor que la del adulto, y basta, por lo general, el cambio de medio para facilitar el éxito. Naturalmente este cambio de ambiente ha de ser en un sentido de mejora. Llevar a los niños, como hasta hace poco se ha hecho en algunos países, a la cárcel celular o a las prisiones, no puede servir sino para inutilizar éticamente a un ser humano.

Es fácilmente comprensible que en la edad preescolar no sea detenido casi ningún niño como delincuente. Sin embargo, ya en esta temprana edad pueden apuntar los malos instintos y las anomalías del carácter y de la conducta. Ya Hudson Maknen ha señalado que el período más importante del niño es el preescolar, pues en él se adquieren los malos hábitos.

Las "Clínicas de conducta", de que todo Tribunal de menores debería estar dotado, tienden, precisamente a corregir estos defectos de la primera infancia, con lo cual se hace profilaxis de la criminalidad juvenil y, por ende, de la delincuencia en general.

En primer lugar debe hacerse una selección de los muchachos en diversos grupos, cuestionables de tratamientos similares, a fin de no mezclar normales con anormales, retrasados con psicópatas, etc., lo que echaría a rodar todos los intentos de mejoramiento.

Pueden establecerse los siguientes grupos:

1. Niños normales desde el punto de vista psiquiátrico.
2. Personalidades psicopáticas.
3. Débiles mentales.
4. Imbéciles e idiotas.
5. Retrasados pedagógicos.
6. Niños en peligro moral.
7. Miliosis.
8. Niños cuyo psiquismo ha sido influído por un trastorno somático.
9. Trastornos agudos del carácter y de la conducta.

El Tribunal de menores, debe estar asistido por los siguientes organismos:

1. *Centro psiquiátrico de consulta*.— La labor de este centro consistirá en:
 - a) Estudio de todos los expedientes judiciales de los niños delincuentes.
 - b) Estudio de los informes de los visitantes, tanto de los que se emiten de primera intención, al ser detenido el chico, como de los que se requieran sucesivamente, bien como complemento del anterior, bien como resultado de una libertad vigilada o de una colocación en familia, etc.

³² Kronfeld, *Psychotherapie*. 2ª ed. Berlín, 1925.

- c) Examen médico y psiquiátrico de todos los menores delincuentes.
- d) Dirección del tratamiento de los menores.
- e) Asesoramiento del juez del Tribunal, en lo concerniente a la pena (tratamiento) más adecuada. A este respecto pueden emitirse los siguientes dictámenes:

1. El caso no requiere la intervención del caso (lo que es raro).
2. Conveniencia de que el niño sea examinado por el Centro desde el punto de vista médico y psiquiátrico.
3. Está indicado confiar el menor a la custodia de un delegado.
4. Conveniencia del ingreso en la casa de observación, como medio de establecer un diagnóstico que requiera cierto tiempo, o como medida terapéutica.
5. Conviene separarle de su medio familiar (colocación en familia) bajo la vigilancia de un Delegado.
6. Se hace necesario el internamiento en un establecimiento especial. (Asilo para imbeciles e idiotas, Asilo de epilépticos, Escuela de anormales, Granja agrícola, Escuela industrial, etc.).

f) Asesoramiento de los padres, no sólo en lo concerniente a la posibilidad de evitar una reincidencia delictiva en el menor, sino también en los casos en que, sin haber delinquido, se trate de niños de los llamados "difíciles" y que están predispuestos a las infracciones.

g) Hacer profilaxis de la criminalidad infantil mediante una Clínica de conducta anexa al Centro.

2. *Una casa de Observación* que tendrá como función primordial profundizar el carácter del niño, informando al Tribunal y al Centro sobre su psiquismo, exponiendo las medidas que crea adecuadas.

En ciertos casos estará encargada del tratamiento psicopedagógico, de tal manera que la mejora moral y ambiental del detenido comience desde el primer momento.

El ambiente de esta residencia ha de ser especialmente cuidado. Ni la severidad ni la libertad absoluta son convenientes. Tolerancia e indulgencia con los menores, trabajo ligero (puede emplearse la confección de trenzados modelados, cueros repujados, cerámicas, etc.). No conviene aquí la utilización práctica del trabajo del niño, que queda para otro tipo de establecimientos.

Las conferencias morales (teniendo en cuenta el auditorio a que van dirigidas, esto es, que no han de ser sermones dogmáticos, sino simplemente sencillas pláticas que combinen la ética con la amenidad) de divulgación científica, literarias, etc. Lectura de obras para niños o arreglos clásicos para el mismo público infantil. La pantalla cinematográfica prestará también muy útiles

servicios. Todo esto combinado con las correspondientes horas dedicadas a una tarea que, sin hacerse penosa a los muchachos, vaya inculcándoles el sentimiento de la responsabilidad y la grata necesidad del trabajo. El deporte figurará también orientado en normas modernas escolares.

Entre el personal afecto a la casa y el detenido deben establecerse relaciones cordiales, que, sin disminuir las distancias, eliminen la timidez, el miedo y la falta de espontaneidad.

Las observaciones se harán de modo imperceptible para el menor, evitando así la suspicacia y la malquerencia infantiles.

El delito que el niño haya cometido no se citará para nada en este lugar, ni se hará la menor alusión a esta o la otra infracción. Únicamente es permitido en las conferencias que se pronuncien en la Casa, aludir al delito en general, pero nunca execrando al que lo comete, sino haciendo resaltar los perjuicios que irroga a la sociedad, etc.

Ya aquí pueden empezar a utilizarse los tests, ayudando de este modo a los psiquiatras y psicólogos del servicio. En general estas pruebas las reciben los niños con interés y curiosidad, como un juego y así debe hacérselas pasar, en lo posible, sin imposiciones ni exceso de preparativos o solemnidad.

En la Casa de observación serán tratadas aquellas anomalías, defectos y enfermedades somáticas que presente el niño, tengan o no influencia sobre la psiquis, por lo menos hasta tanto sea trasladado el muchacho a otro establecimiento que esté más preparado para tratar su dolencia.

No es raro que baste la curación de un trastorno somático para que el niño pueda volver a su antiguo medio con perfecta integridad mental. Estas modificaciones del carácter de origen corporal dan lugar a anomalías de la conducta, complicadas por la incomprensión de los padres, que atribuyen a maldad lo que no es sino una enfermedad. Establécese, de este modo, un círculo vicioso que sólo puede romper el cambio de ambiente y la corrección ulterior de la enfermedad o el defecto físico.

La parte meramente escolar no será tampoco descuidada: enseñanza de primeras letras a los que la necesiten; conocimientos más amplios a los más adelantados. Sin olvidar nunca la individualización. Clases poco numerosas para alumnos minuciosamente seleccionados por grupos de chicos con mentalidades de parecido nivel. De otro modo la labor sería, no sólo estéril, sino en ocasiones, perjudicial.

La Casa de observación debe recibir:

a) A los niños cuyo carácter exige un período de observación.

b) A los niños en los que está indicada una observación especial, a causa de dificultades de carácter, de modificaciones de conducta o de circunstancias sociales, familiares o ambientales defectuosas.

c) A los que deban ser aislados, bien por el peligro social que representan, bien por la gravedad de su delito.

Ciertas formas de tratamiento pueden aplicarse con éxito en este lugar. Pototzky y su escuela³³ proponen utilizar los siguientes medios:

1. Persuasión. Utilizable únicamente en niños ya mayorcitos, en los cuales este medio pueda dar resultado, por su capacidad de juicio.

2. Métodos de sugestión diurna:

a) Sugestión brusca.

b) Sugestión larvada (electricidad, gimnasia, etc.).

c) Sugestión ambiental, que suele dar muy buenos resultados precisamente en el medio de la Casa de observación, sobre todo en los trastornos psicógenos. Este método puede servir como preparación a la hipnosis y ha sido defendido también por el pediatra Lagnstein.³⁴

3. Hipnosis.

A todos estos medios, empleados principalmente por Pototzky puede agregarse el psicoanálisis. El sistema de Freud, aplicado a los niños, tiene muchos detractores. Se basan las objeciones en que una de las partes más importantes del psicoanálisis, las asociaciones libres, no puede ser aplicada a los niños, porque éstos tienen gran dificultad para asociar o —lo que es más común— no asocian. Por otra parte los recuerdos infantiles, que tan primordial papel desempeñan en el psicoanálisis de los adultos, están aquí demasiado cercanos para que puedan ser utilizados.

Algunos autores han propuesto sustituir las asociaciones por otros métodos. Así Melania Klein emplea el análisis de los juegos infantiles. Este método tiene interés y es uno de los procedimientos ya dentro de la práctica psicopediátrica desde antes de su exposición por M. Klein; pues algo semejante es lo que se hace en las clínicas de conducta norteamericanas, especialmente en la de Gesell, pero no puede, de ninguna manera sustituir a las asociaciones libres.

Con ser muy importantes las asociaciones y los recuerdos infantiles el sistema de Freud es lo suficientemente rico en procedimientos para ser empleado con éxito en los niños. Los sueños, tanto nocturnos como diurnos (soñar despierto, fantasías) y el dibujo libre son capítulos de gran importancia.

Anna Freud,³⁵ que lleva largo tiempo especialmente dedicada a esta mó-

³³ Véase, K. Pototzky, *Zur Methodik der Psychotherapie in Kinderalter mit besondere Berücksichtigung der "Milieusuggestionen methode"*. Zeitschr. f. Kinderheilk., vol. 21, 1919. Y en castellano: K. Pototzky, *Psicogénesis y psicoterapia de síntomas corporales en el niño*. (En el tratado de O. Schwarz. Traducción española de Sarró. Labor. Barcelona, 1933).

³⁴ Langstein, *Diagnostischen und therapeutische Irrtumer und deren Verhütung*. G. Thieme, ed. Leipzig, 1924.

³⁵ A. Freud, *Einführung in der Technik der Kinderanalyse*. Wien, 1927.

dalidad de psicoanálisis, defiende el método, siempre que se sujete a normas ortodoxas.

Las relaciones de simpatía y cordialidad entre psicoanalista y psicoanalizado desempeñan un importante papel, como ocurre en los adultos.

El sistema freudiano ha de tener, en los niños, una tendencia educativa, como defiende Pfister.³⁸

Es en este caso cuando el psiquiatra debe ser eje y guía de su pequeño paciente, con lo cual los resultados pueden ser óptimos.

3. Una *Casa de detención*, que tendrá por objeto el albergue a los niños mientras se decide su ingreso en otro local apropiado a su constitución, en cuanto sea examinado por los médicos y dispuesto por el juez.

El ambiente aquí no ha de variar, en líneas generales, del de las demás dependencias del Tribunal de menores. Habrá una mayor vigilancia y mayor separación entre unos y otros detenidos, hasta tanto sean diagnosticados y sea sometido cada uno al método más conveniente.

4. *Hogar familiar*.—Sería esta una pequeña residencia con un tipo de vida familiar, un internado reducido, de los que el Tribunal de menores debería tener uno o varios, según el número de niños sometidos a este régimen.

Este Hogar tendría por objeto albergar a los niños en los que fuese necesaria o conveniente la libertad vigilada y que por carecer de hogar propio o formar parte de una familia de malos antecedentes, no conviniese volverlos a su antiguo ambiente.

Es como se ve, una modificación de la colocación en familia pero que tiene su aplicación propia.

Conviene a los pequeños delincuentes que necesiten el medio familiar, pero a los que haya, además, que tener sometidos a un tratamiento médico muy continuado y riguroso. La colocación en una familia cualquiera no ofrece tantas garantías como una residencia de esta especie regida por personal especializado, en la que el tratamiento es controlado y seguido con todo detalle.

En el Hogar familiar se hará una vida semejante a la de una familia de tipo corriente; incluso es conveniente que esté dirigida por un matrimonio preferiblemente de maestros. Los niños tendrían sus clases dentro o fuera del establecimiento. El juego, la lectura, el estudio serían alternados con las pequeñas faenas de la casa y con distracciones sanas.

El médico, el psiquiatra o el delegado del Tribunal de menores visitarán regularmente este Hogar y ejercerían siempre su control sobre los niños que lo necesitasen.

³⁸ O. Pfister, *El Psicoanálisis y la educación*. Traducción española de J. Salas. Madrid, 1932.

En los internados reducidos, ya su nombre indica que el número de niños debe ser corto: ocho o diez a lo sumo. Una mayor cantidad de muchachos le daría ya aspecto de Colegio más que de hogar.

Es, desde luego, muy conveniente aquí el régimen mixto de convivencia de niños y niñas.

Se procurará que los niños que habiten bajo un mismo techo sean de distintas edades, para dar más carácter familiar al grupo y se separará inmediatamente de la agrupación a los que por cualquier motivo sean causa de continuas discordias por no congeniar con sus compañeros.

5. *Internado con régimen de semilibertad.*—Tendrá también el internado un aspecto familiar, en lo posible, pero con normas algo más severas. Aquí tienen cabida los niños a los que haya que moldear algo el carácter, por pequeñas anomalías del mismo y que requieran algún tiempo de observación y tratamiento antes de pasar al régimen de colocación en familia o de libertad vigilada.

Este local puede admitir mayor número de menores que el Hogar familiar, sin que sea, sin embargo, excesivo: 20 ó 25 niños de uno y otro sexo es la cifra conveniente.

Salvo la menor libertad que en la institución anterior el régimen de vida, en líneas generales será el mismo.

6. *Escuela para retrasados pedagógicos.*—No necesita ser descrita. A ella irán los niños delincuentes que necesiten una instrucción adaptada a sus posibilidades psíquicas, hasta hacerles llegar al nivel que por su edad física les corresponda.

A esta escuela pueden y deben ir todos los retrasados pedagógicos delincuentes, aun cuando además de su retraso presenten otras anomalías, siempre que éstas no sean de tal naturaleza que perjudiquen a sus compañeros (enfermedades contagiosas, etc.) o que su asistencia resulte inútil desde el punto de vista pedagógico (imbéciles).

Conviene la existencia de esta escuela dependiente del Tribunal de menores, porque las escuelas de anormales corrientes no deben mezclar a sus alumnos con estos procedentes del Tribunal, en primer lugar porque la enseñanza dada a unos y otros varía algo y en segundo lugar por la vigilancia, de otro carácter, a que tienen que estar sometidos los niños delincuentes (vigilancia del carácter y de la conducta en su aspecto criminológico).

7. *Asilo-Maternidad para las menores madres.*—No es un hecho raro que entre las niñas detenidas por infracciones a la ley las haya embarazadas.

Estas infelices no suelen tener conciencia de lo que representa la maternidad; lo consideran una molestia, cuando no una desgracia. No es infrecuente

que por su pensamiento cruce la idea de deshacerse del producto de la concepción en cuanto éste nazca.

Son criminales en germen que hay que proteger cuidadosamente tanto por ellas mismas como por el futuro hijo.

Su ingreso, al ser detenidas, en un establecimiento a propósito donde fuesen preparadas para su misión maternal, donde se les enseñase a cuidar al recién nacido al mismo tiempo que se atendía a su educación general y al tratamiento de sus trastornos psíquicos, sería una labor de alta envergadura social.

Si las molestias del embarazo no son grandes y éste no está ya muy avanzado, puede intentarse, enseñarles algún oficio con el que pudiesen ganarse la vida al salir del establecimiento, evitando de este modo que fuesen a nutrir los prostíbulos. Esto podrá hacerse también *a posteriori*, trasladándolas, al terminar el puerperio, a otro establecimiento en el cual alternaran la lactancia con el aprendizaje y con el tratamiento de su conductismo anormal.

En muchas de estas menores embarazadas que caen en el delito basta, con frecuencia, un simple tratamiento educativo para transformar su conducta en un sentido útil a la sociedad.

Las que, además de su embarazo, tengan una enfermedad o una anomalía mental necesitan un tratamiento individualizado, que se llevará a cabo en este asilo-maternidad mientras sea posible, y será continuado después hasta la curación en otro de los anexos a que nos referimos.

8. *Granja agrícola y pabellón industrial*.—En estos locales situados el primero en el campo y el segundo en la ciudad, sería utilizado el trabajo de los niños.

Pueden salir de ellos hombres en inmejorables condiciones para colocarse en sus respectivos oficios al ser dados de alta por el Tribunal.

Este régimen es conveniente para niños desde los 13 ó 14 años.

Irían a estas organizaciones los que estuviesen exentos de taras psíquicas profundas o anomalías somáticas importantes, pero que necesitasen un régimen de sujeción.

Conviene que la administración esté a cargo de los propios muchachos, controlada por el jefe de la institución.

Otros medios auxiliares del Tribunal de menores como medios de tratamiento de los niños delincuentes son las escuelas para holgazanes, díscolos y viciosos, que prestan muy buenos servicios en Inglaterra (*Truants schools*), los internados para menores "difíciles", los hospitales y clínicas para enfermos físicos, etc.

Al Tribunal le es imprescindible estar en contacto con cierto número de familias, que admitan en su seno, mediante un pequeño estipendio, a los menores que necesiten un régimen en familia en libertad vigilada.

Estas familias deben ser cuidadosamente seleccionadas entre gentes de buenos antecedentes, vida morigerada y preferiblemente con hijos.

§ 7. LA LEGISLACION SOBRE MENORES DELINCUENTES

Antecedentes

En el Derecho romano se establecían tres épocas: una que abarcaba hasta los siete años, durante la cual el delincuente era irresponsable; otra, desde los siete a los catorce, en la cual se hacía indispensable un examen del discernimiento (examen éste que todavía prevalece en algunos códigos modernos, como el inglés); desde los catorce años en adelante se consideraba al menor plenamente responsable.

El Derecho germánico admitía la irresponsabilidad hasta los doce años.

En el Fuero municipal de San Miguel de Escalada, promulgado en el siglo XIII, comenzaba la responsabilidad al caer los dientes de leche.

A fines del siglo XV *Dueberg* propugnaba, adelantándose a su tiempo, la creación de establecimientos especiales para menores delincuentes.

Más recientemente, junto a leyes de tipo medieval encontramos otras en las que ya se vislumbra algo de suavidad con los menores criminales.

En España, Felipe II dictó una pragmática por la que se condenaba a muerte a los falsificadores de moneda “sin tener en cuenta su edad”, agregaba. Felipe V iba casi tan lejos como su antecesor y así, mandaba castigar con la pena de muerte a los que cometieran un hurto superior a cuatro reales y, queriendo ser benigno con los menores, disminuía esta pena, dejándola en doscientos azotes y diez años de galera.

En España fué quizá Carlos III el primer monarca que puso humanidad en esta cuestión. En su Ley sobre represión de la criminalidad hacía la salvedad de que a los niños delincuentes se les educara y diera profesión.

El Código francés de 1791 y el napoleónico de 1810 (en los cuales se inspiraron muchos códigos europeos de la época) trataban con benevolencia a los menores.

A comienzos del siglo pasado y en una ciudad que había de ser con el tiempo modelo en instituciones de protección a la infancia, fueron ejecutados algunos niños, condenados a muerte por los tribunales (Boston 1812).

Sin embargo, había de ser Norteamérica la que marcara una época en el tratamiento de los niños delincuentes. En julio de 1899 se creó en Chicago el primer Tribunal para niños que ha servido de modelo a los ulteriormente fundados en aquel país y en Europa.

Legislación Moderna

El Derecho penal moderno se funda más en el estudio psicológico del delincuente que en el castigo, tendiendo a ser borrada de las leyes la idea de venganza social que imperaba en los antiguos códigos.

En lo referente a la legislación sobre la infancia puede decirse que han desaparecido por completo aquellos conceptos anacrónicos de la pena como instrumento de castigo.

Las "Kinderwetten" holandesas, la "Jugendgerichtsgesetz" alemana (1908, modificada en noviembre de 1923), la "Children Act" inglesa (1908) y la por todos conceptos notable "Jugendgerichtsgesetz" austríaca, promulgada en julio de 1928, en la que se introduce de pleno la condena indeterminada, tan defendida en España por Jiménez de Asúa.³⁷

Todos estos códigos, fundados en una penología científica, dan una idea del incremento que han conseguido en el mundo las ideas psicológicas y psiquiátricas sobre la mentalidad del delincuente.

En 1911 se creó en Norteamérica el Children's Bureau, que reúne una serie de secciones de investigación relacionadas con el niño (mortalidad, natalidad, degeneración física y mental, orfandad, Tribunales juveniles, abandono de niños, ocupaciones peligrosas, accidentes y enfermedades de los niños, etc.), importantísimo auxiliar del Tribunal de menores con vida autóctona. A la creación de este organismo siguió la de otros muchos con fines semejantes, que hoy forman legión en aquel país que no en vano va a la cabeza de la Higiene mental en el mundo.

En Europa tardó algo más en implantarse esta organización.

Hasta 1922 no se creó en Alemania la "Oficina de la juventud", semejante al "Children's Bureau" americano.

La colaboración de los especialistas en ciencias psíquicas es ya antigua en los Estados Unidos, pero tardó bastante en introducirse en Europa.

³⁷ L. Jiménez de Asúa, *Generalización al principio de la sentencia indeterminada*. Comunicación al Congreso internacional penitenciario de Londres. 1925.

Aun en 1928, en el Congreso para la protección de la infancia celebrado en París, se veía obligado Donnedieu de Vabres a exigir la intervención psiquiátrica en los procedimientos de los Tribunales de menores.

Concepto de niño delincuente.—El concepto de niño delincuente varía de unas legislaciones a otras.

Como modelo de amplitud puede citarse la Ley del Estado de Colorado (Estados Unidos), que incluye a los necesitados de apoyo moral.

Dice así esa Ley: “Las palabras (niño delincuente) se aplican a todos los niños de diez y seis años o menores de esta edad que violen alguna Ley del Estado o alguna ordenanza de una ciudad o aldea; o al que es incorregible; o a los que, a sabiendas, se asocien con ladrones o con personas viciosas o inmorales; o cuando se desarrolla en un ambiente de holgazanería y de delincuencia; o cuando a sabiendas, visita o entra en casas de mala reputación; cuando, a sabiendas, frecuenta o visita una casa de juego y frecuenta o visita un café o un despacho de licores, o frecuenta o visita una casa pública de juego o de apuestas; o vagabundea por las calles durante la noche sin poder justificar una ocupación legítima, o merodea cerca de las vías de los ferrocarriles o en los patios de las estaciones o sube a algún tren en marcha o monta fraudulentamente en algún vagón o locomotora; o emplea habitualmente un lenguaje vil, obsceno, vulgar, profano o indecente; o se hace culpable de una conducta inmoral en un lugar público o en las inmediaciones de una escuela”.

Teniendo en cuenta que esta ley es de aplicación hasta los 16 años y su enorme amplitud, se comprende que el Tribunal de menores de Denver (Capital del Estado de Colorado), por otra parte uno de los mejor organizados de la Unión, sea uno de los que más trabajan en los Estados Unidos.

El verdadero sentido del Tribunal de menores debe ser proteger y tutelar a todos los niños abandonados, a todos los maltratados, a todos los menores viciosos desprovistos de apoyo moral, sean o no delincuentes en el sentido jurídico de la palabra.

El hecho de que el niño haya delinquido, en la mayor parte de los casos, no es más que un accidente. Muchos menores que legalmente no han infringido las leyes son más peligrosos y se hallan más necesitados de asistencia reformadora que otros que ya han cometido delitos.

La legislación para la protección de la infancia trata, en primer lugar de librar al niño de unos instintos patológicos, de un medio ambiente viciado, de penas demasiado severas, convirtiéndolo, mediante un tratamiento psicológico, en un ser útil a sí mismo y a la sociedad; en segundo término tiende a librarlos de un azote social, que, en determinadas épocas constituye un gravísimo problema.

Recuérdese el caso de Rusia, invadida en los primeros años de la Revolución por bandas de "sin albergue" constituídas en su mayor parte por niños, a veces asombrosamente pequeños tarados por los vicios más horribles y la delincuencia más depravada y que, abandonados a su libre albedrío, cometieron innumerables tropelías, llegando a constituir una preocupación para el Gobierno soviético.

La Ley belga de 15 de mayo de 1915 incluye en el concepto de niño delincuente a los muchachos hasta los quince años.

Francia distingue tres etapas (Leyes de julio, 1912 y marzo, 1927) una hasta los 13 años; otra de los 13 a los 16 y una tercera de los 16 a los 18 años, atendiendo a la gravedad de los delitos.

En Inglaterra sigue haciéndose el examen del discernimiento para determinados casos. En Alemania, cuya ley de febrero de 1923 sigue siendo represiva, se admite en los Tribunales de tutela a los menores de 14 años. Rusia creó, por Ley de 26 de marzo de 1926, las Comisiones de menores que entienden en los delitos cometidos antes de los 16 años. A la misma edad limita la competencia del Tribunal de menores la Ley española de 1929. Las leyes de Japón e Italia son aún de tipo represivo. En los Estados Unidos intervienen los Tribunales de menores hasta los 17 años (Children Act.).

Legislación mexicana.—El título sexto del Código penal para el Distrito y territorios federales de 1913, en sus artículos 110 a 122 fija la edad de 18 años para la consideración de menor (Art. 119), establece el peritaje en los casos en que la edad sea dudosa (Art. 122) y determina que las medidas aplicables a menores serán apercibimiento o internamiento, este último de seis clases: 1, a domicilio; 2, reclusión escolar; 3, en un lugar honrado, patronato o instituciones similares; 4, en un establecimiento médico; 5, en establecimiento especial de educación técnica y 6, en establecimiento de educación correccional (Art. 120).

El Código federal de procedimientos penales de 1933 en su título 12, capítulo 11, artículos 500 a 522 determina el procedimiento que habrá de seguirse en el procesamiento de un menor de 18 años. El artículo 508 establece la investigación social y los datos que ha de contener que son: 1. Sus generales y biografía.—2. Procedencia.—3. Causa de ingreso en el Tribunal.—4. Si realmente ejecutó el hecho que se le imputa y la forma en que lo hizo.—5. Si obró por propia voluntad o influido, aconsejado o ayudado por otras personas y quiénes son éstas así como los datos que puedan servir para identificarlas.—6. Conducta.—7. Medio familiar y extrafamiliar.—8. Diagnóstico.

El informe que rinda el juez médico deberá contener los datos siguientes sobre el menor (Art. 509): 1. Antecedentes patológicos hereditarios. — 2. Idem personales. — 3. Estado actual. — 4. Datos antropométricos e interpretación

de ellos. — 5. Diagnóstico. — 6. Pronóstico. — 7. Indicaciones higiénicas y terapéuticas.

En el artículo 510 se determinan los datos psico-pedagógicos en relación con el menor que serán: 1. Estudio cuantitativo de su inteligencia, o sea de su desenvolvimiento mental. — 2. Estudio de sus aptitudes mentales. — 3. Aptitudes especiales. — 4. Estudio de sus instintos afectivos y de sus voliciones. — 5. Carácter y conducta. — 6. Historia escolar. — 7. Normalidad, insuficiencia o carencia de estudios escolares. — 8. Coeficiente de aprovechamiento. — 9. Causas que hayan influido en su insuficiencia o carencia de estudios escolares o en su retraso pedagógico. — 10. Educación vocacional.

La Ley orgánica de los Tribunales de justicia del fuero común del Distrito y Territorios federales trata en su Título quinto, sección segunda, artículos 67 a 71 de los jueces pupilares y el Título sexto, capítulo segundo, artículos 140 a 148, y Título séptimo, artículos 168 a 171, de la Constitución de los Tribunales de menores.

La Ley orgánica del Poder Judicial de la Federación, promulgada en 1933 establece la forma de nombramiento de los jueces en sus artículos 57 a 63.

El 20 de enero de 1934 se puso en vigor el Reglamento para los Tribunales de menores y sus instituciones auxiliares. Se compone de 60 artículos divididos en x capítulos. El Capítulo I, trata de la competencia del Tribunal de menores. El Capítulo II (Arts. 3 a 10) del Presidente y sus atribuciones. El Capítulo III, de los Secretarios de acuerdos. El IV, de los trámites generales. El V, de las Instituciones auxiliares. El VI, del Centro de observación e investigaciones y sus fines. El VII, de la Sección de investigación y protección (Arts. 43 a 48). El VIII (Arts. 49 y 50), de la Sección Pedagógica. El IX (Arts. 51 a 63), de la Sección Médico psicológica y el X, de la Sección de Paidografía.

Por último, en mayo de 1934, se creó un Patronato para empresas, cuyo Reglamento fué publicado inmediatamente después (8 y 22 de mayo). La finalidad de este patronato es, como dice el artículo 1º del reglamento, prestar asistencia moral y material a aquellos que han delinquido, que se encuentran socialmente abandonados, que están pervertidos o en peligro de pervertirse.³⁸

Incluimos a continuación los modelos de cuestionarios utilizados en el Tribunal de menores de México, D. F., para el estudio social, psicológico y médico.

³⁸ Una recopilación completa de toda la legislación mexicana de Tribunales de menores se encuentra en el libro *La delincuencia infantil*, de J. Angel Ceniceros y Luis Garrido. Ed. Botas. México, 1936.

§ 8. GUIA PARA LOS ESTUDIOS SOCIALES DEL TRIBUNAL PARA MENORES

GENERALES

Nombre del menor, edad (según el informe dado por los familiares), origen, nacionalidad, ocupación. Domicilio.

Nombre del padre, edad, origen, nacionalidad, ocupación.

Nombre de la madre, edad, origen, nacionalidad, ocupación. (Se anotará el domicilio de los padres en caso de ser distinto al del menor).

ANTECEDENTES FAMILIARES

a) *Situación legal de la familia*.—Padres casados legalmente, por la Iglesia, Unión libre. Separados. Divorciados. (Indicar si el padre ha vivido con otras mujeres. Si la madre con otros hombres, anotando la clase de relaciones que hayan tenido).

b) *Organización de la familia*.—Personas que constituyen la familia. Número de hermanos: hombres, mujeres, edades, ocupaciones.

Otros familiares: especificar parentesco y ocupación.

Personas extrañas que viven con la familia, relación que guarden y ocupación.

Familia organizada, desorganizada, por qué causas (alcoholismo, abandono, etc.).

Armonía o frecuentes disgustos en la familia. Por qué causa.

Estabilidad ocupacional de la familia. Ocupaciones anteriores de los padres y demás miembros.

c) *Condiciones económicas de la familia*.—Mencionar quienes sostienen actualmente a la familia, ocupación y salarios.

Ingreso económico total.—Número de personas que se sostienen actualmente con el ingreso. Renta. Distribución de los ingresos: alimentación, ropa, cultura, salud, previsión.

Domicilio.—Calle. Barrio. Tipo de habitación. Casa propia. Alquilada. Vecindad. Casa sola. Accesoría.

Condiciones higiénicas de la habitación.—Descripción de la vivienda. (General y particular respecto a mobiliario, objetos de uso, etc.).

Descripción del barrio.—Condiciones generales (Higiene, Mercado, Iglesias, Escuelas, Dispensarios, Campos de juego. Parques, Pulquerías).

d) *Cultura de la familia*.—Escolaridad de sus miembros.

e) *Empleo del tiempo libre*.—(Cine, teatros, toros, otros espectáculos).

Actividades Sociales.—Sindicatos, otras organizaciones.

Otras actividades.—(Lecturas, paseos campestres, deportes).

Amistades que frecuentan.—

f) *Antecedentes importantes*.—Alcoholismo, toxicomanías, delincuencia (Si el menor vive con familia extraña mencionar personas que la constituyen, organización, ocupación de sus miembros, situación económica, cultura. Describir el trato que recibe y las oportunidades que se le ofrecen).

OBSERVACIONES

ANTECEDENTES PERSONALES

- a) *En el hogar.*—Vive con sus padres. Es huérfano, de padre, de madre, de ambos. Tiene padrastro, madrastra. Tiene familia pero no vive con ella, desde cuándo y por qué causa. Vive con extraños. Desde cuándo y por qué causa. Vive solo, desde cuándo y por qué causa. Ha vivido siempre en la ciudad de México. Indicar otros lugares de residencia. Con quién vivía al cometer la falta. Lugar que ocupa en la familia. —Ha vivido en armonía en el seno de la familia o ha tenido dificultades, con quién y por qué causa. Qué actividades desarrolla en el hogar.
- b) *En la escuela.*—Edad en que empezó a concurrir a la escuela. Si ha concurrido irregularmente, por qué causa. Si nunca ha asistido, anotar las causas. Años que repitió. Grado actual de escolaridad. Escuela que frecuenta, ubicación, turno a que asiste.
- c) *En el trabajo.*—Edad en que empezó a trabajar. Por qué causa. Ocupación actual, horas, salario. Contrato. Sindicalizado o no. Distribución de salario. Ocupaciones anteriores. Por orden cronológico según las haya ejercido, horas, salario. Contrato. Sindicalizado o no. Causa por la que ha dejado el empleo o lo ha perdido. Desocupación. Fechas. Tiempo. Causas. Vagancia. Mendicidad. Causas. *Medio de trabajo.*—Taller grande o pequeño. Fábrica, establecimiento comercial. Oficina. Casa particular. Calle, etc. Si es vendedor ambulante, qué vende y por qué rumbo. *Compañeros de trabajo.*—Número, mayores o menores que él. Hasta donde sea posible anotar la influencia ejercida por el medio de trabajo.
- d) *Empleo del tiempo libre.*—Diversiones (cine, teatro, cabarets, bailes públicos, juegos de azar, gallos, box, lucha libre, toros, deportes, como expectador). Indicar las diversiones que prefiere. Actividades.—Participación en los deportes, tipo de deportes que practica. Actividades avocacionales: lectura, música, baile, trabajos manuales, dibujo, pintura, otras. *Compañías.*—Clase de amigos que frecuenta. De mayor edad, menores, de la misma edad. Tiene varios amigos, uno solo. Es muy sociable o retraído. Frecuenta gente de malas costumbres. Si sus amistades han ejercido mala influencia.

CONDUCTA

- e) Frente al investigador. En el hogar. (No se olvide indicar si el menor se ha fugado del hogar). En la escuela. En el trabajo. En otros medios. (Los datos de conducta deben expresarse en términos de hechos concretos, más que en apreciaciones subjetivas). Alcoholismo. Toxicomanías.

ESFERA SEXUAL

Si está iniciado en las relaciones sexuales, desde qué edad, por quién. Frecuencia.
Vicios.—Masturbación, homosexualidad.

OBSERVACIONES**f) Situación del menor en la Casa de Observación.**

Actividades escolares. Comisiones. Empleo del tiempo libre.

Conducta.—En el dormitorio, en el comedor. En la clase. En el trabajo de la casa.

En sus actividades libres. En relación con los profesores, celadores, etc. En relación con sus compañeros.

Visitas. Quién lo visita. Frecuencia de las visitas.

OBSERVACIONES**4.—CAUSA DE INGRESO.**

a) Dato oficial.

b) Versión del menor.

c) Investigaciones al respecto.

5.—INGRESOS ANTERIORES

Fecha. Causa. Dictamen. Observaciones sobre el tratamiento y sus resultados.

6.—PROCEDENCIA

Remitido por (Delegación, fecha).

Anotar lugar donde se cometió la falta y anotar el tiempo que permaneció en la Delegación el menor, u otra oficina.

7.—OBSERVACIONES

Indicar si el menor cometió la falta.

Opinión acerca del medio familiar.

Indicar oportunidades favorables que existen para el menor en el hogar o fuera de él.

§ 9. GUÍA PARA EL ESTUDIO MÉDICO

Ficha N.

Nombre

Edad

Originario de.....

Raza

Ocupación

Nacionalidad

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS HEREDITARIOS

Padre

Madre

Nacionalidad

Ocupación

Vicios

Sífilis

Tuberculosis

Neuropatías y psicopatías.....

Artritisismo

Otras enfermedades.....

Consanguinidad

Edad al nacimiento.....

		Gestación	{	Embarazo
				Parto
Antecedentes personales.....	{	Lugar entre los hermanos.....		
		Lactancia.....	{	Materna
				Artificial
				Mixta
		Dentición		
		Ambulancia		
		Indices fisiológicos del desarrollo.....		
		Traumatismos		
Enfermedades				

ESTADO ACTUAL

Impresión general.....

Anamnesis

Actitud

Movimientos

Facies: (considerada en su aspecto somático), epileptoide, alcohólica,
adenoide, parkinsoniana, etc

Cabeza.....	Cráneo.....	Forma del cráneo.....
		Anomalías: Macro y microcefalia, cráneo natiforme, cráneo tabes, plagiocefalia, cráneo en silla de montar y en torre
		Cuero cabelludo.....
		Forma general.....
	Cara.....	Anomalías: Plagioprosopia, pronatismo de facies especial
		Frente: olímpica, huída, natiforme, ojivosa, grande, pequeña
		Ojos..... forma..... pupilas.....
		Campo visual.....
		Sentido cromático.....
		Refracción..... Reflejos.....
Cara.....	Agudeza visual..... O. D. O. I.	
	Movimientos oculares.....	
	Nariz. Forma: chata, aguilcña, recta, desviada o en catalejo	
	Fosas nasales.....	
	Olfato	
	Orejas: en asa, en ángulo recto, con lóbulos adherentes, planas con deformidades del pabellón.....	
	Cara.....	Cabeza.....	Agudeza auditiva..... O. D. .... O. I.
Boca.....		
		Paladar
		Maxilares
		Labios
		Lengua
		Gusto

Rinofaringe

Cuello

Sistema linfático.....

Tórax	{	Forma general.....
		Anomalías: corto, alargado, en quilla, escoliosis, xifosis, lordosis

Aparato cardiovascular.....	{	Corazón
		Arterias
		Venas
		Tensión arterial Mx. Mn.

Aparato respiratorio.....

Aparato digestivo y abdomen.....

Sistema nervioso.....	{	Sistema nervioso central.....
		Nervios periféricos.....
		Movilidad
		Sensibilidad { Especial
		General
		Reflejos.... { Cutáneos
		Tendinosos
	Vagosimpático.....	
	Coordinación.	

Esqueleto y articulaciones.....

Piel

Aparato genital.....	{	Anatómicamente.
		Funcionalmente.
		Anomalías

Aparato urinario.....

Miembros

Glándulas de secreción interna

Tiroides:	Hiperfunción (taquicardias, exaltación sexual, hiperactividad).....
	Hipofunción (obesidad, retardo mental, disminución apetito sexual).....
Testículo:	Funcionamiento normal, hiperfunción hipofunción (piel lampiña canicie prematura, órganos sexuales pequeños, tendencia a la obesidad, músculos flácidos, laringe infantil, sexualidad disminuida).....
Hipófisis:	Hiperfunción (hiperactividad, precocidad en la aparición del vello pubiano y caracteres masculinos, masculinización de las mujeres, acromegalia).
	Hipofunción (órganos sexuales pequeños, ausencia del vello, adinamia; en las mujeres ausencia de los caracteres sexuales secundarios).....
Suprarrenal:	Disfunciones, hiperpigmentación, cambio de tono vascular y disfunciones de la actitud.
Ovario:	Disfunciones interviniendo en los trastornos adiposos en el carácter y en la sexualidad.
Paratiroides	.....
Hígado	.....

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Normales a la edad de.....

Estatura	Pesos
Estatura esencial.....	Índice ponderal.....
Índice estatural.....	Circunferencia craneana.....
Braza	Diámetro A-P.....
Perímetro torácico.....	Diámetro transversal.....
Índice vital.....	Índice cefálico.....
	Ángulo facial.....

Constitución física, según los biotipos:

- a) Leptosoma
- b) Atletoide
- c) Pícnico
- d) Displásico

Estado trófico de los músculos.....

Fuerza al dinamómetro.....

Características antropológicas e interpretación correspondiente

Diagnósticos.....	} Por sus antecedentes personales.....
Estado actual.....	
Pronóstico	
Indicaciones higiénicas y terapéuticas generales.....	

§ 10. GUÍA PARA LA FICHA PSICOLÓGICA

Nombre del menor.....

Expediente

Juez

I. INSPECCIÓN

Actitud

Porte

Fisionomía.

Mímica

Facies

II. ESTUDIO ANALÍTICO

Funciones intelectuales

ATENCIÓN

Pasiva: (Investigación clínica y por pruebas).....

Activa: (Idem, idem)

MEMORIA

Anterógrada y Retrógrada (Exploradas clínicamente).....

Si es pertinente hacer estudio analítico para calificar la memoria:

- a) de fijación.....
- b) de conservación.....
- c) de evocación.....
- d) de localización.....

IMAGINACIÓN

Usando los procedimientos que se juzguen adecuados (descripción de estampas (Binet), tests de Rorschach o de Heilbronner, etc.) calificar los procesos o preponderancia imaginativa y su condición de mentira, mitomanía o fabulación.

ASOCIACIONES

Calificar rapidez, facilidad, conexión, cadenas de asociaciones y su condicionalidad y preponderancia, por continuidad, contigüidad, contraste, etc. Si se cree necesario y útil, usar las pruebas de Jung o de Freud de asociaciones libres y determinadas.

COMPRENSIÓN

Apreciación general

Concreta: Test de acomodación de tarjetas.

Abstracta: Definiciones de Binet u otra.

JUICIO Y RAZONAMIENTO

Fenómenos de auto y heterocrítica. Globalmente los aspectos de autoconducción. Si se cree pertinente hacer uso de las pruebas: frases absurdas, definiciones (Binet), de cartones (Ziehen), de la serie de seis silogismos, de invención lógica de Toulouse y Vaschide.

Como addendum de importancia los fenómenos de síntesis correspondientes a la orientación (auto y alopsíquica).

Tono afectivo dominante: Alegre, triste, indiferente.

SENTIMIENTOS

Familiares, religiosos, de sociabilidad, egoístas, altruistas, etc.

PASIONES

Indicar si existe alguna predominante.

EMOTIVIDAD

Facilidad o dificultad para la emoción y estímulos que la provocan más fácilmente.
Reacciones físicas y psíquicas (según el tipo de predominancia: motora, secretora, vascular, etc.).

Reacciones habituales a esta predominancia y que se manifiestan en su conducta.

COMPLEJOS PREDOMINANTES

Edipo, de inferioridad, etc.

INSTINTOS (Y SUS PERVERSIONES)**HABITOS**

Útiles (aseo, laboriosidad, etc.), nocivos (hipocresía, holganza, hurto, etc.).

Como agregado, en caso necesario, datos generales sobre habilidad.

FENÓMENOS VOLITIVOS

Activos (abulia, indecisión, etc.).

LENGUAJE

Apariencia y desarrollo (Mímico, interjeccional, etc.).

ESTUDIO SINTÉTICO

Edad cronológica, edad mental, coeficiente intelectual.

TIPO CONSTITUCIONAL

Tendencias dominantes.

Influencia del estado somático sobre el psiquismo: Defectos: (como xifosis, estrabismo, etc.).

Endocrinopatías.

Otras enfermedades.

PSICOGENESIS*Diagnóstico*

Comprenderá lo siguiente:

El menor es anormal, subnormal, normal, bien dotado.....

Sufre de taras hereditarias.....

Y padece de..... o es sano.

Con idiocia, imbecilidad, debilidad mental, retardo mental, psiquismo normal o adelanto mental.....

Y con cociente intelectual de.....

Presenta deficiencias notables de (memoria, atención, etc.).....
o exaltación de (memoria, atención, etc.).....

Su personalidad se caracteriza por.....

Con trastornos de predominancia (afectiva, volitiva, etc.).....

Con características de constitución mental.....

Pronóstico

Educabilidad, peligrosidad, etc.....

Tratamiento

Higiénico	Ortopédico mental.....
-----------------	------------------------

Terapéutico	Higiénico mental.....
-------------------	-----------------------

Pedagógico	Orientación vocacional.....
------------------	-----------------------------

TESTS PARA EL EXAMEN DE LAS FACULTADES MENTALES

§ 1. BABYTESTS¹

PARA LOS NIÑOS DE DOS A ONCE MESES

Pruebas de Dos Meses

1. Mantener la cabeza erguida.
2. Mantener la cabeza alta en decúbito abdominal.
3. Movimiento de inteligencia con la cabeza cuando dura un sonido.
4. Reacción a un ruido brusco.
5. Fijar la atención.
6. Movimiento de huida con la cabeza.
7. Reacción social (no asustarse ante personas desconocidas).
8. Reacción al cambiar el estado de ánimo.
9. Gorgoritear.
10. Ensayos de movimientos.

Pruebas de Tres Meses

1. Mantener erectos cabeza y hombros en decúbito abdominal.
2. Tactar objetos.
3. Buscar con la vista el origen de un sonido.
4. Seguir con la vista objetos en movimiento.
5. Reacción al desaparecer un objeto dividido.
6. Cambio de reacción al repetirse los estímulos.
7. Intento de huida con todo el cuerpo a los estímulos táctiles.
8. Sonreír o gorgoritar replicando a la mirada.
9. Experiencia de la máscara (Reacción).
10. Imitar la mímica.

¹ Véanse los trabajos siguientes: C. Bühler y H. Hotzer, *Inventar der Verhaltensweisen der ersten Lebensjahres*. Fischer, ed. Jena, 1927.—H. Hotzer y L. Keller, *Vier Testreihen für das zweite Lebensjahr*. Zeitschr. f. Psychol, 117. 1930.—H. Hotzer y K. Wolf, *Babytests*. Zeitschr. f. Psychol. 107. 1928.

Pruebas de Cuatro Meses

1. Apoyarse en la palma de la mano.
2. Tratar de coger los objetos tocados.
3. Coger con ambas manos, sin usar los dedos.
4. Movimientos de prehensión hacia un objeto.
5. Contemplar los objetos tocados.
6. Mirar activamente en las nuevas situaciones.
7. Experiencia del pañal, echado.
8. El niño renuncia a jugar con adultos.
9. Quita los juguetes.
10. Imitar la mímica (más complicada).

Pruebas de Cinco Meses

1. Levantar la cabeza y hombros en decúbito supino.
2. Echado de espaldas volverse a un lado y a otro.
3. Coger los objetos que divisa.
4. Distinguir la expresión alegre o enfadada del adulto.
5. Test del pañal en decúbito supino.
6. Quitar los juguetes.
7. Resistencia a dejarse quitar los juguetes.
8. Buscar los juguetes perdidos.
9. Reacción positiva a los sonidos.
10. Imitar la mímica (grado más elevado).

Pruebas de Seis Meses

1. Sentarse apoyado.
2. Test del borde de la mesa.
3. Enfado al querer coger en vano.
4. Distinguir entre palabras cariñosas y enojadas.
5. Entretenerse en tocar un objeto en reposo con otro movable.
6. Risa con reacción general.
7. Test del pañal en decúbito supino.
8. Reacción al quitarle un juguete.
9. Intento activo de contacto.
10. Imitar sonidos.

Pruebas de Siete Meses

1. Rechazar las fuentes de estímulos.
2. Moverse del lugar que ocupa.
3. Cambiar de postura para acercarse al objeto deseado.
4. Manejo de dos objetos.
5. Imitar golpes.
6. Rechazar juguetes.
7. Tests del papel.
8. Test del pañal, sentado, con apoyo.
9. Distinguir la mímica alegre de la enfadada.
10. Arrebatar juguetes a los adultos.

Pruebas de Ocho Meses

1. Sentarse voluntariamente.
2. Reacción amnésica.
3. Arrastrarse.
4. Tendencia a seleccionar los juegos.
5. Test del espejo.
6. Reacción al medio ambiente extraño.
7. Imitación a la quietud.
8. Preferir papeles a otros objetos.
9. Rechazar juguetes.
10. Desear un objeto de fuera de la cuna.

Prueba de Nueve Meses

1. Arrodillarse con ayuda.
2. Comprender gestos.
3. Test del bolsillo.
4. Actividad destructiva.
5. Llamar la atención de los adultos.
6. Test amnésico.
7. Cerrar y abrir libros de estampas.
8. Sentado, en libertad coger dos objetos.
9. Jugar al escondite.
10. Habituar a adultos desconocidos.

Pruebas de Diez Meses

1. Imitar el sonido de campanas.
2. Experiencia del pañal, sentado, en libertad.
3. Descubrir objetos escondidos.
4. Test de la lámina de cristal.
5. Test de memoria.
6. Dirigirse, sorprendido, a los adultos.
7. Ponerse en pie, apoyado.
8. Juego organizado con adultos.
9. Arrojar objetos.
10. Abrir cajas.

Pruebas de Once Meses

1. Levantarse estando sentado.
2. Enrollar objetos con un cordón.
3. Test amnésico.
4. Encajar unos dados en otros.
5. Levantar torres con los dados.
6. Imitar golpes con la cuchara.
7. Imitar sonidos.
8. Temer a lo desacostumbrado.
9. Juego organizado con adultos.
10. Abrir cajas.²

² Véase la exposición del método en: C. Bühler, *Tests para los seis primeros años de vida*. Labor., E. D. Barcelona, 1935.

§ 2. TESTS DE KUHLMANN PARA NIÑOS DE TRES MESES A DOS AÑOS³

Tres Meses

1. Llevarse la mano a la boca.—Se coloca un pequeño objeto en la mano derecha del niño y se observa si se lo lleva a la boca. Se repite la prueba con la mano izquierda. Si no acerca el objeto a la boca observar si se lleva la mano a la boca a voluntad, en cuyo caso la prueba es positiva, ya que se trata de comprobar si el pequeño tiene una coordinación motriz suficiente para llevarse la mano a la boca a voluntad.

2. Reacción a un sonido brusco.—Producir un ruido cerca de la cabeza del niño, sin que éste nos vea. Se hacen dos ensayos con un intervalo de un minuto. La prueba es válida si el pequeño reacciona por el movimiento de los párpados, o una mirada de asombro.



Fig. 19.—Nursery del establecimiento Gesell.

3. Coordinación binocular.—Estando situado el pequeño lejos de la luz (ventana, lámpara, etc.) muévase ante sus ojos una lámpara eléctrica o un objeto brillante capaz de llamar su atención, llevándola de izquierda a derecha y después de arriba abajo hasta las posiciones extremas y colocada a unos cincuenta centímetros del sujeto. Para considerar la prueba como positiva el niño debe seguir el movimiento sin incoordinación, incluso en las posiciones extremas.

4. Volver los ojos hacia objetos situados en el campo marginal de la visión.—Alejado también el niño de toda fuente luminosa, como en la prueba

³ Kuhlmann, F., *A handbook of mental tests*. Warwick and York. Baltimore, 1922.

anterior se le acerca un objeto luminoso poco a poco, comenzando por detrás y a un lado de la cabeza hasta hacerlo entrar lentamente en el campo visual correspondiente. El test es positivo si el niño vuelve los ojos o la cabeza en la dirección del objeto.

5. Reflejo palpebral al acercamiento de un objeto.—Se pasa rápidamente ante los ojos del niño un objeto bastante grande como un libro, un periódico o un sombrero. La prueba es buena si se produce la oclusión palpebral.

Tests de Seis Meses

1. Equilibrio de la cabeza estando sentado.—Colocar al niño de modo que la cabeza pueda inclinarse en todas direcciones y observar si la mantiene derecha estando el tronco vertical. La prueba es buena cuando la cabeza permanece en el eje del cuerpo. O también sentar al pequeño de modo que el dorso

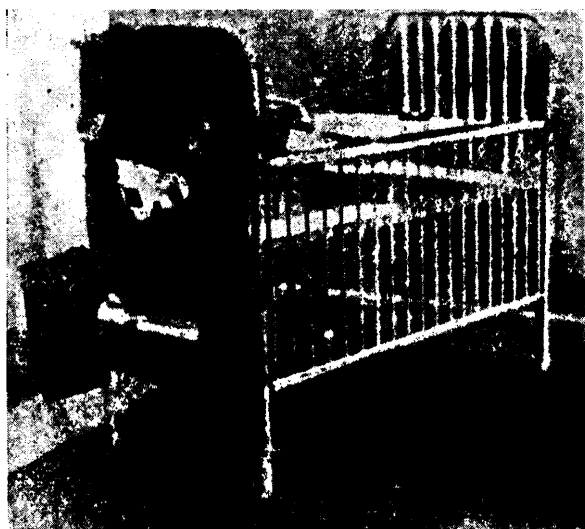


Fig. 20.—Cuna de Gesell.

tenga un apoyo o sin él. En el primer caso es positivo el test cuando se mantiene sentado indefinidamente; en el segundo cuando permanece de 5 a 10 segundos.

2. Volver la cabeza en la dirección de la que parte un sonido.—Se da un golpe o se habla a 60 centímetros de la cabeza del niño haciendo un ensayo para cada lado. El ensayo es positivo cuando el probante vuelve la cabeza en la dirección correcta.

3. Oposición del pulgar en la prensión.—Se hace, en una y otra mano

sucesivamente, la prueba de si el niño puede agarrar un pequeño objeto oponiendo el pulgar a los demás dedos, observando el grado de oposición de aquél.

La prueba es buena si el objeto es aprehendido mediante el pulgar y los demás dedos y cuando es sostenido por aquél y el índice.

4. Mantenimiento de un objeto en la mano durante cierto tiempo.—Es la misma prueba anterior pero anotando si el niño mantiene guardado el objeto más tiempo que por el simple movimiento de flexión refleja.

5. Tentativa de apoderarse de objetos vistos.—Se colocan ante el niño dos o tres objetos de colores vivos, dentro de su campo de prensión. La prueba es positiva cuando el niño, con éxito, coge uno de los objetos.

Un Año

1. Estación sentada y de pie.—La prueba es válida cuando el niño permanece sentado, sin apoyo durante dos o tres minutos y de pie, igualmente sin apoyo durante más de cinco segundos.

2. Lenguaje.—Consiste en hacer asociar dos o tres sílabas repetidas ante el niño. Bastan los informes familiares sobre las palabras que éste dice, ya por repetición ya espontáneamente.

3. Imitación de movimientos.—Mover una carraca a 75 cm de la cara del niño, repitiendo después el movimiento agarrando la mano del niño en la que previamente se le ha puesto la carraca. Hacerle imitar otros movimientos como levantar el brazo, aplaudir, etc.

El resultado es positivo cuando el niño imita sin error cada uno de dichos gestos.

4. Trazar rayas con un lápiz.—Colocar ante el niño un papel y darle un lápiz. El observador hace con otro lápiz algunas rayas en el papel y luego lleva la mano del niño ejecutando algunos zig-zags; se deja libre la mano del niño observando si continúa espontáneamente haciendo trazos.

5. Reconocimiento de objetos.—Colóquense ante el niño varios objetos de los que puedan interesarle, como un sonajero, una pelota, un papel coloreado, etc. Observar por cuál muestra preferencia. Repetir la prueba pero cambiando de lugar los objetos sin que el niño lo vea y comprobar si persiste en preferir el mismo objeto. Hacer varios ensayos anotando los resultados, interrogar a la familia sobre si el niño reconoce a las personas de su ambiente.

La prueba es buena si se comprueba que el niño distingue un objeto entre otros varios o reconoce a diversas personas.

Diez y ocho meses

1. Beber.—Hacer beber al niño con un vaso que contenga agua o leche, observando si puede ingurgitar varios tragos seguidos, en cuyo caso el resultado es positivo.

2. Comer con una cuchara o con un tenedor.—Buen resultado si el niño es capaz por sí solo de llevarse los alimentos a la boca mediante el tenedor o la cuchara. Para ayudarlo puede dársele al comenzar un poco del alimento en la cuchara, colocársela después en la mano y ver si lo hace espontáneamente.

3. Lenguaje.—A esta edad el niño ha de poder repetir las palabras papá, mamá, yaya, nene, sí y no. Hágase alguna pregunta sencilla, que implique una respuesta en *sí* o en *no*.

El resultado es válido si el niño repite varias palabras y sabe contestar a las preguntas.

4. Escupir de la boca sustancias de gusto desagradable.—Introducir en la boca del niño una miga de pan mojada en vinagre ligero. Buen resultado si el niño hace algún gesto para echarle de la boca. Negativo si sólo permanece con la boca abierta sin que la miga caiga.

5. Reconocimiento de objetos en una estampa.—Se muestran al niño imágenes (dibujos o fotografía) de objetos y personas que le sean conocidos. Prueba positiva si el niño hace gestos de reconocer el objeto aunque no lo nombre.

Dos Años

1. Señalar objetos en una estampa.—Se muestran al niño las imágenes diciéndole: —Enséñame el hombre, o el perro, etc.

Prueba válida si muestra cinco figuras entre ocho propuestas.

2. Imitación de movimientos sencillos.—Levantar los brazos diciendo al niño: “Pon los brazos como yo”. Después se aplaude diciéndole: “Haz así”. Luego se colocan las manos en la cabeza y se le ordena “haz igual que yo”, y otros.

Al menos tres de los movimientos deben ser repetidos por el niño, bastando con una imitación aproximada.

3. Obedecer a órdenes sencillas.—Se le lanza una pelota diciéndole “¡cógela!”, luego “¡tíramela!”, después “ponla sobre la silla”, etc.

Basta con que en dos órdenes el niño comprenda y trate de ejecutar la orden, aunque el resultado sea tosco.

4. Copiar un círculo.—Colocar una hoja de papel ante el niño y trazar en ella un círculo con el lápiz. Darle otro lápiz al niño y hacer varios círculos llevándole la mano. Dejarle después libremente diciéndole “haz tú lo mismo”.

El resultado es bueno cuando el niño hace algunos esfuerzos y consigue demostrar que intenta, al menos, dibujar un círculo.

5. Desenvolver un bombón de chocolate para comérselo.—Buen resultado si el niño despoja del papel al bombón que ha sido puesto envuelto en su mano, antes de comerlo. La prueba puede hacerse envolviendo el bombón en un papel en presencia del niño, para que éste se dé cuenta del contenido.

§ 3. TESTS DE BINET Y SIMON

REVISION DE 1911

Tres años

1. Señalar algunas partes de la cara.—Se pide al niño sucesivamente que nos muestre dónde tiene su nariz, sus ojos, su boca.



Fig. 21.—Test de Bobertag.

La prueba es positiva cuando utiliza la mano para señalar, pues no basta con que mueva el órgano. Los niños normales resuelven esta prueba ya al año y medio.

2. Repetir dos cifras.—Se dice al niño que repita los números que vamos a decirle y se le citan lentamente y con la misma entonación de voz a un intervalo de medio segundo dos cifras. Se hacen tres ensayos de los que basta con una repetición correcta para que la prueba sea positiva. Es un tests de memoria inmediata.

3. Enumerar los objetos de una estampa. (Figs. 19, 20 y 21).—Se muestra al niño el grabado y se le pregunta: “Dime qué ves en esta estampa”. A esta edad basta con que el probante enumere algunos objetos para que la prueba sea positiva. Tests de asociación de conceptos a imágenes.



Fig. 22.—Test de Bobertag.

4. Decir el apellido.—Se pregunta al niño cómo se llama. Si contesta sólo con el nombre se le insiste “¿Y qué más?”. Sólo es positivo si agrega el apellido.

5. Repetir una frase de seis sílabas.—Se dice al niño, advirtiéndole de antemano que debe repetirlo: p. e., “El niño es bueno”, “Me gusta la leche”. Puede animarse al pequeño. Los niños normales la resuelven ya a los dos años.

Cuatro Años

1. Decir su sexo.—Debe formularse la pregunta dos veces, cada una en sentido inverso, es decir, “¿Tú eres niño o niña?” y una vez que haya contestado: “Así que, ¿eres niña o niño?”

La prueba es positiva cuando podemos darnos cuenta de que el probante conoce efectivamente su sexo.

2. Reconocer objetos de uso corriente.—Se muestran al niño una moneda, un reloj, una llave preguntándosele si sabe lo que es.

3. Repetir tres cifras.—6-9-2, 5-8-4. Como para el tests de dos cifras se pronunciará lenta y uniformemente. Debe repetirse la prueba. Positiva cuando contesta correctamente una.



Fig. 23.—Test de Bobertag.

4. Comparar dos líneas desiguales.—Se presenta un papel en el que hay trazadas dos líneas paralelas separadas por un espacio de unos tres centímetros y de las cuales una tenga cinco y otra seis cm de longitud. Se pregunta al niño cuál es mayor, debiendo repetir la prueba dos veces cambiando, sin ser vistos, la posición del papel.

La prueba es positiva cuando el niño la resuelve exactamente las tres veces.

Cinco Años

1. Comparación de dos pesos.—Pueden utilizarse, a falta del material standard dos cajitas de cerillas, de igual forma, tamaño y color en las cuales se coloca arena o perdigones (envueltos en algodón para impedir desplazamientos del lastre) hasta conseguir que una pese 6 gr y otra 15. Se colocan sobre la mesa y se dice al niño: “Dime cuál de esas dos cajitas pesa más”. Se repetirá la prueba cambiándolas de lugar. Positiva cuando los dos ensayos son correctos.

2. Copiar un cuadrado.—Se presenta al niño una hoja donde hay dibujado un cuadrado de tres cm de lado. Se da al niño pluma y se le dice que trate de hacer otro igual.

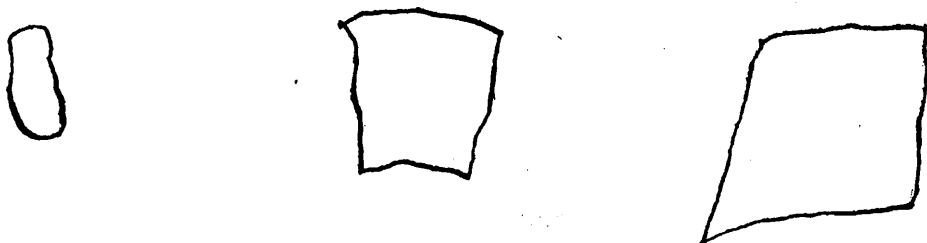


Fig. 24.—Valoración negativa en el Test de Yerkes-Briges.

En la figura 25 se señalan las formas positivas en la 24 las negativas. Terman lo coloca en los cuatro años.

3. Repetir una frase de diez sílabas.—P. e., “Me gusta pasear por el jardín”, o bien “Los carpinteros hacen las mesas”.

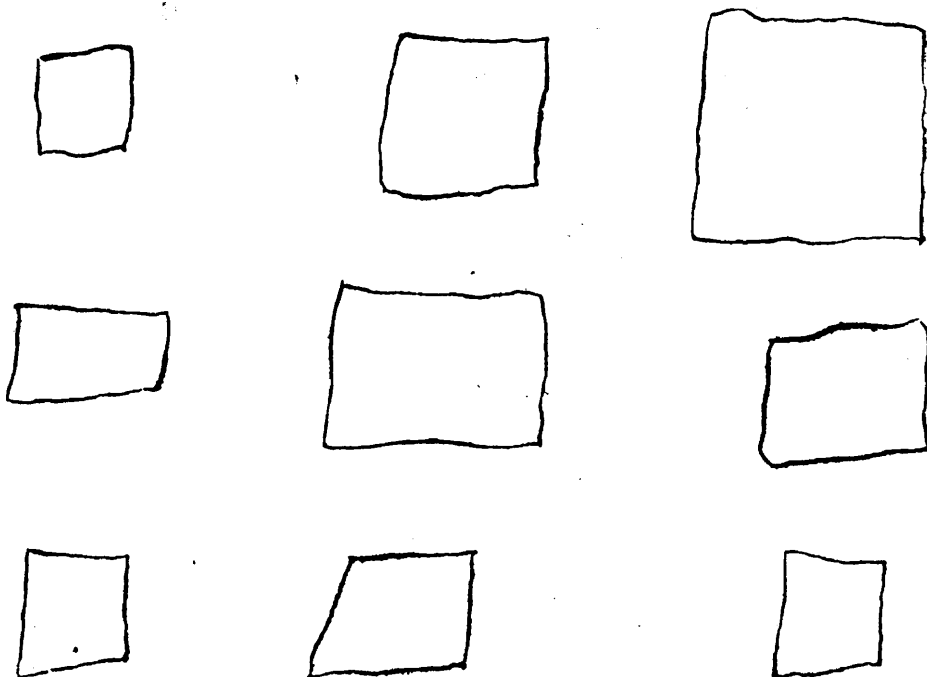


Fig. 25.—Valoración positiva en el Test de Yerkes-Bridges.

Para que sea positiva no debe haber omisiones de palabras, pero se admiten rectificaciones espontáneas del niño.

4. Contar cuatro monedas de cinco céntimos.—Se colocan éstas sobre la

mesa tocando unas a otras y se dice al niño que las cuente con el dedo (pero sin cogerlas).

5. Reunir dos triángulos de cartulina para formar un rectángulo.—Se corta diagonalmente una tarjeta formando dos partes triangulares iguales. Se dan al niño los dos fragmentos y se le muestra otra tarjeta exacta, pero entera diciéndole que reuna los dos pedazos de tal modo que forme una igual a la íntegra.

Lo importante en la prueba es el tiempo de reacción. Pasados tres minutos sin resolver debe darse por negativa.

Seis Años

1. Distinguir la mañana de la noche.—Se pregunta al niño “¿Ahora es por la mañana o por la noche?” Obtenida la respuesta inviértase. Sólo es positiva cuando se obtiene la convicción de que el niño tiene noción del tiempo.

En general los niños normales la resuelven antes de los seis años.

2. Definir objetos por el uso.—Se pide al niño que nos diga qué es una mesa, o una llave o cualquier otro objeto de uso corriente. Para que sea positiva basta con que el niño diga el uso a que está destinado el objeto.

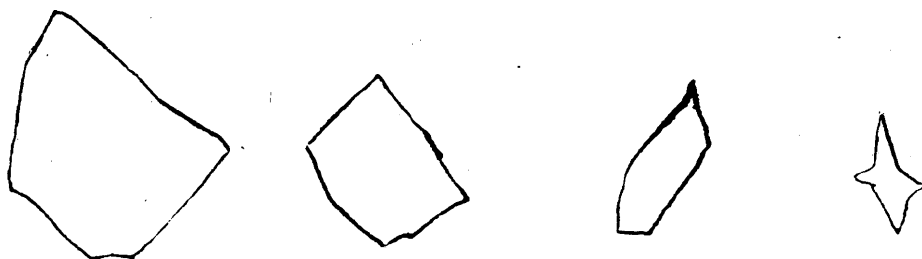


Fig. 26.—Valoraciones negativas en el test del rombo de Yerkes-Bridges.

3. Copiar un rombo.—Se procede en la misma forma que para el tests n. 2 de cinco años.

La figura 27 muestra cuáles son los resultados positivos y la 26 cuáles se considerarán como no válidos.

4. Contar 13 monedas de cinco céntimos.—Se realiza en la misma forma que el test de las cuatro monedas.

Sólo es positivo si no hay ningún error.

Terman, como Binet, lo incluyen en las pruebas de los seis años. Bobertag en la de los siete, creemos que más acertadamente pues casi todos los niños

(2/3 según Lafora, algo más según nuestra experiencia) de seis años se equivocan.

5. Comparación estética.—Se presenta al niño una hoja con tres pares de cabezas femeninas preguntándole sucesivamente cuál es más bonita. La prueba sólo es positiva cuando el niño acierta en los tres casos.

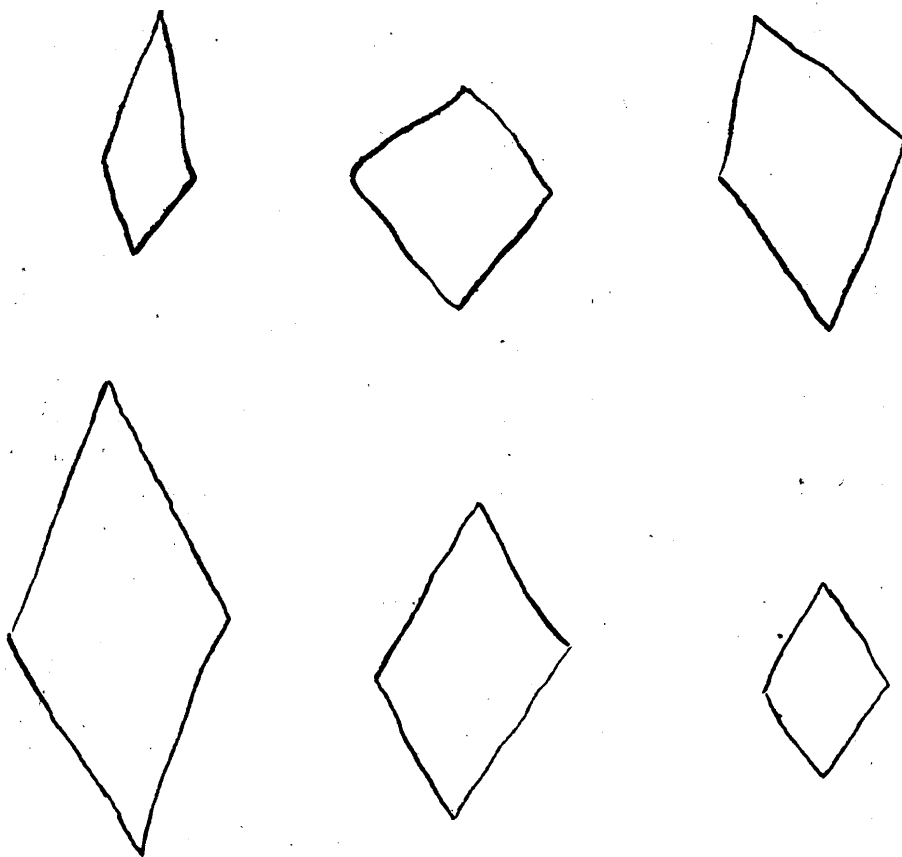


Fig. 27.—Valoraciones positivas en el Test del rombo de Yerkes-Bridges.

Terman la incluye en los cinco años. Consideramos que el grabado que figura en todos los libros es inadecuado para una comparación estética. Con mucha frecuencia hemos tenido ocasión de comprobar en niños inteligentes la siguiente respuesta, “las dos son feas”; lo que constituye una contestación bastante acertada. Las tres figuras consideradas como “feas” son caricaturas que no rara vez hacen gracia al niño por lo que no es de extrañar que otras veces señalen éstas como más bonitas.

Siete años

1. Señalar su mano derecha y su ojo izquierdo.—Se pregunta al niño: “¿Cuál es tu mano derecha?” Después “¿Cuál es tu ojo izquierdo?” La prueba es positiva cuando es ejecutada correctamente, admitiéndose la rectificación espontánea del niño.

2. Describir un grabado.—Los mismos grabados que para el test de tres años. Se exige aquí una “descripción” y no una enumeración de objetos. El niño ha de dar la sensación de que comprende el conjunto del grabado. Si sólo enumera figuras la prueba es negativa. Se requiere que la acción que expresan los dibujos, al menos sea también citada.

3. Hacer tres encargos ordenados simultáneamente.—Se dan al niño tres órdenes, p. e.: “Coge este libro, luego abre la puerta y después siéntate en aquella silla”. No se permite hacer ninguna indicación. Positiva cuando las tres órdenes se ejecutan correctamente y en el orden enumerado.

Terman lo coloca a los cinco años. A nuestro entender es más apropiado el criterio de Bobertag que lo incluye en las pruebas de seis años.

4. Contar monedas de cinco y diez céntimos.—Se dan tres monedas de cinco y otras tres de diez, y se dice al niño: “Cuenta este dinero y dime cuánto hay”. La prueba es positiva a), cuando da correctamente la cifra en céntimos (lo que a esta edad es raro); b) cuando establece la diferencia de valor entre una y otra moneda (finalidad fundamental); c) cuando cuenta las piezas dando doble valor a las de 10 céntimos, contándolas como dos. En los demás casos es negativo el test.

5. Decir el nombre de cuatro colores.—Se muestran al niño cuatro tiras de papel o bien una hoja con cuatro franjas de los colores rojo, verde, azul y amarillo. Sucesivamente se van señalando cada una de ellas y preguntándole al niño: “¿Qué color es éste?” Se repite la prueba pero haciendo que sea el probante quien señale a la pregunta “¿Cuál es el color verde?”. La prueba es positiva cuando no hay ninguna equivocación.

Ocho Años

1. Hallar la diferencia entre dos cosas (sin verlas).—Se pregunta al niño: “¿Tú sabes lo que es una mariposa?” “¿Y una mosca?” “¿Dime en qué se diferencian?” Se repite con los conceptos cristal-madera, papel-cartón o niño-enano. Es positiva cuando son aceptables dos de las tres diferenciaciones. Se consideran aceptables las respuestas que establecen una verdadera diferencia de cualidad.

2. Contar de 20 a cero.—Se le dice al niño que cuente desde 20 hasta 0. empezando por veinte. Puede ayudársele comenzando nosotros 20, 19, 18 y dejando seguir al pequeño. Se permite una sola falta, sin contar los errores que el niño rectifique por sí mismo. La prueba debe hacerse en 20 segundos para ser positiva.

3. Indicar las omisiones en dibujos incompletos.—Se muestra la lámina con cuatro figuras a una de las cuales le falta un ojo, a otra la nariz, a una tercera a la boca y a la última los brazos. Se pregunta al niño “¿qué falta en esta figura?”. Es positiva cuando en menos de treinta segundos da tres respuestas correctas.

Terman incluye esta prueba en las de seis años, con más acierto que Bobertag que la coloca en los siete y que Binet, en los ocho. Para estas dos últimas edades es demasiado fácil.

4. Repetir cinco cifras.—Igual método y valoración que en el anterior de 3 y 4 años.

5. Decir la fecha completa del día.—Se pregunta el día de la semana, el del mes, el mes y el año. Para el día del mes es admisible un error de tres fechas. Los demás datos han de contestarse correctamente para que la prueba sea positiva.

Bobertag y Terman la aplican para los nueve años.

Nueve Años

1. Devolver el cambio de una peseta (o un peso).—Se dan al niño cincuenta céntimos en monedas de cinco y diez céntimos.

Se le dice después: “Suponte que eres un comerciante y yo te compro una cosa que vale 80 céntimos y te doy esta peseta para que cobres. Dame la vuelta”. Acompañando la acción a la palabra se le entrega una moneda de peseta.

Sólo es positiva si devuelve 20 céntimos de primera intención.

La prueba debe hacerse en esta forma y no de memoria. Hay muchos niños (y aun adultos) que no saben restar pero en cambio saben hacer pequeñas operaciones con la moneda por la fuerza de la costumbre (vendedores de periódicos, criadas de servicio, etc.).

2. Definición de conceptos, más que por el uso.—Se pregunta qué es un león, un aeroplano, un soldado, una mariposa. Tres al menos de las respuestas han de dar definiciones descriptivas o de clasificación.

Terman lo coloca en los ocho años, lo que es un poco prematuro.

3. Reconocer la moneda nacional.—El niño debe conocer las piezas metálicas de la moneda de su país que se le presentarán para su identificación.

4. Decir los meses del año.—Sólo se permite un error y un tiempo de 15 segundos para considerar positivo al test.

a) ¿Qué debes hacer si cuando sales para ir al colegio está lloviendo?

Son respuestas aceptables: Coger un paraguas o el impermeable. Espero a que pase un poco la lluvia. Tomo el tranvía, etc.

Son malas respuestas: Me vuelvo a casa. Corro, etc.

b) ¿Qué harías si hubiese un incendio en tu casa?

Son respuestas buenas: Llamo a los bomberos. Intento apagarlo con agua. Aviso a los vecinos, etc.

Son malas: Me escapo corriendo. Saco las cosas. Lloro, etc.

c) ¿Qué debes hacer si rompes una cosa que no es tuya?

Buenas respuestas: Comprar otra para devolverla. Pedir perdón al dueño.

Son malas: Esconderla. No decir nada. Echarle a otro la culpa.

En ocasiones no es fácil calificar las respuestas, pues incluso en la vida real el adulto duda al verse ante alguna de dichas circunstancias. El buen criterio y la práctica del experimentador sabrán, en cada caso particular valorar las respuestas.

Se admite como positiva la prueba en que una, al menos, de las preguntas es contestada correctamente.

Tanto Terman como Bobertag incluyen el test entre los de ocho años, edad a la que los niños normales ya están en disposición de contestar correctamente.

Diez Años

1. Comparar cinco pesos.—Como para la prueba de cinco años se colocan cinco cajitas iguales en forma tamaño y color, pero cuyos pesos varíen de 3 en 3 gramos (3, 6, 9, 12, 15) y se pide al niño que los coloque en orden desde el más ligero al más pesado, explicándole que aunque son iguales por fuera cada una tiene diferente peso. Es preciso que el niño comprenda bien lo que se pide de él. Debe repetirse la prueba tres veces, siendo positiva cuando la resuelve bien dos de las tres y en menos de tres minutos.

Terman y Bobertag colocan la prueba entre las de nueve años, con mejor resultado que Binet.

2. Reproducir dos dibujos de memoria.—Se muestra al niño la hoja con los dos dibujos durante diez segundos, pidiéndole que dibuje otros dos iguales de memoria. El objeto de la prueba debe advertírsele al niño antes de comenzarla, pues de este modo fija más la atención sobre la hoja.

Debe por tanto decirsele: "Te voy a enseñar dos dibujos durante un momento para que luego tú los reproduzcas de memoria".

Lafora sugiere que se muestren ambos dibujos por separado, como dos pruebas distintas, pues considera muy escaso el tiempo que se da para observar el dibujo.

La objeción está ya salvada por Terman que presenta esta prueba por separado y advirtiéndole al probante su objeto con la finalidad de que fije más la atención.

La prueba es positiva cuando uno de los dibujos es reproducido correctamente y el otro medianamente.

3. Crítica de frases absurdas.—Se explica al niño que se le van a leer unas frases donde existe un absurdo, para que él nos diga en qué consiste el absurdo. Las frases pueden ser las mismas propuestas por Binet:

a) Un pobre ciclista se ha caído de su bicicleta rompiéndose la cabeza y muriendo en el acto. Lo llevaron al hospital, pero se cree que no se salvará.

b) Tengo tres hermanos: Pablo, Ernesto y yo.

c) Ayer se encontró el cuerpo de una mujer cortado en 18 pedazos. Se cree que se suicidó.

d) Ha habido un descarrilamiento, pero sin importancia; sólo murieron 48 personas.

e) Un hombre decía: Si me quisiera matar no lo haría en martes porque ese día trae mala suerte.

f) Un individuo escribía a otro: Si no recibes esta postal contéstame a vuelta de correo para mandarte otra igual.

Pueden emplearse los propuestos por Terman o cualquiera otra frase de este tipo bien construida.

Serán formuladas cinco de las cuales cuatro, al menos deben ser bien resueltas para considerar positiva la prueba. El tiempo es de treinta segundos para cada una.

4. Contestar a preguntas de cierta dificultad.—Se le formulan al niño las cinco preguntas que van a continuación (propuestas por Binet), dándole 20 segundos para cada una y debiendo contestar favorablemente 3 de las cinco. Las preguntas son:

a) ¿Qué se debe hacer cuando se hace tarde para llegar al colegio?

Son buenas las respuestas que indican la necesidad de apresurarse (correr, tomar un vehículo, etc.). Malas las que indican indiferencia por la escuela, (quedarse en casa; avisar que no puede ir, etc.).

b) ¿Qué debes hacer si te preguntan tu opinión sobre una persona que no conoces?

Las buenas respuestas han de denotar inhibición (no decir nada; decir que no sé cómo es, etc.). Las malas respuestas serán, por tanto, aquellas que incluyan una cualidad de la persona desconocida (incluso cuando sea positiva), (que es buena, o mala, etc.).

c) ¿Por qué debemos juzgar a las personas por sus actos y no por sus palabras?

Buenas respuestas: “Las palabras pueden rectificarse; los actos no”. “Porque las acciones tienen más importancia”, etc.

d) ¿Qué debes hacer antes de emprender un negocio importante?

Buenas respuestas las que denotan necesidad de asesoramiento, aprendizaje e información previa.

e) ¿Por qué se perdona más fácilmente una mala acción hecha bajo el dominio de la ira o de la cólera, que otra hecha sin ella?

5. Colocar tres palabras en dos frases (Masselon).—Se escriben tres palabras que tengan entre sí cierta relación y se le presentan al niño diciéndole que forme dos frases en cada una de las cuales entren dos de las palabras que tiene delante. Se le hace ante su vista un ejemplo para que se dé cuenta de lo que debe hacer. No comenzar la prueba hasta que el niño no haya comprendido bien. Se da un minuto para cada frase. Si el niño no sabe escribir puede formar las frases verbalmente.

Pueden proponerse p. e.: Cazador—liebre—perro; ladrón—reloj—cárcel; pescador—lancha—río, etc.

Doce Años

1. Resistir a la sugestión.—Se van presentando al niño sucesivamente seis hojas de papel en las cuales se han trazado: en la primera dos líneas paralelas, separadas por un centímetros y de las cuales la de la izquierda tiene cuatro cm y la otra cinco; la segunda hoja es igual, pero las líneas tienen un cm más cada una; en la tercera aumentan en otro cm; las tres últimas tienen dos líneas pero ambas de siete centímetros.

Al mostrar las tres primeras se pregunta al niño “¿Cuál es la más larga?”, y en las tres últimas “¿Y de éstas?”

El test es positivo cuando en tres pruebas el niño resiste dos a la sugestión.

2. Formar una frase con tres palabras determinadas.—Se presenta al niño una hoja de papel en la que hay escritas tres palabras, p. e.: niño—barca—río. Se le dice que con estas tres palabras escriba una frase (si no sabe escribir que la forme de memoria).

Son correctas: "El niño pasea en barca por el río". "El niño mira la barca del río". "En el río hay una barca con un niño", etc.

Se repite la prueba con otras tres palabras.

Basta con un resultado bueno para considerar el test como positivo.

Está permitido ayudar al niño mediante un ejemplo previo que resolverá el experimentador ante él para que comprenda el sentido de lo que se le pide.

3. Decir en tres minutos sesenta palabras.—Pedir al niño que nos diga lo más rápidamente que pueda sesenta palabras al tuntún. El observador puede comenzar para animar al pequeño. Conviene anotar las palabras que diga para estudiar su asociación.

En la serie de Terman este test figura a los diez años.

4. Definir tres conceptos abstractos.—Se pregunta qué es caridad, justicia, obediencia, envidia, pereza, maldad.

La prueba es positiva si para dos de los conceptos da una o dos ideas fundamentales (envidia = desear lo de los demás; caridad = compadecerse y ayudar a los pobres, etc.). Las respuestas no son válidas si la palabra definida entra en la definición (maldad = ser malo; justicia es hacer justicia, etc.).

5. Reconstruir frases desarticuladas.—Se entregan al niño una serie de cartoncitos con una palabra escrita cada uno, pidiéndole que los ordene formando una frase.

Las frases clásicas son: "Un defiende amo su perro buen a" (Un buen perro defiende a su amo), "Maestro rogado al corrija el me que trabajo he" (He rogado al maestro que me corrija el trabajo), "El hemos campo ahora marchado para" (Ahora hemos marchado para el campo).

Hay que dar dos buenas respuestas de tres, para que sea válido.

Quince Años

1. Repetir siete cifras.—Positiva cuando se supera uno en tres ensayos. Terman coloca en los tests de 10 años la prueba "Repetir seis números".

2. Hallar tres rimas en *or* en un minuto. Se le dice al niño que nos diga las palabras que sepa terminadas en *on*.

Esta prueba es todavía más sencilla que la anterior para los quince años. Terman tiene la prueba "hallar tres rimas a una palabra" que es algo más difícil en los tests de nueve años.

3. Repetir una frase de 26 sílabas.—Conviene que las frases propuestas no queden cortadas cambiando de tema. Pueden proponerse: "En la escuela

dan premios a los niños estudiosos. Trabajaré mucho para ganarlo". "Cuando termine mi labor iré a jugar al jardín. En él me esperan mis amigos".

La prueba es válida cuando se reproduce exactamente una frase.

4. Interpretar un grabado.—La misma prueba de los tres y los siete años pero exigiendo una interpretación del asunto.

5. Resolver un problema de hechos diversos.—Se dice al niño: a) "Mi vecino acaba de recibir varias visitas: primero ha venido un médico, después un notario y, por último, un cura. ¿Qué le pasará a mi vecino? Buenas respuestas: "Que se está muriendo", "Que está gravísimo". Malas: "Está enfermo", "Tiene visitas", etc.

b) Una persona que paseaba por un parque se paró de repente toda asustada y fué a avisar a la policía que había visto colgado de la rama de un árbol un... ¿Un qué?

Pruebas para adultos

1. Comprender el dibujo formado recortando una hoja de papel doblada.—Se muestra al sujeto un cuadro de papel doblado en cuatro. Tomando como base el borde que sólo tiene un pliegue se dibuja un triángulo y se pregunta al probante qué resultaría en el papel desplegado si se cortase el triángulo con unas tijeras. Sólo se admite la respuesta correcta (dos rombós, uno a cada lado de la línea media) sin que el sujeto toque el papel ni haga pruebas con otro.

2. Se corta una tarjeta (no cuadrada) por la diagonal y se pide al sujeto que imagine y dibuje la figura, qué resultaría si volviésemos uno de los fragmentos y colocásemos su cateto mayor adosado de tal modo a la hipotenusa del otro fragmento que el ángulo recto del primer triángulo quedase en contacto con el ángulo más agudo del segundo.

Es un test muy complicado de exponer.

3. Diferencias abstractas.—Pregúntese: Cuál es la diferencia entre: a) pobreza y miseria; b) pereza y ociosidad; c) evolución y revolución; d) mentira y error.

La prueba requiere, para ser positiva, tres respuestas exactas sobre cuatro.

Son buenas respuestas las que precisan bien la diferencia. No basta la definición de cada concepto.

4. Expresar las tres diferencias entre un Rey y un Presidente.

Debe expresarse precisamente que la realeza es hereditaria, vitalicia (salvo abdicación o derrocación) y de mayores atribuciones.

5. Resumir un pensamiento filosófico.—Se lee al sujeto, con claridad y lentitud el siguiente fragmento de Hervieu, que proponía Binet: “Se han dado juicios muy diferentes sobre el valor de la vida. Unos la consideran buena; otro mala. Más justo sería decir que es mediocre, pues por una parte nos da siempre una felicidad menor a la que hubiéramos deseado, y por otra parte, las desgracias con las cuales nos aflige son menores que aquellas que los demás nos desean. Esta mediocridad de la vida es lo que la hace aceptable, o más bien lo que le impide ser del todo injusta”.

Es suficiente con que el sujeto resuma el contenido del pensamiento aun sin emplear las mismas palabras.

Cálculo de la edad mental con los Tests de Binet-Simon

En las pruebas resueltas positivamente se pondrá el signo + y el — en las negativas. Sumado el número de pruebas resueltas positivamente se multiplicará por 0,2 (como cada año tiene 5 pruebas cada una de ellas son 0,2 de año) y el resultado vendrá expresado en años y décimos de año.

Suponiendo que un niño ha resuelto todas las pruebas hasta el 5º año (25), tres del sexto (3) y dos del séptimo (2). Sumadas dan 30, que multiplicado por 0,2 dan 6,0. El niño tiene pues un nivel mental de seis años.

El cociente intelectual (C. I.) o índice de la capacidad mental se obtiene dividiendo la edad mental por la edad real del niño. Suponiendo que en nuestro ejemplo anterior el probante tuviese 7 años de edad cronológica su C. I. sería: $\frac{6,0}{7} = 0,85$.

Se han hecho muchas objeciones al método de Binet-Simon y de ellas han salido modificaciones entre las que se encuentran como más importantes las de Bobertag, Yerkes y Terman que reproducimos más adelante.

Las objeciones al método no restan lo más mínimo al mérito de los autores que fueron los primeros que dieron una posibilidad práctica y científica de obtener el nivel mental. Todas las revisiones han sido hechas sobre el modelo de estos autores y la mayoría de los tests originales persisten en las nuevas series de otros investigadores.

Actualmente el método más utilizado es el de Terman (revisión Stanford), en el que como veremos se incluyen un gran número de tests de Binet y Simon.

§ 4. TESTS DE BINET-BOBERTAG

La revisión hecha por Bobertag⁴ de los tests de Binet y Simon es muy utilizada en Alemania y da bastante buenos resultados en la práctica.

Expondremos aquí solamente las pruebas que se diferencian de las primitivas de Binet para no incurrir en repeticiones inútiles.

La forma de calcular la edad mental se realiza dando al niño la edad mental que corresponde a la más avanzada en la que haya resuelto todas las pruebas y agregando un año más por cada cinco pruebas resueltas de años superiores.

Tests de Tres Años

Exactamente iguales a los de Binet.

Tests de Cuatro Años

Igual a los de Binet agregando el número 1 de cinco años (comparación de dos pesas).

Tests de Cinco Años

1. Repetir cuatro cifras.

Se realiza en la misma forma que los semejantes de Binet.

2. Copiar un cuadro.

3. Repetir una frase de diez sílabas

4. Contar cuatro monedas de cinco céntimos

} Iguales a los correspondientes de Binet
de 5 años.

5. Reunir dos triángulos.

6. Definir por el uso. Igual al de Binet de seis años.

Tests de Seis Años

1. Distinguir la mañana de la noche. (Igual al correspondiente de Binet).

2. Comparación estética. (Igual al Binet de la misma edad).

3. Hacer tres encargos ordenados simultáneamente. (Igual al Binet de los siete años).

⁴ O. Bobertag, *Über Intelligenzproben nach der Methode von Binet und Simon*, 3a. ed. Leipzig, 1928.

4. Describir un grabado. (Igual al Binet de siete años).
5. Repetir frases de 16 sílabas. (Igual al Binet).
6. Decir la edad.

Se pregunta al niño: “¿Qué edad tienes?” o “¿Cuántos años tienes?”

Basta con que digan los niños algo aproximado, pues a esta edad no suelen saber la fecha de su nacimiento.

Tests de Siete Años

1. Señalar su mano derecha y su ojo izquierdo. (Igual al Binet de 7 años).
2. Indicar las omisiones en dibujos incompletos. (Igual al Binet de ocho años).
3. Copiar un rombo. (Igual al de Binet en los seis años).
5. Conocer monedas de diferente clase. (Igual al tests n. 3 de nueve años de Binet).
6. Decir el número de dedos de ambas manos.

Se pregunta al niño, cogiéndole la mano: ¿Cuántos dedos tienes en la mano derecha?, ¿Y en la izquierda?, ¿Y entre las dos manos, cuántos dedos suman?

Debe decirlo exactamente para que la prueba sea positiva.

7. Copiar palabras escritas.

Se da al niño una hoja de papel con una frase de tres palabras escritas y se le pide que escriba lo mismo con pluma y tinta.

Este test no denota aunque no se franquee un retraso mental sino puramente pedagógico.

8. Contar trece monedas de cinco céntimos. (Igual a la de Binet de seis años).

Tests de Ocho Años

1. Hallar la diferencia entre dos cosas (sin verlas). Igual al Binet.
2. Contar de 20 a 0. Igual al Binet.
3. Decir el nombre de cuatro colores. Igual al Binet de siete años.
4. Repetir un punto principal de lo leído en una noticia de periódico.

Se da al niño para que la lea o caso de no saber leer lo hace el experimentador la siguiente noticia: “Incendio de tres casas.—Villanueva, 5 de septiembre.—Durante la última noche un horroroso incendio ha destruido tres casas en el pueblo de Villanueva; diecisiete familias han quedado a la intemperie. Los

daños se calculan en 150,000 pesetas. Al salvar un niño, un bombero se produjo graves quemaduras en la mano''.

Después de leído se le pida nos repita lo que recuerde de este párrafo.

Este trozo contiene 18 ideas lógicas de las cuales el niño de ocho años sólo suele recordar dos o tres, con las que bastan para considerar vencida la prueba.

5. Comprender tres preguntas fáciles. (Igual al Binet de nueve años).

Tests de Nueve Años

1. Devolver el cambio de una peseta.
2. Definición de conceptos más que por el uso. } Iguales al Binet.
3. Decir la fecha del día. (Igual al de Binet de ocho años).
4. Ordenar cinco pesos. (Igual al Binet de cinco años).
5. Describir un grabado. (Igual que el Binet de siete años).
6. Enumerar los días de la semana.

No se admite ningún error salvo los que son rectificadlos espontáneamente.

Tests de Diez Años

1. Decir seis recuerdos de lo leído en una noticia.

Se efectúa la prueba del mismo modo que la n. 4 del test de ocho años, pero ahora el niño tiene que recordar al menos seis de los conceptos encerrados en el trozo de lectura. En caso contrario la prueba es negativa.

2. Reconocer la moneda nacional. (Igual al Binet de nueve años).
3. Formar dos frases con tres palabras determinadas. (Igual al Binet).
4. Repetir una frase de 26 sílabas. (Igual al Binet de 15 años).
5. Repetir seis cifras.

Tests de Once y Doce Años

1. Crítica de frases absurdas. (Igual al Binet de diez años).
2. Formar dos frases con tres palabras determinadas. (Igual al Binet).
3. Comprender tres preguntas difíciles. (Igual al Binet de diez años).
4. Definición de términos abstractos. (Igual al Binet).
5. Reconstruir frases desarticuladas. (Igual al Binet).

6. Interpretación de un grabado. (Igual al Binet de quince años).

7. Llenar las omisiones de un texto.

Se entrega al niño una hoja con un párrafo escrito en el cual se han omitido algunas palabras o sílabas sustituyéndolas por guiones. Se dice al probante que debe llenar los huecos con las palabras o letras adecuadas.

Puede utilizarse el siguiente trozo en el que las palabras omitidas van colocadas entre paréntesis:

“Un perro nadaba a través de una corriente de agua y sostenía un (pedazo) de carne (en la) boca. Vió, en esto, reflejada en el agua, la imagen de la car(ne), y como se creyó que era otro (trozo o pedazo) abrió la (boca) para coger(lo). Al hacer esto se ca(yó) el (pedazo) que llevaba, y el pobre pe(rro) se quedó sin él y sin su ima(gen)”.

La prueba es válida con un error en los niños de once años y ninguno para los de doce.

8. Encontrar tres rimas en un minuto.

La prueba es semejante a la n. 2 de quince años de Binet. Pero en la de Bobertag se explica primero al niño en qué consiste una rima y se le cita un ejemplo. Después se le propone una palabra diciéndole: “dime otras tres que rimen con ésta”.

La prueba debe resolverse en un minuto.

9. Decir sesenta palabras en tres minutos. (Igual al Binet).

19. Repetir seis cifras. (Igual al Binet).

11. Resolver un problema de hechos diversos. (Igual al Binet de quince años).

Como vemos, de las 57 pruebas de que consta la escala de Bobertag, 30 son iguales a las de Binet e incluídas en las de la misma edad. Veinte son iguales pero han sido agregados a otras edades. Tan sólo siete son tests distintos.

El método de Bobertag es, sin embargo, más exacto que el de Binet, pues han sido subsanados algunos errores de emplazamiento de las pruebas que hacían algunas de éstas o demasiado fáciles, o demasiado difíciles para las edades en que habían sido calculadas por Binet y Simon.

§ 5. MODIFICACION DE YERKES-BRIDGES A LA ESCUELA DE BINET-SIMON⁵

La diferencia fundamental entre la escala de Binet y Simon y la de Yerkes, consiste en que en la de este último los tests no están agrupados por años, y sigue además un sistema de puntuación más flexible, que permite valorar las pruebas con más elasticidad ya que establece diverso número de puntos para cada test y para cada manera de resolverlo en lugar del sistema de + o —, empleado por Binet y Simon.

La puntuación establecida por los autores para cada año de edad cronológica es la siguiente:

Edad....	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	adulto
Puntos...	14	22	29	34	39	52	59	64	74	74	78	87	„

La hoja de examen es la siguiente:

TESTS — PUNTUACIÓN

1. Juicio estético. (un punto por cada una de las parejas)
2. Dibujos incompletos. (un punto por cada figura)
3. Comparación de líneas y pesos; dos veces:
 - a) líneas de 5 y 6 cm. (un punto)
 - b) pesos de 3 y 12 gr. (un punto)
 - c) pesos de 6 y 15 gr. (un punto)
4. Memoria de números:

a)	374	581 (un punto)
b)	2947	6135 (un punto)
c)	35871	92736 (un punto)
d)	491572	516283 (un punto)
e)	2749385	6195847 (un punto)
5. Contar a la inversa:
 - a) de 20 a 1 (cuatro puntos)
 - b) de 15 a 1 (tres puntos)
 - c) de 5 a 1 (un punto).

⁵ R. M. Yerkes, J. W. Bridges y R. S. Hardwick, *A point scale for measuring mental ability*. Holt, ed. N. York, 1929.

6. Repetición de frases:
 - a) Llueve.—Tengo hambre. (un punto)
 - b) Su nombre es Juan.—Es un día muy bonito. (un punto)
 - c) El Sol es muy grande y rojo.—Nuestro tren llegó dos horas más tarde. (dos puntos)
 - d) No se debe perseguir a los pobres pajaritos.—Es de noche y todo el mundo está durmiendo. (dos puntos)
7. Interpretación de grabados:
 - a) Hombre y niño (Enumeración: un punto cada uno)
 - b) Hombre y mujer descripción: dos puntos cada uno
 - c) Hombre solo interpretación: tres puntos cada uno)
8. Ordenar pesos. — dos pruebas:
 - a) Todos bien menos uno de los pesos. (un punto)
 - b) Bien todos. (dos puntos)
 - c) Pruebas primera y segunda. (puntuación diferente).
9. Hallar diferencias. (un punto por cada una de las pruebas si sólo da una diferencia; dos puntos si da más de una diferencia)
 - a) Pera y naranja.
 - b) Madera y cristal.
 - c) Papel y tela.
10. Definiciones. (“por el uso”, un punto cada prueba; “más que por el uso”, dos puntos cada una.)
 - a) Cuchara.
 - b) Silla.
 - c) Caballo.
 - d) Niño.
11. Resistencia a la sugestión de líneas. (un punto por cada uno de los tres últimos pares de líneas en que se resista a la sugestión)
12. Copiar dos dibujos:
 - a) Copiar un cuadrado. (uno o dos puntos según el grado)
 - b) Copiar un rombo. (idem, idem)
13. Número de palabras en tres minutos:
 - a) de 30 a 44 (un punto)
 - b) de 45 a 59 (dos puntos)
 - c) de 60 a 74 (tres puntos)
 - d) de 75 en adelante (cuatro puntos).
14. Escribir frases con las palabras: México — petróleo — dinero.
 - a) En dos frases (dos puntos).
 - b) En una frase (cuatro puntos).

15. Comprender preguntas:
 - a) Tren perdido. (dos puntos)
 - b) Golpe involuntario. (dos puntos)
 - c) Acciones más que palabras. (dos puntos)
 - d) Perdonar más fácilmente. (dos puntos)
16. Dibujar de memoria (quince segundos de exposición):
 - a) (Uno o dos puntos, según modelos).
 - b) Idem, idem.
17. Reacción al absurdo:
 - a) Caballero con bastón. (un punto)
 - b) Ciclista desgraciado. (un punto)
 - c) Tres hermanos. (un punto)
 - d) Cartelón en la carretera. (un punto)
 - e) Ultimo coche. (un punto)
18. Reconstrucción de frases desarticuladas:
 - a) Mi maestro, etc. (dos puntos)
 - b) Un buen perro, etc. (dos puntos)
 - c) Salimos, etc. (dos puntos)
19. Definición de términos abstractos:
 - a) Caridad. (dos puntos)
 - b) Obediencia. (dos puntos)
 - c) Justicia. (dos puntos)
20. Analogías:
 - a) La ostra es a la concha, etc. (un punto)
 - b) El brazo es al codo, etc. (un punto)
 - c) La verdad es a la mentira, etc. (un punto)
 - d) Lo conocido es a lo desconocido, etc. (un punto)
 - e) La cabeza es al sombrero, etc. (un punto)
 - f) La tormenta es a la calma, etc. (un punto)

Como hicimos al explicar el método de Bobergat, nos referimos aquí a las pruebas de Binet-Simón cuando las de Yerkes sean tomadas de aquellos autores.

1. En el test de Comparación estética, Yerkes utiliza dos hojas en cada una de las cuales están las tres parejas de cabezas, pero en orden inverso; se realiza la prueba con dos sucesivamente.—Se adjudica un punto por cada pareja de cabezas que han sido resueltas positivamente en ambas hojas.

Máximo de puntuación: tres puntos.

2. Dibujos incompletos. (Se emplean los de Binet) .

Máximo de puntuación: cuatro puntos.

3. Comparación de líneas y pesos.—En la prueba de las líneas se repetirá hasta con las líneas invertidas y sólo será válida si en ambas acierta. El resto de la prueba se realiza como en el Binet-Simon.

Máximo de puntuación: tres puntos.

4. Memoria de números.—Se realiza en la misma forma que la de Binet, realizándola dos veces (por cada grupo de cifras) si en la primera fracasara y pudiéndose pasar al siguiente grupo si a la segunda vez repite bien los números.

Máximo de puntuación: cinco puntos.

5. Contar cifras a la inversa.—Se comienza por el grupo a), pasando al siguiente si fracasa en dos pruebas. La forma es la misma que en el Binet.

Máximo de puntuación: cuatro puntos.

6. Repetición de frases.—Se comienza por la frase a), pasando sucesivamente a las siguientes conforme el niño vaya vencíendolas; en caso contrario se adjudican los puntos correspondientes a las frases repetidas.

Máximo de puntuación: seis puntos.

7. Descripción de grabados.—Se realiza igual que en el Binet-Simon, adjudicando los puntos que correspondan al tipo de respuestas (1, 2 ó 3) por cada grabado.

Máximo de puntuación: nueve puntos.

8. Ordenar pesos.—Se realizan dos pruebas, adjudicando uno por cada una positiva.

La forma de presentarlos, igual que en el Binet.

Máximo de puntuación: dos puntos.

9. Diferenciaciones.—Si el niño sólo menciona una diferencia se le anima diciéndole “¿y qué más?”.—Uno o dos puntos por test según encuentre una sola o más diferencias.

Máximo de puntuación: seis puntos.

10. Definiciones.—El test es igual al de Binet. La puntuación se realiza según sea la respuesta por el uso o superior a éste.

Máximo de puntuación: ocho puntos.

11. Resistencia a la sugestión.—También es igual al de Binet. Sólo se puntúan las tres últimas líneas en que el sujeto resiste a la sugestión.

Máximo de puntuación: tres puntos.

12. Copiar figuras geométricas.—La calificación se hace con arreglo a los modelos de las Figs. 24 a 27. Para el cuadrado se concederá un punto en general cuando sólo las líneas o los ángulos sean aproximadamente iguales y dos puntos cuando ambos elementos sean aproximadamente iguales entre sí. Para el rombo

se anotará un punto cuando sólo dos ángulos opuestos sean iguales, dos cuando los cuatro sean dos a dos iguales.

Máximo de puntuación: cuatro puntos.

13. Decir el número determinado de palabras en tres minutos.—Se hace igual al Binet. La puntuación se inserta en la hoja de examen.

Máximo de puntuación: cuatro puntos.

14. Construir frases con tres palabras dadas.—Igual al Binet-Simón.

Máximo de puntuación: cuatro puntos.

15. Comprender preguntas.—Las preguntas y modo de formularlas han sido ya expuestas en los tests para nueve años de Binet.

Máximo de puntuación: ocho puntos.

16. Dibujar de memoria.—Los dibujos y su calificación son los mismos de la prueba de Binet en los tests de diez años; pero los dibujos se muestran durante quince segundos en vez de diez.

Máximo de puntuación: cuatro puntos.

17. Frases absurdas.—Se pueden utilizar las mismas frases que hemos reproducido para el tests de Binet-Simon (pág. 266). Yerkes utiliza las de aquellos autores señalados con las letras a), y b) y agrega además las tres siguientes:

c) Hemos visto a un hombre muy elegante paseándose por la calle con las manos en los bolsillos y dándole vueltas al bastón.

d) En el cruce de dos carreteras decía: “A México tres kilómetros; el que no sepa leer que pregunte en la caseta de camineros”.

e) Se ha observado que el último coche de los trenes es el que más sufre en los descarrilamientos. Por esto sería mejor suprimir el último.

Máximo de puntuación: cinco puntos.

18. Reconstrucción de frases desarticuladas.—Se realiza igual que la de Binet (pág. 268).

Máximo de puntuación: seis puntos.

19. Definición de términos abstractos.—Igual que en el test de Binet-Simon de doce años (pág. 268).

Máximo de puntuación: seis puntos.

20. Hallar analogías.—Es una de las pocas pruebas originales de Yerkes, consistente en preguntarle al niño las siguientes cuestiones:

a) La ostra es a la concha como la naranja es a... (la cáscara)

b) El brazo es al codo como la pierna es a... (la rodilla)

c) La cabeza es al sombrero como la mano es a... (el guante)

d) La verdad es a la mentira como la línea recta es a... (la curva)

- e) Lo conocido es a lo desconocido como el presente es a... (el futuro)
- f) La tormenta es a la calma como la guerra es a... (la paz)

Para que el niño comprenda lo que se pide de él se le ponen antes dos o tres ejemplos a los cuales puede el experimentador contestar si no lo hace el pequeño. Los ejemplos pueden ser de este tipo:

- a) La liebre es al cazador como la sardina es al... (pescador)
- b) La saliva es a la boca como las lágrimas a ... (los ojos)
- c) La pulsera es a la muñeca como el collar es al... (cuello)

Máximo de puntuación: seis puntos.

El cociente intelectual se obtiene en este método dividiendo el número de puntos obtenidos por el correspondiente a la edad cronológica del niño.

§ 6. ESCALA METRICA DE Terman para la medida de la inteligencia

(Revisión Stanford) *

De entre las varias revisiones a la escala de Binet y Simon llevadas a cabo la mejor y más utilizada en la actualidad es la efectuada por Terman y sus colaboradores en la Universidad norteamericana de Stanford.

Muchos de los tests originales de Binet han sido respetados, aunque en general, incluidos en edades cronológicas distintas de las que le habían asignado sus autores. Otras pruebas proceden de diversos psicólogos (Masselon, Ziehen, etc.), y por último algunas son originales de Terman.

Más que en el tipo de tests la originalidad de la revisión reside en el detallado estudio que se hizo de cada prueba, lo que permite hacer una valoración bastante perfecta de la edad mental.

Damos a continuación la serie de pruebas remitiendo al lector a las páginas que tratan de la escala de Binet-Simon cuando se trate de tests incluidos en aquella.

Tres Años

1. Señalar algunas partes del cuerpo. (Igual al 1.III de Binet).
2. Nombrar objetos familiares. (Igual a 12.IV de Binet).

* L. M. Terman, *The measurement of intelligence*. H. Mofflin, ed. Boston, 1916.

3. Enumerar los objetos de una estampa. (Igual al 3.III de Binet).
- *4. Decir el sexo propio. (Igual al 1.IV de Binet).
- *5. Decir el apellido de la familia. (Igual al 4.III de Binet).
6. Repetir una frase de seis sílabas. (Igual al 5.III de Binet).
- * Test suplementario: Repetir tres sílabas. (Igual al 2.III de Binet).

Cuatro Años

1. Comparar dos líneas. (Igual al 4.IV de Binet).
- *2. Distinguir formas geométricas.
Se enseña al niño un cartón en que está dibujado un círculo y al mismo tiempo un lámina en que hay varias figuras geométricas (triángulos, círculos, rectángulos, etc). Se dice al niño: "Encuétrame una figura igual a ésta". Se repite el ejercicio con las demás figuras. Debe resolver 7 de las 10 figuras propuestas.
3. Contar cuatro monedas de 5 céntimos. (Igual al 4.V de Binet).
4. Copiar un cuadrado. (Igual al 2.V de Binet).
5. Comprensión de preguntas fáciles. (Igual al 5.VIII de Bobertag).
- *6. Repetir cuatro cifras. (Igual al 1.V de Bobertag).
- * Test suplementario: Repetir una frase de doce sílabas. (Semejante al 3.V de Binet).

Cinco Años

1. Comparar dos pesos. (Igual al 1.V de Binet).
2. Nombrar cuatro colores. (Igual al 5.VII de Binet).
3. Comparación estética. (Igual al 5.VI de Binet).
- *4. Definición por el uso. (Igual al 2.VI de Binet).
- *5. Reunir dos triángulos de cartulina. (Igual al 5.V de Binet).
6. Ejecutar tres recados dados simultáneamente. (Igual al 3.VII de Binet).
- * Test suplementario: Decir la propia edad. (Igual al 6.VI de Bobertag).

Seis Años

1. Distinguir la derecha de la izquierda. (Igual al 1.VII de Binet).
2. Distinguir figuras incompletas. (Igual al 3.VIII de Binet).
3. Contar trece monedas de cinco céntimos. (Igual al 4.VI de Binet).

- *5. Conocer cuatro piezas de moneda. (Igual al 5.VII de Bobertag).
- *6. Repetir una frase de 16 a 18 sílabas. (Igual al 5.VI de Bobertag).
- * Test suplementario: Distinguir la mañana de la tarde. (Igual al 1.VI de Binet).

Siete Años

- 1. Saber el número de dedos de la mano. (Igual al 6.VII de Bobertag).
- 2. Describir un grabado más que por enumeración. (Igual al 2.VII de Binet).
- *3. Repetir cinco cifras. (Igual al 4.VIII de Binet).
- *4. Hacer un nudo con doble lazo.
Se hace ante el niño un doble lazo sobre un palo y se le pide que haga otro igual. Positiva si no emplea más de un minuto.
- 5. Decir, sin verlas, qué diferencia hay entre dos cosas. (Igual al 1.VIII de Binet).
- 6. Copiar un rombo. (Igual al 3.VI de Binet).
- * Test suplementario: Enumerar los días de la semana. (Igual al 6.IX de Bobertag).
- 2o. test suplementario: Repetir tres números en orden inverso.

Se dice al niño: "Voy a decir tres números para que tú los repitas al revés, p. e., si yo te digo "uno, dos, tres", tú tienes que decir "tres, dos, uno"; a ver: 2-8-5; 3-6-1; 7-4-9." La prueba es válida cuando repite una de las tres pruebas.

Ocho Años.

- *1. La pelota perdida en el campo.

Se pone ante el niño un papel en que hay dibujado un círculo con una pequeña abertura (Fig. 26) y se le dice: "Suponte que esto es un campo cerrado y con esta sola puerta y que en él se ha perdido una pelota, ¿qué debes hacer para encontrarla? Señala con el lápiz el camino que recorrerías, para encontrar la pelota con seguridad".

Las respuestas pueden ser de cuatro tipos: 1º El pequeño no comprende lo que se pide de él.—2º Lo comprende pero traza líneas sin orden ni concierto.—3º Traza líneas con arreglo a un plan, pero no adecuado a la solución (Fig. 26 c).—4º Soluciona el problema correctamente trazando espirales. Las dos primeras respuestas son negativas, la segunda es positiva para los ocho años, la cuarta para doce. (Figs. 26 a) y b).

2. Contar a la inversa de 20 a 0. (Igual a la 2.VIII de Binet).
3. Comprensión de preguntas fáciles. (Igual al 5.IX de Binet, pero más precisas).
4. Indicar semejanzas entre dos objetos sin verlos.
Se pregunta al niño: ¿En qué se parecen la madera y el carbón?
¿Una manzana y un melocotón? ¿Un vapor y un automóvil?
Positivo, cuando el niño resuelve una.
- *5. Definición de conceptos superiores al uso. (Igual al 2.IX de Binet).
6. Vocabulario. 20 definiciones.
El niño debe saber definir las 20 primeras palabras de la lista que damos al final.

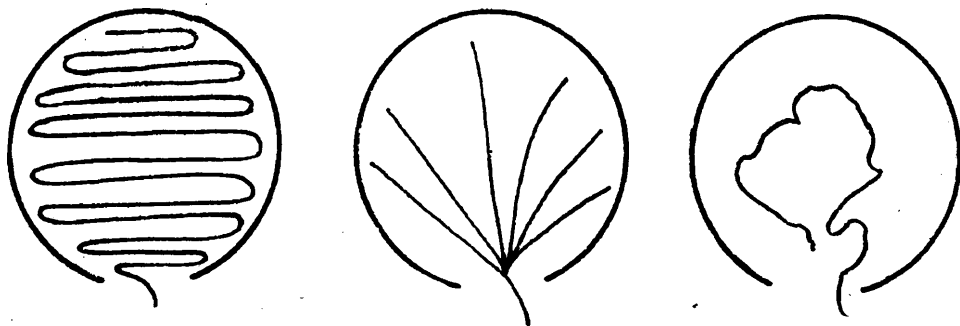


Fig. 28.—Valoración del Test de la pelota perdida en el campo.

- * 1er. test suplementario: Nombrar seis piezas de moneda (igual al 3.IX de Binet), ya que no suelen pasar de seis las piezas metálicas de la moneda nacional).
- * 2o. test suplementario: Dictado de una frase de 6-8 sílabas. (Igual al 7.VII de Bobertag, pero dictando la frase).

Nueve Años

1. Decir la fecha. (Igual al 5.VIII de Binet).
2. Comparar cinco pesos. (Igual al 1.X de Binet).
- *3. Dar la vuelta de una cantidad. (Igual al 1.IX de Binet).
4. Repetir cuatro números a la inversa.
Se realiza igual que el test suplementario de siete años, pero con cuatro cifras. Se valora del mismo modo.
5. Colocar tres palabras en una sola frase. (Igual a 12.XII de Binet).

- *6. Hallar tres rimas a una palabra. (Igual al 2.XV de Binet).
- * 1er. test suplementario: Enumerar los meses del año. (Igual al 4.IX de Binet).
- * 2o. test suplementario: Reconocer el valor de los sellos en circulación. Debe hacer dos ensayos sin error.
- * 3er. test suplementario: Definición de conceptos superiores al uso.
Es igual al test 5.VIII, pero sólo es válido si se dan tres definiciones de las cinco requeridas.

Diez Años

- 1. Vocabulario. Definir 30 palabras. (Igual al 6.VIII, pero exigiendo 30 palabras de la lista).
- 2. Crítica de frases absurdas. (Igual al 3.X de Binet).
- *3. Reproducir dos dibujos de memoria. (Igual al 2.X de Binet, pero enseñando separadamente los dos dibujos durante 10" cada uno).
- *4. Repetir ocho puntos de los contenidos en una noticia. (Igual al 1.X de Bobertag, pero exigiendo ocho recuerdos en vez de seis).
- 5. Comprender preguntas (contestaciones superiores). (Igual al 4.X de Binet).
- 6. Decir 60 palabras en tres minutos. (Igual al 3.XII de Binet).
- * 1er. test suplementario: Repetir seis números. (Igual al 5.X de Bobertag).
- * 2o. test suplementario: Repetir una frase de 20 sílabas. (Igual al 4.X de Bobertag, pero aquí sólo con frases de 20 sílabas).
- * 3er. test suplementario: Puzzle (Healy-Fernald).
Se dan al niño cinco piezas de madera pidiendo las coloque en los contornos correspondientes de un cartón. Positivo cuando lo resuelva tres veces en cinco minutos.

Doce Años

- 1. Vocabulario: Conocimiento de 40 palabras. (Igual al 6.VIII y 1.X, pero con 40 palabras).
- *2. Definición de conceptos abstractos. (Igual al 4.XII de Binet).
- *3. La pelota perdida en el campo. Es el test n. 1.XIII, exigiéndose aquí la solución de tipo cuarto para considerarla positiva.

4. Comprender una frase desarticulada. (Igual al 5.XII de Binet).

5. Interpretación de fábulas.

Se proponen las fábulas de "La lechera", "El cuervo y la zorra", "El molinero y el labrador" y la de "Hércules", u otras semejantes.

6. Repetir cinco cifras en orden inverso. Es la misma prueba 4.IX, pero con cinco cifras.

7. Interpretación de grabados. (Igual al 4.XV de Binet).

8. Encontrar semejanzas entre tres cosas.

Se pregunta al niño qué semejanzas encuentra entre:

- a) Serpiente-vaca-gorrión.
- b) Libro-maestro-periódico.
- c) Lana-algodón-cuero.
- d) Cuchillo-moneda-alambre.
- e) Rosa-patata-árbol.

Tres de las semejanzas, entre las cinco propuestas deben ser correctas.

Catorce Años

1. Vocabulario. 50 definiciones.

*2. Prueba de inducción. (Igual al 1.Adultos, de Binet).

3. Decir las diferencias entre Rey y Presidente. (Igual al 4.Adultos, de Binet). Debe dar al menos dos diferencias.

4. Resolver un problema sobre hechos prácticos. (Igual al 5.XV de Binet).

5. Imaginar la hora con las varillas cambiadas. Se proponen tres problemas de los cuales debe resolver dos.

* Test suplementario: Repetir siete cifras. (Igual al 1.XV de Binet).

Adultos Medios

1. Vocabulario. 65 definiciones.

2. Interpretación de fábulas.

*3. Diferencias entre palabras abstractas. (Igual al 3.Adultos, de Binet).

4. Problema de las cajas encajadas.

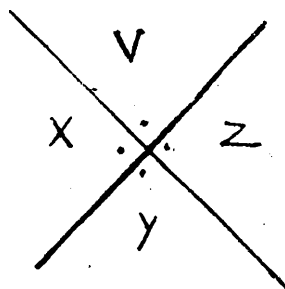
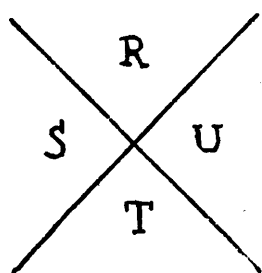
- a) Se enseña al niño una caja y se le dice: "Esta caja contiene dentro otras dos, y cada una de estas dos contiene dentro otra. ¿Cuántas cajas serán todas juntas?"

- b) "Esta caja contiene dentro otras dos, y cada una de estas dos contiene dentro otras dos. ¿Cuántas serán todas juntas?"
- c) "Esta caja contiene dentro otras tres, cada una de estas tres contiene otras tres. ¿Cuántas son entre todas?"
- d) "Esta caja contiene dentro cuatro y cada una de estas cuatro otras cuatro. ¿Cuántas serán entre todas?"

Cada uno de los problemas ha de resolverse en medio minuto y se exigen tres respuestas correctas, de las cuatro para considerar positiva la prueba.

A	D	G
B	E	H
C	F	I

J.	M.	O
K.	N.	P
L	\bar{N}	Q



E>ГГЕГЕЛГJ O>EOVFUOQAJГ
 PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

Fig. 29.—Código telegráfico.

5. Repetir seis cifras en sentido inverso. Igual que el 4.IX, pero con seis cifras. Se repite tres veces con distintos números, y una de las pruebas ha de ser positiva para pasar el test.

*6. Utilización de un código telegráfico.

Se le enseña al niño una hoja en que está dibujado un código (Fig. 27), en el cual cada letra está incluida en una cuadrícula o en ángulo. Se le explica su manejo transcribiéndole una palabra y se le pide luego que escriba él, mediante los signos correspondientes, la frase "ven pronto". Tiempo, 6 minutos. Máximo, dos errores.

* 1er test suplementario: Repetir frases de 28 sílabas. (Igual al de Binet).

* 2o. test suplementario: Comprensión de leyes físicas.

Las propuestas por Terman son:

- a) Trazar la trayectoria de un proyectil lanzado por un cañón situado en posición horizontal a determinada altura del suelo. (No se exige exactitud matemática sino que basta con que el sujeto indique la dirección general de la curva, esto es, que la trayectoria sea al principio horizontal y luego baje lentamente y cada vez más hasta el final).
- b) Si ponemos sobre una balanza un cubo lleno de agua, con un peso total de 45 libras y ponemos dentro del cubo un pez de 5 libras, ¿cuánto pesará el cubo? (Si el niño responde en seguida "50 libras", hágasele observar que el pez está sostenido por el agua. El peso queda invariable).
- c) Con un fusil que alcance cien metros ¿es más fácil dar a un objeto situado a cien metros, o a uno situado a cincuenta metros? (Debe dar la explicación satisfactoria en el sentido de que es más difícil dar a un blanco cuanto más lejos se halle).

Para que la prueba sea positiva debe dar dos buenas respuestas sobre las tres propuestas.

Adultos Superiores

1. Vocabulario. 75 palabras de la lista de Terman.

*2. Comprender un recorte de papel. (Igual al 1. Adultos, de Binet).

3. Repetir ocho cifras. (Semejante a los anteriormente propuestos).

4. Resumir un pensamiento escogido.

Terman utiliza: a) el pensamiento de Hervieu (5. Adultos, de Binet) y b): "Pruebas como las que hacemos tienen valor, tanto para el progreso de la ciencia, cuanto para tener informaciones sobre la persona que a ellas se somete. Para la Ciencia es importante saber en qué cosa los individuos difieren unos de otros y de qué factores dependen estas diferencias. Si

pudiéramos separar la acción de la herencia de aquella del ambiente, podríamos quizá emplear nuestra ciencia para dirigir el desarrollo de la Humanidad. En ciertos casos sería quizá posible corregir defectos y desarrollar aptitudes que hubiéramos podido deseuidar.

El adulto debe hacer un resumen de tales pensamientos.

5. Repetir siete cifras en sentido inverso. (Prueba igual a la 5 de "Adultos medios", pero con siete cifras).
- *6. Pruebas de ingeniosidad.

Se proponen los tres problemas siguientes:

- a) Una madre manda a su hijo a la fuente y le dice que traiga siete litros de agua; le da un recipiente de 3 litros y otro de 5 litros; ¿Cómo ha de hacer el chico para medir exactamente los 7 litros, sirviéndose de estos dos recipientes y teniendo en cuenta que ha de comenzar por llenar primero el de cinco litros? (Solución: Llenar el de 5; con el agua de éste llenar el de tres y tirar estos tres; echar los dos que quedan en el recipiente mayor en el de tres litros y volver a llenar del todo el de 5 litros).
- b) Una madre manda a su hijo a la fuente y le dice que traiga 8 litros de agua; le da un recipiente de 5 litros y otro de 7. ¿Cómo ha de hacer? (Solución: Llena el de 5 y echa el agua en el de 7; vuelve a llenar el de 5 y completa el de 7, con lo que quedarán tres litros en el recipiente de cinco; tira el agua del recipiente de 7; echa los tres litros que quedaban en el recipiente de cinco, en el de 7, y vuelve a llenar el de cinco).
- c) Igual cuestión, pero teniendo que llevar 7 litros con un cubo de 4 y otro de 9 litros de cabida. (Solución: Llena dos veces seguidas el de 4 y los vacía ambas en el de nueve; vuelve a llenar el de cuatro, y completa con un litro los nueve del recipiente mayor, con lo que quedan tres litros en el cubo de 4; arroja al suelo el agua del cubo grande y echa los tres litros del cubo de 4 en el cubo de 9; vuelve a llenar el cubo de 4.

Positivo cuando resuelve dos de tres, dándose cinco minutos para cada uno.

Terman ha propuesto una escala abreviada suprimiendo algunas de las pruebas (las que señalamos con un asterisco).

La valoración se hace poniendo el signo más o menos según que la prueba haya sido o no resuelta a cada uno de los tests.

Se anota la edad mental en la cual el niño haya resuelto todas las pruebas y luego se agregan dos meses por cada una de las pruebas resueltas comprendidas entre los 3 y los 10 años, tres meses en las de doce años, cuatro meses en las de catorce años, cinco en las de adulto medio y seis en las de adulto superior.

En la escala abreviada se agregan tres meses en cada una de las pruebas comprendidas entre los tres y los diez años; cuatro en las de doce años; seis en las de catorce; siete y medio en las de adultos medios y nueve meses por cada prueba resuelta de las de adultos superiores.

El cociente se obtiene del mismo modo que explicamos para el Binet.

Para la mayor facilidad del examen conviene utilizar hojas especiales como la preparada por Germain y Rodrigo, directores del Instituto psicotécnico de Madrid y que incluimos a continuación.

PRUEBAS POR AÑOS

III AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

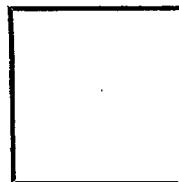
--	--

- | | | |
|-------|---|---|
| ..... | * | 1. Señalar partes del cuerpo (3/4): <i>Nariz.....ojos.....boca.....pelo.....</i> |
| ..... | * | 2. Nombrar objetos (3/5): <i>Llave..... moneda..... corta-plumas..... reloj..... lápiz.....</i> |
| | * | 3. Tres objetos en cada grabado:
— <i>Hogar holandés.....</i>
— <i>Canoa</i>
— <i>Carros</i> |
| ..... |  | 4. Decir sexo. |
| ..... |  | 5. Decir primer apellido..... |
| | * | 6. Repetir 6 ó 7 sílabas (1/3):
— <i>Yo tengo un perrito.....</i>
— <i>El perro busca al gato.....</i>
— <i>En verano se suda.....</i> |
| | | <i>Suplc.</i> Repetir cifras (1/3):
— <i>641.....</i>
— <i>352.....</i>
— <i>837.....</i> |

IV AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

--	--

- | | | |
|-------|---|---|
| ..... | * | 1. Comparación de líneas (3/3) — 5/6): <i>a).....b).....c).....d).....e).....f).....</i> |
| ..... |  | 2. Distinción de formas (7/10): <i>a).....b).....c).....d).....e).....f).....g).....h).....i).....j).....</i> |
| ..... | * | 3. Contar cuatro monedas (<i>sin error</i>):..... |
| ..... | * | 4. Copiar un cuadrado (lápiz — 1/3)..... |
| | * | 5. Comprensión primer grado (2/3) — ¿Qué haces
— <i>Cuando tienes sueño?.....</i>
.....
— <i>Cuando tienes frío?.....</i>
.....
— <i>Cuando tienes hambre?.....</i>
..... |



6. Repetir 4 cifras (1/3):

4732.....

2854.....

7251.....

Suple. Repetir 12 ó 13 sílabas (1/3 correcta o 2 con 1 error cada una):

—Este chico se llama Juan, es buen muchacho.....

—Cuando pase el tren oirás su silbido.....

—Vamos a tener buen tiempo en el campo.....

V AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

1. Comparar pesos (2/3): 3-15..... — 15-3..... — 3-15.....

2. Nombrar 4 colores (sin error): rojo....amarillo....azul....verde..

3. Comparación estética (sin error): a.....b.....c.....

4. Definiciones (uso o mejor, 4/6):

—Silla

—Caballo

—Tenedor

—Muñeca

—Lápiz

—Mesa

5. Juego de paciencia (2/3 — 1 minuto cada ensayo): a....b....c....

* 6. Tres encargos (sin error):

—Llave sobre silla.....

—Traer caja.....

—Cerrar puerta.....

Suple. Decir la edad.....

VI AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

1. Distinguir derecha—izquierda (3/3 ó 5/6):

Enséñame tu M. D. Or. I. Oj. D.

(2º ensayo): M. I. Or. D. Oj. I.

* 2. Figuras incompletas (3/4):

- Ojo
 —Boca
 —Nariz
 —Brazos
- * 3. Contar 13 monedas 0.05 (1/2):.....
- * 4. Comprensión 2º grado (2/3) — ¿Qué harás?:
 —Si empieza a llover.....

 —Si ardiendo casa
 —Si pierdes tren.....
5. Nombrar 4 monedas (3/4):
 —0.05 céntimos..... —0.25..... —0.50..... —2.00.....
6. Repetir frases de 16 a 18 sílabas (1 correcta 6 2 con 1 error cada una):
 —Hace un tiempo espléndido. En la ratonera hay un ratón.....
 —Juan se divierte mucho en verano pescando todos los días....
 —Vamos a dar un paseo largo; dame mi sombrero.....
- Suple. Distinguir la mañana de la tarde.....

VII AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

- * 1. Dedos (sin error):
 —M. D. — M. I. —Ambas.....
- * 2. Descripción de grabados (2/3):
 —Hogar holandés.....

 —Canoa

 —Correos

3. Repetir 5 cifras (1/3):
 —31759..... —42385..... —98176.....
4. Hacer lazo (medio lazo — medio punto) — (1 minuto):
 —Tiempo..... —Resultado.....
- * 5. Encontrar diferencias entre (2/3):
 —Mosca — mariposa
 —Piedra — huevo
 —Madera — cristal
- * 6. Copiar rombo (lápiz — 2/3): a).... b).... c)....
- Suple. (2/3)—Días de la semana.....

—Día antes martes.....

—Día antes jueves.....

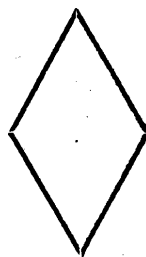
—Día antes viernes.....

..... Suple. 3 cifras orden inverso (1/3):

—283.....

—427.....

—596.....



VIII AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

..... 1. La pelota en el campo (tipo inferior):

..... * 2. Contar 20 — 1 (40 segundos — 1 error tolerado):

—Tiempo

—Errores

..... * 3. Compresión 3er. grado (2/3) — ¡Qué tie-
nes que hacer cuando:

—Has roto algo que pertenece a otra
persona?

—Yendo a la escuela, ves que vas a
llegar tarde?

—Si un compañero de juego te da un
golpe sin querer?

..... * 4. Semejanzas (2/4) — En qué se parecen:

—Madera — carbón.....

—Manzana — melocotón.....

—Hierro — plata.....

—Barco — automóvil.....

..... 5. Definiciones superiores al uso (2/4) — Qué es:

—Globo

—Tigre

—Carro

—Soldado

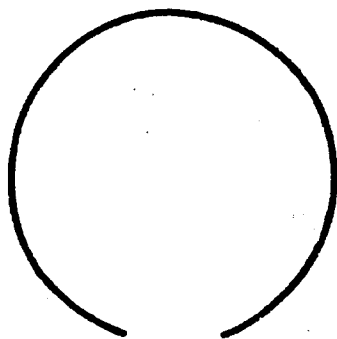
..... * 6 Vocabulario (20 def.):

..... Suple. Nombrar 6 monedas (sin error) (6/6):

—0.05.....—0.10.....0.25.....—1.00.....2.00.....—5.00.....

..... Suple. Dictado (tinta — 1 minuto):

—Luis come mucho pan.....



IX AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

- | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- * 1. Decir fecha (error de 3 días en c) ninguno en a) b) d):
 —a) *Día de la semana*.....—b) *Mes*.....—c) *Día del mes*.....—d) *Año*.....
- * 2. Comparar cinco pesos (2/3) a).....b).....c).....
- 3. Cambio monedas (2/3):
 —10 — 4..... —15 —12..... —25 — 4.....
- * 4. Repetir 4 cifras orden inverso (1/3):
 —6528..... —4937..... —3629.....
- * 5. Tres palabras en 1 frase (2/3):
 —Niño — pelota — río.....
 —Trabajo — dinero — hombres.....
 —Desierto — ríos — lagos.....
- 6. Encontrar Rimas (2/3). (3 por cada — 1 minuto cada):
 —Tintero
 —Armador
 —Inocencia
- Suple. Meses del año (2/3) (15 segundos — 1 error) — Antes de:
 —Abril..... —Julio..... —Noviembre.....
- Suple. Valor sellos (2 ensayos — sin error):.....

X AÑOS.—6 pruebas, dos meses cada una

- | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
- * 1. Vocabulario (30 definiciones):.....
- * 2. Absurdos (4/5):
 —Camino
 —Maquinista
 —Policía
 —Accidente F.C.
 —Ciclista
- 3. Dibujos de memoria (10 segundos — 1 y medio entre 2):
- 4. Lectura y Relato (8 recuerdos — 35 segundos — 2 faltas lectura):
 —*Madrid, 15 de septiembre. | Un incendio. | ha destruido | la pasada noche | tres casas | próximas al centro | de la ciudad. | Tardó mucho tiempo | en apagarse. | Las pérdidas | fueron de cincuenta mil duros | y diez y siete familias | se han quedado sin albergue. | Al salvar | a una niña | que es*

*taba dormida | en la cama | un bombero | se quemó | las
manos.*

* 5. Comprensión 4º grado (2/3):

—*Opinión*

—*Negocio*

—*Actos — palabras*

* 6. 60 palabras — 3 minutos: —1..... —2..... —3.....

—4..... —5..... —6.....

Supl. Repetir 6 cifras (1/3): —374859..... —521746.....

Supl. Repetir 20 — 22 sílabas (1/3 ó 2 con 1 error cada):

—*El manzano da sombra fresca y agradable bajo la cual juegan
los niños*

—*Es más de la una y media, en la casa duermen todos hasta los
gatos*

—*En verano los días son muy cálidos, en invierno nieva y tengo
frío*

Supl. Puzzle A Healy-Fernald (3 veces en 5 minutos):

—a)..... —b)..... —c).....

XII AÑOS. — 8 pruebas, tres meses cada una

* 1. Vocabulario (40 definiciones):

2. Definir (3/5):

—*Piedad*

—*Venganza*

—*Caridad*

—*Envidia*

—*Justicia*

3. Pelota campo (Tipo D, superior):

* 4. Frases en desorden (2/3):

—a

—b

—c

* 5. Fábulas (4 puntos):

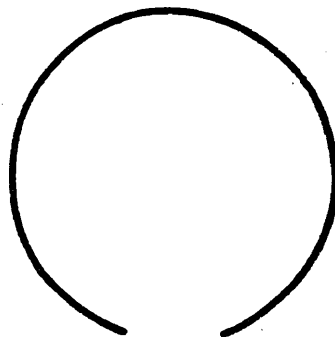
—*Hércules*

.....

—*Lechera*

.....

—*Cuervo*



-
 —*Labrador*

 —*Molinero*

 * 6. Repetir 5 cifras sentido inverso (1/4):
 —31879..... —69482..... —52961.....
 * 7. Interpretación de grabados (3/4):
 —*Hogar holandés*.....

 —*Canoa*

 —*Corrcos*

 —*Salón*

 * 8. Semejanzas (3/5 — ¿En qué se parecen:
 —*Serpiente* — *vaca* — *gorrión*.....
 —*Libro* — *maestro* — *periódico*.....
 —*Lana* — *algodón* — *cuero*.....
 —*Cuchillo* — *perra gorda* — *alambre*.....
 —*Rosa* — *patata* — *árbol*.....

XIV AÑOS. — 6 pruebas, cuatro meses cada una

- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- * 1. Vocabulario (50 definiciones):.....
 2. Prueba de inducción — a)..... b)..... c).....
 d)..... e)..... f).....
 * 3. Rey — Presidente (2/3): *Poderes* — *elección* — *duración*.....
 * 4. Interpretación de hechos (2/3):
 —*Ahorcado*
 —*Enfermo grave*.....
 —*Vehículo*
 * 5. Problemas aritméticos (2/3):
 —a) 300 pesetas..... tiempo:.....
 —b) 2 lapiceros..... tiempo:.....
 —c) Docena lapiceros..... tiempo:.....
 6. Reloj (2/3):

—6 h. 22' tiempo:.....
 —8 h. 10' tiempo:.....
 —2 h. 46' tiempo:.....

..... Suple. Repetir 7 cifras (1/2):

—218349..... —9728475.....

ADULTOS MEDIOS. — XVI AÑOS. — 6 pruebas, cinco meses cada una

- * 1. Vocabulario (65 definiciones):.....
 * 2. Fábulas (8 puntos — ver año XII):.....
 3. Diferencias palabras abstractas (3/4):
 —Pereza — ociosidad.....
 —Evolución — revolución.....
 —Pobreza — miseria.....

- * 4. Cajas cerradas (3/4):
 —a) 2-1..... —b) 2-2..... —c) 3-3..... —d) 4-4.....

- * 5. Repetir 6 cifras inverso (1/3): —471952... —583349... —752638...

- 6. Clave (2 errores — 6 minutos): Tiempo.....

..... Suple. Repetir 28 sílabas (1/2):

 —César visita mucho a su abuelita porque ésta le explica histo-
 rias muy graciosas.....
 —Ayer vi un perrito en la calle, tenía el pelo rizado, patas cortas
 y cola larga.....

..... Suple. Relaciones físicas (2/3):

 —Bala..... —Pez..... —Blanco.....

ADULTOS SUPERIORES. — XVIII AÑOS. — 6 pruebas, seis meses cada una

- * 1. Vocabulario (75 definiciones):.....

- 2. Prueba del papel cortado:.....

- * 3. Repetir 8 números (1/3):
 —a) 72534896..... —b) 49853762..... —c) 83795482.....

- * 4. Trozo escogido (1/2): — a)..... b).....

- * 5. Repetir 7 cifras inverso (1/3):
 —a) 4162593..... —b) 3826475..... —c) 9452837.....

6. Prueba de ingenuidad (2/3) (5 minutos cada uno):

 —Con 3 y 5 obtener 8 = «empezar con 5»
 —Con 5 y 7 obtener 8 = «empezar con 5»
 —Con 4 y 9 obtener 7 = «empezar con 4»

VOCABULARIO

1	Amigo
2	Risa
3	Canela
4	Melena
5	Encierro
6	Seña
7	Gusano
8	Desempaquetar
9	Almanaque
10	Toro
11	Migaja
12	Verruga
13	Atornillar
14	Pérdida
15	Pasta
16	Galón
17	Retardar
18	Difunto
19	Dañino
20	Entreabrir
21	Maquinista
22	Calderilla
23	Bonete
24	Vaporoso
25	Naufregar
26	Sablazo
27	Monaguillo
28	Apropiado
29	Justiciero
30	Virtuoso
31	Cordel
32	Anticipar
33	Infernal
34	Punzar
35	Bayoneta
36	Islote
37	Ideal

38	Solución
39	Picaporte
40	Tajo
41	Timar
42	Colón
43	Pleura
44	Homicida
45	Lucidez
46	Rectángulo
47	Omnipotencia
48	Pacer
49	Láudano
50	Novillero
51	Constitución
52	Trincar
53	Folleto
54	Arsenal
55	Sucesión
56	Clarificar
57	Umbral
58	Incitar
59	Acumulador
60	Geología
61	Fanfarronada
62	Valija
63	Parábola
64	Cóncavo
65	Gránulo
66	Evasiva
67	Cerote
68	Patraña
69	Integrar
70	Derogar
71	Reincidencia
72	Previo
73	Acaecer
74	Embarullar
75	Despampanar
76	Santero
77	Simultaneidad
78	Lid

79	Reacio	•
80	Propineuo	
81	Herbecer	
82	Cretáceo	
83	Cunero	
84	Frisar	
85	Extorsión	
86	Mostrenco	
87	Trascendencia	
88	Agenda	
89	Escocer	
90	Estampilla	
91	Dólmen	
92	Burgomaestre	
93	Catastro	
94	Telera	
95	Rabadán	
96	Balasto	
97	Cariátide	
98	Alarife	
99	Repleción	
100	Figulino	

§ 7. TESTS DE BALLARD PARA LA MEDIDA DEL NIVEL INTELECTUAL^o

Consiste en una serie de cien preguntas que el examinador hace y que deben ser contestadas por escrito.

El observador tiene ante sí la serie y va formulando las preguntas por dos veces cada una.

El alumno sólo tiene una hoja de papel y un lápiz. En la primera —encabezada por el nombre del examinando— sólo va la numeración de 1 a 100 en el margen izquierdo del pliego. A su lado debe escribir la respuesta y solamente la respuesta a cada cuestión.

Las palabras que en la lista van entre paréntesis deben ser escritas en la pizarra y expuestas durante los segundos indicados, borrándolas inmediatamente después.

El observador dará antes algunas instrucciones al examinando advirtiéndole que no ha de escribir la pregunta sino solamente la respuesta que se le ocurra. Se le pondrán de antemano algunos ejemplos (que no figuren en la lista) para que sepa lo que se pide de él. Asimismo se le advierte que cuando no sepa qué contestar ponga una raya en el lugar correspondiente, pero que no debe preguntar nada ni pedir más aclaraciones.

Se anota un punto por cada respuestas positiva.

La valoración dada por el autor es la siguiente:

Edad.....	8	9	10	11	12	13	14
Puntuación.....	40	48	56	64	72	80	88

Mira ha estudiado este test en distintos medios sociales obteniendo valoraciones que pueden servir para los niños españoles. He aquí sus resultados:

Edad	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Puntuación media en niños de escuelas primarias.....	27	32	40	51	59	65	73	79	83	—	—
Puntuación media estud. Bachillerato	—	—	—	58	67	74	80	87	89	90	89
Idem en muchachas escuelas primarias	26	30	36	45	53	59	65	71	75	77	—

^o Ballard, *Mental tests*. Univ. London. Press. 1930.

Como en la escala de Yerkes, la puntuación abarca desde la mitad del año anterior hasta la mitad del siguiente.

Las cuestiones de Ballard son:

1. ¿Cuántas patas tiene un taburete de tres patas?—Respuesta: *tres*.
2. Los carneros negros tienen la lana negra. ¿De qué color es la leche de las vacas negras?—Respuesta: *Blanca*.
3. Blando es lo contrario de duro. ¿Qué es lo contrario de mojado?—R.: *Seco*.
4. (Lirio, violeta, rosa, león, margarita). 15". Cuatro de estas palabras significan una misma clase de cosas y la otra significa una cosa diferente. ¿Cuál es? Escríbela.—R.: *León*.
5. (Leer los números una sola vez, uno por segundo, sin escribir en la pizarra). Voy a nombraros algunos números, cuando los haya acabado de decir los escribiréis por el mismo orden). 2-7-4-5.
6. (Reata, muñeca, anillo, pelota). 15". Si quisieras hacer un regalo a tu mamá, ¿cuál de estas cuatro cosas escogerías? Escribe solamente una.—R.: *Anillo*.
7. (Gato, perro, libro, caballo, oveja). 15". Cuatro de estas palabras significan una misma clase de cosas y otra significa una cosa diferente. ¿Cuál es? Escríbela.—R.: *Libro*.
8. (Pablo, Juan, Luis). 15". Pablo come más que Juan y Luis come más que Pablo. ¿Cuál es el que come menos?—R.: *Juan*.
9. Escribe la letra inicial del mes que viene antes de octubre.—R.: *S*.
10. (Paloma, faisán, lobo, gallo, canario). 15". Cuatro de esas palabras significan una misma clase de cosas y la otra una cosa diferente. ¿Cuál es? Escríbela. R.: *Lobo*.
11. (María, Juana, Ana). 15". María es más vieja que Ana y Ana es más vieja que Juana. ¿Cuál es la más vieja de las tres?—R.: *María*.
12. Un chico mira a través de un campo y ve seis bueyes. Su hermana mira del mismo modo y también ve seis bueyes. ¿Cuántos bueyes hay dentro del campo?—R.: *Seis*.
13. ¿Qué palabra significa lo contrario de dormido?—R.: *Despierto*.
14. (Verdadero, falso). 15". Sobre una gran piedra hay grabada esta inscripción: "Aquí yace el cuerpo de Pedro Martínez, que naufragó y nunca fué encontrado". Si tú crees que esto puede ser verdad escribe: verdadero; si no escribe: falso.—R.: *Falso*.
15. Dos andarines están a 12 kilómetros de Nueva York. ¿Cuántos kilómetros es preciso que recorra cada uno de ellos para llegar a Nueva York? R.: *Doce*.

16. ¿Cuál es el menor número de palos que se necesita para hacer un cuadrado sin romper ni doblar ninguno de ellos?—R.: *Cuatro*.
17. ¿Qué es lo contrario de barato?—R.: *Caro*.
18. ¿Qué es lo contrario de arriba?—R.: *Abajo*.
19. ¿Qué es lo contrario de corto?—R.: *Largo*.
20. (No tienen bolsillos, no es sano, es más cómodo). 15''. ¿Por qué a veces los hombres llevan reloj de pulsera? De las tres razones anteriores escribe la que te parezca mejor.—R.: *Cómodo*.
21. (5 pasos, 50 pasos, 500 pasos, 1000 pasos). 15''. ¿Cuántos pasos puede dar un hombre andando durante diez minutos?—R.: 1000 pasos.
22. Escribe las dos letras de enmedio de la palabra M-a-n-u-e-l. (El observador pronunciará la palabra Manuel deletreando).—R.: *N.U.*
23. (Pipa, bastón, cigarros, brazalete). Si tu papá no fumase y tuvieses que regalarle uno de los objetos anteriores. ¿Cuál escogerías?—R.: *Bastón*.
24. (Manzana, come, una Juan).—(Reloj, el una, marca, la). 15''. Forma con estas palabras una frase y escribe la última palabra de dicha frase. (El observador explicará por medio de uno de los ejemplos cómo se ordena una frase en desorden y propondrá después el otro de los citados). R.: *Manzana, una*.
25. (Ecurrir, ver, accidentes, bonito). 15''. ¿Por qué las calles son más altas en el centro que en los lados? ¿Para qué el agua pueda escurrir, para que los conductores de vehículos puedan ver bien, para evitar accidentes o por qué es más bonito?—R.: *Ecurrir*.
26. Oirás unos números que voy a decir; cuando haya acabado de decirlos los escribes por el mismo orden: 4-8-1-9-2.
27. (9, 8, 7, 6...). 15'' ¿Cuál es el número que sigue en esta serie? (Explicad con un ejemplo: 4, 5, 6, 7).—R.: 5.
28. (Cabeza, pies, manos). En el otro extremo de la Tierra las personas ¿andan con la cabeza, con las manos o con los pies?—R.: *Pies*.
29. (Comprar, decir, dar). 15''. Cuando en una tienda os devuelven dinero de más, ¿qué hay que hacer? ¿Comprar chocolate, decir que se han equivocado o dar el dinero a tu mamá?—R.: *Decir*.
30. Escribe la palabra de enmedio de la frase siguiente: Pedro recibió ayer un regalo.—R.: *Ayer*.
31. (Verde, no es cara, natural). ¿Por qué la hierba es una buena alimentación de las vacas? ¿Por qué es verde, porque no es cara o porque es su alimentación natural?—R.: *Natural*.
32. (Feliz, satisfecho, alegre, triste, contento). 15''. Cuatro de estas palabras

significan una misma clase de cosas y la otra significa una cosa diferente. Escribe.—R.: *Triste*.

33. ¿Cuántas patas tiene una gallina?—R.: Dos.
34. (Instrumento, regadera, piedra, planta). 15". Escribe cuál de estas cuatro palabras expresa mejor lo que es una hierba.—R.: *Planta*.
35. Escribe las letras que voy a decir F-H-P-T-R. (Se dicen una por segundo).
36. (Gallo, carne, patatas, agua, queso). 15". Cuatro de estas palabras significan cosas de una misma clase y la otra una cosa diferente. Escribe.—R.: *Agua*.
37. (Madre, padre, tía, hermana, sobrina). 15". Cuatro de estas palabras significan una misma clase de personas y la otra una clase distinta. Escribe.—R.: *Padre*.
38. (Las ratas, los gatos, atacan a). 15". Forma con estas palabras una frase correcta y escribe la última palabra de dicha frase.—R.: *Ratas*.
39. (María un Alicia y melocotón comen). 15". Forma con estas palabras una frase correcta y escribe la última palabra de dicha frase.—R.: *Melocotón*.
40. (Carruajes, automóviles, caballos, casas, farmacias). 15". De estas palabras escribe la que siempre tiene una ciudad.—R.: *Casas*.
41. (Verde, rojo, negro, amarillo). 15". Cuatro de estas palabras significan una misma clase de cosas y la otra no. ¿Cuál es? Escribe.—R.: *Negro*.
42. Escribe los números: 6-3-5-0-7-2.
43. ¿Cuál es el segundo número después de 15?—R.: 17.
44. (Miércoles, viernes). 15". ¿Qué día está más cerca del domingo, el miércoles o el viernes?—R.: *Viernes*.
45. (Abejas, panal, jugo, flor). 15". ¿Cuál es el origen más directo de la miel: las abejas, el panal, el jugo que elaboran o una flor?—R.: *El jugo*.
46. Escribe el número que sobra en esta serie: 10-8-6-5-4-2. 20". (Explíquese antes con otro ejemplo: 1-3-5-6-7-9.—R.: 5).
47. (3-6-7-9-12-15). 20". Escribe el número que no debe estar en esta serie.—R.: 7.
48. Escribe las letras O-E-M-I-R-N.
49. (Hierba, melocotón, hoja, árbol, nuez). 15". Manzana, albaricoque, naranja. Estas tres cosas se parecen. Escribe la palabra de la pizarra que más se aproxime a ella por su significado.—R.: *Melocotón*.
50. (Subieron un tres árbol a cuervos negros). 15". Forma con estas palabras una frase correcta y escribe la primera y la última palabra de la misma.—R.: *Tres-árbol*.
51. (Puede un Juan barca paseo dar en). 15". Forma con estas palabras

una frase correcta y escribe la primera y la última palabras de dicha frase.—R.: *Juan, barca.*

52. (5, 10, 15, 20). 20". Escribe el número que sigue en esta serie.—R.: 25.
53. Si una vela puede arder durante dos horas, ¿durante cuántas horas arderán dos velas del mismo tamaño y encendidas al mismo tiempo?—R.: *Dos.*
54. (2, 4, 5, 6, 8, 10). 20". En esta serie hay un número que no debe estar. ¿Cuál es? Escríbelo.—R.: 5.
55. (8-9-7-6-5-4). 20". En esta serie hay un número que no debe estar. ¿Cuáles es? Escríbelo.—R.: 9.
56. (81, 64, 15, 39, 42). 20". Ordena mentalmente estos números de mayor a menor y escribe el de enmedio.—R.: 42.
57. (Posible, imposible). 15". Juan Pérez vivió en cuatro ciudades distintas habitando en cada una de ellas diez años. ¿Es esto posible o imposible?—R.: *Posible.*
58. (1-2-3). Por San Juan un niño intentó encender una hoguera tres veces. ¿Cuándo lo consiguió, la primera, la segunda o la tercera?—R.: *La tercera.*
59. Escribe los números: 1-4-7-3-9-6-0.
60. (1-3-5-7-8-9). 20". En esta serie hay un número que sobra. ¿Cuál?—R.: 8.
61. (Cinta, campana, pelos, rata, leche). 15". Escribe la palabra de la pizarra que designe lo que siempre tiene un gato.—R.: *Pelos.*
62. En una calle las casas tienen la misma anchura y los números partes están a un lado y los impares a otro, empezando las dos series una frente a otra. ¿Cuál es el número que está enfrente del 6? 30".—R.: 5.
63. (del primera alfabeto la escriba letra). 15". Forme con estas palabras una frase correcta y haga lo que ella diga.—R.: *A.*
64. (2-4-6-8-...). 20". ¿Cuál es el número que sigue en esta serie?—R.: 10.
65. (Cuero, barniz, asiento, escultura). 15". Escribe la palabra de la pizarra que designe lo que siempre hay en una silla.—R.: *Asiento.*
66. (Papel en cruz una el haga). 15". Forme con estas palabras una frase y haga lo que ella diga.—R.: +
67. Las criaturas son malas, deben ser castigadas). 15". Escribe la palabra que falta en esta frase.—R.: *que-si-cuando.*
68. (1-2-3-4-8-5). 20". Escribe el número que sobra en esta serie.—R.: 8.
69. (Probable, posible, imposible). 15". Empezó a llover anteayer por la tarde y ha llovido tres días enteros sin parar. Es esto probable, posible o imposible?—R.: *Imposible.*

70. (1-3-5-7). Escribe el número que falta en esta serie.—R.: 9.
71. (Mayo, julio, septiembre, diciembre). 15". Ordinariamente ¿cuál es el más caluroso de los cuatro meses escritos en la pizarra?—R.: *Julio*.
72. (Posible, imposible). 15". El señor G habitó sucesivamente en tres ciudades diferentes y pasó en cada una de estas tres ciudades tres años más que en cada una de las restantes. ¿Es posible o imposible?—R.: *Imposible*.
73. (Octubre, enero, abril, junio). 15". Ordinariamente ¿cuál es el mes más frío de los escritos en la pizarra?—R.: *Enero*.
74. (Vestido, pelota, pastel, botones, cuadro). 15". Escribe una palabra de la pizarra cuyo sentido se aproxime más al de estas tres: muñeca, aro, trompo.—R.: *Pelota*.
75. (Plomo, plumas, igual). 15". ¿Qué es más pesado, medio kilo de plomo o un kilo de plumas?—R.: *Plumas*.
76. (Cielo, nubes, débil, otro lado). 15". ¿Por qué no vemos las estrellas durante el día? ¿Porque están detrás del cielo, porque las nubes las tapan, porque son más débiles de luz que el Sol o porque se van al otro lado de la Tierra?—R.: *Débiles*.
77. (Pez, ave, reptil, insecto). 15". El lagarto es un pez, un ave, un reptil o un insecto?—R.: *Reptil*.
78. (Madera, árbol, lluvia, alquitrán, fuego). 15" Escribe una palabra de la pizarra cuyo significado se aproxime más al de estas tres: carbón, tinta, brea.—R.: *Alquitrán*.
79. ¿Cuántas monedas de dos pesetas hay en una docena?—R.: *Doce*.
80. (Risa, sonrisa, agitación, satisfacción). 15". Escribe qué palabra de la pizarra indica lo que existe siempre en la felicidad.—R.: *Satisfacción*.
81. (Miseria, felicidad, indolencia, sueño). Escribe qué palabra de las de la pizarra indica lo que hay siempre en la pereza.—R.: *Indolencia*.
82. Escribe la penúltima letra de la penúltima palabra de la frase siguiente: María tiene un perro bonito.—R.: *R*.
83. (Delante, detrás, igual). 15". Un coche tiene cuatro ruedas del mismo tamaño; cada una de las ruedas de delante tiene dieciséis radios y cada una de las de detrás doce. Cuando el coche anda ¿Cuáles son los radios que se mueven más deprisa? ¿Los de delante, los de detrás o igual se mueven todos?—R.: *Igual*.
84. (Cordón, cinta, hilo). 15". ¿Cuál es más largo, un lazo de cordón, de cinta o de hilo? Si crees que es igual escribe I, si no puedes responder escribe O.—R.: *O*.
85. (Libro, cabeza, casa, bastón, corbata). 15". Escribe la palabra de la pizarra cuyo significado se aproxime más al de estas tres: sombrero, chaqueta, zapatos.—R.: *Corbata*.

86. (8-8-6-6). 20". ¿Cuáles son los dos números que deben seguir en esta serie?—R.: 4-4.
87. (Diosa, reina, poetisa, cantante). 15". Escribe la palabra de la pizarra que exprese mejor lo que era Juno.—R.: *Diosa*.
88. ¿Qué parentesco tiene conmigo el hijo de la hermana de mi padre?—R.: *Primo*.
89. (Yeso, carbón, igual, 0). 15". ¿Qué es más grande, un trozo de carbón o un trozo de yeso? Si crees que es igual pon I, si no puedes responder, escribe 0.—R.: 0.
90. (Melocotón, patata, manzana, ciruela, naranja). 20". Cuatro de estas palabras significan la misma clase de cosas y la otra una cosa distinta. ¿Cuál es? Escríbela.—R.: *Patata*.
91. (Bueno, malo). 15". Este consejo es bueno o malo: "Las patatas se han de cocer en agua fría.—R.: *Malo*.
92. (1-2-4-8). 20". ¿Cuál es el número que debe seguir en esta serie?—R.: 16.
93. (Canto, poesía, cuento, novela). 15". Escribe la palabra de la pizarra que exprese mejor lo que es un soneto.—R.: *Poesía*.
94. En una familia hay tres hermanos y cada uno de ellos tiene una hermana. ¿Cuántos son entre todos, hermanos y hermanas?—R.: *Cuatro*.
95. ¿Qué parentesco tengo con la hija de mi hermano?—R.: *Tío*.
96. (1-2-4-8-10-16). 20". En esta serie hay un número que no debería estar. ¿Cuál es?—R.: 10.
97. (1-2-4-7-11). 15". ¿Cuál es el número que sigue en esta serie?—R.: 16.
98. ¿Cuántos bisabuelos tendrías si viviesen todos?—R.: *Ocho*.
99. (Prisión, pez, cólera, museo). 15". Escribe la palabra de la pizarra que exprese mejor lo que quiere decir irritación.—R.: *Cólera*.
100. (Metálico, feliz, silvestre, soleado). 15". Escribe la palabra de estas cuatro que exprese mejor lo que quiere decir forestal.—R.: *Silvestre*.

* * *

La escala de Ballard, investiga más que la inteligencia el grado de instrucción y la memoria del sujeto.

Tiene la ventaja de poder ser utilizada en grupos de niños.

Más interesante es el método utilizado en el Instituto Psicotécnico de Madrid y que reproducimos a continuación.

INSTITUTO PSICOTECNICO MADRID

Nombre..... N°.....
Edad.....;..... Fecha.....|.....

Este ejercicio servirá para demostrarnos lo que es usted capaz de pensar y reflexionar.
Está compuesto de diversas cuestiones y preguntas que usted habrá de resolver.

FÍJESE EN ESTOS EJEMPLOS PARA QUE SEPA CÓMO HA DE IR PONIENDO LAS SOLUCIONES

Ejemplo: ¿Cuál de estas cinco palabras nos indica lo que es una manzana?

1 flor, 2 árbol, 3 legumbre, 4 fruto, 5 animal..... (4)

La respuesta exacta es "fruto"; la palabra "fruto" está subrayada.

Si se fija usted verá que cada palabra lleva un número, y que la palabra "fruto" lleva el número 4. Por eso en los paréntesis, al final de la línea, hay el número 4. De esta manera ha de ir contestado.

RESUELVA AHORA ESTA CUESTIÓN; NO ESCRIBA NINGUNA PALABRA

LIMÍTESE A SUBRAYAR LA CORRESPONDIENTE Y ESCRIBA SU NÚMERO EN LOS PARÉNTESIS

Ejemplo: ¿Cuál de estas cosas es redonda?

1 libro, 2 ladrillo, 3 pelota, 4 casa, 5 baúl..... ()

La contestación correcta es "pelota". Así, pues, usted subrayará "pelota" y escribirá el número 3 en los paréntesis.

TRATE DE RESOLVER ESTE PROBLEMA

Ejemplo: El precio de un lápiz es 20 céntimos. ¿Cuánto costarán seis?..... ()

La solución es 1 peseta 20 céntimos. Esta vez no hay nada que subrayar. Basta con que escriba 1'20 en los paréntesis.

Si la respuesta a la cuestión es una letra o un número, usted no ha de subrayar nada; basta con que escriba esa letra o ese número en los paréntesis. Cuando tenga que escribir letras, hágalo con mayúsculas del tipo de imprenta, así: A, B, C, N.

Este ejercicio está integrado por 75 cuestiones. No se le pide que conteste a todas. Haga lo que buenamente pueda.

A partir de la señal dada por el examinador, dispondrá de media hora.

RECUERDE QUE MÁS IMPORTANCIA TIENE HACER LAS COSAS BIEN QUE DE PRISA

No se entretenga mucho en una misma pregunta.

Si llega a una cuestión que no entiende, pase a la siguiente.

UNA VEZ DADA LA SEÑAL DE COMIENZO NO PREGUNTE NADA A NADIE

NI SE DISTRAIGA MIRANDO A LOS DEMÁS

No trate de copiar lo que hacen los otros, pues sería perjudicial para usted.

ESPERE LA ORDEN PARA VOLVER LA HOJA Y EMPEZAR

1. *¿Cuál de estas cinco cosas no puede agruparse a las demás?*
1 melocotón, 2 plátano, 3 naranja, 4 pelota, 5 ciruela..... ()
2. *¿Qué expresa mejor lo que es un martillo?*
1 cosa, 2 mueble, 3 arma, 4 herramienta, 5 máquina..... ()
3. *¿Qué palabra indica lo opuesto a Este?*
1 Norte, 2 Polo, 3 Ecuador, 4 Sur, 5 Oeste..... ()
4. *La corteza es para la naranja y la vaina es para el guisante lo que la cáscara es para:*
1 la manzana, 2 el huevo, 3 el jugo, 4 el melocotón, 5 la gallina..... ()
5. *Ante el dolor de los demás, experimentamos:*
1 rabia, 2 piedad, 3 desprecio, 4 desdén, 5 ansiedad..... ()
6. *¿Cuál de estas cinco cosas ocupa más sitio?*
1 retoño, 2 hoja, 3 árbol, 4 rama, 5 tronco..... ()
7. *La lana es para el carnero lo que las plumas son para:*
1 la almohada, 2 el conejo, 3 el pájaro, 4 la cabra, 5 la cama..... ()
8. *¿Cuál de estas cinco palabras significa lo contrario de ganar?*
1 conseguir, 2 decaer, 3 perder, 4 acceder, 5 ensayar..... ()
9. *¿Cuál de estas cinco cosas tiene más parecido con manzana, melocotón y pera?*
1 semilla, 2 árbol, 3 ciruela, 4 jugo, 5 mondadura..... ()
10. *¿Cuál de estas diez cantidades es la mayor? (Indíquelo por la letra).*
A 6456, B 8968, C 4265, D 5064, E 4108, F 7549, G 2335, J 3286, K 8970..... ()
11. *El sombrero es para la cabeza lo que el dedal es para:*
1 el dedo, 2 la aguja, 3 el hilo, 4 la mano, 5 la costura..... ()
12. *Ordenando esta frase, ¿por qué letra empezaría la última palabra? (Escriba esa letra en los paréntesis).*
A FALTA TORTAS BUENAS PAN SON DE..... ()
13. *A 30 céntimos el lápiz ¿cuántos podrán comprarse por 3 pesetas?*
14. *¿Qué indica mejor lo que es una puerta?*
1 una abertura en la pared, 2 un sitio para abrigarse, 3 una cosa que tiene bisagras, 4 entrada principal de un edificio, 5 una cosa que se abre y se cierra..... ()
15. *La mano es para el brazo lo que el pie es para:*
1 la pierna, 2 el pulgar, 3 el dedo, 4 el puño, 5 la rodilla..... ()
16. *Cuando alguien concibe una nueva máquina, se dice que ha hecho una:*
1 exploración, 2 adaptación, 3 renovación, 4 novedad, 5 invención.... ()
17. *Uno de los números de esta serie es falso. Escriba en los paréntesis el número que debiera figurar en su lugar.*
5 10 15 20 25 30 35 39 45 50..... ()

18. *¿Cuál es la principal razón por la que vemos cada día sustituir los coches y los carros por los automóviles?*
 1 Los caballos son cada día más escasos. 2 Los caballos se desbocan fácilmente. 3 Los autos nos hacen ganar tiempo, y el tiempo es oro. 4 Los autos son más económicos que los coches. 5 Las reparaciones de los autos son más baratas que las de los coches..... ()
19. *¿Qué es para el automóvil lo que es el carbón para la locomotora?*
 1 el humo, 2 la motocicleta, 3 las ruedas, 4 la gasolina, 5 la bocina... ()
20. *¿Cuál de estas palabras sería la primera que encontraríamos en un diccionario?*
 1 tren, 2 santo, 3 raspador, 4 queso, 5 gruta, 6 noche, 7 pintura.. ()
21. *Uno de los números de esta serie es falso. Escriba en los paréntesis el número que debiera estar en su lugar.*
 1 7 2 7 3 7 4 7 5 7 6 7 8 7..... ()
22. *Si comparamos el automóvil a un coche, ¿a qué deberíamos comparar la motocicleta?*
 1 a la carrera, 2 al caballo, 3 al carro, 4 al tren, 5 a la bicicleta.... ()
23. *De un muchacho que no hace más que hablar de sus cualidades y de su sabiduría, se dice que:*
 1 miente, 2 bromea, 3 engaña, 4 se divierte, 5, se alaba..... ()
24. *¿Cuál de estas palabras significa lo contrario de común?*
 1 banal, 2 vivo, 3 difícil, 4 raro, 5 interesante..... ()
25. *¿Cuál de estas cosas tiene más parecido con serpiente, vaca y gorrión?*
 1 árbol, 2 muñeca, 3 carnero, 4 pluma, 5 piel..... ()
26. *¿Qué es para el criminal lo que el hospital es para el enfermo?*
 1 juez, 2 hospicio, 3 doctor, 4 presidio, 5 condena..... ()
27. *¿Cuál de estas definiciones dice más exactamente lo que es un caballo?*
 1 un animal que tiene cola, 2 un ser viviente, 3 una cosa que trabaja, 4 un rumiante, 5 un animal que tira de los coches..... ()
28. *Ordene esta frase y haga lo que en ella se indica.*
 EN LETRA PARÉNTESIS A ESCRIBA LA LOS..... ()
29. *¿Cuál de estas palabras sería la primera que encontraríamos en un diccionario?*
 1 bravo, 2 busto, 3 brocha, 4 bujía, 5 bretón, 6 broma, 7 bucle, 8 bribón..... ()
30. *Mejor es a bueno lo que peor es a*
 1 muy bueno, 2 mediano, 3 malo, 4 nulo, 5 superior..... ()
31. *¿Cuál de estas definiciones dice más exactamente lo que es un cordero?*
 1 un animal terrestre, 2 un ser que tiene cuatro patas y una cola, 3 un animal pequeño y avisado, 4 un carnero joven, 5 un animalito que come hierba..... ()
32. *Si estas palabras estuviesen convenientemente ordenadas para formar una frase, ¿por qué letra empezaría la tercera palabra?*
 MADRUGA QUIEN LE DIOS A AYUDA..... ()

33. *Este refrán "Más vale pájaro en mano que ciento volando", quiere decir:*
 1. Es preferible una pequeña cosa que esperar una grande.
 2. El corazón fuerte no se deja rendir por la lisonja.
 3. Ningún hombre suele apartarse de la verdad sin engañarse a sí mismo.
 4. El que está en todas partes, no está en ninguna..... ()
34. *La hierba es para la vaca lo que el pan es para:*
 1 la manteca, 2 la harina, 3 la leche, 4 el hombre, 5 la cosecha..... ()
35. *¿Qué indica mejor lo que es una mentira?*
 1 un error, 2 una afirmación voluntariamente falsa, 3 una afirmación involuntariamente falsa, 4 una exageración, 5 una respuesta inexacta.... ()
36. *El hijo de la hermana de mi padre es mi*
 1 hermano, 2 sobrino, 3 primo, 4 tío, 5 nieto..... ()
37. *Si Jorge es mayor que Pedro y Pedro es mayor que Juan, entonces Jorge es*
.....que Juan.
 1 mayor, 2 más pequeño, 3 iguales, 4 no se puede saber..... ()
38. *El Rey es a la Monarquía lo que el Presidente es a*
 1 la Presidencia del Consejo de Ministros, 2 el Senado, 3 la República,
 4 un monárquico, 5 un republicano..... ()
39. *En esta serie de números cuente todos los 5 que están delante de un 7 y escriba el resultado en los paréntesis.*
 7 5 3 5 7 2 3 7 5 6 7 7 2 5 7 3 4 7 7 5 2 0 7 5 7 8 3 7 2 5 1 7 9 5 7 ()
40. *Cuando sabemos que un acontecimiento va a pasar sin ninguna clase de dudas, decimos que es:*
 1 probable, 2 seguro, 3 dudoso, 4 posible, 5 diferido..... ()
41. *¿Cuál de estas cinco cosas tiene más parecido con Presidente, Almirante y General?*
 1 navío, 2 ejército, 3 rey, 4 república, 5 soldado..... ()
42. *Grande es a objeto lo que sonoro es a*
 1 suave, 2 pequeño, 3 maeizo, 4 peso, 5 ruido..... ()
43. *Si estos números estuviesen ordenados, ¿por qué letra empezaría el del medio?*
 Ocho. Diez. Seis. Nueve. Siete..... ()
44. *De una cantidad que disminuye se dice que:*
 1 se va, 2 baja, 3 se evapora, 4 muere, 5 desaparece..... ()
45. *En una lengua extranjera, KOLO quiere decir NIÑO.*
 DAAK KOLO „ „ NIÑO BUENO.
¿Por qué letra empieza la palabra que significa bueno en ese idioma?..... ()
46. *El capitán es para el barco lo que el alcalde es para:*
 1 el Estado, 2 la provincia, 3 la ciudad, 4 el patrón, 5 el juez..... ()

47. Uno de los números de esta serie está equivocado. Escribe en los paréntesis el número que debiera figurar en su lugar.
2 3 4 3 2 3 4 3 2 4 ()
48. Si Juan es mayor que José y José tiene la misma edad que Carlos, entonces Carlos es que Juan.
1 mayor, 2 más joven, 3 igual, 4 no se puede saber..... ()
49. Esta frase tiene las palabras desordenadas haga lo que se le ordena en ella.
FRASE LA LETRA ESCRIBA PRIMERA ESTA DE..... ()
50. ¿Qué es para la abeja lo que las uñas son para el gato?
1 vuelo, 2 miel, 3 alas, 4 cera, 5 aguijón..... ()
51. Si Pablo es mayor que Luis y si Pablo es más joven que Andrés, entonces Andrés es que Luis.
1 mayor, 2 más joven, 3 igual, 4 no se puede saber..... ()
52. ¿Cuál es la razón por la cual las fachadas de los comercios están muy iluminadas?
1 con el fin de que los transeuntes sepan en dónde están, 2 para que se puedan ver bien los artículos expuestos y la gente sienta deseos de comprar, 3 porque los comercios pagan muy barata la corriente eléctrica, 4 para aumentar la iluminación de la calle..... ()
53. Si estas palabras estuviesen convenientemente ordenadas para formar una frase, ¿por qué letra empezaría la tercera palabra?
CON DIME ERES QUIEN DIRÉ ANDAS Y TE QUIEN..... ()
54. A una persona que tiene deseos de hacer una cosa, pero teme el fracaso, se le dice que es
1 seria, 2 ansiosa, 3 trabajadora, 4 enérgica, 5 tímida..... ()
55. Si estas palabras estuvieran ordenadas, ¿por qué letra empezaría la del medio?
Semana. Año. Hora. Segundo. Día. Mes. Minuto..... ()
56. Si una persona al salir de su casa anda siete pasos hacia la derecha y después retrocede cuatro hacia la izquierda, ¿a cuántos pasos está de su casa?
57. En un idioma extranjero, SOTO GRON quiere decir MUY CALIENTE.
FASS GRON „ „ MUY FRÍO.
¿Por qué letra empieza la palabra que significa MUY en ese idioma?.... ()
58. ¿Cuál de estas cosas tiene más parecido con tenazas, alambre y clavo?
1 billete de 25 pesetas, 2 hueso, 3 cuerda, 4 lápiz, 5 llave..... ()
59. Hay un refrán que dice: “ Un grano no hace granero, pero ayuda al compañero”, y esto significa:
1. Resuélvete a hacer lo que debes y haz sin falta lo que hayas resuelto.
2. Hay que ganarse la vida a fuerza de amor.
3. No se deben menospreciar las cosas pequeñas.
4. En casa pobre no es necesario el granero..... ()
60. Haga lo que se le indica en estas palabras si estuviesen ordenadas.
SUMA CUATRO ESCRIBA TRES LA UNO Y DE..... ()

61. De una cosa o institución que no puede desaparecer, se dice que es:
1 permanente, 2 estable, 3 estacionaria, 4 sólida, 5 verdadera..... ()
62. En un idioma extranjero, BEKO PRAC quiere decir UN POCO DE PAN.
KLUP PRAC „ „ UN POCO DE LECHE.
BEKO.OTOH KLUP PRAC „ „ UN POCO DE PAN Y LECHE.
¿Por qué letra empieza la palabra que significa Y en dicho idioma?..... ()
63. ¿Qué palabra indica lo contrario de soberbia?
1 tristeza, 2 humildad, 3 miserable, 4 vanidad, 5 altanería..... ()
64. Si las palabras siguientes estuvieran colocadas por orden, ¿por qué letra empezaría la del medio?
General. Teniente. Soldado. Coronel. Alférez..... ()
65. Hay un refrán que dice: “A hierro caliente batir de repente”, y esto significa:
1. El hierro batido en frío es malo.
2. No se pueden hacer varias cosas al mismo tiempo.
3. Hay que saberse aprovechar del momento oportuno.
4. Los herreros han de trabajar siempre de prisa.
5. El trabajo del hierro es cansado..... ()
66. ¿Qué definición dice más exactamente lo que es un reloj?
1 una cosa que hace tic-tac, 2 un aparato que se coloca en las torres, 3 un objeto redondo con una cadena, 4 un instrumento que mide el tiempo, 5 una cosa que tiene aguja y un cristal..... ()
67. Uno de los números de esta serie está equivocado. Escriba en los paréntesis el número que debiera figurar en su lugar.
1 2 4 8 12 32 64..... ()
68. Escriba la letra que en el alfabeto sigue a la K..... ()
69. Si estas palabras estuvieran ordenadas, ¿por qué letra empezaría la del medio?
Adolescente. Niño. Hombre. Viejo. Bebé..... ()
70. Hay un refrán que dice: “No es oro todo lo que reluce”, y esto significa:
1. Hay oro que no brilla.
2. No hay que dejarse llevar por las apariencias.
3. El diamante es más brillante que el oro.
4. No hay que llevar bisutería imitación a oro.
5. Hay gentes que les gusta ostentar sus riquezas..... ()
71. Si en una caja hubiera dos más pequeñas y dentro de cada una de éstas dos hubiese cinco, ¿cuántas habría en total?..... ()
72. Si un ciclista recorre 250 metros en 25 segundos, ¿cuántos recorrerá en un quinto de segundo?..... ()
73. ¿Cuál de estas palabras sería la última que encontraríamos en un diccionario?
1 hectáreas, 2 juez, 3 grande, 4 nervio, 5 hora, 6 norte, 7 labio... ()

74. Uno de los números de esta serie está equivocado. Escriba en los paréntesis el número que debiera figurar en su lugar.

1 2 5 6 9 10 13 14 16 18..... ()

75. Si un pleito se resuelve gracias a mutuas concesiones, se dice ¿qué ha habido?

1 promesa, 2 compromiso, 3 amnistía, 4 proceso, 5 avenencia..... ()

SI HA TERMINADO ANTES QUE DEN LA HORA, REPASE USTED LAS CONTESTACIONES

§ 8. EL “PERFIL PSICOLOGICO” DE ROSSOLIMO

Mediante el llamado “perfil psicológico” el investigador moseovita Rossolimo⁷ trata de conseguir un examen global de la personalidad psicológica del individuo, observando aisladamente cada uno de los elementos, inscribiendo la valoración en una gráfica y uniendo al final mediante una curva los ápices de cada uno de los exámenes parciales.

El método es de larga realización y requiere al menos tres sesiones de más de una hora, pero cada una de las pruebas puede servir separadamente para examinar las distintas facultades mentales.

Preferimos exponer el método seguido que separar cada uno de los tests incluyéndolos en la serie de pruebas para cada una de las facultades psicológicas.

1ª Atención

a) Concentración.

El material empleado consiste en 10 cartones de 10 por 22 cm, con diversos orificios formando figuras geométricas. Uno de los orificios está marcado con una cruz para comenzar por él el ejercicio.

Los cartones se irán colocando sobre una hoja de papel, de las mismas dimensiones, la que, a su vez se apoyara en una tabla almohadilla. Una hoja de papel es necesaria para cada prueba.

Se coloca el primer cartón, en dicha forma, ante el niño, diciéndole que con un punzón que se le da vaya pinchando todos los agujeros.

El test sólo es válido si todos los agujeros han sido perforados por el niño, lo que se comprueba mediante el papel colocado bajo el cartón.

La segunda prueba es de atención con elección, para la cual se utilizan otros diez cartones en los cuales unos agujeros van marcados con cruz y otros con un círculo, debiendo el sujeto perforar tan sólo los que llevan una cruz.

⁷ Rossolimo, *Psychologische Profile*. Halle, 1908.

La tercera prueba es de atención con distracción, para la que se emplean los mismos cartones que para la primera, pero produciendo, durante la experiencia diversos estímulos ópticos, acústicos o verbales.

b) Extensión.

Por último se investiga la extensión de la atención mediante las diez pruebas siguientes:

1. Se dice al sujeto que copie de un cartón que se le presenta, los signos-

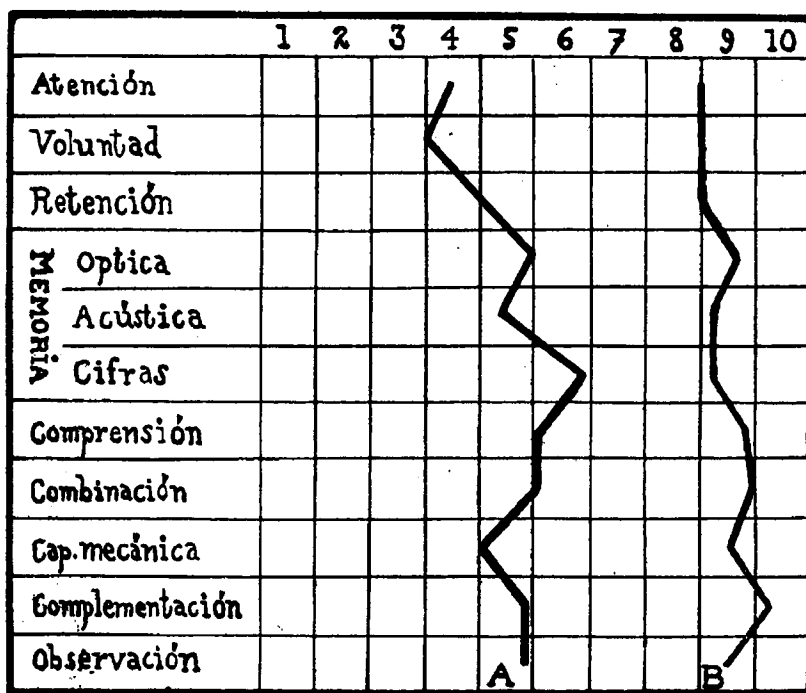


Fig. 30.—Gráfica de dos perfiles psicológicos de Rossolimo. La curva A muestra el de un débil mental, la B el de una persona normal.

que están en el lado izquierdo con la mano izquierda y los de la derecha con la mano correspondiente, pero simultáneamente. Estos signos pueden ser: •

0	—
—	0
0	—
—	0
0	—

2. Se da al niño una hoja con nueve puntos para que los cuente. Durante esta operación el experimentador da tres golpecitos bajo la mesa y se pregunta después al niño que ha pasado durante la prueba.

3. Se presenta al niño la tarjeta de la figura y se le pide que la describa. Una vez hecho se retira aquella y se pregunta al niño si había algo más (caso de que él mismo no haya descrito espontáneamente el círculo con la cruz del extremo de la izquierda).

4. Se presenta un cartón con varios dibujos y se dice al niño que los copie, el grupo izquierdo de izquierda a derecha y el derecho al revés.

5. Se pone ante el sujeto una tarjeta en la que están dibujadas cinco casitas y cuatro arbolitos. El borde de la tarjeta es punteado.

Se dice al niño que cuente cuántas casas y cuántos árboles hay. Una vez hecho y retirada la tarjeta se le pregunta si la tarjeta tenía algo de particular en los bordes.

6. Se pide al niño que diga los días de la semana, pero cerrando los ojos al pronunciar miércoles y viernes. Para los niños que no sepan los días de la semana (Test de Terman a los siete años) puede hacérseles contar de uno a siete, advirtiéndoles que cierren los ojos en el 3 y en el 5.

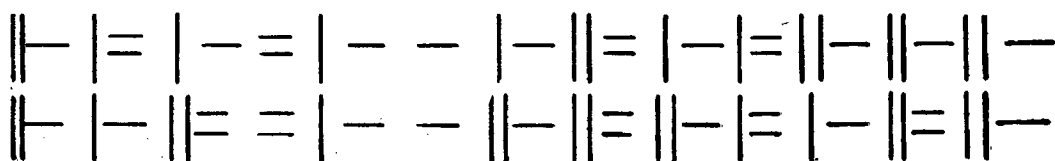


Fig. 31.—Test N° 7 (extensión de la atención) de Rossolimo.

7. Se provee al niño de un lápiz en cada mano y se le dice que copie con la derecha las líneas horizontales y con la izquierda las verticales de una hoja que tiene ante sí.

8. Se dice al niño que dé un golpe con la mano izquierda y dos con la derecha, coincidiendo los dos primeros; después uno con la izquierda y tres con la derecha en la misma forma, cuatro a continuación y por último cinco, siempre coincidiendo el primero de ambas manos.

9. Se hace que el niño dibuje figurillas al mismo tiempo que pronuncia los días de la semana.

10. Se le hace contar en alta voz de uno a siete y dar al mismo tiempo golpes con la mano de siete a uno, de tal modo que cuando diga uno dé siete golpecitos, seis cuando diga dos, etc.

2ª Voluntad

a) Resistencia al automatismo.

1. Se van mostrando al niño una a una y durante 3 a 5 segundos, 15 hojas en cada una de las cuales sólo hay una raya vertical. Las diez primeras van en aumento progresivo y las cinco últimas son ya iguales a la novena. Se va preguntando al niño si la línea que tiene delante es mayor que la anterior.

2. Se pide al niño que dé golpecitos al mismo tiempo que el observador. Al cuarto o quinto se suspende. La prueba es negativa si el niño continúa y da más de dos golpes.

3. Se dice al niño que repita los números que vayamos diciendo, pero precisamente en el mismo tono de voz. Se dicen cinco seguidos en alta voz y luego se baja el tono de ésta. La prueba es negativa si el niño continúa en el mismo tono que antes.

4. Se ruega al probante que cuente con el experimentador. Este comienza por 70 y cuenta correctamente hasta 80, al llegar a esta cifra salta a 91. La prueba fracasa si el niño continúa también por 91 sin darse cuenta del salto.

5. Se dice al niño, "vamos a dar sobre la mesa diez golpes". El observador da más de diez. Si el niño no se para al llegar al décimo, la prueba es negativa.

6. Se explica al niño. "Di después de mí lo mismo que yo". Se comienza entonces: be te be te be te, al llegar aquí el experimentador se para. Si el niño sigue fracasa la prueba.

7. Se presenta al pequeño una tarjeta con varias figuras durante cinco segundos. Se da la vuelta a la tarjeta y se le pregunta cuáles de las cinco estaban en la otra cara. Negativa si señala todas.

8. Igual que la prueba dos, pero contando.

9. Igual pero con los días de la semana.

10. Se pide al niño su mano derecha para examinarla y se le dice que mantenga los ojos cerrados. Al cabo de un cuarto de hora se coge la mano izquierda del niño. Si éste no abre los ojos fracasa la prueba.

En realidad esta prueba no puede realizarse en niños pues se cansan mucho antes del cuarto de hora. Basta con hacer la experiencia durante dos o tres minutos.

b) Resistencia a la sugestión.

1. Se dice al niño que vamos a enseñarle una cosa que le va a hacer reír. Al cabo de un momento se le enseña un objeto vulgar (llave, lápiz, etc.). Fracasa si el niño ríe, en efecto.

2. Se hace cerrar los ojos al niño y se le pone una mano encima de la suya, preguntándole si está caliente. A los pocos segundos se separa y se le dice que ahora notará más caliente nuestra mano cuando volvamos a ponerla encima de la suya. Se repite la operación y se le pregunta si nota más calor. Negativa si responde afirmativamente.

3. Se tapan con un pañuelo los ojos del niño y se le dice que iremos poniéndole alternativamente uno o dos dedos sobre su mano. Se le toca varias

veces con un sólo dedo preguntándole cada vez si le tocamos con uno o con dos. Si responde, alternativamente, con uno o con dos, es negativa la prueba.

4. Se ponen ante el niño dos cilindros de madera pintada de negro de 20 cm de altura por 5 de diámetro, ambos iguales salvo en que uno de ellos tiene tres tornillos gruesos en el extremo. El peso de ambos cilindros es el mismo. Se dice al niño que sopesen los dos y diga cuál pesa más siendo la prueba negativa si dice que el que tiene los tornillos es más pesado.

5. Se presenta al niño durante cinco segundos un dibujo representando un ramillete en el que hay una rosa roja, un clavel amarillo y un tronco verde pero con las hojas en blanco. Se tapa y se pregunta por el color de cada una de las cosas. Si al llegar a las hojas dice que eran verdes la prueba es negativa.

6. Se muestra un dibujo en el que hay un padre vestido de chaquet, con sombrero y lentes y a su lado su hijo vestido de muchacho, ambos de igual estatura. Se pregunta después al niño por los vestidos de ambos y al final cuál de los dos era más alto. Negativa si el niño dice que el padre tenía mayor estatura.

7. Se presentan al niño simultáneamente durante cinco segundos tres dibujos representando: el primero una muchacha con un plato en la mano y dos rayas en el suelo; el segundo tres ratones sobre un tronco y un sombreado cerca; el tercero una garrafa vacía y un vaso a medio llenar.

Apartados los dibujos se pregunta: "La muchacha daba de comer a los pájaros. ¿Dónde estaban éstos, en el cielo o en el suelo?" "¿Has visto los ratones sobre el tronco? ¿Por dónde venía el gato por la derecha o por la izquierda?" "¿Estaba la garrafa llena o mediada?"

La prueba es negativa si el niño se deja sugestionar por una cualquiera de las preguntas.

8. Se pide al sujeto que cuente con nosotros el número de nombres que vamos a decir. Se pronuncian entonces nueve nombres propios (Juan, Francisco, etc.) marcando al mismo tiempo con los dedos; pero en vez de marcar nueve marca diez. Si el niño se deja sugestionar la prueba es negativa.

9. Se dice al sujeto que vamos a hacerle una pregunta de contenido absurdo y se le pregunta: "¿Cuándo andan los niños con la cabeza hacia arriba?"

10. Se le advierte al sujeto que le va a ser muy difícil permanecer con los ojos abiertos si mira a los ojos del observador y que antes de contar diez los habrá cerrado. El observador simula hacer esfuerzos para mantenerlos abiertos, como si esto le fuese muy difícil.

3ª Capacidad de Percepción o Retentiva

a) Método del reconocimiento.

El material se compone de diez tarjetas en cada una de las cuales hay un

dibujo lineal y de diez cartones en cada uno de los cuales hay una cuadrícula de nueve cuadrados con un dibujo lineal en cada uno. El dibujo de la primera tarjeta está reproducido entre los nueve del primer cartón; el de la segunda tarjeta en el segundo cartón y así sucesivamente.

Mediante el taquitoscopio se presenta durante tres segundos la primera tarjeta e inmediatamente el primer cartón (una vez retirada la tarjeta) y se dice al sujeto cuál de las figuras del cartón es la que tenía la tarjeta. Sucesivamente se van presentando en la misma forma los diez tests.

La prueba sólo es válida cuando reconoce la forma a la primera intención.

b) Método del juicio.

Se compone de diez tarjetas con un par de dibujos lineales cada una y que se presentan con el taquitoscopio durante unos instantes. Antes de presentar cada una de ellas se hace al niño una de las siguientes preguntas:

1. Vas a ver en el aparato dos cuadritos y vas a decirme si están los dos inclinados o derechos.
2. Dime si son iguales las dos líneas onduladas que vas a ver.
3. Di si son igualmente anchos los dos rectángulos.
4. ¿Es igual o no la distancia entre las rayas?
5. ¿Es igual o no el grueso de las dos rayas?
6. ¿Es igual o distinta la distancia entre los diversos puntos?
7. ¿Son iguales de claros los dos círculos que vas a ver?
8. ¿Son iguales o diferentes los dos triángulos que vas a ver?
9. ¿Es igual o distinta la dirección de las rayas dibujadas dentro de los dos rombos?
10. ¿Son de igual o de diferente tamaño las dos cruces que vas a ver?

c) Método de reproducción.

Consiste en la presentación de diez tarjetas con cuadrícula de nueve casillas. Cada una de ellas tiene cierto número de casillas con un punto. Se pide al sujeto que a la presentación de aquéllas reproduzca en un casillero en blanco que tiene ante sí la situación del punteado en el modelo.

d) Método de los colores.

Se presentan al niño en el taquitoscopio, sucesivamente diez tarjetas, cada una de ellas con un color distinto. Terminada la presentación de cada tarjeta durante unos segundos se le da un cartón donde hay 25 colores, y sus matices, para que diga a cuál de ellos corresponde el que acaba de ver.

4ª Memoria

A) *Memoria visual.*

Se compone de cinco experiencias de diez tests cada una:

a) Retención de figuras lineales.

Consiste en un cuadro con 25 figuritas. Diez de ellas están además reproducidas cada una en una tarjeta aparte. Se van presentando dichas tarjetas y el probante deberá reconocerlas en el cuadro grande.

b) Retención de figuras coloreadas.

La prueba es igual a la anterior pero se realiza con las figuras coloreadas

c) Reconocimiento de imágenes.

Igual prueba pero realizada con una serie de 10 fotografías de paisaje y una segunda serie de 25 entre las que están incluidas las anteriores.

d) Reproducción de imágenes.

Se van presentando sucesivamente diez tarjetas con un grabado cada una. Pasadas las diez se dirá al sujeto que los describa. Es positiva aun cuando la descripción sea hecha sin orden.

e) Reproducción de objetos.

Se colocan ante la mesa los diez objetos siguientes (como para el test de Vermeylen: lápiz, papel, pluma, botón, reloj, llave, caja, portaplumas, alfiler, cerilla. Se le hace repetir la observación tres veces al sujeto. Se retiran después y se pide su reproducción de memoria, bien al cabo de unos minutos, bien al día siguiente al comenzar la sesión.

B) *Memoria para los elementos del lenguaje.*

a) Percepción óptica de letras.

Se presentan durante dos segundos cada una y sucesivamente diez cartones con una letra mayúscula por cartón. Se hace la misma operación tres veces. Al final el sujeto debe repetir de memoria las diez letras.

b) Percepción auditiva de letras.

Lámina con diez letras que se leen al examinando por tres veces.

Al final debe repetirlas de memoria.

c) Percepción visual de sílabas.

Se presenta al sujeto una hoja en la que hay diez sílabas sin sentido, que se mantiene ante él durante cinco segundos. A continuación se le van mostrando sucesivamente 25 hojas en cada una de las cuales hay una de las sílabas de la primera hoja, mezclada a otras varias distintas. El sujeto debe ir reconociendo cuál de las sílabas le había sido presentada al comienzo.

d) Percepción auditiva de sílabas.

Igual al anterior pero leyendo las sílabas.

e) Percepción visual de palabras.

Hoja en la que hay escritas diez palabras. El niño las lee tres veces, debiendo reproducirlas a continuación de memoria.

f) Percepción acústica de palabras.

Igual a la anterior pero leyéndolas (naturalmente las palabras son ya otras).

g) Asociación óptica de sílabas y palabras.

Se van presentando al niño sucesivamente diez hojas en las cuales hay escrita una sílaba y debajo una palabra sin relación alguna con aquélla. Se le hacen leer tres veces seguidas.

A continuación se presentan otras diez hojas en las cuales están (una en cada hoja) cada una de las sílabas, pero sin la palabra y en orden diferente de presentación. Al ver la sílaba el sujeto debe decir qué palabra la acompañaba en la hoja correspondiente.

h) Asociación acústica de sílabas y palabras.

Igual prueba que g), pero leyendo las sílabas y palabras.

i) Percepción óptica de frases.

Consejos en diez hojas con una frase de dos o tres palabras cada hoja. El examinando las lee por tres veces y al final ha de repetirlas, siendo válida la prueba aunque las reproduzca en distinto orden.

j) Percepción acústica de frases.

La misma prueba anterior pero leyéndole las frases al sujeto.

C) *Memoria para los números.*

a) Percepción óptica de cifras.

Diez hojas en cada una de las cuales hay un número de una o dos cifras que debe leer el sujeto tres veces repitiendo a continuación las que recuerde.

b) Percepción auditiva de cifras.

La misma prueba pero leyéndoselas al sujeto.

c) Percepción óptica de grupos de figuras.

Se van presentando diez hojas que contienen los siguientes objetos dibujados.

1. Diez naranjas.
2. Una casa.
3. Cinco caras.
4. Tres manzanas.
5. Seis ojos.
6. Dos monedas.
7. Nueve llaves.
8. Cuatro peras.
9. Siete ventanas.
10. Ocho pájaros.

El niño las mira tres veces y luego debe repetir el número de objetos de cada clase que había en cada hoja. Es positiva aunque no guarde el orden correlativo.

d) Percepción óptica de grupos de signos.

La prueba es semejante a la anterior, pero los grabados de cada hoja son signos en la forma siguiente:

1. Diez círculos.
2. Un triángulo.
3. Cinco líneas horizontales.
4. Tres puntos.
5. Seis cuadrados.
6. Dos líneas verticales.
7. Nueve cruces.
8. Cuatro círculos con una cruz en el centro.
9. Siete estrellas.
10. Ocho comas.
- e) Percepción óptica de grupos de objetos.

La prueba es igual a las dos anteriores, pero los objetos son reales en vez de dibujos y han sido sujetos por hilos al cartón.

Pueden presentarse los siguientes:

1. Diez cerillos.
2. Un frasquito.
3. Cinco plumas.
4. Tres lapiceros.
5. Seis corchos.
6. Dos terrones de azúcar.
7. Nueve cuadraditos de papel.
8. Cuatro clavos.
9. Siete botones.
10. Ocho escarpías.

5ª Procesos Asociativos

A) *Comprensión de contenido lógico.*

a) *Comprensión simple.*

Se enseñan al niño cuatro estampas con los asuntos siguientes:

1. Tres niños reunidos en forma de *troya* tiran de un carrito con una cuba.
2. Un mono mira con envidia a un niño que se come una manzana.
3. Los padres llegan del campo a la ciudad para visitar a su hijo.
4. Una alumna nueva se aburre en la escuela.

Se presentan los grabados al niño para que explique su significado, preguntándole ¿Qué pasa aquí?

b) *Comprensión combinativa.*

Son una serie de cinco estampas formando una historieta muda que se van presentando al niño para que las interprete.

B) *Comprensión de contenido ilógico.*

Se muestran al niño una serie de diez estampas de contenido absurdo, preguntando al niño ¿Hay algún disparate en esta estampa?

La serie la forman los siguientes dibujos:

1. Tres hombres tirando de un coche con un caballo dentro.
2. Una señora con los ojos vendados y gafas sobre la venda lee un libro.
3. Paisaje con la Luna y el Sol.
4. Un cazador con su escopeta corre intentando coger una liebre.
5. Una vaca atravesando un riachuelo por un tronquito de árbol que hace de puente.
6. Un escribiente sacando punta al lápiz con un hacha.
7. Un pueblo cubierto de nieve por todas partes menos por los tejados.
8. Un muchacho sentado en el respaldo de una silla.
9. Un pez está en una jaula.
10. Una cometa volando con un mochuelo encima.

En algunas de estas estampas es frecuente observar que el niño no encuentra nada anormal.

6ª *Capacidad Combinativa*

a) Combinación de imágenes.

Se trata de diez estampas recortadas en forma de *puzzle* de dificultad creciente, desde dos a nueve fragmentos más o menos regulares.

b) Combinación de figuras sin contenido.

La misma prueba pero con figuras ornamentales.

c) Combinación de partes simples.

Se entregan al niño una serie de cuadraditos y triángulos de cartón para que con ellos forme las figuras que aparecen en una hoja que se pone ante él.

Se dan tres minutos para la consecución de cada uno de los *puzzles*.

7ª *Sentido Mecánico*

Se utilizan pequeños rompecabezas metálicos de dificultad creciente:

1. Anillo metálico con tres bastoncillos que deben ponerse en pie como un trípode.
2. Llaverio con una abertura por la cual debe sacar el niño la llave.
3. Una espiral que hay que sacar y meter de un anillo.
4. Alambre doblado en varias escuadras, con uno de los extremos engrosado y una anilla que hay que sacar por el otro extremo.

5. Dos semicircunferencias de alambre, con orificios en cada extremidad y un bastoncito que hay que pasar por los orificios para conseguir formar una circunferencia completa.

6. Un sistema de tijera que se muestra al niño preguntándole (sin hacerlo) qué pasará con los extremos superiores si aproximamos los inferiores.

7. Un timbre cuyo badajo de muelle sólo toca cuando se le oprime en un sentido (el opuesto a la campana).

8. Un candado con el orificio de la cerradura movible en su mitad superior de tal modo que para hacer entrar la llave es preciso hacer coincidir las dos partes. Se le da al niño con las dos partes desviadas, observando si se da cuenta de que tiene que reunir las partes para conseguir introducir la llave.

9. Espiral por la que ha de hacerse pasar un anillo.

10. Juego de tijera más complicado que el del número 6.

8ª *Imaginación (Capacidad de Completar)*

Se van presentando al niño diez láminas con palabras, frases o dibujos incompletos. Se pregunta para las ocho primeras: “¿Qué palabra se formaría si se colocan las letras que faltan?” y en la décima, “¿Qué frase resultará si llenamos los huecos con las palabras o letras que faltan?”

No se permite utilizar lápiz o pluma sino solamente la imaginación que es la facultad que se trata de explorar.

Las figuras completas representarían:

1. Una pata con parte de una mesa.
2. Una casa.
3. Una cabeza de hombre.
4. Una cruz.
5. Un perro.
6. Un árbol.
7. Una iglesia.
8. Un chico tirando de un carrito.
9. La palabra ruiñeñor.
10. La frase “Cuando el rocío de la mañana cubre el verde prado brilla el césped como plata”.

9ª *Capacidad de Observación*

Diez láminas con los siguientes dibujos:

1. Un vapor en el mar. No se ven ni velas ni humo, pero sí espuma delante y detrás del navío. Se pregunta al sujeto si el barco anda o está parado. La respuesta debe ser afirmativa.

2. Dos mesas que sólo se diferencian en que una tiene sólo un cajón y la otra dos. Se pregunta al niño en qué se diferencian.

3. Una serie de puntos de diversos colores, pero en la que los puntos verdes o rojos forman un círculo o un número. Se pregunta si los puntos guardan algún orden. El sujeto debe señalar la disposición de los ordenados.

4. Una tarjeta rectangular con una franja negra en los bordes, salvo en los ángulos. Se escriben en ella varias series de cifras en todas las cuales falte el número siete. Se pregunta: "¿Qué falta aquí?" La respuesta válida sólo ha de referirse a la cifra siete. Si el sujeto señala los ángulos no pintados de negro (como suele ocurrir con extraordinaria frecuencia) la prueba es negativa.

5. Un cazador tirando de su perro por la cadena. El animal sólo tiene una pata delantera y otra trasera; aparece con el rabo colgando y la lengua fuera. Se pregunta: "¿Por qué no anda bien este perro? ¿Qué le pasa?"

La respuesta correcta es que le faltan dos patas.

6. Un cenador en un jardín con sillas y una mesa con tetera encima. El techo del cenador representa un pájaro (al revés). Se pregunta al niño "¿Dónde está el pájaro?"

7. Una casa con caríátides y balcón. La barandilla de éste semeja en un sitio la cara de un hombre. Se pregunta: "¿Dónde está el dueño de la casa?" Si se señala a alguna caríátide la prueba es negativa. Ha de señalarse a la cara que aparece en la barandilla.

8. Dos soldados cuyos uniformes sólo se diferencian en el color de algunas prendas y en el número de botones. Se pregunta: "¿En qué se diferencian ambos uniformes?" La respuesta es positiva cuando se indican la diferencia de colores y de botones. Una sola diferencia no basta para considerar la prueba como positiva.

9. Una hoja llena de cifras desordenadas, salvo los ceros que siguen las diagonales: Se pregunta "¿Siguen algún orden estas cifras?"

10. Un riachuelo y a su lado una senda con huellas de pies que conducen al agua siguen en la orilla opuesta hasta una figura de mujer que acabase de pasar a pie el río. Se pregunta: "¿Es el río vadeable o no?"

Valorización de los Resultados

Para anotar los resultados se utilizan las hojas de examen, una para el examen total y otra para la gráfica reducida.

En la primera se anota el signo $+$ en cada casilla correspondiente a las pruebas positivas y el $-$ en las negativas.

En la gráfica reducida el término medio de cada facultad se representa por un punto en la casilla correspondiente, uniendo mediante una curva los diversos puntos.

Las fórmulas aritméticas dadas por Rossolimo para sintetizar los resultados tienen escaso interés comparativamente al perfil gráfico.

HOJA DE EXAMEN PARA EL PERFIL

1ª	{	Concentración	{	Simple	
Atención....				Con elección.....	
		Extensión		Con distracción.....	
<hr/>					
2ª	{	Resistencia	{	Al automatismo.....	
Voluntad....				A la sugestión.....	
<hr/>					
3ª	{	Exactitud.....	{	Método del reconocimiento.....	
Percepción..				" " juicio	
				" de reproducción	
				" para los colores.....	
<hr/>					
4ª	{	Para percepciones ópticas	{	Reconocimiento de figuras lineales sin contenido....	
				Idem de figuras coloreadas sin contenido.....	
				" de imágenes.....	
				Reproducción de imágenes	
	<hr/>				
	{	Para elementos del lenguaje	{	Percepción óptica de letras.....	
				" acústica de letras.....	
				" óptica de sílabas.....	
				" acústica de sílabas.....	
				" óptica de palabras.....	
				" acústica de palabras.....	
				Asociación óptica de sílabas y palabras.....	
				" acústica de sílabas y palabras.....	
	<hr/>				
	{	Para números.....	{	Percepción óptica de cifras.....	
				" acústica de cifras.....	
				" óptica de grupos de figuras.....	
				" óptica de grupos de signos.....	
<hr/>					
5ª a 9ª	{	5ª	{	Imágenes comunes	
				Comprensión	" opuestas
	<hr/>				
	{	6ª	Capacidad combi- nativa	{	Imágenes
					Figuras sin contenido
					Partes simples
	<hr/>				
	{	7ª	Sentido Mecánico.....	{	
<hr/>					
{	8ª	Capacidad de completar.....	{		
<hr/>					
{	9ª	Capacidad de observación.....	{		

PSICOLOGICO DE ROSSOLIMO

[illegible]

§ 9. TESTS DE SANTE DE SANCTI PARA NIÑOS ANORMALES *

(Modificación de 1925)

Para la aplicación de estas pruebas el psicólogo y el niño estarán sentados a los dos lados de una mesa, sobre la cual habrá un biombo que permita disponer los objetos sin que el niño los vea. Un cronómetro es necesario para medir el tiempo de reacción.

He aquí los seis tests de que se compone la serie:

1. *Capacidad de adaptación a la experiencia.*

Se colocan sobre la mesa cinco pelotas cada una de distinto color y se dice al niño que nos dé una de ellas.

2. *Memoria para los colores.*

Terminada la primera prueba se coloca el biombo, se cambian de lugar las pelotas y, transcurridos 40 segundos vuelve a levantarse aquél diciendo al niño: ¿Qué pelota me has dado antes?

3. *Reconocimiento de las formas.*

Se colocan en la mesa seis cubos, dos paralelepípedos y tres conos de cartón o de madera. Señalando con el dedo uno de los cubos se pregunta al niño: ¿Ves esta figura de cartón? Señálame ahora todos los pedazos que hay sobre la mesa iguales a éste.

4. *Identificación de formas sólidas con formas planas.*

Se muestra al niño un cuadro donde están dibujados 36 triángulos, 55 rectángulos, 49 cuadrados y aparte un cubo de cartón de los usados en la prueba anterior y se le dice señalando a este último: ¿Ves esta figura de cartón? Señálame cuál es la figura de este cuadro que se le parece. Una vez que el niño lo haya resuelto satisfactoriamente, se le dice: Ahora indica con un lápiz todos los cuadrados iguales, siguiendo las líneas y sin olvidar ninguno.

5. *Nociones de número, dimensión y distancia.*

Se colocan desordenadamente sobre la mesa 12 cubos de cartón, de diferentes tamaños, desde 1½ centímetros de lado hasta 7 cm., con diferencia gradual de ½ cm. de uno al siguiente y se pregunta al niño sucesivamente:

- a) ¿Cuántos hay?
- b) ¿Cuál es el mayor?
- c) ¿Cuál está más lejos de ti?

* Estos tests ideados por Sante de Sancti en 1906 (*Tipi e gradi d'insufficienza mentale*, Annali di Nerv. 1906) fueron modificados en 1914 (*Educazione dei deficienti*, Milán, 1915) y posteriormente en 1925 (*Neuropsychiatria infantile*, Roma, 1925). Esta última modificación unida a la escala, que para hallar la edad mental mediante estos tests ha ideado Martín, los hacen ya aplicables a la práctica.

6. *Consiste en dos series de cuatro preguntas cada una en las que se explora el juicio comparativo de intensidad, espacio, tiempo y peso:*

A.) Primera serie:

- a) El sonido de una campana lejana, ¿parece más fuerte o más débil que el de una campana cercana?
- b) El sonido de una campana lejana ¿parece solamente más débil o lo es en realidad?
- c) Las cosas lejanas ¿parecen más grandes o más pequeñas que las cosas cercanas?
- d) Las cosas lejanas ¿parecen solamente más pequeñas o lo son en realidad?

B) Segunda serie:

- a) ¿Es más lejana una cosa hecha ayer o una cosa hecha esta mañana?
- b) ¿Tendrás que hacer antes una cosa que tengas que hacer dentro de pocos días o una cosa que debas hacer dentro de muchos días?
- c) Las cosas grandes pesan más o menos que las pequeñas?
- d) ¿Por qué las cosas pequeñas pesan a veces más que las grandes?

En realidad esta última serie es bastante difícil de resolver para los niños retrasados cualquiera que sea su retraso.

De Sanctis da la siguiente escala para los oligofrénicos de seis a dieciseis años aplicando sus tests: el que no supera la prueba 2 es insuficiente de alto grado; el que no pasa de la 4 es insuficiente de grado mediano; el que resuelve el 5, pero halla dificultades en el 6 A), es insuficiente de grado intermedio, y el que contesta positivamente al 6 A) insuficiente de grado leve.

Martín establece la siguiente escala:

El tests	1	es resuelto por niños normales de 2 años.						
" "	2	"	"	"	"	"	"	3-4 "
" "	3	"	"	"	"	"	"	4 "
" "	4	"	"	"	"	"	"	6 "
" "	5 b	"	"	"	"	"	"	5 "
" "	5 c	"	"	"	"	"	"	6 "
" "	5 a	"	"	"	"	"	"	7 "
" "	6 Bc	"	"	"	"	"	"	7 "
" "	6 Ac	"	"	"	"	"	"	6-7 "
" "	6 Ad	"	"	"	"	"	"	7 "
" "	6 Bd	"	"	"	"	"	"	8-9 "

§ 10. TESTS PARA EL EXAMEN DEL JUICIO ETICO

1. *Clasificación de Actos Delictivos*

Se pide al sujeto que ordene por orden de gravedad creciente diversas acciones delictivas.

Pueden proponerse las siguientes que exponemos aquí en orden de menor a mayor gravedad, pero que serán presentadas al sujeto desordenadamente:

- a) Pedro aprisiona durante unos momentos una mosca que se halla sobre la mesa.
- b) Pedro tira del rabo a un gato que se hallaba durmiendo tranquilamente.
- c) Pedro se acerca a un pobre caballo viejo y fatigado y le pega con una verga.
- d) Pedro ata una pesada piedra al cuello de un perro y lo tira al agua para que se ahogue.
- e) Pedro saca de su nido a un ruiseñor, le quema los ojos y lo mete en una jaula.

2. *Tests de Moers. Comparación de Actos*

Se pregunta al niño:

A) ¿Quién obra peor, Juan o José?

Los padres de Juan le prohíben ir a patinar al lago porque temen que no esté bastante helado. Él piensa que se equivocan y cuando los padres se marchan, a mediodía, se va, con su hermanito menor a patinar. Estando haciéndolo, se rompe el hielo y se sumergen en el agua. Juan fué salvado, pero su hermanito se ahogó.

José vió que Carlos se acerca patinando a una sitio peligroso del lago, por no saber que allí la capa de hielo es poco espesa. Carlos se había burlado el día anterior de José y éste pensó no advertirle para hacerle pagar así su ofensa. Cuando Carlos iba a caer, le llama otro amigo advirtiéndole del peligro, y no sucedió nada.

B) ¿Quién obra peor, Anita o Elenita?

Una mujer va por la calle con un hijito cogido de la mano y una pesada cesta de fruta en la otra. El niño empieza a gritar pidiendo a su madre que lo coja en brazos, pero ésta no puede llevar tanto peso. Anita, que lo vé se compadece y desearía ayudar a la mujer, pero le da vergüenza decírselo. Finalmente el niño se cae y sangra mucho por la nariz, apenándose la madre.

Una escena semejante presencia Elenita. Piensa que, si ayuda a la mujer

ésta le regalaría una manzana. Decide pues ayudarla a llevar el cesto y al final la mujer le regala, en efecto, una hermosa manzana.

C) ¿Quién obra peor, Fernando o Juan?

Fernando salta de noche a un huerto vecino para robar fruta. Cuando está escondido ve dos ladrones que penetran en la huerta del vecino. Entonces da un grito y se escapa. Los ladrones huyen dejando abandonadas en el suelo las herramientas de robo, que encuentra el dueño al día siguiente.

El padre de Juan le manda clavar un peldaño suelto de una escalera de mano. Cuando se pone a ejecutarlo le llama su madre y le envía a comprar comida, por lo que olvida el trabajo empezado. Por la tarde, al usar el criado la escalera, se suelta el peldaño y aquél se rompe una pierna al caer.

§ 11. METODO DE HEALY-FERNALD° PARA EL EXAMEN DE NIÑOS DELINCUENTES

El método no va dirigido solamente al examen de una facultad mental aislada sino que permite, en cierto modo, la comprensión de la psicología global del individuo y especialmente dedica pruebas a la investigación de las cualidades éticas y morales.

Mediante la aplicación del método los autores clasifican a los niños delincuentes en 13 grupos.

Tales grupos son quizá un poco rebuscados y la sola aplicación de los tests no permite la inclusión en dichos grupos, pues se requiere un examen más detallado, incluido el reconocimiento somático.

Healy y Fernald consideran los siguientes apartados:

1. Habilidad e información superior a la normal.
2. „ e información normales.
3. „ congénita regular; educación susceptible de ser mejorada; mala información.
4. Habilidad regular con oportunidad educacional mediana o buena.
5. „ muy buena; mala oportunidad educacional.
6. „ mediana; mala oportunidad educacional.
7. „ mala y mala oportunidad educacional.
8. „ mala y mediana o buena oportunidad educacional.
9. Inhábil a consecuencia de trastornos somáticos incluida la epilepsia.

* Healy y Fernald, *Tests for practical mental classification*. 1911.

10. Mentalidad subnormal
11. Débil mental.
12. Imbécil.
13. Psicosis.

TESTS

A) Rompecabezas.

1. Un grabado, representando una perra con su cachorro, en el cual hay recortados varios fragmentos. La prueba consiste en colocar cada trozo en su sitio en el menor tiempo y con el menor número de errores posible. Se anotan aquél y éstos.

2. Otro grabado que muestra una escuela de niños. Las cabezas y brazos y algunos objetos están recortados y es preciso colocar las piezas en el lugar que les corresponda. Es un poco más difícil que el anterior porque las piezas son iguales o semejantes y contienen las mismas partes del cuerpo.

A los doce años suelen los niños normales resolverlo en 1-2 minutos con pocos errores.

2 bis. Otro grabado representando una escena campestre, donde varios niños juegan a distintas diversiones. Tiene diez cuadraditos recortados, en cada uno de los cuales hay un objeto correspondientes a cada una de las actividades a que se dedican los niños (pelota, sombrero, cesta, etc.), y que completan la escena. Estos diez cuadrados recortados se mezclan a otros cuarenta de igual forma, 30 de los cuales tienen también dibujados objetos, pero que no se relacionan con el grabado y 10 más están en blanco. Se dice al niño que de entre los 50 elija y coloque en su sitio aquellos que considere encajan en el grabado.

La dificultad es mayor que para el anterior, tardándose más tiempo y cometiéndose más errores.

3. Tablilla dividida en cinco partes que hay que colocar en un bastidor bien ensambladas.

4. Se compone de una tabla con huecos geométricos en los cuales hay que encajar la pieza de igual forma, piezas que se dan por separado al sujeto. Un poco más difícil que el anterior. Se anotan el tiempo empleado en resolverla y el número de tentativas para cada una de las piezas.

5. Consiste en una caja metálica con una serie de resortes combinados que sólo pueden moverse soltando uno de ellos que constituye la clave.

La caja se entrega cerrada y se provee al niño de un gancho mediante el cual poder soltar el resorte clave, pero sin advertirle cual de ellos es. Se anotan el tiempo, las diversas tentativas para abrirla y la actitud del sujeto ante la caja (curiosidad, o indiferencia, comprensión o incomprensión, etc.).

B) Testimonio.

6. Descripción de un grabado:

Healy emplea el dibujo de la carnicería, del libro americano "Jingleman Jack". Se le permite observarlo, al niño, durante 15 segundos y después se le pide una descripción y se le hacen preguntas sobre diversos detalles que figuran o no (sugestibilidad) en el grabado.

La prueba es semejante a la del tests de Jaensch anteriormente descrita.

C) Memoria.

7. Memoria visual de figuras geométricas.

Se emplea el test de Binet-Simon n. 2 para diez años (copiar dibujos de memoria).

8. Memoria óculo-verbal.

Se cerciora el experimentador de que el sujeto sabe leer. Después se le da para que lo lea para sí un párrafo en el que se consignan veinte detalles. Se le advierte que después de leído deberá explicarnos su lectura.

El párrafo propuesto es el siguiente, indicando por rayas la separación de ideas (pero no en el original que se da al niño):

"Si un hombre descubre que la casa se está incendiando | debe ver primero si es un gran fuego. | Si el fuego es pequeño | debe echar enseguida agua sobre él | y apagarlo. | Pero si es grande | debe ir corriendo a avisar por teléfono | diciendo que hay fuego, | a las demás personas de la casa. | Luego debe volverse a ayudar a los viejos o enfermos | y a los niños pequeños | para que escapen del edificio incendiado. | Cuando toda la gente está ya fuera | si todavía hay tiempo | puede salvar objetos de valor | tales como dinero y alhajas. | Después, cuando llegue la bomba de incendios, | puede ayudar para que la muchedumbre de curiosos no lo llene todo, | perturbando el trabajo de los bomberos".

Se anota todo lo que el sujeto recuerde, ya sean ideas completas o no; el tono en que las repite para conocer sobre su seguridad o inseguridad en el recuerdo y la ligazón entre unas y otras ideas.

9. Memoria auditivo-verbal.

Prueba igual a la anterior pero en la que es el examinador el que lee al niño el siguiente párrafo con doce ideas:

"Si un marinero | en el océano | naufraga | cerca de una tierra salvaje, | debe primero buscar agua para beber | luego encontrar un sitio para dormir. | donde no lo puedan coger las fieras salvajes, | y después, poco a poco, puede buscar alimentos, | pero debe ir con cuidado para no comer frutas venenosas. | Después de esto, debe buscar si hay más gente en aquella tierra | y poner una bandera en la playa | para que se paren los barcos que pasen por allí".

D) Claves.

10. Test de aprendizaje de asociaciones arbitrarias.

Se emplean signos gráficos corrientes a cada uno de los cuales se le asigna una cifra, p. e.: (=1, x=2,)=3, ¢=4, ¡=5, #=6, &=7, +=8 —=9.

Se le pone después un ejemplo (grupo de 27 signos en el cual entran tres veces cada uno de ellos), para que el niño, con la clave a la vista, vaya poniéndoles el número que les corresponda.

Se le dice que se fije bien en la clave para aprender a qué cifra corresponde cada signo. Después se retira la clave y se le escriben los nueve signos, uno de ellos repetido, pero desordenados y se le pide que marque en cada uno la cifra correspondiente.

Se anotan en número de errores al aprender y al reproducir.

11. Clave de las líneas en aspa.

Se le presenta al niño un cartón con la figura 32 para que recuerde el número que corresponde a cada ángulo. Se le presentan después los cuatro ángulos aislados. Se le hace repetir la prueba hasta tres veces mientras cometa errores.

Se anotan el número de errores y si fracasó o venció en la prueba.

12. Clave de las líneas en cuadrícula.

Es semejante a la anterior pero con nueve casillas en la forma que marca la figura 33.

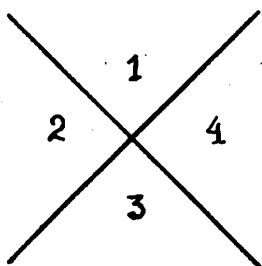


Fig. 32.—Clave en aspa del Test N° 11 de Healy-Fernald.

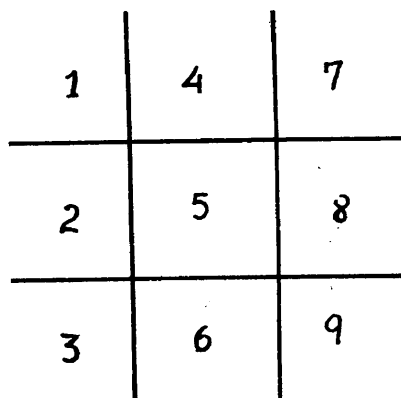


Fig. 33.—Clave en casillero del Test N° 12 de Healy-Fernald.

Una vez cerciorados que el niño ha comprendido el sentido de la clave (lo que puede conseguirse dibujándole aisladamente uno de los ángulos externos los del número 3, 7 o 9) se le presentan los ángulos y el cuadrado central por separado para que realice la misma prueba que en la clave anterior.

13. Test de la clave telegráfica.

Es la misma que utiliza Terman con el número 6 para adultos medios.

E)

14. Test de la caja de caudales. (Prueba de Hayes.)

Se le da al niño una caja con varios resortes que hay que saber manejar, para abrirla. Se le explica (pero sin hacerlo sobre la caja) como se abre del modo siguiente: 1, Hay que tirar todo lo posible del resorte que sobresale a la derecha de la caja; 2, tirar del resorte de arriba; 3, poner la caja sobre la cara pintada de blanco; 4, empujar el mango en bola que hay cerca de la compuerta; 5, poner el cierre cifrado, primero en el 50, luego en el 49 y después de nuevo en el 50 con lo cual se abre la puerta empujando.

Se anota el tiempo invertido, los errores y tentativas.

15. Asociación de palabras antitéticas.

Se pide al niño que lo más rápidamente posible diga la palabra de significación contraria a las que se le van a ir diciendo.

Se dicen las palabras lentamente no nombrando una hasta que el niño no haya contestado a la anterior:

La lista propuesta es:

bueno	muerto
fuera	rico
pronto	enfermo
alto	alegre
grande	delgado
ruido	guerra
negro	vacío
luz	muchos
feliz	arriba
barato	amigo

Se anotan el número de errores, tiempo de reacción para cada palabra, faltas de respuestas en los primeros diez segundos, faltas debidas a la falta de instrucción.

16. Test de coordinación motriz.

Se presenta ante el niño una cuadrícula con 150 cuadritos de seis mm de lado, dispuestos en quince líneas de a diez cuadritos.

Se le da al niño un lápiz y se le dice que toque con él una vez en cada cuadrícula lo más deprisa posible, pero teniendo cuidado de no tocar las líneas. A los treinta segundos de empezada la prueba se le manda parar y se le hace comenzar por el otro extremo durante otro tanto tiempo.

Se anotarán, el número de cuadrados punteados en cada prueba y el número de errores (tocar líneas o dos veces en la misma casilla).

F) Pruebas de instrucción.

17. Escritura.

Se hace escribir al niño su nombre y una pequeña frase, teniendo en cuenta para la valorización, el tipo de escritura, la rapidez o lentitud y si no sabe escribir por no haber ido a la escuela o por causas endógenas.

18. Aritmética.

Se le proponen pequeños cálculos con arreglo al grado escolar que curse. Se anotarán los detalles de rapidez comprensión, etc.

19. Lectura.

Se da a leer un párrafo en consonancia con el grado escolar. Se anota si deletrea, silabea, lee monótonamente, aprecia la puntuación, etc.

20. Juego de ajedrez o de damas.

Partida de uno de dichos juegos, siempre que el niño los conozca. Se anotarán: las ocasiones que pierde de tomar peones; la previsión y cuidado con que juegue.

21. Test de cuestiones morales (Sharp).

Se le dice al niño que vamos a contarle una historia para que luego nos diga qué piensa de ella.

Las dos historias propuestas por los autores son las siguientes:

1. "En una ciudad rusa había un hombre que no podía encontrar trabajo. Tenía como vecinos a una viuda enferma con dos hijos pequeños, los cuales se estaban muriendo de hambre. El pobre hombre quitó un poco de pan de una panadería, por no poderlo conseguir de otra manera y se lo dió a la viuda y sus hijos. ¿Hizo bien o mal?"

2. Un campamento fué una vez sitiado por una tribu de indios porque el jefe de ellos creyó que uno de los hombres blancos del campamento le había herido, aunque en realidad no lo había hecho. El jefe de los indios mandó un recado al capitán del campamento diciéndole que, si le entregaba al hombre que él creía culpable, no continuarían sitiando el campamento; pero que si no lo hacían quemarían el campamento y matarían a su gente. El capitán y su gente sabían que si los indios atacaban harían probablemente prisioneros a todos o, al menos, matarían a muchos. También sabían que su compañero acusado era inocente y que si lo entregaban los indios lo torturarían y matarían. ¿Qué debió hacer en este caso el capitán del campamento? ¿Qué haría Ud. en su caso?

Se anota si el niño ha comprendido la situación y sus reacciones morales ante ella.

22. Información general de instrucción.

Se utilizan una serie de preguntas mediante las cuales se pueda tener una idea sobre la instrucción del sujeto y sobre el medio en que ha vivido.

Para cada país las preguntas deben estar de acuerdo con la historia y geografía del mismo para que sean accesibles al examinando. .

Para México podrían utilizarse las siguientes:

- ¿ Lees libros ?
- ¿ Cuáles ?
- ¿ De qué biblioteca ?
- ¿ Cuántos tienes en tu casa ?
- ¿ Lees periódicos ?
- ¿ Cuáles ?
- ¿ Qué partes o secciones con más frecuencia ?
- ¿ Qué noticias te han interesado últimamente ?
- Algunas preguntas sobre los últimos sucesos.
- ¿ Quién es el Presidente de la República ?
- ¿ Quién fué el anterior Presidente ?
- ¿ Quién fué Moctezuma ?
- ¿ Qué fiesta es el 12 de octubre ?
- ¿ Quién fué Juárez ?
- ¿ Qué ríos desembocan en Tampico ?
- ¿ Cuáles son las cuatro ciudades mayores de México ?
- ¿Cuál es la Capital de los Estados Unidos de Norteamérica ?
- ¿ Qué libro te ha gustado más ?
- ¿ Quién fué Ruiz de Alarcón ?
- ¿ Quién es el mejor torero ?
- ¿ Y el mejor artista de cine ?
- ¿ Y el mejor líder político ?
- ¿ Qué hacen los carteros ?
- ¿ Cómo se llama el Papa actual ?
- ¿ Qué es una máquina de vapor ?
- ¿ Por qué te late el corazón ?
- ¿ Por qué está iluminada la Luna ?
- ¿ De dónde se saca la harina ?
- ¿ De dónde sale el carbón, el aguacate ?
- ¿ Qué querías ser cuando seas mayor ?
- ¿ Qué trabajo te parece más fácil ?
- ¿ Y el más peligroso ?
- ¿ Qué deportes conoces ?
- ¿ Cuáles practicas ?

- ¿Juegas a la baraja? ¿A qué juego?
- ¿Tienes herramientas?
- ¿Qué cosas te gusta hacer con ellas?
- ¿Cuáles has hecho?
- ¿Te gustan los animales? ¿Cuál te gusta más?
- ¿Coleccionas alguna cosa?
- ¿Te gusta hacer gimnasia? ¿La haces? ¿Cómo?
- ¿Te gusta el campo? ¿Vas con frecuencia a él?
- ¿Te gusta el teatro? ¿Más que el cine? ¿Vas con frecuencia?
- ¿Qué clase das en la escuela? ¿Cuál te gusta más?
- ¿Qué número ocupas en las clases?

Si el probante es una muchacha se le harán también preguntas apropiadas a su sexo:

- ¿Te gusta coser? ¿Bordar?
- ¿Sabes guisar? ¿Te gusta?, etc., etc.

§ 12. TESTS PARA LA MEDIDA DE LA ATENCION

1. *Test de Kraepelin*

Consiste en hacer que el sujeto realice una larga serie de sumas de números de dos cifras. En este trabajo se mantiene al probante durante una o dos horas consecutivas y se lleva la cuenta de cuantas sumas realiza cada cinco minutos, faltas que comete, omisiones, etc.

Esta prueba en los niños no puede durar tanto tiempo, porque en ellos la fatigabilidad es mayor, la atención menos constante y no pueden resistir una hora haciendo un mismo ejercicio. Basta hacerla durante media hora o bien hasta que se noten manifiestas señales de fatiga.

Mediante el test se establece una curva que demuestra las oscilaciones de la fatiga como elemento perturbador de la atención.

Según el análisis de Kraepelin existen las siguientes fases:

- a) Inicial, de escasa duración, en la cual la curva se eleva, el número de cálculos en la unidad de tiempo es mayor y menor el número de errores.
- b) De rendimiento máximo, en la que la media se mantiene a un nivel semejante aunque con pequeñas oscilaciones.
- c) De decrecimiento, en la que poco a poco la fatiga aumenta y hace aumentar los errores y las omisiones.

En los niños anormales las fases no son tan puras y en ocasiones hay que suspender la prueba a los pocos momentos de comenzada.

Es inútil añadir que la prueba sólo puede realizarse con sujetos con los conocimientos necesarios para poder sumar.

La figura adjunta muestra una curva de trabajo durante la prueba de Kraepelin (Fig. 34).

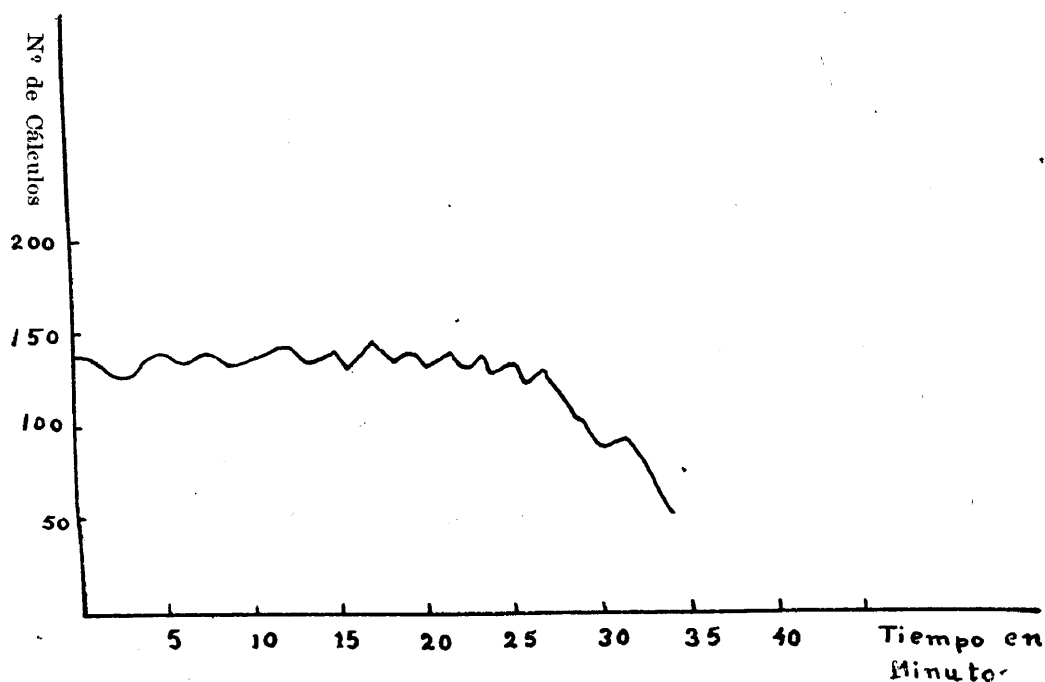


Fig. 34.—Curva de Kraepelin.

2. Test de Bourdon

Se da al probante una página con un texto impreso explicándole que debe borrar todas las *a* que vea.

Es conveniente que el texto esté en una lengua incomprensible para el niño, pues de este modo se evita que su atención se distraiga con el contenido del texto. El examinador sabrá de antemano cuantas *a* existen en dicho texto. La longitud del mismo será de unas 30 líneas.

Mientras se realiza la prueba el observador seguirá la tarea del examinando teniendo ante su vista un texto igual y trazará una señal en el lugar correspondiente a la letra que haya tachado el niño al final de cada $\frac{1}{2}$ minuto.

Se obtiene así una curva de los errores cometidos en la unidad de tiempo y se observa cómo van éstos aumentando conforme la atención deja de ser más

fija. Los errores suelen ser dejar de tachar una *a* o, más rara vez borrar otra letra.

En los niños anormales la prueba puede fracasar porque aun comenzada con interés cansa al poco rato y el pequeño o suelta el lápiz o continúa tachando sin ton ni son. También suele ocurrir (nosotros lo hemos observado alguna vez) que el niño se olvide, en el transcurso de la prueba, de cual es la letra que debe tachar y en un momento dado deja de borrar *aes* para continuar con la *e*, u otra vocal. En este último caso, si la prueba es uniforme hasta el final, puede considerársela como válida desde el punto de vista de la atención.

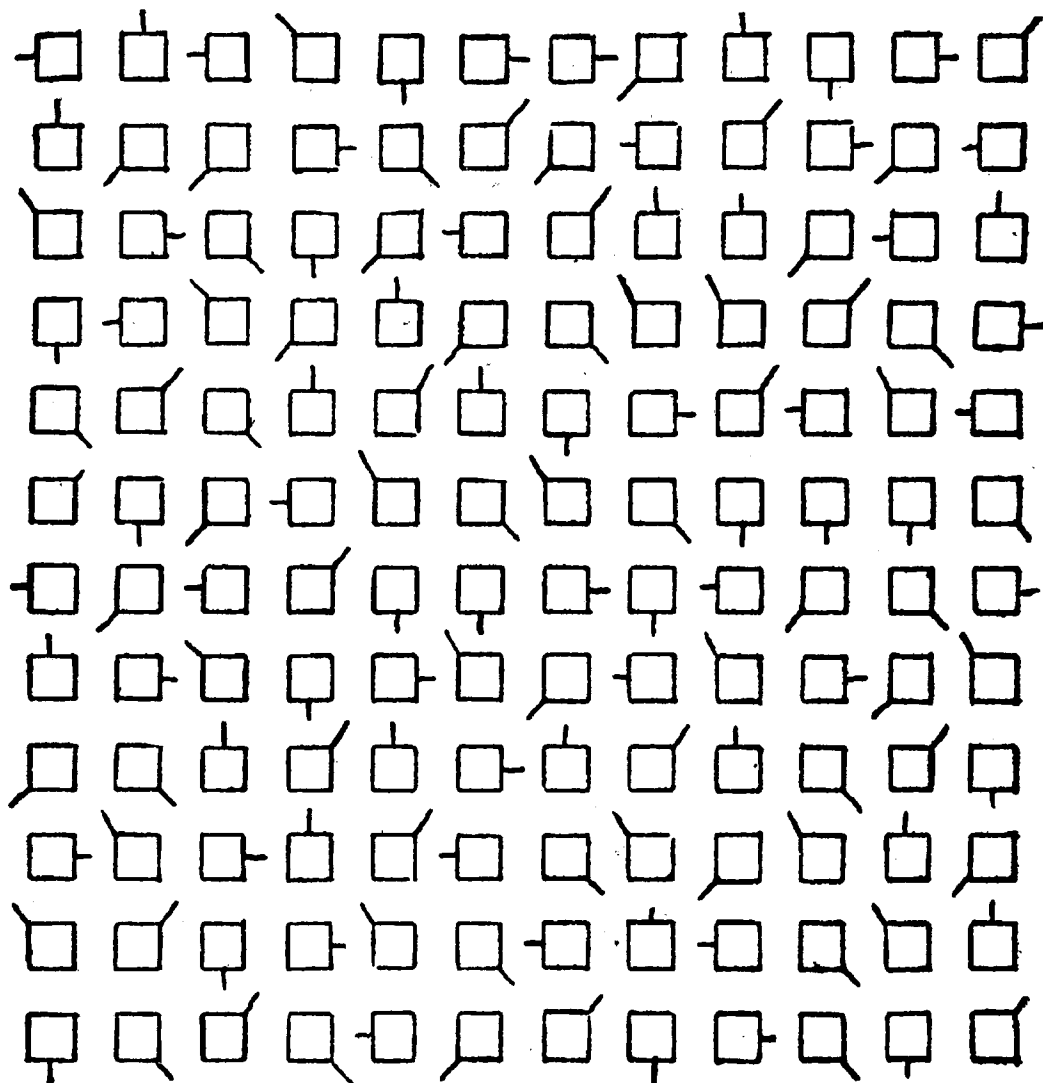


Fig. 35.—Una parte del cuadro de Toulouse para el examen de la atención.

3. *Test de Toulouse*

Tiene el mismo fundamento que el de Bourdon. Consiste en un gran cuadro en el que hay trazados 1,600 pequeños cuadrados cada uno de los cuales tiene un traza ya sea en un ángulo ya en un lado, lo que da lugar a ocho posiciones distintas. Los cuadraditos están distribuidos en 40 filas de cuarenta figuras. La distribución en cada fila es distinta con respecto a las restantes. (Fig. 35.)

El *modus operandi* es igual que para el test de Bourdon, y las consideraciones que hemos expuesto para aquél igualmente aplicables al de Toulouse.

4. *Test de Vermeylen*¹⁰

Este autor propone un test para cada tipo de atención, uno para la perceptiva y otro para la reactiva.

a) Test de atención perceptiva.

Llamado test de punteado. Sobre un tablero de madera blanca, de 25 cm se dibuja una cuadrícula de nueve cuadrados de 1 cm de lado cada uno. En el reverso del tablero otra cuadrícula de 16 cuadros de las mismas dimensiones.

En hojas de papel grueso se reproducen los mismos cuadriculados en número de cinco hojas para cada dimensión y se numeran y puntúan en la forma siguiente:

n.	1	cuadrícula de	9	cuadros,	1	cuadro con puntos
n.	2	„	„	9	„	2 cuadros con puntos
n.	3	„	„	9	„	3 „ „ „
n.	4	„	„	16	„	3 „ „ „
n.	5	„	„	9	„	4 „ „ „
n.	6	„	„	16	„	4 „ „ „
n.	7	„	„	9	„	5 „ „ „
n.	8	„	„	16	„	5 „ „ „
n.	9	„	„	16	„	6 „ „ „
n.	10	„	„	16	„	7 „ „ „

Se le dice al niño: “Voy a enseñarte un instante un cartón sobre el cual hay dibujados cuadrados como los que tienes delante (enseñándole el de madera que se habrá colocado, de antemano, delante del sujeto). En algunos de dichos cuadrados hay unos puntos negros. En cuanto yo retire el cartón tú debes señalarme sobre tu tablero, qué cuadros contenían un punto negro”.

¹⁰ G. Vermeylen, *L'Examen Psychographique de l'Intelligence*. Stockmans & Co. Amberes, s. f.

Una vez hecha la advertencia van presentándosele los cartones sucesivamente durante un segundo y medio (medidos con el metrónomo).

El niño deberá marcar el cuadrado punteado inmediatamente después de retirar el observador el cartón.

La valoración de la prueba es la siguiente:

A los	5	años	el	niño	debe	resolver	hasta	el	test	n.	2
"	"	6	"	"	"	"	"	"	"	"	n. 3
"	"	7	"	"	"	"	"	"	"	"	n. 5
"	"	8	"	"	"	"	"	"	"	"	n. 6
"	"	9	"	"	"	"	"	"	"	"	n. 7
"	"	10	"	"	"	"	"	"	"	"	n. 8

Para los niños de tres y cuatro años emplea la prueba siguiente:

Tres años.—Test de las fichas. Se mezclan delante del niño seis fichas rojas, otras tantas amarillas y otras tantas azules. Se coge una de las rojas y se le dice al niño: "Vas a coger de este montón todas las fichas iguales a éstas, del mismo color". Se pone de nuevo la ficha en el montón y se las mezcla, invitando entonces al niño a comenzar.

La prueba sólo es válida si el niño coge las seis fichas rojas, ni más ni menos.

Cuatro años.—Es igual a la anterior, con diferencia de que las fichas son de seis colores: rojas, amarillas, azules, verdes, naranja y malva, a razón de seis por cada color. El niño debe hacer la selección entre las demás de las naranja y malva que se le han mostrado previamente.

b) Test de atención reactiva.

Para tres años.—Se colocan delante del niño 20 bolitas de porcelana o madera y una caja cuya tapadera tiene un orificio de un diámetro ligeramente superior al de las bolas.

Se dice al niño: "Vas a hacer lo mismo que yo, ni más ni menos". Se meten después por el orificio dos bolitas cogiéndolas una después de otra. El niño debe repetir exactamente la operación.

Para los cuatro años se emplea la misma prueba pero con tres bolas.

Para los cinco años igual pero con cuatro bolitas.

En edades más avanzadas se utiliza el *Tets de picado*.

Consiste en una serie de cinco tablitas con una serie de pequeños orificios (hechos con un punzón). Según el número de la tabla (de 1 a 5), cada orificio lleva una pequeña señal consistente en un trazo, dispuestos en distinta forma y cantidad en cada una de ellas.

Se van presentando sucesivamente debiendo el probante hacer las perforaciones con el punzón en los orificios correspondientes a una señal dada de antemano.

Sólo se permiten dos faltas en cada una para considerarla válida.

En lugar de este test que requiere un material especial, se puede sustituir por el de inversión de vocales, también de Vermeulen, aunque para los niños es difícil.

Consiste en dar un texto que contenga cincuenta vocales *a* y *o* para que el sujeto lo copie poniendo *o* donde haya *a* y viceversa.

Sólo se permiten dos faltas.

5. *Test de Wipple*

(Llamado de las adiciones simultáneas)

Se presenta al sujeto una hoja de papel con cuatro rayas verticales delimitando tres columnas. A la cabeza de cada columna se escribe una cifra, p. e., 6-28-43. El sujeto debe entonces escribir el número siguiente en cada columna, o sea 7-29-44, pero una vez tapada con un cartón la serie precedente. La operación se repite diez veces.

6. *Test de Atención para Idiotas (Binet)*

Los tests anteriormente expuestos no son utilizables en los oligofrénicos profundos, porque no despiertan la menor reacción atensiva en ellos. Binet ha propuesto la movilización de la atención mediante las siguientes pruebas:

- a) Excitación de la atención moviendo un manojo de llaves o un sonajero ante el enfermo, observando si reacciona ante ello.
- b) Observar la duración de la atención hacia el estímulo.
- c) Anotar si el sujeto vuelve a mirar hacia el estímulo después de haber dejado de hacerlo durante algún tiempo.
- d) Indicar si el estímulo lo atrae de tal manera que no lo distraen influencias ajenas.

Cada uno de los cuatro apartados constituye un grado más avanzado de la atención.

§ 13. TESTS PARA LA DETERMINACION DE LA MEMORIA

1. *Test de Vermeulen para la Memoria de Fijación*

El material se compone de diez láminas en las que hay dibujados los siguientes objetos:

- Nº 1. Martillo.
- Nº 2. Pájaro, cuna.
- Nº 3. Cortaplumas, puñal, pescado.
- Nº 4. Bandeja, barco, guante, pato.
- Nº 5. Escala, hoja de árbol, cuadro, mesa, mariposa.
- Nº 6. Botella, oruga, peine, maleta, perro, payaso.
- Nº 7. Trompo, silla, conejo, tijeras, zapato, sombrero, bandera.
- Nº 8. Florero, cacerola, balanza, gallo, reloj, gato, regadera, paraguas.
- Nº 9. Violín, lancha, molino, lápiz, tiza, rueda, balón, clarín, palmatoria.
- Nº 10. Garrafa, llave, caballo, cereza, tambor, casa, cañón, rastrillo, escoba, grupa.

Se dice al niño: “Voy a enseñarte unos dibujos que vas a nombrar conmigo y luego tú solo de memoria”. Se muestra la lámina correspondiente y se van mostrando los objetos, nombrándolos, operación que se repite 3 veces. Después, una vez retirada la lámina, se dice al niño que repita lo que ha visto.

La valoración debe ser la siguiente:

El niño de	3	años	debe	repetir	la	lámina	Nº	2
”	”	”	4	”	”	”	”	Nº 3
”	”	”	5	”	”	”	”	Nº 4
”	”	”	6	”	”	”	”	Nº 5
”	”	”	7y8	”	”	”	”	Nº 6
”	”	”	9	”	”	”	”	Nº 7
”	”	”	10	”	”	”	”	Nº 8

2. *Test de Ebbinghaus*

Llamado método del ahorro (Ersparnismethode, de los autores alemanes).

Se presenta al niño una serie de sílabas sin sentido, distribuídas en cinco columnas de 12 sílabas cada una. (Fig. 36.)

Se anotan el tiempo necesario para aprenderlas y las repeticiones que tuvo que realizar.

Transcurrido algún tiempo, que puede ser de horas o de días, se vuelve a

realizar la experiencia observando la diferencia de tiempo necesario en esta segunda prueba.

Se obtiene así el coeficiente de memoria ahorrada dividiendo el tiempo ocupado la segunda vez por el de la primera.

don	wak	niv	sur	bef
lus	seg	sor	tez	ruk
xer	dav	det	lod	sav
sik	lus	fox	kez	wil
nud	sop	lit	sib	tof
lor	vin	liw	hok	zes
biw	jun	duf	nug	lad
dak	mok	sil	xab	kig
eun	naz	vat	rof	jom
sig	pek	kow	ber	xef
bel	zut	lan	dut	mar
lof	def	rok	fiz	huf

Fig. 36.—Cuadro de Ebbinhaus.

La lista original de Ebbinhaus es demasiado larga para niños y el esfuerzo a realizar demasiado considerable.

En la práctica y para la investigación de la memoria de fijación, basta la lectura por tres veces de cinco sílabas para ser reproducidas inmediatamente.

Para esta experiencia es preferible el

3. *Test de Ranschburg*¹¹

Consiste en varios pares de palabras que guardan, cada par, una relación lógica entre sí.

Pueden emplearse los siguientes pareados:

cielo — azul
gato — animal
pie — zapato
cabello — rubio, etc., etc.

Se dan a leer una sola vez debiendo ser repetidos de memoria a continuación.

¹¹ Ranschburg, *Das kranke Gedächtnis*. Leipzig, 1911.

4. *Test de Bühler*¹²

K. Bühler ha propuesto un test de pensamientos pareados. El estímulo en vez de ser parejas de palabras son de pensamientos, o frases enteras.

Es poco utilizable en niños.

5. *Test de Jaensch*¹³

Se utiliza para la memoria visual al mismo tiempo que se explora el factor eidético y la sugestibilidad.

La lámina propuesta por el autor (Fig. 37) se presenta al niño durante un minuto. Retirada ésta se le hacen preguntas como las siguientes:



Fig. 37.—Test de Jaensch.

¹² K. Bühler, *Tatsachen und Problems zu einer Psychologie der Denkvorgänge*, Archiv. f. d. ges. Psychol, 9, 1907 y 12, 1908.

¹³ F. R. Jaensch, *Die Eidetik*. 2ª ed. Leipzig, 1927.

1. ¿En qué parte de la lámina se encuentra la iglesia?
2. ¿Dónde está el arco voltaico?
3. ¿Dónde está la gente, a la derecha o a la izquierda?
4. ¿Hay en el cuadro algún otro farol?
5. ¿Cuántas personas hay en la estampa?
6. ¿Cuántas están en primer lugar?
7. ¿Qué escena representan?
8. ¿Hay también animales en la estampa? ¿Cuántos?
9. ¿En qué postura se encuentra el hombre del extremo derecha de la lámina?
10. ¿Tiene algo en la mano? ¿qué?
11. Describe la mujer que está en primer plano.
12. ¿Qué hay delante de la iglesia?
13. ¿Hay pájaros en el aire? ¿Cuántos?

Y otras varias.

Se anotan las respuestas del niño, de las cuales se deducen los recuerdos que conserva, si se sugestiona fácilmente, etc.

6. *Test de Ziehen*

Series de número para repetir inmediatamente después de pronunciados por el observador. En todas las escalas métricas de la inteligencia y series ordenadas de Tests existe la prueba de Ziehen (véase Tests de Binet-Simon, Bobertag, Terman en las páginas correspondientes).

7. *Test de Cohn*

Se coloca al niño ante un obturador cerrado que el examinando debe abrir a una señal convenida. Abierto aquél aparecen doce letras dispuestas en la forma siguiente:

m	k	t	b
c	v	s	n
r	d	h	q

Deben leerse las letras dos veces y a continuación cerrar el obturador. Inmediatamente se cuenta de uno a veinte durante diez segundos y al cabo de este tiempo el niño debe repetir las letras que recuerde.

Deben anotarse éstas en el orden después que él las pronuncie.

El test completo se dirige después a la forma de aprender las cosas de memoria, pues la experiencia continúa pronunciando, al mismo tiempo que se

leen las letras una vocal cualquiera, para eliminar de este modo, en lo posible, el factor auditivo, dejando sólo el visual.

8. *Test de Binet*

(Véase la escala métrica de este autor: pruebas 2, 4, de tres años; 2,3, de siete años; etc.).

9. *Tests de Vermeylen para la Memoria de Conservación*

Se presentan al niño los diez objetos siguientes: lápiz, papel, pluma, botón; reloj, llave, caja, portaplumas, alfiler, cerilla, colocadas una junto a otra en la mesa.

Cuarenta y ocho horas después se le pregunta qué objetos había el día de la experiencia sobre la mesa, anotándole un punto por cada objeto recordado (que se utiliza en la valoración del perfil psicológico de Vermeylen).

10. *Test de Vermeylen para la Memoria de Evocación*

El material consiste en una serie de diez cartones en el primero de los cuales hay cuatro figuras dibujadas, seis en el segundo, ocho en el tercero y así sucesivamente aumentando de dos en dos hasta llegar a 22 en el décimo. Uno de los dibujos del primer cuadro se encuentra reproducido dos veces sobre los seis del segundo cuadro, 3 sobre los 8 del segundo, etc.

Se advierte al sujeto que van a serle presentados una serie de dibujos que deberá buscar entre los demás de un cuadro que se le presentará a continuación. El tiempo de exposición es de un segundo y no se admite ningún error.

§ 14. TESTS PARA LA MEDIDA DE LA ACTIVIDAD IMAGINATIVA

En las pruebas para explorar la imaginación o capacidad inventiva intervienen varias facultades como el juicio, el razonamiento, la capacidad de asociación, etc. No son, pues, tests, con los que solamente se mida una propiedad intelectual del sujeto, como ocurre en algunos como los empleados para

la memoria de fijación que pueden ceñirse muy estrictamente a la facultad explorada.

Citaremos aquí los más importantes.

1. *Tests de Vermeyleylen*

a) Test de inversión.

Se presentan sucesivamente al niño palabras de longitud creciente escritas, cada una por separado, en un cartón. El sujeto lee la palabra deletreándola. Se esconde después el cartón y se le pide que vaya diciendo las letras, pero en orden inverso a como están en la palabra.

He aquí las palabras y su orden de presentación:

- | | |
|-----------|------------------------------------|
| 1. No | 6. Aturdir |
| 2. Rey | 7. Esplendor |
| 3. Mora | 8. Paparruchada |
| 4. Molde | 9. Irreprensibles |
| 5. Partir | 10. Irreductibilidad ¹⁴ |

En esta prueba juegan un importante papel la memoria y la atención.

b) Test de reconstrucción.

Es el mismo test que emplea Rossolimo para la imaginación. Las figuras de Vermeyleylen son distintas, pero el procedimiento es exacto.

Vermeyleylen utiliza las siguientes figuras inacabadas:

- | | |
|------------------|---------------------------------------|
| 1. Una casa | 6. Una carretilla tirada por un chico |
| 2. Una gallina | 7. Un estuario con barcos |
| 3. Un perro | 8. Una cruz |
| 4. Una margarita | 9. Un pato |
| 5. Un pescado | 10. Una muchacha. |

2. *Test de Ladd*

Se trata en este test de construir la imagen especular de una figura sencilla (escuadra, bandera, etc.). Se preparan una serie de dibujos de dificultad creciente y se dice al sujeto que dibuje aquella figura pero tal como la vería en un espejo. Se trata de cambiar la dirección de las líneas horizontales u oblicuas, ya que las verticales permanecen igual.

¹⁴ Hemos sustituido las palabras del original francés por otras españolas, pero adaptándonos a la estructura de las mismas más que a su significación.

3. *Test de Binet-Henri-Dearborn o de las Manchas de Tinta*

Se echa un borrón de tinta sobre un papel y se dobla éste por la mitad de la mancha. Desdoblada la hoja aparecen figuras irregulares formadas por la tinta extendida. Se pide al sujeto que diga lo que le parece ver en ella. Cabezas, objetos varios, monstruos, árboles, plantas, etc., son fácilmente evocados ante determinadas manchas por los sujetos imaginativos.

Rorschach utilizó este test ampliándolo considerablemente y creando un original y útil medio de diagnóstico en psiquiatría. Oberholzer publicó y corrigió la última edición del "Psicodiagnóstico" de Rorschach.

4. *Test de Ebbinghaus*

Se trata de completar frases en las que faltan letras, sílabas o palabras.

Se hace primero la prueba con una corta frase en la que hay que sustituir los puntos por letras, p. e.:

Mexic. e. tá en Am. r. ca d. l N. . . te

A continuación una frase en la que falten sílabas, p. e.:

Más va. . pájaro en ma. . que cien. . vo.

Por último un pensamiento en el que falten palabras:

"Un niño entró en una papelería a comprar una (pluma) para escribir. Al entrar en la (tienda) vió que no había (ningún) dependiente. Tomó entonces la pluma que iba a (comprar) y dejó sobre la mesa los cinco (céntimos) que llevaba para pagarla".

En el test original de Ebbinghaus el texto se componía de unas veinte líneas y se daban tres minutos para resolverlo.

5. *Test de Complemento de Series*

Consiste en series de signos o cifras construídas con arreglo a una ley. Los últimos términos de cada serie o los intermedios en otros están sustituidos por puntos que el sujeto debe llenar una vez averiguada la ley porque se rige la serie.

Véanse algunos ejemplos colocados por orden de mayor a menor dificultad:

a) Series para analfabetos que nosotros hemos utilizado:

0 - 0 - 0 . 0 - 0 - . . 0
V I (V I (V . (V I . . . (

b) Series para niños:

- 1) 2 4 6 8 10 12
- 2) 3 6 9 12 15 18
- 3) 100 90 80 70 60
- 4) 2 4 8 16 32 64
- 5) 1 2 3 5 8 13
- 6) 1 3 8 10 15 17
- 7) 3 9 27 81 243
- 8) 2 4 16 256
- 9) 1 3 6 10 15 21
- 10) 2 4 8 32 256
- 11) 1 4 5 20 25 100 125 500
- 12) 1 5 6 10 16 20 36
- 13) 1 2 5 15 18 72 75 375 378

La serie 1) es la de los números pares; la 2) la de los múltiplos de 3; la 3) una progresión aritmética decreciente cuya razón es diez; la 4) una progresión geométrica cuya razón es 2; la 5) se obtiene sumando los dos miembros anteriores para obtener el siguiente; la 6) se consigue sumando alternativamente 2 ó 5 a cada miembro para formar el siguiente; la 7) es una progresión geométrica cuya razón es 3; la 8) forma sus miembros elevando al cuadrado el anterior; la 9) se obtiene sumando los miembros sucesivos por la serie natural de los números; en la 10) se multiplica un miembro por el anterior para obtener el siguiente; en la 11) se multiplica el primer miembro por 4 para tener el segundo, éste se suma al anterior y tendremos el tercero el cual se multiplica por cuatro y así sucesivamente se suma con el anterior o se multiplica por 4; el 12) es semejante al anterior, pero sumando 4 en vez de multiplicando por 4; y la 13) sigue el siguiente proceso: $1 \times 2 = 2$; $2 + 3 = 5$; $5 \times 3 = 15$; $15 + 3 = 18$; $18 \times 4 = 72$; $72 + 3 = 75$; $75 \times 5 = 375$; $375 + 3 = 378$, etc., etc.

6. *Test de Wipple*

Se dan al niño varias letras diferentes para que con ellas construya el mayor número posible de palabras, con dos o más letras de las dadas. Se anota el número de ellas obtenidas en cinco minutos.

7. *Test de Palabras Correlativas*

Consiste en ir formando una palabra final agregando letra a letra las de otras palabras que comienzan por las mismas letras, p. e.:

P.....	Palmada
Pa	Patria
Pal.....	Palmatoria
Pala.....	Palacio
Palan.....	Palangana
Palanq.....	Palanquera
Palanqu	Palanqueta
Palanquí.....	Palanquilla
Palanquín.....	Palanquín

En este test interviene en gran manera los conocimientos adquiridos, la cultura del probante. Los niños no suelen alcanzar series tan completas como la expuesta.

8. *Test de Porteus*

Consiste en una serie de 11 laberintos de dificultad creciente y graduados desde los 3 a los trece años. En ellos hay una o varias salidas y una *S* que indica el punto de partida.

Se advierte al niño por donde ha de empezar y que debe salir por la salida más próxima al punto de partida, pero procurando no meterse en los callejones sin salida. Se le provee de un lápiz y se sigue su trayectoria, suspendiéndose la prueba en cuanto se equivoque. Se repite el mismo laberinto en otra hoja y si vuelve a equivocarse se pasa al laberinto siguiente que si fuese superado por el niño, se le contaría la edad mental por este último, haciendo caso omiso del anterior no resuelto.

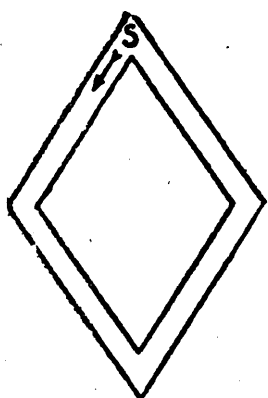


Fig. 38. — Laberinto de Porteus para los 3 años

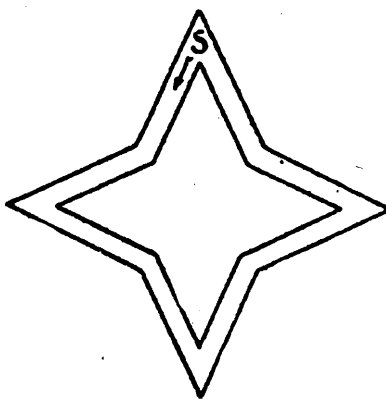


Fig. 39. — Laberinto de Porteus para los 4 años

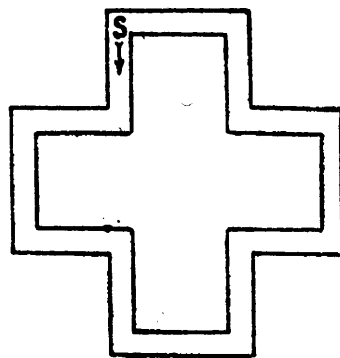


Fig. 40. — Laberinto de Porteus para los 5 años

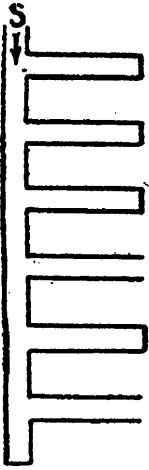


Fig. 41.—Laberinto de Porteus para los 6 años

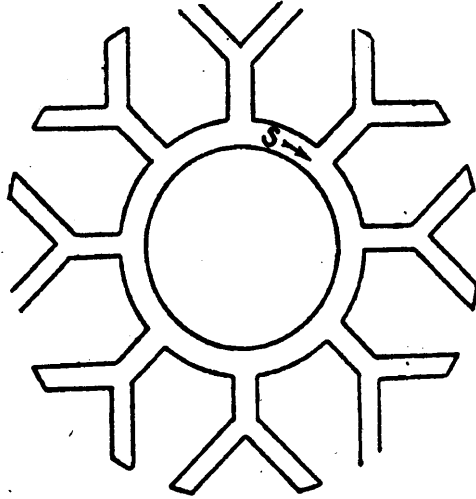


Fig. 42.—Laberinto de Porteus para los 7 años

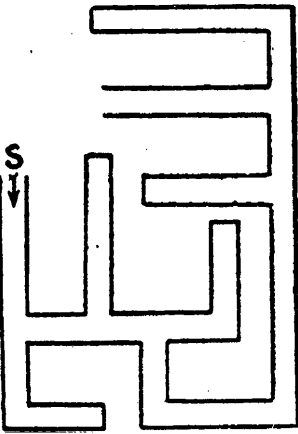


Fig. 43.—Laberinto de Porteus para los 8 años

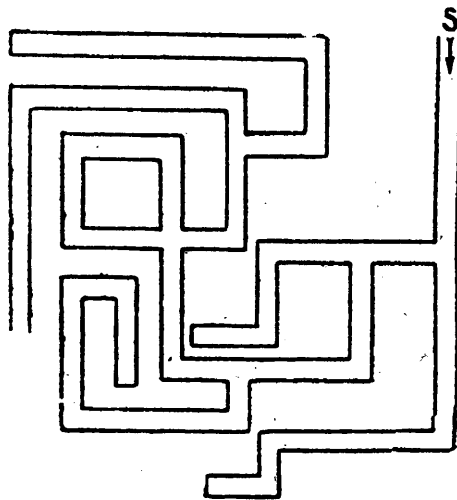


Fig. 44.—Laberinto de Porteus para los 9 años

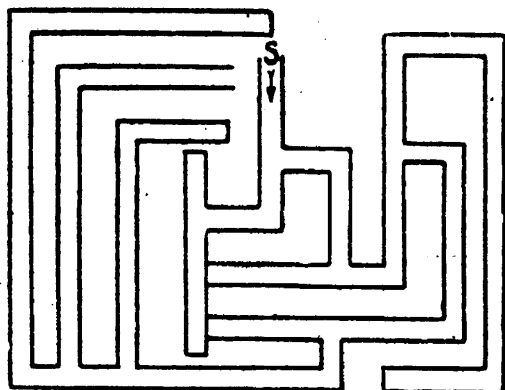


Fig. 45.—Laberinto de Porteus para los 10 años

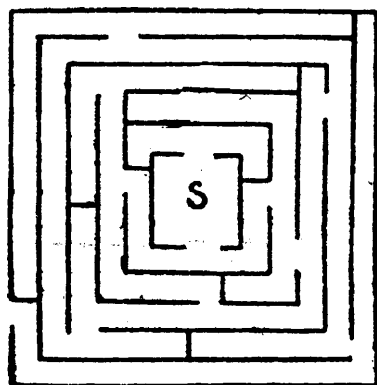


Fig. 46.—Laberinto de Porteus para los 11 años

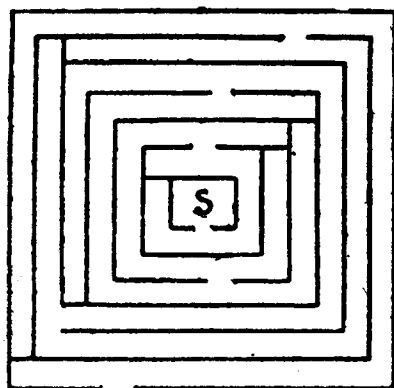


Fig. 47.—Laberinto de Porteus para los 12 años

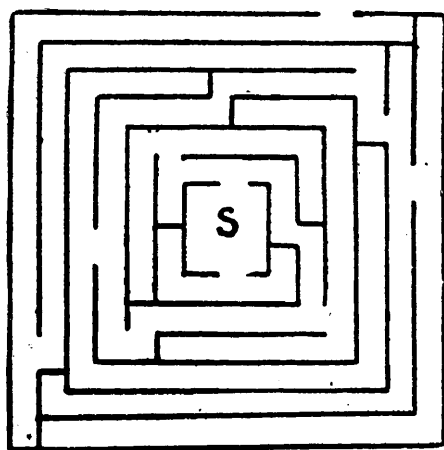


Fig. 48.—Laberinto de Porteus para los 13 años

Estos mismos laberintos se hacen también en relieve y entonces la prueba ha de hacerse mediante el tacto. Son muy útiles para ciegos.

9. *Test de Masselon*

Es el utilizado por Binet y Simon en las pruebas para los doce años: Formar una frase con tres palabras determinadas.

10. *Test de Ziehen para la Capacidad de Diferenciación*

Está también incluído por Binet y Simon en sus pruebas de ocho años. (Diferencias entre cristal-madera, pájaro-mariposa, etc.).

La interpretación de fábulas (Swift, Terman y Childs) que Terman incluye en su método, la interpretación de chistes (Ganter), las figuras absurdas y otros muchos tests más han sido propuestos para el examen de la imaginación.

§ 15. TEST DE MOREY OTERO PARA EL EXAMEN DE LA AFECTIVIDAD

Se proponen al niño una lista de 48 títulos de supuestos libros para que él elija los que más le agradaría leer.

Tales títulos están seleccionados de tal manera que evocan diversas aficiones o actividades humanas, tales como tendencia a la aventura, guerrera, al delito, eróticas, etc.

Los títulos propuestos por el autor y agrupados por tendencias son los siguientes:

- a) Tendencia a los viajes y aventuras.
 1. Viajando por Oceanía.
 5. El naufragio.
 11. Viaje a la Luna.
 13. La vuelta al mundo en submarino.
 17. Cazando leones.
 21. Excursión al centro de la Tierra.
 25. Un viaje a través de Africa.
 29. Huyendo de los caníbales.
 33. Viaje fantástico de la Tierra al planeta Marte.
 37. Perdidos en las selvas del Brasil.
 41. Viaje al Polo Sur.
- b) Tendencias guerreras (combatividad).
 7. Episodios guerreros.
 19. Una guerra salvaje.
 31. Lucha entre aviones.
 39. El combate naval.
- c) Tendencias al crimen (sadismo-tragedia).

12. Memorias de un detective.
22. Pinturas de los bajos fondos.
24. Un crimen sensacional.
36. Los bandidos de la Marca de sangre.
48. En la hora siniestra del crimen.
- d) Tendencias eróticas (libido).
 2. Historia de amor.
 14. Idilio de primavera.
 28. Los amantes de Sevilla.
 42. Modelo de enamorados.
- e) Tendencias sentimentales (románticas).
 6. Enferma de tristeza.
 18. La madre que se sacrificó por sus hijos.
 30. Un corazón que sufre.
 38. La avenida del cementerio.
- f) Tendencias religiosas (místicas).
 4. Vida ejemplar de Apóstoles y Santos.
 16. La conquista del cielo por el amor a Dios.
 28. Salvación cristiana.
 44. Las grandes verdades que predicó Jesús.
- g) Tendencias fantásticas (Magia).
 9. Un descubrimiento prodigioso.
 11. Viaje a la Luna en una bala de aluminio.
 33. Viaje fantástico de la Tierra al planeta Marte.
 45. El río cuyas aguas lo convierten todo en oro.
 47. La ciudad al revés, donde se come con los ojos, se mira con la nariz y se escribe con los pies.
- h) Tendencias cómicas y grotescas (ironía).
 11. Viaje a la Luna en una bala de aluminio.
 23. Narraciones cómicas y grotescas.
 34. Travesuras de un pícaro lazarillo.
 35. Historia de un hombre que se comía la nariz.
 47. La ciudad al revés, donde se come con los ojos, se mira con la nariz y se escribe con los pies.
- i) Tendencias picarescas (malicia).
 10. Historia de un capitán de ladrones.
 22. Historias de los bajos fondos.
 46. Vida miserable y picaresca de un caballero arruinado.
- j) Tendencias históricas.
 8. Cuando Nerón reinaba en Roma.
 20. Un día en la corte del Faraón Tutankamen.

- 32. Grecia en el sigló de Pericles.
- 40. La India antes de Jesucristo.
- k) Tendencias sociológicas y políticas (comunidad).
 - 3. Un país en el cual no se cometen injusticias.
 - 15. La sociedad ideal.
 - 22. Pinturas de los bajos fondos.
 - 27. Por el trabajo, la paz y la felicidad del mundo.
 - 47. La ciudad de las fábricas.

Mullerat, Pou y Ayesta,¹⁵ que han estudiado este test llegan a la conclusión de que es utilizable, siempre que se unifiquen los grupos de obras y sea estudiado en un gran número de alumnos, estableciendo curvas por edades que permitan una mayor difusión de la prueba.

¹⁵ Mullerat, J. Pou y J. M. Ayesta, *Una aplicación del test de Morey Otero*. Revista de Psicol. i Pedagog. V. n. 14-15, agosto, 1936.

INDICE DE AUTORES

- Abercombie, 176.
Adler, 25, 66, 70, 76, 197, 221.
Aguayo, 220.
Albó, 204.
Althaus, 175.
Alzheimer, 159.
Ament, 11.
Anderson, 29.
Arias, 209.
Armstrong, 147.
Asehner, 87.
Ayesta, 359.
- Babinski, 66, 142, 177, 180, 191.
Baboneix, 129, 176.
Baginsky, 176.
Bakwin, 27.
Balin, 46.
Ballard, 302.
Bartach, 220.
Baruk, 67.
Baumgarten, 220.
Bayle, 127.
Behagué, 158.
Bell, 29.
Benedickt, 181.
Bergemann, 7.
Bernaldo de Quirós, 204.
Bertrand, 189.
Bhiemel, 18.
Bielschowsky, 117.
Binet, 84, 88, 106, 108, 157.
Blanchard, 26.
Bleuler, 58, 123, 124, 160.
Blin, 110.
Robertag, 271.
Bogaert, 66.
Bohm, 46.
Bonhöffer, 221.
Bordier, 138.
- Boudin, 185.
Boujehah, 183.
Bourdon, 84, 341.
Brainerd, 115.
Brandenburg, 11.
Braunshausen, 214.
Bridges, 275.
Brissaud, 175.
Broocks, 35.
Brouseau, 115.
Browning, 12.
Brudzinski, 140, 143.
Bryngelson, 19.
Bühler, 28, 35, 37, 249, 252, 348.
Bumke, 218.
Buzzard, 177.
- Cady, 204.
Cain, 26.
Calvin, 27.
Ceniceros, 234.
Charcot, 66.
Chaslis, 160.
Chawany, 184.
Childs, 357.
Chlumsky, 12.
Cohn, 349.
Collin, 200.
Collins, 156.
Comby, 146.
Conrad, 197.
Coriat, 19.
Crouzon, 164, 184.
Dearborn, 352.
Dedroly, 19, 120.
Déjerine, 197.
Del Greco, 216.
Delbet, 176.
Delmas, 120.
Demme, 137.

- Demoor, 109, 209.
 Descoendres, 120.
 Dilthey, 220.
 Dix, 35.
 Dopter, 148.
 Dublineau, 8.
 Dupré, 53, 65.
 Düring, 12, 57.

 Ebbinhaus, 84, 346, 352.
 Economo, 146, 183.
 Eliasberg, 53.
 Enke, 161.
 Erb, 175.
 Erlenmeyer, 175.
 Espinosa, 11.
 Eulenburg, 44.
 Exner, 203.

 Fay, 113.
 Fernald, 333.
 Ferriani, 202.
 Fiore, 183.
 Fischer, 183.
 Flexner, 134.
 Fletcher, 18.
 Förster, 162, 179.
 Fournier, 175.
 Fowler, 185.
 Fraenkel, 175.
 Fraventhal, 149.
 Fremont, 66.
 Freud, 46, 52, 174, 208, 226.
 Freud, A., 69, 226.
 Friedjung, 211.
 Friedmann, 175.
 Friedreich, 28, 102, 191.
 Froelich, 107.
 Fürstenheim, 53.

 Gall, 31.
 Galton, 147.
 Ganter, 357.
 Garcín, 189.
 Gareiso, 176.
 Garrido, 234.
 Gaupp, 1.
 Gehuchten, 175.

 Germain, 105, 209, 290.
 Gesell, 11, 226.
 Gibbs, 157.
 Goddard, 200.
 Goethe, 38.
 Goodenough, 11.
 Göppert, 139.
 Gorden, 177, 180.
 Gräfe, 87.
 Grant, 11.
 Greenfield, 182.
 Grühle, 44, 45, 48, 52, 64, 221.
 Guevara Oropeza, 69.
 Gutzmann, 12, 18.

 Halberstadt, 125.
 Hamburgo, 84.
 Hall, 204.
 Harbitz, 134.
 Hardwick, 275.
 Hart, 222.
 Hartenberg, 66.
 Haskovec, 125.
 Hayashi, 147.
 Hayes, 337.
 Healy, 200, 333.
 Heggerty, 11.
 Heine, 133.
 Heller, 62, 115.
 Herlin, 15.
 Hervieu, 287.
 Hertzner, 11, 28.
 Herz, 202.
 Heubner, 175.
 Heuyer, 8, 123.
 Hirschfeld, 46.
 Hochsinger, 176.
 Hoffer, 118.
 Hoffmann, 53.
 Hollingworth, 40.
 Holmes, 11.
 Homburger, 52.
 Horn, 11.
 Hotzer, 249.
 Hughes, 46.
 Huntington, 180.
 Hurst, 134.
 Hutchinson, 102.
 Hutinel, 176.

- Imura, 147.
 Inada, 147.

 Jado, 118.
 Jaensch, 215, 348.
 Jakob, 183.
 Jaspers, 52, 58.
 Jiménez de Asúa, 231.
 Jitta, 118.
 Jones, 8.
 Jones E., 103.
 Jonnesco, 171.
 Juarros, 47.
 Jung, 220.
 Jurowskaia, 219.

 Kahlbaum, 125.
 Kamamura, 178.
 Kaus, 211.
 Kehrler, 180.
 Kelehner, 203.
 Keneyers, 11.
 Kernig, 140, 143.
 Klages, 48, 52.
 Klein, 226.
 Kochmann, 217.
 Kojewnikow, 165.
 Kolle, 55.
 Koller, 249.
 Krabbe, 150.
 Kraepelin, 59, 101, 124, 125, 340.
 Krapf, 45.
 Kretschmer, 10, 51, 52, 66, 67, 77, 155, 161, 216.
 Kraus, 184.
 Kronfeld, 222.
 Kuhlmann, 253.
 Kussmaul, 15.
 Kuthan, 187.

 Ladd, 351.
 Lafora, 31, 46, 47, 52, 110, 111.
 Lakursky, 220.
 Lan, 203.
 Landsteiner, 134.
 Langdon Down, 114.
 Lange, 52, 103.
 Langlie, 11.

 Langstein, 226.
 Ledent, 219.
 Lennox, 157.
 Leriche, 171.
 Levy, 191.
 Ley, 12.
 Lhermitte, 183.
 Liehmann, 12.
 Liebold, 51.
 Lind, 104.
 Little, 102, 174.
 Lombroso, 65, 197.
 López Albo, 127.
 López Ibór, 110.
 Lord, 11.
 Löwenbach, 157, 169.
 Löwenstein, 67, 128.
 Lundborg, 165.
 Luxemburger, 156, 197.

 Maknen, 223.
 Makuen, 19.
 Marie, 183, 191.
 Marinesco, 117.
 Marique, 15.
 Marro, 204.
 Marston, 5.
 Martín, 184.
 Masselor, 280, 356.
 Matzdorff, 183.
 Mauz, 158, 170.
 McCurdy, 5.
 Mead, 11.
 Medin, 133.
 Merritt, 172.
 Meyner, 159.
 Minkowsky, 159.
 Mira, 97, 219, 302.
 Mitamura, 147.
 Moers, 332.
 Moliere, 61.
 Molitch, 27.
 Mollaret, 190.
 Montessori, 120.
 Morey, 357.
 Morselli, 216.
 Müller, 134.
 Mullerat, 359.

- Nathan, 5.
 Navarro Tomás, 11.
 Neter, 211.
 Netter, 137, 348.
 Nice, 11.
 Niemann, 117.
 Niggeler, 120.
 Noguchi, 134.

 Oberholzer, 88.
 Offner, 7.
 Oppenheim, 189.
 O'Shea, 11.

 Pagniez, 183.
 Pandy, 145.
 Panse, 172.
 Pascual del Roncal, 39, 160, 164, 176, 197.
 Paterson, 11.
 Paul-Boncour, 173.
 Pende, 216.
 Pettit, 137.
 Pfeifer, 170.
 Pfeiffer, 138.
 Pfister, 227.
 Pick, 117.
 Pignet, 86.
 Pitres, 156.
 Pohlisch, 172.
 Poliakoff, 27.
 Popper, 134.
 Porot, 66.
 Porteus, 354.
 Pototzky, 226.
 Potter, 126.
 Pou, 359.
 Prokupek, 160.
 Puffer, 202.
 Putnam, 172.

 Ranschburg, 347.
 Reindorf, 11.
 Reiter, 119.
 Ribot, 9.
 Ric, 174.
 Rivas Cherif, 141.
 Robin, 129.
 Rodrigo, 105, 290.
 Roederer, 176.

 Rollet, 200.
 Rorschach, 71, 84, 88, 169, 219, 352.
 Rossolimo, 177, 180, 220, 315.
 Rouget, 176.
 Rouma, 12, 15.
 Roussy, 191.
 Rouvroy, 205.
 Rowe, 11.
 Rüdin, 156, 197.
 Ruiz Funes, 216.
 Rus, 202.
 Ryan, 103.
 Rybakoff, 219.

 Sach, 116.
 Sacristán, 209, 212, 215.
 Salas, 88.
 Samson, 128.
 Santamarina, 106.
 Sante de Saneti, 107, 123, 216, 219.
 Santha, 8.
 Scheel, 134.
 Schilder, 174.
 Schneider, 45, 48, 52, 170.
 Schoff, 204.
 Scholz, 170.
 Schuler, 219.
 Schwarz, 103.
 Seago, 11.
 See, 184.
 Semon, 7.
 Sempau, 161.
 Serin, 123.
 Sharp, 220, 338.
 Shirley, 12.
 Simon, 84, 88, 106, 108, 257.
 Skalweit, 63, 91.
 Smith, 13.
 Smith, J. Ch., 103.
 Solís Quiroga, 201.
 Soriano, 97.
 Spielmeyer, 116, 154.
 Spranger, 40.
 Starling, 155.
 Stauder, 4, 161, 172.
 Stefano, 176.
 Stern, 11, 14, 30, 46, 148.
 Stern W., 37, 40.
 Stertz, 135.

Strohmayer, 102.
 Strümpell, 133.
 Struve, 89.
 Sutton, 187.
 Swift, 357.
 Sydenham, 180.
 Szondi, 207, 215.

Tardó, 205.
 Taussig, 160.
 Tay, 116.
 Terman, 14, 110, 219, 280.
 Theissen, 8.
 Thomas, 185.
 Toulouse, 343.
 Travis, 12.
 Tretiakoff, 182.
 Trousseau, 169.

Unverich, 165.

Vaschide, 243.
 Vecerka, 41.
 Vermeylen, 120, 216, 343, 350.
 Vizzioli, 176.
 Vogt, 116, 123, 190.
 Voisin, 177.

Waitzmann, 125.
 Washburne, 42.
 Weichselbaum, 138.
 Weigandt, 52, 101, 114, 123, 127, 168.
 Weiniger, 220.
 Weis, 169.
 Wellens, 219.
 Wenderowic, 189.
 Wernicke, 146.
 Wertham, 139.
 Wexberg, 208.
 Whipple, 9, 345, 353.
 Wickmann, 134.
 Wilson, 102, 186, 188.
 Winkler, 29.
 Witzel, 111.
 Wolf, 249.
 Wolfsohn, 183.

Yamada, 147.
 Yerkes, 275.

Zappert, 127.
 Zid, 206.
 Ziehen. 48, 52, 105, 280, 349, 357.

INDICE ALFABETICO

- Abceso de fijación, 153.
 Abúlicos, psicópatas, 55.
 Actividad imaginativa, tests de, 350.
 Adolescencia, 33.
 Afectividad, alteraciones de la, 3.
 " en la adolescencia, 38.
 " en los imbeciles, 111.
 " test de, 357.
 Agenesia del fascículo piramidal, 175.
 Agentes epileptógenos, 156.
 Ageusia, 108.
 Agitación motriz, 185.
 Agramatismo, 17.
 Agresividad, 168.
 Akatafrasia, 17.
 Alalia, 21.
 Alcalosis, 26.
 " en la epilepsia, 160.
 Alcoholismo en la epilepsia, 157.
 Algolagnias, 24.
 Alógia congénita, 16.
 Alucinaciones, 125.
 Amigdalitis, 25.
 Amnesia, 8.
 Amnesia retrógrada, 8.
 Anancásticos, psicópatas, 54.
 Anártria, 18, 188.
 Anestésicos, psicópatas, 79.
 Anisocoria, 129.
 Anorexia, 68.
 Anósmia, 68, 108.
 Años de la terquedad, 28.
 Aquinesia, 151.
 Arritmia, 8.
 Artistas calculadores, 8.
 Artrodesis, 179.
 Asilo-Maternidad, 228.
 Asistencia a los epilépticos, 173.
 Astenia somática, 56.
 Asténicos, psicópatas, 55.
 Ataxia de Friedreich, 191.
 Atención, 7, 9, 315.
 Atención, alteraciones de la, 9
 Atención, desarrollo de la, 9.
 Atención, fijación de la, 9.
 Atención, en los imbeciles, 111.
 Atención, labilidad de la, 10.
 Atención, activa, 9.
 Atención, pasiva, 9.
 Atención, tests, 315, 340.
 Atetosis doble, 174, 190.
 Atetosis idiopática bilateral, 175.
 Atrófia muscular, 135, 177.
 Audición, 15.
 Audimutismo, 16.
 Aura, 162.
 Ausencias, 166.
 Autismo, 63, 124.
 Autobiografía, 219.
 Autoerotismo, 46.
 Automatismo ambulatorio, 164.
 Automutilaciones, 108.
 Azoramiento, 38.
 Babytests, 249.
 Balbuceo, 38.
 Basedowide, 217.
 Bechterew, núcleo, 181.
 Behaviour clínicas, 209.
 Betacismo, 21.
 Biopáticos, 107.
 Boudin, líquido de, 187.
 Bourdon, tests, 341.
 Bradiartria, 18.
 Bradilalia, 21.

- Bradipsiquia, 5, 151, 167.
 Braditimia, 5.
 Bromuros, 172.
 Bühler, tests de, 348.
 Cacodilato sódico, 153.
 Calcio en epilepsia, 160.
 Calculadores del calendario, 110.
 Cálculo de la edad mental, 270.
 Camaleones del medio, 57.
 Capacidad combinativa, 324.
 Capacidad lógica, 8.
 Capacidad de observación, 325.
 Carácter, 213.
 Carácter epiléptico, 61, 167.
 Casas de detención, 222.
 Catalepsia, 69, 124.
 Catatonía, 124.
 Ceceo, 21.
 Cefalalgia, 140.
 Ceguera histérica, 68.
 Cerebropáticos, 107.
 Child guidance clinics, 209.
 Chinonismo, 13.
 Cieloídes, 60.
 Ciclotímicos, 59, 79.
 Cleptomanía, 62.
 Clínica de conducta, 208.
 Cloretona, 187.
 Cociente intelectual, 110, 270.
 Código telegráfico, 286.
 Coeducación, 46.
 Cohn, test de, 349.
 Colesterina, en epilepsia, 160.
 Concepto de niño delincuente, 232.
 Condrodistrófia, 102.
 Conducta, 213.
 Conducta, alteraciones de la, 47.
 Conducta, política, 83.
 Conducta, religiosa, 83.
 Confesión escrita, 70, 219.
 Conflictos juveniles, 41.
 Constelación, 7.
 Constitución atlética, 158, 160.
 Constitución enecética, 168.
 Constitución ietafín, 158.
 Constitución perseverativa, 168.
 Constitución psicopática, 48.
 Coordinación binocular, 253.
 Coordinación motriz, 337.
 Coprolalia, 26.
 Corea arterioesclerótica, 181.
 Corea general infantil, 175.
 Corea gravídica, 181.
 Corea de Huntington, 181.
 Corea juvenil, 181.
 Corea minor, 181.
 Corea psíquica, 185.
 Corea senil, 181.
 Corea sintomática, 181.
 Corea de Sydenham, 181.
 Corea traumática, 181.
 Coreas, 180.
 Coreofrasia, 17.
 Corrientes Galvano-Faradicas, 153.
 Cráneo natiforme, 102, 106, 161.
 Cráneo torruncuráceo, 102, 161.
 Cretinismo, 115.
 Criminal nato, 64, 197.
 Criminalidad juvenil, 197.
 Criminalidad en los púberes, 44.
 Criptorquidia, 107, 111.
 Crisis convulsivas, 162, 179.
 Crisis de hipo, 149.
 Crisis de la pubertad, 44, 207.
 Crisis de ternura, 34.
 Cuadernos de conducta, 70.
 Cuadro de Ebbinhaus, 347.
 Cuerpo de Luys, 181.
 Cuestionario adleriano, 71.
 Cuestiones morales, 338.
 Debilidad mental, 136, 101, 112.
 Debilidad mental encefalítica, 101.
 Debilidad moral, 113.
 Degeneración lenticular progresiva, 186.
 Deiters, núcleo de, 181.
 Delegados del Tribunal de Menores, 210.
 Delincuencia infantil, 195.
 Delincuentes, sexualidad de los, 36.
 Delirio sensitivo de autoreferimiento, 10, 50.
 Delirios alucinatorios, 184.
 Deltacismo, 21.
 Demencia epiléptica, 169.
 Demencia infantil, 102, 126.
 Demencia precocísima, 102, 123.
 Demencia precoz, 123.
 Demencia simple, 125.

- Depresivos, psicópatas, 59.
 Dermografismo, 161.
 Descubrimiento del Yo, 40.
 Diarios, 37, 70.
 Diarreas psicógenas, 68.
 Diatermia, 180.
 Dibujo libre, 226.
 Dientes de Hutchinson, 102, 161.
 Difenilhidantoinato sódico, 172.
 Diplejia espástica infantil, 175.
 Diplopia, 148.
 Disártrias, 18, 188.
 Disfasias, 16.
 Disfrasias, 17.
 Diskinesia, 189.
 Dislalias, 21.
 Dislógias, 16.
 Disposición ética, 83.
 Disrítimicos, 157.
 Distasia arreflética hereditaria, 191.
 Distimias, 4, 164.
 Dolores tabéticos, 153.
 Dureza de oído, 15.
 Ebbinhaus, tests, 346, 352.
 Ecología, 13, 115.
 Ecopraxia, 115.
 Ectopia testicular, 107.
 Edad mental, 110, 270.
 Edonismo, 3.
 Educación de los deficientes mentales, 117.
 Educación sexual, 46.
 Egocentrismo, 54.
 Egoismo, 3.
 Eidetismo, 7, 215.
 Encefalitis aguda infantil, 146.
 Encefalitis epidémica, 146.
 Encefalitis periaxial difusa, 174.
 Encefalopatías infantiles, 176.
 Encopresis, 25.
 Endocarditis, 183.
 Eneuresis nocturna, 166.
 Enfermedad de Bayle, 127.
 Enfermedad de Friedreich, 193.
 Enfermedad de Little, 174.
 Enfermedad de Pierre Marie, 193.
 Enfermedad de Roussy-Levy, 193.
 Enfermedad de Schilder, 174.
 Enfermedad de Wilson, 188.
 Enfermedades venéreas, 217.
 Engrama, 7.
 Ensalada de palabras, 115.
 Enuresis, 25, 156.
 Enuresis, tratamiento, 26.
 Embolofrasia, 17.
 Epicanto, 114.
 Epilepsia, 154.
 Epilepsia emocional, 158.
 Epilepsia extrapiramidal, 157.
 Epilepsia Jacksoniana, 155.
 Epilepsia de Kojelnikow, 165.
 Epilepsia mioclónica de Unverricht-Lundborg, 165.
 Epilepsia procursiva, 164.
 Epilepsia psíquica, 154.
 Epilepsia refleja, 158.
 Epilepsia traumática, 157.
 Epilépticos, asistencia a los, 173.
 Epileptóides, 154.
 Equivalentes epilépticos, 164.
 Ereutofobia, 45.
 Escala métrica de Terman, 280.
 Escalas del temperamento, 78.
 Esclerosis tuberosa, 102, 176.
 Escopolamina, bromhidrato de, 153.
 Escritura, trastornos de la, 22.
 Escritura en espejo, 22.
 Escuelas especiales, 118.
 Escuelas para retrasados pedagógicos, 228.
 Espasmo de torsión, 189.
 Espasmofilia, 102.
 Esquimoides, 115.
 Esquizofrenia infantil, 123.
 Esquizofrenia injertada, 126.
 Esquizofrenia subsecuents, 126.
 Esquizoides, 62.
 Estadísticas delincuenciales, 201.
 Estado de mal, 169.
 Estados afectivos, 3.
 Estasis papilar, en la meningitis, 142.
 Estereotipias, 124.
 Estrabismo, 148.
 Estramonio, 143.
 Estrienina, sulfato de, 153.
 Estudio social, 253.
 Euforia, 151.
 Evocación, facultad de, 6.

Explosivos, psicópatas, 61.
Extravagancia, 124.

Factor eidético, 7.
Facultad de cálculo, 8.
Facultad mnésica, 7.
Falsos anormales, 105.
Fanáticos, psicópatas, 62.
Familias de delincuentes, 197.
Fase erótico-anal, 26.
Feniletilmelonilurea, 171.
Feniletilmetilmalonilurea, 171.
Fenilmetilmalonilurea, 171.
Fetichismo, 25.
Ficha psicológica, 242.
Fimosis, 107.
Figura, 86.
Flexibilidad cérica, 124.
Focomelia, 107.
Focos de Förster, 162.
Fonación, 15.
Fonética, 11.
Förster, operación de, 179.
Fósforo sanguíneo, 160.
Fotofobia, 68.
Fowler, licor de, 187.
Friedreich, enfermedad de, 193.
Fríos de ánimo, 5.
Fríos de ánimo, psicópatas, 55.
Fugas, 164.

Gammacismo, 21.
Gangueo, 22.
Gardenal, 171.
Gemelos, 103.
Genoscopolamia, 153.
Glándulas gonadales, 35.
Gran crisis histérica, 168.
Grito meningítico, 140.

Habit clinics, 209.
Healy-Fernald, tests de, 333.
Hebefrenia, 125.
Heboidofrenia, 125.
Hemiatetosis, 180.
Hemibalismo, 189.
Hemicorea, 180.
Hemiplejia espasmódica de la infancia, 180.

Hemiplejia espástica infantil, 175.
Hemiplejias, 149.
Heredo ataxia cerebelosa, 191.
Heredo degeneración espinocerebelosa, 189.
Herencia, 197.
Herencia, en la epilepsia, 156.
Heterosexualidad, 46.
Hidrato de cloral, 173, 185.
Hidrocefalia, 101, 106, 180.
Hioscina, clorhidrato de, 153.
Hiperacusia, 68.
Hiperfrasia, 17.
Hiperquinesias, 149, 184.
Hiperósmia, 68.
Hipertímicos, psicópatas, 59.
Hipnósis, 226.
Hipocondríacos, psicópatas, 60.
Hipofrasia, 17.
Hipomaníacos, 59, 79.
Hipomimia, 178.
Hipomnesia, 8.
Hipospadias, 114.
Histeria, 66.
Histeria de fijación, 68.
Hocico catatónico, 124.
Hogar familiar, 227.
Homerotismo, 46.
Homosexualidad, 24.
Hotentotismo, 22.
Humor labil, psicópatas de, 59.

Ideas delirantes, 124.
Ideas deliriosas, 54.
Ideas de grandeza, 54, 124.
Ideas de perjuicio, 54, 124.
Ideas sobrevaloradas, 63.
Idiocia, 106, 177.
Idiocia afásica, 16.
Idiocia familiar amaurotica, 102, 116.
Idiocia heredosifilítica, 102.
Idiocia mongoloide, 114.
Idiocia traumática, 102.
Idiotas apáticos, 108.
Idiotas eréticos, 108.
Idiotez atetósica, 102.
Idiotez raquítica, 102.
Ilusiones, 69.
Imaginación, tests de, 325.

Imbecilidad, 109, 176.
 Imitación de movimientos, 255.
 Incontinencia de las heces fecales, 26.
 Incontinentes, psicópatas, 57.
 Indolentes, psicópatas, 55.
 Inestables, psicópatas, 57.
 Infantilismo, 102.
 Influencia del medio, 51.
 Inquietos, psicópatas, 57.
 Inseguridad, 41.
 Inseguros de sí mismos, 45.
 Inseguros, psicópatas, 54.
 Inestabilidad afectiva, 168.
 Instinto de camaradería, 3.
 Instinto nutritivo, 81.
 Instinto sexual, 80.
 Instinto sexual, trastornos del, 23.
 Instintos de crueldad, 80.
 Instintos defensivos, 81.
 Inteligencia, 84.
 Inteligencia, trastornos de la, 101.
 Introspección, 10.
 Invertidos éticos, 64.
 Iodo, 153.
 Ipología, 16.
 Irritabilidad, 167.
 Irritación meníngea, 140.

Jaensch, test de, 348.
 Jargonofasia, 16.
 Juicio crítico, 8.
 Juicio ético, 332.

Klexografía, 88.
 Kraepelin, test de, 340.

Laberintos de Porteus, 356.
 Lábiles de humor, 5.
 Labilidad afectiva, 3.
 Labio leporino, 21, 107.
 Ladd, test de, 351.
 Lambdacismo, 21.
 Lectura, trastornos de la, 22.
 Legislación sobre menores, 230.
 Legislación mexicana, 233.
 Lengua escrotal, 107, 114.
 Lenguaje, desenvolvimiento del, 11.
 - „ perturbaciones del, 11.

Lenguaje, epiléptico, 17.
 „ hotentote, 22.
 „ interior, 15.
 Licor de Boudin, 187.
 „ de Fowler, 187.
 Linfatismo, 25.
 Líquido cefaloraquídeo en la meningitis, 143.
 Líquido cefaloraquídeo en la encefalitis epiléptica, 147.
 Little, síndrome de, 174.
 Llanto espasmódico, 149, 186, 188.
 Locura moral, 64.
 Lordosis, 107.
 Luminal, 171.
 „ sódico, 173.
 Luys, cuerpo de, 181.

Macroglosia, 21.
 Madurez sexual, 36.
 Masage, 179.
 Masoquismo, 24.
 Masselon, test de, 356.
 Masturbación, 23.
 Medidas corporales, 85.
 Megalencefalia, 101.
 Mellizos, 103.
 Memoria, alteraciones de, 5.
 „ , desarrollo de la, 5.
 „ , trastornos de la, 7.
 „ , tests de, 320, 335, 346.

Memoria auditiva, 6.
 „ de conservación, 7.
 „ cronológica, 6.
 „ de evocación, 6.
 „ de fijación, 6.
 „ lógica, 8.
 „ mecánica, 6.
 „ visual, 6.

Meningitis, 138, 132.
 Método de Bordier, 138.
 „ de Löwenstein, 129.
 Microcefalia, 101, 106 176.
 Micromelia, 102.
 Migraña, 156.
 Miliosis, 221.
 Miosis, 129.
 Mitomanía, 58.
 Mitómanos, 65.

- Mixedema, 115.
 Moers, tests de, 332.
 Mogiartria, 18.
 Mogilalia, 21.
 Mongolismo, 102, 114.
 Monocorea, 180.
 Monoplejias, 149.
 Moral insanity, 64, 113.
 Morey Otero, tests de, 357.
 Movimientos coréicos, 183.
 Mucofagia, 27.
 Mudez, 15.
 Mutismo, 22.

 Narcisismo, 23, 41.
 Negativismo, 29, 124.
 Neologismos, 13.
 Neuritis del nervio óptico, 142.
 Niños delincuentes, 222.
 Nistagmus, 191.
 Núcleo de Bechterew, 181.
 „ de Deiters, 181.

 Oculo-motores, trastornos, 148.
 Oligofrenia coréica, 102.
 Oligofrenias, 101.
 Onanismo, 24.
 Onicofagia, 27.
 Onomatopeya, 13.
 Operación de Förster, 179.
 Opistótonos, 140.
 Palabra escándida, 192.
 Paladar en ojiva, 107.
 Pallidum, 181.
 Parafrasia, 17.
 Paralalia, 21.
 Paralambdacismo, 22.
 Parálisis cerebral infantil, 174.
 Parálisis espinal espástica, 175.
 Parálisis espinal sifilítica de Erb, 175.
 Parálisis general infantil, 127.
 Parálisis infantil epidémica, 133.
 Paramésias, 8.
 Paranoides, psicópatas, 54.
 Paraplejia espástica, 177.
 Paraplejias, 149.
 Pararotacismo, 13, 22.
 Parasigmatismo, 177.
 Pavor nocturno, 166.

 Pegajosidad afectiva, 111.
 Perfil psicológico, 220.
 Perfil psicológico de Rossolimo, 315.
 Perseveración, 95.
 Personalidad, 81.
 Personalidad epiléptica, 66.
 Personalidad total, 85.
 Personalidades psicopáticas, 48, 51.
 Persuasión, 226.
 Perversiones sexuales, 80.
 Perversos, psicópatas, 64.
 Pierre Marie, enfermedad de, 193.
 Píknolepsia, 167.
 Piromanía, 62.
 Piroterapia, 129, 153.
 Pitiatismo, 66.
 Pneumo-encefalograma, 179.
 Pneumogramas, 19.
 Poesía juvenil, 38.
 Polineuritis, 137.
 Poliomiélitis anterior aguda, 133.
 Pólipos, 21, 25.
 Porencefalia, 176, 180.
 Porteus, tests de, 354.
 Precocidad sexual, 36.
 Primera infancia, 3.
 Prognatismo, 107.
 Prolijidad, 167.
 Prominal, 171.
 Prostituta congénita, 64, 221.
 Prueba de Hayes, 337.
 Pruebas de inteligencia, 290.
 Pseudoalucinaciones, 69.
 Pseudocorea psicógena imitativa, 181.
 Psicoanálisis, 226.
 Psicobiograma, 77.
 Psicodiagnóstico, de Rorschach, 88, 352.
 Psicología del púber, 35.
 Psicópatas abúlicos, 55.
 „ anancásticos, 54.
 „ anestésicos, 79.
 „ asténicos, 55.
 „ cicloides, 59.
 „ depresivos, 5.
 „ explosivos, 61.
 „ fanáticos, 62.
 „ fatigables, 56.
 „ fríos de ánimo, 55.
 „ incontinentes, 57.

- Psicópatas indolentes, 55.
 " inestables, 57.
 " inquietos, 57.
 " inseguros de sí mismos, 54.
 " hipertímicos, 59.
 " hipocondríacos, 60.
 " hipomaníacos, 59.
 " de humor lábil, 59.
 " mitómanos, 65.
 " que necesitan valorizarse, 58.
 " paranoides, 54.
 " periódicos, 59.
 " perversos, 64.
 " sensitivo-paranoides, 54.
 " sensitivos, 10.
 " sin voluntad, 57.
 Psicopatía esquizoide, 62.
 Psicosis infantiles, 121.
 Púber, psicología del, 35.
 Pubertad, trastornos de la, 33.
 Pubertad psíquica, 35.
 Pubertad somática, 35.
 Pupilograma, 129.
 Ranschburg, tests de, 347.
 Raptus impulsivos, 59.
 Recuerdo, 5.
 Recuerdos infantiles, 6.
 Reflejo de succión, 5.
 Retardo afectivo, 4.
 Retención voluntaria de las heces, 26.
 Retentiva, tests de, 319.
 Retrasados pedagógicos, 105, 111, 112.
 Reumatismo poliarticular agudo, 184.
 Rigidez general de los miembros, 175.
 Rigidez de la nuca, 141.
 Rigidez parapléjica, 175.
 Rinolalias, 22.
 Risa espasmódica, 140, 186, 188.
 Risa estereotipada, 125.
 Risa incoherente, 164.
 Rotacismo, 21.
 Roussy-Levy, enfermedad de, 193.
 Rubor, 38, 45.
 Rutonal, 171.
 Sadismo, 24.
 Salicilato sódico, 153, 187.
 Santa de Sancti, tests de, 230.
 Schilder, enfermedad de, 174.
 Segunda infancia, 3.
 Sensaciones, 3.
 Sensitivo-paranoides, psicópatas, 54.
 Sentido mecánico, 324.
 Seseo, 21.
 Sharp, tests de, 338.
 Shock insulínico, 126.
 Sialorrea, 149.
 Sífilis, en epilepsia, 157.
 Sigmatismo, 21.
 Signo de Brudzinski, 140.
 " de Kernig, 140.
 " de Trousseau, 169.
 " de Weis, 169.
 Signos epileptoides, 79.
 " histéricos, 79.
 " paranoides, 80, 125.
 Simulación, 169.
 Sincinesias, 185.
 Síndrome explosivo, 168.
 " de Little, 174.
 " " " forma espinal, 175.
 " " " meníngeo, 138.
 " de Unverrich-Lundborg, 165.
 Síndromes coréicos, 180.
 Síntomas parkinsonianos, 153.
 Sintónicos, 79.
 Sonambulismo, 69, 165.
 Sordera, 15.
 Sordera verbal, 15.
 Spasmus mobilis, 174.
 Striatum, 181.
 Submicrocefalia, 106.
 Sugestión, 226.
 Suicidio, 29, 38, 44, 59, 166.
 " profilaxis, 31.
 Sulfato de magnesia, 187.
 Taras físicas en los delincuentes, 198.
 Taras psíquicas en los delincuentes, 199.
 Tartajeo, 17, 18, 20.
 Tartamudez, 18, 156, 177.
 Tartrato boro-potásico, 171.
 Tedium vitae, 30.
 Temblor parkinsoniano, 151, 186.
 Temperamento, 213.
 Tendencias sexuales, 44.
 Tenotomía, 179.

Test de Bourdón, 341.
 „ de Bühler, 348.
 „ de Cohn, 349.
 „ de complemento de series, 352.
 „ de cuestiones morales, 338.
 „ de Jaensch, 348.
 „ de Kraepelin, 340.
 „ de Ladd, 351.
 „ de las manchas de tinta, 352.
 „ de Masselón, 356.
 „ de palabras correlativas, 354.
 „ de Ranschburg, 347.
 „ de Sharp, 338.
 „ de Toulouse, 342.
 „ de Ziehen, 349, 357.

Testarudez, 28, 165.

Testimonio, 335.

Testimonios de los niños, 9.

Tests, 219, 247.

„ de afectividad, 357.
 „ de atención, 315, 340.
 „ de Ballard, 302.
 „ de Binet y Simón, 257.
 „ de Robertag, 271.
 „ de Ebbinhaus, 346, 352.
 „ de Healy-Fernald 333.
 „ de juicio ético 332.
 „ de Kuhlmann 253.
 „ de memoria 320, 335, 346.
 „ de Moers 332.
 „ de Morey-Otero 357.
 „ de Porteus 354.
 „ de Terman 280.
 „ de Sante de Saneti 330.
 „ de Vermeylen 343, 350.
 „ de voluntad 317.
 „ de Whipple 345, 353.
 „ de Yerkes-Bridges 275.

Tetania, 119.

Tetanoide, 217.

Tics del lenguaje, 17.

Timidez, 38, 45, 54.

Tipo de vivencia, 95.

Tipos de delito, 206.

Tonsilitis, 21.

Toulouse, test de, 342.

Toxicidad de la sangre, 160.

Trastornos oculo-motores, 148.

Triada de Hutchinson, 102.

Triada meningítica, 141.

Tribunales de menores, 104.

Trional, 187.

Tropiezo silábico, 18.

Trousseau, signo de, 169.

Truants schools, 229.

Urotropina, 153.

Vacunoterapia, 187.

Vagabundo, 62.

Vagabundo nato, 221.

Vagancia, 62.

Vagotonía, 26.

Vegetaciones adenoideas, 21, 23.

Vermeylen, tests de, 343, 350.

Vértigo, 166.

Vía extrapiramidal, 182.

Vida instintiva, 80.

Virus encefálico, 146.

Voluntad, tests de, 317.

Vómitos, 68.

Vómitos cerebrales, 141.

Weis, signo de, 169.

Whipple, tests de, 345, 353.

Wilson, enfermedad de, 186.

Ziehen, test de, 349, 357.

Zurdera, 156.

INDICE

	Págs.
SEMIOLOGIA GENERAL.	1
§ 1. Alteraciones de la afectividad.	3
§ 2. Alteraciones de la memoria.	5
I. Desarrollo de la memoria en el niño.	5
II. Los trastornos de la facultad mnémica en el niño.	7
§ 3. Alteraciones de la atención.	9
§ 4. Perturbaciones del lenguaje.	11
I. Desenvolvimiento del lenguaje.	11
II. Principales alteraciones del lenguaje.	15
Dislogias, 16.—Disfasias, 16.—Disfrasias, 17.—Disartrias, 18.—La	
tartamudez, 18.—El tartajeo, 20.—Dislalias, 21.	
III. Trastornos de la lectura y de la escritura.	22
§ 5. Trastornos del instinto sexual.	23
§ 6. Enuresis y encopresis.	25
§ 7. Onicofagia.	27
§ 8. La testarudez.	28
§ 9. El suicidio en los niños.	29
LA ADOLESCENCIA Y LOS TRASTORNOS DE LA PUBERTAD.	33
§ 1. Psicología del púber.	35
§ 2. El descubrimiento del Yo.	40
§ 3. Las tendencias sexuales.	44
§ 4. Las alteraciones psíquicas y de la conducta en la adolescencia.	47
LAS PERSONALIDADES PSICOPATICAS.	49
§ 1. Personalidades psicopáticas.	51
§ 2. Psicópatas inseguros de sí mismos.	54
§ 3. Psicópatas asténicos.	55
§ 4. Psicópatas inestables.	57
§ 5. Psicópatas de humor lábil.	59
§ 6. Psicópatas hipocondríacos.	60
§ 7. Psicópatas explosivos.	61
§ 8. Psicópatas fanáticos o esquizoides.	62
§ 9. Psicópatas perversos.	64
§ 10. Psicópatas mitómanos.	65
§ 11. La histeria infantil.	66
§ 12. La exploración psíquica de los psicópatas.	70
§ 13. Cuestionario adleriano.	71
§ 14. Psicobiograma de Kretschmer.	77
§ 15. El Psicodiagnóstico de Rorschach.	88

	Págs.
TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA. OLIGOFRENIAS.....	99
§ 1. Oligofrenias.	101
§ 2. Idiocia.	106
§ 3. Imbecilidad.	109
§ 4. Debilidad mental.	112
§ 5. Idiocia mongoloide.	114
§ 6. Cretinismo.	115
§ 7. Idiocia amurótica familiar....	116
§ 8. Tratamiento educacional de los débiles mentales retrasados.....	117
LAS PSICOSIS INFANTILES.	121
§ 1. Demencia precozísima.	123
§ 2. Demencia infantil.	126
§ 3. Parálisis general infantil.	127
LA NEUROLOGIA INFANTIL.	131
§ 1. Poliomielitis anterior aguda.	133
Generalidades, 133.—Etiología, 134.—Anatomía patológica, 134.—Sintomatología, 135.—Curso y pronóstico, 136.—Diagnóstico, 137.—Tratamiento, 137.	
§ 2. El síndrome meníngeo.	138
Etiología, 138.—Anatomía patológica, 139.—Sintomatología, 140.—Evolución, 142.—Diagnóstico, 143.—Tratamiento, 144.	
§ 3. Encefalitis epidémica.	146
Etiología y patogenia, 146.—Anatomía patológica, 147.—Alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, 148.—Sintomatología, 148.—Formas clínicas, 150.—Curso clínico, 151.—Diagnóstico, 152.—Tratamiento, 152.	
§ 4. Epilepsia.	154
Concepto actual, 154.—Etiología, 155.—Anatomía patológica, 159.—Alteraciones humorales, 160.—Sintomatología, 161.—El carácter epiléptico, 167.—Diagnóstico, 168.—Evolución y pronóstico, 169.—Tratamiento, 170.—La asistencia a los niños epilépticos, 173.	
§ 5. Síndrome de Little.	174
Etiología y patogenia, 175.—Anatomía patológica, 176.—Sintomatología, 177.—Diagnóstico, 178.—Tratamiento, 179.	
§ 6. Hemiplejia espasmódica de la infancia.....	180
§ 7. Los síndromes coréicos.	180
Anatomía patológica, 181.—Etiología y patogenia, 184.—Sintomatología, 184.—Diagnóstico, 186.—Tratamiento, 186.	
§ 8. Degeneración lenticular progresiva.	188
§ 9. Espasmo de torsión.	189
§ 10. Hemibalismo.	189
§ 11. Atetosis doble.	190
§ 12. Heredo-degeneración espino-cerebelosa.	190
Etiología y patogenia, 191.—Anatomía patológica, 191.—Sintomatología, 192.—Tratamiento, 193.	

	Págs.
LA DELINCUENCIA INFANTIL.	195
§ 1. Las causas de la criminalidad juvenil.	197
§ 2. Tipos de delitos.	206
§ 3. El examen del menor delincuente.	206
§ 4. El tratamiento de los niños delincuentes.	222
§ 5. La legislación sobre menores delincuentes.	230
§ 6. Guía para los estudios sociales del Tribunal para menores.	235
§ 7. Guía para el estudio médico.	237
§ 8. Guía para la ficha psicológica.	242
TESTS PARA EL EXAMEN DE LAS FACULTADES MENTALES.	247
§ 1. Babytests.	249
§ 2. Tests de Kuhlmann para niños de 3 meses a 2 años.	253
§ 3. Tests de Binet y Simon.	257
§ 4. Tests de Binet-Boberstag.	271
§ 5. Modificación de Yerkes-Bridges a la escala de Binet-Simon.	275
§ 6. Escala métrica de Terman para la medida de la inteligencia.	280
§ 7. Tests de Ballard para la medida del nivel intelectual.	302
§ 8. El "perfil psicológico" de Rossolimo.	315
§ 9. Tests de Sante de Sancti para niños anormales.	330
§ 10. Tests para el examen del juicio ético.	332
§ 11. Método de Healy-Fernald para el examen de niños delincuentes.	333
§ 12. Tests para la medida de la atención.	340
Test de Kraepelin, 340.—Test de Bourdon, 341.—Test de Toulouse, 343. Test de Vermeylen, 343.—Test de Wipple, 345.—Test de atención para idiotas (Binet), 345.	
§ 13. Tests para la determinación de la memoria.	346
Test de Vermeylen para la memoria de fijación, 346.—Test de Ebbin- haus, 346.—Test de Ranschburg, 347.—Test de Bühler, 348.—Test de Jaensch, 348.—Test de Ziehen, 349.—Test de Cohn, 349.—Test de Binet, 350.—Test de Vermeylen para la memoria de conservación, 350.—Test de Vermeylen para la memoria de evocación, 350.	
§ 14. Tests para la medida de la actividad imaginativa.	350
Test de Vermeylen, 351.—Test de Ladd, 352.—Test de Binet-Henri-Dear- born o de las manchas de tinta, 352.—Test de Ebbinhaus, 352.—Test de complemento de series, 352.—Test de Wipple, 353.—Test de palabras co- rrelativas, 353.—Test de Porteus, 354.—Test de Masselon, 356.—Test de Ziehen para la capacidad de diferenciación.	
§ 15. Test de Morey-Otero para el examen de la afectividad.	357
Indice de autores.	361
Indice alfabético.	367

FE DE ERRATAS

Página	Línea	Dice	Debe decir
8	19	(V. pág.)	(V. pág. 110)
61	25	(véase pág.)	(véase pág. 167)
77	13	criminal	Δ criminal
78	2	ctitud	Actitud
78	3	sien	siempre
90	.5	{ duración total Número de respuestas	{ <u>duración total</u> Número de respuestas
136	30	escuelas	secuelas
142	11	pretales	preletales
154	18	epilépticos	epileptoides
163	3	como el más	con mucho el más
168	24	características	caracterológicas
178	6	Displezia	Displejia
205	10	Roubroy	Rouvroy
206	líneas 7 y 8 constituyen encabezamientos de las dos primeras columnas de cifras.		
206	30	178 14,10 %	487 10.64 %
207	12	Criminología, y Psiquiatría	Criminología, Psiquiatría
210	6	menos	menor
215	3	iedético	eidético
218	16	modificación	clasificación
219	32	repetirlos las cuarenta	repetirlos a las cuarenta
219	36	anamésicas	anamnésicas
220	39	Zur der	Zur Methodik der
227	9	albergue	albergar
238	20	Ambulancia	Ambulación
258	6	(Figs. 19, 20, 21)	(Figs. 21, 22, 23)
268	29	rimas en or	rimas en on
275	2	ESCUELA	ESCALA
282	25	(Fig. 26)	(Fig. 28)
282	32	(Fig. 26 c)	(Fig. 28)
282	34	(Fig. 26 a) y b)	(Fig. 28)
335	7	anteriormente	posteriormente

Este libro se acabó de imprimir el día 3 de diciembre de 1940, en los Talleres Tipográficos Modelo, S. A., de la ciudad de México. Fué impreso en papel Cleargglos y estuvo al cuidado de José C. Vázquez.

