

# Trastornos de la conciencia

## Notas poro un intento de clasificación psicofisiopatológica de los mismos

Por el Dr.:

ALIPIO RODRÍGUEZ RIVERA<sup>7</sup>

Rodríguez Rivera. A. *'trastornos de la conciencia. Notas para un intento de clasificación psiro-  
hsiopatologica de, los mismos. Rev Cub Med 14: 1, 1975.*

Se plantean en forma esquemática y breve, los aspectos filosóficos, psicológicos y neurofisiológicos del fenómeno de conciencia. Posteriormente se intenta una clasificación clínica, etiológica y fisiopatológica, describiéndose 4 grupos fundamentales de trastornos: 1ro. Presenta clínicamente conciencia con tusión ítica, que fisiopatológicamente trae como consecuencia un estado de inhibición patológica supramaximal de los dispositivos de vigilia y captación sensorial, y de causa orgánica, *in situ* o a distancia. 2do. Présenla clínicamente conciencia oniroide que, desde el punto de vista neurofisiopatológico, presenta un trastorno generalizado de los dispositivos de integración y modulación del campo de conciencia, y cuyas causas son siempre ambientales, de naturaleza psicológica. 3ro. Elementos fisiológicos y clínicos mezclados de los dos anteriores, pero d - causa epíptica que S">lo incluye los estados crepusculares por epilepsia. 4to. Un último grupo donde se incluyen cuadros clínicos diversos, tales como: demencias, trastornos afectivos, fen'msnos de dísrealización y despsrso^alización. de etiología variada, pero que desde el punto de vista neurofisiológico presentan una característica común, son trastornos parciales de los dispositivos de síntesis o integración de la conciencia.

La descripción o clasificación de los trastornos de conciencia lia fluctuado como el concepto de conciencia, desde los planos más sencillos de su expresión, como son las variaciones de la vigilia, hasta el complejo análisis de las concepciones filosóficas de la conciencia, y sus relaciones con el mundo material.

Es, en efecto, uno de los términos que con más diferentes acepciones se ha utilizado: conciencia como nivel de vigilia, muy utilizado por el internista y el neurólogo; conciencia como nivel de vigilia, y además como función de síntesis o síntesis de funciones, utilizado fundamentalmente por psiquiatras y psicólogos; conciencia como sinónimo de psiquismo en general; como cualidad de la materia; a veces como conocimiento o cognición, o también para destacar la existencia de fenómenos psíquicos, que no se desarrollan en pleno conocimiento del sujeto.

Esta complejidad con que se ha manejado el término, nos ha hecho plantearnos, para lograr situarnos en los objetivos fundamentales de estas notas, el seguir un orden de exposición en que logremos:

1. Desarrollar en forma muy breve y esquemática, el marco conceptual filosófico en que vamos a plantear nuestras ideas, esbozando, en forma general, las relaciones entre la conciencia y la materia.

---

<sup>7</sup> Especialista de primer grado en psiquiatría. Instructor graduado del departamento de psicología y psiquiatría. Hospital docente general "Calixto García".

2. Describir, en un plano ontológico, las relaciones de la conciencia con su *substratum* material, así como delimitar los campos de lo psíquico y lo neurológico, y estudiar las relaciones mutuas, en un marco conceptual, de cada uno de esos campos o niveles.
3. Hacer un recordatorio, también esquemático, de las bases neurofisiológicas de los fenómenos de conciencia, y
4. Plantearnos, en esta etapa, la posibilidad de establecer o delinear una clasificación de los trastornos de la conciencia, en la que se puedan unificar o relacionar, criterios etiológicos, clínicos y neurofisiopatológicos.

Los primeros tres aspectos, como ya hemos señalado, los desarrollamos en forma muy breve y esquemática, por no ser los motivos fundamentales de este trabajo, debido a ello, remitimos al lector interesado en los mismos, a la relación bibliográfica que ofrecemos al final.

Discutir el concepto de conciencia, es discutir el concepto de fenómenos psíquicos, o al menos, de los fenómenos psíquicos más complejos y elaborados.

Los fenómenos psíquicos constituyen una cualidad de la materia. Se manifiestan como una característica o una forma de existencia de la materia, y por tanto, poseen un *substratum* material, el sistema nervioso central del ser humano, y por extensión, todo su organismo.

Constituyen la expresión más compleja y elaborada<sup>1</sup> de la materia,<sup>1</sup> a la que se llega a través del desarrollo de determinadas cualidades<sup>215</sup> de la misma (excitabilidad, conductibilidad, etc.).

V. I. Lenin afirmaba<sup>4</sup> que al desarrollarse el mundo material hasta sus formas más complejas, como es el hombre, la materia había llegado a verse a sí misma.

En nuestra exposición, partimos de la aceptación de la Teoría del Reflejo<sup>5</sup> como principio de interacción general de la materia en todas sus formas,<sup>1</sup> y del Principio Materialista Dialéctico del Determinismo,<sup>0</sup> que nos plantea que “los estímulos externos actúan a través de las condiciones internas”.<sup>1</sup>

En lo que se refiere a las relaciones de lo psíquico con la materia, existen los clásicos conceptos idealistas, en que lo psíquico, lo espiritual, la mente, posee categoría propia e independiente de la materia, y a veces, creadora de la misma.

Existen también, conceptos materialistas mecanicistas, sobre la relación de lo psíquico con lo material. El mecanicismo está implícito en los planteamientos de que lo psíquico es igual, o está determinado por la neurofisiología.

La cuestión parece clara, y podríamos pensar que los que esto plantean, quieren decir, que, para cada fenómeno psíquico, existe una actividad neurofisiológica concomitante, lo cual nadie sería capaz de negar. El problema comienza, cuando se entra a analizar cómo se produce el fenómeno psíquico, y se llega a decir que se produce en el cerebro por la actividad de éste, y punto. Sería una visión simplista y equivocada del problema.

Así como lo neurofisiológico posee leyes y características que le dan validez propia, lo psíquico tiene también elementos y leyes propias que no son explicables por la neurofisiología fundamentalmente, sino por la relación del ser humano con el medio social.

Lo psíquico no debemos oponerlo a lo material, sino en el planteamiento gnoseológico fundamental de la filosofía, es decir, en la determinación del sentido jerárquico entre lo material y lo psíquico. Solo en esta situación es necesario y permisible el planteamiento de ese antagonismo, pues prolongarlo a otros aspectos

del estudio científico, nos llevaría a cometer graves errores conceptuales, sobre el comportamiento de la materia.

Oponer lo psíquico a lo material, nos haría caer en contradicción, con el concepto anteriormente expresado, de que lo psíquico es una cualidad de la materia. Oponer lo psíquico a lo biológico, sería un error tan grave, como igualarlo.

Es necesario no oponerlos, sino estudiar las características esenciales de ambos, sus relaciones y diferencias. ¿Cómo son, pues, las relaciones entre lo psíquico y lo neurofisiológico?

La solución a este aparente rompecabezas, está, como decía *Hegel*, y enfatizaba *Lenin*,<sup>7</sup> en que “una cosa es a la vez, ella misma y algo distinto, dado que se da en diferentes sistemas de nexos y relaciones”.

Así, lo psíquico y lo neurofisiológico, son de un mismo fenómeno, procesos que se desarrollan en contextos diferentes, con características propias, cada uno de ellos, con leyes, que son propias de cada nivel, sin contradecir unas las del otro, y complementándose mutuamente, pero con individualidad, y elementos propios y esenciales, a cada uno de ellos.

El fenómeno psíquico se produce por la interacción del hombre con su medio. En esta interacción, el fenómeno psíquico es un reflejo del medio y de sí mismo, a través de su sistema nervioso central. Este 110 es un reflejo pasivo, por el contrario, es un reflejo, en que la imagen resultante está determinada por la interacción de los estímulos externos con las condiciones internas del ser humano: “las causas externas actúan a través de las condiciones internas”.

Las condiciones internas, son las biológicas, con todos sus elementos, genéticos, constitucionales y adquiridos durante su existencia, y las historicoexistenciales (o psicológicas), dadas por su historia vital, aprendizajes, condicionamientos, en fin, por toda

su experiencia previa, y el estado específico general, en el momento dado. De esta interacción entre el medio y el sujeto, se produce el fenómeno psicológico. Se produce en el ser,<sup>1</sup> interactuando (Teoría del Reflejo) con el medio.

Lo psíquico no se puede reducir a lo fisiológico, pues posee características y leyes propias que no se pueden explicar por lo neurofisiológico, aunque lo neurofisiológico sea la parte fundamental de la expresión biológica de lo psíquico.

Lo neurofisiológico se estudia como actividad bioeléctrica, bioquímica, metabólica, de grandes agregados neuronales, en su actividad espontánea, provocada o ambas.

Lo psíquico se estudia como sensorio-percepciones, emociones, conducta, ideación. Se experimenta por el ser humano, en forma de sensaciones, emociones, motivaciones, actitudes, etc., y algo más: cognición.

Lo psíquico, es pues, actividad neurofisiológica, reflejo, imagen, conocimiento. Pero ese reflejo, ese conocimiento, esa interacción, tienen características únicas, para cada persona: es lo subjetivo de la conciencia individual, lo subjetivo de lo psíquico, que se explica por la personalidad, por la historia del sujeto, que matiza y modula el reflejo del medio, el fenómeno de conciencia. Esta característica, no es explicable por la neurofisiología, porque es producto de toda la historia vital del individuo: es la significación.<sup>8</sup>

Lo subjetivo de cada conciencia individual, no impide que el reflejo del mundo por el hombre sea tan objetivo, tan fiel a la realidad, que esa penetración, en sus esencias, le ha permitido al ser humano el dominio<sup>9</sup> de ese mundo material.

Lo social, la historia del hombre, tiene también sus leyes propias, sus fundamentos económicos en que juegan papel fundamental las relaciones de producción entre

los hombres.<sup>10</sup> Los fenómenos sociales no se explican por lo psicológico, como han tratado de hacer algunos freudianos, pero lo psicológico, como boomerang, (la interacción otra vez) puede influir en aspectos de lo social.

Lo social no explica lo psicológico en un hombre dado, pero es necesario no olvidar, que como la conciencia social está representada en cada conciencia individual, es obvio, que conocer una cultura, un medio social dado, nos permite conocer elementos psicológicos generales a dicha cultura, que van a estar representados, con el matiz propio de cada persona (nivel psicológico), en los individuos integrantes de dicha cultura.

No alejándonos de las relaciones entre lo biológico y lo psíquico, nos planteábamos anteriormente no mantener o prolongar el antagonismo que se plantea en los conceptos filosóficos fundamentales, más allá de esta toma de posición o determinación de que es lo inicial, la idea o la materia.

Sin embargo, los hombres han prolongado, en el decursar de la historia de las ciencias, esa relación antagónica aparentemente excluyente entre lo biológico y lo psíquico, entre el ser y la conciencia, entre lo orgánico y lo psicógeno: lo uno o lo otro.

Esta prolongación del dualismo cartesiano ha sido extraordinariamente evidente en las ciencias médicas, y específicamente en la psiquiatría, disciplina propicia para la expresión (por confluir en ella lo biológico, lo psicológico y lo social) de las posiciones filosóficas, conscientes o 110 de los científicos.

El readvenimiento de la psiquiatría en el campo médico, después del oscurantismo en que fue sumida durante la Edad Media, trae como consecuencia una situación de desigualdad y cierta discriminación, por parte de otras disciplinas médicas, entre otras razones, porque

muchas de sus entidades nosológicas no cumplían los postulados de *Virchow* sobre el concepto de enfermedades (base orgánica, alteraciones estructurales, etc.).<sup>11</sup>

Por otra parte, el desarrollo e impulso dado por *Freud* (independientemente de los aspectos de sus teorías no aceptados por el pensamiento científico actual) a la psicología, al librarla de las ataduras de los convencionalismos sociales de la época, fue también un motor para el psicogenismo, como antagónico del organicismo, y en esta lucha, los hombres de ciencia de todas las épocas, han trabajado y profundizado sus conocimientos, cada vez más, en estos campos al parecer tan disímiles.

El decursar del tiempo y el desarrollo cada vez mayor en todas las ramas del saber, nos están haciendo asistir, en los últimos veinte años, al maravilloso espectáculo de ver cómo, mientras más conocimientos se acumulan, más se acercan estos campos, más se tocan, más se integran, y es que el estudio del hombre, mientras más profundo, más nos lleva, más nos conduce en forma ineludible, a un enfoque integral del hombre, a una integración biopsicosocial.

La neurofisiología clásica siempre fue “sentida” por los psiquiatras o psicólogos, como algo un tanto distante, y a veces inútil, como algo que podía servir para explicar una hemiplejía, las manifestaciones de un tumor cerebral o una mielitis, por ejemplo, pero nunca, como una disciplina que pudiera mostrarle lo biológico de lo psíquico, lo fisiológico de lo psíquico, lo psicofisiológico.

Los avances de la neurofisiología moderna, nos están planteando el conocimiento de importantísimos aspectos biológicos, de procesos como la vigilia, atención, emociones, el dormir y el soñar, y muchos otros fenómenos psíquicos, y en general han abierto una importante vía de estudio de lo psíquico.

*Barraquer Bordas*,<sup>12</sup> en un artículo científico al respecto, expone brillantemente: “la delimitación de uno y otro campo (se refiere a lo neurofisiológico y lo psicológico), no excluye la necesidad de plantearse sus relaciones mutuas, antes bien, es solamente un exordio, para situar en su debida perspectiva previa, este imprescindible, este necesario, este coactivo planteamiento”.

No obstante, la contradicción no antagónica —fuente de desarrollo—, continúa. En efecto, para muchos investigadores<sup>13</sup> las nociones de centros funcionales del sistema nervioso central, son difícilmente aplicables a los fenómenos psíquicos más complejos, que resultan de un funcionamiento global de este sistema, y de una integración de la experiencia vital que parece sobrepasar los elementos neurofisiológicos propiamente dichos. Algunos plantean el explicarse por los condicionamientos todos estos aspectos. *Lashley y Fulton* destacan la actividad indivisible del córtex, en su oposición a la tesis del condicionamiento generalizado. Otros insisten en que la capacidad de autoconstrucción, previsión e información se pueden explicar fácilmente por la cibernética, los servomecanismos (de los cuales hay tantos bellos ejemplos en el sistema nervioso central) y la posibilidad de una capacidad infinita de adaptación (*Wiener, Brain* y otros).

*Le Gros Clark y Penfield*, en el Simposio de Londres (1950) insistían en forma destacada, al rebatir la interpretación cibernética de la mecánica cerebral, en que el autoconstrucción psíquico es la causa, y no el efecto de los modelos mecánicos del cerebro y el pensamiento.

Asistimos pues a un debate, en que, por una parte, se plantea que por medio de una serie de mecanismos neurofisiológicos se trata de explicar, en general, el funcionamiento de lo psíquico; y por el contrario, la tesis opuesta, que plantea que lo psicológico, el contacto del hombre con el medio, su experiencia desde su

nacimiento, es lo que va modelando las estructuras funcionales, los complejos modelos de adaptación del cerebro.

Pensamos que la segunda tesis plantea quizás el aspecto fundamental del problema. y la compartimos plenamente, pero es obvio que no sería dialéctico ver la cuestión en esta forma solamente, pues en realidad aquí también se cumple el principio de la interacción.

No podemos despreciar el papel que juegan en la vida del hombre, aprendizajes y condicionamientos adquiridos en edades tempranas, y que luego muestran una perdurabilidad y fortaleza mayores que la razón, la experiencia, y las normas éticas y morales del conglomerado social. Vienen a nuestra mente, el concepto de “urdimbre afectiva” de *Rof Carballo*,<sup>14</sup> el llamado proceso o estadios de “*imprinting*”, y en el orden práctico y de la diaria realidad, los trastornos sociopáticos de la personalidad. Cívemos, por ejemplo, que el debatido problema del papel que pueden jugar los factores ambientales en la etiopatogenia de la Esquizofrenia, debe ser reanalizado a la luz de las modernas concepciones neurofisiológicas, valorando el efecto de los estímulos ambientales que se producen y actúan en los primeros años de la vida, (etapa en la que el sistema nervioso central del niño está todavía en desarrollo), no por su significación psicológica y social, sino por su significación y acción de tipo neurofisiológico, en el sentido de favorecer mecanismos y modelos de adaptación neurofisiológicos que luego puedan facilitar, junto a otros agentes psicológicos, el desarrollo de dicho proceso.

Al referirnos a las bases neurofisiológicas de la conciencia, teniendo en cuenta la abrumadora complejidad biológica del tema, lo extenso del mismo, y nuestro plan de desarrollo de estas notas, sólo vamos a recordar, en forma esquemática, los aspectos fundamentales del mismo.

No caben dudas que en lo que respecta a la vigilia y captación sensorial, juegan un papel fundamental las relaciones transaccionales, entre la Formación Reticular del tallo cerebral, y la corteza cerebral (*Moruzzi, Magoun, Bremer, Grastyan, Penfield, French, Amassian, Adey, Livingston, Arana, Rof Carballo, Jasper, Jouvet, Sharpless* y otros). El llamado sistema reticular del tálamo juega importantísimo papel en relación con la atención activa y la focalización de la conciencia. Su equilibrio funcional con la formación reticular del tallo (íntimamente ligada a los fenómenos de alertamiento y de la atención pasiva) es fundamental para lograr las condiciones necesarias para el aprendizaje.

*Pribram*<sup>14</sup> establece una clasificación en el sistema nervioso, describiendo dos grandes componentes o grupos de sistemas:

**Componentes preferenciales.** Situados profundamente junto al acueducto de Silvio y tercer ventrículo, y que se abren a la corteza a través del sistema límbico. Son sistemas multineuronales y con patrones polisinápticos en que una neurona, por ejemplo, puede recibir aferencias de exteroceptores, viscerosceptores, propioceptores y otras formaciones del sistema nervioso central, simultáneamente, por lo que se les supone, en algún sentido, funciones de integración. También intervienen en las funciones de regulación y orientación de las necesidades biológicas.

Los sistemas de este orden son: la formación reticular, el sistema de proyección difusotalámico, y el sistema límbico.

**Componentes discriminativos.** Situados por fuera de los anteriores, están compuestos por conexiones largas y prontas, pausisnápticas, con funciones, fundamentalmente, de recepción y análisis. *Livingston y colaboradores*, denominaron componente transaccional al componente preferencial de *Pribram*.

Desde un punto de vista neurofisiológico, en forma muy esquemática, podríamos suponer que en la compleja función de la conciencia existen dos tipos de componentes funcionales o mecanismos fundamentales: uno, relacionado con la vigilia y la captación sensorial, función quizás más elemental; y otro, relacionado con los aspectos de integración, síntesis y delimitación del campo de la conciencia, funcionando ambos componentes en forma altamente integrada.

Desde el punto de vista de la información, que es manejada por el sistema nervioso central, en el fenómeno de conciencia podemos distinguir tres grupos o tipos:

**Información actual.** Se refiere a toda la información procedente del medio ambiente y del propio organismo. Información exteroceptiva, viscerosceptiva y propioceptiva.

Toda esta información arriba en forma constante al sistema nervioso central, a través de los componentes discriminativos, llamados también, vías específicas (aunque también estimula las vías inespecíficas).

**Información "almacenada".** Aquí se incluyen: a) La autoconciencia de sí mismo, formada mediante toda la experiencia externa e interna (esquema corporal) del individuo durante toda su vida, con las vivencias afectivas más intensas o menos intensas (afectividad de base) pero siempre existentes, y en general, toda la experiencia vital que lo ha llevado a un concepto dado de sí mismo, y a sentirse a sí mismo, como sí mismo (valga la redundancia) y b) Todos los registros mnésicos concretos o abstractos, es decir, de una experiencia dada, o conceptuales del individuo, aprendizajes, condicionamientos y actividad pensante, espontánea o voluntaria, conceptual o imaginativa del sujeto.

Información “integrada”. Quizás sería mejor denominarla “información utilizada”, pues está en relación con la acción integradora de los llamados componentes preferenciales o transaccionales que sintetizan o integran, en un momento dado, determinada información externa y almacenada, dando lugar al contenido de conciencia en un momento o situación dados.

*West\**<sup>16</sup> plantea en forma muy interesante estos hechos, hipotetizando sobre la existencia de un mecanismo fundamental del que dependen:

1. La exploración y filtraje de la información que llega (externa e interna) .
2. Procesamiento de la “nueva” y “vieja” información, en forma tal, de lograr modular el estado y contenido de conciencia y alertamiento.
3. Integración o asociación de la información “actual” con la “almacenada”.
4. Control de la salida de información, en forma de respuestas conductuales.

Cuando en la práctica de la psiquiatría clínica, estudiamos y observamos las características de los diversos pacientes que presentan trastornos de la conciencia, podríamos clasificarlos, ateniéndonos a sus características, en varios grandes grupos:

1. Un primer grupo en que existen trastornos groseros y graves de conciencia. Son los pacientes en que diagnosticamos un coma, un estado de obnubilación, un delirio agudo, o un estado confusional (o delirio subagudo) .<sup>17,18,19,20</sup>

Características comunes:

- a) Intensa disminución de la vigilia o alertamiento.
- b) Umbral muy aumentado para la captación sensorial.
- c) Limitación del lenguaje y la coordinación motora.

- d) Inconsciencia total del paciente sobre su situación temporoespacial.
- e) A veces, actividad onírica patológica.
- f) Si hay recuperación, existe amnesia total de la crisis.
- g) La etiopatogenia. siempre orgánica: trauma craneal, tóxicos exógenos o endógenos, infecciones *in situ* o a distancia, etc.
- h) En el electroencefalograma pueden observarse ritmos theta, lentos. A veces, paradójicamente, ritmos rápidos.<sup>19</sup> de bajo voltaje. Disminución o abolición de la reactividad. El grado de enlentecimiento y abolición de la reactividad, se ha observado que es mayor, mientras mayor es la disminución de la vigilia y obnubilación.

En este grupo, el trastorno de la conciencia es tan profundo, que como expresa *Henri Ey*,<sup>17</sup> el paciente no asiste a su trastorno. Está inconsciente de la situación en que se encuentra, aunque sea capaz de moverse, tenga los ojos abiertos, grite ante sus alucinaciones, o sea capaz de responder diciéndonos su nombre. Es lo que *Ey* ha llamado, conciencia confusional.

El ambiente es incorporado por el paciente a sus producciones oníricas (cuando existen), con el mismo tipo de mecanismo intuido por *Freud* y estudiado por *Dement*<sup>21</sup> para explicar cómo el individuo incorpora a los sueños o ensueños, cuando duerme normalmente, dichos estímulos ambientales.

Si hacemos un poco de historia, debemos recordar que en 1845, *Moreau de Tours*,<sup>15</sup> en su libro “*Du Haschich et de l'aliénation mentale*” plantea, que el mecanismo del sueño y la locura, son iguales.

*Lasague* en 1891 expone su tesis, de que el delirium alcohólico no es un delirio, sino un

sueño. En 1891-. *Ri'gis* crea el término onirismo y lo relaciona con la psicosis confusional de causa toxinfeciosa.  $\text{£y}^{17}$  (1958) retoma los planteamientos elementales de la Escuela Francesa de fines del pasado siglo, sobre las relaciones de sueño y psicosis, y nos expone, con una nueva e interesante dimensión, la posibilidad de analizar la estructura onírica de las psicosis, la semejanza de los trastornos confusónicos, con el dormir y el soñar y los estados de desestructuración de la conciencia que han contribuido notablemente al análisis de estos temas.

Es en efecto, extraordinariamente interesante, salvando las naturales distancias, el parecido de un estado de coma u obnubilación, con el dormir; y el de un delirio o delirio subagudo, con el soñar. En estos trastornos confusónicos, existe, a juicio nuestro, un estado de inhibición patológico de los dispositivos funcionales o estructuras relacionadas con la vigilia y la captación sensorial, fundamentalmente, la formación reticular activadora ascendente del tallo cerebral y la corteza cerebral.

No podemos evitar destacar la sensibilidad que estas formaciones polisinápticas presentan<sup>2</sup> a los anestésicos, barbitúricos y otros fármacos.

Podríamos imaginar como algo lógico el que estas estructuras presenten la misma sensibilidad a las sustancias tóxicas, endógenas, exógenas, bacterianas, etc. que son el factor etiológico fundamental de estos trastornos.

Se sabe que la inhibición o destrucción de la formación reticular activadora ascendente, produce una disminución o abolición de la vigilia y la captación sensorial y ritmos corticales lentos.<sup>23</sup>

*I. P. Pavlov*<sup>23</sup> describió distintas formas de inhibición neurofisiológica en el estudio de los reflejos condicionados:

1. La inhibición condicional, que comprende la inhibición por extinción,

por diferenciación y por retardo. Se ha comprobado por innumerables experiencias, que, en estos casos, en que la inhibición juega un papel fundamental en el proceso, ésta se expresa por ondas lentas en el registro electroencefalográfico de los potenciales corticales.

2. La inhibición incondicionada. Se puede ver como proceso más biológico, más elemental, con menos complejidad psicológica que los anteriores. Comprende: la inhibición externa, y la inhibición supra- maximal.

a) La inhibición incondicionada externa es un proceso neurofisiológico, capaz de inhibir un condicionamiento ya establecido por la presencia, en el curso del mismo, de un estímulo nuevo, improbable (*Inuuet*), inesperado, que produce una reacción de orientación.

Aunque se puede enfocar, en lo que se refiere a la no consumación del reflejo, como una inhibición, en realidad, desde el punto de vista neurofisiológico, es un proceso excitatorio, en el que se registra una reacción de desincronización o arousal generalizado a toda la corteza cerebral, que rompe el condicionamiento previamente establecido.

b) La inhibición incondicionada interna, llamada también supramaximal, se caracteriza por la aparición de ondas lentas que invaden la corteza. En las condiciones habituales de experimentación, se puede engendrar por un estímulo de intensidad excesiva, en el curso de un reflejo notablemente reforzado. Está plenamente aceptado que este tipo de inhibición supramaximal puede producirse también en toda situación de daño, extenuación cortical o ambas. Y agregamos nosotros: y en toda situación de daño, extenuación reticular o ambas.

Se registran ondas lentas localizadas, cuando existen zonas cerebrales dañadas por un tumor, hematoma, etc.

*Gastaut*, en experiencias de inhibición supramaximal, ha llegado a producir ritmos corticales de tipo delta (0,5 a 3 ciclos/seg.), y aunque el trazado del EEG puede confundirse con el de sueño, el sujeto "no ofrece habitualmente la apariencia de estar dormido" (*Le Conditionnement et l'apprentissage*. Coloquio de Marsella).

El dormir es considerado, desde el punto de vista neurofisiológico, al menos en sus primeras 4 etapas (*Kleitman*), un proceso de inhibición. Trazado típico de ondas lentas con salvas esporádicas de mayor frecuencia. La incorporación de los estímulos externos o reactividad de ellos, se registra como complejos K.

El registro electroencefalográfico de los trastornos orgánicos encefálicos agudos se caracteriza, como señalábamos anteriormente, por la presencia de ondas lentas en forma difusa en toda la corteza.

En general, hay una aceptación, por la mayoría de los investigadores, de que estos ritmos son más lentos, mientras mayor sea la obnubilación de la conciencia.<sup>ln>24</sup>

Todos los hechos señalados, sin perder de vista la enorme complejidad de estos procesos, nos llevan a plantear (en forma esquemática) un estado patológico de inhibición supramaximal, reticulocortical, como el elemento neurofisiopatológico fundamental en estos trastornos.

En efecto, en algunos casos de trastorno encefálico agudo, como el *delirium trencas*, paradójicamente<sup>19</sup> se registran en el EEG, ritmos rápidos y de bajo voltaje, parecidos a los de la vigilia. Quizás lo aparentemente paradójico sea, por el contrario, uno de los hechos que nos permita encontrar una semejanza mayor aún, entre el delirio y el soñar.

Sabemos que en el proceso del dormir, que es de naturaleza inhibitoria en general, se presentan las llamadas fases de sueño paradójico o de movimientos oculares rápidos (MOR) o "*rapid eyes movement* (REM). Estos períodos se presentan aproximadamente cada 60 ó 90 minutos, varias veces durante una noche, y se ha establecido claramente que corresponden a sueños o ensueños en el proceso del dormir.

Las características neurofisiológicas de esta etapa del dormir son extraordinariamente interesantes:<sup>12</sup>

1. Actividad marcada de la zona protuberancial de la formación particular.
2. Inhibición profunda de la FRAA, con aumento del umbral de la reacción de despertar.
3. Desincronización de la actividad bioeléctrica de la corteza de la convexidad.
4. Actividad aumentada del sistema límbico.
5. Aumento de la sensibilidad y actividad de la corteza sensorial, sobre todo para el área visual (*Evarts*.)
6. Hay una inhibición del tono muscular, sobre todo músculos de la nuca y cuello, e inhibición del sistema gamma de inervación intrafusar. Paradójicamente, una cierta motilidad general.
7. Aparición de MOR.

Cuando se despierta a un sujeto en esta etapa, refiere estar soñando, y se ha comprobado en pacientes psiquiátricos que padecen de pesadillas, que éstas se presentan siempre en las fases de MOR o sueño paradójico.

*feinberg y col.*,<sup>25</sup> realizan un estudio en que constatan una relación precisa entre el despertar en períodos de MOR, y los estados de delirio nocturno que se ob

servan en los ancianos con síndromes cerebrales de tipo crónico. Estos pacientes con síndrome cerebral crónico, despertaban regularmente en períodos de MOR, en un estado de agitación y delirio, y tenían que ser físicamente restringidos.

“Era como si el cerebro dañado fuera incapaz de distinguir entre sueño y realidad”.

Existen múltiples evidencias fisiológicas que sugieren la posibilidad de que un estado funcional patológico del SNC, muy similar a esta fase paradójica del sueño normal, con abolición de la reactividad, sea la base funcional del delirio.

En resumen, señalamos la existencia de un primer grupo de trastornos que comprende los cerebrales orgánicos agudos, cuya conciencia es obnubilada, confusónica o ambas, su etiología orgánica, y que neurofisiológicamente presentan un estado de inhibición supramaximal reticulocortical, que sería más generalizada y profunda en el coma y la obnubilación, y presentaría características funcionales parecidas a las del sueño paradójico, en el delirio y delirio subagudo.

Clínicamente podemos plantearnos un segundo gran grupo de trastornos de conciencia, con caracteres comunes, y son todos aquellos trastornos que presentan al estado de conciencia conocido o denominado como conciencia oniroides.<sup>20</sup>

Se incluyen en este grupo, las reacciones psicóticas agudas, reacciones disociativas, estados crepusculares, crisis confusivas ansiosas (no orgánicas), bouffes delirantes, psicosis carcelarias y, en general, toda esa gamma de trastornos de naturaleza reactiva, psicógena, de comienzo y curso agudos, y que presentan un estado oniroides de conciencia.<sup>18</sup>

Podríamos plantear como sus principales características comunes:

- a) Comienzo y curso agudos.

- b) Reactivo a situación (de tensión extrema) ambiental.

- c) El estado de la conciencia denota que el paciente se mueve o relaciona con el medio, por una parte, y por otra, parece guiado o movido por elaboraciones imaginativas que cobran para él, carácter de realidad.

- d) El EEG no muestra alteraciones.

- e) Aunque pueden presentarse en pacientes fronterizos o francamente retrasados mentales, no existe etiología orgánica propiamente dicha.

Si tratáramos de relacionar también estos trastornos con el dormir, podríamos plantearnos, citando a algunos autores,<sup>26</sup> que los estados oniroides, se parecerían “a los estados intermedios entre sueño y vigilia”, pero este parecido no ha sido más claramente expresado.

Se ha descrito también, como estrechamiento del campo de la conciencia,<sup>27</sup> concepto que obedecía a la descripción de lo observado clínicamente, es decir, el campo referencial de la conciencia no correspondía a la realidad total del ambiente, sino a una parte de él, pero se observaban, la aparición de producciones imaginativas del paciente que adquirirían características de realidad para éste. El estudio neurofisiológico del dormir, de los estados hipnoides y situaciones similares, nos ayuda hoy en día a comprender mejor estos trastornos de conciencia.

Como explicábamos en otra parte de este artículo,<sup>15</sup> en condiciones normales de vigilia el individuo explora, filtra, integra y modula, por medio de los diferentes dispositivos funcionales de su SNC, la información que “está llegando”, exteroceptiva a interoceptiva, la llamada información “almacenada” (memorias, aprendizajes, etc.) y la producción propia, activa (conceptual o perceptual, es decir, en ideas o en imágenes) de su pensar.

Si analizáramos las relaciones existentes entre estos distintos tipos de información o actividad funcional del SNC, quizás lograríamos comenzar a adentrarnos en las características de la conciencia oniroides.

Podríamos esbozar algunos ejemplos de situaciones comunes y corrientes de la vida diaria, que son muy interesantes, porque en cierta forma guardan algún parecido con el estado de conciencia que analizamos.

Una de estas experiencias, es el cine. El espectador, cómodo, en silencio con respecto a otros estímulos, en una semi- penumbra, deslumbrada y captada su atención por el enorme caudal de estímulos que le llegan por la vía visual y auditiva, ante la enorme pantalla donde se destacan las imágenes llenas de color y movimiento, puede pasar por un curioso estado transitorio de “pérdida de la sensación del yo”,<sup>59 -38</sup>

A todos alguna que otra vez nos ha sucedido. Nos sumimos en lo emotivo y vivido de la trama y el mundo del color y las imágenes y perdemos, a veces, y sin darnos cuenta, la sensación de nuestro cuerpo y de nuestra persona, la sensación de nuestro yo.

El “campo de la conciencia se ha estrechado”, en este caso, a expensas de los otros tipos de información o actividad del SNC, haciendo que “predomine” y “llene” -por así decirlo—, el campo de la conciencia, la información o actividad sensorial auditivo visual.

Algo parecido sucede en la hipnosis. En su método más corrientemente utilizado, por lo general, se produce un estímulo auditivo, monótono, repetido, que va produciendo un estado de inhibición del resto de las actividades del SNC, que queda unido o “ligado al hipnotizador”, por esa “grieta sensorial”, que como cordón umbilical directriz, le permite al hipnotizador un mayor o menor control sobre el SNC del hipnotizado.

En el dormir ocurre una situación parecida a las anteriores,<sup>21</sup> pero el “estrechamiento del campo de la conciencia”, se produce en forma opuesta, mediante una reducción de la información sensorial, e información interoceptiva que está siendo recibida, y un predominio de la actividad imaginativa del sujeto. En efecto, el individuo, acostado, relajado, en un ambiente agradable y silencioso, sufre en la actividad de su SNC una considerable disminución del bombardeo aferente externo e interoceptivo.

El dormir se inicia con un predominio de la actividad propia del sujeto. La aparición de movimientos oculares suaves pendulares, de lado a lado (diferentes a los movimientos rápidos del sueño para- dójico) denuncia (aun antes de que se produzcan ondas de sueño en el EEG.) que se ha producido en el individuo, un brusco pase, del estado de vigilia, a la fase imaginativa hipnagógica (inicio del dormir), que se caracteriza por inhibición o abolición de las actividades o estimulaciones externo e interoceptivas, un predominio en el campo de la conciencia de la actividad pensante propia del individuo y, dentro de ésta, un brusco cambio del pensamiento en ideas, al pensamiento en imágenes (*Demenl*).<sup>21</sup>

El análisis de los estados fisiológicos que hemos señalado, nos facilita el enfoque de lo que sucede habitualmente en los estados de conciencia llamados estados oniroides.

En todos los estados en que existe una conciencia de tipo oniroides, se produce un trastorno generalizado de los dispositivos funcionales de integración y modulación del campo de la conciencia, en el sentido de que la actividad imaginativa del paciente, con fuerza incontrolable, irrumpe en el espacio objetivo externo, y es percibida por el paciente, como una realidad ambiental, determinando, si no toda su conducta, una parte considerable de ella. Esta

actividad imaginativa va unida a una afectividad de base que aporta fuerza de certeza, y asistimos entonces al curioso espectáculo de un sujeto que vive en un mundo mezcla de realidad y fantasía, fascinado por lo imaginario y que sólo se esfuerza por hacer una síntesis absurda, con la realidad cuando es presionado por las necesidades, o por los médicos que lo enfrentan a lo absurdo de su conducta.

Creemos necesario establecer una neta diferencia entre los estados crepusculares de causa o naturaleza histórica, que incluiríamos en este segundo grupo con conciencia de tipo oniroide, y los estados crepusculares epilépticos, trastornos de mayor envergadura, de base orgánica, con amnesia total posterior, y con marcada toma de la conciencia, tanto en lo que se refiere a los dispositivos de vigilia y sensorio, como a los dispositivos de integración y modulación.

Llama a la atención la marcada disociación vigilia-actividad neuromuscular. A pesar de la marcada alteración de conciencia, el individuo conserva sus funciones de coordinación neuromuscular intactas. Si como en los casos anteriores fuéramos a establecer una relación con el dormir y estados relacionados con el mismo, tendríamos que convenir en que estos estados guardan una gran semejanza con el sonambulismo. Existen algunas experiencias que nos permitirían especular o hipotetizar sobre esta semejanza.

*Kales y Wates*<sup>29</sup> se encuentran, que contrariamente a lo que pudiera suponerse, la gran mayoría de las crisis de sonambulismo, 110 se producen en los períodos de MOR, sino en los estadios 3 y 4, que son de sueño profundo. Los mismos investigadores encuentran, estudiando, no las crisis, sino la proporción de descargas en epilépticos de tipo petit mal y temporales durante el sueño, que están aumentadas, no en los períodos de MOR, sino en los períodos 3 y 1

del dormir, igual que el sonambulismo. La hipersincronización parece ser necesaria para la aparición de los elementos epilépticos y de sonambulismo. Si los estados crepusculares epilépticos son, por lo general, la expresión de una epilepsia psicomotora temporal, tenemos que considerar la posibilidad de que también requiera para su aparición, la hipersincronización de determinadas poblaciones neuronales. Posiblemente las crisis crepusculares epilépticas (tan diferentes clínicamente a los estados crepusculares históricos) deban ser ubicadas en un tipo de trastorno intermedio entre los dos grupos que hemos descrito y, por sus caracteres clínicos, es posible que presenten, neurofisiológicamente, un estado funcional de inhibición supraxaraimal y trastornos de los aspectos integrativos del campo de conciencia, provocadas ambas situaciones por la actividad epiléptica del SNC del enfermo.

Además de las diferencias de tipo clínico, el estudio del EEG arroja diferentes trastornos, ninguno de los cuales se observa en los estados oniroides ya señalados, y que son característicos de la epilepsia.

Los trastornos de conciencia que hemos descrito hasta aquí, son, en general, aceptados como tales por la gran mayoría de los investigadores y autores. Modernas clasificaciones,<sup>18</sup><sup>20</sup> nos plantean un concepto más amplio de los trastornos de la conciencia, en que existe la tendencia a utilizar el término conciencia, como sinónimo de fenómeno psíquico o de reflejo del medio y de sí mismo, destacándose el hecho de que por ser la conciencia la síntesis de variadas funciones, la alteración de éstas (sensopercepción, pensamiento, etc.), trae como consecuencia, a su vez, un trastorno de la conciencia. De acuerdo con estos conceptos, todos los trastornos psíquicos serían trastornos de conciencia, aun aquellos que no fueran conscientes para el sujeto, pues todos serían deformaciones del reflejo del medio y de sí mismo.

Este concepto o criterio, extraordinariamente útil y necesario e imprescindible, en el orden filosófico y del conocimiento de la relación entre lo psíquico y lo material, y en general, de la relación entre el ser humano y su mundo, pierde valor en el campo de la psiquiatría clínica, pues el hecho de describir las neurosis, psicosis funcionales, trastornos de la personalidad, etc., como trastornos de conciencia, nos aleja del concepto de los elementos fundamentales que caracterizan en la conciencia en el nivel psicológico y neurofisiológico, que son la dificultad o imposibilidad de recepción de la información, los desequilibrios en el campo de conciencia o ambos, de los diferentes tipos de información procesados por el individuo, con la consiguiente alteración más o menos grosera, de la percepción y comprensión del medio y de sí mismo, y cuya importancia en el orden semiótico, diagnóstico y terapéutico, es tan notable, que creemos necesario mantener un criterio de trastornos de la conciencia, en el orden clínico más restringido. Este criterio no estaría limitado a los trastornos que hemos descrito hasta este momento, pues sería necesario añadir un último grupo.

En este último grupo, el elemento que le daría unidad sería el neurofisiopatológico. En efecto, en éste describimos trastornos de tan disímil naturaleza y etiología, como son los trastornos de despersonalización y desrealización, las demencias, y los trastornos de conciencia que se observan en las psicosis de tipo depresivo y maniaco. En todos estos trastornos existe un trastorno de los dispositivos de síntesis de la conciencia, pero no en forma generalizada o total, como sucede en los estados oníroides, sino en forma parcial y limitada.

La despersonalización y la desrealización, son trastornos que se han estudiado, unas veces, como trastornos de la percepción, otras, como trastornos afectivos o del pensamiento.<sup>30</sup> A la luz de los conocimientos actuales es evidente, que

pueden ser incluidos en este grupo de trastornos parciales de la síntesis del fenómeno de conciencia. En la despersonalización, el trastorno de la cenestesia que presenta el paciente es agravado por el hecho de que se produce una “disociación” del componente afectivo de la conciencia de sí mismo, es decir, una escisión, de los componentes afectivos de base,<sup>31</sup> que acompañan habitualmente a cualquier reflejo, experiencia, estimulación o aprendizaje, lo cual hace que el individuo experimente un sentimiento de extrañeza insoportable, con respecto a sí mismo. Este mismo fenómeno, experimentado con respecto a la información procedente del medio ambiente, da lugar a la desrealización. En su forma más nítida, los pacientes se quejan, de que saben lo que ven, que saben que son ellos mismos, pero que no se sienten ellos, o que sienten las cosas del medio ambiente extrañas, raras. Es decir, hay un reconocimiento intelectual, pero no afectivo. El componente afectivo de esas huellas mnésicas se ha “separado” —por así decirlo— del resto del engrama, impidiéndose el reconocimiento afectivo.

Fenómenos de la misma índole son los llamados, “de lo ya visto” y “de lo nunca visto”, que se describen en la epilepsia,<sup>32</sup> y cuya neurofisiopatología debe tener bases en algún sentido similares a las comentadas. En la epilepsia es fácil intuir que una descarga epiléptica pueda producir con facilidad, una alteración funcional de esta naturaleza. En las llamadas psicosis funcionales, en que se observan estos trastornos, como la esquizofrenia, no se conoce el mecanismo por el que se producen estas alteraciones. Es bueno señalar que estos trastornos tienen diferente calidad en la epilepsia y en la esquizofrenia, pues en la primera, la disociación de la afectividad señalada se produce en forma limitada a determinadas circunstancias o hechos, y en forma transitoria; mientras que en la esquizofrenia, presenta, al menos en sus

estadios agudos o de inicio, un carácter mantenido y generalizado.

En las demencias graves,<sup>13</sup> es decir, en los estadios avanzados de la enfermedad, se produce, en el fenómeno de síntesis de la conciencia del paciente, la disminución marcada o falta de la información “almacenada”, tanto en lo que se refiera a hechos concretos de la vida del individuo (memoria de fijación y de evocación), como a las memorias abstractas. Es decir, el paciente no sólo no recuerda determinados hechos concretos, o situaciones dadas de su vida, recientes o lejanas, sino que además presenta, en los casos graves, dificultades en el lenguaje, olvida los nombres de los objetos, aunque pueda decir para qué sirven, su comprensión se altera y su pensamiento presenta graves dificultades. El individuo va “quedando prisionero” en un mundo prácticamente sensorial, instantáneo. Se han perdido todos los puntos de referencia de lo temporal y espacial y, por tanto, la secuencia vital del sujeto. En estos estadios, estos pacientes pueden hacer incursiones más o menos largas en alteraciones de tipo confusional o confuso-onírico, es decir, en el primero de los grupos que hemos descrito.

En lo que se refiere a las depresiones, sólo en los trastornos muy intensos, se puede hablar de verdaderos trastornos de conciencia.

En estos casos, el componente bioquímico fundamental es el descenso en los niveles de catecolaminas o la disminución de la capacidad del sistema nervioso para su utilización<sup>34</sup> determinada, al parecer, por el estado en que se encuentran dichas aminas. Psicológicamente el trastorno es favorecido por una grave alteración de la atención, en que predomina el componente activo de la misma, con ensimismamiento, soliloquios y marcada disminución de la reactividad a los estímulos ambientales.

El tipo de alteración de conciencia que se produce en la manía, es extraordinariamente

interesante y ha sido mejor estudiado.<sup>34,35,36</sup>

El trastorno presenta, como aspectos fundamentales de tipo clínico, el estado afectivo de euforia y excitación, la hiper-vigilancia, con su característico predominio de la atención pasiva y la agitación psico-motora, con una dificultad posterior para recordar los hechos sucedidos durante la crisis, que puede ser más o menos intensa.

Parece haber acuerdo, entre los investigadores, sobre el hecho de que en estos procesos existe (por el contrario de lo que sucede en las depresiones) un aumento en las catecolaminas en el sistema nervioso central durante la crisis (*Cohén*,<sup>34</sup> *Schild-kraut*,<sup>35</sup> *Himivich y Himwich*,<sup>36</sup> y otros). Se conocen ampliamente determinadas zonas del sistema límbico que desempeñan un papel fundamental en la neurofisiología de los estados afectivos de euforia.

Las experiencias de autoestimulación con ratas son muy demostrativas de dicho papel. Por otra parte, existen formaciones subeorticales que son fundamentales en las reacciones de naturaleza simpática o adrenérgica. El estudio de la tasa de catecolaminas en distintas zonas del sistema nervioso central (*Bertler*,<sup>37</sup> y otros) demuestra, que las cifras más elevadas de dopamina y noradrelanina se encuentran en la formación reticular del tallo cerebral y en el hipotálamo posterior, y cifras menores en otras zonas.

El hecho de que la crisis maniaca presenta una exagerada reactividad al ambiente, un “vivir desincronizado” del cerebro con un predominio más o menos absoluto de la atención pasiva, nos hace compararla con trastornos de características muy similares, aunque de distinta naturaleza.

En efecto, la administración de adrenalina, anfetamina, y otros fármacos provocan un aumento del nivel de vigilia, de la atención pasiva y de la reacción de arousal o alertamiento.<sup>58</sup> Se sabe, que estas sustancias actúan a través de la formación reticular, y del

sistema adrenérgico en general. *D. Purpura*,<sup>39</sup> en gatos con circulación cruzada, provocaba el alertamiento en el segundo gato, estimulando la formación reticular del primero, por lo que deducía que además de la acción activadora cortical directa, la formación reticular podía actuar por medio de alguna sustancia transportada por la sangre.

En estudios histoquímicos, *Anokhin*,<sup>40</sup> y otros investigadores, han demostrado la naturaleza adrenérgica de la formación reticular.

La clorpromacina y otros fármacos, que controlan las crisis de manía, actúan fundamentalmente sobre la formación reticular.

Neurofisiológicamente se sabe, que la atención pasiva está estrechamente relacionada con el funcionamiento de la formación reticular del tallo cerebral.<sup>41</sup> M<sup>2</sup>/<sup>43</sup> manifestándose claramente en las situaciones de emergencia, estímulos inesperados, o improbables (*Jouvet*) ; y la atención activa, con el sistema reticular del tálamo.<sup>44, 4'</sup> Un trabajo balanceado de ambos sistemas, en íntima interacción con la corteza cerebral y el sistema de las conexiones lobulofrontal-núcleos asociativos del tálamo, da lugar a un estado de conciencia, con un adecuado balance de estas dos formas de atención, que permite una relación cognoscitiva normal con

el medio. Al parecer, el hipocampo (ritmos lentos durante el establecimiento de un reflejo condicionado, y desincronización cuando existe una situación de sorpresa que rompe el aprendizaje), juega un rol de gran importancia en el balance de ambos tipos de atención.

En resumen, existe una enorme cantidad de experiencias e investigaciones, cuyos resultados, apoyan fuertemente la posibilidad de que en la crisis maníaca, neurofisiológicamente, existe una hiperfunción de determinadas zonas del sistema límbico relacionadas con el sentimiento o emoción de euforia, así como de la formación reticular activadora del tallo, y otras zonas subcorticales de naturaleza adrenérgica, todo ello con un sustrato bioquímico de aumento de las monoaminas en el sistema nervioso central.

Estas alteraciones podrían explicarnos los síntomas fundamentales de tipo afectivo y el predominio de la atención pasiva, mecanismo neurofisiopatológico por el que se altera la síntesis de conciencia, con imposibilidad para el aprendizaje y la consiguiente amnesia posterior, en la que pueden influir, además, con menos importancia, factores psicológicos. Este trastorno de conciencia presenta el hecho interesante de que se presenta en un individuo que presenta un estado de aumento de la vigilia.

#### SUMMARY

Rodríguez Rivera, A. *Consciousness disturbances. Notes for an attempt of psychopathologic classification.* Rev Cub Med 14: 1, 1975.

Philosophical, psychological and neurophysiological aspects of the consciousness phenomenon are stated. Subsequently a clinical, etiological, and physiopathological classification is attempted and 4 disturbance fundamental groups are described: 1st. Clinically, it has oniric confused consciousness, which gives rise to a state of supramaximal pathological inhibition of vigil and sensorial mechanisms, and of an organic cause, either in situ or distant. 2nd. Clinically, it has oneiroid consciousness and, from the neurophysiological point of view, has a systemic disturbance of the integration and modulation mechanisms of the consciousness field, and which causes are always environmental of a psychological nature. 3rd. Mixed physiological and clinical elements, which are named "epileptic groups, but of an epileptic cause that only include crepuscular" type. 4th. A last group which include, different clinical pictures, such as: dementus affective disturbances, phenomena of lost of reality notion and depersonalization, of a different etiology, but that have a common characteristic from the neurophysiological point of view, are partial disturbances of synthesis or integration mechanisms of consciousness.

## RESUME

Rodríguez Rivera, A. *Troubles de la conscience. Notes pour une tentative de classification psychopathologique.* Rev Cub Med 14: 1, 1975.

On étalilit de façon schématique et breve les aspects philosopbiques, psychologiques et neuro- physiologiques du phénomène de la conscience. On essaye de faire une classification clinique étiologique el physiopathologique en décrivant 4 groupes fondamentaux de troubles: 1e. Présente cliniquement conscience confuso-onirique, que physiopathologiquement entraine un état d'inliibi- tion pathologique supramaximal des dispositifs de veille et de captation sensorielle. et de cause organique. in silu ou á distance. 2e Présente cliniquement conscience onirique que du point de vue neurophysiopathologique, présente un trouble généralisé des dispositifs d'intégration et de modulation du champ de conscience et dont les causes sont toujours d'ambiance, de nature psychologique 3e. Eléments physiologiques et cliniques mélangés des deux précédents, mais d'origine épileptique qui n'inclut que les états crépusculaire par épilepsie. 4e. Un demier groupe ou l'on inclut les cadres cliniques divers. tels que: démence, troubles affectifs, phénomènes de déréalisation et dépersonnalisation. d'étiologie variée, mais que du point de vue neurophysiolo- gique présentent une caractéristique commune. ce sont des troubles partiels des dispositifs de synthèse ou d'intégration de la conscience.

## PE3KME

PoHpnrec PaBepa A. PaccTpoñcTBA C03H8HHH. 3aMeTKa K nonyTKe ncráo^H- **3H0naT0ji0mecK0ñ**  
**MaccHfHKanKH.** Rev Cub Med 14: 1, 1975.

Kopotko npepcTaBjiiBTcfl \$HJiocoí>CKze, ncuxojioriraecKze a Heñp0\$H3H0JK>rii- HecKHe acneKTH noHHTHH co3HaHç.a. flejiaeTcn nonHTKa KJiflHEHecKOñ, sthoji- oriraecKofi h \$H3H0naT0Ji0pOTecK0í micachc[hkantra h oimcHBA DTcfl 4 ochob- hhx rpyinn pacCTpoficTB: Iaa - KjiHúmecKz npiiicycTByet **co3HaHze** nyiaHa- UH-CHOBHfleHHH, icoTopoe \$H3HonaTOJior0^ecKH BU3HBaeT cocTOHHae cynpaiaa- kcEMajcbHoro naTOJiormecKoro TopMosemw oprahOB tieccoHHmç 2 Bocnpan- tzh ^tbctb h oprahanicofu npOTHHH, Ha MecTe **am** Ha pacCTOHHza. 2an - KjfflHHHecKH npHeyTeTByeT cosHamie c TeH#eHnHefi k CHOBimeHZHM, KOTopoe, c Heñp0\$H3H0naT0j0pOTecK0ñ to'kk 3peHHH, npejcTaBjweT oóotímeHHoe pac- cTpoicTBo OprahOB HHTerpauHH e uopyjmmz apejn cosHaHHH, npraiHH ko- Topo hoht Bcer^a CBH3aHH c cpeofl h mem nciaojiorOTecKyB nnpno.ny. 3KH.- KOMtiHHHpOBaHHHe KJfflHHHecKH H \$H3H0Ji0meCKHfi 9JieMeHTH JtByX BH- meyKa3aHHHX rpyinn, ho snoenTiraecKoro npoacxosjieHHH, BmücraaKmero toji- bko cyMépe'iHHe coctoihnh H3-3a anmenem. 4ah - nocJteflHHH rpyinna, k KOTOpófl OTHOCTCH pa3JiínHHe KJIHHHecKH KaptHHH, TaKH6 KaK! TTPMfiflTTTT. pacCTpoñcTBA a\$\$eKTA, HBjieRiis HepeajmsanzH h noTepaa jm^HocTH pa3ji0re- Hoñ 9TH0Ji0rHH, HO KOTOpHe C Heñp0\$H3B0^0rZHCK0ífl TOHKH 3peHHH HMeDT otímux xapaKTepHCTHKy, sbjhbteh HacTHBnm pacCTpoÉcTBaMH OprahOB chhts- **3a am HHTerpamm cosHaHHH,**

## BIBLIOGRAFIA

1. *Rubinstein, S. L.*—El desarrollo de la psicología. Academia de Ciencias de la URSS, pp 11 57. Editora del Consejo Nacional de Universidades. La Habana, 1964.
  2. *Rubinstein, S. L.* El ser y La conciencia, pp. 22. Editora Universitaria. La Habana. 1965.
  3. *Rubinstein, S. L.* El pensamiento y los caminos de su investigación, pp. 14. Ediciones Pueblos Unidos. Montevideo, 1959.
  4. *Lemn, VI* Materialismo y empiriocriticismo, II Ed. pp. 77. Editora Política. La Habana, 1963.
  5. *Rubinstein, S. L.* El desarrollo de la psicología. Academia de Ciencias de la URSS, pp. 16. Editora del Consejo Nacional de Universidades. La Habana, 1964.
  6. *Rubinstein, S. L.* El desarrollo de la psicología. Academia de Ciencias de la URSS, pp. 17. Editora del Consejo Nacional de Universidades. La Habana, 1964.
  7. *Rubinstein, S. L.* El desarrollo de la psicología. Academia de Ciencias de la URSS, pp. 13. Editora del Consejo Nacional de Universidades. La Habana, 1964.
- Rubinstein, S. L.* Principios de psicología general. I ed., pp. 28. Ediciones Revolucionarias. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1967.

9. —Rubinsten, S. L. El pensamiento y los caminos <le su investigación, pp 249-274. Ediciones Pueblos Unidos. Montevideo, 1959.
10. —Ostrovitianov, K. V. Manual de economía política. III ed. pp. 18. Imprenta Nacional de Cuba. La Habana, 1959.
11. —Bustamante, J. A. Psiquiatría. Tomo I, pp. 8. Instituto del Libro. La Habana, 1972.
12. —Barraquer Bordas, L. Neurología y psicología. Hacia un esbozo de una neurología del inconsciente. Rev Psiquiatr Psicol Med 8: 238-262, 5. Universidad de Navarra, España, 1 a 68.
13. —Ey, H. Tratado de psiquiatría, pp. 15. Editora Toray-Mason Barcelona. 1965.
14. —Barraquer Bordas, L. Neurología fundamental. I ed. pp. 354. Ediciones Revolucionarias. La Habana, 1967.
15. —(Tejé, L. J. Comprehensive textbook of psychiatry Freedman-Kaplan, pp. 885. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1967.
16. —(Test, L. J. Psychophysiology of hypnosis. JAMA 172: 672, 1960.
17. —Ey, H. Tratado de psiquiatría, pp. 85. Editora Toray Masón. Barcelona, 1965.
18. —Bustamante, J. A. Temas de psiquiatría, pp. 19. Dpto. de Publicaciones de la Academia de Ciencias de Cuba. La Habana, 1973.
19. —Mayer-Gross, Slather and Roth. Clinical psychiatry. III ed., pp. 355 y pp. 417. Instituto Cubano del Libro. La Habana. 1971.
20. —Clavijo, A. La conciencia. Rev Hosp Psiquiatr (Habana) 13: 54; 78 No. 2, 192. La Habana, 1972.
21. —Dement, W. C. Sleeps and dreams. Comprehensive textbook of psychiatry, Freedman-Kaplan, pp. 77. The Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1967.
22. —González Martín, D. Reflejos condicionados y actividad eléctrica cerebral, pp. 4?. Imprenta de la Universidad de La Habana, 1963.
23. —González Martín, D. Reflejos condicionados y actividad eléctrica cerebral, pp. 161. Imprenta de la Universidad de La Habana, 1963.
24. —Ey, H. Tratado de psiquiatría, pp. 158. Editora Toray-Mason. Barcelona, 1965.
25. —Kales, A. El dormir y el soñar. Ann Int Med 68: 1078-1104, 5, 1968.
26. —Mira y López, E. Psiquiatría. IV Ed. Tomo I, pp. 134. Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1952.
27. —Vallejo Nájera, A. Tratado de psiquiatría. II Ed. pp. 91. Editorial Salvat. Barcelona, 1949.
28. —Mira y López, E. Psiquiatría, IV Ed. Tomo I, pp. 131. Editora El Ateneo. Buenos Aires, 1952.
- 29.—Kales, A. El dormir y el soñar. Ann Int Med 68: 107? 1104, 5, 1968.
30. —Noyes, A. P. Psiquiatría clínica moderna, VI Ed. pp. 101. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1969.
31. —Ey, H. Tratado de psiquiatría, pp. 89. Editora Toray-Mason. Barcelona, 1965.
32. —Barraquer Bordas, L. Neurología fundamental, III Ed. pp. 203. Ediciones Revolucionarias. La Habana, 1967.
33. —Mayer-Gross, Slather and Roth. Clinical psychiatry, III Ed. pp. 616. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1971.
34. —Cohén, R. Manic-depressive reactions. Comprehensive Psychiatry. Freedman-Kaplan, pp. 676. The Williams and Wilkins, Co. Baltimore, 1967.
35. —Schildkrout, J. J. The catecholamines hypothesis of affective disorders. A review of supporting evidence. Am J Psychiat 122: 509. 1965.
36. —Himwich, W. H. Himwich. Neurochemistry. Comprehensive psychiatry textbook. Freedman-Kaplan, pp. 49. The William and Wükins, Co. Baltimore, 1967.
37. —Bert er, A. Occurrence and localization of catecholamines in the human brain. Act Phjsiol Seand 51: 97, 1961.
38. —jasper, H. H. Reticular formation of the brain. Little-Brown. Boston, 1958.
- y).—González Martín, D. Reflejos condicionados y actividad eléctrica cerebral, pp. 123. Imprenta de la Universidad de La Habana, 1963.
40. —González Martín, D. Reflejos condicionados y actividad eléctrica cerebral, pp. 123. Imprenta de la Universidad de La Habana, 1963.
41. —GonzálezMartín, D. Obra citada, pp. 85.
42. —Barraquer Bordas, L. Neurología fundamental, III Ed. pp. 361. Ediciones Revolucionarias, La Habana, 1967.
43. —Bustamante, J. A. Psiquiatría, Tomo I, pp. 36. Instituto del libro. La Habana, 1973.
44. —González Martín, D. Ob. cit., pp. 76.
45. —Barraquer Bordas, L. Neurología fundamental. 3 ed., pp- 361. Ediciones Revolucionarias. La Habana, 1967.