

La Crónica Médica

AÑO XXXV — LIMA, MAYO de 1918 — N.º 659

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO»

HEMIPLEGIA POR ARTERITIS CEREBRAL SIFILITICA

Lección clínica

POR EL DR. ERNESTO ODRIOSOLA

El viernes de la semana antepasada, se leyó la historia del enfermo que ocupa la cama N.º 7 de esta sala.

Creo que para ustedes puede tener algún interés práctico, el estudio de este caso, pues su etiología compleja y la intervención en el cuadro clínico de algunos fenómenos particulares, dan motivo para entrar en una animada disertación cuyos alcances son indudablemente provechosos.

Se trata de un hombre de 43 años de edad, natural de Moquegua, de profesión agricultor, casado. Ingresó en el hospital el 10 de este mes y por primera vez, pues nunca ha padecido de enfermedades que requiriesen una asistencia seria. Sin embargo, su actual dolencia, data de hace seis meses y ha recurrido al consejo de profesionales.

La causa que ha determinado su entrada al hospital en la actualidad, es una afección del sistema nervioso.

Sus padres han muerto; la madre víctima de una «neumonía» y el padre que sostenía una pulpería, de un «ataque cerebral». Ha tenido dos hermanos, de lo cual uno vive.

Si hemos de confiar en sus referencias, parece que desde su niñez ha sido muy sano, y salvo el «sarampión» y el «paludismo» que el menciona, no ha sufrido otra enfermedad, hasta la edad de 23 años en que contrajo un *chancro* cuya naturaleza ignora, pero que motivó la inflamación de los ganglios inguinales. Por lo demás esa lesión ulcerosa no ha dejado huellas.

A los 30 años, este hombre se casó y ha tenido ocho hijos, de los cuales viven seis que se han desarrollado en las más perfectas condiciones. Pero en el curso de su historia, confiesa un hecho que aunque vago en sus consecuencias ostensibles, vale la pena no omitir y es que como radicaba en el campo, trabó relaciones con una mujer que según el corrillo del lugar llevaba el anatema de *sifilítica* y agrega este sujeto que posteriormente a las aludidas rela-

INTERPRETACION PSICOANALITICA DEL MECANISMO DE LAS NEUROSIS Y DE LAS PSICOSIS FUNCIONALES.

POR EL DR. HONORIO F. DELGADO

En el presente artículo queremos indicar los puntos cardinales de la explicación psicoanalítica de la etiopatogenia de las neurosis y de aquellas psicosis que de ella son tributarias. Las primeras son en absoluto psicógenas, en tanto que en las segundas hay que considerar, además de los factores psicológicos, que probablemente en veces son dominantes, otros factores somatógenos, que son los que únicamente estudia la psiquiatría tradicional. Verdad es que en rigor la *fons et origo* de todos los disturbios psicopáticos que interesan al psicoanálisis es somática, es la alteración de la función biológica de la sexualidad. El papel de la predisposición hereditaria, aunque algo reducido a beneficio de las aventuras infantiles, no ha sido desechado, y su esencia es para el psicoanálisis la transmisión de la constitución psicosexual imperfecta.

La diversidad de la sintomatología y de la evolución de las distintas entidades nosologicopsiquiátricas pasibles de la hermenéutica freudiana—que tiende al tipo único—es debida a la pruradidad de vías y medios que la psiquis puede emplear para la solución del problema vital del equilibrio de sus fuerzas en incesante interacción. «La subconsciencia, dice FREUD, no habla solamente un dialecto. El sentimiento que, por ejemplo, expresa una histérica por medio de *vómitos*, se manifestará en una paciente de obsesión por severas medidas de precaución contra el *contagio* y provocará en una parafrénica la acusación o al menos la sospecha de que se está dispuesto a *envenenarla*. Lo que se manifiesta aquí de manera tan diversa es el deseo de *fecundación*, rechazado en la subconsciencia, y la resistencia opuesta por la enferma a este deseo». (1)

FREUD distingue en las neurosis dos grupos: 1º. Neurosis actuales (neurosis de ansiedad o de angustia, y neurastenia); 2º. Psiconeurosis de defensa (histeria y neurosis compulsivas: obsesiones, fobias y dudas). La epilepsia ha sido también estudiada por los psicoanalistas y, aunque se ha podido interpretar como psicológicos muchos de sus síntomas, se ha visto la dificultad de independizarlos de las manifestaciones puramente fisiológicas, que parecen dominantes.

(1) FREUD, *Das Interesse an der Psa.* II. Teil, «Scientia», XIV, XXXII, p. 371.

Las psicosis que estudia preferentemente la nueva disciplina son la paranoia y la demencia precoz, que FREUD reúne en un grupo común, bajo la etiqueta de *parafrenia*; además, se aplica a la psicosis alucinatoria y a la psicosis maniaco-depresiva. En la veloz revisión que vamos a hacer del mecanismo de cada una de estas formas, seguiremos el mismo orden en que acabamos de enumerarlas.

Las **neurosis actuales**, como su nombre lo implica, son causadas por la perturbación actual, presente, de las funciones sexuales, cuya esencia es la no satisfacción, o la satisfacción incompleta o no natural del acto genital.

La *neurosis de ansiedad* es de una sintomatología proteiforme pero que tiene de básico: un aumento de la irritabilidad general; un estado constante de expectación ansiosa, que a veces se hace paroxístico y que puede presentarse solo o unido a la idea de peligro de muerte, o a fenómenos parestésicos, o, en fin, a alteraciones de las funciones más variadas de la vida vegetativa (motivando desde diarrea hasta pseudo-angina de pecho); temores nocturnos, vértigos, fobias, dudas, etc. son a menudo otros tantos ingredientes del cuadro clínico de la neurosis de ansiedad.

Hay una causa constante y única en la etiopatogenia de esta enfermedad, aunque sean numerosas y algo distintas las circunstancias que le dan margen, como en las vírgenes maduras, cuando recién adquieren noticias concretas de la cuestión sexual, en las recién casadas que tienen una primera fase de anestesia genital, en las mujeres cuyo esposo sufre de impotencia, o de *ejaculatio precox* o en aquellas cuyo esposo practica *coitus interruptus* o *reservatus*, en las viudas y en los abstinentes de ambos sexos (1), en las que sufren de acentuación del deseo sexual al iniciarse la menopausia; en los hombres que experimentan excitaciones sexuales frustradas, en los que practican *coitus interruptus*, al principio del *senium* (como en la mujer al principio de la menopausia). El *surmenage* físico y moral entra también en la etiología de esta afección.

La alteración de la vida sexual que origina la neurosis de ansiedad consiste en la acumulación de la excitación que no se elimina completamente, como sucede con el coito normal, y cuya energía remanente se emplea de manera anormal. El acúmulo es de orden orgánico, pues subjetivamente el paciente cree, no solamente satisfacer todo el deseo, sino que también su apetición sexual disminuye grandemente. Hay pues una desadaptación psíquica al libido.

Ahora, con respecto al mecanismo íntimo de la génesis del sentimiento de ansiedad, de angustia, que tipifica a esta neurosis, es lógico inferior que es análogo al del sentimiento normal de temor; pero en tanto que éste es transitorio, porque su causa es un peligro exterior y pasajero, aquel es constante por tener una causa interior persistente. «La psiquis cae en la emoción de temor

(1) Se deroga, pues, el apotegma de CHARLES FERE: «No hay patología de la abstinencia».—FERE, *L'Instinct Sexuel*, 3a. Ed. Paris, 1913.

cuando se percibe ella misma incapaz para afrontar por medio de reacciones adecuadas un trabajo que del exterior se le impone (peligros); cae en la neurosis de ansiedad cuando se halla incapaz por sí misma para igualar la excitación (sexual) originada de manera endógena. La psiquis, por consiguiente, se comporta como si se proyectase esta excitación al exterior. El sistema nervioso reacciona en la neurosis contra un manantial interior de excitación, justamente como lo hace con la efectividad correspondiente contra uno semejante exterior». (1).

Con harta frecuencia la neurosis de ansiedad se relaciona con la neurastenia, sucediéndole, y particularmente con la histeria, con la que puede coexistir, dando lugar a una forma híbrida.

La *neurastenia*—salvo los casos de otro origen somático reconocido—tiene como causa inmediata la masturbación o las poluciones frecuentes; es decir, los modos de la satisfacción de las necesidades eróticas de manera inadecuada, por una fijación del libido en la fase de autoerotismo.

El pasaje de la neurastenia a la neurosis de ansiedad tiene lugar cuando el masturbador neurasténico reprime su vicio. Este es el caso en que la neurosis de ansiedad presenta el síndrome hipochondría.

Las *psiconeurosis de defensa* tienen un mecanismo menos sencillo, dependen de la historia del libido del sujeto: son en buena parte productos de su pasado remoto, más que de su presente. La base de la psiconeurosis no es en todos los casos sólo un traumatismo psicosexual infantil, como creyó primeramente FREUD, pues, como la experiencia ha enseñado después, tan frecuentes son los *shocks* sexuales, las seducciones, en la infancia, que casi no hay persona que no haya sido su víctima; responde sí a un *infantilismo de la sexualidad*, y la modalidad de psiconeurosis es condicionada, por lo menos en gran parte, por las vicisitudes de la experiencia sexual de la niñez.

La *histeria* es, como los sueños, la *mise en scene* de tendencias eróticas subconscientes, refrenadas por la censura. «Quien puede interpretar el lenguaje de la histeria, ha dicho FREUD, puede comprender que la neurosis sólo trafica con la sexualidad reprimida». (2). El ataque de histeria es, pues, la expresión mimica del conflicto entre el deseo y la causa que le impide su satisfacción; sus manifestaciones crónicas, como son las parálisis, contracturas, anestias, y la innumerable serie de trastornos funcionales que se le conoce, no son sino reacciones simbólicas resultantes de la misma lucha, «metáforas orgánicas», como acertadamente las llama TRIGANT BURROW. (3).

El proceso en virtud del cual el símbolo se encarna, se hace

(1) FREUD, *On the Right to Separate from Neurasthenia a Definite Symptom-complex as "Anxiety Neurosis"*, «Selected Papers on Hysteria and Other Psychoneuroses», 2a. Ed., New York, 1912, p. 151.

(2) FREUD, *My Views on the Role of Sexuality in the Etiology of the Neurosis*, «Selected Papers», p. 192.

(3) BURROW, *The Philology of Hysteria*, «Journal of American Medical Association», LXVI, 11, 1916, p. 786.

somático, FREUD lo denomina *conversión*. La conversión es una vía favorable a las necesidades de la economía mental, pues por ella se da solución al problema, consiguiéndose la eliminación de la energía emocional de los complejos reprimidos hacia la inervación periférica. (1)

En las histéricas es particularmente frecuente otro fenómeno: el de los ensueños durante la vigilia, que alcanzan su máxima intensidad en el delirio onírico; son la realización fantástica de deseos sexuales prohibidos, verdadera masturbación en la esfera de las imágenes.

El accidente necesario en la evolución del libido para la producción de las neurosis es una *fijación* de sus formas primarias, por haber sido impedida la sublimación de todos sus componentes por la intervención prematura y en demasía de la represión; por lo cual viene la neurosis a constituir el «negativo» de la perversión.

Si bien la sexualidad infantil es el contenido necesario del cuadro mórbido, necesaria es también una motivación actual para que se realice su eclosión. «El conflicto patogénico—dice enfáticamente JUNG—existe solamente en el momento presente». (2) La causa actual, que puede ser una de tantas situaciones críticas frecuentes en el curso de la vida—no forzosamente sexual—, produce la regresión del libido, reanimando los complejos de la infancia olvidados, de los cuales el principal es el Edipo.

La tendencia a la imitación corporal, la mitoplastia, se debe a la necesidad que tiene la subconciencia de expresar simbólicamente su contenido: en este caso, por medio de la imitación de determinados síntomas que convienen al histérico, porque satisfacen—como imagen desplazada—sus deseos, llegan a identificarse con la persona que los sufre.

Las *neurosis compulsivas*, que corresponden a las piscastenias de la psiquiatría oficial, difieren de la histeria en que los traumas sexuales, en vez de ser seducciones de la infancia en que el paciente ha sido pasivo, como en ésta, por el contrario, ha sido activo y con goce. La obsesión es un reproche exagerado de la censura a una tendencia agresiva de la sexualidad perversa de la infancia; los elementos psicológicos, tanto de la reminiscencia reprimida, como de la defensa, se hallan sustituidos, de modo que tienen la apariencia de una lucha contra un motivo banal; sufren, en una palabra, una transmutación de valores psicológicos, análoga a la del contenido de los sueños: FREUD conceptúa, pues, que es «doblemente alterado el contenido de la obsesión si se le compara al contenido del acto compulsivo de la infancia. En primer lugar, algo actual reemplaza a la experiencia pasada, y en segundo, lo sexual es sustituido por una experiencia no sexual análoga». (3)

(1) ALBERT SALMON cree dilucidar «el punto mas misterioso» de la teoría de FREUD, la conversión: Según este autor, «las imágenes quínticas constituirían el elemento intermediario entre la emoción y el acto histérico, que atrayendo toda la energía nerviosa dinámica, engendra un desequilibrio de la misma quíntesia.»—SALMON, *The Mechanism of Hysterical Phenomena. Sketch of a Psycho-Physiological Theory of Hysteria*, «The Journal of Mental Science», LXII, 257, 1916, p. 393 y 384.

(2) JUNG, *The Theory of Psychoanalysis*, New York, 1915, p. 81.

(3) FREUD, *Further Observations on the Defense—Neuropsychoses*, «Selected Papers», p. 161.

El sentimiento que acompaña a la obsesión, y que se desplaza de la verdadera causa, puede ser un simple desplacer cuando sólo el recuerdo deprimido alcanza el umbral de la conciencia, pero cuando lo que arriba es un sustituto del reproche, entonces se obstenta un estado emocional penoso de vergüenza, de temor de ser descubierto el secreto, o de ser castigado, etc.

Sucede también que con frecuencia no quedan las cosas en este estado de equilibrio, sino que el ego se protege, en virtud de un proceso de *defensa secundaria*, contra los primeros síntomas, tratando de impedir su acceso a la conciencia, lo que constituye las fobias, y también lleva a las impulsiones.

La emoción penosa en las ideas fijas está, en el fondo, justificada, pues, no nace de la idea banal que ostenta, sino de lo verdaderamente reprimido, de aquello que por sustitución y desplazamiento se oculta al ojo de la conciencia.

La duda está condicionada por el ascenso de la antinomia interior hasta la conciencia; y su generalización, por un proceso de transferencia, constituye la locura de la duda.

Los estudios realizados en la *epilepsia esencial* desde el nuevo punto de vista, han permitido constatar una estabilización de la sexualidad infantil autoerótica y polimorfamente perversa. «No converge a un fin único: la aproximación sexual, sino que persigue múltiples fines». (1). La fijación e intensificación de la mezcla caótica de los componentes libidinosos, no sólo se manifiesta, de manera precoz, muy sensible a múltiples estímulos, y particularmente marcada durante los ataques, sino que no sufre el proceso de sublimación, lo que hace difícil la educación moral de las víctimas de esta neurosis.

El ataque epiléptico, o sus equivalentes, representa una reacción, psicobiológica, gracias a la cual el libido, entrando en regresión, que rehabilita mecanismos primordiales de placer—aún los usados durante la vida intrauterina— evita el conflicto con la realidad, a la cual no puede adaptarse. La existencia de motivos psicológicos en el determinismo del ataque, ha sido puesto en evidencia por las investigaciones de L. PIERCE CLARK, que, practicando el psicoanálisis, logra prolongar el lapso de tranquilidad entre un ataque y otro. (2)

El análisis de algunas psicosis ha permitido a la nueva escuela afirmar que encarnan un proceso psicológico, que puede engendrar alteraciones cerebrales, o evolucionar *pari passu* con ellas. «Sobre la base de una predisposición, cuya naturaleza nos es desconocida al presente—dice JUNG—, se produce una función psicológica no adaptable, que puede conducir a manifiestos desórdenes mentales; esto puede determinar secundariamente la degeneración orgánica con su séquito de síntomas». (3)

(1) MORICHAU-BEAUCHANT, *Les troubles de l'instinct sexuel chez les épileptiques*, «Journal Medical Français», III, 4, 1912, p. 161.

(2) CLARK.—*The Psychological and Therapeutic Value of Studying Mental Content During and Following Epileptic Attacks*, «New York Medical Journal», CVI, 15, 1917, p. 677—682.

(3) JUNG, *The Content of the Psychoses*, «Collected Papers», p. 313.

La *paranoia* ha resultado ser la organización psicológica de defensa disimulada contra la homosexualidad deficientemente reprimida. En efecto, examinando la historia del libido de los paranoicos, se ha comprobado que la ambisexualidad infantil no ha mutado francamente hacia la heterosexualidad, sino que, por el contrario, el componente homosexual se ha fijado, y que, después de una inhibición más o menos eficaz, ha venido una fase de ruptura de la represión, con regresión del libido, que ha causado el estallido de la psicosis. Además de este mecanismo, interviene en la formación del sistema delirante el llamado de *proyección*, en virtud del cual atribuye el individuo a otros sujetos, y en general al mundo exterior, los complejos que residen dentro de su propia subconsciencia, literalmente, o más o menos transmutados.

La censura reacciona contra la tendencia homosexual subconsciente, no anulándola, sino oponiéndole una formación supercompensadora, diametralmente opuesta: «el *sentimiento* de amor se torna en la *sensación* de su opuesto» (1); la atracción por otro se convierte en odio contra él: el individuo adapta entonces todas sus ideas y su conducta a este nuevo equilibrio, de donde viene toda la sistematización del delirio. El mecanismo profundo que preside a la transmutación de la idea intolerable en la idea paranoica, varía en el detalle con cada una de las formas de las psicosis; así tenemos que en la persecutoria, la idea profunda «amo al hombre», por acción de la censura, se convierte en «no le amo»: «le odio»; la que a su vez, por proyección, se transforma en «me odia», con su corolario: «soy perseguido por él». (2) En la forma expansiva o delirio de grandeza: «le amo» — «no le amo»: «me amo a mí mismo»: «todo el mundo me ama»: «soy una persona superior». En la forma erótica: «le amo» — «no le amo a él, amo a ella» — «ella me ama». En la forma mística: «le amo» — «amo a dios» — «me ama: soy su elegido». En el delirio de celos: «le amo» — «no le amo» — «ella le ama». Esto es en el supuesto que se trate de un hombre; los mismos eslabonamientos — *mutatis mutandis* — en el caso de una mujer.

Cuando la tendencia homosexual es desconocida por la conciencia, y el esfuerzo de inhibición fracasa, se pueden producir, en terreno *ad hoc*, y con o sin sistematización, «reacciones compensatorias, manifestándose en cualquiera de las graduaciones que van del *carácter paranoide* a un estado paranoide actual» (3). Cuando la tendencia homosexual es absolutamente subconsciente y su intensificación amaga una irrupción en la conciencia, entonces se realiza una *paranoia* típica. En este mismo caso de ser desconocida la perversión latente por la conciencia, si reacciona ésta por medio de simbolismos y hay más marcada regresión al autoerotismo, con abandono del interés por el objeto exterior de los deseos, se presenta el caso de demencia precoz de forma paranoide.

Respecto a la lógica del delirio y a la naturaleza del pensa-

(1) FERENCZI, *On the Part played by Homosexuality in the Pathogenesis of Paranoia*, «Contributions», p. 132.

(2) «La Observación», dice un experimentado psicoanalista, «no deja duda de que el perseguidor fué una vez amado y respetado.» — BRILL, *Psychoanalysis*, p. 197.

(3) SHOCKLEY, FRANCIS M., *Homosexuality in Genesis of Paranoid Conditions*, «The Psychoanalytic Review», 1, 4, 1914, p. 437.

miento paranoide, pacientes estudios exegéticos han demostrado ser de técnica infantil; siendo rico el simbolismo, y transparentando el esfuerzo de racionalizar el contenido endopsíquico a través de la creación de sistemas del mundo de tipo arcaico.

La *demenia precoz* tiene su génesis en la aparición en la vida del individuo de una dificultad tal que agudiza el antagonismo entre la represión y la subconsciencia, crisis que termina con el triunfo del contenido de ésta; lo cual se traduce, psicológicamente, por la interiorización de la actividad mental, con desinterés más o menos completo—cuyo grado es el factor principal en el condicionamiento del tipo de la dolencia—con desinterés más o menos completo de todas las cosas del mundo exterior: a este fenómeno JUNG—que ha sido el primero y más aventajado investigador de esta pscosis, a la que ha consagrado una obra ya célebre (1)—a este fenómeno JUNG denomina *introversión*. El paciente, aunque exteriormente no parezca, tiene una vida espiritual muy activa, en la que domina el *principio del placer*; como en el sueño, en ella se realizan los deseos del individuo, con la creación de un mundo ficticio.

Toda la sintomatología de la demencia precoz es el fruto de una actividad mental positiva, de tendencias determinantes llenas de finalidad personal. El mismo negativismo tiene su razón de ser: «todo lo que queda al negativismo katatónico, dice JUNG, es el contraste intencional, que es la resistencia», la cual «siempre surge ante un desarrollo sexual peculiar». (2)

El predominio de la vida interior en el demente precoz, con desadaptación a la realidad, que BLEULER llama *autismo*, sumerge al individuo en su pasado: el potente complejo causante del estado morbozo hunde la personalidad en su libido infantil. KARL ABRAHAM sostiene que «la particularidad psicosexual de la demencia precoz consiste en el retorno del individuo afecto al autoerotismo. Los síntomas de la enfermedad son una forma de actividad sexual autoerótica». (3, 4)

En el grupo de las *neuropsicosis de defensa*, coloca FREUD, al lado de la histeria y las neurosis compulsivas, una entidad mórbida que es el tipo de la reacción psicótica de defensa: es la *psicosis alucinatoria* o *confusión alucinatoria*, gracias a cuya formación patológica el individuo logra evitar una realidad penosa hasta el extremo de ser incompatible con la vida consciente. El hecho se realiza por medio de una compensación ficticia que tiene como consecuencia subjetiva eclipsar el complejo penoso, dando al individuo la seguridad de que la idea intolerable nunca había existido.

(1) JUNG, *Ueber die Psychologie der Dementia Praecox*, Halle, 1907.

(2) JUNG, *A Criticism of Bleuler's «Theory of Schizophrenic Negativism»*, «Collected Papers», p. 202 y 205.

(3) ABRAHAM, *Die Psycho-sexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia Praecox*, «Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie», 1908, (JAMES C. HASSALL, *Role of sexual Complex in Dementia Praecox*, «The Psychoanalytic Review», 11, 3, 1915, p. 265.)

(4) El exámen de las demás doctrinas de la etiopatogenia de la demencia precoz lo hemos hecho, en colaboración con CARLOS A. BAMBAREN, en el artículo: *Génesis y tratamiento de la demencia precoz*, «La Semana Médica» (Buenos Aires), XXIII, 38, 1916.

FREUD resume la explicación psicológica de esta psicosis en las palabras siguientes: «El ego se desmembra de la idea insoportable, pero como está unida inseparablemente al mismo tiempo con una parte de la realidad, el ego mientras que verifica esta ejecución también él mismo se aparta total o parcialmente de la realidad. La última es la condición bajo la cual la vivacidad alucinatoria es conferida a ideas particulares, y por esto, después de muy afortunada defensa, la persona se halla, ella misma, en una confusión alucinatoria». (1)

La *psicosis maniicodepresiva*, cuyo contenido psicológico sólo es posible explorar en determinadas condiciones—particularmente en los períodos de eupsiquia, que dejan entre uno y otro los ataques—, es debida a la obliteración de la actividad consciente por la hegemonía de la subconsciente, que entra en juego para realizar ficticiamente anhelos incompatibles con la realidad: es, pues, la solución de un conflicto insostenible en otras condiciones.

Para la mejor inteligencia del asunto, y aunque no queríamos descender a los casos concretos, citaremos lo que dice en resumen R. REED de un caso analizado por él: Una mujer soltera de 55 años, de carácter retraído y excéntrico, con una fuerte fijación emocional primero sobre su padre y después sobre su madre; sufrió mucho a consecuencia de la muerte de ésta; padeció desde entonces hasta algunos meses después de profunda depresión, caracterizada por desasosiego, insomnio, ciertas ideas vagas de persecución y alucinaciones del oído. Durante la fase de excitación de su psicosis, sus pensamientos retornaron a un antojo amoroso olvidado o escasamente recordado desde más de 20 años. Con este recuerdo como núcleo, construyó una fantasía bien sistematizada de realización de deseos, que implicaba un cambio en su apariencia personal: riqueza, la vuelta a la vida de sus padres, el matrimonio de su hermana, buena posición de sus sobrinos, unión en matrimonio con el objeto de sus tempranos afectos, su advenimiento a la presidencia de la República, viajes, alta posición e hijos». (2)

(1) FREUD, *The Defense Neuro-psychoses*, «Selected papers», p. 131.

(2) REED, *A Manic-Depressive Episode Representing a Frank Wish-Realization Construction*, «The Psychoanalytic Review» I, 2, 1915.