

**Doctores M. Parejo Moreno, J. J. Pérez y Pérez
C. Pinto Grote y A. Serrano Salagaray**

Curso de
INICIACION PSIQUIATRICA



Excmo. Cabildo Insular de Tenerife
INSTITUTO DE FISILOGIA Y PATOLOGIA REGIONALES DE TENERIFE
Director: **DR. T. CERVIÁ**
Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados

SANTA CRUZ DE TENERIFE
1956

Directores: M. Paz de Mena, J. L. Pérez y Pérez,
C. Pina, Ochoa y A. Torres Salguero

PRIMER CURSO MONOGRÁFICO
DE INICIACIÓN PSIQUIÁTRICA

CURSO DE INICIACIÓN PSIQUIÁTRICA

EN nuestro discurso con motivo del acto inaugural de este Instituto, sentábamos, cómo junto a la labor específicamente investigadora que se ofrece a nuestra curiosidad, teníamos también la ineludible obligación de aprovechar toda la modesta capacidad de nuestros medios para procurar mantener la cultura médica en nuestro ámbito, estimulando, ayudando y contribuyendo por cuantas maneras nos fuese posible a recibir y dar, en generosa aportación, enseñanzas, ideas, revisiones, técnicas, preocupaciones, de forma que el dintel medio de nuestro ejercicio insular fuese el más homogéneo y de nivel más elevado, a tono con la exigencia de nuestro tiempo y nuestros sentimientos humanos y profesionales.

Consecuente con estos principios, nuestro Instituto planteó desde el primer momento, entre otras iniciativas, una serie de Cursos de orientación para médicos prácticos, preparados más pensando en sus necesidades que en otras razones.

Hemos tenido la fortuna de iniciar este programa con el presente Curso de Orientación Psiquiátrica para médicos no especializados, con el que nuestro querido y admirado colega, el Dr. Manuel Parejo, culmina una activa y ejemplar campaña de Higiene Mental como jefe de esta sección en el Instituto Provincial de Sanidad, creo que en las avanzadas de estas actividades en nuestra Patria.

Seleccionamos con gusto este primer Curso, no sólo por la oportunidad del selecto grupo de colegas que podían llevarlo a cabo y

los servicios a nuestra disposición donde realizarlo, sino también porque estimamos que la Psiquiatría debe estar en la medula de las preocupaciones de los médicos en ejercicio, pues todos debemos en cada caso darle el papel, pequeño o grande, ostensible o disimulado, que tienen cuestiones relacionadas con ella, y ser capaces de no andar desorientados y sin rumbo por la selva quizá excesivamente cargada de arbustos, pero cada vez más firme y comprensiva que nos ofrece. Una de las características mejores de la actual Medicina General es la integración en ella de cuestiones neuropsiquiátricas. Esto no quiere decir, ni mucho menos, que puedan estar de más sus especialistas, pues el campo es inagotable para explorar, y una cosa es obtener una visión superficial más o menos comprensiva y orientada y otra es calar hondo en estas tan difíciles cuestiones de la Mente humana, sus enfermedades y sus problemas.

Que esta necesidad de conocimientos psiquiátricos es sentida por muchos colegas en ejercicio, nos lo prueba nuestra matrícula de asistentes, su asiduidad e interesamiento, muchos de ellos distinguidos colegas con bastantes años de ejercicio profesional en diversos campos de la clínica y en la cima del prestigio.

De la manera como se ha llevado a cabo este Curso no decimos otra cosa, sino que se ha realizado puntualmente y con el beneplácito de todos. De lo demás, el mismo lector juzgará. Nuestro deseo es que los cursillos que sigan tengan su misma eficiencia.

Sólo nos queda agradecer a nuestros queridos colegas los Drs. José Pérez y Pérez, Carlos Pinto Grote y Angel Serrano Salagaray, y muy especialmente al Dr. Manuel Parejo Moreno, todos distinguidos miembros de este Instituto, la colaboración con que nos han honrado, felicitándoles al mismo tiempo por todas las buenas cualidades que con este motivo han puesto de relieve.

El Instituto realiza gustoso el esfuerzo de la edición de este Curso, no sólo porque desearía hacer lo mismo con todos, sino a petición reiterada de numerosos compañeros que no pudieron asistir. Lo que es nueva prueba también de la repercusión que en nuestro medio ha tenido.

T. CERVIA

PREFACIO
DEL
DR. M. PAREJO

ME interesa encabezar esta publicación, asumiendo toda la responsabilidad de la misma, que, por otra parte, me corresponde como director del cursillo que la justifica, con la advertencia al lector de que no va a encontrar un tratado, aunque fuere elemental, ni siquiera una exposición orgánica de la Psiquiatría como disciplina académica. Nuestra intención ha sido completar el programa de actividades publicitarias de la campaña de Higiene Mental que fué dirigida a través de la Prensa hacia el gran público, con un ciclo breve de iniciación a los problemas cruciales de la patología mental dedicado a los médicos. Esta es la razón que ampara los títulos de las lecciones, enormemente abarcativos y alusivos a cuestiones generales y por lo mismo más importantes y decisivas en la formación del médico general que siente interés y experimenta la necesidad de un saber básico de la medicina.

Por otra parte, el planteamiento de generalizaciones tan dilatadas suscitaba en el auditorio curiosidades estrictas y precisiones acerca de puntos concretos o de distintos aspectos de la actualidad psiquiátrica frente a las cuales el médico general se siente en una ingenua postura que desea abandonar. Los breves debates que seguían a las lecciones solían terminar en una síntesis que hemos creído interesante reproducir y lo hemos hecho en un capítulo aparte, resumiendo los distintos fragmentos en forma de notas.

El capítulo clínico está constituido por los comentarios de las se-

siones que se efectuaron en el Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Tenerife y, aunque con notorios retoques, los hemos agrupado conservando su vivacidad y sencillez original.

A pesar de estos defectos, para los que rogamos indulgencia, estimamos que este libro representa un esfuerzo muy laudable realizado por los psiquiatras de Tenerife con el mejor deseo de contribuir a la difusión de los principios fundamentales de su especialidad.

En su nombre expreso al Dr. Cerviá nuestra gratitud por las amables palabras de su prólogo y por la ayuda moral y material que desde su cargo de director del Instituto de Fisiología y Patología Regional de Tenerife, nos ha prodigado; asimismo agradezco al Dr. Don José Fariña Álvarez, médico director del Sanatorio Psiquiátrico Provincial y fundador de la especialidad en Tenerife, las facilidades que dió a profesores y alumnos, y al Dr. Fernández Vitorio las magníficas fotografías que obtuvo de nuestros enfermos.

M. PAREJO

LECCIÓN 1.^a

DR. M. PAREJO MORENO

ESQUEMA GENERAL DE LA FISIOPATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA

OFRECER una visión de conjunto de la psicopatología general psiquiátrica es una labor ardua y difícil que he creído practicable a través de una improvisación desarrollada sobre la marcha de la propia exposición. Sin embargo, no me ha sido posible sintetizar a lo largo de una línea común axiológica las diversas cuestiones que es menester incluir en el marco del tema. Por ello ruego atención e indulgencia; necesaria la primera a la mejor comprensión y la segunda al disimulo de los naturales defectos de mi charla.

La fisiopatología se puede interpretar desde muchos puntos de vista; se puede enfocar desde el síntoma, se puede enfocar desde el mecanismo, y también desde el concepto de grupo sintomático aglutinado por una clave común. En este aspecto los psiquiatras tenemos una enorme ventaja sobre los médicos internistas y sobre el médico somatólogo en general y es que nosotros podemos plantearnos el problema de la psicopatología a partir de la totalidad del mismo y en este sentido yo voy a intentar darles a ustedes una noción de los síntomas, de los síndromes fundamentales en Psiquiatría, a partir de esta concepción de la totalidad del hombre en la vida.

Como saben ustedes, el especialismo es un mal de la época y el especialista ha sido bien definido por Bernard Shaw, afirmando en una de sus desconcertantes paradojas, que el ideal del especialista «es el saber, un saber creciente con una constricción creciente del campo de la práctica», de modo que en realidad la actividad del especialista con-

siste en acumular una gran cantidad de conocimientos con una zona de práctica cada vez más restringida. De esa manera, decía Bernard Shaw, se llega a una conclusión nihilista, es decir, que el ideal remoto del especialista sería alcanzar la infinitud del saber acerca de la nada; sin embargo, es muy dudoso que esto ocurra en Psiquiatría, porque el psiquiatra, que se mueve en torno a totalidades, jamás puede llegar a inscribir el campo de la práctica en un círculo más restringido; esto puede ocurrir en la somatología donde el campo de la práctica es evidentemente directo pero nosotros nos movemos en un ámbito de cosas en el que la restricción de la práctica es sumamente limitada, de modo, que el psiquiatra puede estrechar sus posibilidades muchísimo, pero siempre se encontrará con un campo de acción extraordinariamente amplio.

Es menester que partamos de un concepto preciso de la Psiquiatría. ¿Cuál es el objeto de la Psiquiatría? Aunque ya existen una porción de definiciones, a mí se me ha ocurrido ésta: «La Psiquiatría es aquella parte del quehacer médico que contrae sus límites a modos del enfermar humano que alteran la evolución, la integración, la dirección y la adaptación existencial de la persona humana». Yo creo que con esto está comprendida toda la patología psiquiátrica y además no plantea ningún problema que se refiera a las cuestiones cruciales y discutibles de la Psiquiatría; ni organicismo, ni espiritualismo.

La Psiquiatría extiende sus límites a todas aquellas maneras de enfermar en las que está comprometida la evolución, la dirección, la integración o la adaptación de la persona humana; de modo que el psiquiatra no puede prescindir al pronunciar la palabra persona de este hecho: «el hombre es un ser que vive en el seno de una comunidad»; y nunca puede prescindir ni de la vida, ni de la existencia ni del hecho de nuestra presencia en contacto con el enfermo.

Una vez centrado y definido por consiguiente el quehacer del psiquiatra, advertimos que la psicopatología, igual que la fisiopatología, no se refiere simplemente a la interpretación de hechos concretos y positivos, es decir, nunca en términos fisiopatológicos, el médico o el investigador se plantean un hecho concreto para desentrañar precisamente ese hecho, sino que lo característico de la fisiopatología es obtener constelaciones de hechos puramente teóricos cuya mecánica

es desentrañada sobre este trabajo teórico. Naturalmente que este trabajo descansa a su vez sobre una estructura de experimentación y de observación, pero fundamentalmente lo que el fisiopatólogo y el psicopatólogo realizan es una labor arquetípica de construcción teórica; por eso, los síndromes psiquiátricos que ustedes van a conocer, son más una construcción teórica que un producto directo de la observación. Tienen ustedes que hacerse a la idea de que al enfrentarnos con grandes síndromes o con problemas psicopatogenéticos no podemos, como dice Jasper, más que abstraer una construcción teórica e interpretativa de lo que ocurre; nunca podemos superponer el hecho psicopatológico al hecho real; de modo que cuando se ve a un enfermo aplicamos nuestras propias estructuras mentales adquiridas sobre la base del conocimiento psicopatológico —arquetipos figurales o construcciones teóricas—, a los nuevos hechos que la sintomática del enfermo nos ofrece.

Conviene meditar sobre algunas diferencias existentes entre psicopatología y fisiopatología. En la fisiopatología, el hombre es el escenario natural del fenómeno, entendiendo por natural lo que ocurre en el seno de los principios fundamentales de la materia y de la energía y, dentro de lo material y de lo energético en los órganos, pero en psicopatología hay algo más. Así como en somatología es posible construir teóricamente una interpretación fisiopatológica del metabolismo hidrocarbonado fundada sobre elementos positivos de gran realidad y podemos prescindir al estudiar esto de la totalidad del resto de los órganos y de los aparatos, aun cuando fuera arbitrariamente; en psicopatología no se puede realizar esa escisión. El psiquiatra que estudia un síndrome determinado tiene que estar en contacto con la totalidad del enfermo de una manera implícita.

Hay que tener en cuenta que en todo hecho psicopatológico hay dos cosas, como en todo elemento constructivo; hay la base positiva, que es la observación y la experimentación, y hay el juego dialéctico. La proporción entre juego dialéctico y experimentación u observación está mucho más cargada sobre el primer término en el saber psiquiátrico que en la fisiopatología somática. Lo fundamental para el psiquiatra, más que los hechos de observación, es la dialéctica. Nosotros empleamos un lenguaje, una serie de símbolos formularios para com-

prendernos; los síntomas adquieren una expresión clínica distinta que se expresa de una manera dialéctica. Por eso el psiquiatra es el médico que más discute, porque su trabajo, su manera de entender los problemas, es fundamentalmente dialéctica, más que de observación y verificación directas.

En psicopatología el juego dialéctico, tanto en lo corporal como en lo psíquico, se mueve entre los dos polos causa-efecto, y por ello, lo primero que se plantea uno cuando enfoca la psicopatología general, es el estudio genérico de las causas. En realidad, todo lo que ocurre en medicina es una pregunta sobre las causas. Observamos los síntomas, los recogemos y los estructuramos pero siempre hay un fondo interrogatorio sobre la causa. Existen diferencias con la fisiopatología en cuanto al modo de entender la causa. La causa es clara y directa con mucha frecuencia en medicina general; no lo es siempre en psicopatología. De la misma manera que en patología corporal una causa puede aislarse y reducirse a elementos sencillos, en psicopatología nunca tenemos una causa sencilla, concreta y directa, de modo que otro concepto en el que hemos de insistir hoy es que nunca encontraremos ni podremos aspirar a referir un grupo sindrómico a una causa determinada, sino más bien a una agrupación de mecanismos causales que están encadenados, jerarquizados y que son inseparables. Causa y mecanismo en patología corporal son muy solidarios. Una insuficiencia hepática integra su fenomenología de déficit en un mecanismo directo, anatómico, funcional y químico y los efectos derivados son también directos. Causa y mecanismo en psicopatología no guardan tan estrecha relación. El mecanismo es a veces muy distinto del que se podría esperar; se opera con individualidades complejas, no con individualidades relativamente sencillas y, por consiguiente, el proceso que emana de la causa y se manifiesta a través del mecanismo es diverso y múltiple. El psiquiatra está siempre en la situación del hombre que espera algo enteramente nuevo, algo que puede sorprenderle, algo inédito. Por consiguiente, si la relación causa-efecto o causa-mecanismo es de este tipo, multitud de causas, jerarquización de las causas, aglutinación de las causas en un todo funcional y por un mecanismo diverso; los efectos, por consiguiente, serán diversos e inesperados y si ustedes remontan la corriente verán que cuando se está en presencia

de los efectos surge la posibilidad de atribuirlos a distintas causas. El enfermo, en realidad, es un gran efecto, un complejo de efectos, y nuestro primer contacto con el enfermo consiste en una especie de protocolización de los efectos que en seguida orientamos hacia la busca de las causas. Jasper nos indica que la estructura de las causas es diversa y distingue aquellas que son sencillas y comprensibles como lo es la relación hipertiroidismo-irritabilidad. Si ustedes tratan de investigar la profundidad del mecanismo, siempre habrá una serie de incógnitas, pero es indudable que la experiencia demuestra que el hipertiroidismo está acompañado de irritabilidad. Pero hay otras causas, otras relaciones o sistemas causológicos en que esta ecuación no se puede recoger más que como un juicio abarcable no enteramente comprensible; tal ocurre, por ejemplo, con la herencia como causa de enfermedad. Es indudable que este problema, en su contenido total lógico, se nos presenta como un conjunto abarcable de conocimientos y no como un sistema racional y directamente comprensible. Y finalmente, hay otras relaciones en esta ecuación causa-efecto en las que se nos da un contenido provisto de significación o sentido y que no solamente no es comprensible, ni explicable, sino que se intuye de un modo especial, con cierta resonancia enigmática. Por ejemplo; uno de nuestros enfermos se encontraba en un café de Buenos Aires y de pronto observa que dos individuos que ocupan una mesa vecina hablan de él. Entonces descubre como si se hiciese de pronto una especie de luz, que es el Conde de la Gomera y de ello hablan sus vecinos. Este fenómeno, en virtud del cual, un hombre ha descubierto en un café de Buenos Aires, una buena tarde, siendo aparentemente normal, que es el Conde de la Gomera, siempre resultará para el psiquiatra enteramente enigmático. Este hombre ha vivido un momento que no podemos describir más que como de inefabilidad, de iluminación o clarividencia, en cuya atmósfera alucinante ha llegado a una convicción irreal; evidencia irreal que no se reduce simplemente a esto, sino que impulsa al sujeto a la acción; nuestro enfermo liquida su fortuna, rompe toda clase de vínculos y emprende viaje a la isla de La Gomera para reclamar su condado, donde tiene el primer tropiezo con el Cabo de la Guardia Civil porque se niega a pagar los impuestos, ya que es a él a quien tienen que tributar los habitantes de la isla.

En lo que se refiere a los modos de producción de los mecanismos psicopatológicos hemos de precisar, aunque sea rápidamente, algunos conceptos y, en primer lugar, el de lo endógeno y lo exógeno.

Alguien ha dicho muy acertadamente que la vida humana es una pugna trágica entre lo espontáneo y lo difícil, y en esta frase está muy bien expresada la distinción que los psiquiatras tenemos que realizar entre lo que es endógeno y parece fluir naturalmente de la individualidad y lo que es exógeno e intuimos como algo que se impone a la individualidad. A veces la frontera entre lo uno y lo otro puede desplazarse y así el delirio de grandeza del paralítico general es *endógeno*, es decir, se produce en el seno de la individualidad psíquica, pero a su vez depende de una afección cerebral producida por el treponema, por consiguiente es un efecto de una infección exógena. Todo aquello que es espontáneo, que surge de la personalidad, del interior, de la intimidad, de lo profundo de la psique, del propio mecanismo de la psique es lo endógeno, y lo exógeno es todo aquello que racionalmente ha de atribuirse a una acción que procede del exterior.

Ahora bien, ¿qué debemos entender también por lo exterior? El exterior es el mundo y en este mundo se generan una serie de causas que operan en virtud de su naturaleza material o energética y otra serie de causas que operan desde su cualidad de relaciones espirituales también externas al individuo. De modo que el hombre puede desencadenar reacciones de carácter exógeno no solamente secundarias a la acción física sino a la acción de los significados, de los contenidos espirituales del mundo exterior. Existen trastornos mentales de tipo exógeno (reacciones a las agresiones que proceden del mundo físico, del mundo biológico de los microbios), y trastornos asimismo exógenos que dependen de conflictos del individuo con el mundo de los significados, con el mundo teórico, con el mundo de las relaciones interhumanas. Dentro de lo endógeno y de lo exógeno hemos de distinguir exactamente lo que es orgánico de lo que es funcional. Manifestación orgánica es aquella que puede enlazarse racionalmente mediante relaciones comprensibles y explicables con determinadas estructuras somáticas, es decir todo aquello que de una manera comprensible y explicable está relacionado directamente con una alteración del sustrato corporal. Lo psíquico se genera y desarrolla en un campo que

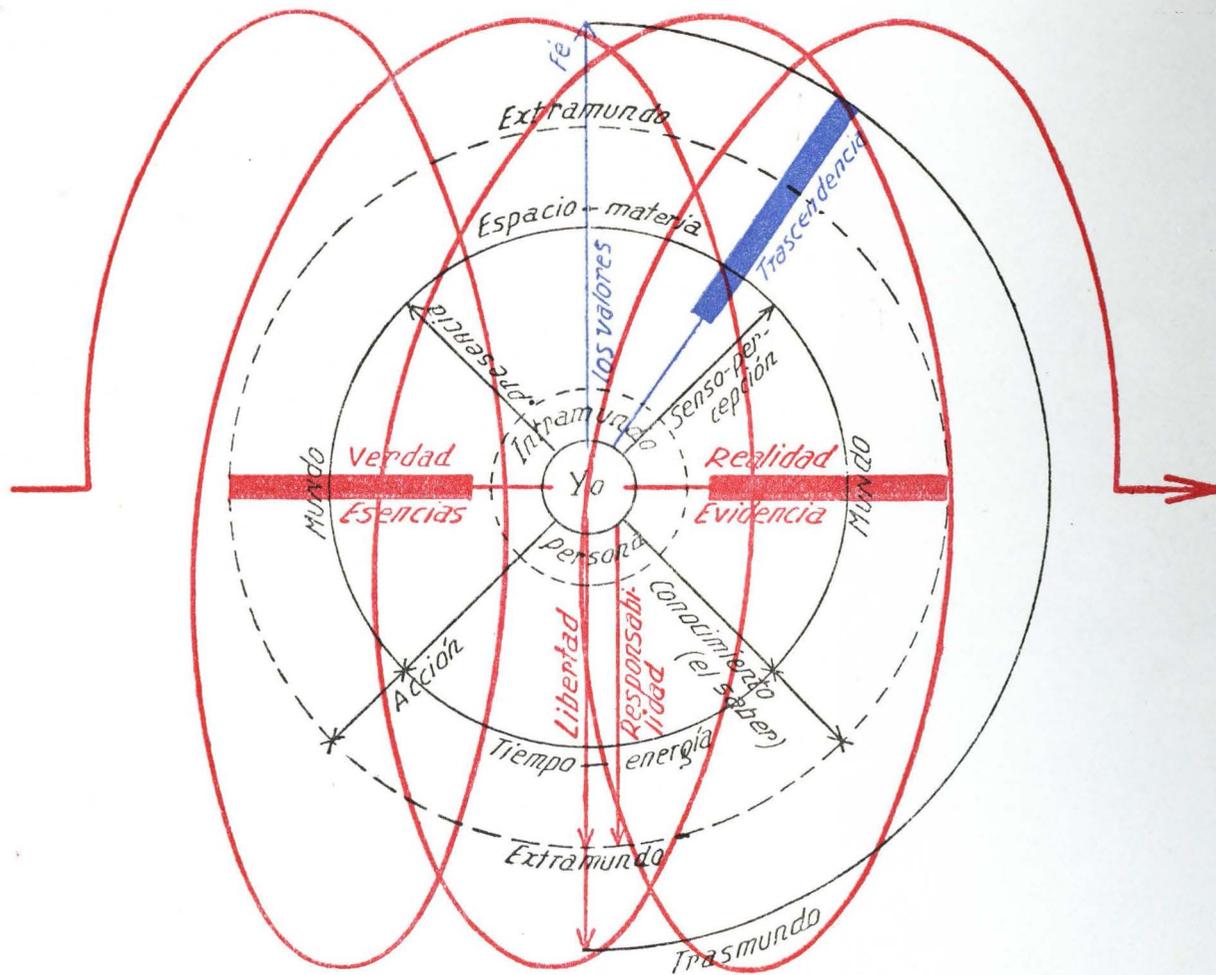


Fig. 1.—Representación esquemática del hombre en el mundo

excluye la intervención determinativa de las estructuras y dinamismos corporales. Y entre lo orgánico y lo psíquico, como conceptos extremos de una teoría fenoménica, se insertan los trastornos y disarmonías funcionales. Para simplificar diremos que frente a las acciones agresivas el ser humano presenta una organización estratiforme. Estructura orgánica, función vital, ser en la existencia. Y de cada uno de estos estratos deriva la peculiaridad de lo corpóreo, lo funcional y lo psíquico.

Vivimos en un mundo imperativamente exigitivo y frente al cual no hay otra posibilidad de personalizarse que adoptar una actitud, creer en los principios que la fundamentan y vivirla sin otro condicionamiento que el impuesto por el servicio de la verdad. Para nosotros, hombres que hemos formalizado nuestra dedicación a la ciencia, no deben adquirir proporciones desmesuradas las cuestiones polémicas que surgen ante la formulación del problema alma-cuerpo. Lopez-Ibor lo resuelve de muy noble manera en el libro homenaje a Zubiri. Hay que buscar y encontrar la verdad eterna en cada situación histórica y con los materiales y el lenguaje de cada tiempo. Las posturas extremas del materialismo son hoy una antigualla arrinconada.

El psiquiatra está constantemente en presencia de lo enigmático y mientras más sabe mejor comprende que el ámbito de lo que carece de explicación y escapa a las leyes de la pura causalidad física, el ámbito de lo que no es localizable ni situable, es mucho más amplio cada día.

Y ya no vamos a insistir sobre las raíces filosóficas que puede tener este problema, que es extraordinariamente complejo y sigue sin resolver. Tanto que un psiquiatra genial de nuestra época ha dicho que este dilema entre lo orgánico y lo psíquico es un dilema psiquiátrico en el que cualquiera que fuera su resolución se acaba con la psiquiatría. El día que lo orgánico esté perfectamente desentrañado y en el arriesgado supuesto de que la ciencia progrese en términos de dialéctica materialista hasta el extremo de llegarnos a explicar la totalidad de los fenómenos como función del órgano cerebral o como función de lo que fuere, la Psiquiatría habrá desaparecido y el día en que la tesis opuesta se hubiere podido aquilatar, entonces nos encontraremos con que hemos regresado a la teología, al campo de la pura

metafísica; es decir, que también la Psiquiatría habría desaparecido. De modo que quizás la Psiquiatría vive y subsiste tal como al presente la entendemos y ejercemos porque existe insoluble y en perpetua renovación este problema dialéctico.

Desde un punto de vista práctico, y rehuendo cualquier inclinación polémica, precisamos de un instrumento conceptual que nos permita abarcar la mecánica psíquica. Creo que en todos los procesos hay una vertiente psíquica y otra orgánica que pueden ensamblarse considerándolas desde tres puntos de vista: el punto de vista de la estructura, el de la integración y el de la adaptación. Es decir, todo hecho psíquico descansa en una estructura anatómica. Destruída la estructura desaparece el hecho psíquico en su totalidad, el individuo muere y acaba la persona. El otro punto de vista nos lleva al concepto de integración. La simple actividad de las estructuras vivas constituye la función que en el animal y en el hombre no es nunca función a secas sino algo más incrementado por la complejidad, la organización y el sentido, orientación o finalidad biológicos. Percepciones, representaciones, tendencias e impulsos no son unidades aisladas sino integraciones condicionadas a su basamento estructural en una armonía y perfecta correlación biodinámica. El sistema total de integraciones adscrito a un ser en la existencia, que a su vez tiene conciencia de su propio ser y existir en el mundo, nos conduce al tercer punto de vista, que es el del contacto y adaptación a este mundo como objeto ajeno y como forma personal en la visión que se tiene de él.

Tratamos de comprender el conjunto de la totalidad del hombre en el conjunto indicativo de la estructura de un esquema. Ha de perdonárseme que sacrifique a la necesidad didáctica las precisiones que un lector más formado y exigente echará de menos. Situamos en el centro de nuestro esquema (fig. 1.^a) el hombre teórico, cuya totalidad psicofísica abarcamos y comprendemos. Su núcleo central irreductible es el Yo. El primer círculo circunscribe la fracción Yoica del hombre y si representamos en él la conciencia como función informativa e integradora, inmediatamente nos es sugerida una zona de experiencia interior —conciencia del sí-mismo psicofísico—, que abarca nuestro saber de nosotros mismos o «intramundo» de una parte y de otra la compleja función de contacto con el mundo que pudiéramos figurar

en la limitante del segundo círculo, que sería esquemáticamente una membrana funcional a través de la cual se manifiesta nuestro ser para —el mundo y en —el— mundo, estructura que con notoria licencia identificaremos *como la persona*. El mundo de la realidad física se nos muestra en su doble sentido universal témporo-espacial y en este mundo están las cosas y los seres presentes y ausentes. Intercambiamos materia y energía con este mundo, lo aprehendemos por la senso-percepción y sus elementos constituyen la realidad sensible y evidente.

Este sería el mundo de la presencia, al que opondremos el mundo de los conceptos, de las relaciones y de los contenidos mentales; el extramundo o mundo de las virtualidades o esencias, al que tenemos acceso por las funciones intelectivas del conocer. Dentro de estos círculos comprendemos todo el proceso cultural del hombre, cuya diferenciación determina cualitativa y cuantitativamente su grado de evolución y su calidad en términos comparativos. El hombre se mueve dentro del mundo real y del mundo virtual mediante un juego de fuerzas que lleva aparejado un concepto importantísimo que es el de libertad. Conocimiento y libertad son las dos dimensiones fundamentales del hombre y el signo de su existencia. La razón y la libertad condicionan y mantienen el equilibrio y la marcha del hombre como suceder propio —conducta—, en el más amplio suceder total —historia—. A esta forma del conducirse corresponde la responsabilidad de que hablaremos en este curso y que interesa al psiquiatra y al jurista. Los círculos del intramundo y del mundo material contienen la esfera de la vida en sentido estricto; el círculo de las virtualidades, sólo separable teóricamente, contiene la esfera existencial. Los impulsos irradian de la primera y en la segunda penetran como direcciones vectoriales tendencias y motivaciones, exigencias y necesidades. Nosotros sabemos que la totalidad del hombre y sus posibilidades no se reducen a lo que concebimos ahora entre las líneas de nuestro hipotético esquema. Nuestra mente es capaz de extenderse a un círculo más amplio, de altas esencias, cualificado por altos valores y que se alcanza mediante el trascender. Círculo del trasmundo en el que penetramos por el impulso iluminado de la fe y que limita la esfera esencial del ultraconocimiento filosófico y los valores estéticos y religiosos.

Este esquema es una figuración inmóvil y rígida, intemporal, del hombre, que expresa únicamente los rasgos más elementales a partir de su fracción nuclear. A su vez podemos imaginar el proceso inverso y construir mentalmente una estructura fáctica, un hecho, en su totalidad comprensivo de todos sus elementos virtuales y materiales, la presencia de cosas y de seres, su interrelación mutua y sus ecuaciones de sentido y valor. Esta totalidad es una experiencia que en cuanto es vivida por el hombre e integrada en su propio ser constituye lo que se llama vivencia o sea tipo de experiencia total vivida por el hombre como totalidad.

Quizá quede algo más. Nosotros comprobamos a cada paso cómo cualquier situación, cualquier palabra adquiere de pronto una significación especial. ¿Por qué basta el silencio o basta un paisaje o basta una evocación para que de pronto todo adquiera un matiz determinado? Tenemos conciencia de un temple interno susceptible de fluctuación y de vibración y es que toda esta realidad del hombre está sumergida, como inmersa en algo que le infunde un sentido y una resonancia peculiares. Y este orden de experiencia, en el que hay algo que emerge del hombre —emoción, afectividad— y algo que en forma misteriosa le es dado en las cosas, los seres y los valores, inefabilidad, inspiración, gracia—, lo hemos representado en un trazo curvo que se arrolla sobre sí mismo para sugerir la idea de clima, ambiente, seno o pura sutilidad tras la cual se oculta al mundo de los sentimientos.

Si representamos la existencia por un símbolo lineal de dirección, la realidad óptica, que es el hombre viviente, se desplaza a lo largo de esta línea, a la que ahora cualifica con más definido acento la dimensión temporal. Cualquier momento dado implica un estado de conciencia aportador de experiencia que se sitúa entre otros dos momentos limitantes, pasado y futuro. De estos dos momentos se tiene un conocimiento diferente que caracteriza específicamente el espíritu del hombre, el uno se experimenta y elabora por la memorización como un haber sido, y el otro como un modo posible de ser en función de la capacidad de prospección. Y son estos dos tipos de utilización de la experiencia, los que imprimen el carácter evolutivo-formativo del hombre, cuyo peculiar destino existencial reside en el desplazamiento temporal entra el dejar de ser pervivente en la memoria y el llegar a

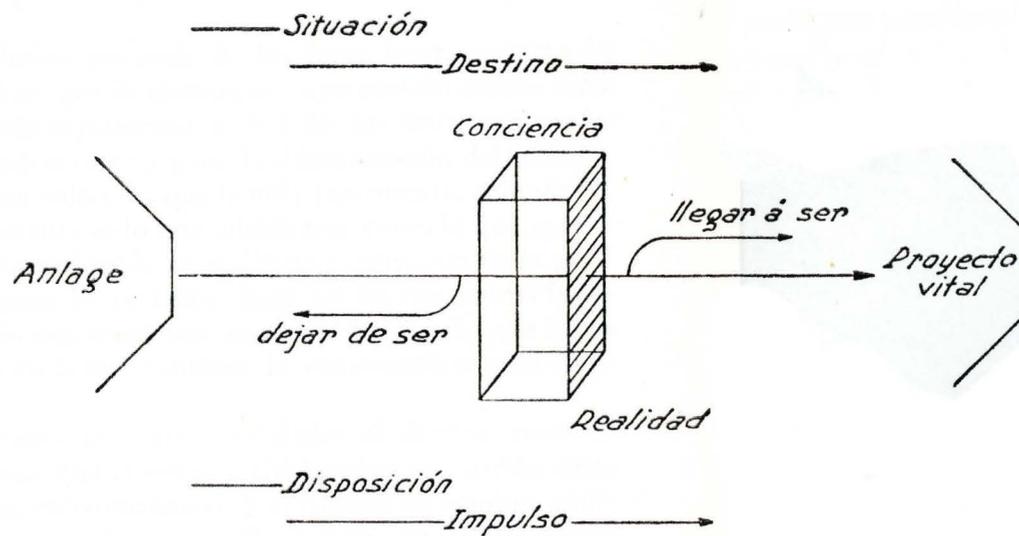
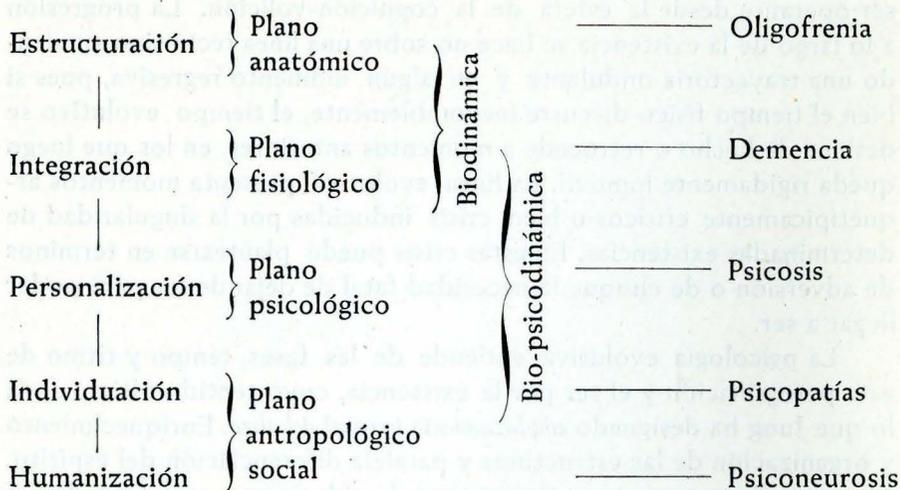


Fig. 2.—Esquema representativo de los factores y direcciones del devenir humano

ser operante desde la esfera de la cognición-volición. La progresión a lo largo de la existencia se hace no sobre una línea recta sino siguiendo una trayectoria ondulante y en algún momento regresiva, pues si bien el tiempo físico discurre inexorablemente, el tiempo evolutivo se detiene de hecho o retrocede a momentos anteriores, en los que luego queda rigidamente inmóvil. La línea evolutiva presenta momentos arquetípicamente críticos o bien crisis inducidas por la singularidad de determinadas existencias. En estas crisis puede plantearse en términos de adversión o de choque la necesidad fatal de dejar de ser para poder llegar a ser.

La psicología evolutiva entiende de las fases, tempo y ritmo de esta peregrinación y el ser por la existencia, cuyo sentido último sería lo que Jung ha designado *emplazamiento terrenal del alma*. Enriquecimiento y organización de las estructuras y paralela diferenciación del espíritu. Mas el espíritu no es tan sólo esto que la vida incrementa, complica y perfecciona. Tan importante es lo que olvidamos como lo que aprendemos y esto, que al fin y al cabo es sedimento privativo de la peripcia individual, tampoco lo es todo. Jung ha incorporado a la estructura clásica del inconsciente una instancia más, a la que llama inconsciente colectivo, en la que contiene la experiencia arcaica de la humanidad.

Si pretendemos enunciar intencionalidades al destino genérico que es el existir, diríamos que el objetivo del hombre es: cuando niño, madurar; cuando joven, individualizarse, y al hacerse un hombre, cumplir el proceso de humanización. De modo que en una posible psicopatología evolutiva tendríamos enfermedades en las que no se ha madurado, enfermedades en las que no se ha alcanzado la individualización, y enfermedades en las que el hombre no se ha humanizado.



Creemos que vale la pena dedicar unos pocos minutos a la historia de las localizaciones. En primer lugar citamos las ideas de Gall. Gall establece un repertorio de cualidades y las refiere a un repertorio de lugares. Incurrir en el error de suponer que son concretamente las cualidades de su repertorio lo que específicamente está localizado en su fantástica topografía cerebral, pues nadie puede demostrar que, por ejemplo, la capacidad marcial sea una entidad psicológica que como tal específica disposición haya estado representada en el cerebro. Tampoco es cierto que una más destacada cualificación individual en una de estas disposiciones tenga que producir una hipertrofia estructural que se traduzca en cambios anatómicos tan notorios como los que Gall pretendía recoger por la simple palpación del cráneo.

A los estudios frenológicos de Gall suceden las recopilaciones atentas de hechos clínicos comprobados microscópicamente y las observaciones efectuadas con científico rigor de los traumatizados de cráneo y encéfalo.

Se empiezan a relacionar tipos de lesión con defectos funcionales y su correlato topográfico. Con un más completo conocimiento clínico y anatómico de las afasias, surge el problema de qué cosa será lo que se localiza. Y así se llega a la noción localizacionista de la imagen; lo

que se localiza es la imagen, ya se trate de la imagen verbal, de la imagen escrita o la imagen motora.

El progreso constante y a un ritmo creciente, a medida que se perfeccionaban los recursos técnicos de experimentación, observación y control, que ha experimentado la neurofisiología, ha determinado una crisis del que ahora nos parece ingenuo mecanismo localizacionista. En efecto, tanto con la teoría puntiforme como con la del mosaico de estructuras, es difícil explicar el mecanismo de la representación simbólica, el juego ideatorio del pensamiento categorial o fenómenos bastante más sencillos, como el traslado de funciones al hemisferio derecho.

En función de los datos proporcionados por la investigación en la triple dirección electrofisiológica, bioquímica e histológica, se experimenta una cierta inclinación por una consideración del cerebro fundada en zonas de rigurosa especialización funcional, pero de frente a una visión total de la actividad cerebral, aun cuando se la reduzca a fracciones dinámicas aparentemente sencillas. La idea de *totalidad viviente*, en la que se fundan las concepciones psiquiátricas de A. Meyer y Goldstein, no está en contradicción con aquellos hechos, se trata más bien de dos maneras distintas de conocer acerca del mismo acontecimiento.

En esta línea se encuentra el neurofisiólogo español Profesor J. Gonzalo, cuyas ideas centrales son:

—El cerebro es una totalidad anatomo-energética.

—Los síntomas lesionales se producen por mecanismos fisiogénicos independientes de la localización funcional, en los que la masa cerebral anulada determina cambios bioenergéticos (desfasamiento).

La concepción de Gonzalo se funda en conceptos y leyes demostradas por la actual fisiología cerebral y principalmente en la inespecificidad del influjo nervioso y homogeneidad de la actividad cortical. Los síntomas se deben al descenso de nivel funcional por sustracción de energía nerviosa, cuya cuantía es proporcional a la masa de sustancia excluida funcionalmente por la lesión.

La concepción total holística de la dinámica neuropsíquica necesita forzosamente de la idea de organización. Esta organización ha sido expresada teóricamente mediante un sistema jerárquico de estruc-

turas que sirve de soporte a otro sistema igualmente jerarquizado de funciones. El iniciador de esta modalidad de pensamiento fué H. Jackson, discípulo de Spencer e integrador de la hipótesis evolucionista en la patología neuropsiquiátrica. Según Jackson, la integración de la totalidad de la vida neuropsíquica se produce a lo largo de un proceso evolutivo de carácter fásico, integrando modalidades de estructuras a las que corresponden niveles de funciones. Esta evolución obedece a tres leyes fundamentales:

—La evolución es el paso de lo más organizado (más sólida y antiguamente integrado en un nivel inferior) a lo menos organizado (más frágil y de más reciente adquisición en un nivel superior).

—De lo más simple a lo más complejo.

—De lo más automático a lo más voluntario.

Cada nivel dispone, pues, de una cierta autonomía, de un cierto grado de solidaridad interna, y está relacionado o integrado secundariamente en el nivel inferior al que sigue en orden de aparición y al superior que evolutivamente precede. Esta integración supone dependencia e influencia mutuas.

En la enfermedad, al proceso evolutivo corresponde el *disolutivo*. La disolución se produce a la inversa:

—De lo menos a lo más organizado (liberación piramidal en la lesión cortical).

—De lo complejo a lo simple (fenómenos posturales y tónicos en las lesiones de los núcleos grises).

—De lo voluntario a lo automático (estados crepusculares, convulsiones y automatismos en general).

La reacción contra las teorías mecanicistas ha provocado una revisión de las ideas de Jackson, y el profesor Ey, a partir de 1943, la ha utilizado para su interpretación organo-dinámica del psiquismo, que tratamos de resumir tomándola de la obra de Guiraud.

—Un nivel inferior *localizado* en la estructura nerviosa y condicionado en su actividad a la propia actividad biológica de sus elementos materiales y en el que se integran las funciones gnósicas y práxicas, el lenguaje y los reflejos condicionados. Se trata por tanto, clínicamente, de un nivel neurológico.

—Un nivel superior, que Ey describe, provisionalmente, referido a cuatro escalones:

- 1).—Funciones integrantes de la personalidad en el plano social.
- 2).—Funciones integradoras de la personalidad emocional (instintos y afectividad).
- 3).—Funciones integradoras de la percepción del mundo exterior e interior.
- 4).—Funciones ideatorias elementales.

Este segundo nivel (n. superior) reúne en los cuatro escalones las importantes funciones de adaptación a lo real, personalización y sistema de la conciencia, integrantes del dominio de la libertad del espíritu y por lo tanto independientes del sistema nervioso, de cuya actividad no son la vertiente o expresión subjetiva o el reflejo de su fisiologismo. La destrucción lesional de un nivel supone la pérdida de la unidad y libertad del espíritu. La instalación de la psicosis.

A Mönakow y Mourgue se debe una concepción también holística de la neuropsiquiatría concebida con un espíritu biológico sólidamente afirmado en el principio del paralelismo psico-físico y en la distinción cartesiana del cuerpo y el espíritu. A las ideas de evolución y disolución de H. Jackson corresponden ahora las de integración y desintegración. El proceso evolutivo del hombre es concebido como una serie creciente y perfectible de integraciones funcionales que reúnen con exacto ajuste la diferenciación estructural y funcional. Este proceso es mantenido por un impulso energético que es denominado «hormè». La «hormè» es, por lo tanto, la matriz informe de las fuerzas pulsionales, instintivas y emotivo-afectivas, que se inicia en su forma embrionaria por el instinto formativo y termina con la fina y múltiple gama de los impulsos y tendencias del hombre adulto. La «hormè» impulsa la integración morfológico-funcional con arreglo a dos principios:

- La unidad y asociatividad de los elementos a integrar (integración «en briques»).
- La localización cronógena, o sea la organización sometida al eje directivo y armonizador del factor tiempo.

La integración se hace en niveles o fases de diferenciación y perfección a partir de un nivel formativo (morfogenético) a ni-

veles funcionales de orientación y otros más elevados en la esfera de la causalidad cuyo logro supone la individuación y libre movilidad del hombre en el mundo exterior y en el propio.

Aparte la «hormè» existen, sobre todo en los niveles superiores, fuerzas integradoras que se agrupan bajo el nombre de «syneidesis» (educación, presión moral y de los valores); estas fuerzas suponen tendencias y pulsiones de reciente adquisición (neo-hormétères).

En la enfermedad se opera un proceso de desintegración que parte de una lesión focal y determina por la operatividad disgregante (formativa, cronógena e instintiva) trastornos alejados o a distancia (diasquisis), de los que existen gran número de ejemplos en patología neurológica. Esta doble noción de integración-desintegración, syneidesis-diasquisis, constituye un genial anticipo de la actual psicósomática (síntomas viscerales de los neuróticos, por ejemplo).

El esfuerzo más notable y afortunado que se ha hecho para conseguir una clave neurológica de los síntomas psíquicos, está representado por el conjunto de los trabajos de Kleist y especialmente aquellos que se ocupan del substrato anatomofisiológico de las funciones del YO. Esta idea de la pluralidad funcional dentro de la individualidad estructural, que supone el concepto de YO, se encuentra repetidamente en la literatura, pero corresponde a Kleist el mérito de haber logrado una estratificación jerarquizada de estas funciones que, a través de su contexto descriptivo, son expuestas como segmentos o fracciones yoicas superpuestas y a la vez imbricadas, tal como sugieren las concepciones clásicas de niveles de organización y diferenciación.

En el esquema (fig. 3) se pretende ofrecer una imagen clara y esqueta de esta organización. En la misma pueden reconocerse las clásicas divisiones de Wernicke —conciencia corporal y conciencia personal—, y de Stransky —timopsique y noopsique.

La sintomatología derivada de afecciones del sistema estructural al que está adscrito el YO *sensitivo* es una mezcla de trastornos orgánicos (paresias, sincinesias y disestesias), funcionales (dismimias, paramimias) y psíquicos (emotividad explosiva, automatismos y a veces estados histeroides). Síndromes de este tipo se encuentran en heridas

de la corticalidad frontal superior a condición de que la lesión sea profunda.

El *YO pulsional*, cuya base encefálica abarca el lóbulo orbitario y parte de las formaciones vecinas del diencefalo, está relacionado funcionalmente con las tendencias afirmadoras, agresivas e impulsivo-reactivas así como las de carácter instintivo (nutrición y erótica). Los síntomas derivados, interpretados como fenómenos de excitación o de liberación, varían desde la irritabilidad, el estado de humor disfórico, a la descarga-colérica o compulsiva y el desorden instintivo (bulimia y erotismo).

La variadísima serie de perturbaciones de la sensibilidad corporal protopática y cenestopática, que encontramos asociada a estados fundamentales de humor y sobre todo a una forma especial de tener conciencia de los mismos, (euforia—hipoestesia—banalización y puerilismo; disforia—mal humor—reactividad grosera e inconsiderada; disociación entre la noción de este YO corporal y el testimonio y de los restantes órganos y sentidos—alucinosis cenestopáticas), afecta a las organizaciones biológicas que son el soporte del *YO corporal* (lóbulo orbitario y frontal y circunvolución límbica en la región del cíngulo).

En cuanto a los síntomas deducibles de la disolución de los llamados *YO social* y *YO religioso*, tendremos ocasión de revisarlos en las fórmulas nosográficas de la desadaptación a los síntomas de tendencia—exigencia—necesidad que configuran la vida del hombre en su proyección colectiva.

A pesar del carácter esquemático de la presente exposición, no puede pasar desapercibido el hecho de que Kleist acentúa el lado vital de sus interpretaciones y da de los hechos vividos o de los actos de experiencia una visión biológicamente unilateral. Justamente con este acontecer neurobiológico, se produce otro aprehensible en su intimidad e identidad como su correlato psíquico. El problema continúa sin resolver si nos preguntamos dónde y cómo se produce y desarrolla el aspecto psíquico del fenómeno biológico que hay en la base de cuanto acontece en el hombre.

Pero esto nos lleva a la cuestión de la conciencia, que Kleist se plantea fuera de su valiosa descripción del YO, sin duda a causa de

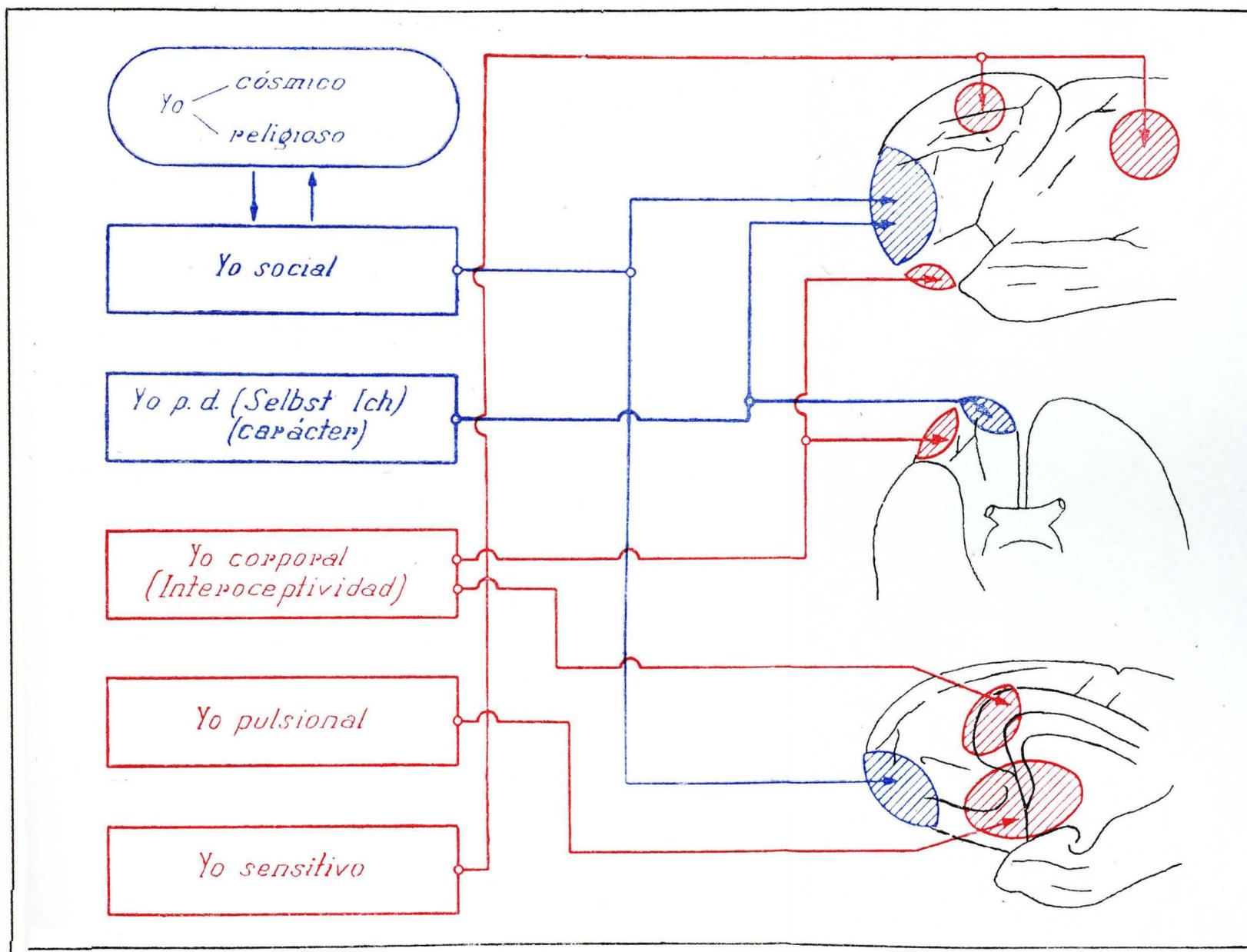


Fig. 3



reactividad ante situaciones vitales extremas; de los impulsos, necesidades y ritmos sexuales.

—Regulación del ritmo reposo-actividad o sueño-vigilia.

No basta lo mencionado para integrar el fenómeno conciencia que ha de complementarse por sumación e integración de las aferencias cerebelosas —orientación espacial—; talámicas —aporte de la calidad y notación sensitiva—, y cortical. De aquí que hayamos de reconocer en la conciencia:

—Una cualificación del devenir consciente de toda realidad o acontecimiento psíquico.

—Un estado peculiar en el que pudieran reconocerse niveles de precisión, de luminosidad, de facilitación.

—Un conocer la propia realidad psíquica, constataria de su existir real y de su adecuación.

—Un sentimiento inseparable de la experiencia de sí mismo a cualquier nivel (corporal o anímico).

En fisiopatología lo que nos conviene recordar y destacar es el componente verificador de la realidad propia o personal y extrapersonal y las formas en que nos es dable experimentar el *sentimiento de ser*. En efecto, este sentimiento puede experimentarse:

—Como cualidades de vigor, dinamismo y expansividad vital o, por el contrario, como cualidades de insuficiencia, impotencia, inhibición o retraimiento.

—Como cualidades de exaltación (alegría) o depresión (tristeza).

—Como cualidades generadoras de dolor y placer.

—Como modalidades de pulsión siguiendo vectores primarios de conducta dirigidos a la satisfacción de necesidades o realización de tendencias instintivas (agresión, lucha, hambre, sed, compulsión sexual).

—Como formas de integración superior que son vivenciadas en forma de emociones en las que el acento recae sobre el componente afectivo.

—Como formas de integración de patrones de comportamiento, en los que el acento recae sobre la esfera conativa y la facultad de inhibición y que son vivenciadas en forma de pasiones o de conducta perversa.

En la sintomatología de las grandes psicosis encontramos manifestaciones de un «concienciar» anómalo, fácil de identificar a través de una descripción como la realizada, a pesar de sus defectos y de su elementalidad. Pero quizá los trastornos más importantes que acaecen en el campo funcional de la conciencia sean el percibir irreal o alucinante y el vivenciar irreal o delirante.

En medicina general, el síntoma ofrece directa y concretamente su sentido manifestativo. Los grupos sintomáticos presentan un encadenamiento estrecho y racionalmente ligado al sistema conceptual en el que abarcamos y concebimos la unidad nosológica a que corresponden. No ocurre así en clínica psiquiátrica, ni siquiera en la verdadera clínica mental que es la de asilo. La del médico a la cabecera del enfermo y no frente al problema existencial de un hombre. La semiología psiquiátrica ha estado sometida a la descriptiva general de la psicología positiva y en los grandes tratados los síntomas se agrupan y estudian como alteraciones de funciones psíquicas individualizadas con un criterio psicológico. Está por hacer una semiología práctica y sencilla sobre otras bases y confiamos en que en un futuro próximo será posible construir un repertorio sintomático en el que estén resueltos los problemas patogenéticos, los de ordenación y clasificación nosológica y los relacionados con la terminología.

En nuestra exposición seguimos a Guiraud, que deduce los síntomas «desde su origen» y los analiza conforme a su significación patogénica:

a).—Síntomas defectivos (o de déficit):

Consecuentes a una lesión destructiva de una parte de substancia cerebral o de una región encefálica cuya función queda de este modo abolida o amputada del resto de la fisiología cerebral (parálisis, agnosias, apraxias, afasias).

b).—Síntomas de irritación:

Su existencia real es cuestionable, pues lo que ocurre en la intimidad de los procesos patológicos no puede asimilarse a las respuestas obtenidas por excitación eléctrica, mecánica o química de una zona determinada del encéfalo. La excitación no es un fenómeno estrictamente limitado al punto en que se aplica: Ciertamente que en este punto determina la puesta en marcha de la *parte esencial* de un determinado

fenómeno (Urban ha inducido por excitación de las zonas 17-18-19 de Broodman fotopsias e imágenes bien configuradas, pero el *síntoma alucinosis* no es solamente eso, sino la consecuencia de una actividad mucho más amplia desencadenada por influjos parásitos derivados de la excitación primaria). Los síntomas de carácter «positivo» que pudiéramos considerar dependientes de una actividad intensificada patológicamente, son los que se generan en el substrato nervioso de la esfera tímica, (la acción excitante no fisiológica que se ejerce sobre las formaciones tálamo-subtalámicas produce una hipertimia, con facilitación y activación productiva intelectual, verbal y motora, exaltación vital y matización eufórica de la realidad con una prospección optimista de la existencia). Así pudieran interpretarse los síntomas del grupo maniaco.

c).—Síntomas de liberación:

Puede considerarse que un síntoma determinado obedece a un mecanismo de liberación funcional de estructura subordinada a la acción inhibidora de una estructura superior que ha sido lesionada, cuando este síntoma es persistente e inmodificable. Pero esto no quiere decir que el mismo síntoma no se produzca por otro mecanismo, incluso el de excitación. Así ocurre con el comportamiento salvaje o la «sham rage» del gato obtenidas, con sus respectivas técnicas, por Wheatley y Bard, por una acción destructiva que libera los centros de la vida emocional, mientras que Masserman los provoca por excitación eléctrica, aunque no persistan más que el tiempo que dura la excitación.

d).—Síntomas por diasquisis:

De escaso o nulo interés psiquiátrico, aunque son numerosas las manifestaciones neurológicas de este tipo.

e).—Síntomas de oposición y conflicto:

Evidenciados en las llamadas neurosis artificiales o en el comportamiento neurótico de los animales sometidos a estimulaciones condicionadas con arreglo a la doctrina de Pawlov. Resultan de la colisión de pulsiones o tendencias instintivas y se manifiestan en forma de inquietud, ansiedad, temor, tensión o conversiones y fijaciones somáticas (vómitos, algias, dispepsias, disfunción cardíacas, etc.). Conflictos entre la personalidad y situaciones internas resultantes del proceso.

psicótico producen los síntomas secundarios de la esquizofrenia (autismo, mutacismo, oposicionismo, etc.).

f).—Síntomas de adaptación:

La situación derivada de un déficit psíquico en una personalidad parcialmente conservada, al menos en la iniciación del proceso, provoca una especie de reorganización compensadora de la que determinadas manifestaciones sobresalientes o significativas constituirían, aunque algo impropriamente, los síntomas. Euforia, juegos de palabras, para-respuestas, confabulaciones, expresiones ansiosas, crisis de furor, agitación o incoherencia verbo-motora, indican en distintos casos las actitudes de disimulo, ocultación, huida, evitación de lo difícil y penoso, capitulación, inercia, resignación o retirada. La amnesia emotiva, el llamado síndrome de Ganser y la reacción catastrófal de Goldstein serían complejos sintomáticos de intensidad y profundidad crecientes, interpretables como reacciones de este orden.

Esta ordenación causalógica de los síntomas es susceptible de un reajuste simplificado con arreglo a las ideas de Bleuler. Los síntomas inmediatamente deducidos del fenómeno lesional; los de déficit e irritación y algunos de conflicto (como la «ansiedad») son *síntomas directos*. Los *síntomas secundarios o derivados* resultan de las acciones (excitación-liberación) ejercidas por las estructuras lesionadas sobre el soporte nervioso a que dichos síntomas corresponden (la fuga de ideas, alucinaciones o los estados oniroides).

Pudiéramos resumir la intención que ha presidido la anterior exposición, que no se me oculta ha sido desordenada e incompleta, en una síntesis explicativa de nuestra postura frente a la problemática psiquiátrica. Esta síntesis ha de ser obligadamente una concepción especial del hombre:

- Como unidad y totalidad psíquica.
- Como unidad estructurada en sí misma.
- Como unidad social.
- Como unidad trascendente o que tiende hacia Dios.

No es posible eliminar ninguno de estos cuatro conceptos. Cuando menos se piensa o, por el contrario, en el curso de una seria y profun-

da meditación, encontraremos, si somos leales con nosotros mismos, «la teología inmanente establecida en la naturaleza».

En el trabajo del psiquiatra, que es fundamentalmente una relación operante en el terreno espiritual, han de conjuntarse el amor al saber, el culto de la verdad y el respeto a la libertad y dignidad del hombre, con un sentimiento sincero de caridad cristiana.

DR. JOSÉ J. PÉREZ Y PÉREZ

ESQUEMA GENERAL DE LA NOSOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA

LECCIÓN 2.ª

DR. JOSÉ J. PÉREZ Y PÉREZ

ESQUEMA GENERAL DE LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

CORRESPONDE a esta lección el estudio de los criterios nosológicos en Psiquiatría.

Antes de exponer la orientación y criterios, así como los fundamentos necesarios, digamos con Campbell que no hay en ninguna rama de la Medicina tan gran número de terminología y por tanto teorías generales como en Psiquiatría. Los mismos fenómenos psicopatológicos, los mismos síndromes y procesos son expresados de diversas formas por partir de diferentes conceptos y modos de enfocar los problemas, como ya aludió ayer el Dr. Parejo.

Por tanto, antes de seguir adelante, lo mismo en esta lección que en las sucesivas, seguiremos, todos, las líneas generales más comúnmente admitidas, los criterios adoptados con mayor unanimidad, pero salvando que en todos ellos hay otra opiniones encontradas y que todos los conceptos son discutibles y con razones lógicas.

Quizás el primer concepto que convenga aclarar para los que se van a iniciar es el de la propia palabra «psicosis». Para nosotros, psicosis significa enfermedad mental en términos generales, y decimos que existe una psicosis cuando ha habido un cambio cualitativo en la psique normal del enfermo. Hay que diferenciarla, por tanto, de las psiconeurosis en que los cambios son más bien cuantitativos, modos de reaccionar anómalos, sin un cambio del psiquismo del enfermo; y de las psicopatías, en que lo fundamental es que la personalidad es ya anormal durante toda la vida, desde el nacimiento. Por tanto,

una psicopatía, un enfermo psicópata es una personalidad anormal; una psiconeurosis corresponde a una anomalía vivencial y una psicosis a una verdadera enfermedad mental. Estos tres conceptos diferenciales son fundamentales. Es difícil muchas veces decir si hay o no una psicosis. No tenemos ninguna prueba de laboratorio ni electroencefalográfica, etc., que indique si un organismo está o no sufriendo una psicosis.

Una de las bases en el progreso de nuestros conocimientos es el orden y el método, la clasificación; todo conocimiento, mientras no llegue a una clasificación, a una estructuración lógica y ordenada de los mismos conocimientos, no tiene verdadera utilidad y no se puede hablar de ciencia. La Botánica, por ejemplo, debe sus progresos a la genial clasificación de Linneo. En Medicina es a partir de Sydenham y de su clasificación de las enfermedades en «Species morbosas» cuando comienza el estudio más ordenado y lógico, más científico; cuando se comienza a hacer una clasificación de las enfermedades hasta entonces conocidas de forma no sistemática. Luego, esta labor es completada por el gran estudio y clasificación de las enfermedades hecho por los grandes clínicos franceses del siglo XIX y con la aportación a la etiología y a la anatomía patológica de los patólogos alemanes de finales de siglo y comienzos del actual. Es decir, se ha hecho la nosología de las enfermedades en medicina interna. Por tanto, nosotros estamos acostumbrados, nos enseñaron a ello, a estudiar la clínica de las enfermedades con arreglo a un esquema: Su etiología y patogenia, su anatomía patológica, su clínica y sintomatología, su pronóstico y tratamiento.

Es Kraepelin, el genial psiquiatra alemán, quien, a finales de siglo, siguiendo las directrices de Kahlbaum, trata de llevar a la clínica psiquiátrica las ideas dominantes en las clínicas europeas de aquel entonces. Trata de obtener una clasificación de las enfermedades mentales y assimilarlas así a las demás enfermedades de la medicina interna. Kraepelin sólo se atrevió a formular una sistemática nosológica de las enfermedades psíquicas cuando antes había hecho una integración, por una parte, de la conocida demencia precoz, por otra, de ciertas formas de catatonía o mejor dicho de la catatonía en sí, y por otra, de unos síndromes de evolución más lenta que no llegaban a cuadros tan

graves de demencia, pero que producían alteraciones graves de la personalidad y alucinaciones; es decir, ciertas formas paranoides y parafrénicas. Todos estos grupos los integró en una enfermedad única que al principio siguió llamándose demencia precoz y que más tarde Bleuler llamó, a partir de 1911, esquizofrenia, nombre que obtuvo éxito y que quiere decir: mente hendida, separada o disgregada, por ser ésta una de sus características más acusadas. Así nos encontramos con que el grupo más importante de las enfermedades mentales, el 60% aproximadamente de los enfermos crónicos de manicomio, formaban una entidad nosológica especial, aunque a la esquizofrenia, como luego veremos, le faltaba el conocimiento exacto de muchos problemas y no podría, en un sentido riguroso, ser clasificada como una enfermedad, puesto que se ignoraba, y aún se ignora, su etiología, su patogenia, y su anatomía patológica. En realidad, el diagnóstico de la esquizofrenia es a base de la sintomatología llamada fenomenológica y sobre todo de la evolución a través del tiempo. Son enfermos que terminan en demencia, es decir, con un deterioro de sus facultades psíquicas. Más tarde aclararemos e incluso rectificaremos algunos conceptos clásicos.

El otro grupo que servía a Kraepelin para su clasificación nosológica eran las psicosis maníaco-depresivas, ya conocidas e integradas de antiguo en un solo síndrome. Son enfermos que ofrecen dos polos en sus manifestaciones; uno las formas maniacas, que son la manifestación de una forma patológica de euforia, alegría, expansividad e inquietud psicomotriz, y la forma depresiva, melancólica, que viene a ser el otro polo del mismo proceso. Pues bien, estos dos amplios grupos de enfermedades, junto con la epilepsia, constituyen el grupo de las llamadas psicosis endógenas. Se llaman, pues, enfermedades endógenas porque nosotros no conocemos ni su etiología ni su patogenia ni aun sus mecanismos de aparición. Sólo sabemos que en la mayor parte de los casos hay un factor hereditario, constitucional en su génesis y sospechamos muchos de los factores desencadenantes, conociendo algunos e ignorando otros. Tan ligado está en este grupo de enfermedades el origen a factores constitucionales endógenos, que ha servido de base a Kretschmer para sus estudios sobre constitución y carácter, de todos conocido y de gran trascendencia, no sólo en Psiquiatría.

Pero ahora podemos volver a los estudios de Kraepelin sobre la clasificación nosográfica de las enfermedades mentales. Él pensaba que a medida que nuestros conocimientos fueran perfeccionándose y se conociese el origen y la patogenia de las enfermedades psíquicas, la clasificación sería cada vez más perfecta. Para ello serviría como modelo la enfermedad que Bayle había descrito en 1822 con el nombre de demencia paralítica y que al llegar a finales de siglo los grandes descubrimientos histológicos del sistema nervioso y los descubrimientos bacteriológicos, demostraron que era la parálisis general progresiva de origen sífilítico. Esta enfermedad se tenía como ejemplo en Psiquiatría de lo que los avances científicos podrían ayudar a establecer la clasificación nosológica. Se pensaba que era cuestión de tiempo el llegar por el mismo camino al conocimiento de la esquizofrenia y las otras enfermedades.

Nosotros seguimos pensando hoy que los progresos en los conocimientos etiológicos y patogénicos nos llevarán a mejor conocimiento de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, y entonces se podrá establecer una clasificación nosológica de las mismas de una manera científica y exacta; pero el otro problema de la especificidad de los síntomas en las enfermedades mentales no es tan exacto como pensaba Kraepelin y éste es uno de los problemas más agudos y sujetos a discusión de la problemática psiquiátrica actual.

La nosología psiquiátrica es un problema muy discutido entre los especialistas y en el que cada escuela tiene conceptos diferentes, no sólo de las clasificaciones sino de lo que las mismas enfermedades mentales significan; por tanto, no es posible expresar, ni siquiera brevemente, los diferentes criterios nosológicos; sin embargo, trataremos de sintetizar algunos puntos de interés que sirvan de orientación al médico general.

Pero volvamos ahora a la patología interna que es para todos nosotros un firme asidero.

Dice el conocido psiquiatra francés Giraud a propósito de este tema, que a veces todos pecamos un poco de ingenuos al etiquetar una enfermedad. Cuando un médico da un diagnóstico, una etiqueta nosográfica a una enfermedad, por lo común un nombre griego, todos respiran un poco aliviados: el enfermo, sus familiares, etc. Se piensa

psiquiátricos son, en su mayor parte, conceptos clínicos de agrupación de síntomas fenomenológicos.

Por tanto, es fundamental, mientras no se conozca la etiología y la patogenia, seguir el curso y la terminación de las enfermedades psíquicas para su clasificación nosológica; esto, el curso y la terminación, es fundamental en las enfermedades mentales. No olviden que este concepto es la base de toda investigación psiquiátrica y ya Kraepelin insistió mucho en él. No ha perdido validez. Nosotros, pues, no tenemos en Psiquiatría sino agrupamientos de síntomas.

Pero volvamos ahora a otro aspecto de la cuestión; la especificidad de los síntomas mentales. Ya dijimos que la parálisis general progresiva era una de las enfermedades que servía de modelo para lograr una clasificación de todas las enfermedades mentales un poco similar a las de la medicina interna; pero luego se ha visto que en esta misma enfermedad la sintomatología no es plenamente específica. Nosotros sabemos que hay cuadros clínicos exactamente iguales, calcados a los de la P-G-P que no son luéticos, es decir que tienen otra etiología diferente a la sifilítica, por ejemplo, las parálisis generales alcohólicas y otras. De modo que en Psiquiatría el concepto de enfermedad es distinto que en otras ramas de la medicina. Esto ha servido para que Sommer, y con él Giraud, digan que vale la pena de plantearse periódicamente la cuestión de si existen o no las enfermedades mentales como tal enfermedad o entidad independiente.

Kraepelin, aparte las diferencias y subgrupos que hizo con arreglo a otros criterios, estableció dos grandes agrupaciones de enfermedades mentales; o mejor aún, amplió y afirmó los dos grupos que Moebius ya había hecho: las psicosis exógenas, o sea aquellas cuyo origen externo es claro, como infecciones, intoxicaciones, enfermedades orgánicas, etc.; y las endógenas, en las que el factor hereditario y constitucional es lo esencial, como la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y la epilepsia.

Estos dos grupos siguen siendo fundamentales (a pesar de las muchas objeciones) y su utilidad clínica es indudable, aunque, como subraya Luxemburger, el mejor conocedor de la doctrina psiquiátrica de la herencia, en las enfermedades endógenas hay causas externas que participan en su producción, pero no verdaderas causas

mente se admite que Bonhoeffer tiene razón en muchas de sus ideas clínicas. La discusión de estos problemas y de tantos y tan opuestos criterios, es orden del día en muchos congresos internacionales, pero no es problema para un curso de iniciación, pues crearía gran confusión de ideas, aunque al que le interese se le puede facilitar la bibliografía que desee. Es necesario hacer resaltar el magnífico gesto y gran amplitud de miras de Kraepelin, quien al final de su vida, aun sin renunciar a sus ideas, admite que para la comprensión de los fenómenos psicopatológicos debemos buscar especialmente en las características generales y particulares de la persona enferma. El problema fundamental sigue siendo el de que desconocemos la etiología y la patogenia de las enfermedades psíquicas. Cuando lo averigüemos nos será fácil saber si los síntomas son o no específicos.

Antes de terminar estos comentarios, quiero hablar de una opinión muy interesante de un psiquiatra español, amigo y compañero, el Dr. Llopis, quien resucitando en un trabajo magnífico, del que he tomado algunos de estos datos, una vieja teoría de la llamada psicosis única, dice: «La psicosis única quiere decir que los síndromes psíquicos son siempre los mismos en las más diversas enfermedades; que el cerebro, de cuya afección directa o indirecta dependen siempre aquellos síntomas, tiene, igual que los demás órganos, las mismas respuestas para todas las agresiones. Pero significa también que entre todas las respuestas hay una continuidad y una transición insensible; que los diversos cuadros psicóticos no representan más que grados diversos de intensidad del mismo trastorno fundamental».

Esta idea de la psicosis única era en parte la de los primitivos clásicos, como Areteo de Capadocia, Esquirol más tarde, Guislain y sobre todo Griesinger y Arnot.

Es después, a partir de Kahlbaum, como ya dijimos, y sobre todo Kraepelin, cuando esta teoría de la psicosis única se desacredita y hoy la mayoría de los psiquiatras la rechazan y supone valor tratar de reconstruirla, aunque sea, claro está, con arreglo a los conceptos del día. Para salir al paso a las dos objeciones, él admite, en lugar de la psicosis única, lo que él llama «síndrome axil común a todas las psicosis». Hoy el criterio predominante es más bien pluralista, como la clasificación de Kleist y Leonhard de las esquizofrenias.

Hay algunos extremos que conviene precisar un poco más. El primero es el problema endógeno-exógeno en Psiquiatría. Ya hemos dicho que, para nosotros, psicosis endógenas son aquellas en que los factores etiológicos y patogénicos son ignorados o se sospechan sólo parcialmente. Pero al decir esto no queremos decir que por desconocer estos factores causales lo atribuyamos gratuitamente a un origen endógeno, sino que hay hechos ciertos y adquiridos que demuestran el preponderante papel de los factores propios del organismo. Este grupo de enfermedades son fundamentalmente tres: la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva y la epilepsia. Como ustedes ven, este amplio grupo abarca la mayor parte de las enfermedades mentales.

Veamos algunos de estos hechos muy someramente. Nosotros sabemos, está demostrado, que en estas enfermedades hay casi siempre un factor hereditario. Si nosotros hacemos una historia detallada de antecedentes, vemos que, por ejemplo, en la psicosis maniaco-depresiva (y pongo este ejemplo primero porque es el más patente) hay siempre una línea que se transmite hereditariamente de manera dominante. Este carácter de dominancia en herencia ya saben ustedes la trascendencia que tiene. Yo he visto muchas veces, casi siempre, que los brotes depresivos en un enfermo, también los había en uno de sus progenitores: padres, algún abuelo, y también los he visto luego en hijos. Por lo común coinciden las mismas características de la personalidad e incluso algunas veces el modo de presentarse el síndrome. Otro dato importante, como ustedes saben, es que en estos mismos enfermos se presentan siempre las mismas características constitucionales, somáticas y psíquicas que han servido de base a Kretschmer en sus estudios sobre el tipo pícnico circular. También está demostrado en esta enfermedad que hay periodos de la vida en que se presenta con más frecuencia. A veces se presenta en determinadas épocas del año, con una constancia muy típica. También se ha visto en muchos de estos enfermos que no hay ningún motivo externo desencadenante y sí a veces motivos propios de la evolución orgánica. Otra vez se ve que adopta ciclos iguales en presentarse y terminar. En fin, se suman tal cantidad de datos que vemos positivamente está ligada a factores endógenos; que hay que admitir en su etiología esta causa como la

prevalente. Los factores desencadenantes serían en unos casos más accesorios que en otros.

Si nosotros pasamos ahora al grupo de la esquizofrenia, vemos algo similar, pero más complejo y difícil de concretar y estudiar. Aquí la herencia no es dominante; pero, sin ninguna duda, tiene también un papel predominante en muchos casos. Es una herencia compleja, heterotrópica, no fácilmente clasificable según los heredobiólogos. Hay estudios muy importantes y de trascendencia de Luxemburger, Verschuer, Rudin, etc., desde varios puntos de vista. Uno es el estudio gemelar en gemelos univitelinos, en que a veces se presenta la esquizofrenia en la misma época y con las mismas características clínicas. Otros, de más amplitud, estudiando muchos árboles genealógicos muy amplios y detallados. De modo que se ha demostrado que hay un factor endógeno hereditario en estos enfermos; pero como el problema es más difícil y complejo, los estudios también lo deben ser. Por otra parte, la esquizofrenia adopta una amplitud mayor de formas clínicas. Además, el estudio de las causas desencadenantes es menos claro, más difícil de clasificar. Ya Luxemburger habla de que en un enfermo hay un mayor poder de penetración en los factores hereditarios y en estos casos el pronóstico es peor. En otros, los factores hereditarios son parciales y se suman a otros factores más favorables, pudiendo algunos casos evolucionar favorablemente mediante los tratamientos, como las esquizofrenias parciales y esquizofrenias reactivas de algunos autores. Nosotros estamos acostumbrados a ver, sobre todo en la pubertad, casos tan malignos que en pocos meses evolucionan tan desfavorablemente que pierden todas las cualidades psíquicas superiores, llegando a llevar sólo una vida vegetativa rudimentaria, los casos que Mauz llamó: «esquizocaria»; en cambio, otros esquizofrénicos viven muchos años conservando íntegra su personalidad, presentando sus síntomas típicos. Son casos extremos de evolución. En el manicomio pueden ustedes ver los dos extremos. En un caso creemos que los factores de penetración endógena son más intensos que en el otro.

En cuanto a la epilepsia también es una psicosis endógena; pero aquí es más fácil comprender los factores. Todos hemos visto casos hereditarios de epilepsia, se heredan incluso las características psíqui-

cas y somáticas; son las personalidades enequéticas, con su sello tan característico y dispuestas al mal comicial. Unas de estas personalidades, aun sin haber sufrido ataques, sabemos que son del círculo epiléptico y un E. E. G. da las curvas características en el cerebro. Luego no hay duda de su caracter endógeno. Más tarde, los factores exógenos que dan lugar a la presentación de las crisis, como son un golpe o accidente, un proceso infeccioso, una intoxicación, vida irregular, tomar alcohol, etc. En los casos en que el factor endógeno es predominante, entonces se presentan las crisis sin aparente desencadenamiento exterior.

Luego tenemos el otro grupo de psicosis, o sea aquellas en que los factores exógenos son los predominantes, como las psicosis luéticas en sus diversas formas, las toxicomanías, las consecutivas a enfermedades infecciosas y otras enfermedades internas. Las que acompañan a las enfermedades cerebrales y las enfermedades neurológicas, incluso las mismas enfermedades seniles, preseniles, arteriales, hipertensivas, etc. Claro que el que digamos que los factores exógenos son los principales no excluye la predisposición a ellas. Ya lo veremos detalladamente.

El otro grupo es un poco intermedio y son las reacciones vivenciales anormales y las personalidades psicopáticas, que ya veremos desde otro punto de vista.

Otro problema psiquiátrico en relación con este tema es el de si los factores exógenos son de origen somático y psicógeno. En algunos casos no hay duda, como por ejemplo, una lues o una psicosis presentada en el puerperio. Pero en las mismas enfermedades endógenas se pregunta uno muchas veces si los factores psíquicos, espirituales, ambientales, etc., tienen importancia. Ya saben ustedes que para las escuelas psicoanalistas, por ejemplo, la primer infancia y pubertad, con sus complejos sexuales, es la causa de las neurosis y de algunas psicosis. Éste es un asunto complejo y muy discutido. El problema no es fácil. Ha pasado a la medicina interna y se discute mucho sobre la psicogenia de muchas enfermedades. Yo creo que no se puede ser exclusivista y en cada enfermedad y en cada proceso hay que estudiar muy detenidamente y valorar con espíritu crítico superior las circunstancias de cada caso.

- d) Encefalitis (incluida la encefalitis epidémica, hidrocefalia).
- e) Insolación.

III Alteraciones mentales en las intoxicaciones.

a) Intoxicaciones exógenas.

1 *Alcoholismo.*

- a) Embriaguez.
- b) Embriaguez agitada.
- c) Alcoholismo.
- d) Delirio de celos alcohólicos.
- e) Delirium tremens.
- f) Alucinosis alcohólicas.
- g) Psicosis de Korsakow.
- h) Epilepsia alcohólica.

2 *Intoxicaciones crónicas por los alcaloides.*

- a) Morfinismo, opiofagia, codeinismo, heroínismo, dioninismo.
- b) Cocainismos (con y sin morfinismo).

3 *Otras intoxicaciones crónicas (Exógenas).*

- a) Intoxicaciones con cloroformo, petróleo, bencina, hidrato de cloral, paraldehido, bromo, trional, veronal, plomo, mercurio, sulfuro de carbono y haxis.
- b) Ergotismo, pelagra, beri-beri, (con síntomas mentales).

4 *Intoxicaciones agudas.*

- a) Gases: óxido de carbono, gas del alumbrado, óxido nitroso, ácido sulfhídrico, etc.
- b) Medicamentos: atropina, yodoformo, quinina, ácido salicílico, tropacocaína, etc.
- c) Otros tóxicos: hongos, anilina, dinitrotoluo, toluidina etc.

b) Intoxicaciones endógenas.

1 Por productos del recambio nutritivo:

- a) Delirio urémico.
- b) Delirio eclámptico.

- c) Psicosis en la diabetes.
 - d) Delirio en la colemia (Ictericia grave).
 - e) Delirio en los trastornos circulatorios.
 - f) Delirio en las caquexias (carcinoma, anemias graves, etc.)
 - g) Asfixia por el calor.
 - h) Delirio por el hambre y por la sed, delirios por colapso (neumonía, erisipela).
- 2 Intoxicaciones endocrinas (enfermedades endocrinas).
- a) Psicosis tireógenas:
 - 1 Enfermedad de Basedow.
 - 2 Mixedema.
 - 3 Cretinismo.
 - b) Debilidad mental en enfermedades:
 - 1 De la hipófisis (gigantismo, distrofia adiposogenital, nanismo).
 - 2 De la epifisis (macrogenitosomia precoz, obesidad).
 - 3 De las cápsulas suprarrenales (seudohermafroditismo, enfermedad de Addison).
 - 4 De las glándulas sexuales (eunucoidismo, gigantismo, virilidad).
 - 5 Del timo (idiocia tímica, estado tímico-linfático).
 - 6 Insuficiencias pluriglandulares.
- IV Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas (tifus, viruela, poliartrosis, neumonía, influenza, corea, fiebre intermitente, malaria, sepsis, tisis, rabia, lepra, tripanosomiasis).
- 1 Delirio febril e infeccioso.
 - 2 Estados confusionales (Después de enfermedades infecciosas, amencia).
 - 3 Estados de debilidad infecciosa.
- V Sífilis.

- 1 Sífilis cerebral.
 - a) Neurastenia sifilítica.
 - b) Seudoparálisis sifilítica (cuadros clínicos análogos a los de la parálisis).
 - c) Lues cerebral apoplética (debilidad mental sifilítica, simple con parálisis).
 - d) Epilepsia sifilítica.
 - e) Formas paranoides.
 - f) Sífilis congénita (parálisis cerebral infantil, debilidad mental).
 - 2 Parálisis general progresiva.
 - a) Demencial.
 - b) Depresiva.
 - c) Expansiva.
 - d) Formas agitada y galopante.
 - e) Taboparálisis.
 - f) Formas atípicas (Lissauer).
 - g) Parálisis juvenil.
 - 3 Psicosis tabéticas.
- VI Procesos arterioscleróticos y de regresión.
- 1 Arteriosclerosis.
 - a) Debilidad mental arteriosclerótica.
 - b) Encefalitis subcortical (diagnóstico anatómico).
 - c) Epilepsia tardía.
 - d) Debilidad mental apoplética.
 - 2 Alteraciones mentales y preseniles.
 - A Procesos preseniles.
 - a) Formas perniciosas (enfermedades de la edad de la regresión que conducen rápidamente a la muerte con lesiones anatómicas características).
 - b) Formas catatónicas (catatonía tardía).
 - c) Formas paranoides (en tanto no presentan síntomas esquizofrénicos).
 - B Psicosis seniles:
 - a) Demencia senil.
 - b) Presbiofrenia.

- c) Enfermedad de Alzheimer.
- d) Delirio de persecución senil.
- VII Epilepsia genuina (Imbecilidad epiléptica, demencia epiléptica, estados crepusculares, status epilépticus).
- VIII Esquizofrenias.
 - A Demencia precoz:
 - a) Formas simples.
 - b) Demencia precocísima (en la edad infantil).
 - c) Hebefrenia.
 - d) Formas depresiva y estuporosa.
 - e) Formas circular y agitada.
 - f) Catatonía.
 - g) Demencia paranoide.
 - h) Confusión del lenguaje.
 - B Parafrenias:
 - a) Sistemática.
 - b) Expansiva.
 - c) Confabulatoria.
 - d) Fantástica.
- IX Psicosis maniacodepresiva.
 - A Predisposición maniacodepresiva:
 - 1 Predisposición irritable.
 - 2 Predisposición maniaca.
 - 3 Predisposición depresiva.
 - 4 Predisposición ciclotímica.
 - B Psicosis maniacodepresiva:
 - a) Manía.
 - b) Melancolía.
 - c) Estados mixtos.
- X Psicopatías (incluidas las personalidades histéricas).
 - a) Nerviosos.
 - b) Neuróticos obsesivos.
 - c) Excitables (con y sin rasgos histéricos).
 - d) Inestables (con y sin rasgos histéricos).
 - e) Débiles de voluntad (con y sin rasgos histéricos).
 - f) Impulsivos (aumento de los impulsos normales).

- g) Impulsivos patológicos.
- h) Perversos sexuales (homosexuales, sadistas, masoquistas, fetichistas y exhibicionistas).
- i) Discutidores.
- j) Extravagantes retorcidos.
- k) Mentirosos.
- l) Personalidades histéricas (Carácter histérico, histeria degenerativa).
- m) Camorristas.
- n) Asociales.

XI Reacciones psicógenas (incluidas todas las reacciones histéricas).

A Psicosis y neurosis de situación:

- a) Depresión psicógena (causa externa).
- b) Locura inducida.
- c) Psicosis de prisión de origen psicógeno (delirio de inocencia, de indulto, litigantes de prisión).
- d) Psicosis de espanto (estados confusionales pasajeros a causa de impresiones muy fuertes).
- e) Neurosis de guerra (actitud de rechazo en el servicio en el frente).
- f) Neurosis traumáticas (actitud de repulsa ante la vuelta al trabajo).
- g) Neurosis de renta.
- h) Delirio de los litigantes.

B Estados nerviosos:

- a) Agotamiento nervioso (por exceso de trabajo y emociones).
- b) Neurosis de angustia.

C Reacciones histéricas:

- a) Histeria de desarrollo (en la edad juvenil).
- b) Histeria alcohólica.
- c) Histeria traumática.
- d) Estados crepusculares histéricos.
- e) Estados crepusculares de Ganser.
- f) Estupor histérico de prisión.

XII Paranoia:

- a) Personalidades paranoides.
- b) Formas atenuadas y abortivas de la paranoia.
- c) Paranoia clásica (delirio de persecución, de celos, de descendencia, de grandeza, religioso, de los inventores y erótico).

XIII Oligofrenias.

1 Grados diferentes:

- a) Idiocia.
- b) Imbecilidad.
- c) Debilidad.

2 Mongolismo.

3 Infantilismo.

XIV Casos Oscuros.

Clasificación de la Liga Europea de Higiene Mental (1932).

A Disturbios mentales congénitos.

- 1 Oligofrenia (idiotia, imbecilidad, cretinismo).
- 2 Psicopatías constitucionales.

B Psicosis endógenas.

- 1 Psicosis afectiva (manía, melancolía, otras formas).
- 2 Esquizofrenia.
- 3 Otras formas.

C Psicosis reaccionales.

- 1 Psicógenas (histerismo).
- 2 Otras formas.

D Psicosis sintomáticas.

- 1 Por uremia, diabetes.
- 2 Por enfermedades infecciosas.
- 3 Otras formas.

E Estados orgánicos, encefalopatías.

- 1 Parálisis progresivas.

- 2 Lues cerebri
 - 3 Pelagra.
 - 4 Encefalitis.
 - 5 Psicosis Senil.
 - 6 Psicosis postapopléjica.
 - 7 Psicosis postráumática.
 - 8 Tumores cerebrales.
- F Epilepsia.
- 1 Esencial.
 - 2 Otras formas.
- G Toxicomanías.
- 1 Alcoholismo.
 - 2 Morfinismo.
 - 3 Cocainismo.
 - 4 Otras formas.
- H No alineados.
- 1 Neurópatas, etc.

Clasificación adoptada por el Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría en la reunión de 27 de Diciembre de 1933.

- I Psicosis debidas o asociadas a infecciones.
- 1 Psicosis con sífilis del sistema nervioso central:
 - a) Tipo meningoencefalítico (parálisis general).
 - b) Tipo meningovascular (sífilis cerebral).
 - c) Psicosis con gomas intracraneales.
 - d) Otros tipos.
 - 2 Psicosis con meningitis tuberculosa.
 - 3 Psicosis en la meningitis (no específica).
 - 4 Psicosis en la encefalitis epidémica.
 - 5 Psicosis en la corea aguda (Sydenham).
 - 6 Psicosis postinfecciosas.
- II Psicosis debidas a intoxicación.

- 1 Psicosis alcohólicas:
 - Intoxicación patológica.
 - Delirium tremens.
 - Psicosis de Korsakow.
 - Alucinosis aguda.
 - Otros tipos.
- 2 Psicosis debidas a drogas u otros venenos exógenos:
 - Debidas a metales.
 - Debidas a gases.
 - Debidas al opio y sus derivados.
 - Debidas a otras drogas.
- III Psicosis debidas a traumas (Psicosis traumáticas).
 - Delirio Traumático.
 - Trastornos de la personalidad postraumáticos.
 - Alteración mental postraumática.
 - Otros tipos.
- IV Psicosis debidas a perturbaciones de la circulación.
 - Psicosis con embolia cerebral.
 - Psicosis con arteriosclerosis cerebral.
 - Psicosis con enfermedad cardiorrenal.
 - Otros tipos.
- V Psicosis debidas a trastornos convulsivos (epilepsia).
 - Alteración epiléptica.
 - Estados crepusculares epilépticos.
 - Otros tipos de epilepsia.
- VI Psicosis debidas a perturbaciones del metabolismo, del desarrollo de la nutrición o de la función endocrina.
 - 1 Psicosis seniles:
 - Alteración simple.
 - Tipo presbiófrénico.
 - Tipos confuso y delirante.
 - Tipos deprimido y agitado.
 - Tipos paranoide.
 - 2 Psicosis involutivas:
 - Melancolía.

- Tipos paranoides.
- Otros tipos.
- 3 Psicosis asociadas a trastornos de las glándulas endocrinas.
- 4 Delirio exhaustivo.
- 5 Psicosis asociadas a la pelagra.
- 6 Psicosis en otras enfermedades somáticas.
- VII Psicosis debidas a nuevas formaciones.
 - Psicosis en las neoplasias intracraneales.
 - Psicosis en otras neoplasias.
- VIII Psicosis debidas a causas hereditarias o desconocidas pero asociadas con cambios orgánicos del sistema nervioso.
 - Psicosis en la esclerosis múltiple.
 - Psicosis en la parálisis agitante.
 - Psicosis en la corea de Huntington.
 - Psicosis en otras enfermedades del cerebro o nerviosas.
- IX Trastornos de origen psicógeno o sin causa ni cambio estructural claramente definido.
 - 1 Psiconeurosis:
 - Histeria (de ansiedad, de conversión y subgrupos).
 - Psicastenia o estados compulsivos (y subgrupos).
 - Neurastenia.
 - Hipocondría.
 - Depresión reactiva (reacción simple de situación y otras).
 - Estados de ansiedad.
 - Psiconeurosis mixtas.
 - 2 Psicosis maniicodepresiva:
 - Tipo maniaco.
 - Tipo depresivo.
 - Tipo circular.
 - Tipo mixto.
 - Tipo perplejo.
 - Tipo estuporoso.
 - Otros tipos.
 - 3 Demencia precoz (esquizofrenia).
 - Tipo simple.

- Tipo hebefrénico.
- Tipo catatónico.
- Tipo paranoide.
- Otros tipos.
- 4 Paranoia y estados paranoides.
 - Paranoia.
 - Estados paranoides.
- 5 Psicosis en personalidades psicopáticas.
- 6 Psicosis con deficiencia mental.
- X Psicosis indagnosticadas.
- XI Trastornos psíquicos sin psicosis (únicamente para los efectos de admisión hospitalaria).
 - Epilepsia.
 - Alcoholismo.
 - Toxicomanía.
 - Deficiencia mental.
 - Desórdenes de la personalidad producidos por la encefalitis epidémica.
 - Personalidades psicopáticas:
 - Con sexualidad patológica.
 - Con emociabilidad patológica.
 - Con tendencias asociales y amorales.
 - Tipos mixtos.
 - Desórdenes primarios de la conducta:
 - Desadaptación simple del adulto.
 - Trastornos primarios de la conducta en el niño.
 - Perturbaciones de los hábitos.
 - Perturbaciones de la conducta.
 - Rasgos neuróticos.

LECCIÓN 3.^a

DR. JOSÉ J. PÉREZ Y PÉREZ

DIAGNÓSTICO GENERAL DE LAS PSICOSIS

psicología

DR. JOSE J. HERRERA Y PEREZ

DIAGNÓSTICO GENERAL DE LAS PSICOSIS

EL diagnóstico clínico es el problema fundamental de la Psiquiatría. Es cierto que para todas las ramas de la medicina el diagnóstico es lo esencial, pero aquí lo es más aún, pues incluso en tiempos ya pasados, cuando los medios terapéuticos de que disponíamos eran escasos e insuficientes, se les reprochaba a los psiquiatras que sólo aspiraban a hacer un diagnóstico. Hoy se nos reprocha, al revés, que a todo enfermo mental se le aplica un electro o un coma insulínico aún antes de hacer un diagnóstico. Ya verán ustedes que esto no es cierto y que la aplicación inadecuada de una terapia puede crear nuevos problemas. Pero digo que el diagnóstico clínico es fundamental en Psiquiatría, puesto que en otras ramas de la medicina tenemos muchos medios auxiliares: rayos X, análisis, exámenes hematológicos y anatomopatológicos e incluso a veces exploraciones quirúrgicas hechas como medio diagnóstico, como una laparatomía; pero en Psiquiatría, donde también utilizamos a veces medios auxiliares de éstos, la mayor parte nos son totalmente negativos y tenemos que hacer el diagnóstico con sólo los medios que nos proporciona un análisis detallado de los enfermos, una buena historia y un examen psicopatológico del enfermo, muy cuidadoso y a veces prolongado. Ya dijimos que en muchos casos sólo un cuadro psicopatológico o un síndrome psiquiátrico es lo único que tenemos ante nosotros para hacer un diagnóstico. Por eso es clásica la estampa del psiquiatra hablando y entrevistándose horas y horas con un enfermo; estas entrevistas, sólo

tienen a veces un fin meramente diagnóstico (puede tener también en ocasiones un carácter psicoterápico). Pero es que sigue siendo lo esencial la clínica psiquiátrica y ésta no puede hacerse sino a través del examen psicopatológico del enfermo. Aquí los síntomas difieren de otras ramas de la medicina y los síntomas son las manifestaciones del propio enfermo. Su modo de expresarse y presentarse, cómo nos saluda o nos rechaza, su actividad y su estado de ánimo. Tenemos que ganarnos su confianza, lo que a veces representa muchas horas, y entonces nos expresará sus ideas, sus pensamientos, sus delirios, sus deseos e impulsos. En una palabra, lo que se llama una «vivencia». Nosotros denominamos vivencias a las ideas, sensaciones, pensamientos, etc., que sentimos dentro de nosotros. Hay vivencias normales y patológicas. Esto, el llegar a analizar el modo íntimo de su ser, todas sus cualidades y reacciones, nos llevará al diagnóstico de una mente sana o enferma. Claro que tenemos también otros medios complementarios de ayuda cuando este examen psicopatológico es insuficiente o no es definitivo, como iremos viendo. Pero insistimos en que este examen es esencial en Psiquiatría. Así se ha llegado a un estudio y conocimiento profundo y casi exhaustivo de la fenomenología de los síntomas psiquiátricos. Éste, como decíamos ayer, mientras nuestros conocimientos no ganen en profundidad con respecto a las causas, sigue siendo el mejor método de que disponemos para el diagnóstico y, por tanto, la clasificación de las enfermedades mentales.

Vamos ahora a ver algunos aspectos del diagnóstico de los enfermos mentales.

El diagnóstico psiquiátrico ha sido enfocado desde muy diversos aspectos y ángulos de vista. Uno de los de más trascendencia, hace unos años, fué el que Birnbaum llamó: «Análisis estructural de las psicosis». Birnbaum parte de dos fundamentos: uno que en las psicosis hay un grupo de síntomas que son constantes y permanentes, fijos, y otros que son variables y accesorios. De modo que en la esquizofrenia nosotros hallaríamos los que se han llamado síntomas fundamentales o patogénicos, que son los esenciales y los que hay que buscar para hacer un diagnóstico, y otros que se llaman síntomas topoplásticos o accesorios, que dependen de la personalidad del enfermo. Los primeros, o sea los patogénicos, son los que confieren los

caracteres esenciales a la enfermedad; son los causantes del proceso morbooso; son estables y poco modificables por los tratamientos, salvo en estos últimos años por los llamados tratamientos biológicos. Los caracteres patoplásticos son más accidentales, confieren muchas de las características de la enfermedad, dependen de la personalidad global del sujeto; son, incluso, los más aparentes, enmascaran a los agentes patogénicos y ceden bien a las terapéuticas habituales. Existen además otros factores más accesorios. Los factores desencadenantes o de provocación, sólo tendrían valor como de «puesta en marcha de la enfermedad». Hay luego factores predisponentes, que son aquellos factores ligados a la constitución y herencia de la persona y que hacen que en un momento determinado o con unas circunstancias dadas, una persona enferme de la mente y otra no; y queda, por último, el concepto más discutido, que es lo que Hoche llamó «síntomas preformados», con lo que quiere decir que en la psique, o en el cerebro, existen síntomas fijos, preformados, que en determinadas circunstancias se ponen en marcha de la misma forma. Este concepto de Hoche es muy discutido y no aceptado por algunos psiquiatras.

Vallejo Nájera pone un ejemplo de un análisis estructural de una psicosis alcohólica. Se pone en marcha por un proceso agudo, un traumatismo, una fractura, una infección. El factor patogénico reside en las lesiones causantes de las diversas formas clínicas del alcoholismo. El síndrome preformado de Hoche, sea un delirio de celos, un síndrome de Korsakow o un delirium tremens. El factor patoplástico en las características del individuo, su cultura, su personalidad biopsíquica, su estado fundamental de ánimo. El factor predisponente en las lesiones viscerales y vasculares originadas por el alcohol, que pueden o no conducir a la psicosis, pero que lo ponen en trance de padecerla. Estos conceptos de Birnbaum, como todo en Psiquiatría, son discutibles y hay escuelas que los rechazan, pero han servido de importante avance y representan un progreso en el concepto de las psicosis.

• Por este camino del estudio de las psicosis citemos el «diagnóstico pluridimensional de Kretschmer». Es un avance importante con relación a los anteriores. El diagnóstico se hace estableciendo una relación entre los múltiples factores que intervienen en un síndrome psiquiátrico. Se trata de hallar un valor adecuado a cada uno de los

factores patogénicos y patoplásticos y establecer una relación entre ellos. Se estudian los factores hereditarios, que en Kretschmer tienen mucha importancia; el desarrollo de la personalidad; su ambiente; los factores que han desencadenado el proceso; los modos de reaccionar del enfermo y las manifestaciones del cuadro clínico. Se da un diagnóstico completo y detallado en sus múltiples aspectos. Se establece un pronóstico y se pueden deducir normas futuras de conducta. Se trata siempre de un diagnóstico razonado y se procede a analizar no sólo los hechos patológicos sino los normales y la conducta en total.

Es cierto que los psiquiatras con una experiencia, mediana solamente, y que ya han visto enfermos, diagnostican a veces en un espacio de tiempo relativamente corto. Es lo que pudiéramos llamar «diagnóstico intuitivo» u ojo clínico. Todos lo hacemos y a ello nos obligan las circunstancias en que se ejerce nuestra profesión: consultas ambulatorias, policlínicas de Seguro, etc. Pero cuando se nos plantea un problema más difícil, cuando se nos pide un informe o un estudio detallado, pedimos siempre ver al enfermo durante muchas horas y días, conocer su conducta, modos de vida, etc., y hacer un estudio de su personalidad psíquica y somática, reacciones, «test», etc. Hoy, un verdadero diagnóstico psiquiátrico hay que hacerlo así.

Pero este diagnóstico es sólo para especialistas. A ustedes les interesa asomarse a la clínica de las psicosis bajo el punto de vista del médico general. Hacer un diagnóstico somero, sencillo, provisional y que les sirva de orientación para ustedes mismos y para los familiares del enfermo.

Veamos este aspecto del diagnóstico. Es corriente en medicina o en una especialidad que un enfermo venga a vernos y nos diga: «Deseo saber si estoy enfermo», o, por lo común: «Deseo saber si soy un tuberculoso» o «Deseo saber si estoy enfermo del corazón». Y nosotros, después de una exploración detallada, de un examen de rayos, de un análisis, de un electrocardiograma, etc., le decimos: «Usted no es un tuberculoso» o «Usted no está enfermo del corazón». También a veces un sujeto puede presentarse en nuestra consulta y decirnos: «Quiero saber si estoy loco», o «quiero saber si estoy mal de la cabeza», aunque no es frecuente, pues, como dice Julián Marías, en España el enfermo mental lo suelen llevar a la fuerza al médico. Pero a todos nos

ha ocurrido esto de preguntarnos si «estamos mal de la cabeza» y entonces vemos que no podemos honradamente contestar a la pregunta con un examen más o menos sencillo. Nosotros podemos explorar a un enfermo e incluso hablar con él horas y al final, en algunos casos, no podemos decir si es o no un enfermo psíquico. El diagnóstico en Psiquiatría hay que plantearlo de otra forma. Habría que hacer un diagnóstico que pudiéramos llamar longitudinal. Tenemos que estudiar la personalidad total del sujeto. Tenemos que estudiar su herencia biológica y sobre todo tenemos que oír a los que conviven con él, sus familiares, sus compañeros de trabajo, que nos dirán de su conducta y sus modos de vida e incluso, a veces, a las autoridades, su conducta social, su moral, etc. Entonces podremos decir si aquella personalidad es o no enferma. Por tanto, el modo de enfocar y estudiar al enfermo, el modo de apreciar sus síntomas y explorarlo difiere grandemente de los demás enfermos de la medicina interna. Éste es uno de los puntos esenciales que ustedes deben sacar de esta lección. También hay que citar aquí unas escuelas de internistas actualmente en gran predicamento en muchos países y en ciertos sectores médicos, como son las de v. Bergmann, la de Weizsaecker, etc. y otros, que orientan la medicina interna hacia lo que ellos llaman sentido antropológico y existencial y que estiman que las enfermedades, aún las más banales o agudas, tienen siempre una base personal, responden al modo de ser de cada uno, son un producto del desarrollo vital del individuo (aun una angina o una pulmonía). A estas escuelas les interesa fundamentalmente la historia individual, personal de cada cual, e interpretan las enfermedades sufridas a través del desarrollo total de la personalidad, psíquica y somática. Como ustedes ven, su modo de enfocar ciertos aspectos de las enfermedades somáticas es similar a nuestro análisis pluridimensional de las psicosis.

No es fácil hacer una historia psiquiátrica con las normas corrientes, aunque tampoco entraña grandes dificultades. En primer lugar, porque el enfermo no colabora. No es corriente que entre un individuo en nuestra consulta y nos manifieste sus síntomas (como en medicina). Sólo apreciaremos los síntomas indirectos que ya apunté al comienzo. No es corriente, aunque un individuo lo piense, y lo sienta, que nos venga a decir que su madre quiere envenenarlo, o que se le

ha aparecido la Virgen y menos aún (a pesar de las historias cómicas de locos) que nos diga que es Napoleón o Hitler. De todas formas, es posible. No hace mucho vino a verme un enfermo solo. No tenía parientes aquí y me contó, en dos o tres sesiones largas, su historia. Era maestro nacional; se había separado de su familia; me contó con detalles muy precisos que había una sociedad espiritista y masónica que lo perseguía, me relató fácilmente todas sus vivencias y problemas y contó sus alucinaciones. Vivía en una pequeña aldea aislada, del interior de la isla. Una noche, huyendo de sus alucinaciones, cayó por una ventana, se fracturó una pierna, estuvo en el Hospital, etc. Antes de irse a su pueblo otra vez vino a verme porque no lo dejaban dormir, estaba nervioso e intranquilo y deseaba un tratamiento para sus nervios. Su sistema delirante y sus alucinaciones eran totalmente inmovibles al razonamiento y a la psicoterapia. De mí deseaba solamente que le calmase los nervios. Pero esto no es corriente.

Tampoco es fácil, aquí en Canarias, obtener una historia detallada de los familiares y de los síntomas y manifestaciones, sobre todo en el campo. Hablarán de que está mal de la cabeza o de que «dice boberías»; pero, en fin, la mayor parte de las veces, con paciencia y preguntas muy concretas, se puede obtener una historia aceptable. Otro ejemplo: Hace poco vino a mi consulta una chica con su padre. No eran del país y culturalmente pertenecían a la clase media elevada. Se quejaba de mareos, molestias de cabeza y trastornos vagos. No era ningún síndrome llamativo y quedándome con algunas dudas le indiqué se hiciese un examen de fondo de ojo, que efectuó el Dr. Victorio y era normal, además de otras exploraciones. El cuadro quedó en mi fichero como un poco indeciso y sujeto a observación. A los dos días, el Dr. Victorio me manifestó particularmente que era una compañera de colegio de una sobrina y que decía había visto a la Virgen. Sin embargo, su padre no declaró ningún síntoma importante, ni la manifestación de la chica es interesante, a pesar de mi detallado interrogatorio.

Veamos ahora algunos aspectos de las historias psiquiátricas.

El primer consejo que les doy, es que aunque ustedes no traten sino de hacer un diagnóstico sencillo, no tengan nunca prisa. Con prisa no se puede hacer nada en Psiquiatría. El que no sea paciente debe dejarlo. También tengan en cuenta que lo peor que puede hacer un as-

pirante a psiquiatra es decirlo todo él. Hay que saber oír sin coaccionar al sujeto. Luego no deben nunca fiarse del enfermo solamente. Claro que el enfermo, en cualquier rama de la medicina, es la base y sin explorarlo y verlo no se puede afirmar ni negar nada, pero hay que oír también a los familiares y a los que conviven con él. Más importante aún es no caer nunca en lo contrario: hacer un diagnóstico o firmar un certificado sin ver a un enfermo. Es corriente que nos pidan un papel o un certificado diciendo que el paciente está loco o furioso. Hay que verlo y explorarlo, y en cuanto a la agresividad de los enfermos mentales, la mayor parte de las veces es más ficticia que real. Hay doce o quince personas para contener a un enfermo o lo tienen atado y está medio vecindario contemplándolo. Basta soltarlo, hablarle amablemente y conversar con él para que el enfermo se tranquilice. Mi maestro, el Dr. Sanchis Banús, nos decía que el único loco peligroso era el epiléptico agresivo. Es un fuerza ciega e incontrolable. En los demás, la agresividad es menor.

Hay que tomar antecedentes hereditarios lo más detallado posible. Si se buscan, siempre los hallamos. Los esquizofrénicos tienen una herencia de tipo más bien recesiva. En cambio, las psicosis maniaco-depresivas suelen ser dominantes; por lo común, alguno de los miembros de la familia la han padecido. Igualmente los epilépticos suelen tener en la familia quien ha sufrido ataques o crisis convulsivas, aparte las otras características de los epilépticos.

Los mismos oligofrénicos, cuando no son debidos a una causa externa, tienen antecedentes de personas bobas, idiotas o retrasadas en su familia, y aún en los seniles, etc., hay claros antecedentes hereditarios.

Hay que investigar si es el primer brote o sucesivo de cualquier enfermedad y las características de los brotes anteriores. Hay que hacer un estudio de la personalidad psicofísica, su constitución y carácter. Su conducta familiar y social y en el trabajo. En los hombres, cómo hizo el servicio militar. Su éxito o fracaso en la vida. Si han superado al medio social o han bajado en él. Su vida sexual y matrimonial, hábitos, hijos, etc.

Luego vienen los síntomas que presenta. Aquí hay que oír a los familiares y al enfermo. Hay que ganarse la confianza de éste. Los enfermos niegan totalmente, o en su mayor parte, ser enfermos mentales.

Pero, en cambio, casi todos nos dirán que están nerviosos, que no duermen o no los dejan dormir, que sienten molestias diversas, mareos, malestar, etc. A partir de aquí es fácil, si se tiene habilidad, obtener de los enfermos sus síntomas, sus alucinaciones o su delirio. En este aspecto no discutan nunca con un enfermo psíquico. Las convicciones de un delirante son incommovibles. Las alucinaciones de un enfermo son más inmodificables que la misma realidad, lo mismo que un delirio de celos. Siempre hallarán un resquicio por donde tener razón.

Luego hay que hacer una exploración somática más o menos detallada, según se precise. Será positiva en un parálítico general o en un intoxicado exógeno. Será negativa muchas veces en un esquizofrénico.

Después debe seguirse ya la exploración, aunque ésta corresponde más al especialista, vigilando en horas y días sucesivos. Más tarde vienen los informes complementarios, exámenes de líquido céfalo-raquídeo, exámenes hematológicos, oftalmológicos, E. E. G., absolutamente preciso hoy en las epilepsias y otras enfermedades, y sobre todo «test». El problema de los «test» es difícil, pues hoy se precisa manejar varios de ellos, 4 a 6 como término medio, complementarios del diagnóstico. No suplen a la observación y estudio clínico, sólo los complementan. Los «test» sirven para aclarar y valorar determinadas funciones mentales, como «test» de memoria, atención, etc. Otros de inteligencia, como los que se usan en la infancia y edad adulta para determinar la edad mental, y otros de personalidad global, como el Rorschach o el Szondi y el T. A. T. o sea el de apercepción temática. Pero los «test» no son para el médico general. Hay que estar habituado a hacerles y leerlos y actualmente en la mayor parte de las clínicas y centros hay personal dedicado exclusivamente a hacer «test», incluso, en algunos centros, personal no médico, sino psicólogos. El estudio de los «test» es muy interesante y apasionante, pero sólo podemos mencionarlo.

A pesar de todo, esta historia completa que hemos esbozado es fácil de hacer; acostumbrándose resulta relativamente sencilla, y en un tiempo relativamente moderado, sin datos complementarios, podemos orientarnos.

Habiendo hecho un diagnóstico provisional más o menos aproximado, viene la decisión a adoptar, que depende en mucho de los familiares. Esto nos llevaría lejos, y las normas terapéuticas a seguir en cada caso serán expuestas en otras lecciones.

Antes de terminar estos consejos, yo quisiera corregir algunas ideas y errores muy comunes.

El primero es el relativo a la sífilis. Es muy frecuente en los medios populares, e incluso en ciertos sectores médicos, cuando ven a un enfermo mental, comenzar a buscar un origen sifilítico en sus padres, abuelos e incluso más atrás y estimar que con un tratamiento antilúético se cura una esquizofrenia de comienzo puberal. Yo no creo en la heredolues como causa de psicosis, si acaso como causa de algunas minusvalías orgánicas. En realidad, una heredolues que se manifiesta de esa forma después de los quince años, no existe. Lo que pasa es que la esquizofrenia tiene una etiología ignorada y siempre nos gusta achacar el origen de las cosas a motivos que nosotros podamos ver. Otra idea equivocada sobre el origen de las psicosis en los chicos jóvenes, puberales, es la masturbación. O bien que la masturbación puberal pueda ser causa tardía de trastornos mentales. Hay que desvirtuar este error. La masturbación puede ser causa de trastornos de tipo psiconeurótico e incluso de trastornos del tipo de las psicosis compulsivas, pero no de una esquizofrenia. Los jóvenes esquizofrénicos puberales se masturban, y a veces mucho, pero esto es un síntoma del esquizofrénico. Éste es un autista, un aislado y reservado y, por tanto, odia las relaciones e incluso las relaciones heterosexuales; prefieren la masturbación y viven un mundo idealizado.

Rechacemos, por último, otro concepto erróneo, como es atribuir todos los trastornos mentales de la mujer al ciclo genital. Es posible que el ciclo genital de la mujer sea un factor a valorar en ciertos trastornos y también es cierto que durante la época del ciclo muchos trastornos se acusan más o tienen más síntomas, pero no que sea causa única, como tampoco que una mujer enferma psíquica sea tributaria de un ginecólogo o de un tratamiento hormonal. Nosotros, a veces, damos hormonas, como se dan en las psicosis masculinas, pero no hay que sobrevalorar ciertos factores. Me agradecería quedasen estos conceptos bien delimitados.

Ustedes han venido aquí a oír unas lecciones sobre un curso muy breve de iniciación o toma de contacto con la Psiquiatría; quizás muchos de ustedes pensando que adquirirían un nuevo conocimiento, de no mucha utilidad, sino más bien en aumento de la cultura médica general, lo cual es siempre de alabar. Es verdad que ustedes no esperan ver muchos enfermos psíquicos y aun así ya los mandarán a un especialista. No es fácil diagnosticar una esquizofrenia o una psicosis atípica. Pero yo quiero que salgan de aquí llevando la idea y el convencimiento de que no psicóticos, pero sí enfermos psíquicos, van ustedes a ver todos los días. Dice Hinsie, autor americano, que aproximadamente la tercera parte de los enfermos de un internista son psiconeuróticos. En otras estadísticas, otros autores nos dicen que hay que tener en cuenta que en un 50 a un 60 % de los enfermos que visitan a un médico la base orgánica es mínima. Rof Carballo, recientemente se hace eco de esto y cita estadísticas de las clínicas americanas más importantes. Aún en las clínicas quirúrgicas en el 42,2 % no había hallazgos orgánicos y otro 29 % sufrían afecciones como cardioespasmo, ulcus, colitis mucomembranosa, etc. Es decir, enfermedades en las que hay un componente psicógeno. Hay otros estudios del Hospital John Hopkins, en el cual los enfermos fueron estudiados sin seleccionar y por varios especialistas y no psiquiatras durante varios días. El diagnóstico final se sometió a discusión y se halló un 24 % de enfermedades manifiestamente orgánicas, sin nada psicológico; un 49 % de enfermedades puramente psicógenas, sin descubrir absolutamente nada orgánico; un 23 % de alteraciones somáticas y psíquicas. Éstos son de clientela privada. Estadísticas de enfermos de hospital y económicamente débiles son aproximadamente iguales, alrededor del 20 a 25 % solamente con cosas orgánicas. De modo que creo tiene interés para todos asomarse a los problemas psicológicos.

Tengan en cuenta que no todos los enfermos mentales son enfermos psicóticos y enfermos de manicomio. Hay incluso psicosis leves atenuadas con síntomas predominantemente orgánicos, cenestopatías y molestias diversas en diferentes órganos y aparatos que acuden primeramente al médico general. Ya un psiquiatra español publicó hace unos años una monografía sobre las llamadas psicosis «mitis» o mitigadas y recientemente un internista americano ha publicado un mag-

nífico libro diciendo que hay muchos enfermos con pequeñas psicosis y neurosis que son los que los médicos van a ver cada día. Son muchos los enfermos que acuden a múltiples médicos con molestias y trastornos y después de explorados, al no apreciárseles nada orgánico, se les dice que no tienen nada, y salen defraudados, pues siguen teniendo molestias y síntomas que no se les curan. A estos enfermos no hay que enfocarlos por el lado orgánico. Es más, a muchos de estos enfermos (psíquicos) se les explora muy detenidamente y se halla un pequeño foco infeccioso, que se extirpa, o unas cifras tensionales bajas o cualquier otro hallazgo orgánico y sin embargo se tratan y no mejoran; es que detrás había un problema psiquiátrico sin resolver, aun con un pequeño hallazgo orgánico. Hay muchas depresiones leves con síntomas diversos, causantes de muchas preocupaciones para los médicos. Yo he visto alguno que había sido intervenido quirúrgicamente sin ningún hallazgo; por ejemplo, una laparotomía exploradora hecha con un buen criterio y con el fin de orientarse, y sin embargo había unas cenestopatías psíquicas depresivas que tratadas después curaron. También los esquizofrénicos, muchos de ellos en sus comienzos, aún sin síntomas psíquicos, pueden simular cualquier enfermedad orgánica por los síntomas manifestados y al final terminar en un manicomio.

Vean, pues, si tiene interés asomarse a los problemas psiquiátricos.

Nos quedaría por último que hablar sobre el diagnóstico propio y diferencial de cada una de las psicosis. Por una parte ya esta lección se alarga demasiado y por otra cada enfermedad o síndrome precisaría una lección. Es posible que conviniese dedicar un capítulo a cada una de ellas, en años próximos, si a ustedes les interesa. Convendrá hacerlo más detalladamente, pues no es posible decirles en un momento qué es una esquizofrenia o qué es una psicosis depresiva. Por otra parte, el diagnóstico diferencial, por ejemplo, entre una esquizofrenia agitada y un brote maniaco, es a veces muy difícil y debe ser hecho por un especialista.

De todos modos señalaremos sólo algunas de sus características esenciales.

La esquizofrenia es la enfermedad fundamental, pudiéramos decir, la más amplia, la más difícil, la que más problemas plantea. Ya dice López Ibor que un psiquiatra que no se pregunte diariamente al llegar

al manicomio o sanatorio qué es la esquizofrenia, no merece serlo, y es una verdad. Es lo que nos preocupa todos los días.

Sin embargo, no es fácil definir la esquizofrenia ni decirles a ustedes en pocas palabras lo que es. Hay formas agudas y formas crónicas, éstas son las de los manicomios. Es fácil diagnosticarlas. Las agudas no es tan fácil. Hay formas agudas de comienzo, intensas, agresivas, inadaptadas. Hay formas solapadas, insidiosas, que parecen leves, que no se les da importancia y son las peores, las de peor pronóstico y que suelen quedar con defecto.

Hay formas con trastornos psíquicos solamente, hay otras con trastornos somáticos y psíquicos. Entre los somáticos señala Bleuler alteraciones del metabolismo, lengua saburral, anisocoria, moscas volantes, alteraciones vasomotoras y una forma especial de embotamiento.

Luego vienen los síntomas psiquiátricos, los más importantes. Aparte los comienzos, que suelen ser imprecisos, después se aprecian los síntomas propios de la enfermedad. Hay lo que se ha llamado síntomas primarios y síntomas secundarios. Se habla por diversos autores de cuáles son los síntomas patognomónicos y sin que se pueda precisar de una forma rotunda, los más acusados pueden ser, según Mayer Gross, Grühle, etc., cinco o siete. En realidad son trastornos del pensamiento y alucinaciones, trastornos de los impulsos y de los instintos; trastornos de los sentimientos de simpatía, en especial, enfriamiento de las relaciones (no es disminución de la afectividad, sino un trastorno de la misma), delirios; escisión de la personalidad esquizofrénica o personalidad alternante, etc. Aunque ya Wirsch llama la atención de que pueden faltar algunos de estos síntomas e incluso casi todos y sin embargo haber una esquizofrenia, para él lo fundamental es un modo especial de ser y de estar en la vida, una determinada actitud general de la persona, la que define en esencia la esquizofrenia. Hay, como ustedes saben, tres o, mejor, cuatro formas clínicas: la simple, la catatónica, en que predominan estos síntomas catatónicos de origen cerebral diencefálico, la paranoide, en que las reacciones de autoreferencia y perjuicio y las alucinaciones son lo predominante y la hebefrenia, en que lo característico es la destrucción de la personalidad adoptando una forma necia, boba. Luego están las múltiples subfor-

mas clínicas de la clasificación de Kleist y Leonhard. Estas formas pueden cambiarse unas veces y otras no, unas en otras. Muchos casos conducen a la demencia y en otros se conserva la personalidad. Unas veces mejoran con las terapéuticas biológicas y otras son rebeldes a los tratamientos. Evolucionan por brotes, pero queda siempre un defecto entre cada brote, que se va agravando.

La psicosis maniaco-depresiva. Se manifiesta bajo la forma de brotes depresivos melancólicos y en otros casos bajo la forma de brotes maníacos, de excitación. A veces se dan los dos en un mismo enfermo. Otras veces sólo una clase, la depresión o la manía. Los brotes remiten totalmente y el enfermo queda entre los brotes completamente bien, cosa que no sucede en la esquizofrenia. Los brotes depresivos son más frecuentes que los maníacos. Tengan en cuenta que en éstos, en los depresivos, el síntoma fundamental, que es la tristeza, una tristeza angustiosa, profunda, vital, está encubierta de manifestaciones y síntomas corporales, cansancio, insomnio, quejas diversas, sobre todo del corazón, hígado, articulaciones. Estos enfermos suelen ir de uno a otro especialista. Muchos que se califican de histéricos y neuróticos son depresivos. Si una persona, antes nada histérica ni neurótica, vigorosa, alegre, optimista activa y trabajadora, comienza a quejarse de toda clase de molestias orgánicas no objetivables y deja el trabajo, piensen en un brote depresivo. La mayoría de estos enfermos no se diagnostican y se tratan falsamente. Los brotes depresivos y maníacos ceden incluso sin tratamiento médico, son transitorios. Los enfermos se encuentran curados y vuelven a sus actividades.

El otro grupo importante es el de los epilépticos. Son fáciles de diagnosticar, pues por lo general tienen crisis típicas de «Grand Mal» y además de las ausencias y crisis de «petit mal» presentan las psicosis epilépticas, estados crepusculares, las distimias, o cambios violentos, y a veces terribles, de humor y las demencias de tipo epiléptico. Los epilépticos son siempre peligrosos. Entre las psicosis exógenas, tenemos las psicosis sintomáticas y los tipos de reacción exógena de Boenhoeffer, de que ya hemos hablado. Existen los tipos de reacción ya enumerados. Lo fundamental son las alteraciones de la esfera de la conciencia. Psiquiátricamente sólo se puede demostrar el sello exógeno, pero no la etiología específica. De todas formas, aun con el sello

exógeno, a veces es muy difícil en ciertas fases el diagnóstico diferencial con una esquizofrenia de comienzo.

Tenemos después las psicosis luéticas, en dos formas principales: la lues cerebral y la P. G. P. Esta última es la enfermedad típica. Hay un diagnóstico neurológico, diagnóstico serológico y de líquido céfalo-raquídeo y el psiquiátrico. Puede adoptar varias formas: expansivas, depresivas, etc. La más típica es la primera, con sus características demenciales y su euforia, delirio de grandezas, aumento del erotismo. Son enfermos que a veces son Napoleón y a veces nos dicen poseen inmensas fortunas. Ya verán ustedes algún caso.

Junto a éstos tenemos las toxicomanías, el alcohol, con el delirium tremens, la alucinosis y las psicosis de Korsakow. El diagnóstico no suele ser difícil.

Tenemos los trastornos de la involución. Las demencias seniles con sus características de pérdida de memoria, a veces alucinaciones, delirios, inquietud psicomotora, incluso agresividad y el carácter progresivo de sus trastornos. Al lado de ellas están las demencias preseniles, que presentan los mismos trastornos pero muy precozmente, las demencias de la arterioesclerosis y las tan características psicosis de las encefalopatías hipertensivas. Éstas son muy conocidas de los internistas. También existen en este grupo las llamadas enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Pick. Son enfermedades demenciales, incluso parecidas clínicamente a estas anteriores, pero con unas características clínicas e histopatológicas especiales. Aquí se aprecia que en estas dos últimas, e incluso en las demencias seniles, hay un factor hereditario, dándose en familias predispuestas a la demencia senil al llegar a cierta edad. Yo tengo recogidas unas historias de enfermedad demencial senil muy precoz, de los cincuenta a sesenta años, que eran hereditarias.

Nos quedan por último dos grupos: las personalidades psicopáticas, que son aquellas que ya vienen con unas anomalías y modos de ser y de conducta diferentes de las habituales. No son psicosis, ni enfermedad sino, como digo, modos de ser anómalos de la personalidad global. Existen desde el nacimiento. Son variantes de la personalidad que se desvían del tipo medio. En algunos aspectos pueden ser valiosas. Pero en general es útil la definición de K. Schneider de que sufren

ellos y hacen sufrir a los demás. Hay muchos tipos: depresivos, explosivos, desalmados, abúlicos, asténicos, etc. Casi siempre entran en colisión con la sociedad, son clientes de la comisaría y de pequeños procesos. Otras son personalidades de más alto nivel y sólo sufren las consecuencias los familiares. Por lo común no terminan en psicosis ni en manicomios.

El otro grupo es de las oligofrenias. Son enfermos que vienen al mundo con un defecto global de la personalidad, sobre todo en el aspecto intelectual. No son útiles. Hay los tres grupos clásicos de idiotas, imbéciles y débiles mentales. El diagnóstico es fácil. El origen es en unos un factor hereditario, hay oligofrénicos o bobos en su familia. Otros son debidos a enfermedades de la madre, partos distócicos, infecciones en la primera infancia que, al lesionar las células nerviosas muy jóvenes, determinan el defecto de la persona. En estos casos suele haber trastornos neurológicos y somáticos.

Y, por último, las reacciones vivenciales anormales, las neurosis y psiconeurosis. Este grupo es el más amplio y el más difícil de clasificar. El juicio que cada uno se forme de las neurosis depende de sus propias opiniones y concepto de la medicina. La misma enfermedad no la verá del mismo modo un organicista que un psicoanalista. Por tanto, hay muchas definiciones sobre el mismo tema. Las neurosis, abarcan un amplio grupo de enfermos que en su mayor parte no van al psiquiatra, con múltiples y diversas manifestaciones. Creo que en otra ocasión habrá que dar mayor extensión a este capítulo, que no quiero ni aún abrirlo, pues alargaría desmesuradamente, esta breve lección de iniciación.

Con esto es suficiente. El capítulo del diagnóstico nos abre la puerta de la Psiquiatría en su totalidad. Yo no he hecho más que desbrozar un poco para que ustedes puedan ver su anchura. Al que le interese nos agradecería ayudarlo.

LECCIÓN 4.^a

DR. CARLOS PINTO GROTE

TERAPÉUTICA ACTIVA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

RESULTA difícil exponer en un breve resumen todas las cuestiones relacionadas con la terapéutica activa de las enfermedades mentales. Nos separamos de nombrarlas terapéuticas de choque porque ello implica, siempre que ante el enfermo se habla de una tal modalidad terapéutica, un concepto lesivo que está muy lejos de la realidad.

Indudablemente los tratamientos somáticos en Psiquiatría no han tenido un desarrollo históricamente lógico. Y esto es fácilmente comprensible si se piensa que nos desenvolvemos en un campo en el cual tanto los factores etiológicos como fisiopatológicos nos son prácticamente desconocidos.

No obstante, los métodos que han tenido éxito en el tratamiento de las enfermedades mentales, no están relacionados de una manera clara y con una relación de dependencia notoria, con los progresos de la Medicina y de la Psiquiatría.

El único punto común estriba en la creencia de que las alteraciones psiquiátricas, especialmente las psicosis, pueden ser influidas y hasta curadas por métodos alejados de la psicología y con características de típica acción somática.

Hemos de añadir que, por parte de los enfermos y en el consenso de la opinión general profana, el escepticismo en lo que respecta a los resultados prácticos de la terapéutica activa de las enfermedades mentales es muy grande. Incluso entre los profesionales, hasta hace poco

tiempo, los métodos de terapéutica activa eran considerados, bien de una manera alegre y despreocupada, bien atribuyéndole características lesivas al organismo que los hacían un arma peligrosa en manos del especialista.

Como explicación a tal manera de considerar una terapéutica, que se ha impuesto por sus efectivos resultados y por su manifiesta utilidad en el tratamiento de las psicosis, se traía al campo de la discusión el peligro, la ineffectividad y sobre todo la inespecificidad de tales métodos curativos. La realidad es que, cualquier otra terapéutica utilizable en Medicina, tiene, con mayor o menor base, alguna de estas características, sin que por ello la utilidad de una terapéutica fuera discutida o puesta en duda de una manera tan patente como ha venido sucediendo con la terapéutica empleada por el psiquiatra en general.

Queremos establecer una diferencia entre los métodos empíricos que han sido traídos desde la historia, a fin de compararlos con los actuales métodos utilizados en el tratamiento de las psicosis principalmente. Intentar relacionar el «pozo de las serpientes», los métodos de sugestión, y realmente de «Shock» que se utilizaban en los pueblos primitivos con la intención de curar a los enfermos de la mente, con los actuales procedimientos, que empleados de una manera científica y estudiada, consiguen curaciones efectivas en los enfermos psíquicos, nos parece querer elucubrar con cuestiones realmente ajenas. Por ello hay que deshacer en el espíritu de los profesionales ese concepto mágico de las terapéuticas psiquiátricas. Ni los métodos activos, biológicos, empleados hoy día, ni siquiera los métodos psicoterapéuticos, contienen gérmenes que pudiéramos denominar mágicos o de un empirismo vulgar.

No nos vamos a extender en el estudio del desenvolvimiento histórico de las actuales terapéuticas activas porque ello nos llevaría a alargar demasiado esta conferencia. Existen tratados en los cuales el problema está exhaustivamente estudiado y a ellos remito a los que se interesen por la cuestión. Sí hemos de pasar, citándolos brevemente, por algunos hitos fundamentales dentro del desenvolvimiento de la terapéutica psiquiátrica, tal como hoy la concebimos; es decir, como una parte de la Psiquiatría que tiende, al igual que en los demás sectores de la medicina, a conseguir la curación del hombre enfermo.

Hemos de hacer una aclaración en lo que respecta a la denominación de terapéutica activa, denominación que creemos la más acertada para nombrar a nuestro quehacer terapéutico, somático. La nombramos así porque con ello nos oponemos a la manera terapéutica primitiva, en la cual las enfermedades mentales, consideradas entonces como puras insanias del alma, no eran capaces de ser modificadas por otros procederes que no fueran la reclusión, la amenaza, el miedo, o el exorcismo.

La terapéutica activa, tal como hoy la consideramos, tiene la misión fundamental de poner en movimiento una serie de mecanismos defensivos que posee el organismo en su totalidad y con ello dar muchas veces la salud al hombre enfermo.

Nos interesa ahora señalar una cuestión relativa a la enfermedad psíquica y su tratamiento, y para ello vamos a exponer a ustedes una clasificación de Barahona Fernández que nos parece didáctica y hasta cierto punto útil para nuestro estudio posterior. No cabe duda de que tal clasificación posee puntos criticables, pero en conjunto representa un gran acierto y sobre todo una generalización del problema del enfermar psíquico con un valor realmente muy utilizable. Barahona Fernández estudia la enfermedad mental en relación con tres factores fundamentales, los cuales relaciona de una manera lógica. El factor principal es el de las categorías fenoménicas, es decir, el establecimiento o la aparición en el hombre que enferma de la mente de características estratificadas de fenómenos, lo cual viene una vez más a corroborar esa fundamental opinión de Hugckling Jackson de los niveles de la organización del sistema nervioso del ser.

Los fenómenos que pueden acaecer en el hombre que enferma psíquicamente son cuatro, en orden de más diferenciado a menos diferenciado. Primero: fenómenos espirituales; segundo: fenómenos anímicos; tercero: fenómenos biológicos y cuarto: fenómenos materiales. A cada una de estas categorías fenoménicas corresponde, como es lógico, un nivel de desintegración. En los fenómenos espirituales, es decir en aquellos que afectan a la fenomenología de la pura «existencia» (a la manera-de-estar-corporalmente-en-el-mundo) aparece, el nivel desintegrativo con manifestaciones que pueden ser: a); una desviación valorativa del considerar, es decir, un establecimiento axiológico diferen-

te o bien, b) una perturbación de la reactividad anímica ante el mundo-en-sí.

La actitud terapéutica que corresponde a dicha categoría fenoménica con el antedicho nivel desintegrativo es la siguiente: a) orientación espiritual, b) psicagogía; c) analítica existencial, d) terapia social o colectiva.

En la categoría de los fenómenos anímicos, el nivel de desintegración va a producir a) perturbaciones anímicas parciales, b) perturbaciones psíquicas formales con carácter vital. La terapéutica más indicada sería la psicoterapia, la ergoterapia y quizá la acción de ciertos fármacos que actúan fundamentalmente sobre el vegetativo, entre los cuales podemos incluir la narcosis, la acción de ciertos medicamentos vasodilatadores e incluso algunas veces formas de convulsoterapia mínima.

La aparición de fenómenos biológicos que corresponden a un nivel de desintegración, con desviaciones de la función cerebral y alteraciones bioquímicas cerebrales, tendría su terapéutica en la insulino-terapia, la convulsoterapia, los fármacos de «acción nerviosa» y la terapéutica médica general. Y por último, los fenómenos materiales que tendrían su nivel de desintegración como lesión cerebral difusa o lesiones focales, serían tratados por medio de terapéuticas especiales existentes en el ámbito del saber médico o bien por procedimientos quirúrgicos.

A continuación expongo a Vds. el cuadro completo que presenta Barahona Fernández.

CATEGORIAS FENOMENICAS	NIVEL DE DESINTEGRACION	TERAPEUTICA
Fenómenos espirituales	Desviaciones valorativas	Orientación es- piritual
		Psicagogía
Fenómenos anímicos	Perturbaciones anímicas reactivas	Analítica exis- tencial
		Terapia social o colectiva
	Perturbaciones anímicas parciales	Psicoterapia
Fenómenos biológicos		Ergoterapia
	Perturbaciones psíquicas formales con carácter vital	Narcosis
		Insulinoterapia
	Desviaciones de la función cerebral	Convulsoterapia
Fenómenos materiales		Fármacos de ac- ción nerviosa
	Alteraciones bioquímicas cerebrales	Terapéutica gral
	Lesiones cerebrales difusas	Terapéutica es- pecial médica
	Lesiones focales	Cirugía

Como podrán Vds. observar, encontramos cuatro puntos a tener en consideración. Primeramente nos aparece un pluralismo de los agentes terapéuticos en relación con la diversidad categorial. En segundo lugar, el establecimiento de múltiples interacciones y terapias convergentes, ya que no puede hablarse de una separación neta, ni fenoménica ni desintegrativa, puesto que siempre hemos de tener en cuenta, más en Psiquiatría que en otras disciplinas médicas, la consideración del hombre como ser total. Tercero: Aparece también la inespecificidad de la terapéutica, aunque sólo de un modo teórico, ya que en la práctica, y según la opinión de Barahona Fernández y otros muchos investigadores, la hallamos multitud de veces y, por último, nos encontramos con que la acción terapéutica no es sobre las causas de la enfermedad sino únicamente sobre las reacciones orgánicas de las causas.

Con esto creemos queda, aunque sea superficialmente, tratado el problema del porqué de la utilización de determinados métodos curativos o encaminados al restablecimiento de la normalidad en el hombre en el caso de una enfermedad de las que denominamos psíquicas, queriendo indicar con ello solamente que es esta función del ser la que se encuentra más deficitaria dentro de la totalidad del mismo.

Pasemos ahora a examinar algunos procederes terapéuticos que, si bien en desuso, tienen una razón práctica, aunque no teórica, puesto que no hemos podido llegar a la entraña de su acontecer.

No hay duda de que, en una enfermedad psíquica encuadrable en el grupo nosológico de las psicosis, o bien en la categoría fenoménica biológica o material, la reclusión inicial breve, por espacio de unos ocho o diez días, verifica un cambio apetecible en el enfermo. Por una parte, esta breve reclusión inicial produce una *rencontre* del hombre consigo. En esta soledad se verifica un quebrantamiento de aquellos mecanismos adaptativos al ambiente extrasanatorial que produce casi siempre una mejora en la sintomatología patoplástica del enfermo. Por ello citamos aquí este proceder ya que, aun al margen de las actuales corrientes terapéuticas, quizá un poco desbordadas, nos presta una indiscutible utilidad en el tratamiento del hombre enfermo.

Esto nos lleva a considerar como terapia activa una modalidad de la terapéutica que, al igual que la Laborterapia de Simón, contribuye notablemente en nuestra lucha por la obtención de la salud mental.

A modo de recuerdo citaremos algunas fechas y algunos autores que con sus descubrimientos han contribuido a la terapéutica de las enfermedades mentales. Aun a riesgo de olvidar algunos nombres no menos importantes consideramos que, los que vamos a citar, representan fundamentalmente los momentos más importantes de nuestra actual terapéutica. Y así encontramos que aparte de que los intentos de terapia activa son de siempre, es Lundvall, en 1907, con el absceso de fijación; Wagner-Jauregg, en 1917, con la malarioterapia; Klaesi, en 1922, con la cura de sueño; Sakel, en 1933, con la insulino-terapia; Meduna, en 1935, con el choque cardiazólico; Cerletti y Bini, en 1937, con el electrochoque, y Moniz, en 1936, con la leucotomía prefrontal, los que establecen de una manera metódica y científica la terapéutica activa de las enfermedades mentales.

Las modificaciones de los métodos anteriores y la aparición de nuevas prácticas que someramente y más adelante reseñaremos, ponen en manos del psiquiatra un arsenal terapéutico cuya riqueza puede compararse a cualquiera otra especialidad dentro de la medicina.

Indudablemente el camino recorrido es muy grande y también el número de curaciones obtenido es apreciable estadísticamente. Si bien no hay duda de que se ha producido un aumento real de las enfermedades mentales, nos cabe la satisfacción de saber que poseemos también mayor número de métodos para combatirlas.

De una manera sucinta expondré a ustedes un cuadro, que comentaremos brevemente, sobre lo que hoy consideramos de utilidad en el tratamiento de las enfermedades mentales.

TERAPÉUTICA ACTIVA EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

Insulinoterapia	Método ortodoxo de Sakel	« de las dosis Fraccionadas
		« « « « rápidamente progresivas
	Empleo de las Insulinas-depósito	« « la Insulina endovenosa
	Comas prolongados	Subcomas
	Método oscilante	« de Weir-Mitchel
	Modificaciones al método de Weir-Mitchel	
Convulsoterapia	Química	Cardiazol
		Picrotoxina
		Cloruro amónico
		Triazol o Azamón
	Física	Electrochoque ortodoxo
		« en glissando
		« con estímulos breves
		Electronarcosis
		Técnica de Braunmühl (Bloques)
		Electrochoque bajo Narcosis
Electrochoque con relajantes	{ Curares Ester Glicérico del Guayacol, etc	
Tratamientos de sostén	Crisis Subliminares sin convulsión	
Tratamientos Combinados de Insulina y Electrochoque	Bloques de Electrochoques en curso de Insulinoterapia	Método { Alternante Imbricado o simultáneo Cruzado

- Psicocirugía
 - Leucotomía prefrontal (Moniz)
 - Lobotomía prefrontal (Freeman)
 - Lobotomías parciales
 - Girectomía
 - Topectomía
 - Talamotomía
 - Cingulectomía
 - Método de Fiamberti o Transorbitario
 - Lobotomías
 - parietales
 - temporales
 - occipitales
- Otros tratamientos
 - Cura de Klaesi
 - Narcoterapia
 - Frozen-Sleep
 - Balneoterapia
 - Hibernación
 - Malarioterapia
 - Piretoterapia inespecífica
 - Absceso de fijación
 - Bombeo Espinal (Speransky)
 - Choque Diencefálico o
 - Diencefalo Shock con carbogeno (Brage)
- Tormentas vasculares
 - Acetilcolina endovenosa
 - Acido Nicotínico
 - Antabus
 - Bencedrina
 - Atropina (Forrer)
 - Adrenalina
- Terapia por inhalación de gases
 - N₂ O₂
 - Dióxido de Carbono
 - Otros Gases
- Terapéutica por la acción farmacológica pura
 - Difenilhidantoinatos
 - Cloropromazina
 - Mefenesin
 - Dimitrilo Succínico
 - Hematoporfirinas
 - 17 Cetosteroides
 - Hormonoterapia
 - Acroagoninas

Nota aclaratoria.—Cuando utilizamos un fármaco determinado en Psiquiatría, ello puede tener tres objetivos para nosotros. Si bien ello no es así teóricamente, desde el punto de vista práctico y didáctico, las cosas aparecen como si esta división de objetivos fuera cierta.

Así tenemos que, en cada caso, busquemos para con el fármaco utilizado algunas de estas tres acciones que vamos a enumerar: a) acción farmacológica primaria, con escaso efecto o repercusión general; b) acción farmacológica secundaria, con escasa repercusión farmacológica específica; c) acciones mixtas.

Pondremos para la mejor comprensión de cada uno de los casos un ejemplo:

En el primero de ellos nos encontramos con la acción farmacológica pura de las hematóporfirinas, dinitrilo succínico, cloropromazina, etc.

En el segundo caso tenemos, por ejemplo, la convulsoterapia por Cardiazol, donde no buscamos la acción del mismo como analéptico, si bien la lleva implícita a su administración, sino exclusivamente la acción convulsiva que pueda tener el mismo.

El tercer caso puede ejemplarizarse en la insulinoterapia, donde la acción hipoglucemiante de la insulina y por tanto farmacológica en sí, viene a reunirse con la acción que produce en el organismo al conducirlo al coma o subcoma, factor importante en el establecimiento de una cura psiquiátrica.

Repetimos que esta división es puramente arbitraria. Aún está por averiguar el mecanismo de acción de muchos procederes terapéuticos, no sólo en la Psiquiatría sino en varios sectores de la medicina. Las causas últimas las ignoraremos siempre.

No vamos a discutir ni tratar sobre los mecanismos de acción de cada una de las modalidades terapéuticas, ni tampoco prejuzgar nada acerca de la etiología de las enfermedades que vamos a tratar por los procedimientos activos. La realidad es que el método de acción de la terapéutica activa, cualquiera que sea su forma, es algo aún oscuro y discutido. Por ello, en un curso práctico de Psiquiatría, tan sólo podemos mencionar algunos de los supuestos mecanismos de acción de los métodos terapéuticos usados actualmente, pero sólo a título informativo. Se ha dicho que la acción de la anoxia cerebral que producen algunas terapéuticas, el desfaseamiento y el cambio de potencial de los

elementos neuronales que aparecen también en virtud de nuestra acción terapéutica; los cambios metabólicos acaecidos en el curso de nuestra actuación curativa por un método u otro, etc. etc., son los resultados más probables de nuestras terapéuticas. Pero todo lo antedicho es sólo suposición, ya que no tenemos datos claros en que apoyarnos para afirmar categóricamente estas ideas.

Este esquema que he expuesto anteriormente, ha de ser, como todas las cosas, relativo, ya que es posible que adquisiciones próximas en la fisiopatología de las perturbaciones cerebrales, nos traigan conocimientos más exactos acerca del funcionamiento de nuestra psique. Entonces quizá, los mismos procederes terapéuticos nos aparezcan justificados por una específica acción, hoy desconocida, sobre los elementos que constituyen nuestro sistema nervioso.

Vamos a considerar inicialmente el tratamiento por la insulina en las enfermedades mentales. Como aparece en el esquema anterior, vemos que de la técnica ortodoxa y primitiva de Sakel, cuya realización no voy a describir puesto que tendrán Vds. ocasión de verla en una sección práctica dedicada a la terapéutica activa, se han derivado multitud de formas, sin que por ello el método ortodoxo de Sakel haya perdido ninguno de sus valores fundamentales. La realidad es que diferentes autores e investigadores, queriendo facilitar la insulino-terapia aumentando o disminuyendo su acción en el organismo, han propuesto variaciones que pueden tener utilidad en algún caso. Pero la discriminación terapéutica corresponde siempre al especialista. Hay que observar que la terapéutica insulínica ha sido abandonada muchas veces por dificultades técnicas y que en otras no se llega a la producción de coma insulínico ni en la profundidad ni en el tiempo, como sería de desear para que la acción terapéutica de la insulina fuera beneficiosa al enfermo. En muchos protocolos hallamos la indicación insulino-terapia y si hacemos un estudio catamnésico casi siempre nos encontramos con que la práctica de la insulino-terapia fué muy escasa y que por tanto no se puede achacar el fracaso del método terapéutico al propio método en sí, sino a la falta de pericia de quienes lo utilizaron. Y esto que decimos con respecto a la insulina, podemos suscribirlo para toda la terapéutica psiquiátrica en general. Si se conoce que el tratamiento de la esquizofrenia por la acetilcolina supone, para invali-

dar este método terapéutico en su ineficacia administrar de cien a ciento cincuenta inyecciones intravenosas de bromuro de acetilcolina, se comprenderá cómo las estadísticas terapéuticas, en lo que a la Psiquiatría respecta, han de ser siempre puestas en tela de juicio o al menos estudiadas muy detenidamente. En toda la actuación terapéutica del médico existe la extraordinaria fuerza de la opinión general, que quiere, como decía Bleuler, que el médico y la medicina ejecuten con un aparato insuficientemente construido acciones totales y definitivas y además, añadiríamos, en fracciones de tiempo pequeñas y comprometedoras. El fenómeno de la prisa, en la totalidad de la existencia humana, aparece como un factor perturbador. Por ello hay que decir que en Psiquiatría hemos siempre de hacer llegar a la comprensión, tanto del médico general como del profano, la inutilidad de las terapéuticas relámpago que, si bien pueden suprimir determinados síntomas originados por la patoplasia del enfermar, generalmente no conducen sino a permitir que las causas que originan síntomas más profundos queden inaperceptas, con el consiguiente peligro para la ulterior evolución del síndrome que se padece. Estas aclaraciones, que incluimos en este apartado de la terapéutica por la insulina, hemos de hacerlas extensivas a todos los restantes tratamientos.

En la insulinoterapia hemos de tener en cuenta tres factores fundamentales: la técnica, la sensibilidad al tratamiento y las contraindicaciones del mismo, hecha salvedad naturalmente de la formal indicación que se establece por un diagnóstico previo acertado. Con respecto a la técnica, y aparte las variaciones establecidas en el cuadro anterior, hemos de significar que jamás debe ponerse en práctica en medios no especializados y nunca se intentará ejecutarla de una manera ambulatoria, ya que entraña unos riesgos grandes e imprevisibles. Siempre ha de utilizarse en régimen de internamiento y con personal habituado. Aquí es donde el equipo muestra su mayor eficacia. Otro factor a tener en cuenta es el de la sensibilidad de los enfermos, la cual debe ser estudiada previamente a la instauración del tratamiento. Las contraindicaciones, pese a las discusiones que este problema ha suscitado, no son —y de igual manera sucede con la casi totalidad de la terapéutica psiquiátrica— lo suficientemente importantes como para hacernos desistir de ella en aquellos casos en los cuales dependa la

salud mental posterior a nuestra acción. La exploración general debe aquilatarse al máximo antes de emprender el camino insulino-terápico.

Pasemos ahora al tratamiento convulsoterápico. Como pueden ustedes comprobar en el cuadro anterior, el número de modificaciones que el tratamiento inicial de convulsoterapia de Von Meduna ha experimentado, es muy extenso. Realmente podemos decir que la convulsoterapia que pudiéramos llamar química o farmacológica está en franco desuso, primeramente porque los métodos físicos son de técnica más sencilla y en segundo lugar porque los resultados obtenidos con ello son equiparables o mejores que los obtenidos por la convulsoterapia farmacológica. Por otra parte, los peligros inherentes a la convulsoterapia física son muchísimo menores. Esto ha hecho que la terapéutica convulsiva sea desplazada en un sentido físico con las modificaciones que en cada caso puedan establecerse.

Tampoco vamos a extendernos en lo referente a la técnica de la convulsoterapia. Lo que sí hay que poner de manifiesto es que la facilidad de la terapéutica convulsiva ha hecho que médicos generales e incluso especialistas la hayan hipertrofiado tanto en su utilización como en su valor terapéutico. Ello trae como consecuencia inmediata la desvalorización de la convulsoterapia, porque empleada anárquicamente puede dar origen a curaciones sintomáticas que entrañan un enorme peligro al encubrir enfermedades, las cuales, sin esta terapéutica empleada de una manera alegre y despreocupada, podrían ser descubiertas en su evolución y tratadas de una manera correcta. Hemos de añadir que, salvo algunas modificaciones, el mejor método de convulsoterapia es el electrochoque ortodoxo y que, salvo excepciones, los mejores resultados los obtenemos con su empleo. Esto no invalida el empleo de cualquier modificación de esta forma terapéutica, pero el uso de alguna de ellas debe ser siempre considerado en relación con el caso particular. Se ha dicho que el tratamiento electroconvulsivo tiene una acción puramente sintomática. Podríamos aclarar diciendo que tiene una acción principalmente sintomática, pero sin olvidar nunca que los fenómenos acaecidos en el organismo de un enfermo sometido a tal terapéutica son, en una gran mayoría de casos y si la indicación es correcta, de un manifiesto efecto curativo.

Las contraindicaciones de este método son aún menores que las

de la insulino-terapia. En nuestra práctica hemos realizado electrochoques desde los siete años de edad hasta los setenta y ocho. Enfermos psíquicos que al propio tiempo padecían lesiones cardíacas o circulatorias periféricas, también han sido tratados por el electrochoque sin resultados desagradables. Añadiremos que con una técnica depurada, con examen previo detenido y con instalaciones en las cuales podemos hacer frente a toda eventualidad desagradable, el riesgo para la electroconvulsoterapia no es mayor que el de la menos lesiva terapéutica empleada en medicina. Insistimos en la necesidad de proscribir el empleo de esta terapéutica por manos no expertas y si bien en algunos casos puede permitirse el tratamiento ambulatorio, debemos convenir en la necesidad de utilizarlo en el menor número de ocasiones posible. De este modo lograremos resultados satisfactorios y el enfermo no será puesto en peligro innecesariamente.

La convulsoterapia ha sufrido, después de la iniciación del tratamiento por electrochoque, modificaciones en el método, principalmente, en la cronología de administración y también en la ayuda que diferentes fármacos ajenos al campo psiquiátrico podían proporcionarle. Del empleo del electrochoque que pudiéramos llamar ortodoxo (administración de un electrochoque cada 4 días, bajo sujeción manual) se ha ido pasando a modificaciones que se han creído más útiles y que se emplean en casos específicamente determinados, los cuales no vamos a reseñar aquí, ya que sólo queremos indicar a ustedes las armas terapéuticas que en manos del psiquiatra van a servir para ayudar a la curación del hombre psíquicamente insano.

Las modificaciones de administración de electrochoque en Glissando y por estímulos breves, dieron origen, junto con experiencias anteriores realizadas en animales, a la introducción en el campo de la terapéutica de la electronarcosis, forma ésta que, si bien inicialmente tuvo un gran predicamento y fué defendida por autoridades en la materia, la realidad es que no presta una gran utilidad y sobre todo entraña más peligros para el sujeto que el electrochoque simple. Por ello, y ateniéndonos exclusivamente a dar una idea práctica de la terapia, no haremos más comentarios sobre este método.

Un avance relativamente provechoso lo encontramos en la técnica que emplea Braunmühl de bloques de electrochoques. Consiste esta

en administrar tres choques seguidos en tres días consecutivos o bien, si el caso así lo requiere, administrarlos diariamente mañana y tarde durante los mismos tres días. Es una técnica que da excelentes resultados, sobre todo en las agitaciones psicomotoras intensas y en los estados maníacos de gran actividad. Cronológicamente podemos también administrar el electrochoque como tratamiento de sostén, empleándolo en algunos casos cada quince o veinte días y siendo de gran utilidad en algunas formas depresivas.

El peligro que inicialmente se achacó a la terapéutica convulsiva de producir fracturas, principalmente de cuerpos vertebrales, ha querido ser disminuido o anulado en virtud del empleo de los curarizantes, tanto naturales como de síntesis, y también por preparados relajantes del tipo del esterglicérico del guayacol o de la succinilcolina. En nuestra práctica, dichos métodos que pudiéramos llamar combinados, no han dado un resultado satisfactorio. Para el empleo de estos fármacos, en combinación con el electrochoque, hemos de poseer un equipo de reanimación e incluso verificar intubaciones endotraqueales si el caso lo requiriera. Por ello, nosotros abogamos por la sujeción manual del sujeto que se somete a esa terapéutica. Después de la práctica de cerca de doce mil electrochoques, podemos decir que nunca hemos tenido un accidente en el cual el enfermo sufriera una fractura o una fisura ósea en ningún lugar de su organismo, apareciendo solamente alguna que otra luxación de maxilar. Creemos que todo lo que sea complicar el método es añadirle posibilidades peligrosas. Por otra parte se ha puesto en tela de juicio si los resultados obtenidos por el electrochoque bajo relajación, y que por tanto no producían convulsión tonicoclónica, tenían el mismo efecto que el electrochoque sin el empleo del relajante, ya que pudiera pensarse en la liberación en el momento de la crisis y por la musculatura de organismo, de productos desconocidos y beneficiosos para el enfermo.

El empleo del electrochoque bajo narcosis, que hemos utilizado también muchas veces y que no entraña peligro alguno, ya que las dosis de barbitúricos intravenosos necesarios son muy escasas, tiene su principal utilidad en aquellos casos en los cuales el enfermo experimenta un gran terror a la terapéutica, facilitándonos los barbitúricos la administración de la misma. Hemos utilizado con gran frecuencia el

preparado de «Roche» Narcomunal, no teniendo que emplear nunca dosis superiores al medio gramo, siendo la dosis media de 0,25 gr. Este método es agradecido por algunos enfermos y no puede decirse que influya notoriamente en el resultado de la terapéutica. Su empleo no disminuye nunca las convulsiones típicas del electrochoque.

Pasemos ahora a considerar los tratamientos combinados de insulina y electrochoque que tanta utilidad nos prestan. En el cuadro anterior pueden ustedes ver reseñados los métodos que comúnmente más se utilizan. El empleo del electrochoque en el curso de la insulino-terapia puede hacerse en aquellos casos en los cuales los métodos empleados por separado no han dado un resultado positivo. Con su empleo simultáneo, a veces logramos obtener mejorías muy ostensibles.

El empleo del electrochoque en curso de insulino-terapia, hecho por el método alternante, consiste, como su mismo nombre indica, en administrar un electrochoque entre dos comas insulínicos. En la práctica no debe pasarse nunca de 20 electrochoques ni de 40 comas insulínicos. La realidad es que cuando se ha llegado a este límite sin conseguir un resultado favorable o una ligera mejoría, debemos abandonar el método por inútil e improcedente, pese a que haya autores que preconicen un número casi ilimitado de choques y comas insulínicos. En nuestra práctica no hemos encontrado beneficio alguno con el empleo prolongado de este tratamiento alternante.

El método imbricado o simultáneo consiste en el empleo de electrochoques durante el coma insulínico. Creemos este método muy peligroso y la literatura no da razón clara de su utilidad.

El tratamiento cruzado consiste en administrar un número determinado de comas insulínicos, verificar un descanso de unos días y administrar una serie de choques eléctricos cada cuatro días, volviendo nuevamente a dejar un período de descanso y administrar nuevamente insulina.

Creemos que de estas combinaciones la más útil es la de producir en el curso de un tratamiento insulínico un bloque de electrochoques (tres días a electrochoque diario en los cuales no se administra insulina), reanudar la insulino-terapia durante diez días y repetir nuevamente un bloque de choques.

Las variaciones que de estas combinaciones pueden hacerse son

múltiples pero sólo hemos querido señalar las que consideramos de cierta utilidad.

Pasemos ahora brevemente a comentar todo lo referente a la psicocirugía. Podemos afirmar que con ella hemos adquirido un arma positiva en el tratamiento de las enfermedades mentales. Todas las objeciones que a su empleo puedan hacerse nos parecen fuera de lugar. Si con el empleo de este método, en cualquiera de sus variantes, que aparecen reseñadas en el cuadro anterior, conseguimos recuperar un enfermo total y absolutamente deshauciado no cabe duda de su utilidad. Lo que si es preciso es no dejarse asombrar por las opiniones favorables o contrarias y sentar la indicación psicoquirúrgica después de un estudio detenido y del empleo exhaustivo de todos los procedimientos terapéuticos a nuestro alcance. En la enumeración que hacemos de los métodos llamados psicoquirúrgicos va implícita la definición de cada uno de ellos, por lo cual no vamos a ocuparnos más extensamente de estos problemas. Sí hemos de subrayar que los resultados obtenidos por este proceder terapéutico en nuestro Sanatorio Psiquiátrico Provincial son practicamente muy positivos.

Pasemos ahora a estudiar de una manera, casi pudiéramos decir enumerativa, los demás tratamientos empleados en la lucha contra la enfermedad psíquica. En el apartado del cuadro indicado «otros tratamientos», aparecen, quizá un poco desordenadamente, métodos terapéuticos dispares, pero la dificultad para poder hacer una clasificación de ellos sobre una base etiológica, farmacológica o de acción es poco menos que imposible. Pasemos rápidamente por ellos. La cura de Klaesi o del sueño prolongado, ha sido actualmente revalorizada con la aparición de nuevos fármacos, tanto del tipo de los barbitúricos, como de los neuropléjicos, y así podemos de una manera artificial, clasificar los tratamientos que pudiéramos llamar narcoterápicos, incluyendo dentro de esa denominación a la primitiva cura de Klaesi y sus variaciones; la hibernación, el Frozen-Sleep e incluso la acción, por algunos citada, de los barbitúricos en la práctica del narcoanálisis en sentido amplio.

No nos extendemos en la técnica de estos métodos, que pueden ser estudiados en los tratados amplios sobre el tema.

También podemos hacer un grupo con la malarioterapia, la pire-

toterapia inespecífica y el absceso de fijación, que no hemos de definir por ser de todos conocido.

Nos quedan, dentro de este apartado, el bombeo espinal de Spersky y el diencéfalo-Shock, con carbógeno de Brage. Estos métodos los citamos únicamente a título informativo. La literatura y la experiencia aún no se han pronunciado en un sentido positivo respecto a sus resultados.

En el apartado que denominamos «tormentas vasculares», por ser ésta la acción más manifiesta que aparece con la administración de dichos fármacos, y no naturalmente porque la base de su acción sea precisamente la vasodilatación o vasoconstricción, nos encontramos principalmente con el empleo de la Acetilcolina endovenosa, utilizada ampliamente en nuestra patria, y cuyos resultados en las enfermedades del círculo timopático, ha comprobado tan brillantemente López Ibor. Su empleo es sencillo y prácticamente exento de complicaciones. Hemos comprobado siempre una marcada acción euforizante y de alza global, diríamos, de la vitalidad del enfermo. En nuestra experiencia da magníficos resultados en aquellos casos de órgano-neurosis con manifestaciones cenestopáticas intensas.

El empleo del ácido nicotínico endovenoso también es de una gran utilidad, y sus contraindicaciones son prácticamente nulas si previamente hacemos un test de sensibilidad, lo que creemos debe hacerse también al emplear cualquiera de los fármacos, que deban utilizarse ampliamente en el tratamiento de las enfermedades mentales.

El empleo de Antabus, del Choque anfetamínico, el choque atropínico de Forrer, o la administración de adrenalina, son métodos que reportan una cierta utilidad, pero sólo en algunos casos especiales. No nos dejemos nunca asombrar por publicaciones que los preconizan ampliamente, ni tampoco por algunos resultados sorprendentes o casi milagrosos, que puedan tener lugar; esto sucede en medicina con todos los tratamientos y no por ello debemos emplearlos siempre, y de una manera alegre y confiada.

Incluimos aquí la terapia por inhalación de gases, si bien la realidad es que esta utilización de los gases en terapéutica psiquiátrica, sólo es coadyuvante de otros tratamientos más profundos, y como método abreactivo en el curso de la psicoterapia. Las esperanzas que se

pusieron en el empleo de las inhalaciones del dióxido de carbono, han quedado disminuidas con su empleo en gran escala, sirviéndonos este método, más que nada, como apoyo a la psicoterapia en cualquiera de sus métodos.

En el siguiente apartado, encontramos una serie de fármacos empleados en medicina general y que han pasado al campo de la terapéutica psiquiátrica, por tener una indudable utilidad en ella. Su empleo está determinado casi siempre, por una presunta base etiológica de la enfermedad psíquica, y no cabe duda de que pueden obtenerse resultados halagadores con su utilización, la cual no podemos especificar aquí. Algunos de estos fármacos, como por ejemplo la Clopromazina, se han destacado en el campo psiquiátrico, con una utilidad indiscutible. Otros nos ayudan a la curación de nuestros enfermos y el disponer de ellos en nuestro arsenal es también un motivo de satisfacción, pero de esto a considerar, como hace muchas veces la propaganda, panaceas universales a fármacos con una determinada acción y con una limitada acción, hay un abismo.

Queremos comentar, siquiera sea brevemente, los ensayos que estamos realizando sobre lo que llamamos «tormenta biodinámica» (empleo simultáneo de coma insulínico, electrochoque, acetilcolina endovenosa y ácido nicotínico endovenoso). La utilización de este método, aún en vías experimentales, nos pone frente a una situación límite para el organismo y vemos que la capacidad de reacción del mismo, es ilimitadamente amplia. Es un método más, que puede tener su utilidad, cosa que aún ignoramos, pero que nos sirve de base para llegar a una conclusión final de esta lección.

Las manifestaciones de la enfermedad psíquica, son siempre el resultado de determinadas alteraciones orgánicas, que actualmente no conocemos bien. La manera de intentar curar a un enfermo tiene unas directrices probadas y unas posibilidades que hemos intentado reseñar en el curso de nuestra exposición, pero todas ellas están sujetas siempre a cualidades personales, tanto del enfermo como del médico. Mi intención al criticar quizá algunos métodos terapéuticos que se emplean comúnmente en la práctica, es la de hacer llegar a ustedes precisamente nuestras limitaciones. No pueden esperarse milagros de terapéuticas que se emplean más o menos empíricamente. Tampoco

podemos abandonarlas, si con ellas ayudamos al hombre enfermo a su curación, a su vuelta a una existencia dentro de los límites de la normalidad. Pero estas dos consideraciones nos tienen que llevar a pensar en que nuestro mundo, con todos sus adelantos y con su extraordinaria civilización, aparece como una minúscula esfera dentro de lo universal y que, por tanto, nuestra labor está a nuestra altura todavía.

Sobre nosotros y llenándolo todo, se halla la consciencia divina. Así, cuando nuestros esfuerzos terapéuticos se hayan agotado, preguntémonos sinceramente si hay algo más que hacer. Y si nuestra pregunta no tiene respuesta, en un impulso de introyección preguntémosnos también si somos merecedores de mejores resultados.

LECCIÓN 5.ª

DR. CARLOS PINTO GROTE

IDEA GENERAL DE LA PSICOTERAPIA

Trataremos de explicar esta definición someramente para atender más adelante a las cualidades del psicoterapeuta. El sujeto con una alteración global de causa psíquica tiene, posee, una manera problemática de vivir, problemática que es entrevista en el yo, pero nunca, o muy raras veces, en su yo mismo. El sujeto busca generalmente las causas de su estar enfermo fuera; es decir, no en la lucha sostenida entre un instinto coartado y su liberación, no en un problema de frustración infantil, no en un choque emotivo, sino fuera de eso, en su contacto con el mundo perceptible, aunque hay algo que le dice de la existencia de una causa desconocida contra la cual se halla desarmado precisamente por el propio desconocimiento que de la misma posee. Así su problema vital, su problema del existir, aparece como tal en la vertiente de la vitalidad, y es allí donde aparecen las primeras manifestaciones sintomáticas de su estar enfermo. Y tenemos la aparición de cenesopatías de toda índole, las cuales sólo pueden ser interpretadas por el psicoterapeuta después, naturalmente, de la absoluta carencia de hallazgos anatomofisiológicos, como una representación simbólica de algo que está ocurriendo, o discurriendo, o queriendo salir a la superficie desde lo más interno del ser. Pero la aparición en la vertiente de la vitalidad de fenómenos anormales es el producto, en el caso de las enfermedades, repetimos, para las cuales empleamos la psicoterapia como método curativo, de alteraciones profundas de la psique. Ello implica que esta disarmonía, o que el establecimiento de esta problemática, traslade al hombre desde la postura «estar-enfermo» a la otra de «estar-enfermo-en-el-mundo»; es decir, desde la pura sintomatología subjetiva sin causa conocida a las manifestaciones, diremos anormales, del existir que, fundamentalmente, van a constituir el núcleo primero del trastorno.

Nuestra misión, entonces, como psicoterapeutas será la de introducir al enfermo en su problemática como principio del camino. Sin ello no lograremos nunca un resultado apetecible, porque si no hacemos llegar a la psique del individuo la realidad de su problema, la necesidad que tiene de enfrentarse con el mismo para resolverlo, no lograremos nunca el objetivo final. He aquí, por tanto, que se nos antoje buena la definición de psicoterapia como la hemos expresado inicialmente y cómo además por ella misma se ha de buscar la re-integración

de la persona a una armonía con el mundo, tanto interna como externa.

Hecha esta breve disquisición, volvamos a nuestros comentarios sobre la personalidad del psicoterapeuta, que es otro de nuestros puntos principales, porque no cabe duda de que para estudiar un problema hemos de tener en cuenta primordialmente dos factores: quién va a resolverlo y con qué. El psicoterapeuta ha de ser inicialmente un médico. Toda misión que en este sentido se ejerza por individuos cuya base científica no es la que da la medicina, puede traer consecuencias funestas para ambos. El que, como ocurre en algunos países, practiquen psicoterapia o psicoanálisis personas sin preparación y sin conocimientos sobre el soma y la psique humanas, entraña un gran error y un peligro indudable, porque ha de pensarse que las fuerzas puestas en juego en una actuación psicoterapéutica tienen un extraordinario poder. No en vano estas mismas fuerzas psíquicas son las que han dado origen al mundo del hombre como tal, a la civilización, a los progresos. Hemos repetido muchas veces que hacer psicoterapia sin un claro conocimiento de lo que se maneja tiene el mismo peligro que sentarse sobre un barril de dinamita con la mecha ardiendo. Porque no es sólo el enfermo el que puede sufrir sino que también el psicoterapeuta se ve envuelto y encadenado por unos poderes que, aunque parezca que nos inclinamos a una consideración mágica de la cuestión, pueden conducirlo a situaciones comprometidas e insolubles.

Por ello hemos de defender siempre que la práctica de la psicoterapia sólo debe ser realizada por médicos. Son ellos los que conocen mejor la anatomofisiología humana. Son ellos también los que están en condiciones de saber de la organicidad o de la psicogénesis de un síntoma. Son ellos también los que pueden acercarse más al ser humano en todas sus facetas.

Previa esta preparación científica, el hombre que va a realizar psicoterapia tiene que tener una preparación psicológica muy intensa. Debe conocer ramas tan alejadas de la medicina como la sociología y la religión. Tiene que llevar una vida en contacto con el mundo, con la sociedad, con todas las manifestaciones de la cultura, con la política, la novelística, el teatro. Esta preparación es el fruto de años de sa-

crificio y de estudio. Es difícil de obtener, pero cuando ello se consigue se está en buen camino.

Por encima de todo esto ha de haber algo superior que puede traerse ya o que puede ser adquirido, pero esto último es muy difícil. Me refiero a la vocación. Porque no es lo mismo tener vocación para la medicina que tenerla para la psicoterapia. En esta vocación va implícita una total y absoluta entrega a la humanidad. Diríamos que es casi un apasionamiento y una profesión de fe en cada instante de la vida. No quiere esto decir que el psicoterapeuta, inicialmente pueda ser un hombre puro, en el sentido más alto de la palabra. Esa pureza sólo la adquiere el pecador arrepentido y es de ahí precisamente de donde surgen los mejores psicoterapeutas; de aquellos hombres que en lucha consigo mismo han logrado vencer a ese demonio que llevamos dentro.

Después viene el largo trayecto de la práctica dilatada, con los fracasos, con los aciertos y con los problemas cotidianos. Quien aspire a una vida cómoda no puede ser un psicoterapeuta.

He aquí esbozada, señores, la personalidad del hombre que va a tener en sus manos los poderes infinitos de la psique, la imagen de aquel que, al mismo tiempo, puede curar o matar. De aquí la importancia que creo tiene el que se recoja una idea del médico que practica la psicoterapia.

Decíamos antes que la psicoterapia ha de buscar esa reintegración de la persona total a una armonía, que ha sido perdida, con el mundo. Para que esto pueda lograrse, hemos primero de tener en cuenta algunos factores importantes, los cuales, estudiados detenidamente, nos conducen a un mayor conocimiento de las causas que han motivado esa desarmonía o desacuerdo entre lo interno del individuo y el mundo externo. Es fundamental la apreciación de la *Wertsetzung* personal la «puesta de valor en» con respecto al mundo y con respecto a su sí mismo. La importancia que en psicoterapia tiene el conocimiento de la teoría valorativa es crucial, y dentro de las teorías axiológicas nos aparece como más próxima a la realidad psíquica la axiología de Müller Freienfels. Porque hemos de tener en cuenta que la *Wertsetzung* es una toma de posición, una postura del enfermo —del sujeto— con respecto al mundo. Las consideraciones de Müller Freienfels no

tienen ese absolutismo que aparece en la axiología de Hartmann y Scheler. Por ello creemos necesario partir, preferiblemente, de la teoría valorativa indicada que de las restantes, pensando siempre en ella y teniéndola presente cuando intentemos demoler edificios psíquicamente considerados por el enfermo como aceptables pero que, en el fondo, corresponden a una errónea concepción de la *Wertsetzung* individual.

La psicoterapia es, pues, una relación entre el psicoterapeuta y el enfermo, a través de una serie de conceptos preestablecidos, conceptos entre los cuales incluimos, desde las adquisiciones más arcaicas de la psique humana, que se manifiestan a través de los símbolos, como ya diremos, hasta lo más reciente, lo más próximo a la aparición de ese estar disarmónico consigo en el mundo. Por medio de la psicoterapia pretendemos curar al enfermo sin otra técnica que la palabra —que ya lleva en sí una fuerza curativa e incluso un simbolismo—, la idea, la aclaración de conceptos éticos y la aportación a un mundo de valores, que es siempre el más afectado en la enfermedad, de una ordenación real y consecuente con la vida de la persona.

Hemos dado hasta aquí unas ideas de lo que es la psicoterapia, de lo que ella persigue y del psicoterapeuta. No trataremos de explicar cuándo y por qué debe aplicarse la técnica psicoterápica. Previo el diagnóstico y el encuadre —vamos a denominarlo así— que realizamos después del estudio y exploración detenida del enfermo, aplicaremos una determinada terapéutica. Si de nuestras conclusiones obtenemos la certeza de que el caso puede beneficiarse con una actuación psicoterapéutica, entonces dirigiremos al enfermo en este sentido.

Si recuerdan ustedes el esquema de Barahona Fernandez, que expusimos en el tema anterior, comprobarán que, en los casos tributarios de una terapéutica psíquica, nos hallamos situados dentro de la fenoménica espiritual y anímica, donde algo se ha desintegrado, o mejor ha entrado en conflicto. Este algo comenzará a ser percibido en la fase analítica previa a la actuación psicoterápica directa. Para resumir lo que llevamos dicho, tengamos en cuenta que poseemos en este instante una definición de psicoterapia, un diagnóstico del sujeto problema, un conocimiento del psicoterapeuta y un arma curativa.

Y hechas estas aclaraciones introductorias, veamos someramente los fundamentos históricos de la psicoterapia.

Ya se quejaba Paracelso en su tiempo, de que el médico, no le ponía la suficiente atención al enfermo, no le escuchaba con detenimiento y la consulta médica tenía muchas veces un carácter instantáneo. Walter C. Alvarez se queja hoy exactamente de esto último. Si sólo tenemos en cuenta estas dos opiniones, veremos que el panorama de la relación entre el médico y el enfermo no ha cambiado mucho en cuatro siglos y si, en términos generales, aún el médico no presta la suficiente atención a los enfermos que se le confían, no cabe duda que las relaciones entre médico y enfermo han cambiado notablemente. Toda la problemática psíquica tiene que ser necesariamente entroncada con la aparición de las teorías de Sigmund Freud. Él da los primeros pasos para hacer saber al hombre, que ya conoce que tiene alma y que tiene Dios, que también posee algo más, enterrado, profundo, dado quizá al olvido. Este algo no es otra cosa que el instinto. Ésta es la síntesis de la gran labor de Freud. Discutido al máximo, criticado con la mayor dureza, su aporte al conocimiento de la Psique humana, es el acontecimiento más importante de los últimos cien años. Sólo puede compararse a la teoría de la relatividad de Einstein. Freud ha abierto un camino que, entrevisto desde mucho tiempo antes, estaba por andar. Si aún los pasos son difíciles, si aparecen derivaciones, nuevas sendas y a veces un *carrefour*, ante el cual es prematuro tomar decisiones, no menoscaba ello el valor importantísimo del descubrimiento del genial vienés.

Hemos de hacer una aclaración. Psicoanálisis no es psicoterapia. El psicoanálisis, es un medio de conocimiento, que puede llevar en su entraña, un germen curativo, pero que nunca puede ejercer su función, como tal método terapéutico primordialmente. Y esto es importante y debe ser siempre tenido en cuenta, porque la confusión de ambos conceptos trae aparejada la posibilidad de un daño. Los continuadores de la obra de Freud más inmediatos son Adler y Jung.

Freud pone al hombre en conflicto con los instintos. Adler con la complejidad de los sentimientos y Jung con lo colectivo y la individualidad.

Pese a que no signifique ortodoxia, nuestras inclinaciones personales son junguianas. Creemos que las armas que Jung ha puesto en nuestras manos, tienen un valor inconmensurable y aún no bien estu-

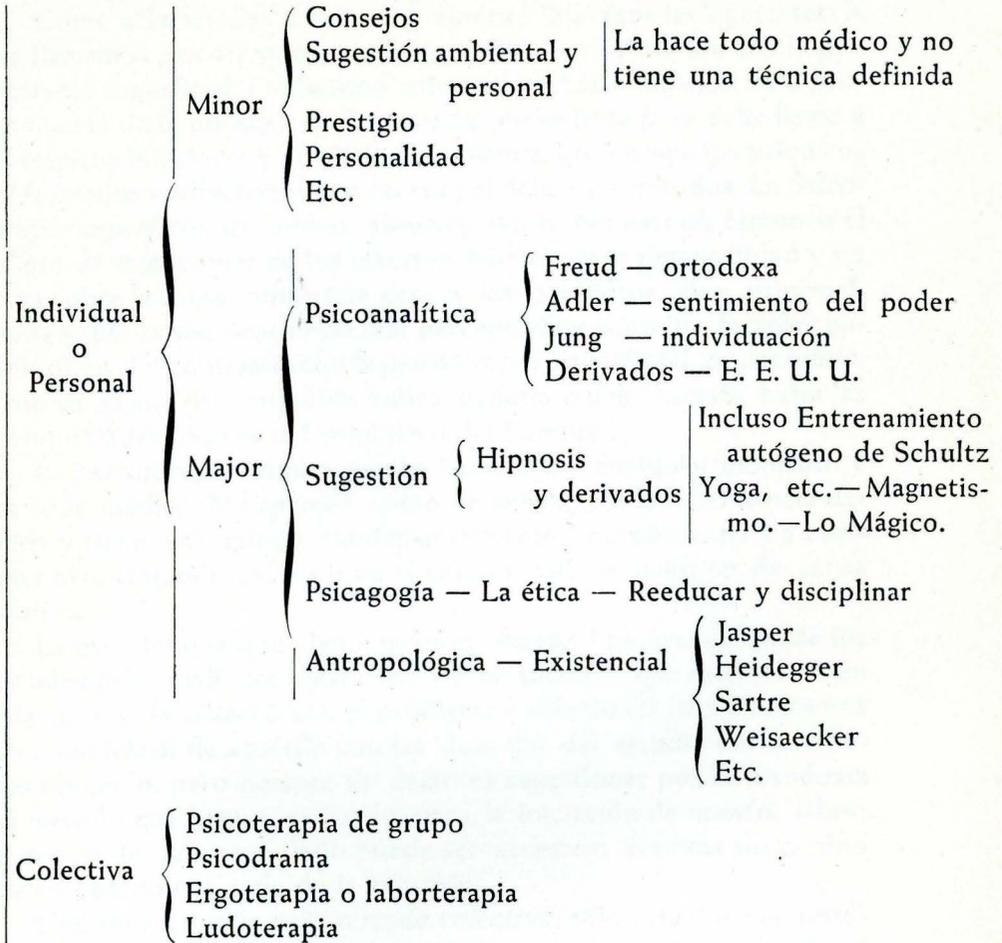
diado. La profundidad de sus ideas, enraizadas a lo más arcaico, representan trampolines seguros, desde los cuales puede saltarse a concepciones nuevas y utilísimas sobre la psique humana y su evolución, desde el nacimiento del hombre como tal, hasta el momento presente.

Desde este trípode fundamental, pasamos a Klages, Jasper, Heidegger, Sartre, Marcel, Dumbars, Alexander, etc. y llegamos a un punto crucial de la psicoterapia. Debemos saber, que toda orientación psicoterapéutica viene dada por la escuela psicológica en la cual se apoya y tiene su base. Y esto es lo descorazonador para todo aquel que se asoma a la psicoterapia. ¿Qué caminos tomar, qué senda seguir, qué teoría a aplicar en cada caso, o bien, cómo orientar en general una psicoterapia? He aquí problemas fundamentales que debemos estudiar y conocer. Lo cierto es que puede verse escrito multitud de veces: «Hice psicoterapia según este u el otro método» y entonces puede tenerse la idea de multitud de métodos psicoterapéuticos, y ello es un error, porque la realidad es que la psicoterapia no se hace nunca según un autor, sino según el psicoterapeuta y también según el enfermo. Es decir, que determinado psicoterapeuta, podrá en un momento dado, orientar su análisis o su método curativo de acuerdo con determinadas ideas o determinada teoría, pero siempre hará una psicoterapia personal, individual y propia. Aquí la ortodoxia sólo provoca conflictos, pasos en falso y encuentro con callejones sin salida. Consideramos inútil toda lucha de escuelas. Ello nos conduciría a tomar del ser total en cada caso, solamente aquello que el autor cuya fe decimos profesar, ha aportado al conocimiento de la psique humana, dejándonos atrás todo lo por este mismo investigador desconocido y sentando conclusiones que distan enormemente de la realidad considerativa, que hemos de poseer del ser total. Cada escuela aporta datos y descubrimientos utilísimos. Son estos datos los que deben ser por nosotros recogidos, para poder así lograr una eficaz labor en la ayuda que el hombre, que nos habla y nos mira, solicita angustiadamente. Por ello queremos significar que, si bien puede tenerse como más afín una teoría determinada, no quiere decirse con ello que sus límites deben ser exactamente seguidos. Cuanto mayor sea la comprensión del psicoterapeuta hacia todos estos problemas, será más provechosa su labor. Porque causa inmensa pena ver

cómo hombres de mentalidad privilegiada se encadenan a conceptos, que el tiempo hace aparecer erróneos. Creemos que la flexibilidad teórica y conceptual del psicoterapeuta, es una piedra inmovible en el edificio del conocimiento de los hombres.

Vamos a pasar brevemente —después de estos comentarios— a dar idea de una división posible en la psicoterapia. Repetimos que psicoterapia hay una sola y que todo lo demás son tendencias determinadas por teorías y nada más. Aún a riesgo de saber que este cuadro es incompleto, lo exponemos a ustedes con el fin de que puedan orientarse cuando en el curso de sus estudios lleguen a tratar problemas que rocen la psicoterapia.

PSICOTERAPIA



Como aclaraciones al esquema anterior haremos las siguientes: la que llamamos *psicoterapia minor* no debe ser confundida con la psicoterapia superficial. La división entre *psicoterapia superficial* y *profunda* está dada porque, en la primera, no se llega ni se debe llegar a los estratos inferiores y arcaicos de la psique. Los complejos psíquicos neoformados conflictivamente no son, ni deben ser, tocados. La *psicoterapia superficial* da normas, alienta y ayuda. No entraña tampoco el peligro de remociones de los estratos básicos de la personalidad y no actúa sobre la causa íntima que genera los conflictos, sino principalmente sobre la sintomatología más perceptible y sobre los factores patoplásticos. En contraste con la *psicoterapia superficial*, la *profunda*, como su misma denominación indica, penetra o debe hacerlo hasta las profundidades últimas del psiquismo del hombre.

La *psicoterapia minor* puede hacerse en cualquier momento y por todo médico. No aparece, como se señala, con una tendencia definida y tiene una misión fundamentalmente complementaria a cualquier otro tratamiento, sea o no la enfermedad en cuestión de causa psíquica.

La psicoterapia que denominamos *mayor* comprende desde los métodos psicoanalíticos, hasta los de la antropología existencial. En cada caso, y de acuerdo con el problema a solucionar, tomaremos una dirección inicial de acuerdo con las ideas que del estudio del caso hemos obtenido, pero siempre sin dejarnos sugestionar por la ortodoxia del método que hemos utilizado para la iniciación de nuestra labor, ya que en un momento dado puede ser necesario verificar un cambio por así pedirlo el estado de la cuestión.

Con respecto a la *psicoterapia colectiva*, sólo diremos que resulta difícil de realizar en nuestro país, porque, ciertamente, la utilidad de cada método psicoterápico está condicionada exógenamente —empleando esta palabra en sentido restringido— por factores variables, como son la raza, la situación geográfica, la constitución social y política, la cultura y el inconsciente colectivo de los pueblos.

Una vez hechas estas aclaraciones, vamos a estudiar, también de un modo breve y conciso, el modo o la manera de actuar psicoterapéuticamente. Inicialmente debemos emprender el análisis. Orientados según lo hasta aquí expuesto, nos enfrentamos con el caso problema.

Previamente al análisis, debemos verificar siempre el contacto con el enfermo. He aquí el inicio fundamental de la cuestión. Porque lo cierto es que el instante primero de la mirada, o de la mano que se toma y se da, el enfrentarse con «el otro», puede darnos el éxito o el fracaso en el quehacer psicoterapéutico. Este primer punto de vista lo consideramos de tal importancia que, si en la primera entrevista con el enfermo, no logramos esa empatía —digámoslo así—, nuestra labor, podemos prever, estará erizada de dificultades, pero si, por el contrario, se realiza esa conjunción entre el psicoterapeuta y el enfermo, entonces podemos anticipar, en la mayoría de los casos y si no surgen otros inconvenientes, una resolución favorable del problema. No podemos detenernos en el estudio de los factores que van a dar origen a esta situación, que será negativa o positiva, según hemos dicho, pero lo cierto es que, por sobre todas las teorías, este contacto inicial, conocido no porque suceda nada, no porque aparezca ningún fenómeno determinado, sino exclusivamente, porque en el fondo del alma de cada uno de los dos protagonistas de esta obra, surge un indefinible y mágico sentimiento, tiene una máxima importancia para el futuro.

Veamos un ejemplo de la metódica que puede seguirse, sin que ello quiera decir que deba emplearse siempre. Como cada día trae su afán, cada caso lleva aparejado un modo de hacer. El enfermo está ante nosotros. Se ha realizado ese contacto inicial que hemos comentado, y entonces nuestra misión, es hacer al enfermo las aclaraciones sobre su situación, la nuestra, el curso de lo que en ese momento se pone en marcha, nuestras pretensiones con respecto a su curación, lo que podemos lograr, el tiempo que puede ser necesario para llegar a un final productivo, el factor económico que ello implica y, además, la necesidad absoluta por parte de él, de una sinceridad sin límites, y también de una ilimitada confianza. De esta primera entrevista puede surgir el hecho de que el enfermo pida más aclaraciones sobre otras cuestiones. Procuraremos siempre responderlas y, una vez puestos de acuerdo, emprenderemos el análisis del caso.

Un esquema, que damos a continuación, nos facilitará el rápido avance de nuestro camino. Añado otra vez que no puede existir nada normativo y que sólo pretendemos hacer sugerencias que consideramos útiles.

Metódica

Contacto inicial

Aclaraciones. Estado de la cuestión.

Testología (Si la consideramos necesaria)

Biografía del enfermo (Autobiografía escrita)

Estudio analítico o nuclear

Núcleos	}	Núcleo instintivo — sexual — etc.
		» religioso
		» social
		» laboral
		» familiar
		» económico
		» de la idea del mundo
		» de la situación del sujeto en el mundo
		» onírico

La testología, según nuestra opinión, debe llevarse a cabo paulatinamente. Como en los primeros momentos el avance es lento, debe dársele idea al enfermo, de que se hace algo que tiene una utilidad. Si la labor es muy dificultosa, puede ser conveniente utilizar algún procedimiento abreactivo, pero ello sólo en los casos que presenten grandes inconvenientes.

Los test más usados por nosotros son los de Jung, T. A. T., Szondi, Rorschach y Pfister. Las preferencias por cada uno de ellos no van a ser comentadas. Del estudio de los test podemos sacar conclusiones aprovechables que nos ayudarán en nuestra misión.

La autobiografía del enfermo también la consideramos importante, puesto que nos puede indicar la idea que sobre sí mismo y su vida tiene el sujeto. Por otra parte, puede servirnos para realizar estudios grafológicos que tienen un marcado interés.

El estudio analítico global lo descomponemos, para su mejor comprensión, en lo que hemos denominado *núcleos básicos*. Pueden uste-

des comprender que existen muchos de ellos, pero hemos citado los que opinamos son más fundamentales. Nuestra primera revisión de los *núcleos básicos*, nos va a servir para poner de manifiesto las alteraciones que han tenido lugar en cada uno de ellos, apartando ya de un ulterior análisis más profundo, los que aparezcan sin problemática importante. Con ello facilitamos nuestra labor y dirigimos nuestra atención, principalmente a aquel o aquellos de los núcleos básicos en los que aparezcan modificaciones o alteraciones significativas.

Una vez concluida esta primera revisión, haremos al enfermo una síntesis de lo alcanzado. Le aclararemos la situación en que estamos y, entonces, proseguiremos nuestra marcha hacia las profundidades. Muchas veces, si en este momento practicamos algunos test, nos encontraremos con notables diferencias en ellos, que contrastan con las conclusiones obtenidas en la primera exploración testológica.

Comienza entonces lo más difícil. Al llegar aquí, generalmente se ha verificado la transferencia —de la que más tarde nos ocuparemos— que irá poco a poco acentuándose. El análisis profundo da principio. Aparecen las resistencias. Quizá el enfermo se sienta peor. Pero rebasado este estrato ya podemos iniciar la reconstrucción de su existencia y si todo ha ido bien, el enfermo —llamémoslo así— curará y nuestra misión estará cumplida. Este es el resumen de nuestra actuación.

Al hacer psicoterapia se establece entre médico y enfermo una situación nueva, en la cual la «virtus curativa» de la palabra, tiene su acción más plena. Este hecho de que la palabra tome un valor actuante por sí misma, viene dado ya desde que surge en el pensamiento primitivo de la humanidad el dar un nombre a las cosas. La «virtus» que encierra cada palabra ha sido, desde la Kábala hasta el presente, motivo de detenidas investigaciones que han puesto de manifiesto ese contenido esotérico que en ellas existe dado ya. Por ello aparece como necesario decir que cada palabra encierra un contenido simbólico que, al ponerse en contacto con sus arquetipos profundos del inconsciente colectivo del sujeto, hace que tengan lugar una serie de fenómenos que pudiéramos llamar ampliamente y sin prejuizar nada, «reverberaciones anímicas», las cuales pueden dar origen a las fuerzas curativas del espíritu, que actuarían en una positiva dirección. Quizá ello sea lo que pone en movimiento también las capacidades reactivas

del individuo, en su nueva situación de contacto con «el otro», produciendo la aparición de todo lo que pudiéramos denominar fenomenología transferencial. No quiero extenderme aquí acerca de las ideas y de las teorías que se han dado para lograr una explicación del fenómeno de la transferencia, pero sí creo oportuno señalar de una manera sucinta lo que para Jung —uno de los conocedores más profundos de estas cuestiones— significa esta transferencia.

Haciendo un parangón o, mejor, estableciendo un paralelismo entre el pensamiento de la alquimia y sus ideas sobre el problema, C. J. Jung, en su libro «La Psicología de la transferencia», intenta explicarnos estos problemas. La psicoterapia actúa creando algo nuevo desde un contacto, entre el ser en sí en el mundo y «el otro». Primeramente aparece una «comunicatio» entre el psicoterapeuta y el enfermo.

Posteriormente aparece la «conjunctio», de la cual surge el alma nueva y, por último, aparece la «confusio», en la cual las personalidades del psicoterapeuta y el enfermo, actúan indisolublemente unidas, hasta el punto de que, pudiéramos decir, son una sola fuerza enfrentada a la situación anormal.

La neoestructuración de la persona, del yo y el yo mismo, dando normas de imperativo ético y de una esperanza de redención, es lo que busca el psicoterapeuta, para conducir hacia la curación al enfermo. Con todo lo que llevamos dicho hasta aquí, creo está expuesto lo fundamental para conocer, como introducción a estudios posteriores, los problemas psicoterapéuticos.

Añadiremos otras ideas que pueden dar ayuda al estudiar los problemas psicoterapéuticos. La trayectoria histórica de la vida y su sentido más teleológico, es una infinitud de idénticas novedades, cuya verdad final, nos será siempre desconocida. En cuanto el hombre tiende a modificar la «conformidad a plan» de los «existentes», aparecen «tendencias a fin», que obstaculizan el normal desenvolvimiento del ser. Metafísicamente, la conformidad a plan es lo divino y la tendencia a, lo diabólico. Curar, en su más amplio sentido, es destruir la tendencia a separarse de un plan universal, reintegrar al hombre en el universo, en el cosmos funcional.

Otro comentario que quisiéramos dejar bien aclarado, es el de la importancia que tiene para el psicoterapeuta, el manejo de los símbo-

los. El psicoterapeuta maneja símbolos primordialmente. La relación que el entendimiento percibe entre la expresión simbólica y el acaecer, se establece merced a un paso por estaciones psicofisiológicas que dan origen a cambios importantes. El psicoterapeuta se enfrenta con los símbolos y debe interpretarlos, acercándolos a la realidad personal e histórica del hombre.

El símbolo, considerado como fenómeno abstracto, sin relación con conceptos predeterminados, nos aparece como un factor de la irracionalidad psíquica. Además, podemos añadir con Jung: «El problema de la formación de símbolos, no puede tratarse en absoluto, sin traer a conclusión los procesos instintivos, puesto que de éstos proviene la fuerza motriz del símbolo.

»El examen de la formación de símbolos, desde el lado de los procesos instintivos, corresponde a un tipo de estudio científico, que no se jacta de ser el único posible, ya que la génesis del símbolo podría explicarse desde el lado espiritual.

»De todos modos prefiero describir y explicar como proceso natural la formación de símbolos».

El pensamiento indisciplinado y autístico que, como dijo Bleuer, llena la medicina actual, en su teoría y en su práctica, es un fenómeno complejo si del mismo queremos tener una explicación lógica y racionalista, pero nos aparecerá exento de esa misma complejidad, si nuestra pretensión es hallar un fundamento en las raíces ancestrales e instintivas, en los mecanismos hiponóicos y en los afectos que realizan la total estructuración psicofísica del ser humano.

La primera explicación que el hombre da a las enfermedades es ya, de por sí, un símbolo, una representación simbólica de un fenómeno acaecido y del cual han formado parte integrante: por un lado, el ser del hombre en su totalidad, por otra parte la circunstancia. Ésta, históricamente considerada, tiene dos manifestaciones fundamentales: la racional y la irracional.

Primitivamente, la circunstancia humana es irracional, simbólica. Sólo más tarde, cuando en la evolución del neuroeje surgen órganos más especializados y funciones más complicadas, es cuando la circunstancia del hombre adquiere un carácter racional, el cual se añade o superpone, a manera de capa o estrato, a la circunstancia irracional primigenia.

De ello deducimos que, en cuanto a considerar al hombre íntegramente, hemos de tener en cuenta su circunstancia o, mejor, la vivenciación de que la circunstancia posee, no en un momento dado, sino en la síntesis histórica que es su «existir en el mundo».

La vivencia de la circunstancia irracional, mágica o simbólica, es la que aparece primero en el hombre, la que le acompaña en su evolución y la que, aún después de lograr esta evolución, cosa que, por otra parte, no podemos afirmar ni negar, le dirige de una manera más o menos consciente, según la cantidad de circunstancia racional o moderadora que haya ido superponiéndose y estratificándose sobre la antedicha.

Todos estos complicados fenómenos se desarrollan lentamente en el curso de la historia de la especie, con ritmos perfectamente ostensibles y con manifestaciones sensiblemente significativas (edades históricas, nacimiento y muerte de culturas, aparición de genios, etc.)

La circunstancia que, por darle un nombre, llamaremos irracional, es, pues, una de las básicas en la constitución de la psique humana.

Para completar el tema en toda su extensión, trataremos ahora del empleo de la psicoterapia en relación con los cuadros psíquicos, intentando poner de manifiesto la utilidad que tiene la aplicación de la psicoterapia en cada caso, con sus ventajas y limitaciones.

En aquellos casos en los cuales nuestra actuación ha de ser reducida, por tratarse de una enfermedad orgánica, y en que nuestro cometido como tales psicoterapeutas es únicamente el de resolver el «psicoma» aparecido — caso de multitud de enfermedades orgánicas leves y sin gran trascendencia, pero que se establecen en personalidades inmaduras, especialmente en pacientes del sexo femenino — la labor es casi siempre fácil y los resultados satisfactorios.

Comentaremos esta cuestión más ampliamente ya que nos enfrentaremos con inusitada frecuencia con estos problemas en los que el empleo de una psicoterapia minor es suficiente.

Tiene gran importancia y casi el mayor porcentaje de enfermos son del sexo femenino. Los «psicomias» producidos en las enfermas de procesos ginecológicos son abundantes y precisa hacer sobre ellos una descripción que nos va a ser muy útil en la práctica.

No es fortuito el que la denominación de una de las neurosis que

más ha dado y da que hacer a la Psiquiatría, lleve el nombre de la histeria.

Apartados ya de esta denominación, pero aún no independizados de ella, el concepto de histeria abarcó durante mucho tiempo toda la problemática psíquica femenina.

Al estudiar en la totalidad el problema de la mujer, tanto en lo que se refiere a su naturaleza, como a su apariencia y a su existencia, nos encontramos con una vinculación muy firme entre la psique y el soma femeninos.

Porque no cabe duda de que en la mujer aparecen, además de los conflictos anímicos que pueden encontrarse en el varón (y hemos de hacer esta distinción entre hombre y varón puesto que dentro de la antropología existencial la consideración de uno y del otro presentan características diferentes), otros conflictos derivados de su maternidad y de su función sostenedora de la especie.

La aparición de trastornos amenorreicos, hipermenorreicos y dismenorreicos, que no puedan ser justificados por una alteración orgánica o endocrina, hemos de buscarla muchas veces en un trastorno puramente psicógeno sobre la base de un factor disposicional. Los actuales trabajos de Kretschmer han puesto de manifiesto la influencia que en las neurosis femeninas tienen los problemas de maduración, hasta tal punto que este autor encuentra en una multitud de casos estudiados un infantilismo genital en un tanto por ciento tan elevado de casos que hace que el problema sea tomado en consideración. Junto al factor disposición tenemos también que tener en cuenta que en la fase menstrual o pre-menstrual aparecen en la mujer manifestaciones hiperestésicas generalizadas y que su sensibilidad en el contacto con el mundo interno y externo aumenta considerablemente. Quizá ello pudiera explicarse por los cambios que aparecen en los momentos de rotura del folículo. Con respecto a la aparición de la amenorrea, concretamente, podemos hablar de traumas psíquicos de instauración aguda y de instauración crónica, siempre atendiendo, como es lógico, al terreno, a la base disposicional en la que van a producirse los fenómenos.

A continuación, y como caso opuesto, comentaremos brevemente la psicoterapia de las esquizofrenias. He aquí un campo en el que los resultados obtenidos son muy pobres y sólo posibles —cuando

mente, en primer lugar surge la cuestión de las vivencias, y después el desarrollo del problema de la personalidad como formadora de las mismas, y la búsqueda de sus raíces en graves vestigios de viejas vivencias.

»Las enfermedades nerviosas condicionadas espiritualmente, las llamadas neurosis, no son casuales extravíos sin sentido, no son falsas autosugestiones que se pudiesen encubrir y curar realmente con sugerencias extrañas asimismo sencillas, sino que son el reflejo de graves problemas y conflictos de la personalidad que, fundamentalmente, en cada caso, junto con las tendencias de huida y defensa que se hallen ocultos en ellos, deben ser descubiertos y ordenados». Hoy día esto es uno de los sólidos fundamentos de toda psicoterapia seria. Esto, que rige para las neurosis, también vale para muchas reacciones semejantes a las neurosis y para los desarrollos desviados de la personalidad de la vida cotidiana.

Si a una vida se le proporciona una fuerte corriente bien dirigida, ésta arrastra consigo todos los obstáculos; sin embargo, en el fondo del agua estancada, la más pequeña piedra es visible, significativa y digna de ser contemplada y los complejos crecen, al fin y al cabo, como las algas, de abajo arriba.

Tengamos en cuenta que la labor psicoterapéutica en las neurosis tiene una gran dificultad. Muchas veces nos tendremos que enfrentar con problemas morales, que ponen a prueba nuestro saber y nuestra habilidad. Por ello mismo, no podemos atarnos a una determinada técnica psicoterápica. Los resultados que obtenemos en el tratamiento de las neurosis son dispares. Pero esta disparidad no depende de otra cosa que de la personalidad del psicoterapeuta, en el enfoque de las cuestiones que el enfermo plantea. En nuestro país, la práctica de una psicoterapia profunda entraña grandes dificultades, porque resulta extraordinariamente difícil llegar a los abismos psíquicos del enfermo sin resistencias manifiestas. Por ello, creemos de cierta utilidad el empleo de técnicas abreactivas, como el narcoanálisis inicial, la abreacción por inhalación de carbógeno y algunas otras medidas encaminadas a tales fines.

Hemos de tener en cuenta la necesidad de tener una base psicológica grande y que en esa base psicológica, no aparezca una

psicología de la consciencia puramente, psicologías en las cuales no existe lo psíquico inconsciente. Por todo ello tendremos que volver una y otra vez sobre las antiguas teorías del alma, de acuerdo con los antiguos conceptos, para llegar al reconocimiento de que la expresión del alma no es otra cosa que la consciencia del yo, porque siempre hemos de tener en cuenta estas palabras de Jung: «Sólo nos complacemos en acariciar la idea de que somos dueños de nosotros mismos. En verdad, dependemos en una medida aterradora, del buen funcionamiento de nuestra psique inconsciente, que nos traiciona o abandona en un momento dado. Estudiando la Psicología de los neuróticos nos parece cómico que haya psicólogos que equiparen la psiquis con la consciencia. Como es sabido, la diferencia entre la psicología de los neuróticos y la de los normales es insignificante y puede decirse que no hay hoy quien tenga la seguridad de no ser neurótico».

Queremos finalmente dar una idea sobre la utilidad que tiene el empleo de la analítica existencial dentro de las corrientes psicoterápicas actuales. Todo el problema está entroncado con la filosofía de la existencia, de la cual se han recogido los conceptos que más útiles pudieran ser para el nuevo enfoque psicológico del hombre enfermo.

La corriente de las filosofías existencialistas, a la cual los españoles (Unamuno, Ortega, Zubiri) han aportado valiosos descubrimientos, penetra en la psiquiatría científica de una manera humilde y modesta. No viene a resolver problemas sino, exclusivamente, a recoger modos de existencia del ser hombre; más concretamente, modos de existencia del ser hombre enfermo mental.

Es fundamental, en la analítica existencial, la pregunta que se hace por los modos de vida del hombre enfermo mentalmente. Partiendo de ella, llega Biswanger a los dos importantes conceptos de la especialización y temporalización, los dos existenciales básicos para la obtención discriminativa entre lo comprensible y lo no comprensible de lo que pudiéramos llamar la ipseidad y lo otro.

De este modo se llega a la conclusión, de gran utilidad práctica para el psiquiatra y para el clínico, de que para entrar en el mundo del «otro» del enfermo, hemos de penetrar precisamente en ese mundo, que no es que sea opuesto al del observador, sino que es distinto.

Una de las desventajas que tiene la metódica analítica existencial,

por prueba de que nuestras inconexas meditaciones han servido para algo.

Ruego no sean tomados en cuenta los conceptos personales que hemos expuesto.

BIBLIOGRAFÍA

Los interesados en ampliar los temas de las dos lecciones anteriores, pueden recurrir a la siguiente lista de obras y revistas.

- | | | |
|---|--|--|
| Sobre la estructura del hombre enfermo. | Aumente Baena, José | Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría V. 10 Oct. 51. N.º 4, p. 281. |
| Sobre el planteamiento del problema del «verdadero existir». | Aumente Baena, José | Actas L. E. de Neurología y Psiquiatría. Vol. X. n.º 2. abril 51. p. 138. |
| Tratamiento con Acetilcolina en Psiquiatría. | Anotaciones | Bibliografía Médica Internacional. Año XIII. Agos. 53. n.º 148. |
| La terapéutica de relajación en la medicina psicósomática. | Ajufiaguerra, J. y J. García Badaracco | Bibliografía Médica Internacional. Año XIV Ene. 54 n.º 153. |
| Las bases del análisis Existencial | Alberca Llorente, R. | Revista de Psiquiatría y Psicología Médica. T. 1 y 2 Ene. Febr. Marzo 2.º Abril, Mayo y Junio. |
| Algunas notas sobre el problema del enfermar. | Aumente Baena, José | Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría. Vol. XI. Mayo 52. n.º 2. p. 172 |
| Nota previa sobre psicoterapia por la imagen. | Abella Gilbert y F. J. Guirria Aizpún | III Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría. Jul. 52. |
| Formas de Aplicación del Electroshock. | Brickenstein, R. | P.T.C. Vol. III. f.º 4. p. 762. |
| Le sentiment de la personnalité. La dépersonnalisation et la cénesthésie. | Baruk, Henri | Révu Neurologique. Tome 87 n.º 3, 1952. |
| Notas de terapéutica psiquiátrica para el médico práctico. | Baruk, H. | Le Monde Medical. Año LVI. Jul-Ag. 53. n.º 941. |

- Sobre la acción psíquica de las hormonas sexuales a dosis elevadas. Bleuler, M.-W. Zublin W. Med.-Wschr, 1953, 229, 233. Fol. Clin. Inter. I. II. n.º 2. Febr. 52 pg. 92.
- Causas de las enfermedades psíquicas. Bustamante, M. Bol. Inst. Pat. Med. Vol. VI. n.º 1. 1951. pg. 1.
- El narcoanálisis. Bofill Tauler, P. Med. Clin. Año X. Tomo XIX. Barcelona. Dic. 52. n.º 6,
- Consideraciones sobre algunos aspectos de la Psicología Clínica. Blanco Soler, Carlos Revista de Medicina «Ser» Madrid. Año XII. 1953. n.º 99
- Teoría y Práctica del Narcoanálisis. Bleger, José Editorial «el Ateneo». Buenos Aires, Abril. 53.
- Naturaleza de la Psicoterapia. Bronner, A. Progresos de Terapéutica Clínica. Vol. VII. Fascículo 4.º 1954.
- La nada y la angustia. Caba, Pedro Cuadernos Hispanoamericanos, Mar. 52. n.º 27. p. 410
- Naturaleza de la enfermedad. Clark Kennedy A. E. Folia Clínica Internacional Tomo III. n.º 6. Barcelona. Jun. 53.
- Reacción adrenalínica y ansiedad morbosa. Caso Sanz, Andrés Actas C. E. de Neur. y Psiq. Vol. VLLL. n.º 4. pág. 296.
- Semiología Psicosomática. Liberman David López-Etchgoyen. S. R. L. Buenos Aires. 47. Véase ref. en F. Gral. P.
- El tratamiento por el suero como terapéutica psiquiátrica y psicosomática. Delay J. Deniquer P. y Tardiey Y. Progresos de Terapéutica Clínica. Vol. VII. Fascículo 4.º 1954.

LECCIÓN 6.ª

DR. ANGEL SERRANO SALAGARAY

PSIQUIATRÍA MÉDICO-LEGAL

PSIQUIATRÍA médico legal. Brevemente podríamos definirla así: Es la aplicación de los conocimientos psiquiátricos en el área del Derecho. Pero ésta definición, por ser breve, debemos tomarla como encabezamiento o título a desarrollar. La Psiquiatría, con su ya larga experiencia clínica y el decantamiento de las distintas concepciones patogénicas constituye ya una concreción nosológica, que, rebasando el exclusivo interés y lenguaje de los psiquiatras, va entrando en el ámbito general de la Medicina, y prueba de ello es, el verlos aquí a ustedes, médicos dedicados a los múltiples matices de ella. Pero al margen de esas principales unidades nosológicas, conocidas de todos y llegadas incluso al propio vulgo, de las esquizofrenias, psicofrenias, demencias orgánicas, epilepsia, etc. etc., hay todavía un ancho campo de cultivo psiquiátrico, que como las psicopatías, neurosis, y la gran variedad de las llamadas psicosis reactivas, amén de otras, en las que la coincidencia interpretativa y el análisis psicopatológico y clínico de cada psiquiatra, puede llegar a ser tan personal y, por lo tanto, proteiforme, nosológicamente hablando, que se mueve uno en la inseguridad de un subjetivismo, que importa mucho tener en cuenta, en este especialísimo sesgo de la Psiquiatría médico-legal que estamos considerando. Es más, para que la cuestión sea más nítida, conviene desde un principio hablar con propiedad y no decir Psiquiatría médico-legal, sino Psiquiatría médico-forense, porque el primer término supone una consideración teórica y academicista de la cuestión; y, en

cambio, el segundo término ya nos lleva de la mano al Foro, es decir, a la cosa viva y palpitante de cada día y a la vertiente realista y práctica y de tanta trascendencia como es la de llevar, no las enfermedades mentales, sino a los enfermos mentales, a la consideración de personas ajenas a la Medicina y con un propósito, nada menos, que discriminar de la responsabilidad personal, con lo que esto supone de importante, para la Sociedad. Tenida en cuenta, pues, esta visión médico-forense, la Psiquiatría deja de ser la Psiquiatría Clínica que la experiencia y competencia de los compañeros que me han precedido os ha traído aquí. No se olvide que en todo momento quiero ceñirme al hecho práctico, porque si no fuera así, sobraría con traeros un índice de las enfermedades mentales y desflecar cada apartado en una serie de posibilidades delictuosas, a lo que no renuncio, por ser forma al uso de nuestro hábito de conocimientos, pero ello después que subrayemos, incluso con insistencia, lo que mi experiencia, como la de cualquier otro médico-forense, imbuido de la importancia de su cometido, me ha dado. En verdad somos los traductores de la Medicina al Derecho; algo así como verter lingüísticamente del castellano al griego, es decir, lo conocido y trillado, que viene a ser del lenguaje llano y común, al estilo de lo insólito y de minoría, como su lenguaje lo es, de eruditos, de estrecho círculo. Porque, séanos permitido decir, con sinceridad rayana en la confidencia, que difícilmente me es inteligible el idioma jurídico, el formato de su expresión, que a veces me da la impresión de esqueletos de frases, propias para ser objeto de estudio detenido y meditado, como un jeroglífico, por anatomistas de la expresión. Algo debe de haber de cierto en esta impresión, casi intuitiva, cuando pensamos cuán frecuentemente nos encontramos a abogados hablando y comentando cuestiones médicas, por el hecho quizás de esta era de divulgaciones, y cuán excepcional es encontrar a un médico ocupado en asuntos jurídicos. Por tanto, hemos de estar conformes en que lo que se trata es de traducir, cambiar el molde de un concepto por otro, sin que sufra el contenido, algo así como cambiar un huevo de cáscara sin que se rompa la yema ni se derrame la clara. Resumamos, pues, diciendo, que la Psiquiatría Médico-Forense persigue, y a veces lo logra, traducir la Psiquiatría Clínica para uso de los Juristas. Pero hay algo más en esta traducción, de extrema complejidad o de

imponderable obstáculo, y es el transferir el subjetivismo de nuestra tarea, hecha con y sobre el hombre, ente lleno de misterio en su intransferible individualidad, al objetivismo casi cuadrículado de las Leyes positivas o al subjetivismo judicial, que también lo hay, hecho de otros ingredientes y sustancias y con una meta absolutamente diferente. Yo quisiera daros otro símil, en esto de traducir, que os lleve al convencimiento de lo difícil y a veces estéril que es nuestra misión, en este segundo aspecto del problema, el del subjetivismo. Traducir, como leer una obra científica, todos lo sabemos, es fácil, porque los terminos son precisos y la materia, por universal, nos es conocida, pero ¡cuán distinta resulta la traducción del original! ¿Por qué? Por ese subjetivismo intrasferible de que hablamos. Éste es el caso muchas veces, en que convencidos hasta la saciedad de nuestro acierto clínico, de la inferencia que esta realidad morbosa realiza en la vida diaria y en la del Derecho, vemos desconsiderada nuestra labor, no en la acepción de desestimación, sino de incomprensión de nuestro punto de vista. ¿Es esto crítica despiadada del Derecho y de sus hombres? Ni mucho menos. Las cosas son así porque tienen que serlo y en ello radica la garantía que la Justicia rinde a la Sociedad. El Juez analiza la cuestión desde un alto punto de mira, tiene una perspectiva de juicio que, partiendo desde su conciencia, se libera de la servidumbre de los hechos parciales, para comprenderlos en una unidad dinámica que le posibilite el acierto en su cometido, pero también es verdad que existe, o por lo menos ha existido hasta ahora, una falta de correlación de puntos de vista, un recelo de cada parte, en perjuicio de la unidad indispensable para que la Verdad, hecha de retazos de opiniones, cunda y se acreciente en el máximo acierto de una Justicia equitativa, término redundante, que por ello busca el pleno sentido de su función social.

Pero es que hay más cuando se trata de la relación entre Medicina y Derecho, y es que, cuando ante los juristas exponemos casos y afirmamos conclusiones de naturaleza somática, tales como una fractura, una perforación intestinal, una autopsia, somos comprendidos y nuestros asertos son tomados en cuenta con una casi rotundidad dogmática, pero cuando tratamos de Psiquiatría, las cosas cambian, surgen los malentendidos, nuestras conclusiones pueden perderse en su escueta

realidad clínica, sin alcance efectivo. ¿Por qué ocurre así? Podrá haber otras y muchas razones, pero, de entre ellas, las que a mí se me alcanzan son la de que una fractura, una perforación intestinal, una herida, una autopsia, son hechos concretos, objetivos, ante los cuales, de manera general pueden predecirse los hechos evolutivos y de las que se obtienen conclusiones válidas para múltiples casos semejantes, pero en el caso psiquiátrico se trata de una esfera de acontecimientos que escapan a todo intento de generalización, porque se trata de comprender, analizando la personalidad del sujeto-problema en su peculiaridad individual y ante el estricto suceso que nos trajo su pericia, y esto no puede tener parangón ni módulo sobre la que apoyar la tranquilidad de una apreciación justa y la base de un mutuo acuerdo. Ahora bien, sobre esta dificultad de coincidencia hay que hacer una advertencia por nuestra parte y es, que si queremos decididamente entendernos, precisamos ser claros y concisos, tenemos que dejar en lo que sea posible, y ello lo es muchas veces, términos científicos superespecializados, interpretaciones mantenidas en un nivel de minoría, y, aún menos, teorizaciones que si pueden tener un hondo sentido psicológico, pueden servir más bien para confundir que para esclarecer la cuestión.

Busquemos en todo momento un intento de ser comprendidos; hagamos divulgación, como en ésta en ninguna mejor ocasión empleada, ya que las personas a quienes nos dirigimos son cultas e ilustradas y con la atención puesta en extraer partido de nuestra colaboración, cosa muy distinta a esa otra divulgación al uso común, que más podía decirse profanación de los conocimientos, pues admitido como dogma, ni se analiza, ni se asimila, sino que se deposita, encubriendo un núcleo de fundamental ignorancia.

Dado, pues, el enfoque que la temática medicoforense da a la Psiquiatría, y punteadas las dificultades que su práctica conlleva, es necesario aún, exponer las que se deducen de otros dos elementos de la cuestión. El uno, resultado de la necesidad de que como auxiliares técnicos de la administración de Justicia, ponderemos nuestra opinión estrictamente médica para que sea útil al objeto que se persigue, pues no debemos ser propicios a estimar todo delincuente como un anormal mental, limitando esta apreciación a cuando el probante lo sea ciertamente a ciencia y paciencia, es decir, con margen de tiempo de

observación suficiente. El otro, nacido de ese terreno tan abonado a interpretaciones personales, como es al que ya antes nos referíamos, por fuera de las principales entidades nosológicas y donde toman pie los encontrados informes periciales, que hacen que por tan variadas e incluso opuestas opiniones se desmerezca de su contenido y seriedad, cuando se llega a la pretension de justificar morbosamente una conducta esporádica, sin clara conexión con una personalidad netamente patológica. En resumen, es preferible que sacrifiquemos un tanto nuestras convicciones clínicas en beneficio de una objetividad y rotundidad tales que día a día vayamos ganando la confianza de la Magistratura, para entonces iniciar el camino del rescate de otros delincuentes también patológicos, pero para los que se precisa un avance en su asistencia psiquiátrica y en la protección necesaria de la Sociedad, tenida en cuenta su posible peligrosidad social.

Séame perdonada esta casi machacona insistencia en exponer el matiz de este tema, pero lo creía necesario, ya que los médicos en general, están poco hechos a esta concesión a la objetividad que exige la colaboración judicial, si no queremos ir de lleno a una reforma total y a fondo de la pericia médica, cosa que por otra parte, y cuando menos en cierta medida, es obligado establecer. Y digo que en cierta medida porque creo que la mayoría estará conforme en que todo médico no es idóneo para cada una de las múltiples facetas de la medicina, cuando de informar ante los Tribunales se trata, ya que no es baladí, ni gratuito el sostener opiniones de posible influencia sobre la libertad humana. Es preciso llegar a la calificación de los Peritos, es decir, a que el Perito actuante tenga un conocimiento en la materia del caso, que garantice su intervención. Es más, el ideal sería que todo Perito fuera un elemento oficial de la Justicia, pagado por el Estado, pretendiéndose con ello, por un lado, con la prestigiación oficial de su misión, y por otra, con el pago de sus honorarios, ajeno a las partes en litigio, ofrecerle un terreno de neutralidad, en donde se moviera a sus anchas y con absoluta libertad de criterio, libre de toda coacción moral o pecuniaria.

No quiero terminar esta escapada de referencia a la importante cuestión pericial, sin acallar un pensamiento que a alguno pudiera habersele sugerido, al considerar, que donde se pide y justifica una cali-

ficación singular para el Perito, subsista el Perito que toca todas las materias: el Médico Forense. Pero es que, en verdad, el Médico Forense, que por la exigencia de su función está obligado a conocer toda la medicina, es más, incluso conveniente que haya tenido una varia actividad profesional, lo que tiene de esa singularidad que se debe exigir al Perito, es el conocimiento y sesgo del terreno en que se mueve habitualmente y en compañía del Perito particular en cada actuación, rinde la eficacia que por la matización de éste último le es llegada, cuando estudiado conjuntamente el caso, se unifica un criterio útil para la Administración de Justicia.

Hecha ya tan larga, por justificada necesidad, la introducción, entremos en la parte nuclear de esta charla al exponer, de manera más somera, las distintas enfermedades y anormalidades mentales, con sus delitos más frecuentes y típicos, intentando una psicopatogenia de ellos.

Ni qué decir tiene que no pretendemos agotar el tema, pasando ante ustedes todas y cada una de las anormalidades mentales que pueden ser tributarias de la consideración psiquiátrica, ya que consideramos más práctico circunscribirnos a aquellas que por su neto perfil y su más claro exponente delictivo puedan servir de ejemplo y, por lo tanto, aleccionar.

Empecemos por la oligofrenia, enfermedad en donde existe una debilitación de aquellas facultades que integran la inteligencia, aclarando desde un principio que no debe confundirse ésta con el caudal de conocimientos, porque si bien el oligofrénico es por lo general escaso de este caudal, no obliga a considerar como inteligente a aquel que lo posea, ya que la percepción y la memoria, sobre todo esta última, pueden ser buenas y sin embargo tener un pensamiento pobre, incapaz de abstracciones y de síntesis, ser por tanto incluso brillante en apariencia y resultar en profundidad hueco e improductivo. La comprobación de oligofrenia se hace tanto por las pruebas mentales, de las que más adelante hablaremos, como por la obtención de la biografía del individuo, que en su bajo nivel social y laboral nos dará la realidad de su fisonomía. Hay algo muy importante de destacar en esta entidad mental, y es la importancia que en ella tiene, quizás más que en ninguna otra, la acción modeladora del ambiente, precisamente

por ser personalidades sin contenido, que se mueven fácilmente por los resortes instintivos y en esto toman base la tipicidad de sus delitos, que principalmente lo son como cómplices, ejecutores pasivos, delincuentes sexuales. No son los grados intensos de oligofrenia, los que más importan en este aspecto forense, sino los grados ligeros, y sobre todo cuando a ellos, sobre el fondo de esa personalidad deficiente, se injertan psicosis o psicopatías, principalmente estas últimas, pues entonces, amén de ser más peligrosos, crean problemas de estudio que hay que analizar en toda su unidad, y concretamente en relación con el hecho que se les impute.

Pasemos a las Demencias Seniles, incluyendo en ella las arterioescleróticas. Éstas, más que problemas de índole penal, lo que plantean son situaciones de carácter civil, basadas en la regresión de su juicio y en la debilitación muy marcada de sus facultades mnémicas y en la reducción del círculo de sus intereses vitales, que se estrechan, manifestándose por tinte egoísta, todo cuyo conjunto es aprovechado por familiares o amistades para traerlos a su afecto y explotarlos. Es éste uno de los problemas más arduos y también más frecuentes que se nos plantean en Psiquiatría forense, y en donde la realidad clínica, a veces bien patente, no es suficiente para sentar unas conclusiones que aboquen a la incapacitación, pues por fuerza se nos imponen a la conciencia factores ajenos a los estrictamente clínicos, que tienen un indiscutible valor dada la inhumanidad, egoísmos patológicos que imperan en los interesados en la cuestión de incapacidad. Ahora ya nuestra obligada radical decisión que nos imponía la Ley de sí o no, está suavizada por la posibilidad de conllevar a nuestros informes una incapacitación parcial para disponer de sus rentas, aunque no de sus bienes, con lo cual aquellas apetitivas intenciones de los propugnadores de la incapacidad se ven mediatizadas.

Entre las intoxicaciones vamos a limitarnos por ser ejemplar, a la alcohólica. De todos es conocido el desmoronamiento moral y ético del bebedor inveterado y progresivo, que hace dispendio de sus bienes, prostituye la familia y lesiona los sagrados intereses de ella. Hasta ahora, la verdad es que pocas veces hemos tenido que intervenir en cuestiones de esta naturaleza, pero somos de la opinión que las autoridades y, singularizando, el Ministerio Público, debe tomar bajo su

custodia esos intereses y plantear el estudio psiquiátrico de estos casos. Bien es verdad que se trata de una cuestión más de terapéutica, y que en países no digamos más adelantados pero sí más tuteladores del bien social, existen medidas estatales y establecimientos adecuados que hacen factible en un número grande de casos la abstención del bebedor, pero aquí, donde esa realidad terapéutica no existe, pues la práctica nos enseña una y otra vez nuestro fracaso en acabar con tal intoxicación, se precisa intervenir legalmente con nuestra pericia médica, proponiendo una incapacitación, como todas, susceptible de anulación o de condicionamiento. Todo esto en lo que atañe al área civil. En el área penal, su importancia se expone, en los delitos de lesiones, abusos deshonestos, unos por la frecuente agresividad liberada del alcohólico, cuya paradigma está en la embriaguez patológica, muy frecuentemente de fondo epiléptico, con su violencia brutal y su estado crepuscular, y los otros deducidos de la relajación moral de que antes hacíamos mención. Son en los primeros casos, donde puede originarse la circunstancia de estudiar el cada vez más limitado horizonte del estado mental transitorio, o, lo que es lo mismo, la apreciación de enajenación momentánea que enajena igualmente de responsabilidad, título venido a menos por el desconsiderado abuso que de él han hecho los Abogados defensores y en cuyos casos estamos obligados a un minucioso y laborioso estudio circunstancial. No queremos terminar esto del alcoholismo, sin citar, cuando menos, la importancia que tal estado ha tomado con la Ley del 50, que penaliza los delitos de la circulación. En esto, como en tantas otras cuestiones medicoforenses, se tipifica un delito, dándole sus circunstancias, y sin embargo no se crea y da valor al medio material de concretarlo científicamente, y con ello me refiero a la tasa de alcohol en sangre o en la saliva, sobre la del individuo ocasionante o participante de un accidente, tomada en el momento de su detención.

Ocupémonos ahora de la epilepsia, enfermedad que en el aspecto penal da una floración de posibilidades penales, en cierta medida más teóricas que prácticas, pues de todos es conocido cómo se achaca a la violencia paroxística de estos enfermos los delitos de lesiones, o los de muerte, pero la práctica nos ha demostrado que en esto hay un tanto de exageración, ya que, por lo general, el carácter enequético da una

conducta pasiva, pegadiza y uniforme, y por eso en los delitos de estos enfermos hay que valorar en toda su importancia el estímulo desencadenante de su violencia en potencia, unas veces, el ambiente, otras circunstancias meteorológicas, la ingestión de bebidas alcohólicas, las emociones violentas, o el factor acumulativo de preocupaciones reiteradas. Así como los enfermos epilépticos, con sus crisis comiciales o su demencia establecida, no creemos que sean habituales sujetos de interés forense, otra cosa muy distinta sucede con el amplio círculo de las personalidades enequéticas, que, sin manifestaciones clínicas valorables como definitorias de esa personalidad, tienen un modo de ser que facilitan circunstancias de convivencia difícil, que en manifestaciones de rudeza de tacto, o bien como antecedente, puede tener su valor, como expresión de una predisposición que un traumatismo, sobre todo craneal, ha puesto en evidencia, al poner en marcha una epilepsia sintomática. En estas cuestiones, planteadas por los epilépticos, y en general por todas las personalidades enequéticas, puede el día de mañana, en su aplicación forense, prestar grandes servicios el uso exploratorio del electroencefalograma.

Y antes de terminar este apartado de la epilepsia, enjuiciemos el problema forense de los estados crepusculares, cuyo exponente clásico, es la amnesia lacunar, que puede limitarse al hecho delictivo que se le imputa. Teniendo que valorar un hecho esencialmente subjetivo como es el fallo de la memoria, por fuerza hemos de ser muy cautos en admitirlo y sólo la práctica del reconocimiento mental directo, el que se deduce de las pruebas mentales y el estudio muy concreto del caso, podrá darnos pie para sostener una opinión que tenga un gran porcentaje de validez.

Hablemos ahora de la psicofrenia o psicosis maniaco-depresiva. Quizás sea de las enfermedades que más clara dé su sintomatología en sus distintos aspectos o fases de expansividad o de depresión, con todas sus múltiples manifestaciones externas, que a todos se les alcanzan, y de la naturaleza de ellas se deduce que raramente producen conflictos penales, siendo los más de tipo civil. No obstante, digamos que la personalidad maniaca delimita una serie de delitos de menor cuantía, como son las estafas, alteraciones del orden público, injurias, basadas en sus características de euforia y actividad incontrolable. En su vertiente

depresiva, pueden darnos los suicidios y el homicidio por compasión.

En el área civil, en la que la prodigalidad sin tino del maniaco establece la necesidad de su incapacitación, se nos plantea la necesidad de adaptarnos al carácter fásico o en ciclo de esta afección y siendo así, nuestro informe ha de valorar el pronóstico del enfermo, considerando la carga hereditaria, su constitución física y su historial vital, para que no resulte dispar nuestro criterio de restricción de la personalidad civil, con una mejoría o curación del caso, pues hasta ese extremo se puede hablar en ciertos enfermos en los que remite su fase aguda para no aparecer nuevamente o tardar largos años. A nuestro modo de ver, la eficacia de la terapéutica actual sobre la sintomatología más llamativa socialmente de estos casos, puede hacer reducir nuestra intervención al aconsejamiento de una reclusión o de una terapia activa, para hacerlo remitir, porque digamos ahora, y sirva para lo sucesivo, que la concesión de una incapacidad es algo muy serio, pues la restricción de la libertad personal sólo debe ser aconsejable en casos muy concretos y bien estudiados que nos permitan una confianza pronóstica, porque sabemos que existen otros procederes jurídicos que pueden tutelar a la familia de este tipo de enfermos, sin alcanzar a la anulación civil del informado. Esto en lo que se refiere al maniaco típico; las cosas son distintas cuando esta afección se da, cosa no infrecuente, en personas de edad en donde haya factores preseniles o francamente seniles, porque entonces a la alteración básica del estado de ánimo que caracteriza al maniaco, se añaden trastornos orgánicos que condicionan una alteración del pensamiento y del juicio que le hacen tributario de un porvenir de franca invalidez civil.

Y ahora empecemos a declinar en la exposición de esta lección, para tranquilidad de ustedes, intentando atacar la cuestión nuclear de la Psiquiatría, el caballo de batalla de hace muchos años, cual es la esquizofrenia. Conocidas ya las múltiples facetas que esta enfermedad presenta, su proteiforme sintomatología, su gran riqueza psicopatológica, la necesidad indispensable de su consideración evolutiva, pues en cada momento en que nos llegue el enfermo, distinta será su conducta clínica y social, se comprende también lo difícil que resulta la pericia médicopsiquiátrica en las cuestiones de derecho que plantean estos

enfermos. Cuando menos, necesitamos un largo tiempo, a ello añádase una continuada e inmediata labor de observación, poner en prueba toda la batería de «tests» que nos ayuden a ahondar en estas difíciles personalidades, que viven un mundo, por incomprensible tan distinto al nuestro, y dar con la feliz oportunidad de que nuestra dialéctica científica se alíe al claro y abierto juicio del juzgador, para que la pericia de nuestro informe tenga el acierto que se precisa en todos, pero en estos casos aún más.

La importancia forense de esta enfermedad no radica naturalmente en los casos crónicos, tan llamativos y ejemplares en su conducta anómala y en su tan frecuente necesidad de reclusión prolongada, sino en los casos iniciales, en esos casos en donde el extrañamiento del mundo y la perplejidad angustiada del enfermo ignorado plantea situaciones que sorprenden por lo inopinado y por su naturaleza. Son las ideas delirantes, soterradas primeramente y que van tomando en el pensamiento del enfermo una claridad de conciencia patológica las que van concretando un delito por lo general de sangre, y en el cual se evidencia el primer exponente de anormalidad del enfermo esquizofrénico. Es cierto que no son muy frecuentes los delitos de los esquizofrénicos, pero cuando se dan, sus características son de extrañeza, inopineidad e inhumanidad, en el sentido de una frialdad de ejecución y de conducta postdelictiva que no se da en ningún otro delincuente patológico. Réstanos decir que el mayor contingente de delitos los dan los esquizofrénicos paranoides, con su delirio autoreferencial. Importa mucho aquí, pues, la naturaleza del delito y la conducta antecedente y subsiguiente a él, para calificarlo y darle fisonomía, pues si no enfocamos las cosas desde este punto crucial, nuestro enjuiciamiento será difícil, porque no cabe duda, que en cualquier otro delito, en un robo, pongo por ejemplo, realizado por un esquizofrénico remitido, existe o puede existir plena responsabilidad para éste.

Las cuestiones civiles que los enfermos esquizofrénicos plantean son muy pocas, ya que son enfermos por lo general jóvenes, que no se han creado familia, y en todo caso son individuos más bien retraídos, autistas, poco sociables, que si superan la fase aguda encapsulando su delirio, no producen circunstancias tributarias de consideración judicial y si llegan al deterioro mental, es tan llamativo y claro su estado

que, de manera general, nuestra pericia, atendida al hecho concreto, es definida y conclusa.

Desde el punto de vista de la Psiquiatría medicolegal, las neurosis tienen escasa importancia, pero si nos atenemos a lo relevante del factor psicopatológico en el mecanismo delictivo de estos enfermos, y a la consideración que de éstos hacen las escuelas psicoanalíticas, no podemos por menos de hacer cita de ellas, y así es como se admite que un neurótico puede cometer un delito, como intento de solución de un conflicto vital soterrado, incluso como forma de buscar una punición, que lo libere de su exigente Super-Yo.

Desgajado de este tronco bien frondoso de las neurosis, podemos estudiar varias ramas que sí pueden dar casos en la práctica forense: Son unas, las neurosis que pudiéramos llamar laborales, equivalentes en tiempos de paz de las neurosis de guerra, y que es tanto como decir de los reivindicadores de una pensión o renta, individuos de un psiquismo débil, con un sentimiento de inseguridad vital, que eluden las situaciones que la vida plantea, seres necesitados de protección, que en la ocasión de su accidente, ponen en marcha mecanismos de conversión, con lo que se exterioriza su inconsciente deseo de ser protegidos. Son otras, las de los simuladores, muy distintos en nuestro modo de ver de los falseadores, ya que los primeros son auténticos enfermos, cuya actitud psicológica es la de huída ante los conflictos, mientras que en los últimos, hay un deseo de apurar todas las ventajas de los seguros sociales, sobre un fondo de holgazanería. Y por último hemos de considerar, las perversiones sexuales, con toda su gran variedad de conflictos sociales y de hechos punibles, por atentado a la moral. No vamos a hacer cita de las ya desvaídas denominaciones que a las anormalidades sexuales se les ha dado y vamos solamente a fijar nuestra atención, en que el fundamento de todos ellos está en que esas desviaciones de la normalidad son un sustitutivo de ella, por motivos esencialmente neuróticos, que psicológicamente pueden llegar a ser comprensibles, como expresión de una debilidad sexual por la cual no se logra cubrir las distintas etapas con las que en el individuo normal se alcanza la madurez. No cabe duda que el patentizar su realidad en el área forense, es sumamente difícil y que en todo caso, no hay legislación para ello. Entre los delitos sexuales más frecuentes, están el

exhibicionismo (cuando se trate de un viejo piénsese en el prostatismo), los abusos deshonestos y la homosexualidad.

Vamos a cerrar esta revisión de las enfermedades mentales en su aspecto forense, con las personalidades psicopáticas, dejadas para lo último, como plato fuerte, pues no otra cosa es el intentar enjuiciar los problemas judiciales que estas personalidades plantean, deducidos de su comportamiento conflictual con la Familia, la Sociedad, y el Estado. Para darnos cuenta desde un principio de lo dificultoso de delimitarlas y darles sentido ante la Justicia, digamos, si bien sea de una manera un tanto esquemática, que están entre el ser normal y el frenópata, en esa acepción general que la Ley define como «enajenado», y, por lo tanto, en un confín de fácil desdibujamiento y difuminación. Prueba la más testifical de esa vaguedad e inconcreción de esa anomalía mental, de tantísima importancia en el área penal, es la múltiple clasificación que de las personalidades psicopáticas existen y que ninguna sea totalmente exacta y definitiva, y, por consecuencia, de plena validez.

Hemos de dejar sentado en principio, para una mejor comprensión de lo demás, que la característica general anímica del Psicópata, es la de la desproporción fundamental entre estímulo y reacción, de la que nace la continua inestabilidad psíquica en que se encuentra. Así como el ser normal es el viandante que se desplaza en su caminar, entre las márgenes de un camino, el Psicópata es el equilibrista que camina sobre un cable tendido en el abismo. Esto le hace enormemente interesante a la Criminología y obliga a una estrecha individualización de cada caso, investigando la disposición afectiva fundamental de cada uno.

Su delincuencia es de las más variadas y aunque en un esquema general de ella pretendamos concretarla en tributo a un valor instructivo, la realidad es que se escapa a toda generalización. La verdad es que si la comprensión dinámica del delito obliga imperiosamente a considerar en el hecho al actor y a su ambiente, esto, en este caso, toma una relevante importancia. No importa que hallamos sostenido el carácter constitucional de su anomalía, para que también afirmemos que el arma de la educación, de la ejemplaridad y tutelación de una familia, y la eliminación profiláctica de situaciones que faciliten la

eclosión de esa anormalidad, son armas poderosas de la Policía Criminal de los Psicópatas, y que en esta concepción toma raíz la existencia de establecimientos para ellos, que es la única viable posibilidad de hacer justicia con estos delincuentes, salvando a la Sociedad de sus malos efectos, pero reconociendo al mismo tiempo el condicionante morboso que los produce, e intentando un tratamiento, que, aunque en algunos casos pudiera ser ineficiente, en lo que a la peligrosidad social se refiere, tendría el valor de buscar una utilidad colectiva y con ello un mejoramiento a unas personalidades que, por lo demás, bien dirigidas, pueden dar en otros aspectos incluso inmejorables rendimientos.

Concretar su trastorno podrá ser difícil, pero lo menos posible, en el aspecto clínico, pero otra cosa muy distinta es objetivar su realidad en el área forense, en vista a justificar un estado de paliación de sus faltas o delitos, porque lo cierto es, que de no haber una enfermedad mental injertada en su personalidad, su comportamiento ante los «tests» no da margen para ser valorado como prueba testifical de su perfil psíquico, y por otra parte, faltos de una protección, a base de establecimientos correctores o encauzadores de su anormalidad, la Sociedad no tiene otra forma de protegerse de ellos que la de imponer una sanción penal, aunque estemos convencidos como psiquiatras, que ello por más de importuno, es perjudicial.

Sólo hay contados casos donde es posible objetivar la naturaleza de estos estados, como sucede con las anomalías caracterológicas subsiguientes a los procesos encefalíticos, ya que es posible poner de manifiesto cómo su enfermedad tuerce la línea de conducta normal y precedente de tales individuos.

Al ir finalizando todo esto, en lo que tanto ha sonado la palabra delito, es indispensable dejar bien establecidos dos conceptos, que resultan lógica consecuencia de nuestras intervenciones periciales; éstos son los conceptos de Imputabilidad y de Responsabilidad. La primera surge de la voluntariedad consciente de realizar acciones u omisiones penadas por la Ley. Dejando a un lado el problema del libre albedrío, de si somos o no somos esencialmente libres y no producto de condicionantes y circunstancias, el hombre normal posee libertad de auto determinarse, y ello como natural y lógica consecuencia de que tiene

completa conciencia de su ser. Siendo así, sus actos todos tienen un propósito finalista, encauzado por un pensamiento claro que le hace perfilar todas sus posibilidades y su juicio escoge de entre ellas aquella que vamos a ver exteriorizarse en un acto de voluntad, de querer. Ésta es la base de la imputabilidad. Todo lo que no sea eso, por unas u otras razones que alcancen en distintos puntos, haciéndole fallar el acontecer psíquico, conlleva en principio la consideración de inimputabilidad que ha de ser estudiada por los peritos.

El otro concepto, el de la Responsabilidad, al que muchos médicos se refieren en sus informes por sí o por instigación o mal uso de términos jurídicos por abogados, se define con perfecta claridad diciendo que la Responsabilidad es la obligación legal que tiene el hombre imputable de responder de sus actos. A todos se les alcanza, con la misma claridad que se refleja de su definición, que este concepto de la responsabilidad es estrictamente jurídico, de exclusivo uso y valoración por la Magistratura, así como el primero, en toda su dificultad problemática, incumbe de lleno al médico.

Cerremos esta lección, hablando del examen neuropsiquiátrico, en relación con el peritaje médicolegal. Todo lo que dijimos como preámbulo tiene ahora su justificación. La pericia médico-psiquiátrica tiene sus exigencias. Hay que objetivar hasta donde sea posible toda la impresión clínica que hayamos conseguido. Tiene que apurarse al máximum nuestro afán de acertar en nuestro juicio. Tiene que cribarse toda testificación informativa del más diverso origen realizando un análisis psíquico sintético de cada informador. Tiene en fin, que sentarse un pronóstico, porque es inexcusable función del perito aconsejar a la Magistratura sobre la peligrosidad social del peritado.

Analicemos, aunque sea brevemente, cada una de estas exigencias. Ser objetivo, porque nuestro estudio ha de servir de base para los juzgadores y para los demás peritos. Esta objetividad solamente es conseguible haciendo una minuciosa relación de la conducta y expresión del peritado durante nuestra exploración, analizar y dar sentido clínico a los datos antecedentes, y aportar pruebas que den confianza a los que reciben nuestra pericia, y en esto me refiero concretamente a las pruebas mentales, a las que no puedo citar sino por encima y porque

obligan a tener un inmediato antecedente de refrescamiento de vuestras ideas psicológicas.

Defínense los «tests» como aquellos reactivos mentales que, aplicados en condiciones determinadas, permiten, por el resultado que proporcionan, el conocimiento de alguna facultad psíquica, o del conjunto de la personalidad. Puede hacerse una clasificación a *grosso modo* entre pruebas que indagan sobre el rendimiento intelectual y caudal de conocimientos y aquellas otras que inciden en la personalidad, alcanzando la profundidad de su contenido o «tests» de la personalidad. Entre las primeras destacan las Escalas de Inteligencia de Termann-Merrill, adaptadas a los españoles por el Dr. Germain, y la de Weschler-Bellevue, las cuales consisten en una batería de preguntas, problemas, dibujos y otros varios requerimientos, que se califican según las edades en que normalmente se consigue su acierto. Entre las segundas, destacan los llamados procederes proyectivos, que se definen por Bernstein del siguiente modo: Son técnicas exploratorias, que de un modo intencional y sistemático, indirecto e inadvertido por el sujeto, le enfrentan con materiales o situaciones escasamente estructurados, a fin de que en forma activa y espontánea desarrollen una actividad de estructuración cuyos productos objetivan contenidos ideacionales y principalmente emocionales y actitudinales encubiertos e ignorados por el propio sujeto, que sirven al psicólogo para introducirse en el conocimiento de la estructura dinámica subyacente de su personalidad.

Destacan entre estos procederes las pruebas de Rorschach, la más veterana de ellas, y por tanto la más estudiada universalmente y la más reciente y de pronunciado valor forense de Szondi.

A los «tests» mentales no se les puede pedir más, pero tampoco menos que lo que se espera de los análisis clínicos o de otras investigaciones auxiliares, pero la realidad es que un conjunto de pruebas bien seleccionadas y ejecutadas por persona idónea, da una gran ayuda en clínica y claridad a la pericia, siendo un factor valioso para plantear el pronóstico medicolegal, cosa de gran trascendencia en criminología, máxime si se llega al desideratum de individualizar la pena, llegando más allá del presente, en que la pena no puede ser otra cosa que expiatoria, ejemplar o intimidante.

Segunda exigencia. Ser acertado; porque se pone en juego el fin

de la Justicia de dar a cada uno lo suyo y puede sufrir sin su acierto tanto la víctima como el peritado. Por ello es obligación imperiosa que el estudio de tales sujetos se haga con tiempo, medios y ambiente. Nosotros la hacemos en tiempo de meses, con la colaboración eficientísima de los compañeros del Sanatorio, en coloquios en donde se exprime el asunto y naturalmente en el ambiente sanatorial libre de influencias coactivas y en una atmósfera de protección psicológica y terapéutica del sujeto.

Tercera. Cribar la testificación. Punto el más difícil porque las informaciones y las declaraciones, como tales directas, llegan a nosotros después que el tiempo ha hecho matizar los detalles, difuminándolos o dándoles el color de los intereses particulares. Hemos de buscar el rodeo de una neutralidad testifical yéndonos al intento de construir la patografía del peritado, lejos del asunto delictivo, que sólo después del análisis de todos los elementos acumulados, puede ser comprendido.

Tiene en fin que sentar un pronóstico, ya lo dijimos. Pronóstico en el que intentamos dar una definición de la personalidad del peritado en toda la profundidad o en toda su superficialidad, a base de nuestro longitudinal y transversal estudio y eso sobre todo, haciéndole constituir unidad dinámica, con su ambiente y su contorno, con sus posibilidades protectivas o con su desamparo. En ese momento queda cumplida la misión pericial, misión cargada de responsabilidad y por eso mismo creadora de situaciones que nos asatean de preocupaciones, a las que buscamos esa tranquilidad que nace del estudio afanoso y de la colaboración fraterna del compañero que la Ley, en su sabiduría, nos pone al lado en una ocupación noble y desinteresada.

Esquemática de la Delictuosidad

Delitos sexuales	=	Oligofrenia Psicosis orgánicas Parálisis General Demencias seniles
Incendios	=	Oligofrenia Epilepsia
Complicidad	=	Oligofrenia
Abandono de familia	=	Esquizofrenia
» del servicio	=	Epilepsia Toxicomanías P. orgánicas
Atentados a la autoridad	=	Esquizofrenia Epilepsia Toxicómanos
Escándalo público	=	P. M. D. (Manías)
Suicidios	=	Esquizofrenia (Jóvenes) Depresivos (Adultos) Seniles
Lesiones y muerte	=	Oligofrenia erética Esquizofrenia Epilepsia Manía Alcohólicos
Estafa, malversación, apropiación indebida	=	Maniacos Toxicómanos Oligofrénicos
Homicidio por compasión	=	Depresivos
Robos	=	Oligofrénicos D. Seniles

Característica de multi-reincidencia, variedad de delitos, predominando los que atentan a la propiedad, al tráfico ilegal, a las falsificaciones.

= Psicópatas.

En particular (Birnbaum)

Psicópatas excitables

= Lesiones. Atentado. Escándalo

» paranoides

= Lesiones. Litigios. Celos

» inestables

= Vagos y maleantes. Toxicómanos. Prostitutas. Cómplices.

» fanáticos

= Delitos políticos y religiosos.

» sexuales

= Delitos sexuales.

Informe médico-psiquiátrico

Preámbulo e introducción

Identificación

Información

Conmemorativos del
Delito o del Problema Civil

Constitución y Genética

{ familiar
social
laboral
sumarial

{ Datos precedentes
Datos de ejecución
Datos subsiguientes

{ Genes familiares generales
Proyección genética
familiar
Proyección paternal

Historial fisiopatológico

Curva de la vida

Exploración

= Sus distintas etapas
= Somática por aparatos
Análisis
Psíquica de las distintas funciones mentales
Pruebas mentales

Interpretación

Conclusiones

LECCIÓN 7.ª

DR. ANGEL SERRANO SALAGARAY

ASISTENCIA MÉDICA POST-SANATORIAL

QUÉ sucede cuando un enfermo mental abandona el Sanatorio, dado de alta? Véamos. Puede serlo, o por nuestra iniciativa, cuando su enfermedad remite o cura, o silenciados sus síntomas más llamativos puede estar en condiciones de acogerse a un medio familiar adecuado, o bien puede ser dado de alta a petición familiar, cosa a la que no podemos negarnos, salvo presunción de peligrosidad, o porque el enfermo haya ingresado por orden judicial o gubernativa. Además, las altas pueden serlo en prueba, por un período de tres meses, o definitivas, según los casos.

En vista de estas posibilidades tenemos que estudiar nuestra actuación posterior, es decir, la actuación de los médicos en general a quienes toque atender a tales enfermos, pero antes de entrar en ello sentemos como postulado básico la necesidad en que estamos de corregir el que exista una solución de continuidad en la atención del paciente, ni en el tiempo, ni en el sentido asistencial. Lo primero debe llenarse haciéndola llegar adjunta al alta administrativa; es una síntesis del estudio del enfermo en el Sanatorio y un consejo general de actuación médica, dirigida a aquellos que por su residencia o por su carácter de médico de familia, han de ocuparse de dicho individuo para que seguidamente empiece su actuación en la forma que más adelante se irá exponiendo. Lo segundo ha de conseguirse por la exigencia que los tiempos traen de que tanto los médicos generales como los psiquiatras entiendan un mismo lenguaje técnico y haya una comprensión

básica que borre el encogimiento de hombros de médicos, cuando el enfermo se desquicia mentalmente y ese entendimiento fundamental ha de nacer de que todo psiquiatra lo sea, como segundo término de una preparación y ejercicio de médico internista que le imponga de todas las realidades somáticas, substratum de tantas alteraciones psíquicas y de otro lado, los médicos generales vean al enfermo mental como a uno de tantos de los que llaman a su puerta, a los cuales, vistos bajo una mirada de comprensión humana y médica, puede prestarles análogos servicios como a los demás, si naturalmente se parte de un mínimum de conocimientos psicológicos aun más que puramente psiquiátricos. En estas condiciones puede, incluso dándose cuenta de la situación ambiental como nadie mejor le pueda ser dada ocasión, resolver conflictos o situaciones desencadenantes y en todo caso traer a conocimiento del psiquiatra sanatorial unos datos valiosísimos para el análisis estructural del trastorno psicótico que presenta. Esta vuestra loable curiosidad de ahora, aunque pueda ser defraudada, cuando menos por mí, tiene el singular valor de que se hace real esa proyección comprensiva del frenópata, pisando, pues, el umbral del camino que proponemos.

Quando hablamos de asistencia médica postsanatorial, creo que no está de más opinar que esa asistencia empieza desde antes de ingresar el enfermo, porque la colaboración informativa del médico en todo lo que se refiere al contorno situacional del enfermo y al temperamento y demás datos del perfil psíquico de él, nos viene de muy primerísima mano, porque suple, a poco que con preparación mínima y puesto afán se haga, a esa normativa y estéril recogida de datos por un cuestionario que se llena a voleo, o que en el mejor de los casos no es idóneo por la impericia del informante. Desde aquí, pues, parte esa ayuda que pedimos, porque necesitamos. Cuántas de las historias clínicas del Sanatorio adolecen de tan fundamental defecto como es el carecer de una patografía del enfermo, documentada e ilustrativa, muchas veces base esencial de un criterio diagnóstico que sólo la evolución y la respuesta a la terapéutica matizan o condicionan para la estimación de un porvenir asistencial.

Yo no voy a desmenuzar cuáles son esas informaciones, ya que su mismo carácter biográfico lo dice y sólo tenemos que detallar que

por lo general, en el ambiente en que ejercen, pueden particularizar cada etapa, yendo a la escuela donde se educó, sabiendo del comportamiento juvenil, de su historial laboral, de su vida de matrimonio, etc., etc. Todo esto adquiere extrema importancia cuando el enfermo trae consigo problemas judiciales, pues entonces a todos esos informes administrativos o gubernativos se impone por su neutralidad e idoneidad el informe del médico. Y después, cuando el enfermo remitido o curado llega a su residencia, surge la conveniencia de una vigilancia habitual que, bajo capa de una apariencia de enfermedad somática, permita controlar lo psíquico, influyendo sobre la familia instruyéndola, aconsejándola sobre la readaptación familiar y laboral, cosas todas que le harán valorar su misión y entusiasmarse de ella.

Los médicos de asistencia deben ser los continuadores de la labor sanatorial, teniéndonos al corriente de las novedades del enfermo, para mantener el hilo de la continuidad evolutiva, para que no nos suceda lo que habitualmente ocurre a los cirujanos, que no saben por lo general del caso intervenido más que aquello, que es casi lo menos valioso, el acto extirpatorio en sí, y en cambio carecen de datos sobre el porvenir seguido por el enfermo operado, en respuesta al acto quirúrgico a que se le sometió. Este conocimiento de la continuidad evolutiva, de tanta importancia en Psiquiatría, podría ser realizado a base de tarjetas impresas, con franquicia, con un breve cuestionario atinado y concreto, para evitar toda confusión o desidia, que los médicos asistenciales o residentes se encargarían de llenar en cumplimiento más de un deber que de una obligación de higiene mental. Está de más decir que a ese mismo médico debe serle dirigida una síntesis de su ficha clínica, de su presunto diagnóstico y de una orientación terapéutica, para que con ella tomen arranque las subsiguientes que proponemos.

Antes, cuando la Psiquiatría práctica se veía impotente para dominar los síntomas más llamativos de incompatibilidad y ésta se agrandaba con la ignorancia de todas clases, profesionales y de las gentes, el sacudirse al enfermo mental, al loco, mediante un internamiento indefinido era la solución viable y ahí terminaba expeditivamente la actuación médica extrasanatorial, pero ahora las cosas son muy distintas. Por un lado, las nuevas terapéuticas, que en un futuro no lejano, digamos de pasada, es de esperar suavicen sus mecanismos de actua-

ción, en vista también a que no haya psiquiatras de pacotilla, de choque y tente tieso, y por otro lado la indudable realidad de que muchos síndromes mentales asientan en una base somática que hay que despistar, como es la creencia y experimentación de alguno de los psiquiatras actuales, como Baruk, quien localiza en disfunciones hepáticas trastornos intestinales de tipo toxémico, fallos de la depuración renal, etc., etc., la etiología de algunos procesos, como los catatónicos, las depresiones preseniles, hacen todo ello llamativa la precisa colaboración de todos los que profesionalmente alcanzan al frenópata, porque, por un lado, los enfermos, en plazo breve, se revierten a su familia y por otro, porque es lógico que hagamos todo lo posible por puntualizar la debida terapéutica, tanto más valiosa cuanto más etiológica sea y porque su acierto conlleva afinar un pronóstico que tiene extremo valor para la convivencia del ex-sanatoriado y para nuestra propia responsabilidad, ya que es nuestro deber, deber de todos en no pocos casos, prever situaciones y reacciones futuras del enfermo.

Esta colaboración de la asistencia médica extrasanatorial es indispensable, porque el Sanatorio es ahora una corta etapa en la evolución de la enfermedad y hay que darse bien cuenta, que por brillante que sea la eficacia de algunos procederes terapéuticos actuales, no deja de ser completamente cierto que éstos sólo palidecen y amortiguan desvaneciéndola, la sintomatología exuberante de los primeros momentos, pero que de manera subterránea o inaparente o incluso cohibida, continúa el trastorno mental, el cual sólo en definitiva se detendrá cuando ello sea posible, si alcanzamos la razón de su desencadenamiento o vislumbramos la forma de adaptar la nueva personalidad que el trastorno ha dejado al enfermo, para saber en qué forma y ocasión hay que adaptarlo a la Sociedad o meramente a la Familia.

Yo soy de los que creo firmemente que —salvo los casos radicales, los cargados de gran herencia u otros—, la patogenia mental estriba en gran medida o en problemas afectivo-emocionales, o en realidades orgánicas, aunque éstas no puedan ser descubiertas con los medios actuales. Son, pues, las armas de la psicología y de la investigación clínica-analítica las que nos pueden dar luz en tanta confusión de la que muchas veces queremos salir poniendo una etiqueta nosológica, con la que aspiramos a tranquilizar nuestra conciencia profesional.

Cuando uno recuerda la destrucción que en la psiquis de un individuo produce la P. G. P., o un trauma, o la senilidad, o cómo se altera la conducta de un intoxicado o de un infeccioso y cuántos fenómenos temperamentales se dan en las distintas endocrinopatías, o cómo se llega, en la labor experimental de Baruk en sus animales, a producir estados catatónicos, o cómo la investigación de los 17-cestosteroides caen en su tasa en las esquizofrenias, por fuerza nos hemos de parar y reflexionar diciendo: un enfermo mental es un enfermo más y toda ayuda es poca y de aquí la importancia de la asistencia médica postsanatorial, sobre la que vamos ya a puntualizar.

Como decíamos al principio, la forma del alta condiciona la actuación médica postsanatorial y así ésta resulta muy distinta según que el enfermo esté curado, remitido, o salga por voluntad de la familia. En el primero de los casos, queda en pie nuestra autoridad profesional, por la confianza ganada y es posible, porque se cuenta con la familia, planear futuros derroteros. En el segundo caso, no cabe duda que no hemos gozado del suficiente margen de confianza para retenerlos por el tiempo preciso, para dominar la sintomatología y, por lo general, son enfermos que buscan su fe curativa, mejor dicho, la familia, del curandero o de la pitonisa y le espera por lo común el abandono médico, y poco por tanto podemos hacer por ellos.

Ahora, en el primero de los casos debemos preocuparnos del porvenir del enfermo, de forma que sí es un enfermo orgánico, vigilar de manera asidua sus distintos aparatos o sistemas que puedan estar interesados, procurar mantener en equilibrio una disfunción hormonal, de poca monta posiblemente, pero, no por menos, necesitada de atención. Si es un enfermo por fases, preveyendo la llegada de una nueva onda de actividad, analizando sin demora, aunque también sin precipitaciones, aquellos síntomas que indiquen su iniciación, para actuar si cabe terapéuticamente —disponemos ahora de los gangliopléjicos, entre otros—, o tomando las medidas para un internamiento oportuno si el caso fuera necesario, para yugular el nuevo brote, y si en otro caso se trata de un enfermo que evolutivamente transita hacia un determinado porvenir de defecto de la personalidad, facilitar un posible encapsulamiento o bloqueo de su actividad patológica, mediante influencia educativa y aleccionadora sobre la familia, o incluso investi-

gando, y esto vale para todos, clínico-analíticamente, lo que nos permita hacernos actuar sobre su posible fondo somático, condicionador o favorecedor, porque no podemos dejar de pensar que el vulgo arrastra en muchos casos una experiencia anónima, que definen como «debilidad» y que no cabe duda que en no pocas ocasiones, tiene una realidad que médicamente debemos buscar, para instituirle el debido tratamiento. Si esto no fuera así, aún nos queda una labor de orientación familiar y ambiental, nada fácil, modificando la creencia ancestral de que el loco es un «iluminado» a perpetuidad, pues una lenta pero constante labor en tal sentido, tendría su resultado, y como ejemplo de posibilidades quizás utópicas, pero que asientan en una realidad geográfica concreta, les podemos decir, que existe un pueblo en Bélgica que vive de acoger a los enfermos mentales, para recuperarles, o darles la ocupación y en especial el trato debido. Cuando uno lee el ya antiguo, pero innovador, libro de Simón, sobre la ocupación de los enfermos mentales, conoce la realidad de cómo los enfermos hostiles y difíciles, inútiles y solitarios, se convierten en tratables y convivientes, aprovechables y tributarios de la libertad social, tratando a cada uno según su fisonomía psíquica, según su historial patológico, considerando siempre la individualidad, la cual no puede ser perdida nunca de vista, porque en ningún sitio más que aquí, es cierto el aforismo de que no hay enfermedades sino enfermos.

El recuerdo de esta lectura nos hace patente la falta de un eslabón, precisamente éste, en lo que se refiere a la asistencia sanatorial, que nosotros en el Sanatorio echamos de menos y que cuando se consiga, contribuirá en su día a haceros a vosotros los médicos generales, sobre todos los de los pueblos, más fácil la aplicación de estas ideas, porque entonces, convertido el Manicomio en otra cosa en donde se pudiera eliminar hacia otros establecimientos a los incurables, nos quedaríamos con los útiles y recuperables que cubrirían antes de salir de alta, una etapa de laborterapia, de ensayo convivencial, de modelamiento de su futuro, no ocurriendo lo que ahora, en que nuestras altas quedan supeditadas a circunstancias que tenemos que considerar detalladamente a fin de no ver frustrado el trabajo que hemos hecho. Así es como muchas veces tenemos que demorarlas por no haber un ambiente acogedor o tutelador adecuado, y en cambio, en otras pode-

mos y tenemos que adelantarnos a nuestro mero criterio clínico, porque aquél existe, y no cabe duda que en las circunstancias actuales eso es lo ideal, porque cuando se carece de aquella capacidad y aquella organización sanatorial que se deduce de ella, el retener a un enfermo una vez vencida su fase aguda, dentro del sistema actual, sin la posible separación de los enfermos de acuerdo con sus respectivos estados, es darles a estos enfermos con conciencia, una cruda realidad de su existencia.

Estas posibilidades de readaptación en un medio de reposo y tranquilidad, con un sentido de utilidad y restauración, hace mucho bien al enfermo remitido y en la consecución de ello toca al médico de asistencia, a la salida del Sanatorio, una eficaz intervención, que con una formación psicológica básica, puede obtener óptimos resultados.

También interesa mucho la vida higiénica y de costumbres moderadas que el enfermo siga a su salida. La abstención de bebidas alcohólicas y excitantes, una alimentación ordenada y equilibrada —aquí habrá que contrarrestar el efecto pernicioso del ya señalado concepto profano de la «debilidad»—, un sueño reparador, más bien conseguido por consejos higiénicos e hidroterápicos, que por medicación sintomática, deprimente e influenciante en sentido peyorativo sobre el enfermo, y otro cúmulo de posibilidades e indicaciones, irrealizables por la defectuosa estructura y condicionamiento social, que toca a la higiene mental intentar modificar o eliminar.

La asistencia médica extrasanatorial, hoy por hoy, tiene por fuerza que ser limitada, porque su efectividad necesita el marco propicio de una transfiguración del medio ambiente, empezando, como decíamos nos hace mucho, por hacer cambiar el concepto de enfermedad mental, o cuando menos la de puesta en marcha, para que al ex-enfermo le sean accesibles los servicios abiertos sanatoriales o dispensariales, utilizando sus servicios con la misma asiduidad y naturalidad con que se hace con los de cualquier otro servicio médico de carácter público. Esta realidad, y el cultivo de los elementales conocimientos en la materia por la clase médica en general, puede hacer mucho por el porvenir del enfermo mental, libre ya del oscuro horizonte de antes y de esa prevención peyorativa contra el ex-asilado, basada sobre la tradicional creencia de la incurabilidad y peligrosidad, que desembocaba obligadamente en la reclusión indefinida.

Como ejemplo de las cosas que pueden hacerse por la asistencia

postsanatorial, citemos la organización que existe en otros países, con sus enfermeras visitadoras, que ayudan en esa labor detallista, pero no por ello menos interesante y necesaria, de saber las incidencias habituales de cada enfermo, sus motivaciones y problemas y que sirven de nexo de unión con el Sanatorio o Dispensario Regional.

Otra cosa más utópica son los llamados Clubs de recuperados, las cuales, con una tutela psiquiátrica muy discreta, realizan una labor de psicoterapia de grupo, facilitando una correlación social entre ellos, como ensayo de otra más extensa, transfiriéndose sus situaciones y ayudándose mutuamente a resolver sus conflictos, creando con todo ello una atmósfera afectiva, siempre tan conveniente, por alentadora. Súmese a ello la muy importante transformación que va tomando la propia legislación psiquiátrica, antes proyectada en un sentido de protección social y de restricción de la libertad individual, perdida ya espiritualmente, y ahora con un sentido de protección y asistencia del propio enfermo, frente a la circunstancias morbosas y desfavorables del medio ambiente y preocupándose, en definitiva, de rescatarlo para la utilidad colectiva y el bien familiar. Como expresión de este nuevo sesgo que las cosas pueden y deben tomar, sería acertada la creación de Patronatos comarcales, hijuelas del Patronato Provincial, que formados por las Autoridades, fueran ellos mismos educando con su cometido en esta nueva estimación del enfermo mental.

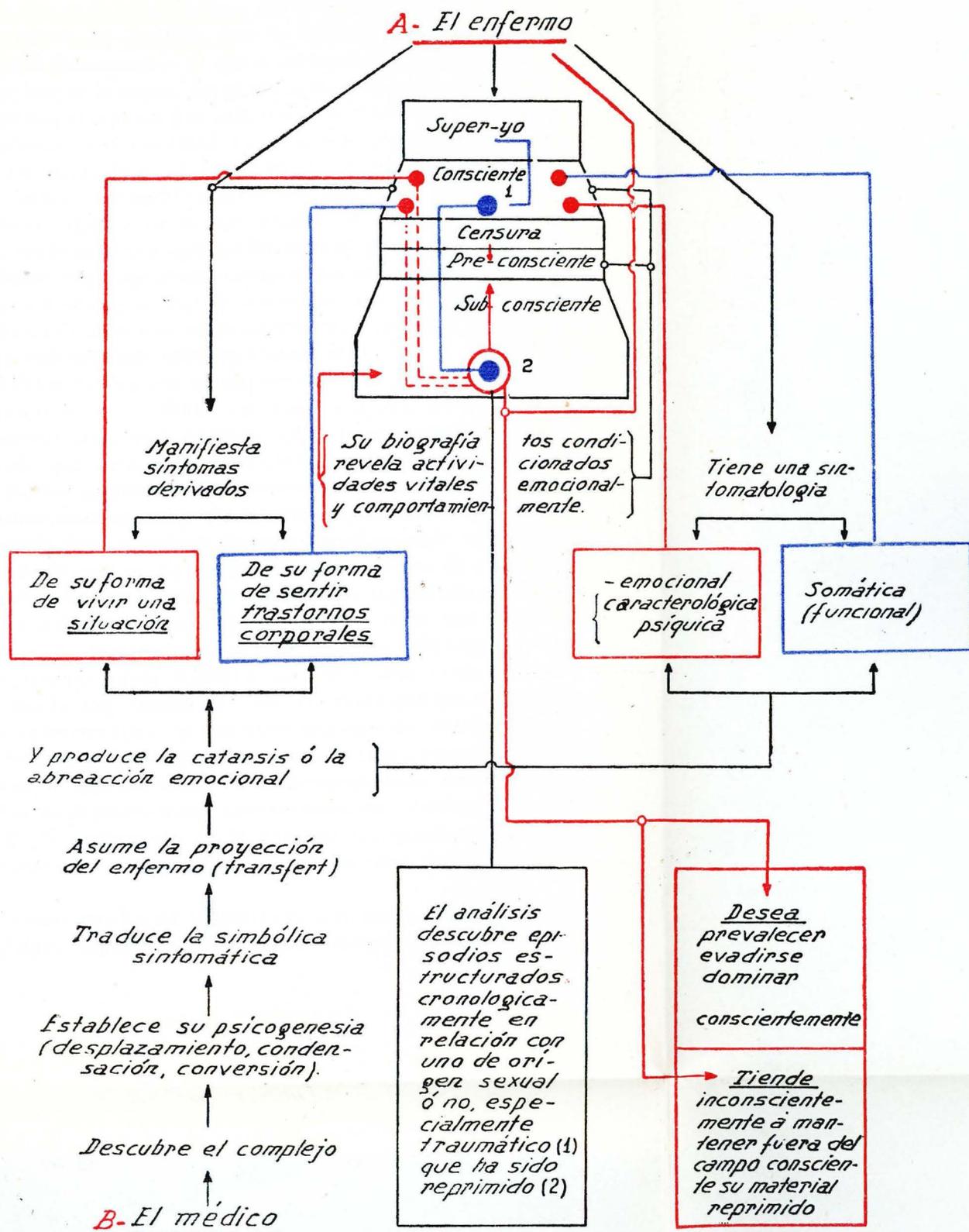
A la postre creo que más que una lección, en ese sentido de aprovechamiento didáctico de unos conocimientos, para su utilización posterior, ha sido una cuasi conferencia, en la que han imperado más las ideas y conceptos generales que el repaso detallado de cosas a hacer, pero a mi modo de ver, esto no podía ser de otra forma, porque la realidad de cada día nos demuestra, cuáles son las auténticas y prácticas posibilidades que les quedan a los médicos generales, cuando estamos en las primicias de un largo camino, en la concepción práctica de la Psiquiatría, que necesita de toda una organización estatal, con todos sus medios propagandísticos y de ejecución, para lograrse, pues mientras no sea así, al médico, falta de tiempo, insuficiente de preparación en esto, pero por encima de todo, falta de la ayuda mínima de la comprensión de su labor, no le queda otro camino que endosar el problema clínico al psiquiatra.

LECCIÓN 8.^a

DR. M. PAREJO MORENO

**CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS
PSICONEUROSIS**

SI la tendencia del pensamiento médico actual hacia la integración de la dinámica psíquica y los trastornos somáticos persiste, los psiquiatras, en el futuro, tendrán poco que decir de las neurosis. Las neurosis irán desapareciendo, aunque ello a primera vista parezca paradójico. Esta gradual reducción de la nosología neurósica es un hecho consagrado históricamente. Los capítulos que ocupaban las neurosis en los primitivos tratados eran muy amplios; el asma, la epilepsia, la neurastenia y otras enfermedades estaban incluidas en las neurosis. Estos procesos han sido desgajados poco a poco porque sus raíces anatómicas han sido encontradas o porque su entraña fisiopatológica ha sido evidenciada y aunque paralelamente ha habido un movimiento que trata de incorporar los trastornos anímicos al resto de la patología corporal y hacer de la consideración natural del enfermo una consideración cultural del mismo, a medida que van adquiriendo amplitud los conocimientos culturales sobre el hombre, es posible que la acentuación psicodinámica que aún conservan las anomalías que llamamos neurosis, se transformen en la sola necesidad de que los médicos estudien psicodinamia para poder comprender mejor las enfermedades naturales. Casi todo cuanto deba saberse por el médico general de las neurosis está contenido en un trabajo de López Ibor escrito poco antes de la guerra, por lo menos llegado a mis manos poco antes de la guerra, sobre las neurosis orgánicas. En él hay un párrafo que resume toda la problemática de la cuestión. Dice López



Esquema general del trastorno neurótico

transferencia, tan en el primer plano de la actualidad, fué usada por los componentes de la comisión que la Sociedad Biológica de París designó en 1876. Este término se aplicó en su sentido en algún aspecto similar al que hoy se le asigna. Se refería al hecho de que las zonas de anestesia histérica «curadas» por aplicaciones eléctricas reaparecían en un lugar simétrico y centro-lateral. Es indudable que el contenido psíquico, permaneciendo idéntico, favorecía el transporte o transferencia a una zona cutánea topográficamente homóloga. Así se explicó este curioso fenómeno que en su tiempo explicó el trastorno anestésico frecuente en los histéricos y que fué llamado aloquidia. La simbolización estructural que hoy encontramos en las histerias de conversión equivale a los estigmas y no puede dudarse de que Moebius y Strumpell sabían bastante acerca de su psicogenesia, pues ellos designaron a las neurosis *enfermedades por representación*.

Trataré ahora de exponer un esquema general del trastorno neurótico. Supongamos una enferma que acude a la consulta y que al referir sus molestias dice, por ejemplo, que está muy angustiada, muy nerviosa, desde que hizo unos Ejercicios Espirituales en los que el predicador aludió severamente a determinadas costumbres sociales como altamente pecaminosas y que esto le ha producido una gran ansiedad; no puede dormir, rehuye la vida social en cuyo seno es fácil pecar, por todo lo cual se ha generado un sentimiento de culpa muy intenso. Encontramos en la enferma una serie de trastornos reales que también nos manifiesta y nos dice que además tiene una anemia y que a consecuencia de esta anemia el estómago funciona muy mal, que ha vomitado, que no puede digerir o que tiene unas crisis de hiperclorhidria o que le dan diarreas, etc., etc. De modo que nos ofrece una doble vertiente sintomática, de una parte una serie de manifestaciones psíquicas y de otra una serie de alteraciones de tipo corporal. En todo ello reconocemos una constelación de circunstancias que llamamos situación. Esto es lo primero que encontramos en la estructura total neurótica. En la exploración de la enferma recogemos una serie de síntomas corporales (taquicardia, adelgazamiento, gastro o viscerotosis).

Si se consigue una buena disposición confidente nos será posible penetrar en algún aspecto particularmente inquietante de la vida re-

ciente de la enferma (experiencias sexuales acompañadas o seguidas de sentimientos negativos o emociones penosas); sin embargo, podemos hallar analíticamente que sus confidencias son un primer plano y la enferma refiere cosas cada vez más profundas. Dice que, efectivamente, en el colegio otra niña le hizo unas revelaciones sobre el origen de los niños que la impresionaron intensamente y le produjeron un pánico horroroso. Recuerda su primera reacción ante la aparición de las reglas, las primeras impresiones cuando pudo ver los genitales de otros niños y además el sentimiento penoso que le produjo la primera caída en la masturbación, etc., etc., de modo que vamos reconstruyendo el pasado subconsciente de la enferma y comprobamos que con ello se encuentra más aliviada. El material recogido constituye el contenido manifiesto de una construcción psíquica —complejo— que posee la energía suficiente para desencadenar síntomas corporales. Es fácil ahora comprender nuestro esquema, en el que el aparato psíquico está representado siguiendo a Freud, como un sistema de compartimientos (consciente, preconsciente y subconsciente), la función de censura, el Ello (tendencias instintivas que plantean exigencias y necesidades), el Super-YO, especie de ideal en el que participan los otros, ejerciendo su censura moral alta, en la escala de valores. Lo que el análisis ha ido objetivando, operaba desde el inconsciente de la enferma. Tanto en los momentos en que fué vivido o trató de surgir en el consciente la enferma hubo de hacer un esfuerzo para reprimirlo, ese esfuerzo determinó una carga de afectiva, una tensión o carga permanente emocional que activa y mantiene el dinamismo del complejo y que se manifiesta en el conjunto de la sintomatología. La emoción segregada de las experiencias originarias aparece como emoción flotante adscrita a experiencias que no la justifican ni en su aspecto cualitativo ni en el cuantitativo. Concebimos, aunque sea a título expositivo, el mecanismo general de las psiconeurosis como un conflicto o como una lucha que se opera en la persona, entre el ELLO y el SUPER-YO y que determina el YO a la represión del material conflictivo que, sin embargo, desencadena fuerzas que siguen actuando desde el subconsciente con una intensidad que depende de la magnitud y signo de las exigencias y necesidades afectivas y emocionales del sujeto. El aparato psicósomático, que casi siempre constituye el armazón de la neurosis, se va

montando mediante una serie de mecanismos descubiertos y descritos por Freud. En primer lugar encontramos el de *represión* del material psíquico de la experiencia conflictiva y el de *fijación* y movilización de las tensiones y cargas emocionales que, adscritas a construcciones o simbolizaciones neutras, intentan derivarse o descargarse. Como se ve en el esquema, las cargas emocionales experimentan una especie de *desplazamiento* de uno a otro estrato de las manifestaciones neuróticas. Fijación, desplazamiento y conversión son tres ideas que explican el complicado polimorfismo clínico de estas enfermedades y por qué a partir de un núcleo energético subconsciente pueden originarse síntomas cambiantes y variables en ambas vertientes mental y corporal.

Frente a la neurosis hemos de considerar: el paciente, la situación, la sintomatología manifiesta y el conflicto interior, integrados en una construcción existencial en la que las funciones fisiológicas y los órganos corporales participan por el imperio de leyes biodinámicas que ajustan esta servidumbre y en virtud de las cuales el cuerpo se torna en órgano de expresión de la psique y la psique a su vez da sentido al cuerpo. Existen ya en el hombre órganos conformados para facilitar esta función expresiva de tal manera que el corazón y los vasos constituyen un vehículo expresivo de las emociones, el estómago, mediante actos funcionales como el vómito, contiene significaciones peculiares como el asco; se trata de dispositivos somáticos que están ya primitivamente al servicio de la expresión simbólica de los conflictos internos.

Volviendo a nuestra enferma y una vez en presencia de todo cuanto el análisis ha descubierto, podemos preguntarnos si todo ello no tiene alguna finalidad y qué sentido finalista tiene para la enferma un tal tipo de sufrimiento. Comprobamos entonces que además de la disposición a la neurosis, de la situación desencadenante, del aparato orgánico expresivo y del conflicto en su estructura psicodinámica, existe una inclinación volitiva especial. Lo que desea esta enferma, que sufre y que lo pasa muy mal, es libertad en algún sentido, disculpa para algunos actos que haya realizado, respetabilidad o satisfacción, revalorizar su situación familiar o evadir una situación de crisis.

No es difícil diagnosticar una neurosis; el médico experimentado la diagnostica siempre en una segunda fase, pues antes ha identificado

al neurótico, que vive este peculiar modo de existir y del que siempre emana algo de ficción, algo teatral, algo que no se puede definir, que el médico de experiencia inmediatamente capta.

Quizá en este punto se hagan necesarias algunas precisiones. Así como en toda obra dramática la trama argumental por sí sola no significa nada y sí el juego de pasiones que le da aliento y sentido; en el conflicto neurótico se debaten fuerzas a las que debemos dedicar unas palabras. El hombre es un ser evolutivo y su evolución es una permanente presencia en un mundo que plantea exigencias y necesidades. La permanencia y el sentido de esa permanencia nuestra en el mundo está en gran parte dado por un impulso fundamental, originariamente indiferenciado y sucesivamente organizado en direcciones distintas según exigencias y necesidades internas que pueden entrar en colisión entre sí o con las que presionen desde la realidad exterior. La doctrina psicoanalítica ortodoxa sigue fiel al concepto de tensiones y anhelos, la libido, como fuerza que emana de la corriente instintiva sexual y sirve el principio ecuacional placer-dolor.

Desde un punto de vista práctico las tres direcciones más frecuentes de los impulsos son las siguientes:

A).—Derivados del vector sexual:

Exigencias y necesidades de	{	—logro objetal —satisfacción	{	—adecuado —inadecuado —perverso
--------------------------------	---	---------------------------------	---	---------------------------------------

Tensiones originadas por la	{	—insatisfacción —perversión
-----------------------------	---	--------------------------------

B).—Derivados del vector afirmativo del YO y la personalidad:

Exigencias y necesidades de	{	—logro de libertad y seguridad vital y existencial.
--------------------------------	---	--

Tensiones originadas por	{	—la dependencia —la inseguridad personal —inseguridad social.
--------------------------	---	---

Los conflictos y situaciones derivadas generan sentimientos de culpabilidad y dependencia, reacciones y tensiones agresivas, estados de ansiedad y, en general, núcleos emotivos que se proyectan, transfieren o convierten en las distintas reacciones del aparato sintomático.

En nuestro ejemplo reconocemos ahora el caso de una persona con tensiones internas de carácter sexual que han originado sentimientos de culpabilidad y un estado de inseguridad interior cuya finalidad quizá sea obligar a su novio a una actitud menos sensual y presionar a los padres para adelantar la definitiva consagración moral de sus deseos, haciéndolos compatibles con las exigencias morales mediante el matrimonio.

La labor del médico es llegar a una interpretación analítica de su enfermo recibiendo sus confidencias, venciendo las resistencias con la interpretación de los ensueños y otros recursos, como las asociaciones libres, y determinarlas. A lo largo de la cura analítica en la relación paciente-psicoanalista se desarrolla un especial proceso que ha sido designado con el nombre de *transferencia*. En el clima afectivo que esta relación ha ido creando, el enfermo proyecta sobre el médico, además de sentimientos de diversa tonalidad, parte de su estructura emocional neurótica y transfiere a estas idealizaciones arquetípicas potencialidades de carácter mágico. El médico ha de usar inteligentemente este curioso conducto de afecto y entendimiento para lograr en su enfermo una liquidación o abreacción de las tensiones, una síntesis de su estructura psíquica profunda y su proyección dentro de un plan vital más razonable, armónico y adaptado al sistema de convenciones que limita y atempera la existencia.

La exposición precedente del mecanismo general de las neurosis pudiera no bastar a una concepción clara de las mismas y su distinción de las psicosis. Lo más sencillo es partir de la idea más vulgar y corriente que es la de desorden. Mente, atuendo y conducta en desorden. Partiendo, pues, de esta idea vemos que el desorden del psicótico es total; parece surgir del trasfondo de la persona y abarcarla por entero; este desorden se nos presenta como algo extravagante, enigmático, desmedido, extraño al mundo corriente de la experiencia interpersonal; este algo carece de unidad y sentido, surge inconexo del pasado, se mantiene en el mundo presente y actual dentro de un sis-

tema de relaciones ilógicas o inexistentes y esta falta de cualquier base finalista, de cualquier línea directriz intencional, hace que este desorden, considerado como material histórico, sea incomunicable de un modo directo, abierto y operante.

En el desorden neurótico advertimos su carácter parcial; su existir epifenoménico y su organización descifrable, reconstruible históricamente, coexistiendo en un mundo de realidades conscientes experimentadas en relación con la persona y en vista de una finalidad inferible o deducible mediante la técnica psicoanalítica. En nuestra consulta, y frente a cada enfermo concreto, no tendremos dificultades para distinguir al psicótico que vemos apartado del mundo y en-ajenado de sí mismo y de su ambiente, del neurótico, cuya persona está conservada y en una forma de relación viva e interesada con la realidad.

Sin embargo, no siempre es tan evidente el hecho diferencial y aun cuando el análisis de los síntomas no es siempre practicable por el médico general, las diferencias entre los «modos de enfermar» psicótico y neurótico se diluyen y emborronan las diferencias marginales. Por ejemplo:

- en el caso de la histero-epilepsia como único diagnóstico posible en el caso de una histeria de conversión que se produce en un sujeto ictafin.
- cuando un sujeto tarado por la sensibilidad patológica de su personalidad sufre un cuadro de neurosis compulsiva dando lugar a lo que etiquetaríamos como esquizofrenia paranoide.
- la pseudo-fasofrenia depresiva que determinaría la incidencia de la constitución ciclotímica y la neurosis de ansiedad.

Son numerosas las clasificaciones que se han hecho de las psico-neurosis. Por lo que a nosotros se refiere estimamos muy en consonancia con el propósito que anima este curso la siguiente enumeración:

- 1).—Psico-reacciones (el conflicto provocado, el elemento racional o intencional y el aparato reagente tienen tenden-

cia a fusionarse, a evolucionar de modo rápido, disolutivo y catastrófico).

- 2).—Neurosis histérica (hay un proceso racional o comprensible al servicio de una intencionalidad o finalidad resolutiva de un conflicto de tensiones internas o de una situación conflictiva con la realidad exterior. Histerias sociales).
- 3).—Psiconeurosis obsesivas o síndrome anancástico
- 4).—Neurosis orgánicas.

En las psico-reacciones es evidente una relación directa e inmediata entre la exigencia, el conflicto o la situación y la respuesta, y ésta sería su principal característica, aunque el cuadro se completa como sigue:

- la situación provocada contiene exigencias, requerimientos, tensiones o peligros cuya cualidad o cuantía son reales y por lo tanto valederos para colectividades numerosas (circunstancias de guerra, catástrofes) o irreales en el citado sentido pero en desproporción por sí sola conflictiva con las posibilidades personales del enfermo. A éste le caracteriza su inmadurez emocional, labilidad vegetativa y facilitación patológica de la puesta en marcha de mecanismos defensivos ancestrales (tempestad de movimientos o reflejo de inmovilización).
- clínicamente predominan los cuadros agudos, que varían desde el estupor a la crisis abreactiva o emocional. Son frecuentes los estados hiponóicos, con realización de actos en bajos niveles de conciencia y descargas en circuito que, a veces, se manifiestan en formas de conducta delictiva (incendios, suicidios, infanticidios).

Entre las psico-reacciones tenemos que citar las llamadas neurosis de guerra, tan frecuentes en la contienda mundial 1914-18 y tan bien

estudiadas en la II Guerra Mundial. La cuestión no es nada sencilla, porque el psiquiatra, frente a cada caso, ha de recorrer una escala nosológica que en cuanto a la intencionalidad comienza con la simulación y termina en las psicosis marginales, tan variadas son las formas de comportamiento neurótico frente a la situación bélica. Creemos que no debe menospreciarse el factor antropológico-social, porque estas reacciones son más numerosas en los ejércitos de países ricos, con alto nivel de vida y con un espíritu científico sobrevalorado. En nuestra guerra apenas hubo formas psiconeuróticas de reacción. Por lo que se refiere a lo que llamamos sobrevaloración científica nos interesa precisar que la presencia de servicios psiquiátricos en los frentes de combate puede contribuir, con la mayor buena fe, al incremento de las actitudes de huida y refugio en la enfermedad. Lo importante es retener que los tipos clínicos han cambiado de una a otra guerra. Nos parece que han aumentado las formas de intensa participación somática hasta el punto de que lo psíquico constituye un epifenómeno de lo orgánico. Se ha pasado de los cuadros preferentemente histeromorfos (temblores, parestias etc.), o psíquicos (crisis pánicas y estados de terror) a los estados de agotamiento. Es evidente que los neuróticos de 1914-18 eran sujetos atemorizados más que otra cosa y que los de 1939-45 eran hombres sometidos a una prueba psicofísica desmesurada en todos los órdenes.

La psiconeurosis histérica ocupaba en los tratados clásicos un espacio extensísimo, ya que la descripción de su clínica comprendía toda la patología humana desde la peculiar perspectiva de su dramatización espectacular. Insisto en este último punto para en esta exposición elemental llamar la atención sobre el hecho de que el punto central de la histeria es, precisamente, el histérico. Las ideas sobre una tipología o caracterología propia de la histeria tampoco son de ahora. Babinski y Dupré establecieron los rasgos de la constitución mitomaniaca. La eidología actual, mucho más exigitiva en precisiones antropológicas, no es favorable a la creación de un tipo humano especial, pero en cambio para nosotros resulta indudable que el histérico posee rasgos comunes que pasamos a enumerar:

- la inmadurez (que debe interpretarse como falta de plenitud evolutiva y desarmónica preferente en las esferas emocional y sexual; esta inmadurez no es sólo psíquica sino que se extiende a lo anatomofisiológico).
- la sugestibilidad
- la mitomanía
- la incapacidad de satisfacción adecuada.
- una peculiar forma de «contacto» con la realidad caracteriza la necesidad de estimación, el impulso a la autoafirmación y la tendencia a «darse un espectáculo».

Este *tipo de enfermo* tiende a crear un *tipo de neurosis* cuyas líneas morfológicas generales han sido propuestas por Kretschmer como características de las que llama afecciones del «círculo histérico»:

- una organización activa y operante de mecanismos defensivos instintivos, predeterminados y orientados hacia la finalidad de aseguramiento primitivo. Esta finalidad es la que según Morchen da paso a la simulación.

Se trata del *aparato ocasional* que la histeria monta con arreglo a la psicodinamia general de las neurosis frente a una situación de conflicto contemporáneo (el conflicto actual e inmediato, por ejemplo, un accidente del trabajo) con estructuras y artefactos preexistentes en el histérico.

- una manera especial de conciencia de enfermedad en virtud de la cual toda elaboración psíquica comprensiva de la misma queda sometida a su contenido teleológico. Esto es; la propia enfermedad, su elaboración y la conciencia que de ella tiene el histérico forma parte del sentido utilitario de la misma, de su específica intencionalidad; la conciencia de enfermedad es, como la propia enfermedad, finalista, persigue un objetivo. Dentro de esta peculiar manera de conocer-sentir-expresar su enfermedad, el histérico manifiesta o descubre una ansiedad en

la que intuimos algo inauténtico; otras veces permanece tranquilo y casi indiferente porque la resolución del conflicto no modifica la tendencia prevalente del *darse en espectáculo* o porque se ha producido un «acostumbramiento» que mantiene ventajas conscientes o inconscientes. Finalmente el histérico puede establecer un juego dialéctico partiendo de la idea de responsabilidad «del otro» como conquista social, en las neurosis laborales.

- Una manera de especial relación conativa con la enfermedad. Hay una *voluntad* particular de enfermedad en sí misma, de huída o refugio en la enfermedad.
- Todo ello impregnado de un matiz especial de ficción o falseamiento que se capta en seguida y que hace al histérico desagradable ante el sano.

Con esta modalidad psicodinámica generadora de síntomas, el histérico organiza:

- formas clínicas de tipo agudo y curso:
 - a) espectacular
 - b) crepuscular,a los que pertenecen las crisis de los autores clásicos y toda la teatralería de la escuela de Charcot, que ahora vemos algunas veces en histéricos de bajo nivel intelectual y social.
- formas clínicas de conversión y proyección en los planos neurológicos (amnesias, disfasias, paresias y disestesias), víscero somático, metabólico (anorexia), etc.
- formas clínicas complejas generadoras de cuadros de posesión y éxtasis; estados de desdoblamiento o doble personalidad, sonambulismo, escritura automática etc...

Los tipos de histeria descritos siguen tal como los distinguió Freud; hay una histeria de fijación, una histeria de conversión y la histeria de ansiedad. En la histeria de fijación la característica fundamen-

tal es la fijación del bloque emocional que constituye la estructura energética de la neurosis sobre un determinado síntoma y su abreacción por descargas espectaculares. En la histeria de conversión, el conflicto vivido por el yo y su carga emocional son convertidos en un mecanismo expresivo susceptible de cambio. Son las histerias de mejor pronóstico, las que ceden mejor al psicoanálisis, y las más parecidas a las neurosis orgánicas. Como ejemplo clásico se cita el de la enferma de Freud que tenía una zona de anestesia en el muslo, con una sensación de ansiedad y de temor y que el análisis descubrió que correspondía a la parte en que apoyaba el padre su pierna mientras duró su enfermedad y hasta su muerte. La hija había llegado a pensar que la muerte de su padre la liberaría de esa servidumbre tremenda, pensamiento que fué reprimido como sentimiento de culpa. Este sentimiento y su componente emocional quedó asociado a las estructuras subconscientes del complejo de Edipo. Cuando esta enferma vivió su complejo de Edipo, proyectó sentimientos amorosos sobre su padre que fueron reprimidos a su vez y cuyo montante de ansiedad se suma, con el del conflicto actual, al sentimiento de culpa por desear la muerte de su padre. Mediante un proceso de conversión las tensiones se desplazan hacia un dispositivo neurológico (la zona anestésica). El descubrimiento y liquidación dialéctica de la situación determinó la curación. Y, finalmente, la histeria de ansiedad, cuya sintomatología fundamental es la emoción con tendencia a la descarga en un sistema expresivo mínimo. Son crisis de ansiedad histérica referidas a órganos expresivos como el corazón, el estómago o el intestino. El prototipo de aquellas enfermas histéricas que acuden a todos los médicos y constituyen el ochenta por ciento de la clientela, en las que vivencias pueriles o vivencias emotivas desagradables son referidas al aparato circulatorio, etc., con cierto fondo de ansiedad. La ansiedad es distinta de la angustia. Éste es un problema sobre el que hay que insistir, porque existe una neurosis de angustia. La ansiedad del histérico es completamente diferente. La angustia es algo que se experimenta y vive en toda su amplitud y en toda su profundidad como cosa inminente o como peligro real y acuciante. La ansiedad del histérico es vida como un algo que refiere él a su sistema neurótico, pudiendo decirse que el histérico se defiende mediante la ansiedad, de la angustia.

La neurosis histérica tiene un sentido defensivo y así como en la teoría de Freud, el sueño es garantía del reposo, la neurosis es también la garantía de la continuidad de la existencia. El histérico garantiza la continuación de su vida, de su fracaso vital, mediante un sistema neurótico en el que la ansiedad constituye una especie de disculpa que evita el franqueamiento del verdadero sentimiento de angustia que pondría en peligro real el equilibrio de su alma.

Existe una modalidad de neurosis en situación fronteriza con la simulación o las actitudes para-simuladoras (exageración y sobresimulación). Se trata de las neurosis carcelarias, cuyo análisis estructural arroja los siguientes elementos:

- conflicto situacional de presos o prisioneros en espera de resolución definitiva sobre su libertad.
- conciencia histérica de la citada situación y conciencia prospectiva de ventaja en la alteración psíquica sobre la que resultaría de la alegación de enfermedad somática.
- síndrome reactivo de comportamiento pueril y contacto amanerado con para-respuestas y paralogías.

Como dejamos dicho, la situación real del preso es *angustiosa* y la conciencia real de la misma y sin contenido angustioso, intolerable. La forma histérica de concienciar la situación, aunque acentuada por cierta ansiedad, le libera de la angustia auténtica.

El enfermo obsesivo frecuenta las consultas de los médicos generales, aunque no por razones específicamente mentales. Mi primer enfermo como psiquiatra fué precisamente de este tipo. Me lo envió un gastropatólogo al que había referido con absoluta normalidad sus síntomas gastrointestinales y después de abonar los honorarios y recoger las prescripciones pidió permiso para lavarse las manos y hubo de entrar para ello en la consulta de mi colega seis veces consecutivas. Conseguimos hospitalizarle en el Sanatorio de Miraflores de Sevilla, de donde salió un poco menos escrupuloso de su limpieza pero con verdadero terror a pisar las líneas de separación de baldosas, mosaicos, ladrillos o cualquier tipo de pavimentación.

Quizá sea el tipo de neurosis en el que la personalidad constituye lo decisivo, a causa de que, siendo aparentemente la voluntad y lo voluntario aquello que estimamos agente primario y resolutivo, vemos en acción del enfermo lo que hay de inevitable, fatal e irreprimible en lo obsesivo o compulsivo. Destaca con singular relieve la personalidad, el sujeto como actor en el drama neurótico. Por esta razón, y a diferencia de lo que ocurre en otras exposiciones de carácter elemental, expondremos, con las debidas reservas y haciendo bien patente la licencia en que incurrimos, el factor eidológico, el tipo de carácter en el que cristaliza la sintomatología del llamado círculo anancástico. Muchos de los rasgos constitucionales que han sido descritos concurren en el tipo aislado por Pierre Janet para su psicastenia, entidad nosológica que muchas veces se me antoja injustamente olvidada.

Las condiciones de carácter que principalmente entran en la estructuración del psicasténico son:

- A.—Hábito corporal pícnico o asténico, con marcada labilidad vascular y vegetativa.
- B.—Inmadurez o desarmonía evolutiva en el estrato afectivo-emocional, sin afectación de las facultades intelectuales ni los rendimientos, caracterizada por
 - impresionabilidad.
 - necesidad de ternura, apoyo y dirección.
 - sentimentalidad inestable, delicada, muy móvil, limitada por vivencias de inacabamiento, de imperfección.
 - incapacidad de pasar a la acción, decidir, concluir,
 - tendencia o temor a la pérdida de la función perceptiva o aprehensiva de la realidad en su plena eficacia y autenticidad.
- C.—Atención preferente al mundo imaginativo.
 - facilidad y placer del repliegue sobre sí mismo.
 - tendencia a la ensoñación y gusto por lo teórico, subjetivo o abstracto.

—predisposición a la autointerrogación y al replanteamiento reiterativo de todo hacia lo que le trasciende en cada representación.

D.—Actitud personal de timidez y repliegue frente a «los otros».

E.—Vida sexual anómala, con frecuentes frustraciones debidas a:

—hiperestesia moral, escrupulosidad, dudas y constante replanteamiento de los problemas.

—sentimientos de limitación o inferioridad erótica.

E.—Depresión proyectada, convertida o fijada en lo somático (hipocondría).

Debemos destacar como factores psicodinámicos primordiales aquellos que evidencian la incapacidad de satisfacción instintiva, de contacto afectivo y de sintonía emocional y sobre todo de ajuste a la realidad y sin traba emocional de los mecanismos curativos de acción-inhibición. Rasgos que definen la llamada por Lange constitución disfórico-sensitiva, núcleo personalístico de su *anakantische* Kreis. Los sentimientos de insuficiencia imponen la construcción de mecanismos defensivos que nacen y se integran bajo el signo de lo radicalmente impuesto, con plena conciencia incluso de su irracionalidad y en perpetuo juego dialéctico-crítico con la exigente necesidad del mantenimiento de la razón y de la verdad. Este carácter de imposición radical es el que contiene las restantes formaciones de la construcción neurótica, determinándolos como presencias inevitables o imprimiendo a las compulsiones ejecutivas un signo definitivo de incoercibilidad. Estas construcciones cristalizan con arreglo a las tres modalidades siguientes:

a).—edificio esencialmente ideatorio (ideación sobrevalorada)

1).—obsesiones

2).—ideas de contraste

3).—ideas fijas

b).—edificio ideatorio-emocional

- 1).—fobias
 - 2).—sentimiento de duda.
- c).—edificio práxico
- 1).—tics
 - 2).—ceremoniales
 - 3).—actos y conducta compulsiva.

Después de cuanto hemos dejado dicho creemos que podemos facilitar la comprensión de las neurosis orgánicas mediante un ejemplo. Una señorita lleva relaciones con el jefe de su oficina, tiene su despacho frente a un pasillo por donde el jefe pasea cuando está nervioso. Parece ser que el amor entre ambos se ha consolidado porque esta señorita ejerce una acción sedante sobre el nerviosismo de su jefe. Pero el jefe contrae matrimonio y entonces la señorita aparece con un tic nervioso que provoca y exalta el paso de gente por el pasillo. Hasta ahora la cosa no tiene importancia porque hasta aquí pudiera tratarse de una histérica. Hay una tensión en relación con el proceso subconsciente y un dispositivo somático o sea un órgano reactivo. Pero no resulta tan sencillo, porque pasan cuatro o cinco meses y entonces la señorita va a consultar al neurólogo y éste identifica una afección extrapiramidal. Y en esta circunstancia radica lo esencial, es decir que en esta señorita existía un estado de inferioridad, un estado especial de su sistema nervioso en virtud del cual una situación, que probablemente hubiese sido evadida o abreacionada por una persona normal, se transforma en una enfermedad orgánica. Lo que equivale a decir que en las neurosis orgánicas lo característico y fundamental es que el edificio del neurótico se levanta sobre una base corporal, somática, preestablecida por inferioridad de órganos o por disposiciones constitucionales. Y así tenemos la numerosa serie de neurosis cardiacas, gástricas, respiratorias; etc., porque el individuo es en cierto modo asmático, cardiopata, dispéptico o hipertiroideo, pero además el componente psíquico se ha cargado tan extraordinariamente, que la alteración psíquica producida por la organosis hace que la personalidad entera del sujeto sea polarizada por su especial modo de vivenciarla.

En el histérico la personalidad está más o menos libre, pero en los organoneuróticos la personalidad total es polarizada por todas estas vivencias hasta tal extremo que pueden pasar desapercibidas lesiones corporales graves cuando el médico no lleva las exploraciones al extremo necesario para encontrar efectivamente el órgano que se halla lesionado y esto plantea el problema de que en la histeria los órganos efectores son caprichosos o están establecidos ya para la histeria, y en la organoneurosis los órganos efectores son verdaderamente aparatos alterados en y por el conflicto neurótico. Existe en los órganos destinados a la expresión patoplástica de la neurosis un tipo de facilitación semejante a la contenida en la llamada ley de Uexküll, según la cual las tensiones o los impulsos tónicos discurren por el organismo como los líquidos por los cauces declives. De este modo, sistemas orgánicos y funcionales tarados por causas patológicas o llevados a situaciones extremas, se comportan como cauces por los que va a precipitarse el curso de la productividad neurótica. La vida actual contiene a las exigencias para el hombre que ha inclinado la balanza estadística del lado de las neurosis orgánicas. Así ocurre con la nueva patología del dirigente, empresario o *manager*, en la que figuran procesos psicósomáticos arquetípicos como la angina de pecho o el ulcus gástrico. Por cuanto el sistema coronario o el aparato digestivo están predispuestos a contener y expresar y contribuir a la descarga de tensiones emotivas vitales. El final de esta situación puede ser una verdadera somatosis. En las organoneurosis se plantea el problema del cuerpo y del espíritu en términos propios que López Ibor resume y resuelve con lo que llama la imagen de la elipsis. Ya saben ustedes que la elipsis es una curva en la que cada punto está determinado por la intersección de dos arcos que han de trazarse desde dos centros diferentes. Cada momento, cada circunstancia de la organoneurosis es una resultante de la participación simultánea del cuerpo y del espíritu. Lo psíquico consiste en una acentuación diferencial que define la sintomatología de modo que la personalidad del enfermo está absorbida por el vivenciar patológico de los trastornos funcionales u orgánicos. Así «el cuerpo se hace expresión del psiquismo porque el psiquismo confiere sentido al cuerpo». Lo corporal u orgánico manifiesto en forma de síntoma es una conversión simbólica del proceso mental.

Hasta aquí la construcción neurósica que podríamos abstraer separadamente, independientemente, de la personalidad total como algo extraño y sin embargo perteneciente a la persona en la que ha surgido y de la que ha surgido. Como una neoplasia encapsulada se expande en el parenquima de un órgano. Así el complejo, huida de una situación—— inseguridad interna—— vértigo, se nos aparece como un *psicoma* o neoformación psicósomática en la persona como unidad total. Pero existe una fase en el desarrollo de esta psicosis en la que es importante y decisiva la participación del propio enfermo desde su yo y frente a la construcción neurósica. Es el momento que confiere individualidad nosológica a la organoneurosis, pues el YO parece desentenderse y objetiviza la enfermedad. El enfermo se convierte en vigilante centinela de su organismo, registra la temperatura, el pulso y la tensión arterial, anota sus molestias y pormenoriza los trastornos de los que se hace intérprete, mensurador y cronista.

A la persona cortical, intelectual, que se mueve preferentemente en las esferas de la causalidad y finalidad, se une la persona vital, cuyo horizonte es la realización de la vida instintiva. En las neurosis está perturbada la sincronía de ambas esferas que en el hombre sano constituye una verdadera fusión lograda por la educación, el entrenamiento de los soportes fisiológicos de la emoción, y la superación de las exigencias instintivas mediante las distintas posibilidades del trascender que se ofrecen a la Humanidad.

En el mundo de la psicología, el individuo se ve afectado por los cambios de la personalidad que se producen en el desarrollo. Hasta aquí la construcción neurológica que podemos observar es un desarrollo independiente de la personalidad total como algo externo y sin embargo perteneciente a la persona en la que ha surgido y de la que ha surgido. Como una neoplasia encapsulada se expande en el organismo de un órgano. Así el cuerpo, vida de una situación — insensibilidad interna — vértigo, se nos aparece como un sistema o reorganización psicodinámica en la persona como unidad total. Pero existe una fase en el desarrollo de esta psicosis en la que es importante y decisiva la participación del propio enfermo desde su yo y frente a la construcción neurológica. Es el momento que contiene individualidad nosológica a la organización, pues el YO parece desestructurarse y objetivarse la enfermedad. El enfermo se convierte en víctima, centrado de su organismo, registra la temperatura, el pulso y la tensión arterial, anota sus molestias y proponemos los trastornos de los que se hace insensible, mentarhol y cronista.

A la persona conlleva intelectual, que se maneja preferentemente en las esferas de la consciencia y finalidad, se une la persona vital, cuyo horizonte es la realización de la vida instintiva. En las neurosis está perturbada la sincronía de ambas esferas que en el hombre sano constituyen una verdadera fusión forjada por la educación, el entrenamiento de los aspectos fisiológicos de la emoción y la superación de las exigencias instintivas, mediante las distintas posibilidades del trascender que se ofrecen a la humanidad.

SESIONES CLÍNICAS

SERVICIO DE MUJERES DEL SANATORIO PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE TENERIFE

Médico Jefe: DR. PÉREZ Y PÉREZ

Ayudante: DR. SERRANO SALAGARAY

SESIONES CLINICAS

SERVICIO DE MUJERES DEL SANATORIO
PSIQUIATRICO PROVINCIAL DE TENERIFE

Médico Jefe: DR. PÉREZ Y PÉREZ
Ayudante: DR. SERRANO SALAGARAY

1.^a SESIÓN.

SE dedicó a la presentación de casos de oligofrenia y demencia, para poner de manifiesto los defectos intelectuales y los deterioros mentales; los primeros, congénitos, y los segundos, adquiridos.

Dada la ejemplaridad que a la mera observación supone la presentación de un caso de oligofrenia, se limita ésta a la enferma C. G. S. Ficha G-120, de catorce años de edad, la cual manifiesta en su figura acusados rasgos degenerativos, microcefalia, bradidactilia y, por otra parte, conducta pueril y respuestas elementales, de acuerdo con su deficiencia mental, diagnosticada de idiocia. Se hacen consideraciones sobre los casos de debilidad mental, que no abundan en los Sanatorios, si no van unidos a otra enfermedad mental, por la cual destacan hasta hacerlos reclusivos, pero haciendo patente, cómo en puridad son abundantes en el término medio de la población, destacándose las diferencias entre debilidad mental y pseudooligofrenia, remarcando que no es lo mismo defecto intelectual que escasez del caudal de conocimientos.

Después se pasa a la exposición de las demencias, como exponentes de una pérdida paulatina e irreversible de las facultades mentales, y en este sentido se ejemplarizan sus distintas variedades, con los enfermos siguientes: J. M. G. Ficha G 56 (48 años). Diagnóstico: Paráli-

sis General Progresiva, estabilizada en fase de comienzo demencial, después que por el tratamiento específico y piroterapia, se consiguió hacer remitir un cuadro inicial de caquexia y desmoronamiento de la personalidad del cual queda un evidente defecto, impresionando su componente neurológico, de acinesia facial, dislalia, pero siendo útil dentro del Sanatorio.

C. M. N. Ficha M-96. (69 años). Diagnóstico: Demencia Senil. Fué recluida por incompatibilidad e inasistencia familiar. Exhibicionismo sexual. Robos absurdos. Alucinaciones auditivas. Insomnio. Hablar sin sentido. Confusa, eufórica, con acusada amnesia. Rasgos somáticos acusados, de senilidad. Se hace patente cómo en este caso no hay etiología definida, los análisis son correctos, dentro de lo que corresponde a su edad, y la sintomatología se inició pasados los 60 años.

A. L. R. Ficha L-40. (Años 73). Diagnóstico: Demencia senil arterioesclerótica. Tuvo trastornos en su juventud. Después normal, muy trabajadora, mantenedora de la familia. Hace año y medio un ictus, y desde entonces, ideas de influencia, incoherencia, apagamiento de la personalidad, con fragmentación ideológica, habla enrevesada, y sobre temas religiosos. Está sorda, desorientada auto y alopsíquicamente. Rasgos somáticos de acusada esclerosis.

R. M. T. Ficha M-21. (60 años). Diagnóstico: Demencia esquizofrénica. Lleva 27 años en el Establecimiento, en el cual ingresó con una forma catatónica. Completamente disgregada e incoherente, con risa estólida. Ecolalia. Buen aspecto somático. Hacemos destacar la singular fisonomía clínica de su demencia, con su ausencia completa de la situación, la antigüedad del proceso y cómo no es posible obtener de ella ninguna, aunque sea, fragmentaria relación. Musita o dice cosas ininteligibles.

2.^a SESIÓN = PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA.

B. G. Ficha G-31. (Edad en el 1.^o ingreso, 54 años). Diagnóstico: Manía. Dentro de sus rasgos constitucionales pícnicos se hace resaltar la vitalidad, euforia y simpatía de la enferma, su tendencia a hacer chistes con desenfado, pareados festivos, o a ser confianzuda. Se adorna con diversos trapejos y minucias. Su evolución ha sido por

brotos, que en la mayor parte de ellos obligaron a su internamiento, por incompatibilidad social y familiar.

L. O. G. Ficha O-2. (47 años). Ha tenido varios brotes de inquietud motora y verbal, durante las cuales se incompatibiliza con el medio en que vive, por sus cánticos y meterse moleestamente con las gentes. Tiene ademanes vivos, gestos cómicos o hilarantes, asociaciones por asonancia, ideofugalidad, adornada con chucherías. Se la ha tratado en las diversas ocasiones con Electro, cuya eficacia ha estado con la onda evolutiva que cursaba. Su comportamiento durante la sesión fué mesurado, como corresponde a la declinación de su actual brote maniaco.

DEPRESIONES.

No se encuentra en la actualidad entre los asilados, ningún caso neto de depresión endógena, del círculo timopático, ya que éstos son los cuadros que más pronto y mejor obedecen a la convulsoterapia y permanecen breve tiempo en el Sanatorio. Para dar una impresión de la depresión nos valemos de la enferma M. P. M. Ficha P-90. (53 años). Diagnóstico: Psicosis de la involución, cuya fisonomía es deprimida, angustiada, y con una actitud y comportamiento correspondiente. Como motivo de la puesta en marcha de su trastorno mental, se encuentra una celotipia contra la familia política del hijo y un sistema delirante, no sistematizado, de protección a éste, con otros elementos autoreferenciales de contenido mágico-religioso, sobre el cual se hace el comentario de cómo se nutren éstos muchas veces de las creencias populares, siendo a veces difícil, y en todo caso necesario de discriminación, lo que es ello y lo que es un verdadero delirio o ideas delirantes. Su remisión rápida por los electros abona la opinión de depresión con que se matiza el diagnóstico, aparte de la edad postclimaterica.

3.^a SESIÓN = EPILEPSIA.

Se presenta un caso típico constitucional y caracterológico, con evolución demencial. Se trata de la enferma C. M. M. Ficha M-82, la cual presenta rasgos corporales y fisionómicos de fondo displástico,

degenerativo, de facies «carré», aspecto embrutecido, tosco, con cicatrices de las crisis comiciales, de gran mal, y con su típica expresión lenta, premiosa, monótona, con un matiz neurológico evidente, y de un contenido ideacional pobre y sucinto. Se hace resaltar en este caso las manifestaciones neurológicas de parálisis de los miembros inferiores, con total regresión, que se implantan en ocasiones de fases subintrantes de gran mal.

Se comienza la presentación de enfermedades del círculo esquizofrénico, que se continúa en la

4.^a SESIÓN.

Enferma B. L. G. Ficha L-21 (23 años). Diagnóstico: Esquizofrenia catatónica. Existe lues en sangre. Destacamos a la observación clínica su facies inexpresiva, con escaso juego fisionómico, su seborrea facial, su particular motricidad, hecha de actitudes que se conservan largo tiempo, interrumpida por ademanes inadecuados y repetidos y expresión verbal disgregada. Como síntomas iniciales están el despido de la oficina donde trabajaba, sus relaciones sexuales ilícitas y su enfermedad venérea, en relación con un fase de hipererotismo que acompañó al comienzo del proceso.

De su historia entresacamos ciertas expresiones que pueden tomarse como ejemplo del trastorno del pensamiento: «...unas veces me noto muy grande y otras muy chiquita... yo quisiera ser chiquita, para no ser nada... porque a los grandes los cortan un cuchillo, para operarlos... los niños no se operan... no sé qué niño operaría yo... en Auxilio Social a unos niños, le ponen inyecciones». Se le pregunta si ha recibido tratamiento y responde: «...choques, camiones desriscados». Se le pregunta qué es lo que le ha pasado y responde: «Un descontrol de la naturaleza... debían de ponerme una cabeza nueva... en la Clínica del Bebé, hay muchas cabezas... mi cuñada se llama Isabel Cabeza...»

Como se ve, sobre los islotes de un pensamiento formal, que ha sufrido el efecto desorganizante de la enfermedad, se intenta tender puentes ideatorios, que resultan carentes de un sentido lógico, resultando la disgregación y la incoherencia, síntomas muy significativos de estos procesos, en los que hay un marcado y singular trastorno de

la personalidad, que impresiona como en ninguna otra, en un sentido de extrañeza, unido a una imposible o difícil comprensión psicológica de sus ocurrencias. Por otra parte, cada enfermo esquizofrénico, suma a su sintomatología primaria, que pudiéramos sintetizar en la pérdida de la continuidad de su existir, que se expresa en la perplejidad y en sus luchas y creaciones delirantes, otra serie de síntomas patoplásticos, dependientes de la especial forma de ser de cada individuo enfermo, que hace que sea muy rica en variedades, como los siguientes casos irán ejemplarizando.

C. P. P. Ficha P-76. Diagnóstico: Esquizofrenia forma catatónica. Lo interesante de este caso es su trastorno quinético. Aparece moviéndose lentamente, echada hacia adelante, los brazos extendidos y pegados al cuerpo y con los labios fruncidos en forma de «hociquito catatónico». Es de esos casos en donde forzosamente uno ha de pensar en que existe un componente orgánico de asiento en los núcleos basales. Su expresión y comportamiento se atienen al de una pasividad absoluta, sin iniciativas, una mera vida vegetativa.

C. L. G. Ficha L-14. Diagnóstico: Esquizofrenia simple, estado demencial. Lleva catorce años en el Establecimiento y en una lenta evolución, paulatina y casi inadvertida, ha desembocado en su estado actual, en que nada es posible obtener de ella. Al principio tuvo como tema delirante la reivindicación de una herencia, pero todo se ha apagado, y sólo de vez en cuando y de manera imprevista toma actitudes airadas y casi violentas, como fenómenos completamente episódicos.

5.^a SESIÓN.

J. A. G. Ficha G-82. Diagnóstico: Parafrenia. Es una enferma que tuvo últimamente un gran eco publicitario, a consecuencia de ser una presunta heredera de una casi fabulosa herencia, que se reflejó hasta a ella en forma de salirle familiares interesados que le atendieron en algo, cuando siempre había estado huérfana de asistencia.

Desde hace muchos años nos entrega papelitos, como «generalabanderada» que pide su salida para «atender a las cosas de su mando», porque «es libre, y necesito compañía respetable, que me respete, que me haga respetar, sin armas, para entrar en mi nueva casa»,

«...porque soy libre por mi honra y por el mando que me dan por todo el mundo, los derechos libres, no quiso el Rey de el Estado de ustedes y el Rey nuestro, que no me subyugue a nadie», «...la ley no admite que yo esté en este sitio, en contra de la ley, y lo que la ley no admite, no se puede hacer, porque la ley se impone matando las negativas, que impone la ley».

Esta enferma fué recogida de la calle, donde llegó a hacerse notoria por sus «chifladuras», diciendo que era hija de reyes, casada por poder con el rey de Londres. Una vez en el Sanatorio se quejaba de que no la alimentaban demasiado, ya que «su sangre se la han ido quitando gota a gota, para venderlas luego muy caras, habiendo hecho otros mucha fortuna... su sangre está repartida por todo el mundo. Ella es hija del rey de Lusibay». Insiste en que ella tiene «mucho dinero, porque todas sus ideas las han ido escribiendo en libros y folletos y los han vendido a millares y millones». Aunque menos vivas, sus fantasías delirantes se mantienen a través de los muchos años que lleva recluida, y siempre está en el jardín de salida con un paquete bajo el brazo, introduciéndonos en el coche sus notitas de salida.

Este caso, por la antigüedad evolutiva y su permanencia en el Sanatorio, amén de no encontrarsele sobreañadido factores de edad, si acaso, sólo en el sentido de empalidecer un poco la viveza de las ideas delirantes, es un buen ejemplo para poderlo clasificar, de acuerdo con las ideas Leonhard, entre las formas paranoides, en la de la fantasiofrenias, en las cuales existen ideas desmesuradas, fantásticas, ideas de transmutación, y todo ello sin coherencia, sin el más mínimo esbozo de algo sistemático y admisible.

A. G. G. Ficha G-90. Diagnóstico: Esquizofrenia simple demencial. Se trata de una muchacha, procedente del medio rural, de clase más inferior, en la que se hubiera dudado sobre si existía una oligofrenia, con rasgos psicopáticos, pero en cuya historia clínica se dan rasgos suficientes de antecedentes muy notorios y en la que también la evolución, con su rúbrica rotunda, permitió el diagnóstico que queda dicho. Tiene 19 años, asténica, inició su trastorno con insultos, agresividades, risa inmotivada, con cierta cronología en relación con la menstruación. Ya en el Sanatorio, con una conducta de sitiofobia de comienzo, manifiesta una completa disgregación e incoherencia típicas.

El electro domina la sintomatología, pero después de un corto periodo de estancia con la familia, reingresa con el mismo cuadro florido de esquizofrenia, dentro del cual continuó hasta un rápido avance hacia la demencia.

M. G. P. Ficha G-103. Diagnóstico: Esquizofrenia. Se trata de una enferma que muchos años antes de su ingreso era conocida por convivencia, por tratarse de enfermera, en Clínica, donde figuraba el Ayudante de Servicio. Sus rasgos caracterológicos, ya desde entonces, eran los de suspicacia, rarezas y sobre todo, gestos, actitudes y expresiones de marcado manierismo de corte pedantesco. Después, con el tiempo, llega a hacerse entre prostituta y cabaretista, llegando al Sanaatorio por conducto gubernativo. Al dar su filiación dice: «Dorotea del Prado, luego Sulimán y por fin Margarete», pues dice haber nacido en Francia, aunque es cubana. Lleva cinco años de hospitalizada, y aunque al principio era posible entre sus incoherencias reconstruir, aunque incompletamente, su biografía, en estos dos últimos años, en que ha sido estudiada y considerada a fondo, la realidad es que su desorganización mental es completa. Sus manifestaciones son tan imaginarias como contradictorias. Su afectividad está completamente apagada. El tratamiento ha sido ineficaz. Todo intento de pruebas, inútil. Tiene una tuberculosis fibrosa, que en el primer año tuvo un brote agudo. Hace alguna labor de bordar, pero unas veces la hace a derechas y otras completamente mal.

Algunos exponentes de su anormalidad: «¿Qué proyectas para tu futuro? —De Margarita Guardia de Asalto, que no puedo firmar delante Margarita Amparo Sánchez Bravo, si guarros. —¿Qué deseas?— Delante, Romero, salir de paseo, paquete envuelto brazo luxacionado. ¿Dime, cómo te encuentras? —Yo no me había notado nada, pero al salir una clínica emparrada en ángulo». Fragmento de una carta dirigida al Policía que la detuvo: «...siendo yo ex-enfermera del Dr. X creo haberle conocido y aún parece conservar en la imaginación que cura del teléfono, pedí una limonada helada... Vd. es un chico guapo —esquema de lo limpio pendiente del tribunal—...» Se trata de un cuadro defec-tual muy acusado que podremos clasificar entre las formas hebefrénicas, en la denominada amanerada o extravagante, con manierismos y estereotipias verbales, con bastante destrucción del psiquismo.

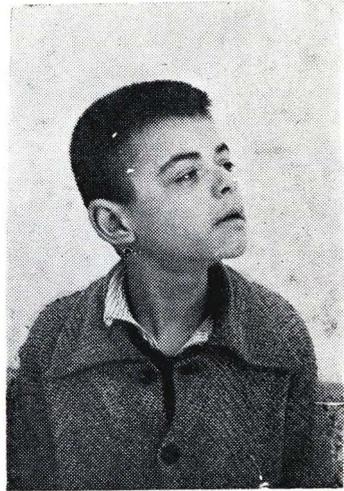
U. A. G. Ficha A-48. Está reingresada en este mismo año, después de una permanencia muy breve hace cuatro años en que no pudo ser estudiada. Habla espontáneamente, está desorientada personal y ambientalmente. «¿Cuántos años tienes? 93. ¿Cuántos hijos? 692». Cuando en ocasiones posteriores se le vuelve a hacer la misma pregunta, va aumentando en número, llegando hasta el 1.001, explicando que ella tiene uno cada hora, cada minuto, etc., y resistiendo naturalmente a todo intento de influencia lógica. Su conducta es pasiva, sin crear problemas. A los catorce electros todo su vacuo delirio, pudiéramos decir hecho a base de números, persiste invariable. Hay en su aspecto y en su producirse una vacuidad inafectiva que impresiona. Da la impresión de que llegue a matizarse una forma hebefrénica.

C. L. M. Ficha L-10. Diagnóstico: Delirio paranoico crónico. Tiene 74 años de edad, con aspecto somático y facultades que no aparentan más de 65. Lleva 16 en el Establecimiento. Datos de su ingreso: Correcta, ordenada y orientada. Le gusta estar en el Sanatorio porque ella es religiosa y hay monjas aquí. Impresión de absoluta normalidad. Lo único que le pasa es que el «indagamal» anoche le molestó. Se queja de que no la dejen tranquila y pide que las autoridades intervengan. Por lo demás trabaja como cocinera muy acertadamente, sólo que mantiene sus diálogos y actitudes de contenido delirante.

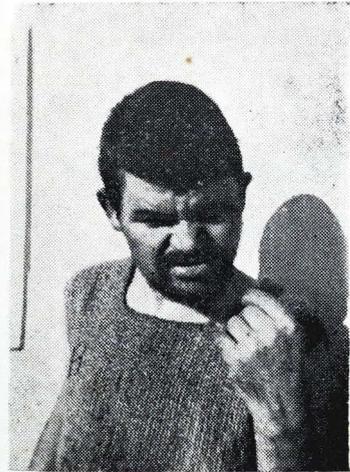
Datos últimos (año 1954). Orientada, correcta, aunque ligeramente excitada, con un fondo de motivación. Buen aspecto somático. Nos dice que ella es la «mujer de España» y de su «naturaleza sacan para España y para todo el mundo». Al decirle que si ella muere morirá España, dice: «Yo no puedo morirme, porque si yo me muriera, se acabaría el mundo y eso no es posible»... «ha tenido dos hijos, un varón y una hembra, que no los tuvo de su marido, sino del Encanto, que es como una ciudad como Santa Cruz... se meten con ella y las cosas se van a poner peor...» Toda influenciabilidad es inoperante. No cabe duda que se trata de una esquizofrenia de forma paranoide con rasgos fantasiofrénicos y de influenciabilidad, pero... ¿qué pasó en esa mente, para que a través de los años, incluso en esta senescencia, se mantengan esas manifestaciones? Compartimos con ustedes nuestras limitaciones.



1.—Oligofrenia por extensa encefalopatía congénita y profunda displasia con microencefalia.



2.—Oligofrenia por encefalopatía congénita que afecta principalmente al área del lenguaje. Conservación de los rasgos nobles y de cierta vivacidad en su comportamiento.



3.—Epilepsia asociada a oligofrenia en grado de idiocia por encefalopatía congénita.



4.—Epilepsia genuina con marcados rasgos de deteriorización ictal.

SESIONES CLÍNICAS

SERVICIO DE HOMBRES DEL SANATORIO PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE TENERIFE

Médico Jefe: DR. M. PAREJO MORENO

Ayudante: DR. C. PINTO GROTE

1.ª SESIÓN CLÍNICA

OLIGOFRENIA

EN esta sesión el Dr. Pinto Grote presentó siete enfermos oligofrénicos en sus distintos grados, llamando la atención sobre los síntomas defectivos más importantes y comentando los rasgos más salientes de sus historias clínicas. A continuación se hizo una recopilación conceptual acerca de las oligofrenias.

En el citado resumen se precisaron las nociones siguientes:

El concepto de oligofrenia ha sido creado por Kraepelin para definir estados defectivos de carácter predominantemente orgánico y cuyas características fundamentales son las siguientes:

- a)—Implican un trastorno de la evolutividad que afecta a las estructuras nerviosas, a las funciones aisladas que sustentan y por lo tanto a la personalidad total (detención del desarrollo dinámico estructural más o menos extenso y más o menos profundo, insuficiencia del desarrollo, desarrollo retrasado y desarrollo perturbado o interrumpido).
- b)—El trastorno de la evolutividad se produce en la infancia exclusivamente.
- c)—El trastorno de la evolutividad supone la existencia de disposiciones primarias, pero el concepto de oligofrenia se extiende

también a estados defectivos que abarcan las propias disposiciones, por agentes causales que han actuado sobre los genes o sobre el embrión en cualquiera de sus fases.

- d)—La sintomatología defectiva es por lo tanto amplísima y presenta una amplia gama que va desde la coexistencia de malformaciones corporales, graves defectos neurológicos y profundo déficit mental, hasta las discretas desarmonías de la personalidad que se manifiestan en la desproporción de las aptitudes y facultades o dificultades de adaptación social, pasando por muy variadas formas de defecto intelectual, disminución o desviación perversa de los impulsos y reducción en los distintos rendimientos de las funciones psíquicas.

Los mecanismos etiopatogénicos de las oligofrenias son por lo tanto múltiples, pero actúan en un momento dado del desarrollo individual sobre el conjunto de disposiciones en evolución a través de los procesos y estructuras sobre que se asientan.

—Estructuras nerviosas.

—Correlaciones endocrinas que influyen y regulan el desarrollo.

—Sistemas fermentativos delicados del metabolismo orgánico, titular y celular.

Las detenciones y retrasos de las disposiciones existentes o en evolución son inducidos por agresiones externas sobre las estructuras y procesos anteriormente citados y también sobre órganos integrados en el conjunto general de funciones adquisitivas del sujeto (praxis, audición, visión).

Conviene precisar conceptualmente los distintos tipos de factores etiológicos:

- a)—**HEREDITARIOS.**—Todos los factores relacionados con las condiciones de especial tipo degenerativo en la ascendencia (consanguinidad, alcohol, sífilis).
- b)—**GERMINALES.**—No se trata de una condición degenerativa sino de la lesión del plasma germinal — blastoforia — (tóxicas, físicas, infecciosas, metabólicas, carenciales y endocrinas).
- c)—**CONGÉNITOS.**—Ante y post-partum (a las causas anteriores añadimos, muy cualificadamente, la frecuente y especial

traumatología de este momento de la vida, así como la patología neurológica del feto y del recién nacido).

d) —ADQUIRIDOS.—Los múltiples factores que desencadenan su acción lesional en cualquier momento de la evolución del niño.

De un modo muy esquemático, indicaremos que las intomatología de las oligofrenias es variadísima, ya que se ofrece simultáneamente en extensión (número de funciones afectadas), en profundidad (grado de la afectación) y modalidad existencial en cada niño según ambiente de procedencia y posibles mecanismos compensadores que haya podido adquirir; sin embargo, en la práctica encontramos con frecuencia las siguientes agrupaciones:

- I.— a) Defecto orgánico muy intenso, predominantemente encefalopático, asociado o no a malformaciones corporales y a disfunciones endocrinas.
- b) Ausencia o grave defecto en las funciones de adquisición y relación (atención, memoria, lenguaje).
- c) Ausencia o grave defecto de manifestaciones afectivas.
- d) Conducta regida por instintividad primaria, exigiendo cuidados elementales y vigilancia constante; ausencia de cualquier tendencia social, aun rudimentaria.
- II.— a) El defecto neuroorgánico es parcial o marcadamente funcional.
- b) Desarmonía y desproporción en las funciones de adquisición, con profundo defecto intelectual y funciones de relación, como el lenguaje muy limitado, aunque existente.
- c) Manifestaciones primarias y elementales de afectividad, (fugacidad, desproporción e inadaptación inmotivada).
- d) Conducta adaptada pasivamente, sin iniciativa, espontaneidad ni prospección, cierta capacidad lúdico-ergotrópica sin orden ni finalidad.
- III.— a) Desarmonía y desproporción de las habilidades dependientes de los sistemas neurofuncionales (precisión, tenacidad, fatigabilidad).
- b) Funciones de adquisición y relación a nivel normal o desarmónico entre sí. El defecto se manifiesta en la forma de pensamiento superior.

- c) Desarmonía y alteraciones de la afectividad en su curso y proyección y, sobre todo, en los mecanismos de expresión e inhibición de las emociones.
- d) Conducta adaptada, mejor dirigida con cierto grado de iniciativa y espontaneidad, pero a merced de tendencias fugaces o de la sugestibilidad del sujeto (o intimidibilidad), capacidad lúdica y laboral elemental y subalterna bajo mandato y control.

Los dos primeros agrupamientos implican un criterio de inmodificabilidad; en el tercer agrupamiento existe un margen de educabilidad, entrenamiento o aprendizaje. Estos tres grupos corresponden a los conceptos clásicos de la idiocia, imbecilidad o debilidad mental.

2.^a SESIÓN CLÍNICA

ESQUIZOFRENIA

DESPUÉS de la visión directa, a través de los casos clínicos que han sido presentados, del polimorfismo de la esquizofrenia y la proteica complejidad de sus síntomas, creemos conveniente recordar que en todo momento se ha hecho un laudable esfuerzo para tratar de encontrar la alteración fundamental o el trastorno cardinal al que pudiera atribuirse racionalmente una significación nuclear con respecto a todos los demás. De este esfuerzo constituye buena prueba la prolija relación de definiciones reunidas por GRUHLE, de la que entresacamos algunas:

- Insuficiencia, debilidad o baja de la conciencia o de su componente energético.
- Ataxia intrapsíquica.
- Vacío de la intencionalidad.
- Laxitud asociativa con dislocación final de la personalidad.
- Trastorno de la coordinación en la forma de la alteración paralógica de la activación.

Algunas definiciones metafóricas son muy expresivas:

- Orquesta sin jefe (KRAEPELIN).
- Libro desencuadernado en el que se han mezclado las páginas.

Para el médico práctico el concepto más útil es el que comprende a la esquizofrenia dentro de una interpretación biodinámica como un proceso orgánico, diversamente evolutivo, que desencadena reacciones psicopatológicas sobre las cuales se injertan nuevas manifestaciones de tipo psíquico y que constituyen la estructura psicótica que recubre el proceso orgánico.

El cuadro clínico de la psicosis esquizofrénica ha de ser considerado en su totalidad fásica y biográfica a fin de que sea comprendido como un encadenamiento-cronológico de fases y síntomas.

Período de comienzo o periodo prodrómico.—Corresponde al proceso esquizofrénico, que es un trastorno orgánico idiopático en el que se genera un grupo de síntomas que por el hecho de ser psicológicamente irreductibles e inanalizables, se denominan *síntomas procesales primarios*.

Período de estado.—La progresión del proceso, la amplificación de los síntomas primarios y los resultantes de la acción de éstos sobre la personalidad sana, determinan una estructuración de síntomas *procesales secundarios* en un *núcleo psicótico fundamental* que condiciona la aparición de una nueva personalidad morbosa.

Ambos períodos de comienzo y de estado comprenden la fase de actividad de la psicosis esquizofrénica; la fase de inactividad se divide también en dos períodos:

Período preterminal.—Durante este período los síntomas pierden sus rasgos evolutivos y adquieren un carácter definitivo. A esta fase corresponden las esquizofrenias defectivas.

Período terminal.—El análisis de los síntomas muestra un carácter definitivo, inmodificable e irreversible, definiéndolos como secuelas dentro de un proceso de inercia mental progresiva. En esta fase se trata de la demencia esquizofrénica. Las remisiones son posibles en los tres primeros períodos; pueden producirse espontáneamente o bien inducirse por la terapéutica. Dentro del sentido reconstructivo de una remisión, ésta puede ser total o parcial y valorarse con respecto a la personalidad anterior o bien en relación con los defectos que hayan persistido; en el primer caso cuenta el grado de rehabilitación de la personalidad, en el segundo la extensión, cuantía y diversidad del déficit experimentado por la acción del proceso. El mecanismo que pre-

side la remisión es siempre muy complejo, pero pudiéramos esquematizarlo con arreglo a las tres posibilidades siguientes:

- a) Regresión de la base biodinámica del proceso y total disolución del edificio psicótico.
- b) Enquistamiento de la estructura psicótica y debilitación amnésica posterior.
- c) Rehabilitación de la personalidad consciente que recupera el gobierno de la vida psíquica y lo ejerce en una doble derivación, para la vida normal y para el control del vivenciar patológico.

Reproducimos el cuadro de M. ENGELSON quien, a su vez, toma las ideas fundamentales de BERZE.

I. ESQUIZOFRENIA ACTIVA

- 1—Síntomas procesales
- 2—Debilidad del sentimiento de actividad
- 3—Labilidad ideatoria
- 4—Robo del pensamiento
- 5—Concepciones fugitivas
- 6—Personalidad insuficiente
- 7—Incertidumbre interior, perplejidad, ambitendencia y ambivalencia
- 8—Desequilibrio interior, tensión ansiosa, opresión y temor, duda torturante, sentimiento de peligro
- 9—Sentimiento subjetivo de cambio y extrañeza
- 10—Dinamismo: «Yo me hago, me convierto o cambio»
- 11—Sentimiento de frío y de vacío
- 12—Introversión
- 13—Productividad espiritual
- 14—Disociación
- 15—Hipotensión del nivel consciente.

ESQUIZOFRENIA INACTIVA

- 1—Síntomas defectivos y compensadores
- 2—Ausencia del sentimiento de actividad
- 3—Rigidez ideatoria
- 4—La idea directriz del pensamiento es adulterada por la penetración de cursos ideatorios heterogéneos
- 5—Concepciones blandas inconsistentes
- 6—Personalidad patológica suficiente a cada nivel
- 7—Certeza rígida, ausencia de crítica
- 8—Equilibrio interior patológico
- 9—No existe este orden de sentimiento
- 10—Estatismo: «Yo soy»
- 11—Sin conciencia ni sentimiento subjetivo de enfermedad
- 12—Autismo
- 13—Estrechamiento del horizonte espiritual
- 14—Confusión
- 15—Escisión de las funciones psicóticas, dislocación de la antigua personalidad

II. SINTOMATOLOGÍA DE LA ESQUIZOFRENIA

- A) Síntomas primarios | De los que derivan los síntomas secundarios precoces que se enumeran:

I. FALSA PERCEPCION

- | | |
|---|---|
| 1) Alucinosis
Ilusiones
Parestesias | <p>Aparición
Apariciones significativas o indiferentes
Eumiciación y resbalización del pensamiento.
Fenómeno del «ya visto» y «ya vivido».
Toda la gama transicional entre la alucinación verdadera y la percepción real.
Toda la gama de actitud crítica frente a los fenómenos alucinatorios.</p> |
|---|---|

II. ESTADO ESQUIZOFRENICO FUNDAMENTAL

- | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|
| <p>2) Descenso de sentimiento consciente de actividad</p> <p>3) Insuficiencia de la energía vital y del sentimiento del yo.</p> | <p>2) Inacabamiento, incompletud de la actividad propia</p> <p>3) —Cambio y extrañeza del propio cuerpo.
 —Perdida no opresiva del Yo.
 —Ablandamiento de la actividad espontánea.
 —Duda y vacilación interior.
 —Sentimiento de influencia y posesión.
 —Substracción del pensamiento.</p> | <p>Desperso-
nalización</p> | <p>Delirio explica-
tivo (proyec-
ción de la feno-
menología de
posesión e in-
fluencia)</p> |
| | <p>Cambio y extrañeza del mundo.
 Convicciones espontáneas y «pensamiento hecho».
 Estados hiponóicos (de trance, de gracia, mediumidad).
 Paramnesias en relación con el Yo.</p> | | |
| | <p>Parálisis (Fragmentación
 del } Ambivalencia
 Yo } Desamparo
 } Perplejidad</p> | | <p>Delirio com-
pensador (sen-
sitivo y egocén-
trico)</p> |
| | <p>En el orden afectivo:
 —Labilidad de humor, caprichosidad, uniformidad.
 —Frío y vacío interior, pérdida de la resonancia afectiva.
 —Disociación afecto-ideatoria (vacío con inteligencia conservada «racionalismo y geometrismo morboso»; los enfermos comprenden y elaboran pero no viven).</p> | | |

III. TRASTORNO ESQUIZOFRENICO DEL PENSAMIENTO

- 1) Destrucción de la inteligencia superior
- 1) Pérdida del sentido general de las cosas.
—Pérdida del dominio de la situación.
—Acortamiento del «radio de acción de la intencionalidad»

- 2) Insuficiencia de la personalidad actual en el orden intelectual.
- 2) Fracaso de la acción. Pérdida del relieve del pensamiento e insuficiencia de la idea directriz (desorden, dislocación y contradicción)
—Trastorno asociativo (asociatividad extrínseca, ideofugacidad, simbolismo patológico, sobreproductividad de ideas accesorias).
—Trastorno atento (desorden en los momentos de potencia y actualización extemporánea de la atención).
—Heterogeneidad del mundo de las ideas (identificación y fusión con el mundo exterior, vaivén caleidoscópico de las ideas, fusión de pensamientos, autonomía de los fragmentos ideatorios).
—Convicciones espontáneas.

La interrelación de todos estos trastornos condiciona una nueva actitud vital caracterizada por:

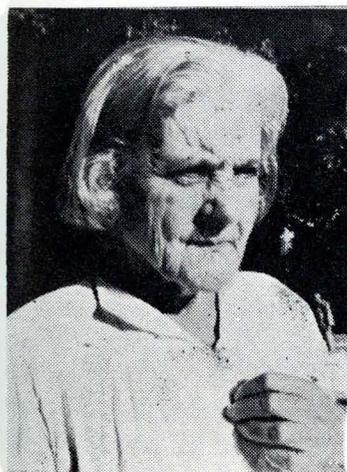
- Negativismo y autismo.
- Ambitendencia y ambivalencia.
- Excentricidad y manierismo.
- Eclósión y «descubrimiento» de nuevas orientaciones intelectuales y conceptos universales.
- Estados afectivos complejos y su expresión simbólica.
- Sentimientos específicos, concretos o difusos de modificación patológica o de extrañeza.
- Sentimiento de peligro inmanente.
- Tendencia a la creencia delirante.



5.—Psicosis maniaco-depresiva. Depresión en una fasofrénica alternante.



6.—Psicosis maniaco-depresiva. Brote maniaco.



7.—Demencia senil



8.—Demencia paralítica en un ciclo-tímico expansivo.

3—Desvertebración de la mentalidad.

4—Personalidad actual alterada y viviendo un mundo autista.

5—Trastornos de lenguaje

6—Trastornos motores

7—Trastornos somáticos

IV Delirio

1—Estructuraciones delirantes

La idea delirante ni nace en el consciente real ni lo alcanza, todo lo más atraviesa los restos fragmentarios de la personalidad prepsicótica; la fuente de donde surge el delirio es extraña y por ello las construcciones delirantes aparecen como algo indudable e incontestable.

a) Excentricidad, inadaptación, oposiciónismo, espíritu cambiante y pueril.

a) Rigidez.

b) Fraccionamiento de la personalidad por escisión de las funciones psicóticas.

c) Vida vegetativa (monotonía, unilateralidad e inmutabilidad).

a) Contaminación recíproca de los engramas ideatorios.

b) Lenguaje excéntrico (neologismos)

c) Glosolalia (habla patética, mezcla de lenguas extranjeras, jergonafasia).

a) Estereotipias, perseveraciones y automatismos.

b) «Trances».

a) Referimientos viscerales e hipochondria.

a) De grandeza y pequeñez.

b) De nihilismo y destrucción universal.

c) De celos.

d) Religioso.

e) De persecución.

IV TRASTORNO DE LOS IMPULSOS

1—Intensificación de los impulsos

2—Descenso de los impulsos

3—Impulsividad oscilante

a) Agitación

b) Obstáculo, estupor, inhibición

c) Ambivalencia

La cuestión que en términos más difíciles tiene planteada la Psiquiatría es la de la clasificación de las formas de esquizofrenia. Si consideramos la actitud de K. Kleist como la más apartada de los criterios clásicos, ya que no ve en las formas clínicas hasta hoy reconocidas verdaderas enfermedades unitarias, observaremos que las tres que él reconoce y designa, formas psicomotoras, afectivas, delirantes y confusas, coinciden con las dadas por Kraepelin al formular su concepción de la demencia precoz (tipo simple, hebefrénico, catatónico y paranoide).

Esquizofrenia de forma simple.—Comienza en la adolescencia por un cambio brusco y profundo de su personalidad y rendimientos, con trastornos en las esferas de la emoción, el interés y la actividad, que se traducen en una total desadaptación familiar y desinterésamiento por su ambiente. Pueden mantenerse muchos años en niveles defectivos poco profundos.

Esquizofrenia hebefrénica.—Comienzo insidioso en la adolescencia con manifestaciones de apatía, perplejidad, desafección por sus familiares. Rápida deterioración en la esfera afectiva y en la ideatoria, dando al sujeto el aspecto de un tonto o incongruente. Curso generalmente rápido hacia niveles defectivos muy bajos y hacia formas residuales de desintegración de la personalidad.

Esquizofrenia catatónica.—Aparición después de fenómenos procesales agudos como forma sintomática residual que unas veces cursa progresivamente y otras con recurrencias o fases alternantes de estupor, excitación o amaneramiento. Todo ello expresado sintomáticamente en la psicomotoricidad. Existe una forma de catatonía de fijación con predominio de las inhibiciones y de la inmovilidad o de una psicomotórica pobre aquinética, disquinética o paraquinética (gesticulante). Otra forma de catatonía estereotípica en las que se dan automatismos motóricos o verbales estereotípicos; la actitud y la postura son también estereotípicas y amaneradas. Recientemente han adquirido cierta importancia las catatonías de repetición (catatonía fásica o iterativa y catatonía periódica), en las que alternan brotes estuporosos o de excitación psicomotórica con fases de limitación y uniformidad o monotonía de gestos, actitudes y movimientos y también de los con-

tenidos y expresiones verbales. Las formas catatónicas caracterizadas por tendencias patológicas son dos: negativista y prosectiva. En la primera, con negativismo, oposicionismo y resistencia, y la segunda, con reactividad ecóica, afirmación y obediencia automática. Leonhard describe dos formas más de catatonía caracterizadas por la falta de impulsos en la esfera del lenguaje, a la que se asocian otras manifestaciones del círculo esquizofrénico; la catatonía de palabra lenta y perezosa y la catatonía del lenguaje presto. En esta última existe la misma falta de impulso verbal que en la primera, pero ésta afecta únicamente al lenguaje iniciativo, contrastando con la presteza del lenguaje reactivo en forma de pararespuestas.

Esquizofrenia paranoide.—Caracterizada por la inserción de síntomas delirantes en el proceso fundamental desintegrador de la personalidad. Su comienzo suele ser tardío y su evolución hacia una dislocación progresiva con incremento de la absurdidad de los delirios y demencia final.

3.^a SESIÓN CLÍNICA

PSICOSIS MANIACO - DEPRESIVA

EN la sesión clínica fueron presentados enfermos de diversas formas de psicosis circular por el Dr. Pinto Grote. Al final, el Jefe de la Clínica hizo el siguiente resumen semiológico:

Una reflexión, aunque fuere poco detenida, sobre los enfermos que acabamos de ver, trae a la mente los siguientes conceptos acerca del trastorno mental que padecen. El primero es que este desorden, dentro de su variedad, puede ser abarcado como unidad nosológica compleja en torno a un núcleo común de perturbación, o sea, que estamos frente a una de las tres grandes psicosis. El segundo concepto es que los síntomas parecen derivar de un peculiar estado de ánimo morboso en las tres direcciones del *tempo* psíquico, de la dinámica psicomotriz y de la discursividad o ideación. Y el tercero es que el padecimiento presenta una forma peculiar de curso (curso cíclico o evolución fásica), con brotes periódicos de exaltación o depresión repetidos o con distintos modos de alternancia de modalidades fásicas, exaltación o depresión. Esta idea central del curso psicótico preside la nomenclatura de la enfermedad que comentamos; Kraepelin, acentuando la descripción clínica, reúne el grupo bajo el nombre de locura circular; Bleuler, mas atraído por la peculiaridad del curso, le da el

nombre más en boga, psicosis maníaco depresiva. Hemos de ampliar nuestra comprensión de la P. M. D. incorporando la doctrina del «eidos» (estructura temperamento y carácter) de Krestchmer y Hoche, integrados por Bumke en el llamado círculo picno-timopático, en cuyo perímetro se encierran todas las variantes extraclínicas y clínicas de la enfermedad como modo de ser y de existir según grados de intensidad y de altura (personalidad circular, personalidad prepsicótica, psicosis, psicopatía circular). En otra dirección, Stauder considera que en la P. M. D. hay un núcleo patológico fundamental que para él es el factor fásico. Para Kurt Schneider el trastorno fundamental radica en los sentimientos vitales, generándose síntomas primarios en el par tristeza-alegría y secundarios, como son los pares exaltación-inhibición y mutacismo-ideofugacidad.

El factor genético es importantísimo. En la descendencia de enfermos P. M. D. se da un 32 % de formas psicóticas y un 30 % de formas psicopáticas. Es indudable que este factor genético está integrado en la condición general moderadora de la estructura corporal pícnica y de la caracterología y temperamento ciclotímico. En la constelación hemos de admitir una disposición neuroendocrina que explica las oscilaciones del estado fundamental del ánimo a la que pudieran añadirse quizás trastornos metabólicos de algunos oligoelementos, como el bromo.

En los enfermos maníacos que acabamos de ver, apreciamos en primer lugar como una exuberancia vital que supone la exaltación del impulso al movimiento como puro automatismo y a la actuación y por otra parte un trastorno de la atención y un aflojamiento de las inhibiciones que producen ese fluir automático de toda la motoexpresividad de los enfermos.

En un esfuerzo por comprender históricamente algunos de los pacientes más antiguos, podemos sintetizar el aparente desorden de las actividades y el devenir oscilante e irregular de los acontecimientos, a la manera como Biswanger describe la manía como un existir brincador, escurridizo y fluido que busca constantemente una relación fusionante entre el Yo y el mundo. Las desviaciones psíquicas fundamentales que traducen la sintomatología maníaca pueden resumirse por lo tanto como sigue:

- a).—Exaltación de la vitalidad.
 - 1—Aumento del umbral sensorio-perceptivo.
 - 2—Intensificación apetitiva en las esferas de los diversos instintos.
 - 3—Motoricidad rápida, productiva, radiante, especialmente en la gesticulo-mímica.
- b).—Pérdida de la intimidad del Yo.
 - 1—Potenciación de la proyectividad.
 - 2—Relativización de las dimensiones espacio-temporales.
 - 3—Aceleración del tempo psíquico determinando la banalización en las esferas de la libertad y la responsabilidad.
- c).—Trastorno intelectual.
 - 1—Curso y ritmo peculiar de los procesos ideatorios (ideofugacidad).
 - 2—Ideas deliriosas de tendencia expansiva y contenido desiderativo (grandeza, invención, reforma) o vanidoso (inflación autoproyectiva).

Este esquema sindrómico deriva hacia formas con gran acentuación del desorden, como ocurre en los cuadros de excitación psicomotora o formas atenuadas que, en un nivel más bajo, se encuentran en los estados hipomaniacos, que a veces cursan muy discretamente. Al lado de trastornos psicomotóricos hay otros caracterizados por la exaltación afectiva, como en la psicosis extática o de felicidad, y otros centrados en torno a la productividad ideatoria (confabulosis expansiva).

Con respecto al curso, todas las antecedentes formas son simples y unipolares, o sea integradas por la fenomenología maníaca pura. A su vez encontraremos a enfermos en los que esta fenomenología se hace compleja por penetración de fenómenos del polo depresivo o bien por cualquier modalidad de alternancia con bloques sintomáticos de dicho polo.

La melancolía, forma psicótica opuesta, puede aparecer y evolucionar como manifestación unipolar de la fásofrenia en forma de brotes separados por intermitencias más o menos largas, normales o accidentadas por manifestaciones subclínicas, o bien como brotes alternantes con otros maníacos y muchas veces como estado fundamental consecutivo a una fase maníaca.

El esquema clínico de la melancolía está determinado por los siguientes elementos:

a).—Descenso de los niveles de activación y de la productividad global (inhibición).

1—Disergosis y anergosis (disminución de los rendimientos laborales, perturbación en la productividad y tendencia a las reacciones de abandono).

2—Limitación en la esfera de la actividad (renuncia, aislamiento, queja o mutismo, disgusto o indiferencia ante las zonas de interés, preferencias y aficiones anteriores).

3—Limitación y reducción de la motórica (facies depresiva, hipomimia, bradicinesia, apatía e inhibición, que puede llegar al estupor o desembocar en una productividad motórica violenta, agitada y desordenada).

b).—Distimia.

1—Depresión simple acompañada de sentimientos de insuficiencia, incapacidad, indiferencia o inafectividad, prospectividad pesimista, incapacidad de sintonía con lo alegre, nostalgia, reproches morales.

2—El estado anterior sólo implica una modificación del temple afectivo; si el trastorno es más serio surge la angustia que desborda el raciocinio y entonces las ideas adquieren una resonancia más trascendente (culpabilidad, responsabilidad, carácter insoluble, desalentador y definitivo de la desgracia, pecado sin redención posible, enfermedad sin remedio).

3—El trastorno se refiere a experiencias vitales corporales, reales o imaginarias (ideas hipocondriacas), o bien se desenvuelve según una elaboración autoreferencial (ideas de desconfianza, de menosprecio o indignidad o burla por parte de los demás e incluso construcciones paranoides disparatadas de torturas o persecuciones).

4—La intensidad y amplitud del síndrome, así como la proporción en que entran a constituirle el factor inhibición y el factor distimia, así como el trastorno secundario del juicio y de la conciencia, da lugar a cuadros de *inquietud*

ansiosa, a estados *agitado-delirantes* agravados por la acidosis secundaria a la negativa a alimentarse, en el que se injertan síntomas alucinatorios y delirio agudo y también formas de inmovilidad con rigidez, negativismo y gatismo difíciles de distinguir de la esquizofrenia catatonóide.

Creemos que esta descripción breve contribuye a fijar los conceptos en lo que se refiere a las manifestaciones simples de manía o melancolía. La psicosis maniáco depresiva de forma bipolar alternante no es frecuente y las formas complejas y bipolares son con frecuencia difíciles de distinguir y no suelen presentar problemas acuciantes de diagnóstico al médico general, por lo que nos limitamos simplemente a citarlas. Se trata principalmente de la llamada *psicosis de motilidad*, en sus dos formas *hipercinética* y *acinética* (agitaciones sin gran enturbiamiento de la conciencia, con o sin exaltación e hiperproductividad motora) y de las *formas confusionales* (agitada o inhibida) en la que predomina el trastorno de la conciencia.

La asociación casi pura de la distimia con la tendencia deliroide determina una tercera forma, designada como las anteriores, en la ordenación de Kleist, *psicosis ansioso-estática*.



9.—Psicosis sintomática. Cuadro psicótico complejo con participación meníngea.



10.—Cuadro psicótico reactivo en puerperio séptico.



11.—Esquizofrenia catatónico-paranoide con paramimias y esterotipias motoras.

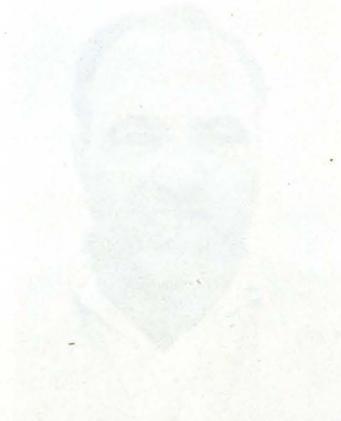


12.—Esquizofrenia de forma catatonoide manierística.



Faint, illegible text, possibly a name and title, located below the top-left portrait.

Faint, illegible text, possibly a name and title, located below the top-right portrait.



Faint, illegible text, possibly a name and title, located below the bottom-left portrait.

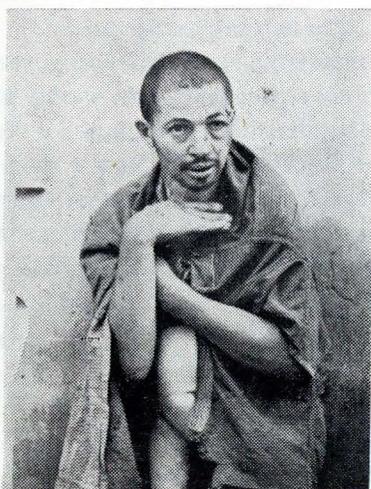
Faint, illegible text, possibly a name and title, located below the bottom-right portrait.



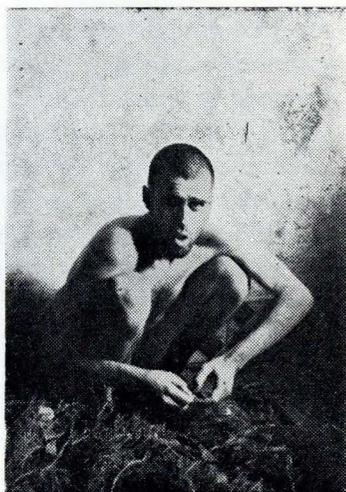
13.—Esquizofrenia paranoide



14.—Esquizofrenia alucinatoria de base cenestopática.



15.—Forma terminal de una esquizofrenia catatónica.



16.—Forma terminal de una esquizofrenia demencial simple.

4.^a SESIÓN CLÍNICA

SÍNDROME ORGÁNICO DE LA INVOLUCIÓN

DESPUÉS de la presentación de los enfermos y la exposición detallada y comentada de sus historiales clínicos se hizo el siguiente resumen de la clínica de los cuadros demenciales relacionados con la involución y la vejez.

Dentro de los límites impuestos por la necesidad de exponer un resumen destinado exclusivamente a tener validez práctica, estimamos que tienen especial interés los procesos más frecuentes que se agrupan bajo los epígrafes habituales de *psicosis seniles*, *psicosis de la involución* y *psicosis arterioescleróticas*, aunque es indudable que los límites respectivos de estos agrupamientos son un tanto confusos, que los tres tienen un núcleo común, que es el de la especial significación cronológica, y que las diferencias pudieran concretarse en los extremos siguientes:

- 1—Una mayor precisión de los caracteres clínicos configurativos de su entidad para las psicosis seniles.
- 2—El mero hecho de la incidencia en momentos biológicamente muy cualificados de la involución para las psicosis involutivas.

3—La peculiar acentuación de la sintomatología vascular para el tercer grupo.

Por lo que respecta a la clínica de las psicosis seniles hemos de comenzar llamando la atención sobre la ausencia de una frontera de estricta limitación con el conjunto fenoménico de la senescencia fisiológica. Es preciso tener en cuenta que el descenso físico y mental que acompaña a la vejez y cuya iniciación, ritmo y evolución son variadísimos, se caracteriza por una serie de manifestaciones de las que se citan las más importantes:

- a)—Defecto de la memoria reciente.
- b)—Falta de interés, apagamiento de la iniciativa y de la espontaneidad.
- c)—Fatigabilidad y falta de perseverancia.
- d)—Egocentrismo, aumento de la exigencia afectiva al medio, recelo y conservatismo a ultranza.
- e)—Dificultad de adaptación a circunstancias nuevas y actitudes reactivas de oposicionismo o tesonería.

Muchas veces la frontera con lo patológico es rebasada con una notoriedad captada por el ambiente cuando los enfermos llevan varios años de evolución; otras veces el acento patológico se advierte por una de estas dos razones:

- a)—Por déficit evidente en los rendimientos.
- b)—Por traducirse el trastorno en un comportamiento chocante o antisocial.

Es difícil fijar, incluso estadísticamente, la edad de comienzo. En nuestro país, con frecuencia, los cuadros bien perfilados aparecen hacia los sesenta años.

La sintomatología es variadísima y puede estar matizada en unos enfermos por el componente temperamental, en otros por el vascular y en algunos por tóxicos habituales, como el tabaco y el alcohol, por la coexistencia de enfermedades somáticas de curso crónico y finalmente por variadas circunstancias existenciales (conflictos, exigencias ambientales, etc).

De las *psicosis seniles* es tradicional hacer la descripción de dos formas clínicas fundamentales, la presbiofrenia y la demencia senil propiamente dicha. Común a ambas es la siguiente sintomatología:

- a) — Signos físicos
 - 1 — Los correspondientes a la decadencia somática
 - 2 — Los dependientes de la afectación de los vasos.
- b) — Grupo sintomático de la función mnésica.
 - 1 — Amnesia o dismemoria simple de la experiencia reciente:
 - Con repercusión en el comportamiento o reacción distímica.
 - Con repercusión en la esfera de la orientación.
 - Con repercusión en la productividad ideatoria (confabulosis, ensaladas de recuerdos, entrega placentera a la remembranza).
- c) — Grupo sintomático dependiente del empobrecimiento global de la persona.
 - 1 — Rigidez de la conducta
 - 2 — Desinteresamiento e inefectividad o bien labilidad afectiva y volitiva.
 - 3 — Pérdidas de los controles sociales y de las inhibiciones (descuido y pérdida del empaque y de la compostura).
 - 4 — Irritabilidad, explosividad o inhibición reactiva.
 - 5 — Expansividad vital anómala, erotismo y reacciones géllicas.

Las variaciones formales de este cuadro esquemático se producen algunas veces en el ritmo evolutivo (formas rápidas y lentas), en el predominio de la fenomenología defectiva en unos casos y en otros de los procesos compensadores y readaptativos que dan peculiar matiz al cuadro y complican su estructura. Pudieran esquematizarse como siguen:

- 1 — Formas de deteriorización simple.
- 2 — Formas de evolución rápida y desordenada con un subtipo agitado y otro delirioso y confuso.
- 3 — Formas paranoides que implican una actitud vital defensiva y compensadora que da lugar a la elaboración de un delirio persecutorio de escasa absurdidad inicialmente pero que a medida que progresa la amnesia y disminuye la autocrítica pierde cohesión y se hace cada día más disparatado.

	Demencia senil focal tipo Alzheimer	Demencia senil focal tipo Pick
Síntomas clínicos	<p>Varios síntomas focales, afasia, apraxia, agnosia; en la enfermedad de Pick hay además defectos corticales más difusos, descenso de la memoria y de las facultades mentales.</p> <p>Hiperproductividad Parafasia. Manía ocupacional.</p>	<p>Tendencia aquinética y al estupor. Rápida deteriorización del lenguaje motor. Rigidez. Negativismo motor y estereotipia.</p>
Edad	Más de 45 años	Más de 45 años
Alteraciones macroscópicas	Atrofia cortical y difusa	<p>Atrofia cortical y subcortical difundida especialmente por las áreas frontales, centrales y las tres primeras circunvoluciones temporales.</p> <p>La atrofia se extiende a la sustancia blanca central y a los ganglios de la base.</p>
Alteraciones microscópicas	Atrofia celular difusa y alteraciones fibrilares, numerosas placas seniles. La arquitectura cortical no está alterada fundamentalmente. La sustancia blanca y los ganglios de la base no están afectados. Alteraciones vasculares mínimas.	Profunda alteración de la arquitectura cerebral, gliosis y desmielinización de la sustancia blanca, reducción celular y gliosis de los ganglios de la base; en menor número, placas seniles. Trastornos de la porción capilar y precapilar de los vasos cerebrales.

Por lo que respecta a las psicosis de la involución, clasificaciones recientes las incluyen entre los síndromes provocados por alteraciones en los grandes sistemas de integración psicosomática (enfermedades del metabolismo y diversas disfunciones de las correlaciones endocrinas). Las dos formas más frecuentes son la melancolía involutiva y las psicosis paranoides de la vejez.

En cuanto a la melancolía involutiva, se trata de cuadros depresivos no siempre relacionados con la disposición picnotimopática y en los que la sintomatología depresiva es desencadenada psicogenéticamente en tipos de personalidad evidentemente predispuestos. Estos melancólicos han sufrido una impresión más o menos intensa que se suma a una tristeza configurada por un típico vivenciar la declinación vital, tanto en su aspecto somático como en su aspecto psíquico. Este modo de vivencia se adscribe a personalidades caracterizadas por su tendencia de renuncia o retraimiento, con una moralidad rígida e inflexible, pensamiento escrupuloso y obsesivo que ha llevado una vida de renuncia, dependencia y represión. Por lo tanto, los síntomas pueden ser predominantemente hipocondríacos, pero relacionados con ideas de temor, angustia y muerte, y en algún caso estas ideas pueden alcanzar una estructuración deliroide autoacusatoria y de auto o heterodestrucción. La tendencia suicida es muy frecuente y gradúa la alta peligrosidad de estos enfermos.

Las psicosis paranoides son desarrollos de tipo persecutorio y algunas veces megalómano o erotómano que se presentan en la encrucijada del climaterio.

El tercero y último grupo de los trastornos mentales que aparecen en la involución es el que acompaña a los procesos de arterioesclerosis cerebral. Estos procesos se traducen por una disminución más o menos desarmónica de la capacidad mental; aparecen entre los 50 y 65 años. Existe un comienzo brusco en forma de episodio confusional y otro insidioso. Este comienzo es precedido de manifestaciones prodrómicas de carácter vascular (hipertensión, cefalea, etc.) y en el curso, que suele ser rápido, con frecuentes y breves remisiones, se repiten los eclipses cerebrales y los ictus apopléticos.

5.ª SESIÓN CLÍNICA

DEMENCIA PARALÍTICA (P. G. P.)

LA única enfermedad mental que reúne ante el clínico todos los requisitos exigidos por la nosología es la llamada parálisis general progresiva, expresada comunmente bajo la sigla P. G. P. y a la que debiéramos llamar Demencia Paralítica, aunque en realidad es una forma de sífilis cerebral que evoluciona de modo variadísimo y que casi nunca es paralítica, pero siempre es demencial. En los tratados aparece descrita junto a los demás trastornos mentales relacionados etiopatogénicamente con la sífilis. Nosotros vamos a concretarnos en esta sesión clínica a la demencia paralítica, que encontramos definida por los siguientes rasgos:

- Etiología específica traducida por la presencia del treponema en el parénquima cerebral, y por las reacciones biológicas denunciadoras de la sífilis en sangre y l. c. r.
- Lesiones anatómicas e histológicas peculiares en el encéfalo, sus cubiertas y sus vasos.
- Evolución neurológica focal o general pero casi siempre discriminable.
- Evolución psíquica hacia la demencia.

Las relaciones biológicas y cronológicas que existen entre el proceso evolutivo de la infección sifilítica y la enfermedad mental no corresponden al carácter práctico de nuestra exposición. En la P. G. P. hay un proceso infeccioso, una afección neurológica y una enfermedad mental. Frecuentemente el cuadro clínico se modifica con arreglo a la distinta proporción en que entran cada uno de dichos tres aspectos a configurar la sintomatología total.

Es también una enfermedad modificada en su fisonomía y en el curso del tiempo, no sólo por la aparición de terapéuticas de estricta indicación sino por las consecuencias del descubrimiento de una quimioterapia específicamente activa contra la sífilis y que ha introducido profundas modificaciones, no sólo en la probabilidad estadística de enfermar de P. G. P., sino en la manera peculiar de enfermar. Conveniría por ello hacer un breve resumen histórico:

- La primera ordenación clínica la hizo Bayle en 1822.
- Las primeras aportaciones etiológicas y las unificaciones anatomopatológicas se hicieron por Esmarch y Jessen (1857) y por Alzheimer y Nissl (1904).
- El descubrimiento del treponema en el parénquima cerebral se debe a Noguchi y Moore (1913).
- El sensacional descubrimiento de la malaroterapia se efectuó por V. Jauregg en 1917.
- La Penicilina empieza a usarse en la P. G. P. por Rose y Solomon en 1943.

Por lo que respecta a la clínica, interesa a los médicos generales extraordinariamente lo que en términos muy imprecisos se ha llamado incubación y también período médico-legal de la P. G. P. y que nosotros designaremos como período preclínico. La responsabilidad de los médicos no especializados es muy grande en esta fase porque a ellos corresponde el diagnóstico precoz. Haremos notar los aspectos más característicos que precisa tener cuenta:

- La posibilidad de sífilis inapercpta o ignorada por el enfermo, así como de sífilis insuficientemente tratada que el enfermo ha podido mantener oculta.

- La posibilidad de una serología discordante; por lo que frente a cualquier duda debe practicarse sistemáticamente la punción lumbar.
- La iniciación asintomática desde el punto de vista neurológico e incluso desde el punto de vista de los rendimientos intelectuales y laborales, bajo apariencia de conflictos familiares o por un comportamiento fronterizo con lo patológico pero que puede repercutir seriamente en la vida y los intereses económicos del enfermo. Es preciso retener que los trastornos más precoces de este orden suelen ser un cambio psíquico objetivo e inmotivado en la personalidad y dotes intelectuales en sentido de un descenso de nivel y en el comportamiento que contrasta con la corrección y autodominio anteriores.

En cuanto a la sintomatología general pudiera resumirse como sigue:

A—*Síntomas mentales*

- a) Un grupo de síntomas condicionados temperamentalmente o por la personalidad prepsicótica y que introducen en el proceso manifestaciones marginales de base circular (manía o depresión) o esquizoide (forma embotada e inafectiva o catatonoide) o bien psicasténicas (forma neurasteniforme).
- b) Otro grupo de síntomas determinados por el trastorno fundamental de la personalidad y que revelan la perturbación de la esfera bio-instintiva (descuido, astenia, fatiga, apatía, obtusión e indiferencia), el descenso de los rendimientos (disemnesia, fracaso intelectual y práctico, disritmia laboral y negligencia) y la perturbación en la esfera interpersonal (conflictos familiares, erotismo, reacciones e infracciones médico legales).
- c) El proceso demencial, que es esencialmente evolutivo, determina síntomas que revelan el nivel de conciencia y

las limitaciones progresivas en la orientación y en las funciones nobles de la prospectividad. En su progresión la demencia afecta a las funciones intelectuales (memoria, etc.) en su aspecto integrativo primeramente y luego en el operativo (encontramos precozmente déficit aperceptivo en la ideación, luego trastornos en la construcción del lenguaje y finalmente desorganización de la palabra).

- d) En el curso de la demencia parálitica como consecuencia de la debilidad del juicio se constituyen formaciones delirantes de construcción confabulatoria matizadas por una situación afectiva frecuente en los parálíticos de colorido eufórico, en el seno de la cual se generan ideas de expansión y grandeza características por su irrealidad evidente y su carácter grandioso y desmesurado.

B—*Síntomas neurológicos y somáticos*

- a) Descenso gradual del potencial biológico y somatopatías secundarias diversas.
- b) Sintomatología neuromuscular (signos pupilares, incoordinación de la motórica general y expresiva, temblor, trastorno articular del lenguaje y otros síntomas focales como agnosia, apraxia, ataxia, etc. y epilepsia focal).
- c) Accidentes vasculares de tipo hemorrágico y malácico.

C—Los datos de laboratorio pueden ser:

- Reacciones de Wasserman y complementarias fuertemente positivas en sangre y l. c. r.
- Células en l. c. r. entre 10 y 50 y más de 100 en las formas meningíticas.
- Globulinas positivas.
- Aumento de la albúmina con cociente albuminoideo superior a uno.
- Banda de floculación a la izquierda en las curvas de benjuí, mástic y oro coloidal.

Entre las formas iniciales de la demencia paralítica y las formas evolutivas avanzadas que presentan los enfermos asilados hay una gran distancia clínica que se acorta en el orden jurídico, pues en aquellos períodos iniciales son las funciones superiores las que se afectan, precisamente aquellas que rigen la persona moral y social y condicionan los márgenes de capacidad y responsabilidad. De aquí la importancia de recalcar el diagnóstico precoz.

Existen dos formas atípicas que conviene citar. La forma de localización temporo-parieto-occipital, caracterizada por evolución demencial lenta, la frecuencia de ictus y de síntomas focales. Y la parálisis juvenil, difícil de distinguir de la forma hebefrénica de la esquizofrenia por su solo aspecto clínico.

6.ª] SESIÓN CLÍNICA

EPILEPSIA

EN el grupo de enfermos epilépticos que han sido presentados se puede efectuar una separación, partiendo de la base de que se trata de casos homologados por corresponder a enfermos de asilo, aislando aquellos profundamente demenciados como consecuencia de un proceso en el que lo fundamental sería cierta disposición a la demenciación, de otros en los que lo más importante o de más relieve en su historia serían los signos caracterológicos y constitucionales. A estos dos tipos de enfermos, y en líneas generales, habría que añadir el del epiléptico con ataques, con o sin rasgos caracterológicos, pero que no solamente no evoluciona hacia la demencia, sino que puede poseer capacidades y aptitudes notables y en muchos casos geniales. En torno a estas tres posibilidades clínico-morfológicas de la epilepsia se desarrolla el problema de la enfermedad epiléptica, que quisiéramos resumir sin dejar de citar los puntos esenciales a su comprensión.

Podemos considerar primeramente en la epilepsia dos órdenes de fenómenos, el uno centrado en el síndrome convulsivo y el otro en la fenomenología psíquica. Ambos integran la enfermedad epiléptica y ambos pueden presentarse separadamente planteando la cuestión de

sí los cuadros así constituidos continúan siendo epilépticos. Por lo que respecta a las convulsiones sabemos que este signo de explosividad neuronal es común a la organización nerviosa superior de los animales y del hombre, y en lo que se refiere al segundo no existen razones serias para considerarlas fuera de las anormalidades psicopáticas. Hay, pues, en la enfermedad epiléptica un círculo clínico en el que se inscribe el trastorno de la personalidad y una forma de disreacción cerebral que es el paroxismo convulsivo. Nuestro bagaje terapéutico es eficaz únicamente en lo que respecta a la vertiente neurológica de la epilepsia y ello constituye una razón más de la relativa independencia de ambos círculos.

La idea de una personalidad epiléptica es antigua y ha sido apreciada tanto en su estructura interna o disposicional como en su expresión proyectiva y en su devenir vital o histórico tanto en el plano de lo personal, como de lo social. Los clínicos franceses anteriores a nuestro siglo habían apreciado como rasgos dominantes (Falret y Feré) la irritabilidad, la movilidad y la variabilidad del humor sobre un fondo de tristeza, pasividad e impotencia, matizado de un modo sombrío; los sentimientos, las capacidades y las formas sociales se suceden con la misma recurrencia que los paroxismos y los períodos intervalares. También se conocían los rasgos que aparecen como consecuencia de la conciencia de tan terrible enfermedad (desconfianza, religiosidad morbosa). Kraepelin incorpora a su descripción sujetos con excitabilidad, compulsión colérica y dipsomanía periódica, que corresponden al par temperamental excitabilidad-impulsividad con comportamiento para o antisocial, que Willmans describió en sus enfermos *epileptoides*, entre los cuales los había con carga genética y también con una tara disposicional y con defectos de formación (sub-proletariado).

La primera doctrina caracterológica de la epilepsia fué formulada en 1920 por F. Mikowska, que considera definidos los rasgos caracterológicos a lo largo de la serie teórica *viscosidad-estasis-explosión* y en la fórmula general de la diátesis *afectivo-acumulativa*. En efecto, desde el punto de vista intelectual se aprecia en los epilépticos la lentitud ideatoria, la intolerancia de todo lo cambiante, evolutivo y pro-

gresivo y la preferencia por lo estable y duradero; son pasivos y trabajadores sin espontaneidad, todo lo cual puede comprenderse bajo el término de *bradipsiquia*. En lo afectivo estos enfermos son incapaces de sintonía con el ambiente, sus afectos y emociones son persistentes y rígidas; cuando inmovilizan su afectividad en los objetos se les observa meticulosos, prolijos, detallistas y ordenados y cuando lo hacen sobre ideologías o agrupaciones humanas se manifiestan dogmáticos e intransigentes o bien con un humanitarismo blando y sentimental o con una religiosidad morbosa; esta afectividad rígida, pobre y nada móvil se comprende bajo el término de *viscosidad*. La existencia, fluyendo y siendo experimentada a través de un aparato psíquico caracterizado por la lentitud y la viscosidad, genera reactivamente en el epiléptico un sistema acumulativo de tensiones, una especie de retención o estasis psíquica que periódicamente desborda los mecanismos contentivos y se manifiesta explosivamente en forma de violencias y cóleras accesiformes, compulsión, fugas, estados crepusculares, ansiosos y estáticos o vivencias iluminísticas y religiosas.

La contribución de la escuela de Kretschmer, si bien no ha tenido en la epilepsia el mismo éxito que en las dos grandes psicosis, ha sido consagrada a partir de los trabajos de Enke. La estructura corporal de los epilépticos es la atlética, su fórmula temperamental es la bipolaridad tenacidad-explosividad.

Pero los estudios fundamentales sobre la cuestión en el momento actual han sido realizados por Mauz y Stauder. Los trabajos iniciales del primero tendían a armonizar las ideas de Kraepelin sobre la psicopatía epiléptica con las de la escuela de Kretschmer. Hacia 1927 para Mauz existirían:

—*Psicópatas epileptoides*

- Sin disposición hereditaria epiléptica que afecta exclusivamente a la disposición irritable-explosiva.
- Psicológicamente caracterizados por: falta de tonalidad alegre, sentimiento permanente de tensión, humor sombrío, fatigabilidad, sensibilidad al alcohol y al calor, tendencia a la derivación de las tensiones emocionales por el cauce de

la inervación vegetativa y hacia la descarga motórica y relativa frecuencia de crisis histéricas.

—La estructura corporal es la atlética.

—*Epilepsias idiopáticas*

—Herencia caracterológica.

—Psicológicamente caracterizados:

—Retenida o freno (*Gebundenheit*) cuyas manifestaciones son: servicialidad, timidez, impersonalidad, estrechez y cerrazón, dependencia, pedantería y pesadez.

—Disforia (*Unlust*) que oscila desde los estados de humor sombrío, irritable, variable, triste o colérico a la falta total de interés y la indiferencia.

—*Hipersociabilidad*.

En resumen, las ideas definitivas de Mauz, expuestas por su autor en 1937, permiten distinguir los siguientes tipos clínicos de epilepsia:

a) —Enfermos que presentan personalidad anormal y además crisis convulsivas (constituciones ictafines) y que se subdividen en los dos grupos siguientes:

1 —La constitución enequética, en los que se dan:

—Estructura corporal displásica.

—Capacidad intelectual baja.

—Afectividad viscosa.

—Disforia.

—Perseveración, adhesividad y prolijidad en un primer plano y como rasgo esencial. Se trata de sujetos hipersociales, fieles y leales a las instituciones, la familia y el país natal. Este tipo de personalidad esencial se da hereditariamente en miembros no comiciales de familias de epilépticos.

2 —Constituciones defectuoso-combinadas, en el que hay:

—Un subgrupo fundamentalmente psicopático caracterizado por las anomalías corporales conoci-

das con el nombre de status disraficus, frecuente sintomatología neurológica, gran fragilidad funcional vascular y vegetativa, sensibilidad al calor y al alcohol y trastornos parasociales del comportamiento (delincuencia).

—Un subgrupo caracterizado por la disposición irritable-explosiva (estructura corporal atlética, personalidad irritable, insuficiencia y sensibilidad vasomotora).

—Y un tercer grupo histeroreflejo caracterizado por estructura corporal asténica, personalidad histeroide (mitomanía) y tendencia a las descargas y automatismos de carácter reflejo.

b)—Enfermos con personalidad normal y con crisis convulsivas (diatesis ictafin). La normalidad psíquica corresponde a los períodos intercríticos separados por crisis epilépticas de evidente inducción endógena (epilepsia institucional).

c)—Enfermos con crisis convulsivas directamente relacionadas por lesiones cerebrales.

Como se ve, para Mauz existen dos tipos constitucionales dentro de la enfermedad epiléptica en sentido amplio; la constitución enequética, cuyo rasgo caracterológico central es la perseveración que define lo patológico de la personalidad, y la constitución explosiva, dentro de la cual se inscriben los subgrupos de las constituciones defectuosas combinadas y la diátesis ictafin.

Para Stauder no existe más que una constitución epiléptica en la que se integra clínicamente la epilepsia idiopática, a la que designa «Anlage-Epilepsie» por su estricto condicionamiento genético. El núcleo fundamental de esta constitución es la perseveración. Las crisis forman parte del síndrome explosivo que no pertenece a la personalidad epiléptica y que, a su juicio, está constantemente relacionado con lesiones cerebrales más o menos evidenciales. Al síndrome general epilepsia, que ya comprende las dos formas anteriores, añade Stauder como entidad independiente la deteriorización y la evolución demencial.

En la enfermedad convulsiva, que consideramos como una forma de cerebropatía disfuncional paroxística, hemos de distinguir:

- la explosividad neuronal, su propagación y difusión en las estructuras cerebrales generando la crisis convulsiva o los diversos tipos de automatismos,
- el curso recurrencial de la explosividad, con períodos libres, potenciales o acumulativos,
- el substrato bioeléctrico de la explosividad y su condicionamiento bioquímico,
- el factor inmediato o descargante de la crisis.

Posiblemente la explosividad neuronal en el cerebro epiléptico no es una condición esencialmente distinta de la explosividad convulsivante que puede comprobarse en cualquier hombre mediante un agente convulsígeno adecuado. Podemos adoptar dos puntos de vista; atribuir esta explosividad a la reactividad encefálica total, en función de una serie de mecanismos generales (bioeléctricos y bioquímicos), o bien estimar que esta explosividad se genera en un sector encefálico que una circunstancia lesional condiciona a tal fin. Para nosotros, es indudable que la enfermedad convulsiva, con su cronología paroxismo-recurrencial, es una forma de reactividad cerebral cuyo sentido patológico está dado por mecanismos facilitadores de muy diversa índole. En el epiléptico habría una disposición fundamental constituida por la integración neuronal defectuosa por una parte y la sensibilización lesional por otra. La descarga está condicionada por factores internos de orden metabólico y bioquímico y factores exógenos o adquiridos (lesionismo en sentido amplio).

Los factores que regulan el curso de la enfermedad convulsiva continúan siendo poco conocidos. Sabemos muy poco de los mecanismos internos responsables de las fases intercricas, que con frecuencia se nos antojan acumulativos de la tensión epileptógena y no sabemos mucho más de los que inducen la descarga. La literatura a este respecto es abundantísima y no es difícil encontrar estudios interesantes sobre un repertorio inacabable de posibles factores. Desde hace mucho tiempo pensamos que tiene gran interés el problema de los ritmos orgánicos y de la tosquedad del comportamiento del epiléptico frente a

esos ritmos (estaciones, alimentación, sueño-vigilia). La recurrencia de la enfermedad convulsiva es variadísima. Diferencias temporales (intervalos libres de años y de horas), cuantitativas (crisis aisladas y acumulos de crisis), clínicas (crisis grand mal y breves ausencias; fenomenología convulsiva-equivalentes negativos o inhibitorios-sencillos o complicados automatismos psíquicos). El curso recurrencial, gobernado endógenamente, define radical y concretamente la enfermedad convulsiva del epiléptico.

La crisis convulsiva es por tanto una manifestación de la energía nerviosa y esta energía, de cuya expresión eléctrica nos ocuparemos seguidamente, se genera en el recambio bioquímico del medio interno y de las neuronas. Son dos estratos distintos pero estrechamente integrados el uno en el otro, pues el metabolismo neuronal depende del metabolismo orgánico individual. El recambio de electrolitos, y en especial del potasio, es muy importante, así como el del calcio y del fósforo. El metabolismo del agua, sobre todo su retención a nivel de las estructuras encefálicas, tiene una acción convulsivante evidente y nosotros estimamos que los trastornos en el reparto hídrico, posiblemente asociados a una disfunción del lecho vascular del cerebro, ejercen una acción decisiva en el llamado estado de mal epiléptico y en la todavía por estudiar, fenomenología de la recuperación postcrítica. En cuanto al metabolismo neuronal, haremos unas observaciones sobre la acetilcolina. Esta substancia, administrada en inyección intracarotídea y en aplicación local sobre la corteza, determina fenómenos fugaces excitadores sobre la actividad nerviosa y también sobre la actividad bioeléctrica. Estos efectos pueden alcanzar el nivel convulsivo y su carácter epiléptico parece fuera de duda.

Estos hechos han inducido a pensar que la acetilcolina juega un papel importante en el mecanismo de las convulsiones. Se ha observado, y comprobado repetidamente, que la acción convulsivo-excitadora de la acetilcolina se ejerce en el interior de los cuerpos neuronales, puesto que tanto la inducción de convulsiones como la aparición de ritmos bioeléctricos típicos, se producen al aumentar la concentración intracelular de dicha substancia con inyección de substancias antiesterasas de la colina (eserina) que penetran las membranas celulares. Un efecto opuesto, depresor, se produce inyectando inhibidoras de co-

linesterasa que no penetran las membranas de la célula. En los epilépticos existiría un desajuste en las reacciones de síntesis y desintegración de la acetilcolina traducida en cambios críticos de concentración. El metabolismo de esta substancia es muy complicado y la regulación de los niveles de la misma ha de ser extremadamente delicado, teniendo en cuenta que es indudable que la actividad cerebral está relacionada con la producción y liberación de acetilcolina, regulados mediante sistemas fermentativos antagónicos a uno y otro lado de la membrana celular, de modo que se mantenga constante la reserva de dicha substancia.

Los nuevos métodos de registro y amplificación de la actividad eléctrica del cerebro han contribuido de manera extraordinaria al progreso de nuestros conocimientos sobre su fisiología. Pero es menester que se tenga en cuenta (Obrador) que el trazado electroencefalográfico no es «un reflejo exacto de la organización neuronal», no equivale a un correlato preciso de la actividad intelectual ni contiene información científica sobre lo psíquico tal como tradicional y exactamente entendemos lo psíquico. La electroencefalografía es hoy una especialidad difícil y compleja, con merecida personalidad propia dentro del círculo de la neuropsiquiatría. Se conocen los ritmos normales y sus variaciones locales y generales en circunstancias de actividad, reposo y sueño, o en mediciones especiales determinadas por estímulos de orden físico y química. Los conceptos de normalidad y anormalidad bioeléctrica son sumamente flexibles y para establecer criterios se atiende al tipo de ritmo y a su estabilidad frente a determinados estímulos (hiperventilación o destellos luminosos). Las anomalías que el E. E. G. muestra en epilépticos, aparecen con características propias en las formas larvadas, psicopáticas, genuinas o sintomáticas, generalizadas o focales. Estas anomalías corresponden a dos órdenes de perturbación:

- descargas locales, cuyo potencial se acusa en el trazado en forma de accidentes en agujas o espigas con lentificación del ritmo (espiga-onda) y que se originan en zonas localizadas de la superficie cortical; tipo de trazado

que fundamenta el concepto de *disritmia cerebral paroxística*.

—descargas afectando extensas zonas cerebrales, lo que indica su origen local profundo (formación subcortical) y añade el concepto de *hipersincronía* a la fórmula bioeléctrica del círculo epiléptico.

Desde el punto de vista clínico, la epilepsia adopta tres tipos fundamentales:

A—Sintomatología psíquica conformando un tipo antropológico social.

a) fs. psicopáticas.

B—Sintomatología neuropsíquica de tipo negativo o inhibitorio.

a) pequeño mal.

b) epilepsia psicomotora.

C—Sintomatología neurológica de tipo explosivo.

a) generalizado (gran mal).

b) localizado (jacksoniana).

Estas variantes clínicas pueden, en líneas generales, relacionarse etiopatogénicamente, con distintas áreas disfuncionales o lesionales del cerebro, como se expone en el cuadro siguiente (de Penfield y Erickson, citado por Obrador):

Zonas de localización
electro-clínica

Tipo clínico

Tipo somático-motor

- | | |
|----------------------------|---|
| a) Área motora completa | a) Crisis grand - mal |
| b) Área pre - rolándica | b) Crisis motora local (tipo jacksoniano) |
| c) Área rolándica inferior | c) Crisis masticatoria |
| d) Área frontal | d) Crisis adversiva |
| e) Área mesencefálica | c) Crisis tónico - posturales |

Tipo somático - sensorial

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| a) Area post - rolándica | a) Crisis somato - sensorial |
| b) Área occipital | b) Crisis visual |
| c) Área temporal | c) Crisis auditiva |
| d) Área infratemporal | c') Crisis vertiginosa |
| | d) Crisis olfatoria |

Tipo visceral

- | | |
|---------------|----------------------|
| a) Diencefalo | a) Crisis vegetativa |
|---------------|----------------------|

Tipo psíquico

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| a) Área temporal | a) Estado oniroide |
| | a') Pequeño mal |
| | a'') Automatismo psicomotor |

7.^a SESIÓN CLÍNICA

PSICOSIS SINTOMÁTICA

Sinos atenemos exclusivamente al sentido de las palabras, es posible que tuviéramos que extender el área de titulación de las psicosis sintomáticas a casi toda la patología mental. En la práctica se reúne bajo la expresada designación a todas aquellas entidades sindrómicas puestas en marcha y mantenidas por un agente causal que actúa alterando la integridad anatómica y fisiológica del cerebro por un mecanismo tóxico, infeccioso o, en más amplio aspecto, lesional.

Existen por tanto cuadros psíquicos muy diversamente constituidos (trastornos de la sensopercepción, de la ideación, de la conciencia y de la personalidad, distimias, alucinosis), como consecuencia y epifenómeno de la repercusión sobre el sistema nervioso de las afecciones somáticas de los distintos órganos, aparatos y sistemas.

El prototipo de la psicosis sintomática es el llamado delirio agudo, cuya etiopatogenia constituye también la prueba evidente de que la reacción psicótica a los agentes nocivos no queda reducida a la ecuación lesión-síntoma sino que exige la intervención de otros factores, entre los que el más importante es el de la constitución, ya que es del dominio vulgar que existe una especial predisposición a reaccionar con delirio a procesos infecciosos o tóxicos.

El delirio agudo, que Ey llama psicosis delirante aguda, es fundamentalmente un trastorno de la conciencia. Este trastorno es de curso agudo y su extensión y profundidad guarda alguna relación con el estado somático. La alteración de la conciencia es una regresión o descenso a niveles sistematizables con arreglo a las estructuras nerviosas afectadas. Estos niveles suponen un progresivo obscurecimiento de la claridad de la conciencia, desde sencillos trastornos de la productividad y curso del pensamiento hasta el estado estuporoso profundo, pasando por estratos de liberación imaginativa o interpretativa, alucinatoria, maníaca, depresiva, ansiosa, a niveles de producción oniroide y confuso-oniroide. Es el seno de este trastorno fundamental de la conciencia en el que se produce el vivenciar delirante primario.

Pretendemos concretar bien las líneas generales de esta forma de delirio que el médico general encuentra con frecuencia en sus enfermos intoxicados o afectados de procesos infecciosos. Se comprueban en el delirio los siguientes elementos:

- base somática y somatopsíquica (trastornos del humor, de la psicomotoricidad, del sueño y ritmos vegetativos).
- obscurecimiento de la conciencia que se manifiesta en un apartamiento de lo real, por lo que el enfermo aparece desligado de su ambiente y como concentrado en su actividad intensa delirante.
- el contexto del delirio es una mezcla de elementos intuitivos, visionarios irreales que se dan dramatizados en la concreta situación del enfermo; su contenido es alucinatorio a base de alucinaciones visuales; está provisto de una carga emocional intensa o afectivamente matizado por movimientos de éxtasis, fascinación, perplejidad o terror.
- el enfermo delirante participa en su delirio, actuando en él, dialogando con las voces, contemplando y contactando con las visiones.

Tal como se ha descrito el delirio agudo se puede encontrar en las descripciones francesas de la confusión mental, en las mal llamadas psicoencefalitis, en el delirio de los estados febriles y en el delirio agudo alcohólico. Lo que precisa retener es que el delirio agudo es la

forma prototípica de reacción general correspondiendo a la llamada reacción exógena de Bonhoefer.

Entre las psicosis sintomáticas que es oportuno recordar, figuran las designadas por Bumke psicosis de la generación y entre ellas vamos a ocuparnos de la llamada psicosis puerperal, que con tanta frecuencia cae bajo el dominio del médico general. En realidad, las psicosis puerperales adoptan pocas veces las características y curso del delirio agudo (formas amenciales o confusionales). Casi siempre encontramos una mezcla compleja de este tipo de reacción general y otros tipos de reacción condicionados de manera endógena. Así ocurre que el comienzo agudo de un brote psicótico del puerperio continúe en forma de ciclo maníaco con agitación psicomotora; o bien se resuelva insensiblemente en un estado ansioso-deprimido o, como hemos podido comprobar, cursa como un brote procesal que dejase luego un residuo defectivo catatónico o hebefrénico. Recientemente han aparecido en la literatura española y nosotros hemos visto algunos casos de enfermedad de Sheehan, en los que coexiste con la sintomatología psíquica un síndrome disendocrínico hipofisotiroideo. Es posible, por tanto, para la etiopatogenia de las psicosis que en el puerperio patológico hayan de coexistir factores predisposicionales y toxi-infecciosos al lado de otros factores de terreno en los que jugaría importante papel el diencéfalo.

Nos parece oportuno añadir algunos comentarios sobre las llamadas psicosis traumáticas o, más concretamente, trastornos mentales consecutivos a traumatismos craneoencefálicos. Las clasificaciones aceptadas actualmente permiten distinguir un grupo de trastornos agudos de otro de trastornos crónicos. Entre los agudos figura el síndrome de commoción, el coma traumático, el delirio traumático y el síndrome de Korsakow y entre los crónicos los trastornos postraumáticos y dos tipos mixtos (encefalopatía traumática de los boxeadores y la epilepsia traumática). Los médicos generales conocen bien los síndromes de commoción, coma y delirio traumático. En cuanto al síndrome de Korsakow se trata de un cuadro amnésico-confabulatorio descrito primeramente en el alcoholismo crónico. Se dan en este sín-

drome la desorientación espacio-temporal, los trastornos perceptivos de tipo ilusorio y la amnesia reciente, con una tendencia a rellenar sus líneas mediante ficciones o invenciones puras, la totalidad del síndrome con un matiz eufórico que recuerda la moria de las lesiones frontales. Los trastornos postraumáticos de cierta cronicidad tienen interés porque dan lugar a litigios por accidentes del trabajo en los que no rara vez intervienen como peritos los médicos generales. En el llamado síndrome postconmocional (síndrome de Foerster, de Symonds etc.) lo característico es el elemento ansioso con sintomatología funcional vertiginosa, cefaleas, insomnio y fatigabilidad. Con el tiempo puede producirse un cambio de personalidad, con pérdida de espontaneidad e iniciativa y reacciones de resentimiento, cólera y violencia.

truncamiento de la representación espacio-temporal, los trastornos perceptivos de tipo ilusorio y la amnesia reciente, con una tendencia a rellenar sus huecos mediante ficciones o invenciones puras, la totalidad del síndrome con un acento enfático que recae en la muerte de las lesiones frontales. Los trastornos posttraumáticos de cierta cronicidad tienen interés porque dan lugar a litigios por accidentes del trabajo en los que no rara vez intervienen como peritos los médicos generales. En el llamado síndrome postconmocional (síndrome de Foerster, de Syrnolds etc.) lo característico es el elemento ansioso con síntomas de ansiedad funcional, vértigos, cefaleas, insomnio y fatigabilidad. Con el tiempo puede producirse un cambio de personalidad con pérdida de espontaneidad e iniciativa y reacciones de resentimiento, celos y violencia.

En el síndrome de Korsakoff, el trastorno principal es la amnesia reciente, con una tendencia a rellenar sus huecos mediante ficciones o invenciones puras, la totalidad del síndrome con un acento enfático que recae en la muerte de las lesiones frontales. Los trastornos posttraumáticos de cierta cronicidad tienen interés porque dan lugar a litigios por accidentes del trabajo en los que no rara vez intervienen como peritos los médicos generales. En el llamado síndrome postconmocional (síndrome de Foerster, de Syrnolds etc.) lo característico es el elemento ansioso con síntomas de ansiedad funcional, vértigos, cefaleas, insomnio y fatigabilidad. Con el tiempo puede producirse un cambio de personalidad con pérdida de espontaneidad e iniciativa y reacciones de resentimiento, celos y violencia.

**ALGUNAS CUESTIONES PLANTEADAS
POR LOS ALUMNOS**

PRIMERA LECCIÓN DEL DR. PÉREZ Y PÉREZ

AL final de esta lección, los alumnos solicitaron aclaraciones y precisiones sobre los siguientes conceptos:

- Definición del psicópata y contenido clínico de las psicopatías.
- Concepto de la demencia.
- Hasta qué punto puede considerarse loco al psicópata.

Las preguntas fueron contestadas en primer lugar por el conferenciante Dr. Pérez y Pérez y se formularon las aclaraciones complementarias de orden clínico, y médico legal, por los Drs. Parejo y Serrano Salagaray.

—*Definición del psicópata.*—La psicopatía es un concepto que se ha opuesto al de psicosis. Para comprender éste hay que apoyarse en las ideas de proceso y de estado, y evolutivamente en la de enfermedad adquirida. Para comprender aquél, precisa acentuar los elementos conformadores y la disposición general y valerse de las ideas de desarmonía total de la persona y del carácter. En lo que se refiere a la relación del enfermo con el mundo y la existencia, el psicótico es un enajenado y el psicópata, fundamentalmente, un inadaptado. Desde el punto de vista evolutivo, la psicopatía carece de un curso morfológico determinado, como lo poseen las enfermedades; y el psicópata tiene un modo de ser mucho más manifiesto en su relacionarse con el mundo que en su propia individualidad. La definición de Schneider

reúne todos los requisitos de un concepto acabado; «es psicópata el que por su peculiar modo de ser sufre por ello y hace sufrir a los demás».

Es natural que todo criterio clasificador dentro del círculo psicopático, conduzca a una frondosa arborización del tronco fundamental, y las distintas formas clínicas son agrupaciones tipificadas en torno a una enumeración más o menos copiosa de formas parciales de desarmonías o de modalidades de comportamiento, cuando no peculiares del destino o desenlaces de tendencias prevalentes (agresividad, huida, refugio, delincuencia, toxicomanía, prostitución).

—*Concepto de la demencia.*

—*Hasta qué punto puede considerarse loco al psicópata.*

Se considera que las dos preguntas comprenden una sola cuestión y son inducidas por una preocupación única. Al recoger ambas preguntas interpretamos que nuestra misión, no es tan sólo traducir al lenguaje científico dos términos vulgares sino precisar los conceptos y llevarlos a una forma expresiva, técnicamente depurada.

Ambos términos, demente y loco, figuran expresamente en los Códigos Penal y Civil para fijar los límites jurídicos de la irresponsabilidad y de la incapacidad. Desde el punto de vista psiquiátrico estos términos pierden su contenido conceptual de trastorno, perturbación o defecto, que lleva consigo una determinada minusvalía social y jurídica, y así como el segundo carece de valor dialéctico psiquiátrico, el primero se aplica a una forma clínica de estado mental. Debemos entender por demencia un estado mental que implica un cambio defectivo de la personalidad en relación con el nivel total de evolutividad anterior al proceso determinante, cualquiera que fuere éste. Puede hablarse por lo tanto de una demencia endógena, a secas, sin causa, o criptogenética, de una demencia senil, o de una demencia paralítica.

Del contexto del articulado de los Códigos parece deducirse que al concepto de demencia se añade el de loco como entidad distinta.

Para nosotros la designación *loco* es una simple cualificación del enajenado, o sea, de toda persona en contradicción con los requisitos normativos que comprende una concepción ingenua y vulgar de la anormalidad psíquica. En la vasta amplitud de este criterio las psicopatías caben holgadamente, aunque como es de suponer, no todas las

SEGUNDA LECCIÓN DEL DR. SERRANO SALAGARAY

POR algunos alumnos se planteó la cuestión de la salida del Manicomio de los enfermos internados y su vuelta a la familia, el trabajo y la sociedad. Se inició una discusión muy animada para precisar los términos en que debía expresarse este problema por el que todos los asistentes manifestaron el mayor interés.

El Dr. Serrano Salagaray insistió en las normas terapéuticas y en las precisiones de orden médico-legal que exige toda alta sanatorial en la mayoría de los casos, ya que son contados los enfermos que no precisan ninguna clase de asistencia. Cree que es menester precisar en qué consiste ésta y en quiénes han de prestarla y de qué modo. Estima que el alta debe ser un documento mucho más amplio, en el que se dé cabida y forma literaria a las citadas precisiones.

El Dr. Parejo hace un resumen de los puntos debatidos y, considerando que el asunto merece la pena de reflexionar sobre el mismo, expone su parecer en los siguientes términos:

Para entender lo que significa el alta hay que partir de la noción jurídica de internamiento y del concepto clínico de hospitalización; ambas ideas operan desde órbitas diferentes y corresponden a hechos distintos. Sin embargo, el ingreso en un Manicomio es una situación que viene cualificada por decisión ajena al facultativo y que hace de la hospitalización manicomial un hecho distinto. Es menester oponerse

con energía al temor vulgar determinado por la palabra internamiento y el prejuicio de que equivale a la pérdida de la libre determinación del enfermo o sus derechohabientes. Por lo tanto, y con arreglo a la legislación vigente, encontraremos en nuestros Sanatorios enfermos cuyo ingreso se ha producido:

- 1.—Por decisión propia del enfermo.
- 2.—Por decisión familiar a la que el enfermo se somete.
- 3.—Por decisión familiar opuesta a la voluntad del enfermo.
- 4.—Por decisión familiar acerca de un enfermo incapaz de volición.
- 5.—Por decisión gubernativa.
- 6.—Por resolución judicial.
 - Para la práctica de observación.
 - Para tratamiento circunstancial de personas bajo su jurisdicción.
 - Por resolución de Tribunales.
- 7.—Por decisión de autoridades que ejercen acciones tutelares (consejos de familia, cónsules, empresas).

Como puede verse, estas circunstancias condicionan el alta, que, por otra parte, y en oposición al ingreso, es un documento en el que no existe más decisión que la facultativa en los apartados 5, 6 y 7, pero en el que, a pesar de la formalización por el médico, la decisión ha sido de la familia y, desgraciadamente, en franca disconformidad con el psiquiatra, con mucha frecuencia.

La práctica es complejísima, pues el alta es fundamentalmente una situación interpersonal muy variada y muchas veces absurda. Por ello únicamente podemos aludir a esta cuestión de la práctica y hablar con más detenimiento del aspecto general de estas preocupaciones.

La motivación más justificada del alta es la curación. Pocas veces podemos referirnos a la curación como desenlace de un internamiento manicomial. La curación, en somatología, es una restitución sin más; únicamente tiene consecuencias, y éstas de carácter jurídico, en su aspecto litigioso. En Psiquiatría, la curación es un compromiso; el médico queda ligado al futuro del enfermo y esto ocurre siempre. Para abreviar diremos que por ésta y otras razones los psiquiatras hablamos de remisión y entendemos bajo este término no solamente la regresión de los síntomas patológicos, sino el nuevo estado fundamental en

que el enfermo manifiesta de nuevo su personalidad. Por lo tanto, existirán:

- remisiones totales a un estado semejante al pre-morbo
- remisiones parciales o con defecto

y también:

- remisiones: a nivel familiar
 - a nivel familiar y laboral
 - a nivel familiar, laboral y social,

criterios que suponen un enjuiciamiento prospectivo sobre las posibilidades del enfermo de actuar con libertad y discernimiento suficientes en cada uno de los tres círculos de acción que enuncian los apartados.

Cualquier alta que se produzca fuera de la voluntad clínica es anómala. Durante la guerra civil se crearon en algunos manicomios de la zona roja «Comités de enfermos» que ordenaban las altas. En condiciones normales se producen peticiones familiares de alta cuya motivación es tan absurda como la de los «Comités». Todos los psiquiatras conocemos situaciones familiares que desembocan en una tremenda y casi siempre trágica liberación de un enfermo peligroso. Así ocurre con la esposa que se lleva a su marido paranoico para contrarrestar la acción difamadora de parientes sin escrúpulos que difunden la especie de un secuestro con fines inconfesables.

Es inútil insistir más. El enfermo que sale del Sanatorio es devuelto al mundo con una situación atípica que afecta a la familia, al círculo afectivo y laboral del que depende y, en un más amplio sector, a la colectividad humana que lo alberga. También interesa al médico general. Y creo interpretar que la pregunta que se ha formulado viene orientada hacia este último punto.

¿Cuál ha de ser la conducta del médico general frente al enfermo salido del Sanatorio?

¿Cómo ha de ser informado y en qué ha de consistir esta información?

Empezaré por la segunda cuestión planteada. Y ello me permite volver sobre la iniciativa del Dr. Serrano.

Creo que el alta debe ser un documento sencillo y no debe contener información ni prescripción. Todo lo más debieran entregarse a la familia instrucciones y consejos de carácter general que no prejuz-

guen la situación y estado concreto del enfermo. Porque éste utilizará su alta como certificación de salud y normalidad si le favorece, y en lo que le favorece, y en caso contrario la destruirá u ocultará. La información, con la amplitud propuesta, sólo puede facilitarse sin preocupación a los enfermos incapaces o pasivos que, probablemente, permanecerán para siempre en el Sanatorio.

La información es, sin embargo, necesaria, pero no debe vehicularse por el enfermo o su familia. Por esto yo insisto en una colaboración y contacto personal más estrecho entre el médico general y el psiquiatra.

Y pasamos a la primera pregunta.

Lo primero que ha de hacer el médico general es enterarse de las circunstancias que convienen en cada caso, adquiriendo una previa información directa y solicitando la que únicamente el Sanatorio de procedencia puede facilitarle.

Su conducta posterior comprende:

- Aconsejar y facilitar la recuperación moral del enfermo.
- Contribuir a deshacer el clima de violencia, desconfianza y temor que la presencia del enfermo produce; ello es importantísimo en la epilepsia.
- Ejercer la acción terapéutica sintomática.
- Informar a la autoridad si procediese.
- Informar al Servicio Psiquiátrico acerca de los progresos que haga el enfermo, vicisitudes de su adaptación, fracasos, recaídas, enfermedades, reacciones e infracciones y muerte.

En mi Servicio de Hombres usamos una hoja informativa que ha de ser diligenciada a ingreso. Con mucho gusto ofrezco al Dr. Serrano la oportunidad de redactar una Hoja informativa de alta que, forzosamente, tendría que ser doble, porque tiene dos destinatarios; la familia y el médico.

DESPUÉS DE LA SEGUNDA LECCIÓN DEL DR. PINTO GROTE

SOBRE EL MOVIMIENTO PSICOANALÍTICO

PRÁCTICAMENTE es imposible exponer en el transcurso de unos minutos, aún en sus líneas más generales, algo tan complejo como el mundo del psicoanálisis. Las dificultades aumentan si se considera que el deseo del auditorio nace de la necesidad de una información muy elemental y que, por lo tanto, el expositor ha de partir de la base de que sus oyentes no poseen más que vagas referencias de este problema. Por esto preferimos hacer una enumeración explicativa de los acontecimientos psicoanalíticos más importantes.

I.—Psicoanálisis y freudismo son conceptos sinónimos para muchas personas. Esto en modo alguno es cierto; Freud fué únicamente el descubridor del psicoanálisis como doctrina de la psicogenesia de los síntomas psíquicos y como procedimiento terapéutico mediante la liberación de las cargas activas generadoras de la ansiedad o mantenedoras de las estructuras sintomáticas. El descubrimiento originario se efectuó conjuntamente con otro médico vienés, Breuer, con motivo de la primera interpretación analítica de un caso de histeria masculina. El desarrollo posterior del psicoanálisis constituye un movimiento muy discutido en el que a medi-

las experiencias reprimidas a lo largo de la vida como desagradables o en conflicto con la estructura designada Super-Yo (instancia censora y a partir de la cual se genera la represión; códigos morales, presiones exteriores, etc.). El contenido del inconsciente, más las fuerzas pulsionales e instintivas que Freud considera íntimamente relacionadas con el sexo y que genéricamente designa *libido*, constituye el Ello. Los contenidos conscientes se expresan mediante los mecanismos racionales y lógicos, los contenidos del inconsciente se manifiestan mediante equivalentes emocionales (miedo, angustia), modos de comportamiento neurótico y en general formas simbólicas de exteriorización.

b) Este aparato psíquico se constituye y enriquece a lo largo de la vida por un proceso continuo en el que destacan sobre las mudables experiencias individuales otras de carácter prácticamente universal, estrechamente configuradas por los acontecimientos del devenir evolutivo del hombre normal, pero sus elementos se encuentran en cualquier momento de la vida e, incluso para algunos psicoanalistas, de la vida intrauterina. De aquí la importancia de las experiencias de la vida infantil que, según Freud, en ciertos momentos integran estructuras psicoafectivas que son a modo de conjuntos psíquicos autónomos representantes de determinadas situaciones, conjuntos a los que llama *complejos*. De ellos, el más típico es el de Edipo, con arreglo al cual el niño se identifica con el padre, cuya imagen simbólica incorpora a su Yo y proyecta su amor sobre la madre, mientras que la niña realiza la identificación opuesta.

c) La evolución de la sexualidad, cuya energía pulsional es importantísima en la escuela de Freud, pasa por una serie de fases en las que progresivamente va diferenciándose, liberándose de su componente corporal y delimitando su objeto. Así se pasa de la fase sádico-anal a la fase narcisista o de auto-erotismo y a la fase madura

heteroerótica con fijación objetal en la persona amada del sexo opuesto.

- d) La dinámica de la psique gira en torno a los principios de placer y dolor, renuncia o retrainamiento con generación o liberación de angustia. Las pulsiones instintivas del Ello chocan con las funciones de censura del Super-Yo y son reprimidas o bien sublimadas, esto es, convertidas en energía animadora de comportamientos adaptados, de formas de conducta altruísta o de elevadas actividades creadoras. Las formas estériles o conflictivas de este psicodinamismo son las que constituyen las psiconeurosis. Pero tanto Freud como alguno de sus seguidores han aplicado su teoría psicodinámica a las psicosis humanas, al mecanismo de la mente primitiva y a la explicación de fenómenos sociales, políticos, a la religión y al arte.

III.—El psicoanálisis, como doctrina y técnica terapéutica, consiste por lo tanto en franquear los dominios del inconsciente, analizar la estructura evolutiva de la personalidad del enfermo, seguir fase por fase la estructuración de sus complejos desde lo que se llama conflicto actual hasta sus formas primarias preorganizadas en el pasado infantil y mostrar al enfermo cómo sus síntomas se han generado a través de este proceso. Precisa esta terapéutica un aparato especial de entendimiento, puesto que el material inconsciente sólo es comunicable simbólicamente y prejuzga la capacidad curativa del proceso psicoanalizador por sí mismo.

Lo que hemos designado aparato de entendimiento entre psicoanalizador y psicoanalizado se debe a Freud y también a algunos de sus discípulos disidentes. Este aparato consiste en el contenido simbólico o intencional de los actos fallidos y equivocaciones, del contenido de la narración libre del enfermo, del contenido manifiesto de sus sueños y algunas pruebas como la de las asociaciones libres o determinadas. Es fácil darse cuenta de que un tratamiento psicoanalítico es una cosa larga, difícil y que exige condiciones

especiales por parte del médico y del enfermo. Todo tratamiento largo es a nuestro modo de ver una forma de relación interpersonal llena de incidencias y de posibilidades circunstanciales y afectivas inevitables. Los psicoanalistas designan a las incidencias de carácter negativo resistencias (reveladoras de fuertes tensiones inconscientes) y a la actitud general positiva, transferencia o transfert. Por lo tanto es de suponer que el simple hecho del análisis psicológico no posea en sí virtudes o virtualidades curativas sino que además operan mecanismos pedagógicos y los de la propia transferencia.

IV.—Las ideas de Freud se extendieron lentamente por Europa y el propio fundador las llevó a América del Norte, donde han tenido más auge. Pero las divergencias comenzaron muy pronto y dos de sus discípulos, Jung y Adler, se separaron para fundar escuelas psicoanalíticas independientes. La escuela de Jung sigue corrientes morales y espirituales que pugnan con el amoralismo del psicoanálisis ortodoxo. Y Adler, inspirado en profundas preocupaciones sociológicas, rechaza principalmente el pansexualismo freudiano.

Para Jung la libido es una especie de impulso vital primario del que la pulsión sexual es una manifestación aislada. La estructura de la personalidad es más compleja y su principal modificación en relación con el psicoanálisis ortodoxo consiste en la adición al inconsciente personal o individual del inconsciente colectivo (suma de experiencias ancestrales incorporadas en bloque a la estructura inconsciente de cada individuo). Psicodinámicamente Jung incorpora los conceptos caracterológicos de introvertido y de extrovertido y dada la compleja estructura del inconsciente los trabajos de Jung en lo referente a simbología son muy importantes.

Adler bautizó su disidencia con el nombre de psicología individual. No introduce cambios fundamentales en la estructura psicoanalítica de la personalidad ni en la evolución de la psique. Continúa asignando el papel decisivo a las experiencias infantiles. Adler diverge de Freud en el aspecto

psicodinámico de la doctrina. Abandona los principios de placer y displeacer y sitúa en el centro del juego psíquico y en vez de la libido, el instinto de poder o de prevalencia y sus vicisitudes a través de la vida en las tres esferas de la familia, el trabajo y la sociedad. Las causas del comportamiento neurótico y también de la formación de caracteres neuróticos estriba en el establecimiento de formas inadecuadas o frustradas de vida a causa de insuficiencias reales o ficticias de órganos corporales o cualidades psíquicas (complejo de inferioridad) las personalidades de excepción son capaces de crear formas superiores de vida material o espiritual mediante la superación de estas inferioridades físicas o psíquicas.

Como puede verse el movimiento psicoanalítico, hasta el momento de nuestra exposición, contiene una psicología opuesta a la clásica y que por esto ha sido llamada *psicología profunda*; una forma de *pedagogía*, mucho más evidente en la doctrina de Adler y una *terapéutica* consistente en el análisis psicológico de la situación y de la existencia del enfermo a la luz de tres maneras diferentes de entender al hombre.

Las disidencias que se han producido posteriormente carecen de interés científico y del contenido positivo e innovador de las de Jung y Freud. Tal ocurre por ejemplo con la de Melania Klein, ocurrida después de la muerte de Freud, como consecuencia de disparidades en la interpretación de la fase preedipiana de la libido infantil con Anna Freud. Lo mismo ocurre con las modificaciones propuestas en la técnica psicoanalítica por la escuela americana dirigida por Alexander y que supone una verdadera conversión en psicosis del proceso psicoanalizador. En Alemania y Austria han surgido recientemente importantes movimientos psicoterápicos, algunos de los cuales conservan con relación al freudismo una vaga referencia analógica en la designación analítica. Entre ellos están las formas de análisis existencial de Jasper, Frank y Biswanger y en cierta forma el análisis del destino de Szondi.

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
PRÓLOGO del Dr. Cerviá	5
FREFACIO del Dr. M. Parejo	9
Lección 1.^a	
Dr. M. Parejo Moreno: Esquema general de la fisiopatología psiquiátrica	13
Lección 2.^a	
Dr. J. J. Pérez y Pérez: Esquema general de la nosología psiquiátrica	39
Lección 3.^a	
Dr. J. J. Pérez y Pérez: Diagnóstico general de las psicosis.	63
Lección 4.^a	
Dr. C. Pinto Grote: Terapéutica activa de las enfermedades mentales	81
Lección 5.^a	
Dr. C. Pinto Grote: Idea general de la psicoterapia.	103
Lección 6.^a	
Dr. A. Serrano Salagaray: Psiquiatría médico-legal.	133

Lección 7.^a

Dr. A. Serrano Salagaray: Asistencia médica post-sanatorial. 155

Lección 8.^a

Dr. M. Parejo Moreno: Consideraciones generales sobre las psiconeurosis 165

Sesiones clínicas

Servicio de Mujeres del Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Tenerife 187

Sesiones clínicas

Servicio de Hombres del Sanatorio Psiquiátrico Provincial de Tenerife 197

Algunas cuestiones planteadas por los alumnos. 249

PUBLICACIONES DEL I. P. T.

1.—Sesión Inaugural del Instituto. 1955.

2.—*Dres. Parejo, Pérez y Pérez, Pinto Grote y Serrano Salagaray*:
Primer Curso Monográfico de Psiquiatría para el Médico General. 1956.

Dr. Pinto Grote.—Las Horas del Hospital. (De inminente aparición).
Memoria y trabajos del I. P. T. Año 1955. (En prensa).

Dr. Trujillo Castro y otros.—Curso de Ginecología. (En preparación).
Diccionario Médico Políglota. (En preparación).

Estudios precedentes de Patología y Fisiología de Tenerife. (En preparación), etcétera.

Actividades previstas para 1956

Sesiones Clínicas semanales, los viernes a las 7 de la tarde.

Sesiones técnicas, las que se convoquen.

Aportaciones a la Real Academia de Medicina.

Semana de Enfermedades Infecciosas, bajo la dirección del doctor
Torres Gast.

Cursillo de Anestesiología para médicos.

Curso de Obstetricia para médicos.

Curso de Alergia.

Curso de Reumatología bajo la Dirección del Dr. G. Costa Bertani, de
Buenos Aires.

Curso de Traumatología y Primeros Auxilios.

Curso de Endocrinología Ginecológica.

Cursillos de Semiología para estudiantes (verano).

Reunión conjunta de las Sociedades Canarias de Medicina Interna
(Otoño).

Aportación a las segundas Jornadas Médicas Canarias en Las Palmas.
(Ponencia y otras). (Otoño), etcétera.

Actividades previstas para 1957

Aportación al cuarto Congreso Español de Alergia en Barcelona.

Aportación al Congreso de la Sociedad Internacional de Patología
Geográfica. (París).

