



Bartolomé Llopis (1905 –1966)

EL RESCATE Y LA MEMORIA

La Psicosis Única en el Siglo XX El pensamiento de Bartolomé Llopis: de la psicopatología a la nosografía

Norberto Aldo Conti

<https://doi.org/10.53680/vertex.v34i159.357>



Bartolomé Llopis nació en Villajoyosa, Alicante, el 29 de abril de 1905 en una familia de ocho hijos en donde el padre era abogado. Recibió una buena educación y a los 15 años comenzó a trabajar como telegrafista consiguiendo un traslado a Madrid a los 20 años que le permitió comenzar a estudiar medicina. En 1929, aún como estudiante, comenzó a concurrir a la Sala de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid dirigida por José Sanchis Banus a quién, junto con Gonzalo Rodríguez Lafora y José Miguel Sacristán, considerará como sus maestros en psiquiatría. En 1931 completa la carrera de medicina y continúa su actividad profesional en el Hospital Provincial donde colabora con Rodríguez Lafora en el dictado de cursos sobre la especialidad. En 1934 se afilia a Izquierda Republicana y en 1937 es nombrado Capitán Médico y Jefe de los Servicios Psiquiátricos del Ejército del Centro. Finalizada la Guerra Civil padeció un “proceso de depuración” que fue atemperado por las declaraciones a su favor de individuos franquistas a quienes había protegido, a su propio riesgo, durante la conducción republicana, no obstante debió vivir, como tantos otros, el “exilio interior” que se prolongó entre 1940 y 1944 durante el cual no pudo ejercer la medicina y, teniendo cuatro hijos pequeños, trabajó como telegrafista padeciendo penurias económicas y espirituales dominadas por el desprecio y la marginación a los que fue sometido. Cumplido este período volvió a ejercer su profesión y en 1947 ganó el cargo de Jefe Clínico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial. En 1950 también regresó de su exilio en México Rodríguez Lafora, esto significó un gran estímulo para Llopis quien acompañó a su maestro en 1954 cuando este pudo reanudar la publicación de la revista “Archivos de Neurobiología” publicando Llopis, en ese mismo año, su trabajo titulado “La Psicosis Única” en los dos primeros números de la revista. Habiendo cedido gustosamente su cargo de Jefatura a Rodríguez Lafora, quien lo ostentaba desde antes de la guerra civil, se dedica los siguientes años a trabajar intensamente en sus escritos hasta que, en 1962, es nombrado Director del Hospital Psiquiátrico de Alcohete, en Guadalajara cargo al que renuncia en 1964, año en que se le diagnostica un carcinoma pulmonar, desde entonces se dedica a trabajar intensamente en la preparación de un libro titulado *Introducción dialéctica a la psicopatología*, abocado a esta actividad fallece el 20 de abril de 1966, su hijo Rafael Llopis lo publicará finalmente en 1970.

Obras de Bartolomé Llopis en torno a la Psicosis Única

- Llopis, B. (1940) "La psicosis pelagrosa, la psicopatología general y la nosología psiquiátrica", *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, I (3-4): 174-93
- Llopis, B. (1941) "Algunas consideraciones generales sobre la pelagra", *Revista Clínica Española* (4)
- Llopis, B. (1943) "Los trastornos psíquicos en la pelagra (Enfermedad de Casal)", *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4 (1-2): 7-31.
- Llopis, B. (1946) *La psicosis pelagrosa. Un análisis estructural de los trastornos psíquicos*, Barcelona-Madrid-Valencia, Científico Médica.
- Llopis, B. (1946) "Relaciones recíprocas entre pelagra y psicosis", *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5 (4): 229-34
- Llopis, B. (1950) "La psychose pellagruese et les problèmes psychiatriques", *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 66: 172-92.
- Llopis, B. (1954) "La psicosis única" *Archivos de Neurobiología*, 17 (1): 3-41
- Llopis, B. (1954) "La psicosis única (Conclusión)" *Archivos de Neurobiología*, 17 (2): 141-63
- Llopis, B. (1954) "Las ideas de celos de los bebedores" en: *Curso de Neuropsiquiatría forense y criminología*, Madrid, Marbán: 109-28
- Llopis, B. y Llopis, R. (1959) "Sobre la delusión de los litigantes (Dos casos clínicos)", *Archivos de Neurobiología*, 22 (1): 1-18
- Llopis, B. (1959) "The axial síndrome common to all psychoses", *Psychoanalysis and the Psychoanalytic Review*, 46 (3-4): 2-32
- Llopis, B. (1960) "Das allen Psychosen gemeinsame Axialsyndrom" *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 28 (2).
- Llopis, B. (1961) "Sobre la delusion y la paranoia", *Archivos de Neurobiología*, 24 (4): 321-60
- Llopis, B. (1970) *Introducción dialéctica a la psicopatología*, Morata, Madrid.
- Llopis, B. (2003) *La psicosis única*, Escritos escogidos, Triacastela, Madrid.

Acerca de la Psicosis Única: revisando conceptos

Difícil es imaginar un término más omnipresente y esquivo que el de "psicosis" en el desarrollo de la psiquiatría moderna desde sus inicios en las postrimerías del siglo XVIII hasta el presente. Para una breve arqueología del mismo creemos necesario buscar su punto de origen para luego recorrer el camino que el mismo tomó a lo largo del siglo XIX.

Es William Cullen (1710-1790), uno de los médicos más influyentes de su generación, quien propone, en su libro "*Instituciones de la medicina práctica*" (1776), el término Neurosis definido como "Afecciones del sentimiento y del movimiento, sin fiebre y sin lesión aparente de los órganos". Para Cullen la alteración de la energía nerviosa, proveniente del sistema nervioso central, era causa de los trastornos mentales pero también de otras afecciones del organismo, aquí el término *neurosis* remite a un sentido etiológico y abarca diversas enfermedades. De manera que la alteración de la energía nerviosa puede producir alteraciones mentales pero también de otros órganos de la economía.

Philippe Pinel, muy crítico del sistema clasificatorio *more botánico* de Cullen, en su "*Nosografía filosófica*" (1798), acepta sin embargo el grupo de las neurosis como gran familia abarcativa e introduce el término *alienación mental* para nombrar, dentro de aquél universo, a las *alteraciones mentales*; interesa destacar aquí que esta nueva denominación pineleana de la locura (*folie*) mantendrá en su pensamiento una unidad fundamental más allá de sus presentaciones clínicas, quedando entonces emparentada con el concepto de psicosis única que advendrá al campo psiquiátrico poco tiempo después.

Justamente será Ernst Feuchtersleben (1806-1849), en su *Manual de Psicología Clínica* (1845) quién introducirá el término *psicosis* como una afección nerviosa que modifica la conducta diferenciándola de las afecciones nerviosas que afectan al cuerpo. Tenemos así que el conjunto de las afecciones nerviosas, que habían sido definidas por Cullen como *neurosis*, se dividen en las que afectan la conducta, entendidas ahora como psicosis y pertenecientes al campo de la psiquiatría y las que afectan al cuerpo (movimiento) que serán objeto de la incipiente neurología.

Con Joseph Guislain (1797-1860) comienza el proceso de conceptualización de la psicosis única; en sus *Lecciones Clínicas* (1833) considera que todos los trastornos anímicos (locura) se inician de la misma manera: a partir de una alteración morbosa de la sensibilidad a la que define con el neologismo *frenalgia* (dolor moral, anímico o mental) y luego ella da paso a todos los demás comportamientos clínicos descriptos: manía, melancolía, demencia "y una multitud de otras formas mixtas y complejas" a partir de un proceso que llama de *metamorfosis* entre unas y otras formas.

Wilhelm Griesinger (1817-1868), en su *Tratado de las Enfermedades Mentales* (1845), hace suyo el concepto de frenalgia como forma común de inicio de la locura y propone un ordenamiento clínico que de la frenalgia pasa sucesivamente a la hipocondría, melancolía, manía (*Tobsucht*), locura sistematizada (*Verrücktheit*) y demencia agitada (*Verwirrtheit*) o demencia apática (*Blödsinn*). Vemos así perfectamente delimitado el gran círculo de la psicosis que, con algunas variantes, se seguirá en la corriente unicista a lo largo del siglo XIX. Pero la riqueza del texto

de Griesinger va más allá de este ordenamiento, en efecto, propone que el grupo de trastornos ligados al afecto: frenalgia, hipocondría, melancolía y manía son trastornos primarios que conllevan una alteración funcional sin daño orgánico y por lo tanto son reversibles con restitución *ad integrum* y los trastornos ligados al pensamiento, *Verrücktheit* y demencia, son trastornos secundarios que comportan una alteración orgánica y por lo tanto una vez instaurados no retrogradan, solo se cronifican llevando en última instancia a la muerte.

Heinrich Neumann (1814-1884), en su *Manual de Psiquiatría* (1859), propone un ordenamiento parecido, dentro también de un modelo unitario de locura, en el cual siempre se inicia con un episodio melancólico al cual sigue otro delirante con agitación (furor) y luego una fase de turbación prolongada para finalmente alcanzar la demencia.

En Karl Kahlbaum (1828-1899) encontramos un pensamiento de continuidad y ruptura. Por un lado se reconoce deudor del pensamiento de Neumann, como lo expresa en su texto *Clasificación de las enfermedades mentales* (1863) y también lo es de Griesinger por el notable paralelismo que presenta con este autor respecto al tratamiento del inicio de las psicosis en la pubertad y el uso del concepto de metamorfosis del yo. En esta línea de pensamiento se inscribe su descripción de la *Vesania Típica* a la que considera la variedad más típica de los trastornos anímicos, la cual se desarrolla en cuatro estadios: *stadium melancholiae*, *stadium maniae*, *stadium perturbationis* y *stadium demantiae*, aquí se ve claramente la continuidad con sus predecesores tanto en el ordenamiento secuencial de las fases, que corresponden a las descripciones de Griesinger y Neumann, como también en la consideración del inicio de todos los cuadros en la alteración sensible como lo reconoce en sus referencias a la *frenalgia* de Guislain. Por otro lado no considera, como sus predecesores, que esta forma de *Einheitspsychose* agote el campo de la psiquiatría sino que propone la existencia de otras formas de trastornos en donde lo característico no es la afectación total de la personalidad y su evolución por etapas hasta el deterioro final y la muerte, sino una afectación parcial (cercana a las monomanías de Esquirol) que puede interesar a la afectividad, el pensamiento o la voluntad y a las que llama en conjunto *vecordias*, distinguiendo en relación al campo afectado, la distimia, la paranoia y la diastrephia. Finalmente nos dirá que las vecordias son trastornos parciales, permanentes y continuos. Solo vamos a recoger aquí la idea de que las vesanias y las vecordias son cuadros cualitativamente diferentes, mientras las vesanias se ciñen al ordenamiento de la psicosis única las vecordias rompen con el mismo al atomizarse y abandonar cualquier descripción evolutiva que permita algún tipo de *metamorfosis* entre ellas. Vemos así que en Kahlbaum hay continuidad de la psicosis única en las vesanias y surgimiento de las enfermedades mentales como entidades clínico evolutivas discretas (Lanteri-Laura 2000) en las vecordias.

El aislamiento temprano de la paranoia por Kahlbaum (1863) significó, a nuestro entender, el inicio del ocaso de la *psicosis única* en la hermenéutica de la locura, con ella se inicia un debate intenso acerca de la pertenencia o no de estos cuadros al círculo de la *Einheitspsychose*, los seguidores de Kahlbaum propondrán, sobre el modelo de las vecordias, que la paranoia es una *die primarè Verrücktheit* o sea una afección primaria del pensamiento no dependiente de una primera fase sensitiva o afectiva (frenalgia) a la manera del modelo de Griesinger, en esta dirección van los trabajos de Hoffman y Snell, esta línea de pensamiento se vio fortalecida por el reconocimiento por parte de Greisinger (1867) de la existencia de la *primarè Verrücktheit*. Finalmente, en el Congreso de Psiquiatría de Berlín de 1893 la paranoia fue definida como una enfermedad primaria de la razón.

Ya para entonces comenzaba a cobrar envergadura y reconocimiento en el espacio europeo la obra nosográfica de Emil Kraepelin (1856-1926) quien a lo largo de las diferentes ediciones de su Tratado de Psiquiatría (1883-1926) va construyendo una trama discreta de diversos trastornos clínico evolutivos que se alejan definitivamente de la unidad de la psicosis única.

Vemos entonces que el centro de la disputa entre estas dos posiciones en torno a la naturaleza de la locura está dado a lo largo de la segunda mitad del Siglo XIX, como bien la describen dos importantes representantes de ambas posiciones, por un lado Heinrich Neumann, quien afirma en 1859: “No podemos creer en el progreso real de la psiquiatría hasta que se haya tomado la decisión general de arrojar por la borda las clasificaciones.” Y por otro lado Jean Pierre Falret, quien en el prefacio de su *Sobre las enfermedades mentales y los asilos de alienados* (1864) dice: “Se ha querido estudiar la locura como enfermedad única en lugar de buscar en ese grupo vasto y mal delimitado especies verdaderamente distintas, caracterizadas por un conjunto de síntomas y un curso determinado.”

Interesante ejercicio epistémico resulta pensar como, observando las mismas descripciones clínicas, dos tradiciones diferentes desarrollan diferentes conceptualizaciones acerca de la locura, unos entendiéndolas como fases evolutivas de un único trastorno: la *psicosis única*, y otros observando entidades discretas: los trastornos clínico evolutivos, que se afianzarán como *enfermedades mentales*.

La Psicosis Única en el pensamiento de Bartolomé Llopis

El punto de partida de las investigaciones de Llopis que desembocan en su concepción psicopatológica acerca de la Psicosis Única es una gran cantidad de casos de pelagra observados durante la Guerra Civil Española en los cuales sistemáticamente describe una serie de alteraciones psiquiátricas que acompañan al cuadro somático. Esta experiencia, que comienza hacia 1938, queda en el centro de sus investigaciones (1940), (1941), (1943), (1946), (1950), hasta que en 1954 publica la versión final de la misma en las dos primeras entregas de los *Archivos de Neurobiología* bajo el título de Psicosis Única, son más de 15 años de maduración de esa experiencia liminal.

Nadie mejor que José Lázaro explica el planteo psicopatológico de Llopis, en su cuidada introducción al volumen sobre los escritos escogidos de nuestro autor, allí dice: *“La experiencia determinante de toda su obra fue la observación de 118 casos de síndromes pelagrosos producidos por la desnutrición en Madrid durante los años de la guerra civil. Los síntomas neurológicos, digestivos y dérmicos típicos de la pelagra se acompañaban de una gran variedad de trastornos psíquicos, que Llopis describió y analizó minuciosamente. Estas manifestaciones proteiformes, derivadas de una etiología carancial común a todas ellas, le llevaron a una conclusión que se convertiría en el núcleo de su pensamiento como psicopatólogo: en las psicosis pelagrosas podían observarse todos los trastornos mentales que la psicopatología entonces vigente consideraba **endógenos**, pero su causa no era desconocida, pues se trataba de una avitaminosis. Por consiguiente el planteamiento de Bonhoeffer (que identificó una **reacción exógena** inespecífica, capaz de explicar que un mismo síndrome psicótico apareciese como consecuencia de diversas enfermedades somáticas) podía extenderse a toda la psicopatología y postular una causa orgánica (conocida, por ejemplo, en la pelagra, o desconocida, por ejemplo, en la esquizofrenia) capaz de desencadenar **el síndrome axil común a todas las psicosis**. Al igual que un mismo cuadro psicótico podía ser originado por distintas causas somáticas, una misma causa (la pelagra) podía estar detrás de diversos cuadros.*

Este síndrome axil sería el trastorno mental básico cuyos diferentes grados y cuyas diferentes manifestaciones circunstanciales habrían sido erróneamente identificadas, a lo largo de la historia, como distintas enfermedades mentales. Las aparentes diferencias cualitativas entre distintos casos clínicos resultarían ser, en realidad, variaciones cuantitativas del mismo trastorno fundamental primario.” (Lázaro, J. Estudio Introductorio, en Llopis, B. La Psicosis única, Escritos escogidos, Triacastella, Madrid, 2003, pp. 41.)

En definitiva, lo que la psiquiatría del siglo XIX describió como psicosis única Llopis lo reactualiza desde el análisis psicopatológico como *síndrome axil a todas las psicosis*, lo que subyace a las clasificaciones sintomáticas es pensado por el autor como un proceso que afecta, por las más variadas causas, al estado y al contenido de la conciencia, allí está la esencia de la locura para Llopis y el análisis de esos procesos en el contexto histórico del concepto de psicosis única constituyen los fragmentos que enmarcan esta presentación.

La actualidad de esta apasionante discusión que ya lleva casi dos siglos de existencia está expresada en los alternantes desarrollos producidos durante el siglo XX entre propuestas categoriales y dimensionales cuya extensión y profundidad exceden largamente a nuestro cometido. No obstante nos gustaría cerrar la misma con un fragmento de un encuentro de reflexión sobre estos temas ocurrido sobre fin de siglo y que involucra a importantes referentes de la psiquiatría:

“¿Forman los trastornos psicóticos un continuum o son, a pesar de la falta de límites claros, entidades distintas? ¿Con qué base podríamos aceptar que existe continuidad entre los trastornos psicóticos? ¿Solo con la sintomatología? ¿O quizás también con la continuidad de la predisposición genética? ¿O de otras dimensiones, como la biología o la farmacología? ¿Es cierto que está totalmente equivocada la vieja idea de una Einheitspsychose?

“El estado actual de nuestro conocimiento no es concluyente. La hipótesis de un continuum de las psicosis endógenas puede que sea demasiado simple, pero aún no ha sido refutada ... Hasta que tengamos datos mejores podemos asumir que todos tenemos razón y estamos en desacuerdo, o, más probablemente, que todos estamos equivocados y en desacuerdo.” (Marneros et al., 1995)

Bibliografía

- Berrios G. y Fuentenebro, F. (1996) *Delirio, Historia, Clínica y Metateoría*, Trotta, Madrid.
- Conti, N. (1996) "Jean Pierre Falret", en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría* Vol. VII, pp. 226-228.
- Conti, N. (2006) Historia conceptual del trastorno bipolar, en Akiskal, Cetcovich Bakmas, García Boneto, Vazquez y Strejilevich (eds). *Trastornos Bipolares*, Panamericana, Buenos Aires.
- Conti, N. (2008) De la Alienación a las Enfermedades Mentales en Alemania: Karl Kahlbaum, un pensamiento de cambio, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XIX, pp. 228-230.
- Conti, N. (2009) Psicosis Delirantes Crónicas, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XX, pp. 187-199.
- Conti, N. (2010) Emil Kraepelin: la consolidación de las Enfermedades Mentales, en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXI, pp. 314-316.
- Conti, N. (2011) "El modelo psicopatológico de Griesinger en su Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales" en *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXII, pag. 72-73.
- Griesinger, W. (1997) *Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales*, Polemos, Buenos Aires (traducción de la edición francesa de 1865).
- Huertas, R. (1999) Nosografía y antinosografía en la Psiquiatría del siglo XIX: en torno a la psicosis única, en *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XIX, 69, pp. 63-79.
- Huertas, R. (2004) *El siglo de la clínica*, Frenia, Madrid.
- Kahlbaum, L. (1995) *Clasificación de las Enfermedades Psíquicas*, Dor, Madrid (traducción de la edición alemana de 1863).
- Marneros, A.; Andreasen, N. y Tsuang, M. (eds) (1995) *Psychotic Continuum*, Berlin, Springer-Verlag.
- Stagnaro, J.C. (1997) Presentación, en Griesinger, W., *Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales*, Polemos, Buenos Aires.

La psicosis única (fragmentos)

Tomado de: Llopis, B. (1954) *Arch. de Neurobiología*, 17 (1): 3-41 y 17 (2): 141-63

¿Es peculiar a cada entidad nosológica una precisa y determinada sintomatología psíquica o, por el contrario, sólo es factible clasificar los síntomas en síndromes inespecíficos, es decir, capaces de presentarse en cualesquiera entidades nosológicas? O lo que viene a ser lo mismo: los síntomas psíquicos, ¿son producidos y configurados, en cada caso, por la causa patogenética correspondiente o no representan más que posibilidades de reacción preexistentes, que pueden ponerse de manifiesto por las causas más diversas?

Esta cuestión ha sido y sigue siendo todavía el problema crucial de la psiquiatría. Cualquier investigación psiquiátrica que no sea demasiado superficial tropezará indefectiblemente con él. Nosotros nos lo hemos planteado con motivo de nuestras investigaciones sobre la psicosis pelagrosa y hemos llegado en nuestras conclusiones no sólo a negar la especificidad de los verdaderos síntomas psíquicos, sino también a resucitar, con ciertas limitaciones, la vieja teoría de la psicosis única, teoría que había permanecido arrumbada desde hace casi un siglo.

A la palabra «psicosis» va ligada una cierta ambigüedad. Puede emplearse para designar sólo el conjunto de manifestaciones psíquicas de una enfermedad, con exclusión de la «somatosis» o enfermedad somática fundamental. Pero generalmente se usa, en

un sentido amplio, para calificar a la enfermedad en su totalidad, y se habla, por ejemplo, de las manifestaciones somáticas o de la fisiopatología de las psicosis. En esta última acepción no es posible, naturalmente, hablar de «psicosis única». Hay, sin duda, múltiples y heterogéneas enfermedades con manifestaciones psíquicas (¿habrá alguna enfermedad que no las tenga?). Únicamente dando a la palabra el primer significado es posible el empleo correcto de tal expresión.

Al hablar, pues, de psicosis única se quiere expresar que los síntomas 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 estas respuestas hay una continuidad, una transición insensible; que los diversos cuadros psicóticos no representan más que grados diversos de intensidad del mismo trastorno fundamental.

Durante toda la historia de la psiquiatría científica esta concepción unitaria ha pugnado con la tesis de la pluralidad de las psicosis. Nos parece interesante, para que se pueda juzgar la situación actual del problema, dar un resumen de su evolución histórica. Para ello hemos procurado buscar las fuentes originales, aunque no en todos los casos lo hemos conseguido. Por

otra parte, hemos tenido que limitamos a los autores que consideramos más representativos. Creemos que una mirada retrospectiva es interesante, y mucho más en una ciencia como la psicopatología que, a pesar de muchos pedantes optimismos, apenas ha logrado en medio siglo algunos pocos avances positivos. Considerar que las ideas dominantes en la actualidad, por ser las más modernas, han de ser las mejores, puede ser un error de graves consecuencias para una orientación seria y fecunda. Por lo menos, conviene contrastar constantemente tales ideas con las concepciones pretéritas. En la evolución de estas ciencias, que por su naturaleza escapan a una fácil comprobación objetiva, se emprenden muchas veces caminos erróneos, que hay que abandonar más tarde. Esto creemos, por ejemplo, que ha de suceder con el llamado «psicoanálisis» (con esta fantástica mitología de símbolos y de complejos que, después de la psiquiatría, intenta invadir ahora la medicina interna), aunque quizá el día que se abandone deje en nuestro haber el residuo de algún conocimiento positivo. Pero también muchas veces, por motivos injustificados, se abandonan caminos que es preciso, más tarde, buscar de nuevo, para reemprender la ruta exacta. Esto acontece, a nuestro juicio, con la tesis de la psicosis única.

Dividiremos nuestro trabajo en dos partes: en la primera, expondremos las vicisitudes por que ha atravesado la tesis de la psicosis única, y en la segunda, resumiremos nuestros puntos de vista personales sobre este problema.

I. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE PSICOSIS ÚNICA

Los primeros indicios de la psicosis única *Areteo de Capadocia*

La idea de la psicosis única, como dice Birnbaum, fue esbozada ya a fines del siglo I, por Areteo de Capadocia. Para éste, la melancolía sería la forma fundamental de la locura, de la cuál derivarían todas las otras variedades. «Las formas de la locura –decía– son muchísimas en especie, pero pertenecen a un solo género, ya que todas son enajenación mental con ausencia de fiebre.» Dividía la alineación mental en melancolía y manía. La melancolía era causada por la bilis negra que, subiendo hacia el estómago, engendraba flatulencias, al mismo tiempo que afectaba al espíritu. Por eso en la antigüedad se llamaba a estos enfermos, indiferentemente, melancólicos o ventosos. El paso de la melancolía a la manía se explicaba, según Areteo, por la agravación de

la enfermedad debida a la acción simpática que ejerce sobre el cerebro la bilis negra retenida en el estómago y los hipocondrios. Según se desprende de estas breves consideraciones, pueden verse simultáneamente, en Areteo de Capadocia, los gérmenes de los conceptos de psicosis maníaco-depresiva y de psicosis única.

Chiarugi

La idea de que, en el curso de la misma enfermedad, pueden sucederse estados psíquicos completamente diferentes fue defendida, en Italia, en 1784, por Chiarugi, que distinguía tres formas de locura: la melancolía (delirio parcial, es decir, limitado a pocos objetos), la manía (delirio general unido a osadía y cólera) y la demencia (delirio general o casi general con irregularidad en las facultades cognoscitivas y volitivas y con ausencia de emociones). Las tres formas se mezclarían entre sí, se sucederían o engendrarían unas a otras.

Lamentamos no poseer una información más completa sobre los puntos de vista de este autor.

Esquirol

La psiquiatría científica se inició en Francia gracias a la formidable labor descriptiva de Pinel y de Esquirol. La psiquiatría clínica, en sus comienzos, ha sido casi puramente descriptiva.

(...)

Él distinguía perfectamente la locura de sus formas de manifestación. Así, dice textualmente: «La locura puede afectar sucesiva y alternativamente todas estas formas: la manía, la monomanía y la demencia se reemplazan, se complican en el curso de una misma enfermedad, de un mismo individuo.» Por lo tanto, para él, la manía, la monomanía y la demencia, en primer lugar, no son entidades nosológicas, sino sólo formas, es decir, síndromes, y en segundo lugar, son formas en las que cabe una transición de unas a otras. En este sentido, puede considerarse a Esquirol como uno de los primeros representantes, en los tiempos modernos, de la tesis de la psicosis única. Es curioso que pueda decirse de un mismo autor, por una parte, que ha creado tantas unidades nosológicas como enfermos y, por otra, que ha fundido todas las entidades nosológicas en una sola psicosis. En realidad, ni las formas de la locura ni la locura misma pueden considerarse, estrictamente tomadas, como enfermedades o entidades nosológicas. El propio Esquirol, al hablar de las causas de la locura, dice que su etiología

es tan numerosa como variada. Pero la consideración etiológica es fundamental para la delimitación de las entidades nosológicas. Si la locura obedece a causas tan numerosas como variadas, es porque no se trata de una entidad nosológica, sino de un síndrome. De otro modo tendría que haber tantas locuras, como factores etiológicos. Tal fue, como veremos después, la hipótesis de trabajo de Kraepelin. Pero Esquirol no decía esto, sino que la locura –en singular– se puede producir por las más diversas causas y puede manifestarse también en las más diversas formas. Con la terminología actual podría expresarse el pensamiento de Esquirol diciendo que la psicosis es un síndrome común a muchas enfermedades y que este síndrome puede adoptar o pasar sucesivamente por formas diversas, o también que la locura es un síndrome básico o fundamental, divisible en síndromes subordinados, es decir, algo así como los síndromes de primer y de segundo orden de Hoche.

Georget

Georget, discípulo de Esquirol, desarrolló con mayor precisión el concepto de la unidad de todas las psicosis en su libro *De la folie*, publicado en 1820, antes que el propio libro de su maestro, que apareció en 1838. Criticó a Pinel por limitarse a «coleccionar hechos y atreverse poco» y defendió el criterio de que la enfermedad mental es, sin duda, una enfermedad cerebral idiopática con una gran variedad de manifestaciones, que no serían, sin embargo, enfermedades independientes. «Puede verse –decía– una serie de tipos intermedios, lo que garantiza que hay una transición imperceptible entre una y otra forma de enfermedad mental.»

Guislain

En Bélgica, J. Guislain (1797-1860) defendió también la tesis de la transformación sucesiva de las entonces llamadas frenopatías. Para él, toda enajenación es una *frenalgia*, «un dolor del sentido que determina las afecciones y las emociones». Tal *frenalgia* puede constituir la enfermedad entera; entonces representa la melancolía afectiva, la melancolía sin delirio. Pero generalmente es el fenómeno inicial, que se encuentra en el período prodrómico de las afecciones. La alegría morbosa es un fenómeno secundario. Posteriormente, todavía aparecen los desórdenes de las ideas (ideas delirantes), y si el proceso llega a su máxima intensidad, la demencia. Es decir, primero surgen los trastornos del sentimiento y, después, los de la razón. Dice:

En muchos casos la metamorfosis se completa en poco tiempo, a veces hasta es instantánea: pasa del tono

grave al agudo en algunos días, en pocas horas. Parece que la nueva forma absorbe y neutraliza a la antigua; ésta reaparece frecuentemente más tarde, en la época de la convalecencia. Cuando el mal invade las ideas, abandona a menudo los sentimientos.

Guislain interpreta las transformaciones que sufren las frenopatías, con criterio localizador cerebral, como el resultado de una «locomoción morbosa».

Cuando la enfermedad se transforma es preciso admitir, o bien que el mal cambia de lugar, o que aumenta de intensidad en uno u otro órgano del cerebro. [...] Las diversas formas frenopáticas deben tener asiento diverso en los sistemas nerviosos cerebrales. No es probable que la melancolía ocupe el mismo departamento que las alucinaciones. No puede suponerse que la manía erótica tenga su asiento allí donde se manifiestan, por ejemplo, las impulsiones destructoras.

Especialmente a través de Guislain la idea de psicosis única ejerció una profunda influencia en la psiquiatría alemana. Sus defensores más desatados, en Alemania, fueron: Zeller, Neumann, Griesinger y Arndt. También Hagen y Gudeen se mostraron partidarios de ella.

Zeller

Zeller decía en 1840:

Según nuestras más recientes observaciones, la melancolía es también la forma fundamental de la mayor parte de las enfermedades mentales; de manera que es necesario considerar como excepción los casos en los cuales no se encuentra. Los desórdenes de la inteligencia son tan débilmente pronunciados en el estadio del primer desenvolvimiento de la melancolía que aparecen solamente como un cambio sobrevenido en el conjunto de los sentimientos afectivos de la individualidad, del lado anímico de la personalidad, como un estado de pasión o como una depresión apática que no afecta nada al pensamiento, a la facultad de hablar y a los actos, que, por el contrario, puede comunicar a estas facultades, a estos actos, un grado de exaltación anormal.

Como agravaciones sucesivas de la melancolía (*Schwermut*), se producirían la manía (*Tollheit*), la paranoia (*Verrücktheit*) y, por fin, la demencia (*Blödsinn*). Estas no serían más que cuadros de estado o cuadros clínicos (*Zustandbilder*) de un solo proceso patológico fundamental.

Neumann

El más apasionado defensor de esta tesis fue Heinrich Neumann. Decía este autor en su tratado, publicado en 1859: «No podemos creer en un progreso real de

la psiquiatría hasta que se haya tomado la decisión general de arrojar por la borda todas las clasificaciones.» «Sólo hay una clase de perturbación mental y la llamamos locura.» Según la opinión de Neumann, no se dan formas ningunas de perturbación psíquica, sino sólo *estadios* de un solo y el mismo proceso patológico. De una *distimia* melancólica se desarrolla el *stadium maniacum*, consistente en delirio con agitación maníaca. Después de éste, si no tiene lugar la curación o la muerte, sigue un estadio de debilidad de las funciones mentales y una cierta perversidad, que él llama, por muy diferentes que puedan ser sus cuadros externos, confusión o paranoia. Finalmente, si tampoco entonces se inicia la mejoría, se pasa a la demencia, con destrucción completa de todas las funciones psíquicas normales. Frente a los demás autores, que suelen considerar la melancolía como un *stadium prodromorum*, Neumann no la considera como un estadio especial, alegando que puede observarse no sólo antes de la aparición del delirio, sino también durante y después de éste, es decir, en cualquiera de los estadios de la locura. Llega incluso a la opinión de que la melancolía no pertenecería en absoluto al trastorno psíquico como enfermedad, sino que estaría basada en otras circunstancias accesorias, como, quizá, el temperamento habitual del individuo enfermo.

La actitud de Neumann frente a la posibilidad de clasificar las enfermedades mentales era excesivamente dogmática. Dice:

La clasificación tiene lugar sólo donde hay géneros, y los géneros no existen sin generación. Donde no hay ninguna generación –y conocemos muy pocas enfermedades (las decididamente contagiosas) en las que tenga lugar este proceso– no hay ningún género. Consecuentemente, con respecto a las perturbaciones psíquicas no hay ningún género (porque no hay enfermedades psíquicas contagiosas), sino sólo individuos que deben ser reconocidos aisladamente.

Esta afirmación es hija, sin duda, del excesivo entusiasmo con que se dejó arrebatar la medicina de entonces por el descubrimiento de los gérmenes patógenos.

(...)

Griesinger

La idea de la psicosis única alcanzó su máximo esplendor bajo la gran influencia de Griesinger, a quien consideran los psiquiatras alemanes como el fundador de la verdadera psiquiatría científica. Griesinger comienza su famoso tratado de psiquiatría, publicado

en 1861, sentando estas dos rotundas afirmaciones: 1.a La locura no es, en sí misma, más que un síntoma. 2.a Este síntoma no puede ser provocado más que por una afección del cerebro.

Respecto a la clasificación, dice: «El establecimiento de los diversos grupos de enfermedades mentales sólo puede realizarse desde un punto de vista sintomatológico»; «sólo desde éste puede justificarse su existencia». Lamenta la imposibilidad de una clasificación basada en la esencia de las enfermedades mentales (que él identifica con las alteraciones anatómicas del cerebro) y se resigna a una clasificación en «complejos sintomáticos» o, como él prefiere decir, «formas» de trastornos psíquicos. Tales formas se ordenan en dos grandes grupos: uno de perturbaciones afectivas y otro de perturbaciones del pensamiento y de la voluntad. Dice:

La observación muestra además que los estados contenidos en el primer grupo preceden, en la mayoría de los casos, a los estados de la segunda serie; que los últimos, habitualmente, sólo aparecen como consecuencia y terminación de los primeros, en enfermedades cerebrales no curadas.

Por otra parte, sigue diciendo Griesinger, *dentro del primer grupo, en un estudio estadístico más amplio, se muestra de nuevo una cierta y determinada sucesión de las formas aisladas de los estados afectivos y se obtiene un modo de consideración de la locura que, en sus formas distintas, reconoce estadios distintos de un proceso patológico, el cual, ciertamente, puede ser modificado, interrumpido, alterado, por los más variados acontecimientos patológicos intercurrentes, pero, en general, sigue una marcha constante, que puede conducir hasta la destrucción completa de la vida psíquica. [...] La locura es una enfermedad curable, casi exclusivamente dentro de aquel primer grupo de anomalías mentales primitivas (afectivas), pero con el desarrollo de los trastornos secundarios se hace incurable. Aquella primera serie contiene las formas de la melancolía, de la manía y del delirio; la segunda serie, las formas de la paranoia y de la demencia.*

Arndt

El último defensor de la psicosis única, al menos en Alemania –que, desde Griesinger, inicia su hegemonía psiquiátrica en el mundo–, fue Arndt (1835-1900). Según él, todas las enfermedades mentales pasan por un mismo ciclo, que comienza por una fase neurasténica o melancólica, sigue con una fase maníaca y termina con un estado de estupor, que puede abocar a la curación o a la demencia. Ésta sería la llamada *vesania típica*, a cuyo ciclo característico se adaptan absolu-

tamente todas las enfermedades mentales, desde la neurastenia hasta la demencia parálitica, aunque, en ocasiones la tipicidad del ciclo no sea perfecta.

(...)

Psicosis única y psicosis maniaco-depresiva

Como hemos visto al hablar de Areteo de Capadocia, la tesis de la psicosis única, desde sus comienzos más remotos, ha marchado íntimamente unida a la observación de transformaciones de cuadros melancólicos en cuadros maniacos. Quizá puede considerarse por ello la descripción de la llamada por Falret (1851) *folie circulaire* y por Baillarger (1859) *folie à double forme*, como un germen de desintegración de la psicosis única, al desglosar de ella sus dos estadios iniciales, atribuyéndoles la categoría de entidad independiente. Apoyaría este punto de vista la circunstancia de que precisamente la psicosis maniaco-depresiva apenas produce marcadas alteraciones del pensamiento y no conduce nunca a verdaderos trastornos demenciales. Esto, sin embargo, no invalida la observación de otros muchos procesos psicóticos que comienzan con alteraciones afectivas y siguen después un curso deletéreo para las capacidades intelectuales.

Comienza el ocaso de la psicosis única. La paranoia primaria

El ocaso del concepto de la psicosis única parece comenzar realmente con los trabajos de Hoffmann (1861) y Snell (1865), que rompen con lo que consideran el dogma de la naturaleza exclusivamente secundaria de la paranoia, describiendo la «monomanía como forma primaria de trastorno psíquico». Es posible que estos trabajos no hubieran tenido mucha trascendencia si el propio Griesinger, en 1867, no los hubiese recogido, aceptando la existencia de una «paranoia primaria». Posteriormente, Sander, en 1868, describió la «paranoia originaria» y Westphal, en 1876; hizo su clásica descripción de la enfermedad, acentuando especialmente la anormalidad de las representaciones y considerando a los trastornos afectivos como accesorios o carentes de importancia. En el Congreso de Psiquiatría de Berlín, de 1893, se llegó a la conclusión de que la paranoia era una enfermedad primaria de la razón, es decir, se tomó el acuerdo de privar a las ideas delirantes de su base afectiva. Cramer, en su ponencia, definió así esta enfermedad: «La paranoia es una psicosis funcional simple; está ca-

racterizada por una perturbación de la actividad de la razón, en la que los afectos desempeñan sólo un papel secundario.» Sólo un psiquiatra: Moeli –dicho sea en su honor–, osó entonces llamar la atención sobre la importancia de los afectos en la génesis de las ideas delirantes. De este modo se derrumbó, al menos por el momento, el concepto de que las ideas delirantes son siempre secundarias a trastornos afectivos, concepto que era uno de los más recios pilares de la teoría de la psicosis única. Volveremos más tarde sobre la evolución ulterior de estos conceptos.

La tendencia nosológica en psiquiatría. Kahlbaum

Pero el golpe decisivo contra la psicosis única fue asestado muy especialmente por la formidable labor nosográfica de Kraepelin.

Éste tuvo su predecesor en Kahlbaum, que en 1863 publicó su ya clásica monografía sobre la clasificación de las enfermedades psíquicas. Kahlbaum, sin embargo, admitió como punto nuclear de su concepción nosológica la que él, lo mismo que Arndt, llamó *vesania típica*, en la que distinguió cuatro estadios: *stadium melancholiae (incrementi)*, *stadium maniae (acmés)*, *stadium perturbationis (decrementi)* y *stadium dementiae (defectus)*, los cuales no son, en definitiva, más que los cuatro estadios tradicionales de la psicosis única. Frente a esta vesania típica *completa*, delimitó la típica *simplex* y la típica *praeceps*, a las que faltan, respectivamente, el estadio maniaco y el estadio melancólico. De acuerdo con este esquema fundamental, clasificó las restantes psicosis. Ya el adjetivo «típica» con que designó a esta vesania pone de relieve el carácter representativo general que concedió Kahlbaum a este curso evolutivo. A tal curso se adaptan, por ejemplo, para citar dos entidades nosológicas todavía hoy aceptadas, la *vesania progresiva*, es decir, la parálisis general (que había sido descrita en Francia por Bayle, en 1822) y la *vesania catatónica* (descrita en 1874 por el propio Kahlbaum). Lo mismo que dijimos de Esquirol, resulta sorprendente que Kahlbaum, con razón considerado como el fundador de la era de la clasificación de las psicosis, pueda ser considerado al mismo tiempo como un prosélito de la tesis de la psicosis única. En muchos puntos, Kahlbaum, paladín de la tendencia clasificatoria, se apoya expresamente en Neumann, partidario de la psicosis única y enemigo fanático de las clasificaciones. De Neumann toma los cuatro estadios de la vesania típica que le sirven de paradigma del curso de todas las psicosis. Y de él toma

también la clara diferenciación entre manifestaciones sintomáticas aisladas, complejos de manifestaciones y verdaderos procesos patológicos, que Kahlbaum llama, respectivamente, formas elementales, formas de estado o habituales, y formas patológicas o formas de enfermedad. Por «formas habituales» (*habitualen Formen*) no entiende Kahlbaum las formas frecuentes o acostumbradas, sino las formas de revestimiento externo; no usa la palabra latina *habitus* en su acepción de «costumbre», sino en la de «vestido» o «porte exterior». Dice:

Me parece que esta diferencia entre los cuadros de combinación y las verdaderas formas patológicas destaca con la mayor claridad en la comparación de aquellas con un ropaje con el que el proceso patológico tiene que vestirse para ponerse de manifiesto. La expresión ropaje contiene ciertamente una determinada limitación a lo externo, mientras que los elementos del proceso patológico también podrían contener, y contendrán en el desarrollo ulterior de la ciencia, relaciones internas. Sin embargo, esta circunstancia no es quizá ninguna falta, porque, en efecto, el concepto de aquellas formas complejas se relaciona más con los síntomas psíquicos externos que con sus circunstancias anatomofisiológicas. En lugar de la expresión ropaje, podemos utilizar también la palabra habitus, más familiar en las ciencias naturales, y llamar a estas formas habituales del trastorno psíquico, en oposición a sus manifestaciones elementales y a las verdaderas formas patológicas.

Así, pues, subraya Kahlbaum la diferencia fundamental existente entre las verdaderas enfermedades y los ropajes con que se visten, que no son más que las posibles combinaciones de las manifestaciones o formas elementales, es decir, de los tejidos con que se confeccionan aquellos ropajes. Estos conceptos vienen a corresponder, en la terminología actual, a las enfermedades, a los síndromes con que se manifiestan exteriormente y a los síntomas que, en sus diversas combinaciones, constituyen tales síndromes. Después de un análisis de las diversas formas aisladas y de sus posibles combinaciones, destaca Kahlbaum las siguientes formas habituales preferentes: *melancholia*, *mania turbatio* y *aphrenia*, formas cuya concordancia con los estadios de la vesania típica salta a la vista. Dice, por ello, Kahlbaum que la *vesania típica completa* «está caracterizada precisamente porque en ella estos tipos principales se imponen en conjunto y aparecen en una determinada sucesión típica». Resulta, pues, por una parte, que una misma enfermedad aparecerá, en momentos distintos de su curso, con ropajes

distintos, y, por otra parte, que bajo un mismo ropaje podrán ocultarse diferentes enfermedades. Por este motivo la clasificación de las enfermedades psíquicas debe apoyarse, según Kahlbaum, «no sólo en propiedades sobresalientes aisladas y en una fase del curso, sino en observaciones desde todos los lados posibles y a través de todos los estadios del proceso.»

Kraepelin y su principio etiológico-sintomatológico. Ocaso máximo de la psicosis única

Estos principios han servido a Kraepelin (1855-1926) para construir el formidable edificio de su nosología, que sigue constituyendo aún, en la actualidad, la base ineludible de toda investigación psiquiátrica. Al tratar de la clasificación de las enfermedades mentales, dice Kraepelin:

Sólo por la consecuente diferenciación, iniciada particularmente por Kahlbaum, entre cuadros de estado y formas de enfermedad ha sido posible, en general, un modo de consideración clínico satisfactorio. Un diagnóstico significa hoy para nosotros el reconocimiento del proceso patológico que sirve de base al cuadro de estado que nos es dado observar. Debe contener mucho más que una simple recopilación de las manifestaciones patológicas observadas; tiene que implicar también un criterio más o menos firme sobre el origen y el probable curso ulterior del caso diagnosticado. Así, pues, sólo es posible considerar como establecido y claramente delimitado un concepto de enfermedad cuando conocemos exactamente las causas, las manifestaciones, el curso y la terminación, así como también las alteraciones anatómicas características. Por desgracia, el establecimiento, en este sentido, de formas indiscutibles de enfermedad sólo es posible con una cierta aproximación y en muy moderada amplitud.

Entre los «cuadros de estado», distinguió la melancolía, la manía, el estupor, los delirios, la paranoia o *Verrücktheit* y el cuadro, descrito por Korsakow, de pérdida de memoria con falseamiento de los recuerdos, es decir, nuestro actual «síndrome amnésico».

Respecto a la relación específica de estos cuadros con los «procesos patológicos», se mostró más optimista que Kahlbaum. Decía:

Si, al parecer, surgen los mismos cuadros de estado en distintas enfermedades, deberemos tener presente que no existe, sin embargo, una auténtica igualdad, sino sólo una semejanza. Las profundas diferencias en los procesos patológicos, que proceden de su diverso origen y se expresan en toda su evolución ulterior, tienen

que dar también su coloración peculiar a cada período aislado de la enfermedad, aunque a menudo no seamos capaces de captarla.

Con ello sentó el principio etiológico-sintomatológico, según el cual a cada causa de enfermedad debe corresponder una determinada *sintomatología psíquica*. No se trata, sin embargo, de que a cada proceso patológico corresponda un determinado cuadro de estado. Las diferencias sintomatológicas correspondientes a las diversas enfermedades son mucho más finas, mucho más difícilmente perceptibles que las existentes entre los diversos cuadros de estado. Las diferencias entre estos últimos son tan evidentes que su separación no ha ofrecido nunca grandes obstáculos. En cambio, el hallazgo de síntomas psíquicos específicos para los diversos procesos patológicos es una tarea erizada de dificultades. Según advierte Kraepelin, no se puede hacer directamente, sin tener en cuenta los procesos patológicos, una clasificación de los síntomas psíquicos importantes para tal fin. Dice:

Existiría entonces el peligro de que el intento de semejante agrupación no se detuviese en aquellas diferencias que son características de los distintos procesos patológicos, sino que llevase a un desmembramiento de las formas de manifestación según puntos de vista en parte completamente accesorios. Para eludir este peligro y mantener siempre la división de los síntomas en armonía con las necesidades y experiencias de la investigación clínica, tiene que mostrarnos el conocimiento de los procesos patológicos en que rasgos particulares de los cuadros de estado se expresan las diferencias de las enfermedades fundamentales.

Resulta, pues, que los síndromes naturales, es decir, aquellos que podemos diferenciar de un modo directo y espontáneo, son accesorios para el reconocimiento de las entidades nosológicas, mientras que pequeños síntomas, accesorios dentro del síndrome total en que aparecen, pueden ser fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad causal. Reconoce Kraepelin que *no es raro observar, en los procesos patológicos más diversos, cuadros clínicos completamente iguales. [...] De acuerdo con Wernicke, podemos buscar la razón de ello en una localización idéntica de los procesos patológicos. Lo mismo que todas las enfermedades del hígado o del intestino muestran ciertos rasgos comunes, también las enfermedades de los mismos órganos cerebrales tienen que ofrecer analogías, aunque los propios procesos patológicos, según su esencia, sean diferentes.*

Critica, sin embargo, a Wernicke, por considerar exclusivamente al asiento de la lesión como decisivo

para la configuración de los síntomas y atribuir a la naturaleza de la enfermedad sólo una influencia sobre el curso. Añade:

Es notorio que el asiento de la enfermedad está determinado decisivamente, en muchos casos, por la naturaleza del proceso patológico. Pero, además, aun en el caso de una localización idéntica (lo que ciertamente sería una extrema rareza), es probable en alto grado una influencia de la peculiaridad del proceso patológico sobre la configuración del cuadro clínico.

Admite, no obstante, que la diferencia de los procesos patológicos suele resaltar con la máxima claridad en el curso de la enfermedad. «Precisamente por eso –dice– la consideración del curso y de la terminación de las enfermedades psíquicas me parece de extraordinaria importancia para su delimitación».

Considera Kraepelin que no han progresado bastante las investigaciones anatomopatológicas, etiológicas ni clínicas para ofrecer, aisladamente, a la clasificación de los trastornos psíquicos una base segura, por lo que utiliza para tal empresa los datos recogidos desde los tres puntos de vista. Para la obtención de los grandes grupos fundamentales emplea especialmente las diferencias causales, mientras que para la subdivisión detallada hace uso también de las experiencias clínicas y anatómicas. Como base para su clasificación, aceptó la distinción, establecida anteriormente por Moebius, entre enfermedades exógenas y endógenas. En un lado de esta gran línea de separación estarían los trastornos mentales originados por noxas indudablemente externas (heridas cerebrales, intoxicaciones e infecciones); en el otro, las afecciones y estados anormales condicionados por la predisposición congénita. Dice Kraepelin:

Pero entre ambos grupos se encontrarían aquellas psicosis sobre cuyas causas no estamos todavía seguros y las afecciones procedentes de causas psíquicas, en cuanto que puede dudarse si deben referirse a padecimientos endógenos o exógenos. [...] Precisamente, como enseña la experiencia, la peculiaridad de la persona afectada desempeña casi siempre un papel decisivo, incluso cuando pueden demostrarse evidentes influencias externas. Tendremos que conceder, por eso, a los trastornos mentales psicógenos una cierta posición intermedia, lo mismo que, por otras razones, a las psicosis por causas desconocidas. Entre estos grupos intermedios y las formas puramente exógenas se encontrarían todavía aquellas afecciones cuyas causas hay que buscar, ciertamente, en el cuerpo del enfermo, pero no o no sólo en su condición cerebral, como los trastornos psíquicos por alteraciones

tiroideas, las enfermedades mentales arterioescleróticas, la demencia senil, etc.

Ya estas mismas consideraciones de Kraepelin ponen de relieve la dificultad de una separación radical entre cuadros endógenos y exógenos, a pesar de lo cual, tal separación se mantiene aún en la psiquiatría actual como quizá la más importante de sus piedras angulares.

Con Kraepelin llega a su punto culminante la sistemática psiquiátrica basada en la especificidad de los síntomas psíquicos y se derrumba totalmente la concepción de la psicosis única, gravemente minada ya por la sustracción de su base afectiva a la paranoia.

(...)

Comentarios finales

Desde el comienzo de la psiquiatría científica se han adoptado dos actitudes frente al problema de los trastornos psíquicos: una sintética, que reúne los síntomas en la gran unidad de la llamada psicosis única, la cual representa la misma respuesta, aunque con distintos grados de intensidad, a las más variadas agresiones; otra analítica, que descompone y distribuye los síntomas en múltiples psicosis específicamente determinadas por las diversas causas patógenas. Ambas tendencias se han combatido, en ocasiones, con ardor, aunque, como dice Jaspers, «en lugar de combatirse, podrían complementarse». En realidad, ambas han sido fundamentalmente necesarias para el conocimiento psiquiátrico, que ha progresado a impulsos de este sístole y diástole de la unificación y de la dispersión de las manifestaciones psicopatológicas. A pesar del mutuo desprecio con que se han tratado a veces los partidarios de cada una de estas tesis, no hay entre ellas ninguna incompatibilidad. Hemos visto, incluso, en esta larga exposición histórica, cómo muchos de los autores han armonizado perfectamente ambas concepciones. Esquirol, a quien se acusa de haber considerado cada síntoma psíquico como una enfermedad, y Kahlbaum, el propulsor de la clasificación de las enfermedades mentales, han sabido simultanear la separación de los cuadros clínicos con una concepción en el fondo unitaria. Kraepelin que, gracias a haber agudizado el principio disgregador de la especificidad, pudo realizar su ingente labor nosológica, ha sabido reconocer después, sin destruir su trabajo previo, el principio unificador de la evolución psíquica y de la puesta en marcha de mecanismos preformados. ¡Precisamente Kraepelin, ante cuyo esfuerzo ordenador y clasificador se derrumbó la tesis de la psicosis única!...

Ambas concepciones, unicista y pluralista, no representan, en definitiva, más que los puntos de vista psicopatológico puro y etiológico-clínico. Pero ni la necesaria clasificación de las enfermedades mentales puede destruir la unidad fluyente de las perturbaciones psíquicas ni tampoco el reconocimiento de esta unidad significa ningún obstáculo para la nosología psiquiátrica.

(...)

II. CONCEPTOS PROPIOS SOBRE LA PSICOSIS ÚNICA

Síndromes del estado y del contenido de la conciencia

Para revitalizar la vieja tesis de la psicosis única, creemos necesario establecer una previa distinción entre los trastornos que hemos llamado del *estado* y del *contenido* de la conciencia. Algunos colegas portugueses han encontrado confusa esta distinción y la han interpretado erróneamente. No dudamos de que la culpa es nuestra, por lo que procuraremos expresarnos con la mayor precisión y claridad posible, dentro de la obli-gada limitación de espacio.

En primer lugar, tendremos que decir qué es lo que entendemos por conciencia. *Conciencia* es la capacidad de conocer. Conocer es siempre establecer distinciones o diferenciaciones. Conocer una cosa es, en efecto, sin duda, distinguirla, separarla de lo que no es ella misma. No hay ningún acto psíquico que no sea, en definitiva, un acto de conocimiento. La conciencia y la actividad psíquica son, pues, conceptos sinónimos. Hablar de una actividad psíquica inconsciente es como hablar de un cuerpo incorpóreo.

Llamamos *estado de la conciencia* a su grado de claridad o de lucidez, que se expresa por la mayor o menor capacidad de conocer. Contenido de la conciencia es todo aquello que es conocido –notado, sentido, percibido, aprehendido– por la conciencia. Utilizando un símil clásico, puede compararse la conciencia con un espejo. Lo mismo que en un espejo, en nuestra conciencia se reflejan las imágenes de los objetos circundantes. Los trastornos psíquicos equivaldrían a imágenes anormales del espejo. Tales imágenes pueden ser anormales porque el espejo esté alterado, esto es, porque se haya empañado o deslucido y no refleje bien los objetos; pero pueden ser anormales también, aun en un perfecto estado del espejo, porque sean anormales ya, en sí, los propios objetos que se reflejan

en él. Esta es la diferencia entre los trastornos del *estado* y los del *contenido* de la conciencia. Ahora bien, es preciso aclarar que, en el espejo de la conciencia, se reflejan dos clases de objetos: los objetos del mundo externo, del macrocosmos, y los objetos del mundo interno, del microcosmos. Es claro que cuando lo anormal reflejado en nuestra conciencia pertenezca al mundo exterior no puede hablarse de un trastorno *patológico*. *Contenidos patológicos* de la conciencia no pueden ser más que aquéllos que reflejen la situación anormal del propio organismo, es decir, en general, aquellos contenidos suministrados no solo por los sentidos externos, sino por la sensibilidad interna, por la cenestesia. En cambio, en los *estados patológicos de la conciencia*, estos es, en los estados de enturbiamiento del espejo, las imágenes reflejadas resultan patológicas tanto si corresponden a estímulos externos como a estímulos internos. Lo patológico, entonces, no está en el estímulo, sino en el espejo donde éste se refleja; y tal espejo es, realmente, una parte de nuestro organismo. Lo patológico –como hemos dicho reiteradas veces– no está nunca fuera, sino siempre dentro del propio organismo del enfermo. Todo lo que haya de anormal en la imagen del mundo exterior que tenga un sujeto, si es una imagen fiel, no podrá considerarse como un contenido patológico de la conciencia, y si es una imagen infiel, lo será por una de estas dos razones: 1) por una alteración de sus órganos sensoriales, y entonces lo anormal de la imagen corresponde a una anormalidad del propio organismo, es –por decirlo así– la percepción de la propia anormalidad interna fundida con la imagen del mundo externo, y 2) porque esté perturbada la capacidad de conocer, de reflejar la realidad, y entonces lo patológico no está ya en el contenido sino en el estado de la conciencia.

Los contenidos patológicos de la conciencia no pueden considerarse, en verdad, como trastornos psíquicos. En ellos la conciencia se limita a tomar conocimiento de un trastorno del organismo. Se trata de trastornos *en* la conciencia, pero de trastornos *de* la conciencia. Se trata del modo normal de reflejarse en la conciencia los trastornos del organismo, es decir, de la imagen subjetiva de estos trastornos.

Tales contenidos patológicos están constituidos, pues, por toda clase de dolores, de molestias y de sensaciones corporales agradables o desagradables, incluyendo en ellas los llamados sentimientos o afectos. Estos últimos tienen tal importancia que es preciso dedicarles algunas consideraciones especiales.

Los afectos, conocimientos del mundo interno

La conciencia toma noticia o conocimiento de cualquier choque que experimente nuestro cuerpo contra el mundo exterior. Pero esta experiencia cognoscitiva es doble, abarca simultáneamente los dos elementos del choque: el objeto del mundo exterior y nuestro organismo. Por eso pueden diferenciarse, en la mayoría de las sensaciones, componentes objetivos y subjetivos o, con otras palabras, intelectuales y afectivos (Birnes), epicríticos y protopáticos (Head), noéticos y estéticos (Stein y Weizsäcker). Hay sentidos que nos suministran datos predominantemente objetivos, intelectuales, y otros que apenas nos permiten conocer los estímulos exteriores, sino sólo las reacciones que producen en nuestro organismo. Así, pues, ya en impresiones sensoriales muy sencillas se pone de manifiesto la diferencia fundamental que existe entre el proceso intelectual, que es siempre un conocimiento del mundo externo, y el proceso afectivo, que es, también siempre, un conocimiento del mundo interno orgánico.

También los sentimientos superiores, los que parecen más objetivos, más inmediatamente ligados al conocimiento del mundo externo, puede mostrarse que no son, en definitiva, más que el conocimiento, la percepción interna, de la reacción de nuestro organismo a los estímulos exteriores. Cuando por ejemplo oímos o leemos una noticia que nos produce alegría o tristeza, el conocimiento objetivo de tal noticia ha llegado a nosotros a través de nuestros sentidos externos; han sido vehículo de ella las vibraciones acústicas o luminosas que nos transmiten las palabras habladas o escritas. La percepción de la noticia obedece, pues, a estímulos externos. Pero, ¿y el sentimiento de la alegría o de la tristeza? ¿De dónde procede? Esa alegría o esa tristeza no están en el mundo externo, sino que surgen en nosotros.

No están implícitas en la noticia, porque a otras personas esa misma noticia les puede dejar indiferentes o provocar afectos distintos a los que provoca en nosotros. La noticia despierta en nosotros determinados recuerdos, pero estos recuerdos tampoco son el afecto. Los recuerdos son imágenes, también, de sucesos o de estímulos externos, en los que no puede hallarse el afecto. Podrán, eso sí, despertarlo. Pero, ¿cómo lo despiertan? ¿De dónde surge el afecto? Tanto la percepción como el recuerdo de un objeto externo es un conocimiento del mundo exterior porque el

afecto sentido no está en las cosas sino en nosotros mismos, en nuestro organismo. El sentimiento no puede ser más que un conocimiento de nosotros mismos, de la reacción de nuestro organismo a la percepción de la noticia; es el conocimiento de la resonancia somática que ha provocado en nosotros la noticia.

Por lo tanto, lo mismo que las impresiones sensoriales más sencillas, los actos superiores del conocimiento –que también nacen de nuestro choque con el mundo externo– pueden descomponerse en una parte objetiva, intelectual, epicrítica, noética, que es el conocimiento del objeto exterior, y una parte subjetiva, afectiva, protopática, estética, que es el conocimiento inmediato de nuestra reacción somática.

Los afectos, como dice muy bien nuestro filósofo Juan Luis Vives, «surgen del cuerpo impresionado». Ésta es, en esencia, la doctrina fisiológica de la emoción que varios siglos después defendieron James y Lange, doctrina a la que, a nuestro juicio, sólo pueden oponerse algunos pequeños reparos.

(...)

La emoción no es el conocimiento de modificaciones externas, sino el conocimiento de modificaciones internas. La doctrina de los reflejos condicionados de Pavlov ha mostrado cómo pueden condicionarse diversas reacciones somáticas a toda clase de estímulos exteriores. Es la necesidad de este condicionamiento previo la que explica que a un mismo estímulo externo puedan responder distintas personas con afectos diferentes.

Insistimos, pues, en que los síndromes del contenido de la conciencia, entre los que incluimos las perturbaciones afectivas, no son, en realidad, trastornos psíquicos sino alteraciones puramente somáticas. La conciencia, en tales casos, no ha hecho más que reflejar normalmente el estado del organismo. Para que pueda hablarse de un *trastorno del estado de la conciencia* se requiere una disminución en la capacidad de conocer, un fracaso en la facultad de discriminar o diferenciar, y este trastorno no comienza más que cuando se confunden cosas que, en estado normal, se discriminarían perfectamente. Mientras el sujeto se limite a confirmar que está alegre o que está triste no hay ninguna perturbación psíquica; ésta comenzará sólo cuando tal sujeto, confundiendo lo que es un simple conocimiento del estado de su organismo con lo que es un conocimiento objetivo del mundo exterior, proyecte externamente su estado afectivo, desfigurando a favor de éste la realidad objetiva, es decir,

cuando, por ejemplo, la euforia le haga creerse un ser privilegiado, lleno de riquezas y de honores, o por el contrario, la tristeza le haga ver en todas partes su ruina, su vileza y su miseria.

Por lo tanto, un trastorno afectivo es un trastorno psíquico, aunque puede coincidir, y de hecho coincide en muchos casos, con diversos grados de perturbación de la actividad psíquica. Recuérdese la fina observación de Neumann de que la melancolía no constituye un estadio espacial sino que puede presentarse en cualquiera de los estadios de la locura y que, incluso, no pertenece al trastorno psíquico, sino que está basada en otras circunstancias. Lo mismo puede decirse, a nuestro juicio, de la euforia y de cualquier otro contenido patológico de la conciencia.

Los cuadros psicóticos o síndromes del cuadro psíquico

Ahora bien, el hecho de que los síndromes del contenido de la conciencia no sean trastornos psíquicos no quiere decir que carezcan de una extraordinaria importancia en la configuración de los cuadros psicóticos, esto es, de lo que nosotros hemos llamado *síndromes del cuadro psíquico*. Los enfermos mentales –hemos dicho en otro lugar– no expresan de un modo inmediato ni los contenidos puros, es decir, las sensaciones, los materiales plásticos que se ofrecen a la actividad de su conciencia, ni tampoco esta misma actividad; lo que expresan son las obras que con aquellos materiales construyen su conciencia. En tales obras o cuadros psicóticos se integran, pues, tanto los trastornos del contenido como los de la actividad psíquica o estado de la conciencia. La circunstancia de que también estas obras se sigan calificando como contenidos (*contenidos psicóticos*) no debe inducirnos a confusiones. Los cuadros psicóticos no son, en efecto, más que contenidos psíquicos, pero contenidos psíquicos en los cuales ha impreso su sello el trastorno del estado de la conciencia. Para que un contenido pueda designarse como psicótico es preciso que ponga de manifiesto la existencia de un trastorno del estado de la conciencia. Por eso, cuando se habla en general de contenidos psicóticos o en particular de contenidos paranoicos, alucinatorios, delirantes, etc., no se expresa sólo la existencia de síndromes puros del contenido, sino también la de síndromes del estado de la conciencia.

Los síndromes del cuadro psíquico son las manifestaciones psicóticas tal como se ofrecen a una observación empírica. Ahora bien, si consideramos la esencia de toda perturbación psíquica como una pro-

yección en el mundo eterno de vivencias provocadas por estímulos internos, podemos formularnos las preguntas siguientes: *¿Cuál es el grado o la intensidad de la proyección? ¿Qué es lo que se proyecta?* De este modo se descompone el cuadro psicótico en sus dos factores constitutivos: el síndrome del estado y el síndrome del contenido de la conciencia.

La transformación de los contenidos patológicos o primarios (síndromes del contenido de la conciencia) en contenidos psicóticos o secundarios (síndromes del cuadro psíquico) se realiza, pues, bajo la acción de los verdaderos y únicos trastornos de la actividad psíquica, que son los que llamamos síndromes del estado de la conciencia.

Esta acción metamorfofóica del trastorno psíquico sobre los contenidos de la conciencia parece estar regulada por dos principios fundamentales, que llamaremos principio del «*como si*» o de la metáfora y principio de la introversión.

Principio del «*como si*» o de la metáfora

Las sensaciones somáticas producidas por estímulos internos, normales o patológicos, no pueden analizarse y describirse si no es comparándolas con impresiones sensoriales provocadas por causas externas. Lo intelectual, como hemos dicho antes, es siempre un conocimiento del mundo exterior. Por eso, si tratamos de analizar y describir, es decir, de conocer nosotros o de hacer conocer a los demás de un modo más discriminativo, más racional, más intelectual, las impresiones somáticas internas, tendremos que apelar a imágenes del mundo exterior. Los enfermos de pelagra, por ejemplo, describen los dolores y las parestesias que provoca en ellos la enfermedad diciendo: «*Como si me corrieran culebrillas*», «*como si me mordiera un perro y me arrancara la carne*», «*como si estuviera ardiendo*», «*como si me cayeran gotas de agua helada*», «*como si la ropa estuviera húmeda, mojada*», etc. Las culebrillas que corren, el perro que muerde y arranca la carne, el fuego, el agua, etc., son imágenes, metáforas del mundo externo con las que los enfermos expresan sus extrañas impresiones internas. Lo mismo sucede con aquellas anomalías internas, más difusas, que percibimos como sentimientos o afectos. Así, por ejemplo, dicen algunos enfermos: «*Noto una sensación de inquietud, de angustia, como si me amenazara un grave peligro*». Quizás sólo los sentimientos más elementales y corrientes de alegría y de tristeza puedan describirse bien diciendo simplemente: «*estoy alegre*» o «*estoy triste*». Pero aun en estos casos el sentimiento

despierta siempre imágenes del mundo exterior adecuadas a la situación afectiva. Por otra parte, es sabido que no es posible recordar, actualizar en la conciencia, directamente, un sentimiento, sino sólo la situación externa que se mostró capaz de engendrarlo. De este modo las impresiones cenestésicas van siempre ligadas a representaciones del mundo externo. Estas representaciones o imágenes surgen automáticamente, despertadas por las impresiones internas, y sirven a los sujetos normales para describir metafóricamente, a través de la expresión «*como si*», la cualidad particular de aquellas impresiones. Pero tales sujetos no confunden la sensación con la imagen, lo interno con lo externo, la realidad con la metáfora.

Principio de la introversión

Todo trastorno psíquico consiste, como hemos dicho, en una disminución de la capacidad de conocer, en un descenso del nivel de la conciencia. Pues bien, conforme desciende el nivel de la conciencia, los enfermos van perdiendo contacto con el mundo exterior, con el macrocosmos, y sumergiéndose en su propio mundo interno, en su microcosmos; abandonan poco a poco el mundo objetivo, que nos es común a todos, y se encierran cada vez más en su mundo subjetivo, individual. Siguen así, inversamente, el mismo camino de la evolución psíquica, que es un abrirse al mundo. Pero, al regreso de esta excursión por el mundo, encuentran enriquecida su intimidad con un gran tesoro de huellas mnémicas, que servirán para revestir con imágenes del mundo exterior sus impresiones internas.

Ahora bien, como simultáneamente con esta introversión se va perdiendo la capacidad de conocer, que –repetimos una vez más– no es, en suma, otra cosa que la capacidad de establecer diferencias, de trazar líneas de demarcación, resultará que, paralelamente a la pérdida del contacto con el mundo exterior, se irán borrando los límites entre las sensaciones y las representaciones, entre lo interno y lo externo, lo subjetivo y lo objetivo, lo que es realidad y lo que es sólo una metáfora. Aquel enfermo que sentía una inquietud «*como si*» le amenazara un grave peligro, verá realmente ese peligro en todas partes: en los gestos, en los cuchicheos, en las palabras sueltas; todo el mundo exterior adquirirá para él un aspecto siniestro. Aquellos otros que sentían «*como si*» les corrieran bichos o les mordieran, «*como si*» les mojaran o «*como si*» estuvieran ardiendo, gritarán despavoridos pidiendo socorro porque hay animales en la cama que les destrozan el cuerpo, porque se ha prendido fuego a la casa y está todo ardiendo, porque

hay una inundación y van a perecer ahogados, etc. Es decir, los enfermos pierden la conciencia de la significación metafórica y lo que antes, en la vivencia del «como si», vivían correctamente como una metáfora, lo viven ahora como una realidad.

La conciencia de la realidad y la conciencia del yo

Conviene advertir, como hemos hecho en otros trabajos, que el hecho de que tales contenidos psíquicos se vivan como una realidad, no quiere decir en modo alguno que esté justificado hablar de una conciencia de la realidad en las alucinaciones. Si las alucinaciones se viven como reales es precisamente porque no existe conciencia de la realidad ni de la ficción, porque todos los contenidos psíquicos, sean percepciones o representaciones, aparecen simplemente dados a la conciencia y son vividos ingenuamente fuera de las esferas de lo real y de lo ficticio. Lo primitivo y natural es la aceptación ingenua del mundo que se ofrece a la conciencia. El problema no está, pues, en cómo nace, sino en cómo muere nuestra creencia en la realidad del mundo. Para que sea posible poner en duda esta realidad es preciso que surja en el hombre la conciencia del yo, es decir, de un sujeto capaz de soñar y desvariar creando mundos irreales. El método cartesiano de la duda no es posible sin un previo *cogito ergo sum*. Por eso, porque implica el conocimiento del yo, es decir, la diferenciación entre un yo y un mundo o, si se prefiere así, entre un mundo interno y un mundo externo, la duda es la gran conquista del hombre. Por eso, también, cuando decae la conciencia humana por la fatiga, en el sueño, o por la enfermedad en la psicosis, pierde el hombre el privilegio de la duda y se hunde en las negruras de una seguridad incommovible. Esta seguridad es tanto más lamentable cuanto que, en virtud del principio de la introversión, los contenidos que se ofrecen a la conciencia son cada vez menos imágenes objetivas del mundo externo y cada vez más imágenes creadas por la propia fantasía bajo la influencia de estímulos internos. De este modo se tiende a proyectar en el mundo externo, a vivir como si fueran realidades objetivas, toda clase de fantasías subjetivas. Creemos que sólo los diferentes grados de semejante proyección –la cual no expresa, en definitiva, más que una desorientación auto y alopsíquica, una incapacidad de discriminar entre lo dado objetivamente en el mundo externo y lo dado sólo en el propio yo– pueden explicarnos las transiciones puramente cuantitativas entre los diferentes síndromes del estado de la conciencia, no obstante sus aparentes divergencias cualitativas.

Los síndromes neuróticos

Desde nuestro punto de vista las llamadas neurosis no pueden considerarse más que como *síndromes del contenido de la conciencia*. No se trata en ellas de verdaderas alteraciones de la actividad psíquica, sino de estados afectivos, entre los que ocupan un lugar especialmente destacado la angustia. Tales estados afectivos no son, como hemos dicho, más que la expresión subjetiva de alteraciones somáticas. La circunstancia de que el trastorno somático fundamental carezca de una clara expresión objetiva no quiere decir que no exista. Hemos de reconocer, en efecto, que existen multitud de enfermedades o de trastornos corporales que, desde fuera, somos incapaces de ver, aun utilizando nuestras técnicas de investigación más sutiles. La conciencia del propio sujeto es mucho más sensible para detectar semejantes alteraciones que todo nuestro instrumental diagnóstico. La costumbre, pues, de calificar como neuróticos a los enfermos por exclusión, es decir, cuando no se encuentran signos objetivos de enfermedad, nos parece demasiado presuntuosa. Implica la convicción de que no puede escapar ningún trastorno corporal a nuestros medios de conocimiento. Por otra parte, el hecho de que los trastornos afectivos despierten, en virtud de la vivencia del «como si», representaciones o recuerdos (anécdotas biográficas) induce fácilmente al error de confundir la consecuencia por la causa. Este error es especialmente favorecido por la creencia dogmática en que lo psíquico procede siempre de lo psíquico. De este modo, para explicar, no la patoplastia (lo cual sería indudablemente correcto), sino la génesis de las llamadas neurosis, se apela, como hace también el vulgo, a la biografía individual, a lo anecdótico en la vida del sujeto. La doctrina de las neurosis se ha convertido así, como dice Walshe, en un carnaval de expansiones literarias.

La patología humana es psicósomática por la sencilla razón de que el hombre es también psicósomático. Pero lo que actualmente se llama patología o medicina psicósomática no es, generalmente, más que una desorbitada y grotesca exageración del punto de vista psicogenético en las enfermedades somáticas. Nosotros creemos que tiene mucha más importancia el punto de vista opuesto, es decir, en lugar de la psicogénesis de los trastornos somáticos, la somatogénesis de los trastornos psíquicos. La verdad es que no acabamos de comprender cómo una vivencia, por sí sola, pueda engendrar una enfermedad. Las enfermedades son siempre somáticas; los trastornos psíquicos son manifestaciones de enfermedades, pero no enfermedades en sí. Por muy

grande que sea la emoción provocada por una vivencia, es decir, por muy grande que sea la repercusión somática de tal vivencia, no tiene por qué producir ninguna alteración patológica. Si el organismo está sano, la reacción a la vivencia ha de ser normal y, por tanto, más o menos rápidamente transitoria. Cuando no ocurra así, cuando la vivencia provoque una reacción afectiva anormalmente intensa o prolongada, tendremos que pensar que ese organismo estaba ya alterado de alguna manera, era ya anormal o patológico y, por eso, incapaz de la reacción adecuada. Lo anormal o lo patológico está en el organismo que reacciona, no en el estímulo externo de la vivencia. Las vivencias no hacen más que poner a prueba el estado del organismo.

Entre los síndromes neuróticos, sobresalen por su especial importancia las *ideas obsesivas*. Tales ideas no son más que ocurrencias o representaciones despertadas por el afecto. Mientras el sujeto rechaza totalmente el contenido obsesivo como absurdo o irracional no puede hablarse de trastorno psíquico. Se trata entonces sólo de un trastorno del *contenido*, pero no del estado de conciencia, es decir, de un trastorno *en* la conciencia, pero no de un trastorno *de* la conciencia. El hecho de que un contenido se imponga constantemente a la conciencia creemos que depende de la persistencia de estímulos somáticos, aunque no estemos en condiciones todavía de precisar cuáles puedan ser éstos. Sólo puede hablarse de trastorno psíquico, de alteración del estado *de* la conciencia, cuando el sujeto comience a vacilar entre la admisión y el rechazo del contenido obsesivo. Pero si llegase a admitirlo totalmente, si llegase a identificarse con tal contenido, no podría hablarse de una idea obsesiva porque se trataría ya, entonces, de una idea paranoica.

Los síndromes afectivos

Hemos repetido ya hasta la saciedad que los afectos son contenidos de la conciencia y que, por tanto, los síndromes afectivos son síndromes del contenido de la conciencia que no implican ninguna perturbación de la actividad psíquica. Sin embargo, hemos visto también cómo los viejos partidarios de la psicosis única, con la sola excepción de Neumann, consideran a la melancolía y a la manía como estadios de aquella psicosis. Aparte el hecho de que los conceptos entonces imperantes de melancolía y de manía eran mucho más amplios que los actuales, esta aparente contradicción puede explicarse, a nuestro juicio, por el proceso de introversión de la conciencia. En efecto, al iniciarse este proceso la conciencia se torna menos epicrítica y

más protopática, menos intelectual y más afectiva. Y dominarán entonces los contenidos afectivos sobre todos los demás posibles contenidos de la conciencia. Se podrá argüir que cuanto más avance el proceso psicótico más intensa será también la introversión y mayor predominio adquirirán los contenidos afectivos sobre los contenidos intelectuales. Nada más cierto. Pero como simultáneamente al mecanismo de la introversión se pone en marcha también el mecanismo de la proyección, los afectos se revisten cada vez más de aparente objetividad, se cubren cada vez más de una trama de supuestos acontecimientos externos, de tal modo que tales supuestos acontecimientos (ideas paranoicas, alucinaciones, delirios) adquieren la hegemonía en el cuadro psicótico, mientras que los afectos, realmente primarios y fundamentales, se esfuman casi hasta reducirse, en apariencia, a meras consecuencias reactivas. De este modo, aunque los síndromes afectivos puedan persistir a través de todos los estados de la psicosis, sólo podrán manifestarse con evidencia en el estadio inicial.

Pero conviene subrayar, frente a la concepción clásica de la psicosis única, que la melancolía y la manía son *contenidos* psíquicos y, por lo tanto, no son auténticos *estadios* de la psicosis y mucho menos *estadios sucesivos*. Lo que ocurre, insistimos, es que, en el primer estadio de la psicosis es en el que se revela con mayor claridad la situación afectiva, sea cual fuere, del paciente. Puede suceder –y sucede, en efecto, en muchos casos– que tal situación afectiva no sea triste ni alegre, sino indiferente, lo que se debería, posiblemente, a la pobreza o carencia de estímulos cenestésicos. En tales casos, la psicosis sería también pobre o carente de contenido y se manifestaría sólo por un apartamiento del mundo externo, por un ensimismamiento, una adinamia, una apatía y una devastación de la capacidad mental cada vez mayores.

Los síndromes paranoicos

Ya dentro de la normalidad psíquica hay una cierta tendencia a proyectar los propios afectos en el mundo exterior, es decir, a desfigurar la imagen real del mundo a favor de la propia situación afectiva. La sabiduría popular expresa bien esta idea cuando dice que el hombre deprimido y triste todo lo ve negro, mientras que el alegre lo ve todo color de rosa. Pero esta proyección normal se mantiene dentro de unos límites moderados. Para que se haga más intensa se requiere ya un descenso patológico del nivel de la conciencia. Aun en las ideas obsesivas más graves la proyección afectiva tropieza todavía con un conocimiento de la realidad, es decir, con una actitud crítica de la conciencia,

que puede rechazar, como objetivamente injustificadas y absurdas, las ocurrencias o representaciones despertadas por el afecto. Pero, en las ideas paranoicas la proyección es más intensa y ya no se pone en duda la justificación externa de tales ocurrencias o representaciones, que se viven como si fueran el significado exacto de la realidad exterior. Lo típico de las ideas paranoicas consiste en que la proyección del estado subjetivo, sin llegar a modificar la imagen sensorial del mundo externo, le da una significación peculiar en relación con el yo. Se ha perdido la conciencia del azar y todo se vive como si estuviera animado por determinados designios, que pueden ser favorables u hostiles, según sea el estado afectivo del sujeto. El afecto es el que da la fuerza y la dirección a las ideas paranoicas. El resto del contenido anecdótico, depende a veces de ciertas sensaciones orgánicas concretas (ideas de envenenamiento en pacientes con impresiones gustativas extrañas, ideas de influencia sobre los más diversos órganos en ciertos cenestópatas, etc.), y muy especialmente de la experiencia individual, de la biografía personal, de las aficiones, deseos, temores, etc., que constituyen la vida emocional del sujeto. Antes, eran los objetos externos los que provocaban la emoción; ahora, en virtud de los lazos establecidos, son las emociones patológicas, primarias, las que provocan la representación de aquellos objetos.

El afecto resulta, pues, un factor constitutivo esencial de toda idea paranoica. Pero el afecto no basta; a él debe añadirse un descenso del nivel de la conciencia para que las vivencias despertadas por el afecto se proyecten en el mundo externo, es decir, para que se vivan como si estuvieran justificadas no por la realidad interior, sino por la realidad exterior. La vieja discusión sobre el origen primariamente afectivo o intelectual de la paranoia parece, pues, estar mal planteada, ya que ambos trastornos, el afectivo y el intelectual o, como decimos nosotros, el trastorno del contenido y el del estado de conciencia, son igualmente indispensables para la génesis de la paranoia. Por lo mismo no creemos que pueda sostenerse la separación entre las llamadas por Jaspers *ideas deliroides e ideas delirantes verdaderas* o, lo que viene a ser lo mismo, entre las ideas paranoicas reactivas y las ideas paranoicas *primarias*. Ya hemos dicho en otros lugares que no hay ninguna diferencia fundamental entre ellas, que sólo se diferencian por el *grado* de perturbación del estado de la conciencia. Si la conciencia no está muy gravemente perturbada, la proyección paranoica sólo será posible cuando exista, como dice Kretschmer, una «vivencia llave» que abra el camino a dicha proyección.

Tales vivencias llaves no son, en definitiva, más que situaciones externas casualmente concordantes con el estado afectivo o, por lo menos, especialmente aptas para ser elaboradas por el estado afectivo existente (una vivencia vergonzosa en una perspectiva sensitiva, un peligro real en un hombre medroso, un éxito en un eufórico exaltado, un revés de la fortuna en un melancólico). Por el cauce que abren estas vivencias llaves, el estado afectivo preexistente, estimulado por la reacción afectiva a la situación real, se proyecta en el mundo externo, es decir, lo desfigura, lo exagera, lo dramatiza todavía más, hasta ponerlo de acuerdo con la propia tensión interior. Conforme va empeorando el estado de la conciencia se van haciendo cada vez más innecesarias estas vivencias llaves. De este modo, por transiciones insensibles, se llega desde las ideas paranoicas llamadas reactivas a aquellas otras que por surgir de un modo autónomo, incomprensible, sin conexión ninguna con la realidad exterior se han calificado como *primarias*. Los intentos realizados –aun en la actualidad– por muchos autores, para separar radicalmente ambos tipos de ideas paranoicas como si se tratara de fenómenos esencialmente distintos, nos parecen condenados al fracaso. La realidad es que, de acuerdo con el aforismo de Linneo *natura non facit saltus*, la experiencia muestra que no pueden establecerse líneas severas de demarcación entre las diversas ideas paranoicas. Siendo esto así, cualquier hipótesis que se busque sobre la esencia y la génesis de tales fenómenos será tanto más plausible cuanto más tenga en cuenta esta continuidad gradual y menos tenga que disgregarse en explicaciones heterogéneas. Debemos suponer que la naturaleza no posee leyes distintas para cada fenómeno, y mucho menos para fenómenos tan íntimamente emparentados entre sí como las diversas clases de ideas paranoicas.

Los síndromes alucinatorios

Precisamente una de las circunstancias que más afirman nuestra fe en la tesis que defendemos radica en el hecho de que todos los fenómenos psicopatológicos, aun los aparentemente más dispares, puedan explicarse por sólo variaciones cuantitativas de un trastorno fundamental único. En efecto, no sólo el paso de unas ideas paranoicas a otras, sino también, por ejemplo, el paso de las ideas paranoicas a las alucinaciones, es decir, de los trastornos del pensamiento a los trastornos de la percepción, pueden comprenderse por la simple disminución progresiva de la capacidad de conocer. Como hemos dicho en trabajos anteriores, aunque sean diferentes por su complejidad y por la naturaleza

de sus contenidos, los pensamientos y las percepciones son rendimientos de una sola función: de la capacidad de conocer. En tanto que las percepciones son conocimientos del sentido o de la significación trascendente de tales cosas. Es natural que la incapacidad de una función se manifieste antes en el trastorno de sus rendimientos más elevados y complejos que en el de los más simples y elementales. Por eso, los trastornos del pensamiento y los de la percepción no son, en realidad, trastornos cualitativamente distintos, sino sólo modos de expresarse los distintos grados de intensidad de un trastorno fundamental único.

Exactamente lo que hemos dicho antes sobre la vieja discusión entre los partidarios de las teorías afectiva o intelectual de la paranoia podemos decir que la pugna entre los defensores de las teorías fisiológica o psicológica de las alucinaciones. En definitiva, se trata, tanto en las ideas paranoicas como en las alucinaciones, de una lucha entre paladines de puntos de vista unilaterales, que acentúan sólo la importancia del trastorno del estado de la conciencia, cuando en realidad ambos trastornos son fundamentales e indispensables para la génesis del cuadro paranoico o alucinatorio.

También puede establecerse un paralelismo entre la división de las ideas paranoicas y primarias y la clasificación de las pseudopercepciones en ilusiones y alucinaciones. Las ilusiones son, por decirlo así, pseudopercepciones reactivas, es decir, pseudopercepciones que necesitan un apoyo en la realidad externa, un objeto real, una pseudopercepción llave que abra el camino a la proyección pseudoperceptiva. Las alucinaciones verdaderas, en cambio, serían pseudopercepciones primarias porque surgen de un modo autónomo e independiente de la realidad exterior; son, como dijo Esquirol, percepciones sin objeto.

Síndromes confusionales y estuporosos

Las pseudopercepciones pueden complicar los cuadros paranoicos, pero a medida que se realice tal complicación las ideas paranoicas se irán transformando en las *vivencias delirantes* propias de los síndromes confusionales, es decir, del estadio de enturbiamiento onírico de la conciencia. Igual que en los sueños, las imágenes despertadas del acervo de recuerdos individuales por las impresiones cenestésicas se viven como si constituyeran la realidad externa. Más allá de este estadio psicótico, se empieza a disgregar el lenguaje de los enfermos y nos vemos reducidos a tener que juzgar sus contenidos de conciencia por sólo sus manifestaciones motrices generales. La obnubilación profunda de la conciencia puede coincidir con estados acinéticos o hipercinéticos como sucede en todos los estadios psicóticos. Las últimas manifestaciones verbales de los enfermos consisten en las llamadas verbigeraciones, en iteraciones verbales, en la repetición rítmica incesante de palabras o de sílabas aisladas. Con ellas se asocian movimientos, también rítmicos, de la cabeza, de los miembros o de todo el cuerpo. En esta fase, reaparecen manifestaciones vitales tan primitivas como los reflejos de la incorporación, de prensión y de succión, y los fenómenos de la oposición y del gancho descritos por Kleist. Pero también todos estos movimientos, inicialmente complejos, amplios simétricos, se van desagregando hasta reducirse, al final, a simples sacudidas miorrítmicas de fibras musculares aisladas, que son como las últimas chispas de la conciencia. Parece que el proceso de introversión, de intimación de la conciencia con el propio soma, llega con la agonía y la muerte a su mayor grado de intensidad: a una unión tan completa que, al disgregarse la actividad somática, se disgrega también la actividad de la conciencia. Al morir, según nos dicen las Sagradas Escrituras, el alma se separa del cuerpo; pero la conciencia, considerada como una función biológica, no se separa sino que, al contrario, expresado gráficamente, se abraza y se funde con el cuerpo de tal manera que se deja despedazar con él.