

Nosologías y nosografías psiquiátricas argentinas

Juan Carlos Stagnaro

*Profesor regular titular, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
Docente e Investigador, Instituto de Historia de la Medicina,
Depto. de Salud Pública y Humanidades, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
E-mail:jcstagnaro@gmail.com*

Resumen

Desde fines del siglo XIX los psiquiatras argentinos elaboraron clasificaciones de los trastornos psiquiátricos. Esta labor tuvo una originalidad local en diálogo con las polémicas internacionales sobre el tema. El pensamiento de algunos de los argentinos trascendió las fronteras de su país y fue adoptado en la región sudamericana, como fue el caso de la clasificación propuesta por José T. Borda. También hubo anticipaciones históricas que no fueron conocidas en otras latitudes como la categoría oligotimia creada por Enrique Pichon-Rivière antes de la caracterización del autismo infantil precoz realizada por Leo Kanner. En las últimas décadas los psiquiatras argentinos adoptaron las clasificaciones internacionales en boga (DSM y CIE), pero también tuvieron activa participación en la elaboración de una original propuesta regional: la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR 2012), y en las encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en vistas de la formulación de la futura CIE 11. En este artículo se presentan en detalle las clasificaciones argentinas citando extensamente a sus autores a fin de exponer su pensamiento, y se hacen consideraciones críticas a sus propuestas.

Palabras clave: Nosografías psiquiátricas – Nosologías psiquiátricas – Clasificaciones psiquiátricas – Historia de la psiquiatría argentina.

ARGENTINE PSYCHIATRIC NOSOLOGIES AND NOSOGRAPHIES

Abstract

Since the late 19th century, Argentinean psychiatrists have been developing classifications of psychiatric disorders. Their work has had local originality and fruitful exchange with international controversies on the subject. The thinking of some Argentinean psychiatrists transcended the borders of the country and was adopted in the South American region, as was the case with the classification proposed by José T. Borda. There were also historical anticipations of concepts that were not known in other latitudes: «oligotimia», a category created by Enrique Pichon-Rivière, preceded the characterization of early childhood autism by Leo Kanner. In recent decades, Argentinean psychiatrists have adopted current international classifications (DSM and CIE), but also actively participated in the elaboration of an original regional proposal: the Latin American Guide to Psychiatric Diagnosis (GLADP-VR 2012), and collaborated with the surveys carried out by the World Health Organization (WHO) for the revision of the future ICD 11. This article provides a detailed description of Argentinian classifications, extensively quoting each author to provide a clear understanding of their thinking, as well as critical reviews of their proposals.

Keywords: Psychiatric Nosographies - Psychiatric Nosologies - Psychiatric Classifications - History of Argentinean Psychiatry.

Introducción

El afán por ordenar los hechos de la Naturaleza nació en la cultura occidental desde sus orígenes en la Antigüedad, y tomó un impulso singular desde el Renacimiento y con el surgimiento de la ciencia moderna. Describir diferencias, separar las formas y clasificarlas por sus cualidades sensibles fue la preocupación inicial de quienes se encargaron de inaugurar una nueva mirada sobre el mundo desde esa época. Planetas, minerales, vegetales y animales cayeron bajo el escrutinio de los taxónomos.

En ese contexto no es de extrañar que, desde los griegos, se intentara ordenar a las enfermedades humanas en agrupamientos distintos (nosotaxia). Fue así que la clasificación analítica de las enfermedades o nosología (*nosos*: enfermedad; *logos*: ciencia, tratado) y la nosografía (*nosos*: enfermedad; *graphein*: describir), es decir, ramas de la medicina que tratan de la clasificación, la definición y el estudio de los caracteres distintivos de las enfermedades, constituyeron una preocupación constante de los clínicos.

En la Modernidad la obra de Sydenham, Cullen, Boissier de Sauvages son ejemplos destacados y muy conocidos de esa tarea de sistematización inscripta, como paso inicial, en la pretensión de ir hacia la Naturaleza con el propósito de conocerla y dominarla, a partir de la predicción de sus fenómenos.

Las nosologías y nosografías psiquiátricas, que fueron un dominio más en el que se expresó ese programa, constituyen un tema que abarca, aún hoy, un inmenso número de publicaciones y que, desde el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en torno a la obra de Pinel, y hasta el DSM 5 y la futura CIE 11, han generado controversias y disputas en el seno de la especialidad.

Sin embargo, siempre existió un hiato, más o menos pronunciado, entre la actividad específica de los nosólogos y nosógrafos y las prácticas cotidianas de los psiquiatras en cuanto a la importancia a darle a ese tópico. En efecto, es muy habitual que los clínicos tomen las clasificaciones como un hecho dado e indiscutible y las apliquen sin preguntarse sobre los supuestos epistemológicos que subyacen a ellas.

En ese sentido, y como introducción al estudio de las clasificaciones propuestas por los psiquiatras argentinos, es necesario hacer algunas puntuaciones sobre esa tarea, en tanto tal, para situar mejor la fundamentación que tuvieron cada una de ellas:

1) A lo largo de la historia de la medicina las clasificaciones médicas pueden agruparse, según los criterios o enfoques que las fundamentan en: I) *Descriptivas*: a) Clínicas (basadas en síntomas o síndromes) y, b) Patocrónicas (basadas en la evolución); II) *Etiopatogénicas* (basadas en causas y mecanismos) y, III) *Anatomopatológicas* (basadas en alteraciones morfológicas). Según los casos, algunas se adscribieron rigurosamente a una de estas formas y otras resultaron de combinaciones más o menos eclécticas.

La mayor parte de las clasificaciones en la historia de la psiquiatría corresponden a I) o combinan I) II) y III) en diversas proporciones (1).

- 2) Las entidades descritas por las nosografías de la psiquiatría en todos los tiempos son constructos arbitrariamente recortados del conjunto de las posibilidades existentes para definir un fenómeno dado, en este caso una enfermedad o un síndrome. Un constructo, es, entonces, un objeto conceptual u objeto ideal, no necesariamente un objeto natural. En consecuencia, aunque es posible estudiar los constructos y sus propiedades conceptuales como si fueran autónomos, no debe suponerse que necesariamente existen realmente, que es el postulado fundamental del idealismo.
- 3) En los orígenes de toda clasificación psiquiátrica hay una teoría psicológica, una teoría del funcionamiento mental, en suma, una teoría del funcionamiento del sujeto humano y sus cualidades. Así, ocurrió con la filosofía escocesa y la Ideología en la conceptualización nosográfica de Pinel, con la psicología científica de Wundt en la de Kraepelin, con la formulación de la noción de Inconsciente en la de Freud, con la Fenomenología en la de Jaspers, con el conductismo y la psicología cognitiva en la serie de los DSM, etcétera.
- 4) En la epistemología médica se diferencian claramente las nociones de síntoma, signo, síndrome, y enfermedad. El síntoma alude a toda manifestación subjetiva de malestar patológico, el signo es una presentación objetivable de ese malestar, un síndrome es una concurrencia más o menos organizada de un conjunto de síntomas y signos que se presentan reunidos en la observación clínica con una frecuencia significativamente mayor que la dada por un simple azar, sin que le pueda ser atribuida una causa precisa; y enfermedad es una entidad a la que se puede atribuir un mecanismo productor (patogenia) o una causa precisa (etiología) o ambas (etiopatogenia) (2).
- 5) La nosografía es la llave de la terapéutica. En efecto, el desarrollo lógico del razonamiento médico parte del diagnóstico, para establecer un tratamiento que devuelva al paciente al estado de salud o al menos evite mayor progresión de la enfermedad y establezca un pronóstico de la evolución del fenómeno. La fundamentación de esta maniobra se origina en el conocimiento descriptivo de los síntomas y signos de las enfermedades y síndromes, y de su posible causalidad confirmados por el estudio previo y acumulativo de casos similares debidamente aislados en sus manifestaciones observables (3).

Desde fines del siglo XIX los especialistas argentinos elaboraron clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas. Esta labor tuvo una originalidad local en diálogo con las polémicas internacionales sobre el tema. El pensamiento de algunos de los argentinos trascendió las fronteras de su país y fue adoptado en la región sudamericana, como fue el caso de la clasificación propuesta por José T. Borda. También hubo anticipaciones históricas que no fueron conocidas en otras latitudes como la categoría oligotimia, creada por Enrique Pichon-Rivière antes de la caracterización del autismo infantil precoz realizada por Leo Kanner. En las últimas décadas los psiquiatras argentinos adoptaron las clasificaciones internacionales en boga (DSM y CIE), pero también tuvieron activa parti-

cipación en la elaboración de una original propuesta regional: la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR 2012), y en las encuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en vistas de la formulación de la futura CIE 11.

I Primera nosología psiquiátrica de la Argentina

Durante el mes de diciembre de 1886, tuvo lugar una reunión en el domicilio del Dr. Felipe Solá, médico del Hospital Nacional de Alienadas de la ciudad de Buenos Aires.

Corrían tiempos políticos intensos; Miguel Juárez Celman, candidato del general Julio A. Roca acababa de imponerse en las elecciones presidenciales de octubre. En ese año, Buenos Aires, que contaba ya con 500.000 habitantes, recibió un contingente de casi 100.000 inmigrantes atraídos por una economía que derrochaba optimismo y aparente seguridad. La Agricultura pasó a un primer lugar. El frigorífico y las nuevas técnicas agropecuarias generaron una gran acumulación económica que no fue aprovechada adecuadamente y la dilapidación de su producto, objeto de una especulación desenfrenada, precipitaron una severa crisis económica. En esos años el intendente Torcuato de Alvear, émulo del Barón Haussmann, adornó la capital con bellos edificios públicos, se fundó el Instituto Pasteur, la Asistencia Pública, etc. El flamante alienismo argentino participaba de esa ambiciosa expansión de las élites porteñas, dialogaba con sus colegas europeos y se proponía ocupar un lugar señero entre los países de la región.

A la reunión convocada por Solá asistieron Osvaldo Eguía, director del Hospital Nacional de Alienadas; Antonio Piñero, quien lo sucedería en el cargo años después; el Director del Hospicio de las Mercedes y profesor de la cátedra de Patología Mental, Lucio Meléndez¹; su co-director en la *Revista Médico-Quirúrgica*, el higienista y epidemiólogo Emilio Coni; Domingo Cabred, discípulo y sucesor de Meléndez en la dirección del Hospicio y en la cátedra; Abraham Pérez, Nicolás Ramallo y Miguel Ferreira, quienes se habían distinguido hacía muy poco con sendas tesis sobre la Epilepsia, la Parálisis General y el Delirio, respectivamente (10, 11, 12), y el Dr. Manuel Blancas del Consejo de Higiene (13).

Un año antes Solá había participado del *I Congrès International de Phrénatrie*, que tuvo lugar del 7 al 9 de setiembre de 1885 en la ciudad belga de Amberes. El evento, organizado por la Sociedad de Medicina Mental de Bélgica, reunió a representantes de numerosos paí-

ses para discutir la fisiología y la patología del sistema nervioso, la clínica y la terapéutica de las enfermedades mentales, las relaciones entre locura y crimen y, especialmente, sentar las bases de una buena estadística internacional de alienados (13).

A tal efecto el relator oficial, Dr. Lefèvre, expuso un proyecto de las bases a las que se debía ajustar el censo, haciendo notar las dificultades con las que se toparía la empresa propuesta. Lefèvre señaló, en primer lugar, que era indispensable previamente “uniformar opiniones sobre la clasificación de las variadas formas de enfermedades mentales, clasificación que tendría que ser la base de dicha estadística”. El relator “afirma juiciosamente –dice Cabred en la *Revista Médico-Quirúrgica* comentando el informe del Congreso– que no obstante existir diversas clasificaciones, tantas casi como autores se han ocupado de psiquiatría, estamos hoy bastante adelantados, para aceptar, por lo menos, ciertas formas principales respecto de cuya significación los alienistas de todos los países se hallan máximamente de acuerdo” (14), enumerando a continuación las categorías que podían constituir las bases de una clasificación como punto de partida para la discusión en los diversos países:

- **Idiotas (imbecilidad mental, cretinismo).**
- **Demencia simple (primitiva y consecutiva).**
- **Manía y melancolía (demencia consecutiva).**
- **Delirio agudo y crónico (comprende casos de trastorno primitivo o consecutivo en las ideas).**
- **Locura moral (comprende locuras impulsivas y por obsesión).**
- **Alienaciones mentales complicadas por: parálisis, epilepsia, histeria, tumores cerebrales.**
- **Alienación por intoxicación (indicación del agente tóxico).**

“Los cinco primeros pueden denominarse locuras orgánicas y son dependientes de alteraciones anatómo-patológicas manifiestas y los tres últimos, carentes de lesiones materiales definidas, pueden agruparse bajo la designación de neurosis”.²

Los miembros del Congreso de Amberes aprobaron la iniciativa aceptando la enumeración de Lefèvre como orientación general y solicitaron a los presentes que, vueltos a sus respectivos países, elaboraran con sus colegas sus propias nosografías y las remitieran a la Sociedad belga para su compatibilización, a fin de crear un listado final consensuado. Simultáneamente, se nombró una comisión internacional que debía recibir los diversos aportes y preparar una síntesis a ser presentada para su aprobación en el *Congrès International de Médecine Mentale* que debía celebrarse en París en agosto de 1889³, coincidentemente con la *10ème Exposition universelle* a celebrarse en el marco del centenario de la Revolución Francesa.

¹ En 1884 la Facultad de Medicina había creado varias asignaturas; entre ellas la de Patología Mental que le fue adjudicada a Lucio Meléndez en 1886. En mayo de 1887 se inauguraron las nuevas instalaciones del Hospicio de las Mercedes ya dirigido por Meléndez desde hacía diez años (4, 5, 6, 7, 8, 9).

² S. Caponi hace notar que la enumeración de Lefèvre es muy similar a la clasificación de enfermedades mentales de Valentin Magnan, de 1882, que era “un ejemplo perfecto de clasificación mixta, donde se conjugaban y articulaban los cuatros elementos que servían de base a las otras clasificaciones conocidas a la sazón: la etiología, la anatomía patológica, la sintomatología clínica y la evolución mórbida” (15).

³ La comisión estuvo formada por: Morel (Bélgica), Hack-Tuke (Gran Bretaña), Ramaer (Holanda), Steenberg (países escandinavos), Magnan (Francia), Willea (Suiza), Verga (Italia), Gusttsadt (Alemania), Mierzejewskia (Rusia), Clark-Bell (América del Norte) y Solá (América Meridional). La América Meridional contaba con dos delegados por México, dos por Brasil y uno, Solá, por Perú, Chile y Argentina, quien representaba simultáneamente a toda la región (16).

La propuesta nosográfica porteña

Durante la reunión en la casa del Dr. Solá, Meléndez, líder indiscutido del grupo⁴, fue encargado de redactar, junto a Emilio Coni, el informe final del grupo (13).



Lucio Meléndez
(1844-1801)

En él, fechado el 4 de enero de 1887 y aparecido enseguida en la *Revista Médico-Quirúrgica*, que ambos dirigían, presentaron la siguiente propuesta de Clasificación de Enfermedades Mentales (21):

Locuras maníacas	Excitación maníaca Manía aguda - crónica - religiosa - razonadora Delirio agudo
Locuras lipemaniacas	Melancolía Estupor melancólico Delirio de las persecuciones Demonofobia Agorafobia Delirios impulsivos
Locuras tóxicas	Alcoholismo Morfinismo Saturnismo Nicotismo Hachicismo
Locuras orgánicas	Locura paralítica Idiotismo Cretinismo Demencia Seudo-parálisis sifilítica Epiléptica
Locuras neuropáticas	Histérica Coreica Ecláptica (sic)
Locuras mixtas	Locura circular

En los listados de diagnósticos del Hospital de las Mercedes, utilizados por Samuel Gache para establecer su estadística de la locura en Buenos Aires de 1878, aparece casi la misma selección de categorías clínicas (17). Esto demuestra que ellas eran cotejadas, desde hacía varios años, con la experiencia cotidiana en el Hospicio y que la comunicación de 1887 constituye la primera formalización oficial de dicha práctica local.

Es de destacar que si bien la nosología propuesta en Buenos Aires reúne categorías clínicas provenientes del espacio lingüístico franco-alemán del alienismo, no coincide exactamente con ninguno de los autores en boga haciendo, por el contrario, una selección y una combinatoria propias del pensamiento de los especialistas porteños.

En efecto, un análisis de la bibliografía que inspira las tesis de doctorado aprobadas en la Facultad de Medicina de esos años incluye las obras de Pinel, Esquirol, Leuret, Gall, Griesinger, Laségue, Legrand du Saulle, Baillarger, Brierre de Boismont y, especialmente, a las de Auguste Voisin -cuyas "*Leçons cliniques*" (22), publicadas en 1876, influyeron particularmente en Meléndez, a las de Morel con su teoría de la degeneración, a las de Luys y a las de Ghislain⁵. Pero la lectura de dichas tesis, así como las consideraciones que acompañan la presentación de casos clínicos, que Meléndez publica durante años en la *Revista Médico-Quirúrgica*, denotan una incorporación de conceptos del consenso internacional que seleccionados críticamente a través de su testeo clínico, y combinados con observaciones de la casuística local, dejan como saldo un pensamiento psiquiátrico con perfil propio (13).

La nosografía que acuña la Comisión Argentina se propone "... reducir al menor número posible de grupos todas aquellas locuras que han sido clasificadas ya sea desde el punto de vista sintomático, anatómico o etiológico, pero teniendo en cuenta todos estos elementos a la vez, que deben servir indispensablemente, en nuestro concepto, de fundamento a toda clasificación científica y práctica" (14).

El primer grupo, entienden los alienistas argentinos, es producido por hiperemias del cerebro y sus envolturas, como las había descrito Luys en 1881 recapitulando otros autores, y se caracteriza por una sobreexcitación de las facultades mentales y locomotrices. Se incluyen en él la forma maníaca aguda y crónica junto a dos subcategorías, de entre las muchas creadas por Guislain: la religiosa y la razonadora, esta última coincidente con la monomanía razonante de Esquirol, que corresponde según Bercherie, sobre todo, a lo que actualmente llamamos accesos de hipomanía. Por último el delirio agudo debido a causas simpáticas (como el delirio febril, etc.) o a lesiones (golpes craneanos, hemorragias cerebrales, etc.) que sigue la descripción ya clásica de Georget (13).

⁴ Lucio Meléndez nació el 2 de marzo de 1844 en la ciudad de La Rioja. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1865. Obtuvo el título de médico en 1872. En 1875, fue nombrado profesor sustituto de Clínica de las Enfermedades de la Piel y Sifilíticas, y al año siguiente, en 1876, catedrático sustituto de Nosografía Quirúrgica. En 1876, luego de algunos años de desempeñarse como Médico de Cárceles, sucedió al Dr. José María Uriarte, en el cargo de Director del Hospicio de San Buenaventura. Durante la gestión de Meléndez al frente del Hospicio se llevó una minuciosa estadística, se realizaron obras de ampliación y el 5 de mayo de 1887, se inauguró el nuevo Hospicio de las Mercedes. En 1884 la Academia de Medicina creó nuevas cátedras, entre ellas la de Patología Mental. Meléndez fue nombrado, en 1886, en el cargo de profesor titular, y fue así el primer profesor de dicha unidad académica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Falleció el 7 de diciembre de 1901, a la edad de cincuenta y siete años (20).

⁵ Son ejemplos de ello las tesis de Pérez (10), Ramallo (11) y Ferreyra (12) ya mencionadas (*vide supra*), así como las de Juan Elías Chilotey (1882) (23); Manuel Vasallo (1884) (24); Benjamín Cortina (1886) (25) y Víctor R. Alzugaray (1886) (26).

El segundo grupo cuyo título, Lipemanías, denuncia un resto de la nomenclatura esquiroliana, a la sazón abandonada en Europa, no consigna etiología. Son las vesanías puras de los autores alemanes; los argentinos las categorizan como locuras primitivas y se manifiestan clínicamente con un delirio triste, total o parcial, con períodos lúcidos o sin ellos, curando más raramente que el grupo anterior. El delirio de las persecuciones incluido aquí denota la aceptación del cuadro tal como lo concibió Laségue. Las locuras tóxicas siguen las descripciones de Moreau de Tours. Se señalan los riesgos de dependencia y las lesiones del S. N. C. por el abuso crónico de sustancias tóxicas (13).

El cuarto grupo aúna las locuras orgánicas por malformaciones, lesiones anatómicas, como la locura parálitica o parálisis general, o las abiotrofias demenciales (13).

El quinto grupo se vincula etiológicamente con la herencia en el sentido de la degeneración de Morel y Magnan y agrupa enfermedades generadas por neurosis "de tipo intermitente o periódicas por lo general de larga duración" (14).

Por fin, la combinación de formas anteriores explicaría las locuras mixtas del sexto grupo cuyo paradigma es la locura circular aislada por Jean-Pierre Falret.

En esta doctrina de las Enfermedades Mentales los alienistas argentinos dejan plasmados los postulados consensuados de su práctica (13).

Transcurre ese período "que va desde 1876, año del informe de Westphal sobre la paranoia, hasta los años 1910 en el que las nuevas ideas surgidas de la psicología dinámica y la fenomenología comienzan a penetrar y a conmover las concepciones clásicas en Psiquiatría" (27). Es la etapa que Bercherie llama de la Clínica de las Enfermedades Mentales y que para Georges Lanteri-Laura corresponde la del Paradigma de las Enfermedades Mentales (27, 28). La psiquiatría pertenece a la medicina y ésta se piensa desde el más riguroso positivismo. Los alienistas argentinos demuestran, en las producciones que analizamos, que todos los presupuestos teóricos para entrar en ella han sido originalmente incorporados a su práctica dando muestras de una vigorosa actividad intelectual.

Se puede afirmar, como lo hemos hecho en otra publicación, que en las dos décadas que van desde 1879 a 1890, no son voluntades o talentos aislados -como describen algunos historiadores románticos de la especialidad- los que ejercen el alienismo porteño; tampoco son solamente meros epígonos del pensamiento europeo, sino que se constituye plenamente en Buenos Aires un grupo de especialistas que reúne las características propias de una verdadera escuela, una matriz disciplinar (diría la epistemología moderna) que los contiene y organiza (13).

En efecto, todas las condiciones para conformarlo están presentes; una doctrina común expresada en la nosografía que acabamos de describir, una organización

y un lugar de reunión y trabajo brindados por la estructura hospitalaria de los loqueros de Buenos Aires, una instancia de enseñanza teórica en la Cátedra de Patología Mental y práctica en el Hospicio de las Mercedes, una publicación: la *Revista Médico-Quirúrgica*, relaciones internacionales coordinadas con otros grupos de investigadores y clínicos y un jefe, Lucio Meléndez, cuya sucesión aseguraría Domingo Cabred.

Entre el congreso de Amberes y el de París enviaron sus propuestas nosográficas Alemania, Gran Bretaña, Bélgica, Estados Unidos, Rusia, Suecia, Italia, Dinamarca y América del Sur, ésta última con una síntesis regional resultante de un consenso entre las delegaciones de México, Brasil, Chile, Perú y Argentina (16). A pesar de ser el país anfitrión del Congreso, tras un acalorado debate que duró un año, sin que los miembros de la *Société Médico-Psychologique* alcanzaran un acuerdo, Francia no presentó su aporte (15).

La sesión de apertura del *Congrès International de Médecine Mentale* de París se intituló: *Des bases d'une bonne statistique internationale des Aliénés. Rapport sur les travaux des délégués de la Commission internationale nommée au Congrès d'Anvers en 1885*.⁶

Este evento constituyó, muy probablemente, el primer esbozo de estudio internacional multicéntrico de las enfermedades mentales y el primer intento de subordinar una clasificación psiquiátrica a criterios estadísticos.⁷ Para responder a ese desafío desde Argentina fue que Solá, encargado de recabar las informaciones provenientes de la región de América del Sur, reunió a sus colegas aquella tarde de diciembre de 1886.

La propuesta de los sudamericanos no fue adoptada por los asistentes al Congreso de París. Aparentemente la subsistencia de categorías ya abandonadas en Europa, particularmente la noción esquiroliana de Lipemanía, condujo a desecharla.

Finalmente, los miembros del congreso adoptaron por unanimidad un listado nosológico que incluyó solamente las patologías que se repetían en todos los aportes nacionales y regionales recibidos y excluía aquellos que aparecían solo en algunos de ellas. La lista final fue presentada por Jules Morel y constaba de los siguientes cuadros patológicos (citado en 15):

- 1° Manía.
- 2° Melancolía.
- 3° Locura periódica.
- 4° Locura sistemática progresiva.
- 5° Demencia furiosa.
- 6° Demencia senil u orgánica.
- 7° Parálisis general.
- 8° Locuras nerviosas (histeria, epilepsia, hipocondría).
- 9° Locuras tóxicas.
- 10° Locura Moral e impulsiva.
- 11° Idiocia, imbecilidad, etc.

⁶ Morel, Jules en Ritti, A: *Actes du Congrès Internationale de Médecine Mentale, tenu à Paris, du 5 au 10 août 1889. Paris : Masson, 1889*. Citado en (16).

⁷ Debe recordarse que el recurso a las estadísticas de pacientes internados se remonta a la obra de Pinel, Esquirol y otros autores. En la Argentina Samuel Gache (17,18) y Lucio Meléndez y Emilio Coni habían hecho lo propio con sus estudios sobre la locura en la ciudad de Buenos Aires y la región bonaerense (19).

De esa manera todos los delegados aceptaron que lo mejor era adoptar una clasificación basada en criterios clínicos, es decir, sindrómica, descriptiva, evitando, por imposible en ese momento, zanjar las controversias acerca de la etiología, las bases anatomopatológicas y la evolución de las enfermedades mentales.

El argentino Domingo Cabred intentó, durante el debate, hacer una encendida defensa de la teoría de la degeneración, formulada por Benjamín Morel en su *Traité des dégénérescences...* (29), pero su argumentación fue desechada tajante y despectivamente por Alphonse Charpentier, eminente alienista del hospital Parisino de Bicêtre, por considerarla carente de científicidad (16).

El principio que alentó a los congresistas de 1889, de crear un consenso simple y ágil de cuadros sintomáticos basados en la estadística a fin de generar un lenguaje común, como bien señala S. Caponi, (16) fue muy discutido en las décadas subsiguientes y su clasificación quedó en desuso, pero resurgió hacia fines del siglo pasado y viene hegemonizando las nosologías psiquiátricas desde la aparición, en 1980, del DSM III de la *American Psychiatric Association*.

II

La Clasificación nacional de enfermedades mentales de José T. Borda

Desde el intento de clasificación presentada por los alienistas del grupo de Meléndez, la producción local de una nosología propia decayó y los especialistas adoptaron las diversas formas de clasificar que presentaron las escuelas y autores europeos, predominantemente franceses e italianos. Hacia fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX estuvieron en boga en Buenos Aires las referencias nosológicas y nosográficas aparecidas en las obras de Emile Sergent (30), Paul Guiraud (31) y Joseph Rogues de Fursac (32), entre otros, como se verá más adelante.

En octubre de 1922 el doctor José Tiburcio Borda presentó ante la Subsección de Neurología y Psiquiatría del II Congreso Nacional de Medicina su clasificación de las enfermedades mentales. Los miembros de ese estamento la aprobaron por unanimidad, expidiéndose en los siguientes términos: "El II Congreso Nacional de Medicina acepta como Nacional, la clasificación de enfermedades mentales propuesta por el Dr. José T. Borda" (33).⁸

En su ponencia ante ese grupo de especialistas el autor⁹ describió el enfoque y los alcances de su propuesta en los términos siguientes:

"Esta clasificación no tiene la pretensión de ser perfecta; tiende únicamente a armonizar, en lo posible, con

los conocimientos actuales que poseemos en psiquiatría. Comprendo que ella no puede estar exenta de críticas, pues el concepto variable de carácter doctrinario o individual que cada observador pueda tener, sobre tales o cuales estados psicopáticos tiene que acarrear forzosamente dificultades para el establecimiento de un criterio uniforme en materia de clasificación. Hay muchos, por ejemplo, que no aceptan que la manía y la melancolía pueden presentarse, en ciertos casos, como entidades mórbidas sino como síndromes sintomáticos de otros estados patológicos o como formando parte de las locuras periódicas englobadas por Kraepelin bajo la designación de locura maníaco-depresiva y por consiguiente no tendrían por qué figurar como formas independientes.

Si bien es cierto que los estados de manía y de melancolía con mucha frecuencia se presentan como sintomáticos, hay casos, sin embargo, en que, como la experiencia demuestra, no se puede menos que aceptarlos como entidades patológicas. Son mucho más raros, indudablemente, que en otros tiempos, pero eso se explica fácilmente teniendo en cuenta que antes, cuando menos adelantada estaba la psiquiatría, se englobaban manifestaciones clínicas distintas que no tenían sino una semejanza aparente. Es así que hoy se puede separar perfectamente la manía y la melancolía ligadas a la intoxicación alcohólica, por ejemplo, que en otra época figurarían indudablemente como entidades autónomas, pues de otra manera no se podría explicar su frecuencia en tales tiempos.

Pero quedan, como ya se ha manifestado, estados de manía y de melancolía en que no es posible hallar otra afección a la cual pudieran estar ligados y entonces es forzoso incluirlos en el cuadro de las clasificaciones por lo menos por ahora hasta tanto que la evolución de los conocimientos psiquiátricos no se pronuncien en contra de esta manera de ver.



José T. Borda
(1869-1936)

Por otra parte, el concepto nuevo que los sabios maestros han venido teniendo sobre estados sindrómicos determinados, les ha llevado a separar a muchos de ellos agrupándoles las entidades mórbidas, guiados por un criterio altamente científico, cual es el de la evolución. Así, por ejemplo tenemos que Kraepelin al crear su doctrina de la Demencia Precoz, ha tenido en cuenta

⁸ La clasificación de J. T. Borda fue adoptada por la mayoría de los países sudamericanos (8).

⁹ Borda nació en Goya, provincia de Corrientes, el 28 de enero de 1869, realizó los estudios primarios y secundarios en su ciudad natal e ingresó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, en 1891, de la que egresó en 1896. Luego de su tesis doctoral "*Algunas consideraciones sobre el pronóstico de la alienación mental*", que escribió bajo la dirección del profesor José Penna, y que resumía su experiencia médica entre los años 1892 y 1896, produjo otras importantes obras de temática anatomopatológica. Trabajó y vivió en el Hospicio de las Mercedes -adonde entró como practicante menor interno en 1891- hasta su jubilación como profesor de la Cátedra en 1930, año en el que ingresó en la Academia Nacional de Medicina. Fue Jefe de Clínica desde 1899 hasta 1916, bajo la dirección del Hospicio ejercida por su maestro Domingo Cabred; inició su carrera docente en la Universidad de Buenos Aires como profesor suplente de Clínica Psiquiátrica, cargo que desempeñó desde 1902 hasta 1922, fecha en la que fue designado Profesor Titular. En ese nosocomio conoció y fue discípulo durante once años de Cristofredo Jakob, quien lo formó en la teoría que relaciona la clínica con la anatomía patológica del encéfalo como explicación de las enfermedades mentales. Borda falleció en Buenos Aires el 6 de septiembre de 1936 (20).

el hecho, que le ha dado su experiencia, de que muchos estados psicopáticos de aspectos diferentes esparcidos sin ubicación definida en el cuadro de las clasificaciones estaban ligados entre sí por una manera idéntica de evolucionar, teniendo por base un síndrome común que era la demencia.

Habiendo sido aceptado universalmente este nuevo concepto doctrinario de hecho, han tenido que modificarse las clasificaciones anteriores, en las cuales, como es natural, no figuraba la demencia precoz y sí sus distintas formas sindrómicas como otros tantos estados independientes y ubicados, según el criterio de cada observador, en sitios variables de aquellas, es decir, de las clasificaciones.

La clasificación que someto a la consideración de este Congreso no tiene pretensión mayor, como ya he dicho e indudablemente ha de adolecer de muchos defectos; al presentarla me ha guiado el propósito principal de hacer conocer, de los que tengan interés por esta cuestión, una nomenclatura determinada de las enfermedades mentales, la que he puesto en práctica en el plan de enseñanza que he desarrollado en nuestra escuela, facilitando al alumno, con su sencillez, un conocimiento práctico de la materia, de modo que pueda orientarse con claro criterio en todas las cuestiones que se le puedan presentar en su vida profesional.

A mi manera de ver, esta clasificación tendría de práctica, desde luego, el hecho de que se establece en ella (dejando por el momento aparte las psicopatías congénitas) una separación neta entre afecciones mentales que dependen de lesiones cerebrales irreparables y afecciones mentales que no obedecen a lesiones cerebrales por lo menos reconocibles con la ayuda de nuestros medios actuales de investigación o que también obedeciendo a lesiones tales o cuales, ellas, sin embargo, pueden ser reparables (locuras toxinfeciosas).

Como tales, las demencias tienen un substratum anatomopatológico evidente y estable, solo más o menos variables según los casos, todas ellas aparecen agrupadas entonces en una gran familia, cuyos miembros no serían sino las distintas formas de ella misma, pudiéndose afirmar, de paso, sin exageración, que esta gran familia es la que abarca mayor extensión en el campo de las enfermedades mentales y quedando su situación definida, bajo bases sólidas, en el cuadro de las psicopatologías, ya es un gran paso que se da en este ensayo de clasificación.

Donde surgen las dificultades para hacer demarcaciones netas es en el terreno de las locuras llamadas *funcionales*, en el que las doctrinas diversas y el criterio de cada observador están muchas veces en pugna. Pero, de acuerdo con la manera de encarar la cuestión de unos y otros, y con la experiencia propia, he tratado de formar los grupos que, a mi manera de ver, se ajustan más a la realidad clínica, tanto por su evolución como por su pronóstico. Ya se ha explicado en otro lugar, porqué es que la manía y la melancolía esenciales, aunque más raras cada día, deben figurar todavía como entidades mórbidas. En lo que respecta a las *locuras periódicas* se puede decir que la doctrina en que ellas se apoyan no está reñida con el concepto nuevo de la *locura maníaco-depresiva*; esta no viene a ser sino una simplificación de aquellas; en la una y en las otras prima el mismo criterio evolutivo.

En cuanto a los delirios sistematizados se impone, como es de práctica, hacer el deslinde entre el de evolución progresiva por etapas y los de los degenerados hereditarios.

Para terminar diré que no me es ajeno el hecho de que esta clasificación deja una puerta abierta a algunas objeciones, las que para evitarlas, pienso que todo empeño de parte mía sería en vano. Desde luego puede acontecer que una psicopatía que figura en el grupo de las que se desarrollan en sujetos normalmente constituidos, un delirio alcohólico, una demencia precoz, por ejemplo, pueda estallar también en un sujeto degenerado hereditario; pero no habría otra manera de armonizar los casos sino reservando para el grupo de las psicopatías de los *degenerados hereditarios* todos aquellos delirios que le son propios por todas sus características, en que el factor generación es lo primordial" (citado en 34).

Malfati y Salvatti consideran que la clasificación de Borda es la que mejor se adapta al estado de los conocimientos en la época en que publican las tres primeras ediciones de su libro de texto (1926-1931) (34).

En ella Borda comienza por dividir las formas de la alienación en dos grandes grupos: la *alienación mental congénita* y la *adquirida*. En el primero incluye los distintos niveles de la idiocia (idiotas propiamente dichos, imbeciles y pobres de espíritu) y a todas las detenciones del desarrollo psíquico producidas por diversas encefalopatías que ocasionan un déficit de desarrollo cerebral y se traducen clínicamente por una sintomatología análoga a la de los idiotas congénitos, son las idiocias adquiridas.

La alienación mental adquirida según la predisposición que presenten los individuos a ella se divide en dos grupos: a) *alienación mental en sujetos desarmónicamente constituidos* (que nacen con estigmas físicos y psíquicos de degeneración, son los degenerados hereditarios, en los que juega un papel determinante la herencia) y b) *alienación mental en sujetos armónicamente constituidos*.

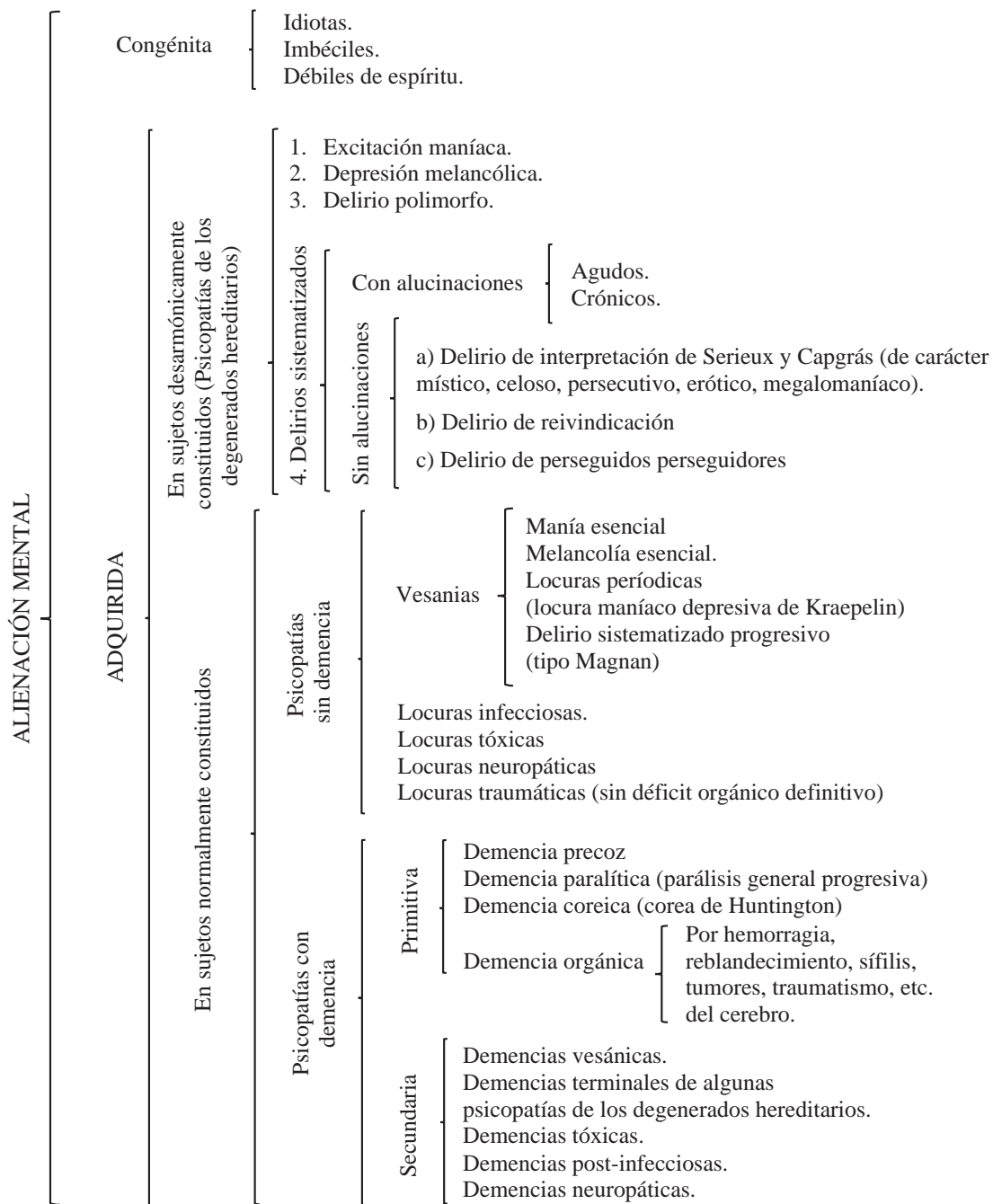
La alienación mental en sujetos desarmónicamente constituidos presenta distintas modalidades de sintomatología y evolución:

1. Excitación maniaca.
2. Depresión melancólica.
3. Delirio polimorfo.
4. Delirios sistematizados con alucinaciones (agudos y crónicos) y sin alucinaciones: Delirio de interpretación de Serieux y Capgrás (de carácter persecutorio, místico, erótico, celoso, megalomaniaco); Delirio de reivindicación y Delirio de los perseguidos-perseguidores.

El grupo b) Alienados con cerebro normalmente constituido, incluye dos formas: psicopatías sin demencia y psicopatías con demencia.

Las psicopatías sin demencia engloban las locuras vesánicas, las tóxicas, las infecciosas, las post-infecciosas y las neuropáticas. Las psicopatías con demencia se dividen, para Borda, en primitivas y secundarias. Las primeras llevan desde el inicio el sello demencial, mientras que las segundas son consecutivas a estados sin déficit mental, en la que se instala posteriormente la demencia.

El cuadro sinóptico siguiente resume la presentación de Borda:



La lectura atenta de las categorías utilizadas por Bor-da muestra como principio ordenador el criterio anatomo-patológico. Es en la afección demostrable del tejido neural o en la ausencia de la misma que se funda la diferencia fundamental entre las distintas enfermedades. Sin embargo, emplea la diferenciación armónico (normal)/disarmónico a través del prisma de la degeneración, el cual no estuvo nunca suficientemente aclarado como para constituir un criterio clasificatorio básico. Además,

y a medida que se avanza en las diferentes ramas de la clasificación, entre las categorías que utiliza, se puede observar la adopción de criterios etiológicos tanto constitucionales y degenerativos, como psicológicos descriptivos y clínicos, en una serie de divisiones y subdivisiones que carecen de un principio uniforme de ordenamiento. De allí también que le sea imposible ubicar en su clasificación ciertos cuadros muy típicos y frecuentes incluidos en otras nosografías como la psicastenia y la histeria.

III Arturo Ameghino



**Arturo Ameghino
(1869-1948)**

Arturo Ameghino¹⁰ dividía a los enfermos en dos grandes grupos sindrómicos: *funcionales*, denominados así por no encontrarse en ellos lesiones anatomopatológicas responsables del cuadro y *orgánicos*, que incluían a los sujetos con lesiones anatomopatológicas del cerebro causantes de la enfermedad; señalando que los del primer grupo podían llegar a formar parte del segundo. En el primer grupo coloca tres síndromes: maníaco, melancólico y delirante; mientras que en el segundo ubica la confusión mental, las demencias y la frenastenias; constituyendo, en total, seis síndromes (Citado en 35).

I. FUNCIONALES	1. Manía	
	2. Melancolía	
	3. Delirios	
	4. Confusión mental	
II. ORGÁNICAS	5. Demencias	A. Primitivas
		<ul style="list-style-type: none"> a. Precoz b. Senil c. Paralítica d. Coreica e. Focales
		B. Secundarias
		<ul style="list-style-type: none"> a. <i>Vesánicas</i> (son los enfermos de los síndromes 1, 2 y 3 cuando caen en estado demencial). b. <i>Postconfusionales</i>
	6. Frenastenias	

La clasificación de Ameghino, como se puede apreciar, adoptó un criterio sindrómico. Tal preferencia puede vincularse a su pasaje formativo por Francia y su contacto permanente y sostenido con el medio de espe-

cialistas de ese país en el que, siguiendo las enseñanzas de Levy-Valensi (144), dominaba el enfoque sindrómico para la clasificación de las enfermedades mentales.

¹⁰ Arturo Ameghino nació en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, el 14 de julio de 1880 y falleció en 1948. Completó sus estudios de medicina en la Universidad de Buenos Aires y luego viajó a Francia donde realizó sus estudios neuropsiquiátricos entre 1911 y 1914 en los cursos dictados por el neurólogo Joseph Jules Dejerine y el psiquiatra Ernest Dupré en la Universidad de París, adonde adquirió una aguada técnica para el examen semiológico, que completo como agregado en el laboratorio de Villeton en la Facultad de Medicina de la Universidad de Montpellier y en los cursos de Joseph Grasset. A su regreso al país fue designado Jefe de Clínica Neurológica de la Facultad de Medicina (1915-16) y un año después Jefe de la Sección de Psicología Experimental del Laboratorio de la Cátedra de Psiquiatría (1917-31) cuya titularidad era ejercida por José T. Borda. En 1920 fue nombrado Adscripto a la cátedra y, en 1935, Docente Libre y, enseguida, profesor Suplente. Durante ese periodo fue Médico Interno del Hospicio de Las Mercedes. En 1931 asumió el cargo de profesor titular de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, cargo que ocupó hasta 1943. En 1927 fundó la *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, también fue miembro fundador de la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología de Buenos Aires (1927) y de la Sociedad Argentina de Neurología y Psiquiatría (1923), de la cual fue presidente en 1927-28 (7).

IV

Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi

En 1930 Gonzalo Bosch¹¹ y Lanfranco Ciampi¹², a la sazón profesores de psiquiatría y de neuropsiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, respectivamente, publicaron en el *Boletín del Instituto Psiquiátrico* de dicha Facultad, una propuesta de clasificación de las enfermedades mentales (36).¹³

Al tiempo que advierten en su artículo sobre lo difícil y casi imposible que significaba aceptar tal desafío, argumentan que todo esfuerzo era imprescindible dado lo urgente de contar con tal herramienta en el estado de los atrasados conocimientos psiquiátricos de su época en relación con las demás especialidades médicas, y que para que tal empresa fuera de utilidad debía ser “Una clasificación científica de las enfermedades mentales”. Es decir, “...que la clasificación debe ser el lenguaje corriente de nuestra ciencia y que, para entendernos alguna vez, tenemos por fuerza que admitir su idioma claro y comprensivo, dentro de lo relativo e imperfecto, si se quiere, de las expresiones en general. [...] Necesitamos, pues, adoptar una terminología clara y una clasificación uniforme para entendernos y con esto lograremos, quizá, que nuestros trabajos puedan ser justamente apreciados y nuestros argumentos usados en discusiones, bien interpretados” (36).

A continuación, los autores analizan detalladamente los obstáculos que se presentan para elaborar una clasificación científica, analizan los datos que podía proporcionar la medicina y descartan ciertos criterios de clasificación usados hasta entonces.

En primer lugar señalan que “La dificultad de sistematizar las enfermedades mentales, se debe a veces, a que nos falta el conocimiento de los factores etiológicos, que se desconocen las lesiones anatómicas e histológi-

cas o las alteraciones humorales” [y] “También porque encontramos cuadros nosológicos, atribuidos a distintas entidades morbosas, o síndromes cuya anatomía es al mismo tiempo negada por unos y sostenida por otros; y expresados (los mismos síndromes) con términos diferentes y ni siquiera equivalentes”¹⁴ (36).

A fin de encontrar un respaldo científico para arribar a conclusiones ciertas la psiquiatría debe apoyarse en la medicina general y, para ello, Bosch y Ciampi consultaron “... los tratados más modernos de patología y clínica médica, a fin de apreciar las corrientes que ordenan las clasificaciones de las enfermedades en general, con el propósito de aplicar los criterios que las fundamentan y de adaptarlos en lo posible a nuestra especialidad”¹⁵ (36). De esa búsqueda, extraen principios a los que le asignan particular importancia para elaborar su clasificación psiquiátrica:

1) En primer lugar constatan que “Los límites entre el estado de salud y de enfermedad, no son tan netos como puede creerse, siendo imposible la delimitación en algunos casos. Esta comprobación ha creado el concepto de “salud relativa” y la llamada ‘patología constitucional’ que alguien ha denominado también creemos sin ningún humorismo ‘la clínica de los sanos’” (36).



Gonzalo Bosch
(1885-1965)

2) En segundo lugar, entienden que “Hay que establecer una, distinción entre el síndrome clínico y la entidad morbo, con autonomía propia”, y, por lo tanto, concluyen que “Para diferenciar el síndrome de la en-

¹¹ Gonzalo Bosch nació en Buenos Aires, en 1885 y falleció en la misma ciudad en 1967. Fue sobrino nieto de Buenaventura Bosch, uno de los fundadores del Hospicio de San Buenaventura. Cursó sus estudios secundarios en el Instituto Libre de Segunda Enseñanza y se graduó como médico en 1913 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con la tesis intitulada: *Examen morfológico del alienado*. Fue director del Hospicio de las Mercedes entre los años 1931 y 1947, Director de la Colonia Nacional de Alienados “Dr. Domingo Cabred” y Presidente en dos oportunidades de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, y Vicepresidente 1º de la “Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social”, desde 1933. Desarrolló una ininterrumpida carrera docente que comenzó como Docente Libre, luego continuó como Profesor Adjunto y, desde 1943 hasta 1953, como Profesor Titular de Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Buenos Aires, después de haber ocupado ese puesto en la Universidad del Litoral. Entre otros destacados docentes contó con la colaboración de Mauricio Goldenberg que inició y culminó su formación psiquiátrica junto a Bosch y Carlos Pereyra. En 1938 fue elegido miembro titular de la Academia Nacional de Medicina. Bosch fue también fundador de la Liga Argentina de Higiene Mental, junto a Lanfranco Ciampi y otros destacados psiquiatras argentinos (20).

¹² El psiquiatra italiano Lanfranco Ciampi, nació en San Vito in Monte el 21 de febrero de 1885. Fue director del Hospital Psiquiátrico de Rosario y profesor de Psicopatología Infantil y Psicología Experimental en la Facultad de Medicina de la misma ciudad.

Junto a Gonzalo Bosch organizó el Comité Regional de la Liga Argentina de Higiene Mental en 1930. Pionero en el desarrollo de la psiquiatría infantil, Ciampi se especializó en Italia en el trabajo con niños deficientes y retrasados, adonde trabajó, entre 1905 y 1919, en el Instituto Médico-pedagógico de Roma, bajo la dirección del célebre alienista Sante De Sanctis, Debido a su fama en la especialidad fue convocado para instalarse en Rosario por el Dr. Agudo Ávila, para dirigir en nuestro país, la primera Cátedra de Psiquiatría Infantil siguiendo la corriente neuro-psiquiátrica de su maestro romano. Dicha cátedra ha sido reconocida en todo el mundo como la primera cátedra oficial de psiquiatría infantil dentro de la organización de un programa de estudios universitarios. Ciampi falleció en Buenos Aires, adonde pasó la últimos años de su vida, en 1962 (20).

¹³ Bosch y Ciampi respondían así a la resolución surgida de la Primera Conferencia Latino-Americana en la que se instaba a la elaboración de una clasificación regional de las enfermedades mentales (37). Los autores de Rosario se muestran en el artículo publicado en el *Boletín* de la Facultad “Convencidos de esta necesidad y de que debe América latina -unida ya por lazos intelectuales- adoptar una clasificación única” [y por ello se presentan] “... con este trabajo sintético de acuerdo a la índole que lo lleva, a objeto de que sea discutido, comentado, aumentado o corregido, siempre que con ello nos sea dado obtener, en beneficio de la especialidad, lo que tan animosamente intentamos” [porque] “... insistimos que es necesario imponer, cuanto antes, una clasificación latinoamericana de las enfermedades mentales”.

¹⁴ Una preocupación que ya había suscitado en Philippe Chaslin, en 1914, la pregunta que sirvió de título a uno de sus más recordados trabajos: La “psychiatrie” est-elle une langue bien faite? (38) y que ha inquietado a los psiquiatras a lo largo de la historia de la especialidad desde Pinel hasta el DSM (39).

¹⁵ Abundando en ese concepto Bosch afirmaba en otro artículo del *Boletín*: “... debemos recostarnos en la Clínica Médica en general con sus puntales más sólidos: anatomía, fisiología, semiología, anatomía patológica, química y física y no olvidarnos que la psiquiatría es más que todo y por sobre todo, todo esto junto, es decir, Clínica Médica, con esta particularidad, de acuerdo a nuestro criterio y que a primera vista parecería paradójica: clínica sin enfermedad en la gran mayoría de los casos que es dado considerar, formada casi exclusivamente a base de síndromes” (40).

tividad clínica morbosa, es insuficiente el criterio anatomo-histopatológico, como lo es el fisiopatológico y el sintomatológico. Podemos conocer las lesiones anatómicas e histológicas que determinan un proceso morboso, así como las alteraciones funcionales que, de aquellas derivan y los síntomas que lo acompañan; pero, con estos conocimientos no tenemos el derecho todavía de dar autonomía a una entidad morbosa, por cuanto puede observarse identidad de alteraciones anatómicas, perturbaciones funcionales y manifestaciones sintomáticas, en cuadros clínicos diversos" (36). Por ello, "El síndrome, que está constituido por un grupo o conjunto de signos, cuya etiología ignoramos, puede por su aspecto sintomático característico, por su mecanismo patogénico o por su anatomía patológica, diferenciarse netamente de otros síndromes. La enfermedad, bien definida, por el contrario, supone el conocimiento del factor etiológico" (36); y hacen propio un concepto que toman del endocrinólogo italiano Nicola Pende: "La enfermedad; en sentido científico, es la entidad morbosa etiológica, mientras el síndrome, es una constelación sintomática... No podemos hablar de entidad morbosa, de enfermedad bien definida, si ignoramos la etiología... Solamente la especie etiológica de la enfermedad puede permitirnos individualizar la especie nosológica" (41).

3) En tercer lugar, advierten que "... a la distinción, que algunos señalan, entre los factores etiológicos-endógenos y etiológicos exógenos, no debe atribuírsele todo el valor que en otro momento se le concediera, por cuanto las modernas investigaciones ponen de relieve la simultaneidad y coexistencia de las mismas en cada enfermedad" [...] "El estímulo perturbador que llega del exterior no puede determinar las alteraciones morbosas sino cuando existen en el organismo anomalías intrínsecas de caracteres estructurales, químicas o funcionales de los elementos morfológicos, que ofrecen las razones más importantes para la génesis de las alteraciones mismas..." (36).

Reconocen, entonces, que el "... problema etiológico, resulta casi siempre complejo, por la presencia al mismo tiempo, de factores endógenos, es menester diferenciar las causas de contingencia, esenciales y necesarias, de las causas específicas" (36).

4) En cuarto lugar, señalan un error frecuente, como es "... la confusión entre el factor etiológico específico, con el mecanismo fisiopatológico" (36), y critican la teoría de la autointoxicación como explicación etiológica de las enfermedades mentales.

5) En quinto lugar, consideran que "Debe abandonarse el concepto de enfermedad funcional, en el sentido de expresar enfermedad *sine materiae*", y ponen como ejemplo a las neurosis a las que consideran un "... error material de la organización del sistema nervioso, que deriva de un ectodermo lábil" (36).



Lanfranco Ciampi
(1885- 1962)

6) Y, para terminar su fino análisis epistemológico, recuerdan que "Si bien la doctrina constitucional aconseja no descuidar el estudio de las anomalías o desarmonías,

de las diátesis morbosas, de los estados premorbosos, etc., no hay que confundir tampoco las constituciones individuales o tendencias, con las enfermedades propiamente dichas" [...] "... un sujeto no se enferma mentalmente por un natural desenvolvimiento de una determinada constitución, diátesis o disposición congénita, sino que, para que enferme, se necesita la intervención de un elemento, de un factor nuevo: el factor realizador", criterio que también toman de Pende, "... que puede derivar, tanto del ambiente orgánico como del ambiente mesológico" (36).

A partir de las consideraciones mencionadas, extraídas de la Patología General de la medicina, Bosch y Ciampi concluyen (y es necesario citar en extenso este pasaje de su artículo por el valor doctrinal que encierra): "... que para que una clasificación tenga un valor científico, necesita ser fundamentada en el principio de la causalidad específica; y que la clasificación no puede encontrar su base en la distinción entre enfermedades endógenas y exógenas, entre congénitas y adquiridas, entre orgánicas y funcionales, entre constitucionales y adquiridas, entre reacciones homónimas y heterónimas, entre sujetos armónicos y desarmónicos, etc. Ahora bien: ¿Podemos ofrecer una clasificación que se funde exclusivamente sobre el criterio etiológico? Si hoy conociésemos la etiología de todas las enfermedades mentales, fácil nos sería diferenciarlas y habríamos alcanzado con ello lo que la medicina pide hoy a este respecto. Ni los otros criterios que pueden utilizarse cuando falta el etiológico, el criterio anatomo-histopatológico, criterio fisiopatológico, criterio sintomatológico. Unos permiten clasificar en manera definitiva, las enfermedades mentales. Las razones que lo impiden, son demasiado conocidas y evitaremos el caer en lugares comunes. De ahí la imposibilidad de presentar una clasificación verdaderamente científica a base etiológica, y la necesidad de buscar otro camino que nos permita, utilizando diversos criterios (anatomo-patológico, patogenético, clínico) dividir la patología mental en síndromes. Entendemos que es en el campo de la patología mental, vale decir en la clínica, en donde debemos colocarnos para diagnosticar y tratar, las enfermedades mentales, valorando, como se merece, el trastorno mental. La sintomatología psíquica, en efecto, es, en la mayoría de los casos, la única que nos guía a la determinación del diagnóstico: así ocurre con la esquizofrenia, con la paranoia con las distimias, con la imbecilidad biopática, con el histerismo, etc., siendo la sintomatología somática y humoral inconstante e insegura, en estas enfermedades. Cuando nos falta el elemento etiológico, son los trastornos psíquicos reunidos en tipos clínicos de grupo, bien delineados, que, más allá de las variaciones individuales, constituyen esencialmente la enfermedad mental, mientras que el *substratum* anatómico nos ilumina sobre la causa de la enfermedad misma. Ahora, entre los trastornos que la psiquis puede presentar, los hay de las más diversas jerarquías. Los unos, no faltan nunca en algunos síndromes y otros, se verifican o no. Algunos tienen importancia aparentemente esencial y otros de contingencia. Admitamos, pues, para unos, valor ponderable y para otros solamente valor contingencial" (36).

Y, a continuación, introducen su criterio ordenador de la clasificación en relación a la *autonomía psíquica* que posee el sujeto que sufre alguna de las formas de enfermedad mental en los términos siguientes: “Creemos que la manifestación morbosa de la psiquis, de mayor importancia, la que tenemos que investigar con la mayor prolijidad, cuando estamos frente a un enfermo, es aquella que se refiere a la magnitud del trastorno mental. Es necesario, pues, poner de manifiesto si las alteraciones del enfermo son tales que comprometan por completo o parcialmente su autonomía psíquica, y si la comprometen en manera transitoria o definitiva. Este criterio puede servirnos entre tanto, provisoriamente, para una primera diferenciación. Es una distinción realizable en la práctica; accesible a los conocimientos de los médicos generales; no comprometedora, hasta que nos lleguen los siempre anhelados progresos de la patología mental y de gran utilidad, quizá, para la interpretación de los problemas que se presentan a diario en Medicina Legal” (36).

Al utilizar como criterio ordenador solamente el grado de autonomía psíquica del sujeto la clasificación propuesta por Bosch y Ciampi, que según ellos no tenía “... el objeto de renovar las doctrinas psiquiátricas con nombres, constelaciones morbosas y concepciones nuevas, que aumentaría la confusión...” ya existente, no introduce innovaciones y solo tenía la pretensión de lograr “... una orientación sintomática [utilizando] “... los cuadros nosológicos que la patología mental, tiene por aceptados y diferenciados” (36).

De acuerdo entonces, a la pérdida, total o parcial, momentánea o permanente de la autonomía psíquica, los autores ordenaban los cuadros de la patología psiquiátrica ya descriptos por la tradición de la especialidad en cinco grupos:

I) ESTADOS MENTALES PREMORBOSOS (CONSTITUCIONES)

Los autores incluían en este grupo a los sujetos que presentaran “... desarmonías características en la personalidad, las cuales no llegan a perturbar, en manera suficiente, el mecanismo de su autonomía psíquica. Son condiciones o tendencias originarias, son tonalidades en la “predisposición individual”, son matices clínicos, evocadores de otras formas clínicas bien definidas son orientaciones y no determinaciones clínicas. Las constituciones representan el terreno fértil, sobre el que pueden desarrollarse esos síndromes clínicos, que antes se denominaban psicosis degenerativas y hoy psicosis constitucionales, si interviene, como hemos visto más arriba, el factor `realizador´. Son formas atenuadas de aquellas, si se quiere, pero con la diferencia que las unas son enfermedades ya establecidas y las otras son estados morbosos en potencia, pero no en el sentido que por sí solos, fatalmente, han de evolucionar. Cada una de esas constituciones es la orientación hacia el tipo de enfermedad, que el sujeto tiene disposición a padecer, en el caso que un estímulo perturbador adecuado -endógeno o exógeno- lo lleve a enfermarse mentalmente” (36).

Y fijan una posición importante en relación a la teoría de la degeneración: “No mencionamos en esta clasi-

ficación la degeneración psíquica, por cuanto el concepto de degeneración psíquica ha sido hoy abandonado y substituido por el de la psicopatología constitucional. Las psicosis degenerativas de antaño, son las psicosis constitucionales de hoy” (36).

CONSTITUCIÓN:

Hipotímica,
Hipertímica,
Ciclotímica,
Neurasténica,
Psicasténica,
Histérica,
Emotiva,
Paranoica,
Esquizoide,
Perversa, etc.

II) SÍNDROMES MENTALES CON DEBILITAMIENTO TEMPORÁNEO DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA (o con pérdida incompleta y temporánea de la autonomía psíquica)

“Este grupo comprende un reducido número de síndromes mentales, las llamadas neurosis, que se caracterizan, como bien lo advierte Sante De Sanctis; por perturbaciones proteiformes, a cargo de las funciones psíquicas, vegetativas, motrices y sensitivas. Trátase de momentáneas rupturas del tono, de desarmonías y desequilibrios funcionales, que se reparan más o menos rápidamente” [...] “Esta manera de pensar está de acuerdo con la doctrina que Von Monakow y Mourgue expusieron recientemente, según la cual las neurosis y las psiconeurosis, deben considerarse como fenómenos de compensación, relacionados con trastornos endócrino-vegetativos y con alteraciones del sistema coroideo-ependimal; la compensación se realizaría mediante un mecanismo especial, que denominaron *diaspasis*” (36).

El motivo por el cual se conserva la epilepsia junto a las neurosis se explica porque “... hay un gran número de epilépticos, los cuales, fuera de las fases convulsivas y de los trastornos inmediatos que las acompañan, no presentan perturbaciones profundas y durables de la personalidad psíquica, mantienen íntegras sus condiciones intelectuales y correcto su comportamiento” [...] “Esta diferenciación, entre neurosis epiléptica y psicosis epiléptica, cobra un valor particular en psiquiatría forense” (36).

NEUROSIS:

Neurastenia,
Histerismo,
Neurosis emotiva,
Epilepsia genuina.

III) SÍNDROMES MENTALES CON PÉRDIDA COMPLETA Y TEMPORÁNEA DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA

Forman parte de este grupo “... algunos síndromes mentales, para los cuales se podría reservar el nombre de psicosis (psicosis distímica, neurasténica, histérica, epiléptica, etc.), que se caracterizan por las perturbaciones

profundas, que ocasionan a la personalidad psíquica, que necesita un largo período de tiempo para volver a su equilibrio normal. En unos casos, por ejemplo, en la psicosis epiléptica o histérica, podemos hablar de una exacerbación duradera de la neurosis, de que padece el sujeto” (36). Bosch y Ciampi aclaran que ubican a la esquizofrenia en este grupo, distinguiéndola de la Demencia Precoz (que incluyen en el Grupo V), siguiendo a la escuela de Henri Claude, entre otros autores, por considerarla curable. Asimismo, en el apartado B incluyen aquellos síndromes relacionados estrechamente con intoxicaciones, con afecciones comunes y afecciones cerebrales (psicosis sintomáticas de algunos autores) y estados o psicosis que consideran que también alteran profundamente y durante largo tiempo el equilibrio mental.

A) PSICOSIS:

- a) Neurasténica o psiquiasténica.
- b) Histérica.
- c) Distímica (maniaco-depresiva).
- d) Epiléptica,
- e) Esquizofrénica.

B) ESTADOS PSICOPÁTICOS:

neurasteniformes, distímicos, confusionales, alucinatorios, delirantes, esquizofrénicos, etc., por intoxicaciones, infecciones o traumatismos.

En este grupo, destacan las formas clínicas más conocidas y diferenciadas:

- Confusión mental.
- Delirio agudo.
- Delirio onírico – no alcohólico.
- Psicosis alcohólicas (delirio onírico, delirium tremens, alucinosis alcohólica, paranoia alcohólica, psicosis de Korsakow, etc.).
- Psicosis morfínica, cocaínica, etc.
- Psicosis gravídica, puerperal, coreica (corea de Sydenham).
- Psicosis traumática.
- Delirios febriles e infecciosos, etc.

IV) SÍNDROMES MENTALES CON FALTA DE DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA

“En este grupo colocamos a los sujetos que han sufrido una detención en su desarrollo cerebral, por biopatía, por cerebropatía presentada en el período pre o post-natal, o por disendocrinia” (36).

A) OLIGOFRENIA O FRENASTENIA:

- a) Biopática. Con insuficiencia mental
- b) Cerebropática. de
- c) Biocerebropática. diversos grados.

B) DISGLANDULARIMOS:

- a) Mixedema
- b) Cretinismo
- c) Mongolismo
- d) Infantilismo, etc.

V) SÍNDROMES MENTALES CON PÉRDIDA COMPLETA Y DURADERA O DEFINITIVA DE LA AUTONOMÍA PSÍQUICA

En este grupo los autores reúnen, “... por un lado, todos aquellos cuadros morbosos, ya bien delineados en Psiquiatría, muchos de los cuales fueron ya rotulados con el nombre de demencias primitivas y, por otro lado, todos aquellos estados demenciales considerados como demencias secundarias, estados involutivos y terminales de diversas psicopatías. Caracterizándose todos, por un debilitamiento global, estable, en las funciones psíquicas. Al lado de estas formas morbosas, hay que asignar un puesto a aquellos síndromes psicopáticos, que se desarrollan sobre un sistema delirante crónico y que, en la mayoría de los casos, no llegan a demencias, no obstante su incurabilidad” (36).

A) PARAFRENIA:

- Demencia precoz y Demencia precosísima o infanto-juvenil.
- Demencia paralítica en la edad adulta y, en la edad evolutiva (infanto-juvenil).
- Dementia infantil.
- Formas preseniles y seniles Melancolía involutiva,
- Atrofia senil de Alzheimer,
- Demencia senil,
- Demencia arterioesclerótica.

B) ESTADOS DEMENCIALES:

- Demencia epiléptica,
- Demencia luética,
- Demencia paralítica,
- Demencia coréica (de Huntington),
- Demencia esclerótica,
- Demencia alcohólica,
- Demencia meningítica,
- Demencia encefalítica, etc.

C) DELIRIOS SISTEMATIZADOS CRÓNICOS (psicosis alucinatoria crónica, paranoia, etc.).

De esta manera, partiendo de la evaluación de la magnitud del trastorno mental, es decir, de la mayor o menor pérdida de la autonomía psíquica, ya fuera ésta completa o parcial, transitoria o definitiva, Bosch y Ciampi concluyen proponiendo una clasificación sindrómica, clínica, en espera de los “progresos de la patología mental” que van a dar, como en la Medicina general, de la cual consideran que la psiquiatría forma una parte indisoluble, la respuesta etiológica que otorgue a la especialidad una verdadera base científica. El empleo del grado de autonomía psíquica del sujeto como único criterio ordenador hace que la clasificación propuesta por Bosch y Ciampi, solo perseguía lograr “... una orientación sintomática [utilizando] “... los cuadros nosológicos que la patología mental, tiene por aceptados y diferenciados” (36), sin innovar en su nomenclatura ni en sus teorías, para no incrementar la confusión existente en la materia.

V Malfatti, Salvati y Pabstleben

En el capítulo dedicado al problema "... siempre difícil [...] porque cada autor tiene su clasificación, tomando puntos de partida distintos (etiología, patogenia, evolución, sintomatología, anatomía patológica, etc.)", de su texto *Psiquiatría* (35), un manual de amplia difusión en esos años,¹⁶ Mario G. Malfatti, Alberto T. Salvati y Carlos E. Pabstleben, comienzan adhiriendo de manera general a "La clasificación de nuestro Profesor Dr. Borda, [que] es la que mejor se adapta al estado actual de nuestros conocimientos [...] y es la que vamos a adoptar", aunque, finalmente, se adscriben a una clasificación sindrómica (*vide infra*).

Por otro lado, como Borda utiliza el término "alienación", de manera general (*Congénitas y adquiridas*) y demencia (*Psicopatías con demencia*), en forma particular, consideran necesario aclarar la acepción que tienen, para ellos, ambos términos: "Con *alienación*, enajenación mental o locura, se designa toda enfermedad que perturba el funcionamiento psíquico. Por el contrario, el término demencia, si bien vulgarmente y aun jurídicamente engloba todas las locuras, tiene en psiquiatría una aplicación más restringida y se da a toda locura caracterizada por la desaparición total o parcial de las funciones intelectuales y afectivas. En otras palabras se trata de *proceso adquirido que da lugar a un debilitamiento global, progresivo e incurable de las funciones psíquicas*."

En consecuencia, si bien es aceptable que en el lenguaje corriente y en el sentido que le da la ley, estos términos coincidan; desde el punto de vista científico, que es el que nos interesa, esos designios no son sinónimos. Para obviar el inconveniente, que la acepción vulgar de la palabra tiene, se ha propuesto en psiquiatría, reemplazar la palabra demencia por *amencia*, denominación poco afortunada, desde el momento que significa pérdida total de la actividad mental y en realidad los dementes la tienen, pero debilitada, decaída; hay un verdadero déficit de la energía psíquica.

No todos los enajenados mentales son dementes; pero, por el contrario, la recíproca es valedera; todos los dementes son alienados.

Repitiendo una comparación gráfica, podemos comparar el enajenado mental a un mecanismo con resortes flojos, que pudiendo ajustarse iría a la curabilidad o aflojándose totalmente lo llevaría a la demencia. Por consiguiente al llegar a este estado, sería un organismo sin compostura, sus piezas están gastadas" (35).

Luego de presentar en detalle la clasificación de Borda, Malfatti, Salvati y Pabstleben, transcriben en su libro la clasificación de Arturo Ameghino (*vide supra*) quien dividía a los enfermos en diversos grupos sindrómicos, así como la de Bosch y Ciampi (*vide supra*) también basada en la descripción de "síndromes mentales", con el agregado particular, señalan, de los estados mentales premorbosos constitucionales (Grupo I), que estos autores consideran que "... no pueden faltar en ninguna clasificación, menos aún con el criterio de la medicina preventiva, pues que ya que se descubren estas "posibilidades", se debe hacer lo posible para que éstas no lleguen a hacerse efectivas; evitándose de esta forma la constitución de un síndrome bien definido y establecido" (35).

Comentando críticamente que "... la clasificación de Borda solo muestra cuadros psicopáticos definidos, es decir "enfermedades mentales"; Malfatti, Salvati y Pabstleben terminan adoptando una concepción más cercana a la de las clasificaciones de Ameghino y Bosch y Ciampi, que a la de Borda, es decir, a una clasificación sindrómica, en los términos siguientes: "Tomando como base los trastornos psíquicos generales que podemos observar en los individuos, podemos agrupar el estudio de los alienados en los 'siete síndromes especiales' que conocemos hoy en psiquiatría: número de síndromes que no ha podido ser sobrepasado hasta el momento actual" (35).

TRASTORNOS PSÍQUICOS GENERALES Y "SÍNDROMES MENTALES ESPECIALES"

Excitación	Maníaco
Depresión	Melancólico
Confusión	Confusional
Incoherencia	Delirante
División	Esquizofrénico
Debilitación	Demencial
Detención	Frenasténico

¹⁶ Inicialmente, el libro *Psiquiatría* (34) tuvo como autores a Mario G. Malfatti y Alberto T. Salvati. Ellos fueron los responsables de la primera edición, aparecida en 1926; de la segunda, corregida y aumentada con nuevos capítulos (Educación de los retrasados mentales, Psicosis infecciosas, Morfinomanía, Cocainomanía, Sífilis cerebral y Corea de Huntington) de 1929; y de la tercera, publicada en 1931, en la que aparece un nuevo capítulo dedicado a la Psicología y sus relaciones con la psiquiatría, inspirada en gran parte en las enseñanzas del filósofo francés de orientación positivista Abel Rey (1873-1940) en su conocida *Psicología* (1911), obra centrada en la conciencia, sus funciones generales, la representación de los hechos, la inteligencia y los fenómenos de la actividad tales como la motricidad. A partir de la cuarta edición, de 1936, en la que aparecen nuevos capítulos: Toxicomanías, Locuras infecciosas, Psicosis traumáticas y Epilepsia, se suma un nuevo autor, Carlos E. Pabstleben (35), quien acompaña a Malfatti y Salvati en la quinta edición de 1940 y en la sexta, y última de la serie, aparecida en 1943, en la que se agregan los capítulos: Recientes adquisiciones terapéuticas en Psiquiatría: insulino-terapia, cadiazol-terapia y shock eléctrico e Indicaciones terapéuticas de urgencia en las enfermedades mentales. Desde la primera edición los autores dedican la obra al que consideran su maestro, Javier Brandam, quien había sucedido a Domingo Cabred en la dirección del Hospicio de las Mercedes entre 1916 y 1921, participado en la creación de la "Liga Argentina de Higiene Mental" y fundado el Hospital Psiquiátrico de la provincia de San Luis (42). En la primera edición de 1926, junto a Brandam reconocen también como sus maestros a Borda, Ameghino y Rossi.

VI

Waclaw Radecki y René Ardití Rocha



Waclaw Radecki
(1887-1953)

Waclaw Radecki¹⁷ y René Ardití Rocha¹⁸, fueron dos autores prácticamente desconocidos por los psiquiatras argentinos contemporáneos.

En su *Tratado de Psicología* (45), Radecki presentó una síntesis de los principios y conceptos de la psicología de la época ordenando y transformando los conceptos en una psicología propia, en la que concebía un psiquismo tridimensional -la psicología de la vida intelectual, de la vida afectiva y de la vida activa-, pensamiento, sentimiento y acción, conformando lo que denominó “discriminacionismo afectivo”. El mismo constituía una propuesta de organizar en un único sistema todo lo que hasta entonces se había hecho en psicología, aprove-

chando los puntos que posibilitaran la articulación de las teorías, con el propósito de crear una psicología unificada, que nunca llegó a completarse.

Radecki afirmaba que la psicología individual fallaba en la tarea de fundar una caracterología, ya que cada autor se centraba en diferentes funciones: algunos privilegiaban el pensamiento, otros la emoción. Radecki proponía la elección de la forma afectiva de discriminar como función básica a ser investigada, a partir de la cual las demás funciones deberían ser correlacionadas, y precisamente esto sería el discriminacionismo afectivo (45, 46).

Otro aspecto interesante en el libro es la crítica del autor a la psicotécnica, que se difundía avasalladoramente en los años 1920.

De acuerdo con el psicólogo polaco, ningún examen psicotécnico podía eliminar la necesidad de un examen psicológico, lo que demuestra que los trataba de manera distinta. Aunque no haya hecho esa comparación, podemos suponer que se guiaba por el modelo médico de entonces, en el que las pruebas de laboratorio no sustituían los exámenes clínicos (47).

Waclaw Radecki y René Ardití Rocha, quienes trabaron una fuerte relación profesional en la década del '30 del siglo pasado, dedican el capítulo V de su *Manual de*

¹⁷ Waclaw Radecki, nació en Varsovia, Polonia, el 27 de octubre de 1887. En 1905, mientras cursaba el octavo y último año del Liceo, debió dejar su ciudad natal, a causa de su participación en las luchas por la libertad de Polonia, a la sazón ocupada por Rusia y el Imperio Austro-húngaro. Se inscribió entonces en la Universidad de Cracovia adonde inició sus estudios de Psicología, pero en 1907 debió huir a Florencia adonde se inscribió en la Facultad de Ciencias naturales. Pasó luego a Ginebra hacia donde afluyeron grupos juveniles polacos revolucionarios, y se inscribió en 1908, en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, adonde fue asistente en el laboratorio de psicología experimental dirigido por Édouard Claparède (1873-1940). En 1911 obtuvo el título de doctor con la tesis intitulada: “Recherches expérimentales sur les phénomènes psychoélectriques”, y fue nombrado docente libre de la Universidad de Ginebra. A partir de 1912 retornó a Polonia y continuó sus investigaciones como jefe del laboratorio de Psicología de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Cracovia y, posteriormente, como profesor en la Universidad Libre de Varsovia. En 1923, por motivos no esclarecidos, se trasladó a Brasil donde fue nombrado profesor de Psicología General en la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Universidad de Curitiba, y luego se afincó en Río de Janeiro en 1924. Allí trabó relación con personajes de la psiquiatría brasileña, como Gustavo Riedel (1887-1934), quienes lo llevaron a la Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro, adonde cooperó en la creación del Laboratorio de la institución. En 1927, fue nombrado jefe de investigaciones científicas de los hospitales de Río de Janeiro. En 1928 termina de dar forma definitiva a su sistema psicológico; y, en 1929, publicó su *Tratado de Psicología*. En 1932, gracias a los esfuerzos de Radecki y sus asistentes el Laboratorio de la Colônia de Psicopatas fue elevado por decreto gubernamental a la categoría de Instituto de Psicología adscripto a la Facultad de Educación, Ciencias y Letras de la Universidad de Brasil; con la finalidad de convertirlo en un centro de investigaciones, un centro de aplicación de conocimientos y una escuela superior de psicología. Inexplicablemente, en octubre del mismo año el Instituto se desactivó por otro decreto gubernamental y sus materiales fueron incorporados al Servicio de Asistencia a Psicopatas. Este súbito cambio fue atribuido a la oposición de dos sectores adversos, descontentos con el trabajo del Laboratorio y con la propuesta de creación del curso de grado en psicología. Uno de estos grupos era de católicos, contrarios a la psicología “materialista” enseñada por Radecki y al hecho de que el Instituto estuviera bajo la dirección de un “extranjero”; el otro de médicos y educadores, que reconocían la existencia de un saber psicológico, pero pretendían que éste se limitara al ámbito del conocimiento. En 1933 Radecki viajó a Montevideo invitado por el gobierno del Uruguay para dictar un curso de Psicología General en la Universidad y organizar el Laboratorio de la Aviación Militar. Desde entonces Radecki alternó sus actividades docentes y de investigación entre la Argentina y el Uruguay. En Buenos Aires tradujo al castellano y publicó en 1933 su *Tratado de Psicología*, en 1935, la *Psicopatología funcional*, en colaboración con el Dr. C. Payssé y, en 1937, el *Manual de psiquiatría*, en colaboración con el Dr. René Ardití Rocha. En 1936, fundó el Centro de Estudios Psicopedagógicos donde dictó cursos regulares, ciclos de conferencias, organizó un Laboratorio destinado a los cursos prácticos sobre Técnicas de Psicología Experimental y un Consultorio Psicológico. Esta entidad, transformada en Centro de Estudios Psicológicos de Buenos Aires en 1948, ofrecía estudios sistemáticos de psicología general y diferencial, individual, social y aplicada a los diversos campos de la actividad científica y práctica. Finalmente, Radecki se radicó en Montevideo hasta su fallecimiento, acaecido el 25 de marzo de 1953. Allí enseñó Psicología General en la Universidad de la República Oriental del Uruguay y en la Facultad de Medicina local. En 1944 fundó el Centro de Estudios Psicológicos de Montevideo, y en 1947 la Escuela Profesional de Psicología, que, en 1951, se transformó en Facultad Libre de Psicología, y de esta forma pudo realizar el proyecto que no dio frutos en Brasil. En 1950 organizó, en Montevideo, el Primer Congreso Latinoamericano de Psicología (43, 44).

¹⁸ René Ardití Rocha fue un prestigioso médico especialista en psiquiatría. En 1955 fue profesor titular de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires y de la de La Plata, simultáneamente. En Buenos Aires sucedió en la cátedra a Gonzalo Bosch, y, luego de la denominada “Revolución Libertadora”, fue reemplazado por Alberto Bonhour. También ocupó los cargos de Decano y Vicedecano de la Universidad Nacional de La Plata y Consejero Universitario de la misma. Miembro de la Academia Hispanoamericana de la Ciencia y de la Historia, fue elegido Senador de la Provincia de Buenos Aires por la primera circunscripción electoral para el período 1950-1954, por el Partido Justicialista. Fundó en 1936 el Servicio de Psicopatología del Hospital “Parmenio Piñero” de la ciudad de Buenos Aires, que actualmente lleva su nombre; y también lleva su nombre la cátedra de Psiquiatría del Hospital Interzonal “Alejandro Korn” sito en la localidad de Melchor Romero, provincia de Buenos Aires. En Villa Adelina, Partido de Vicente López, provincia de Buenos Aires, se encuentra una gran casona de típico estilo colonial español, cuya construcción data de 1873. Esa casa fue uno de los más antiguos cascos de estancia de la zona, cuyos últimos dueños pertenecían a la compañía inglesa que instaló el ferrocarril. A principios de los años '30 la familia Ardití Rocha adquirió la propiedad para vivienda familiar y la rebautizó “Los Eucaliptus”. Poco tiempo después, en 1949, René Ardití Rocha fundó allí la primera clínica psiquiátrica de la Provincia de Buenos Aires, con características que respondían a los más avanzados criterios de la especialidad, incluyendo el tratamiento de puertas abiertas. Por su prestigio profesional y su actividad política el lugar recibía frecuentemente las visitas de personalidades con quienes Ardití Rocha mantenía estrecha relación: en tres oportunidades asistió el presidente de la Nación, Juan Domingo Perón, acompañado por su esposa. También eran frecuentes las visitas del Dr. Ramón Carrillo, ministro de Salud Pública de la Nación, de Héctor Cámpora, Presidente de la Cámara de Diputados y de Domingo Mercante, Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, entre otros funcionarios, intendentes, ministros y miembros del cuerpo diplomático.

Psiquiatría, publicado en 1937, a analizar la "Clasificación de las Enfermedades Mentales" (48).

Los autores señalan allí que "la distinción de las enfermedades mentales no está en la época actual basada en un criterio uniforme". De tal manera que "... en el desorden nocional existente, hay innumerables tentativas de clasificaciones de las enfermedades mentales, en las cuales no se encuentra, sin embargo, una uniformidad del criterio utilizado por el mismo autor".

Para ilustrar esa afirmación transcriben *in extenso*, y someten a un fino análisis crítico, las clasificaciones de Borda, de Bosch y Ciampi, de Kraepelin (presentada por Emilio Mira y López), de Bumke, de la Liga Europea de Higiene Mental, de 1932, y del Consejo de la Sociedad Americana de Psiquiatría, de 1933.

Respecto de la propuesta de Borda observan que "... utiliza en sus divisiones y subdivisiones tanto los criterios etiológicos como constitucionales y degenerativos, así como, finalmente, los psicológicos descriptivos y los clínicos", es decir, carece de un principio uniforme de ordenamiento. Por otro lado, recuerdan que "... el propio concepto de la constitución armónica (normal) y desarmónica, concebida por el prisma de la degeneración no está suficientemente aclarado como para construir sobre él las divisiones clasificatorias básicas", y consideran que "... la impropiedad de los criterios -utilizados por Borda- se muestra también por la imposibilidad de aplicarlos a numerosas formas de enfermedades que no se encuadran en tal clasificación (confusión mental, psicastenia, etc.)" (48).

A continuación analizan la nosografía de Bosch y Ciampi; y, si bien reconocen que "... la organización nocional de esta clasificación posee un criterio uniforme en la división inicial de las cinco primeras clases", consideran que "... este criterio, representado por las referencias a la inestabilidad, debilitamiento temporáneo, pérdida temporánea, falta de desarrollo y pérdida duradera de la 'autonomía psíquica', opera, sin embargo, con una noción genérica y no definida aún bio-psicológicamente", por lo que la consideran insuficientemente fundamentada (48).

Por razones particulares también rechazan la pertinencia de las demás clasificaciones y concluyen proponiendo una clasificación propia, a la que justifican, despojando la polémica, en los términos siguientes: "Examinando las clasificaciones citadas, como también otras, propuestas por diferentes autores, llegamos a la conclusión de que un criterio uniforme para clasificar nocionalmente (teóricamente) y prácticamente las enfermedades mentales, todavía no pudo ser establecido en la Psiquiatría" ya que señalan que: 1) las tentativas de establecer un criterio etiológico tropiezan con el desconocimiento de las causas de muchas de esas enfermedades y, 2) las

entidades morbosas no poseen una definición nocional intrínseca y están sujetas a la observación subjetiva de cada investigador (48).

Por lo tanto, se inclinan por orientar las clasificaciones mediante una interpretación genética de los síndromes y de las enfermedades ya prácticamente aceptadas, entendiendo que "... tal camino nos acerca a la solución parcial de la etiología, [aunque] sin resolverla, tal vez, completamente", y agregan que "... la interpretación genética puede referirse a cada síntoma particular, constituyéndose entonces como premisa para la etiología pluricausal y plurilateral del cuadro nosológico" (48).

No obstante, reconocen que "No permitiendo el estado actual de nuestros conocimientos psiquiátricos realizar el análisis genético en todos los aspectos psíquicos y orgánicos, tentaremos efectuar la interpretación genética en el terreno psicológico, buscando en los cuadros sindromáticos y nosológicos las referencias genéticas a las variantes funcionales mórbidas (supramaximales o submaximales) que, en cada síndrome o psicopatía, se constituyen como sobreordenadas no compensadas y cuyo trastorno, por las correlaciones, modifica y perturba la evolución de las otras funciones. Tal interpretación puede ser, desde cierto punto de vista, concebida como una etiología psicológica; sin embargo, la preocupación con la variante sobre ordenada termina, prácticamente, con el establecimiento del hecho de su sobre ordenación y rara vez puede seguir la búsqueda de las causas del propio trastorno, encontrado como sobre ordenado.

En este sentido la coordinación de las formas morbosas que proponemos enseguida, es una tentativa de suministrar nuevos puntos de referencia, para añadirlos a los ya existentes en la futura elaboración de la criteriológica propiamente clasificatoria" (48).

A continuación despliegan, en base a esos principios, su propia propuesta nosográfica, pero lo encuadran en las siguientes limitaciones: "... la organización del cuadro sinóptico obedece a un criterio uniforme en la división de los grupos principales (I, II, III) y de las entidades nosológicas (enfermedades). Tal criterio consiste en la referencia a las variantes funcionales psíquicas patológicas, que se constituyen como sobreordenadas en cada grupo o entidad mórbida.

La subdivisión de las unidades nosológicas obedece al mismo criterio, en relación con su gradación intensiva, con referencias temporales y con las correlaciones variables con otras funciones o cuadros sindromáticos.

Sin embargo, por no poder establecer la etiología de las variantes mórbidas indicadas como sobreordenadas, no podemos concebir nuestro cuadro sinóptico como una clasificación satisfactoria, y lo consideramos únicamente como un auxiliar interpretativo orientador" (48).

Cuadro sinóptico interpretativo de las enfermedades mentales (48)

I) ENFERMEDADES CON SÍNDROME PSÍQUICO SUBORDINADO A UNA VARIANTE FUNCIONAL MÓRBIDA DE UNA DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES

1) Frenastenia (Desarrollo subliminal de las funciones elaboradoras primarias: de la discriminación y de la reconocimiento).

- A) Idiocia (grado más acentuado del atraso).
- B) Imbecilidad (grado medio del atraso).
- C) Debilidad mental (grado menos acentuado del atraso).

2) Psicastenia (Trastorno básico del equilibrio entre la conciencia focal (plena) y la conciencia franjal (sub e inconciencia)

- A) Psicastenias de primer grado:
 - a) Con excesivo predominio focal.
 - b) Con insuficiente predominio focal.
- B) Psicastenias de segundo grado:
 - a) Con "ideas fijas".
 - b) Con obsesiones.
 - c) Con fobias.
 - d) Con angustias.

3) Confusión mental (Pérdida de la continuidad intelectual: trastornos de las asociaciones conjuntivas. Pérdida progresiva de las tendencias a conservar la continuidad).

- En relación con el origen idio o alopático: a) Primitivas; b) Sintomáticas.
 En relación con el ritmo de la evolución: a) Aguda; b) Crónica.
 En relación con los grados intensivos de la propia Confusión y su correlación con los otros síndromes: a) De primer grado o ligera; b) Onírica; c) Alucinatoria; d) Delirante; e) Demencial; f) Estuporosa.

4) Paranoia (Grado supramaximal de la deformación subjetiva de las representaciones).

- A) Paranoias de primer grado.
- B) Paranoias delirantes:
 - a) Delirios polimorfos.
 - b) Delirios sistematizados.
 - c) Delirios alucinatorios.

5) Demencia senil (Durabilidad supramaximal de los recuerdos antiguos, restricción de las fijaciones mnemónicas nuevas).

- A) Formas preseniles.
- B) Involución senil de primer grado.
- C) Demencia senil propiamente dicha.
 - a) Simple
 - b) Complicada (con trastornos neurológicos concomitantes).
 - con arterioesclerosis
 - con trastornos cerebrales focales (afasias, agnosias, apraxias).
 - c) Delirante
- d) Melancólica
- e) Maníaca.
- f) Confusional.

6) Afecciones mentales de etiología orgánica conocida: causadas por trastornos anatómo-patológicos y físico-químicos cerebrales. (Trastornos mnésicos en los eslabones asociativos; tendencias supramaximales a conservar la continuidad intelectual por la formación de asociaciones conjuntivas inadecuadas).

- A) Parálisis General Progresiva.
- B) Psicosis Arterioesclerótica.
- C) Enfermedades de Alzheimer y Pick.
- D) Psicosis Toxiinfecciosas.
 - a) Alcohólico.
 - b) Morfinismo.
 - c) Cocainismo.
 - d) Puerperalidad, etc.
- E) Tumores cerebrales.

II) ENFERMEDADES CON SÍNDROME PSÍQUICO SUBORDINADO A UNA VARIANTE FUNCIONAL MÓRBIDA DE LA SENSIBILIDAD AFECTIVA

1) Esquizofrenia (Durabilidad supramaximal de las reacciones afectivas anteriores a la enfermedad: exceso de lentitud en la abreacción de los viejos complejos).

- A) Esquizofrenia de primer grado.
- B) De segundo grado – Demencia precoz
 - a) Simple.
 - b) Hebefrénica.
 - c) Catatónica.
 - d) Paranoide.

2) Psicosis Maníaco-depresiva (Desarrollo subminimal de las reacciones afectivas activas y supramaximal de las pasivas, en el periodo prodrómico).

- A) Manía – Melancolía
 - a) Formas intermitentes
 - b) Formas alternantes
- B) Manía
 - a) Hipomanía
 - b) Simple
 - c) Interpretativo-delirante
 - d) Colérica o Furiosa
- C) Melancolía
 - a) Simple
 - b) Ansiosa delirante
 - c) Estuporosa

3) Histeria (Desarrollo supramaximal del complejo afectivo de su propio YO).

- A) Gran Histeria
- B) Pequeña Histeria

III) ENFERMEDADES CON SÍNDROMES PSÍQUICOS SUBORDINADOS A LOS TRASTORNOS SUBMINIMALES O SUPRAMAXIMALES DE LA TENSIÓN EN TODOS LOS SECTORES DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS

1) Neurastenia (Tensión psíquica subminimal generalizada)

- A) Simple
- B) Asociada a otros síndromes:
 - a) Psicasténico
 - b) Histérico
 - c) Maníaco
 - d) Melancólico
 - e) Delirante,
 - f) Confusional, etc.

2) Epilepsia (Tensión psíquica supramaximal generalizada).

- A) Genuina (Esencial)
- B) Sobre agregada a otros síndromes, enfermedades o traumatismos:
 - a) Alcohólica
 - b) Sifilítica
 - c) Jacksoniana, etc.

Radecki y Arditti Rocha presentan, así, una clasificación sindrómica basada en aspectos alterados del funcionamiento psicológico (funciones intelectuales en el grupo I; sensibilidad afectiva en el II y todos los sectores de las funciones psíquicas en el IV) como criterio diferencial.

VII

Ernesto Daniel Andía

En 1944 apareció en Buenos Aires un manual intitolado *Clínica psiquiátrica* (145) publicado por Ernesto Daniel Andía, Jefe de Servicio del Hospital Municipal "Pedro Fiorito", sito en la localidad de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires.

El autor había sido profesor de Clínica Neuropsiquiátrica en la Facultad de Ciencias Médicas de Asunción del Paraguay entre 1936 y 1938 y, luego, Jefe de Trabajos Prácticos de Clínica Psiquiátrica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires durante 1933 y 1934; y, desde ese año hasta 1940, Secretario Técnico del Hospicio de las Mercedes.

El libro de Andía tuvo relativa difusión pero constituyó uno de los pocos intentos en esa década de presentar en un manual destinado a estudiantes de medicina una síntesis de los conceptos en boga en la especialidad. Por supuesto, que dichos conceptos fueron presentados en la obra según la posición teórica del autor: Andía neurólogo y neuropsiquiatra privilegiaba marcadamente el enfoque proporcionado por la neurobiología de Cristofredo Jakob y las teorías de las constituciones y la herencia neurodegenerativa.

Al abordar el tema de las clasificaciones diagnósticas Andía expone los criterios clínicos previos a partir de los cuales fija su posición al respecto. El paso inicial para este autor es definir si el paciente está afectado de una "psicopatía con demencia o sin demencia". Porque considera que "los *procesos demenciales* son incuestionablemente orgánicos y por consiguiente tienen su correspondiente anatomía patológica. Los *procesos no demenciales* son simplemente funcionales y por consiguiente carecen de lesiones anatomopatológicas. Por otra parte -dice- los dementes se advierten por el retroceso biológico que se revela por su *deficiencia* psíquica progresiva; y los oligofrénicos, que también tienen características anatomopatológicas, se advierten por la *detención biológica* que se revela por su *insuficiencia* psíquica o mental".

En la obra Andía propone una actitud nosográfica en etapas comenzando por la adjudicación de un diagnóstico sindrómico, siguiendo la nomenclatura de Levy-Valensi (144). El autor agrega una característica sintomática en la tercera columna (fidel a su orientación biológica introduce como característica de los Frenasténicos, el término *dicogenia* tomado de la biología, que designa la capacidad que tiene los seres vivos de desenvolverse en dos sentidos distintos de acuerdo a las condiciones del medio):

	SÍNDROME	
Excitación	Maníaco	<i>aceleración</i>
Depresión	Melancólico	<i>retardación</i>
Confusión	Confusional	<i>obnubilación</i>
Incoherencia	Delirante	<i>dicogenia</i>
División	Esquizofrénico	<i>disgregación</i>
Debilitación	Demencial	<i>deficiencia</i>
Detención	Frenasténico	<i>insuficiente</i>

Luego de esta recomendación Andía propone que una vez diagnosticado el síndrome se proceda a ubicarlo en la "entidad nosológica" a la que corresponda el caso, y, para ello, aconseja recurrir a la clasificación de Borda, completándola "desde un punto de organización psicobiológica más moderno, con la clasificación argentina de Bosch y Ciampi", y reproduce a continuación los cuadros sinópticos de ambas clasificaciones.

VIII

La clasificación con criterio sanitario de Ramón Carrillo

El 22 de septiembre de 1949, Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud Pública de la Nación, dictó una conferencia en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría de la ciudad de Buenos Aires, ante un nutrido número de especialistas (49).

En la oportunidad, el Ministro, al proponer una nueva clasificación psiquiátrica, planteó de entrada sus objetivos: "Nuestro trabajo, repito, comprende, pues, dos o tres propósitos fundamentales: a) el primero, una clasificación de utilidad forense, considerando a los enfermos mentales desde el punto de vista que interesa a los Códigos Civil y Penal de la Nación; b) el segundo, una clasificación que contenga los elementos necesarios para la estadística oficial del Ministerio de Salud y c) el tercero, una clasificación que por sus grupos indique el tipo de establecimiento y de terapéutica que deben emplearse" (49).

Enfrentado al desafío de ordenar, por primera vez en la historia del país, la Salud Pública a nivel nacional, Carrillo describe el problema que representaba llevar una estadística sanitaria de los trastornos mentales desde el flamante Ministerio a su cargo: "No creo que haya algo que produzca mayor desesperación a quienes llevan la estadística de la repartición, que las fichas que los establecimientos psiquiátricos envían a la Dirección de Gemología Sanitaria. Allí están fichados más o menos 25.000 enfermos mentales de los cuales 18.000 corresponden a diagnósticos diferentes. Ahora bien; como no es posible que existan tantas enfermedades diferentes, allí hay algo que no funciona bien. Y es que cada médico emplea la nomenclatura que más le conviene y que más conoce. Cada enfermedad o forma clínica tiene cinco o seis nombres diferentes; mejor dicho a la misma cosa se la llama de cualquier manera a gusto del médico que hace el diagnóstico. Esto no sirve para la estadística. De manera que no hemos logrado hasta hoy llevar una estadística cualitativa, no digo detallada, pero ni siquiera grosera, en que por lo menos se identifiquen los grandes grupos de enfermos mentales" (49).

La causa que él encuentra radica, fundamentalmente en la carencia de un consenso entre los especialistas divididos en sus posiciones teóricas: "La diversidad de criterios de los psiquiatras; la imprecisión de las denominaciones; la multiplicidad de las doctrinas; el empleo arbitrario del léxico; el desconocimiento de la sinonimia

y de la etimología; la vaguedad de los cuadros clínicos; todo esto conspira contra la posibilidad de una clasificación universal de la taxonomía psiquiátrica. La psiquiatría es menos evolucionada que la obstetricia, donde es más fácil ponerse de acuerdo en la terminología. Las clasificaciones son hasta ahora muy personales y para uso meramente local” (49).

“Otras clasificaciones -dice el autor- son “como las alemanas [que] tienden a la sistematización fundadas en las lesiones anatomopatológicas. Las francesas son casi exclusivamente clínicas. Sirven en ese solo aspecto. En cambio, la clasificación norteamericana es científica, pero poco práctica a los fines de clasificar a los enfermos en los servicios o establecimientos. Se funda en la etiología, en la anatomía patológica y en la clínica” (49). En consecuencia, encontrando que las dos primeras reducen el problema a un solo aspecto y la tercera es ecléctica e inoperante a nivel sanitario, Carrillo prefiere adoptar para elaborar su clasificación un criterio, según sus propios términos, *jurídico-social* y *estadístico-asis-tencial* “... en otros términos, el fin sanitario” (49). Lo primero ordena los casos según el grado de incapacidad civil y peligrosidad; y lo segundo, alimenta el registro sanitario¹⁹ con vistas a extraer datos para la formación de recursos humanos y proyectar la cantidad y tipo de establecimientos necesarios para atender a las diferentes clases de pacientes diferenciados por la clasificación.

Al mismo tiempo delimita los alcances y los usuarios de la misma en los términos siguientes: “He hecho un esfuerzo para presentar un nuevo ordenamiento de las enfermedades mentales, lo que es difícil porque dichos males son a su vez abstracciones del espíritu humano, sin la objetividad, a veces que tienen las afecciones somáticas. Pero he efectuado una clasificación, diríamos así, de una objetividad lo más quirúrgica posible. No entro en los puntos de vista del psicoanálisis para no aumentar el caos o imitar a los que se encuentran dedicados a él. Tampoco me refiero al concepto existencialista que en la materia sostienen Kierkegaard y Sartre, que yo, por mi parte, entiendo poco. Y que últimamente los psiquiatras de tendencia psicológica han tomado por su cuenta. Se trata siempre de distintas actitudes frente a la vida, de la que cada cual tiene su concepto. Yo debo clasificar las enfermedades mentales como ministro o como cirujano, si se quiere. Mis funciones me obligan a alejarme con honor de los subjetivismos” [...] “... y hacer una clasificación que la entiendan el enfermero, el médico y el juez” (49).

Otra dos las condiciones que pone Carrillo es que se acepte que “toda clasificación es absolutamente convencional”, y que debe ser provisoria, no definitiva, dado

que “... siempre resulta añeja al cabo de pocos años”. “Debemos plantearla de modo que sea posible y factible modificar los detalles, aunque los troncos básicos de la misma se mantengan firmes el mayor tiempo posible” [...] “Al Ministerio de Salud Pública de la Nación le interesan los grandes grupos generales ya señalados” (49). Se refiere a los Afrénicos (Dementes); Disfrénicos (Psicóticos y Reaccionales); Kindinofrénicos (Peligrosos); Oligofrénicos (Retardados) y Peirofrénicos (Fronterizos)²⁰, que ya había adelantado en una conferencia anterior,²¹ y que desarrollará en detalle en la Resolución ministerial en la que promulga su *Clasificación sanitaria de las enfermedades mentales* (50).

Los grandes grupos generales “... son los troncos de la clasificación -puntualiza- luego siguen las ramas de esos grandes troncos y que constituyen el desarrollo y hasta el detalle de la clasificación. Al final de las ramas puede encontrarse la etiología. Al final también podrá encontrarse la anatomía patológica” (49).

A lo largo de su conferencia Carrillo expone los principios epistemológicos en los que había basado su clasificación. En ese empeño el autor muestra, no solamente el fruto acabado de su propuesta, sino que fundamenta la misma en las leyes de una taxonomía general aplicada a la medicina, cuyos antecedentes que se sobrentienden, aunque no los nombra, se remontan a las concepciones de los grandes nosógrafos como Boissier de Sauvages, Cullen y Pinel. A tal efecto, dice: “La clasificación debe fundarse sobre una tesis, sobre una doctrina, y no empírica, por cierto. Debe conocerse la doctrina sobre la cual basar el trabajo, para adecuar los términos al desarrollo de la enfermedad. Si es posible esa doctrina debe ser genealógica evolutiva” (49). Según su perspectiva un enfermo diagnosticado en un grupo puede pasar a otro a lo largo de su evolución. Esta característica es lo que -según Carrillo- le otorga a la clasificación una cualidad “dinámica”.

Parte así, demostrando un minucioso conocimiento de la técnica nosográfica, indicando los criterios que se deben respetar para elaborar una clasificación médica: 1) ir de lo más universal para descender a lo particular, 2) seguir un orden de composición (de las ramas generales desprender las ramas secundarias), 3) respetar la jerarquía yendo del hecho antecedente hacia el hecho subordinado, 4) dejar prevista la posibilidad de una evolución en sentido horizontal y en el vertical, según vayan apareciendo nuevos datos acerca de las enfermedades incluidas, 5) garantizar una simetría, es decir, que los términos empleados deben ser simétricos tanto en la estructura lingüística como en los conceptos que involucra cada término técnico y, 6) prever, mediante la imple-

¹⁹ En su conferencia, Carrillo anuncia que las estadísticas se confeccionarán en forma automatizada mediante el volcado en tarjetas perforadas de los datos de los diagnósticos establecidos con su clasificación y extraídos de las historias clínicas que debían ser completadas obligatoriamente por los médicos de los servicios de salud mental. Dichas tarjetas debían, a su vez, ser procesadas “por medio del sistema Hollery (sic)” en los aparatos adquiridos por el Ministerio de Salud Pública. En 1890, Herman Hollerith había desarrollado en los EE. UU. un sistema de tarjetas perforadas eléctricas basado en la lógica de Boole, aplicándolo a una máquina tabuladora de su invención. La *Tabulating Machine Company*, que Hollerith creó en 1896, fue una de las empresas que dio origen, en 1924, a la *International Business Machines Corporation* (IBM).

²⁰ En una nota al pie de página Carrillo informa que el término “Disfrenia” fue creado por Eduardo E. Krapf, aunque él, en su clasificación sanitaria, lo toma con otro sentido, haciéndolo sinónimo de psicosis. Asimismo, dice que le da al término “Reaccional” más alcance, que “... el sentido más restringido empleado habitualmente en psiquiatría”.

²¹ Conferencia dictada en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría, el 22 de julio de 1949 (52).

mentación de esos preceptos, la confección de un instrumento técnico que aclare, coordine y permita transmitir con claridad los conocimientos en la especialidad a fin de ser una herramienta útil para la enseñanza.

Reconociendo que hubo de introducir un cierto número de neologismos, dice haber tratado de mantenerse en el léxico clásico de la psiquiatría, y, que entre otras modificaciones suprimió el término “alienado”, sustituyéndolo por el de “enfermo mental”, por encontrar que aquel, cargado de una connotación jurídica, era inconveniente e insuficiente a sus fines.

El Capítulo V, de las Obras Completas de Ramón Carrillo transcribe, bajo el título: “*Desarrollo de la clasificación sanitaria de las enfermedades mentales (frenopatías)*”, dicha nosografía elaborada por el ministro, y publicada el 30 de octubre de 1950, como Resolución Oficial N° 28.836, para ser aplicada con carácter obligatorio en el sistema sanitario dependiente del Ministerio de Salud de la Nación(50).²²

El texto de la Resolución ordena en su Artículo 1°: “Apruébase la clasificación sanitaria adjunta (véase los cuadros al final de la presente Resolución), la cual se empleará, obligatoriamente, en el diagnóstico, clasificación, tratamiento, fichaje y servicio social de los enfermos mentales, internados en los establecimientos, o asistidos ambulatoriamente en los consultorios externos de las dependencias de este Ministerio” (50).

En los considerando de la misma, Carrillo, puntualiza que:

- a) es preteritorio a los fines estadísticos y de la distribución y tratamiento de los enfermos mentales en los distintos establecimientos, adoptar un criterio práctico y útil compatible con los propósitos técnico-administrativos de la repartición, propósitos que no siempre son coincidentes con los estudios sobre etiología, patogenia y otros de carácter académico acerca de las enfermedades mentales, base, sin embargo, de la mayor parte de las clasificaciones corrientes;
- b) los criterios clínicos, histopatológico, etiológico, patogénico, topográfico o psicológico, que informan y orientan la mayor parte de las nomenclaturas, no es el criterio más conveniente para la administración sanitaria, ya que el punto de vista de la salud pública exige contemplar simultáneamente los problemas de la medicina asistencial, de la medicina sanitaria y de la medicina social;
- c) en consecuencia, la clasificación oficial debe ser “sanitaria”, entendiéndose en este concepto -por extensión de concepto y necesidad lexicológica- la palabra

“sanitaria”, como sinónimo de salud pública, aunque dentro de la terminología argentina la palabra sanitaria tiene un sentido restringido aplicándose solo a las especialidades que tienen por objeto la lucha contra el biofísico o mesocosmos;

- d) para la autoridad sanitaria el enfermo mental no interesa tanto como hecho individual o asunto científico, sino que interesa mayormente como problema social, familiar, jurídico o asistencial, en lo que puede implicar perjuicios para él, para su familia, para los vecinos o para el orden público en general;
- e) en segundo lugar importa acordarle el tratamiento más eficaz, simple y práctico, en el establecimiento adecuado;
- f) el concepto de “establecimiento adecuado” habitual y corriente en Psiquiatría no puede hacerse efectivo si, previamente, no se determinan los grandes sectores de enfermos y los tipos de tratamiento que le pueden ser comunes;
- g) con tal motivo, una clasificación sanitaria de los enfermos mentales comporta de hecho una clasificación correlativa de los establecimientos, en función del comportamiento médico-social del paciente, y no en función de etiología, patogénesis o sintomatología de su enfermedad”(50).

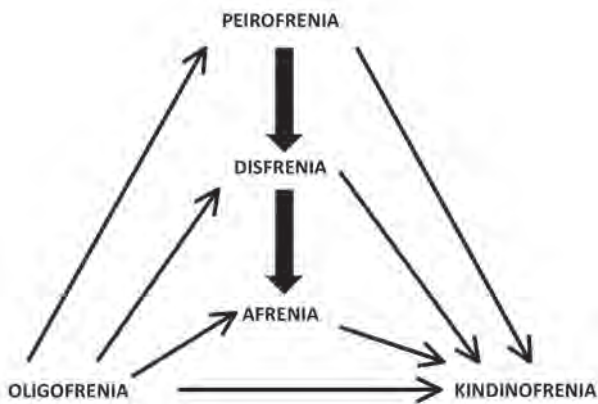
Carrillo insiste varias veces advirtiendo que su clasificación es de tipo dinámica (entiéndase no inspirada en el psicoanálisis como teoría psicopatológica, sino dotada de una suerte de plasticidad o movilidad interna que permitía pasar de un diagnóstico a otro en un mismo individuo a lo largo de la evolución de su enfermedad mental): “Toda causa que produzca o pueda producir una enfermedad mental, la originará indistintamente en cualquiera de los cinco grupos. En otros términos, la misma causa, el mismo agente, puede engendrar, según los factores concurrentes, peirofrenias, disfrenias, afrenias, oligofrenias y kindinofrenias.

En el Art. 28 dice: “Un caso determinado, clasificable dentro de un grupo, puede modificarse y evolucionar hacia otro grupo por transformación de las características principales como consecuencia del proceso inherente a la enfermedad.

Este ejemplo evidencia la inespecificidad de los grupos de la clasificación y también su mutabilidad. Los grupos clínicos no son sino expresión de estados mentales, más o menos esquemáticos y artificiales. Por lo mismo no son estados propios de una determinada enfermedad, sino de una determinada enfermedad en cierto momento de su evolución” (50).

²² En la Introducción de la Resolución Carrillo hace una aclaración, para “evitar discusiones”: “... freno frené, en griego significa ‘intelecto’, así, vagamente, entenderemos, a los fines de esta clasificación, por fren o frené, el armónico y normal funcionamiento de los distintos sectores de la vida psíquica. De este modo, ‘afrenia’, con el privativo a, no quiere decir que esté privado el enfermo de toda actividad intelectual, porque sería la muerte, sino que está privado del ‘armónico y normal funcionamiento de todos los sectores de la vida psíquica’. Del mismo modo, ‘asistolía’ no quiere decir que no hay sístoles, porque entonces estaría el corazón en síncope, sino que falta o está privado el corazón del ‘armónico y normal funcionamiento de todas sus partes’” (. Aparentemente luego de sus conferencias, dictadas el año anterior, Carrillo había recibido críticas (no “... fue posible hacer coincidir con ella las opiniones de los especialistas reunidos en los últimos congresos sudamericanos de Psiquiatría y Medicina Legal”, dice más adelante), y había preferido aplicar su propia nosografía, desechando también el consejo de la Comisión asesora que había designado, formada por Héctor M. Piñero (asesor psiquiátrico del Ministerio); Aristides M. Barrancos (ex Secretario Técnico de la Dirección de Hospitales Psiquiátricos y Adscripto al Servicio de Admisión del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría); Eduardo Enrique Krafp; Braulio Moyano; Luis Martínez Dalke; Juan F. Solari (Jefe del Servicio de Admisión del Hospital Nacional de Neuropsiquiatría y Jefe de trabajos Prácticos de la Cátedra de Psiquiatría), que había recomendado adoptar la clasificación norteamericana, puntualizando que la que él elaboró: “... satisface las necesidades técnico administrativas, mejor dicho sanitarias, del Ministerio de Salud Pública”.

Figura 1. Esquema funcional de la clasificación. Muestra todas las posibilidades de evolución de un grupo hacia otro.



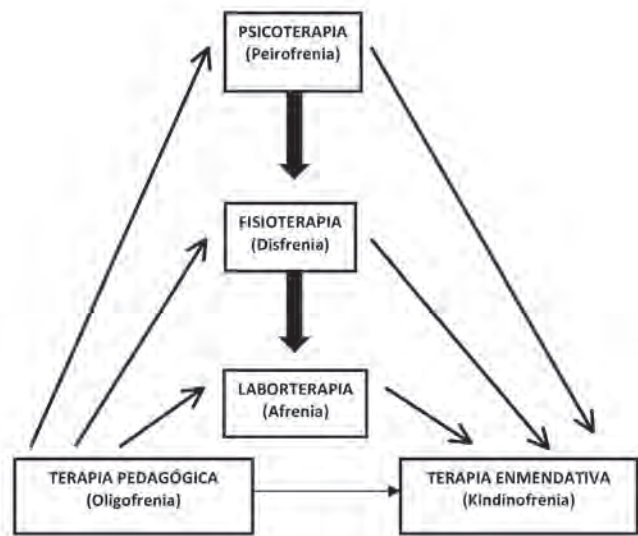
En el Art. 30 de la Resolución Carrillo explica que “El dinamismo de la clasificación se traduce en tres posibles líneas de evolución: 1) evolución directa; 2) evolución indirecta, y 3) evolución colateral (véase Fig. 1):

- La *evolución directa* es la que se produce por evolución desde las peirofrenias a las afrenias, pasando por las disfrenias. Esta es la evolución común y corriente. Casi toda enfermedad mental comienza siendo una peirofrenia; puesta en marcha puede determinar una disfrenia, detenerse allí o bien terminar en una afrenia.
- La *evolución indirecta* es la que se produce a partir de las oligofrenias. Vimos que la evolución directa se produce a punto de partida del individuo normalmente desarrollado o seminormal o peirofrénico; la indirecta se origina en la oligofrenia, es decir, en individuos ya deficientes y francamente anormales” (50). La oligofrenia puede evolucionar en tres sentidos: 1) hacia la peirofrenia, 2) hacia la disfrenia o 3) hacia una afrenia.
- La *vía colateral* de evolución es muy simple. Es la cuádruple convergencia de los cuatro grupos a las kindinofrenias (Fig. 1).

Preocupado por ordenar los recursos para el tratamiento de las enfermedades mentales el Ministro establece una vinculación de pertinencia para cada grupo de la clasificación: “La caracterización terapéutica en función del grupo taxonómico (Fig. 2) no tiene otro sentido que el de determinar cuál es el tratamiento y el establecimiento necesario en cada grupo, sin que esto excluya la posibilidad de cambiar o superponer tratamientos cuando se trate de estados de transición” (50).

Los cinco grupos en que se divide su clasificación deberán tener, para Carrillo, destinos institucionales y terapéuticos específicos: las Afrenias del primer grupo, son demencias irreversibles cuyo destino institucional

Figura 2. Esquema general de los tratamientos, en función de los grupos básicos de la nomenclatura, y posibilidad y orden de empleo de uno u otro método terapéutico.



son las Colonias. La patología de estos enfermos se diferencia tajantemente de las Disfrenias del segundo grupo que constituyen psicosis reversibles pasibles de fisioterapia. La diferenciación entre demencias y psicosis según su condición de reversibilidad muestra la pervivencia de ciertos criterios de G. Bosch. El tercer grupo llamado Kindinofrenia (neologismo creado por Carrillo) abarca sujetos considerados peligrosos por sufrir una “perversión de los instintos” que deben ser internados en hospitales penales para recibir terapia enmendativa. El cuarto grupo, las Oligofrenias, corresponde a pacientes con retardo por insuficiencia que deben ser internados en Hogares para ser objeto de un tratamiento pedagógico. Por fin, el quinto grupo, que incluye las Peirofrenias, incluye neuróticos y personalidades borderline que resultan derivables a Sanatorios y tratables con psicoterapia.

Como se dijo antes la clasificación propuesta por Carrillo despertó muchas críticas entre los especialistas. Algunos objetaban aspectos técnicos y clínicos, y la consideraban demasiado compleja, burocrática y forzada; otro, usando argumentos similares, en realidad, expresaban a través de una polémica aparentemente científica su antipatía por toda iniciativa surgida del gobierno peronista.

Para neutralizar las acusaciones de autoritarismo y demostrar que su intención no era imponer sus criterios sino dar un comienzo a la elaboración de una herramienta diagnóstica consensuada en nuestro país, Carrillo, termina el texto de su Resolución con un llamado al trabajo conjunto: “Quedan autorizados todos los psiquiatras y neurólogos del Ministerio de Salud Pública de la Nación, e invitados los de fuera del Ministerio, a remitir críticas, observaciones, sugerencias, perfeccionamientos, a la clasificación oficial de enfermos mentales, que se adopta por la presente resolución, con el propósito de mejorarla, eliminar errores, salvar omisiones, perfeccionar la terminología, etcétera. Considérese esta como única y oficial invitación a colaborar en la tarea de perfeccionamiento de la nomenclatura” (50).

Clasificación sanitaria de las enfermedades mentales.
Caracterización de los grandes grupos

1. Grupo	1. Afrenias 1%	2. Disfrenias 0,5%	3. Kindinofrenias 0,25%	4. Oligofrenias 1,25%	5. Peirofrenias 2%
2. Sinonimia	Demencia	Psicosis	Peligrosos	Retardados	Fronterizos
3. Clínica	Enfermedad	Síndrome	Complejo clínico	Enfermedad	Síndrome
4. Mecanismo	Deficiencia	Desviación	Perversión	Insuficiencia	Perturbación
5. Extensión	Integral	Parcial o integral	Parcial o integral	Parcial o integral	Parcial
6. Histofisiología	Lesión corticoneuronal	Disfunción corticoneuronal	Disfunción o lesión corticosubcortical	Lesión congénita o precoz corticoneuronal	Disfunción congénita corticosubcorticovegetativa
7. Etiología	Exógena lesional	Endógena microlesional o funcional	Exoendógenamiscelánea	Exoendógena; lesión disgenética o precoz	Endógena constitucional
8. Evolución	Crónica progresiva	Episodicoevolutiva	Episodicoagresiva	Crónica estacionaria	Episodicorresolutiva
9. Pronóstico	Irreversible	Semirreversible	Disreversible	Hiporreversible	Reversible
10. Autocrítica*	Pérdida completa y persistente	Debilitamiento (transitorio o persistente)	Pérdida o debilitamiento (transitorios o persistentes)	Inexistente o poco desarrollada	Debilitamiento (transitorio o persistente)
11. Sociabilidad	Asociales	Insociables	Antisociales	Semisociables	Seudosociales
12. Juridicidad	Incapacidad absoluta	Incapacidad absoluta o relativa	Irresponsabilidad, inimputabilidad, temibilidad	Incapacidad absoluta o relativa	Incapacidad relativa
13. Tratamiento	Laborterapia	Fisioterapia	Terapia enmendativa	Terapia educativa	Psicoterapia
14. Establecimiento	Colonia	Hospital	Kindinocomio	Hogar	Sanatorio

* Autocrítica: posibilidad de juzgar lúcidamente la realidad y el propio estado físico o mental.

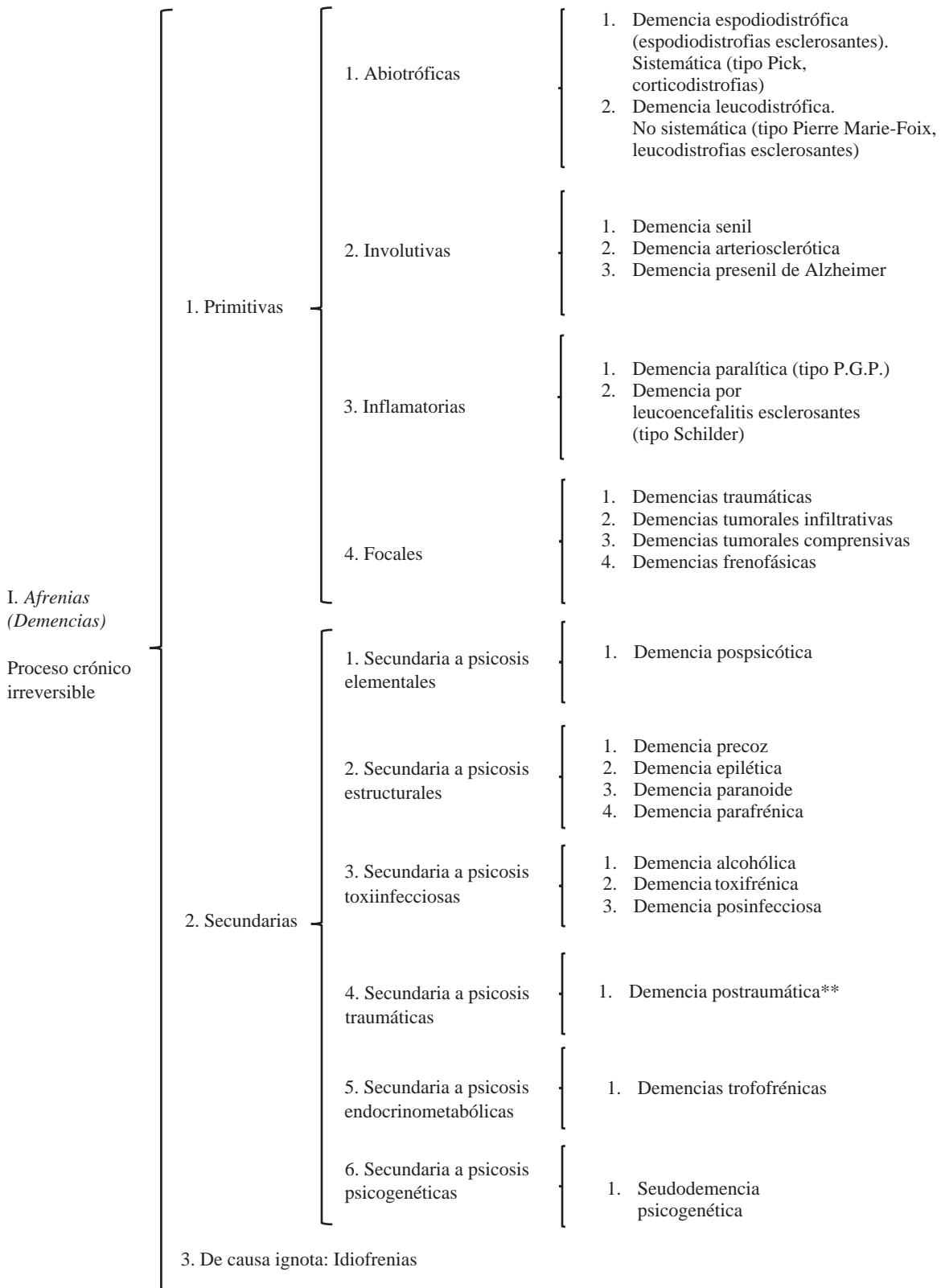
Clasificación sanitaria de las enfermedades mentales (cuadro de conjunto)*
(Carrillo, 1949)

Enfermedades mentales (frenopatías)	1. Afrenias	<p><i>Sinonimias:</i> demencia o estados de enfermedad orgánica o de disfunción integral irreversible, “Enfermedad” propiamente dicha, en el estricto sentido nosográfico, con etiología definida y lesión anatómica.</p> <p><i>Etimología:</i> a (α) prefijo privativo, (φρην) = fren = intelecto. En su sentido etimológico directo, diafragma, sede del intelecto según algunos prearistotélicos.</p>
	2. Disfrenias	<p><i>Sinonimias:</i> psicosis, amencias (?), estados sindrómicos o reaccionales, enfermedad funcional o reaversible o de disfunción parcial y/o transitoria, pudiendo hacerse permanente. Complejos sintomáticos; no son enfermedades en el sentido nosográfico, sino síndromes. Puede evolucionar y transformarse en “enfermedad auténtica”.</p> <p><i>Etimología:</i> dis = δυσ = mal, prefijo peyorativo, que quiere decir peor, perturbación, malo.</p>
	3. Kindinofrenias	<p><i>Sinonimias:</i> perversión instintiva, degeneración, disarmonías, estados peligrosos o estados de disfunción parcial o total de los instintos.</p> <p><i>Etimología:</i> kindinos = χινδυνος = peligro.</p>
	4. Oligofrenias	<p><i>Sinonimias:</i> retardados, inmaduros, frenastenias, deficitarios congénitos o estado de disfunción parcial o integral congénita o adquirida en los primeros tiempos de la vida.</p> <p><i>Etimología:</i> oligos = ολιγος = poco.</p>
	5. Peirofrenias	<p><i>Sinonimias:</i> fronterizos, semialienados, psicópatas, personalidades psicopáticas, neurosis, neuropatías, estados de microdisfunción parcial, premorbosos.</p> <p><i>Etimología:</i> peirás = πειρας = límite, frontera.</p>

* Las sinonimias son relativas. Los términos colocados como sinónimos no quieren decir exactamente los mismo unos que otros, pero su sentido se aproxima al concepto o a la palabra adoptada por el autor como cabeza del grupo; en cierta manera se trata más bien de palabras similares; no son realmente sinónimos y contienen por lo general solo una parte del concepto.

La palabra alienación ha sido eliminada de la nomenclatura por lo siguiente: 1) porque desde el punto de vista psiquiátrico, técnicamente, no quiere decir nada: es sinónimo de *enajenación*, de *insania* o simplemente de *locura*; 2) porque siendo una palabra de contenido vago y general, no sirve cumplidamente en psiquiatría forense porque no incluye a “todas las enfermedades mentales”; 3) porque no orienta ni sobre el tipo de establecimiento necesario ni sobre el método terapéutico.

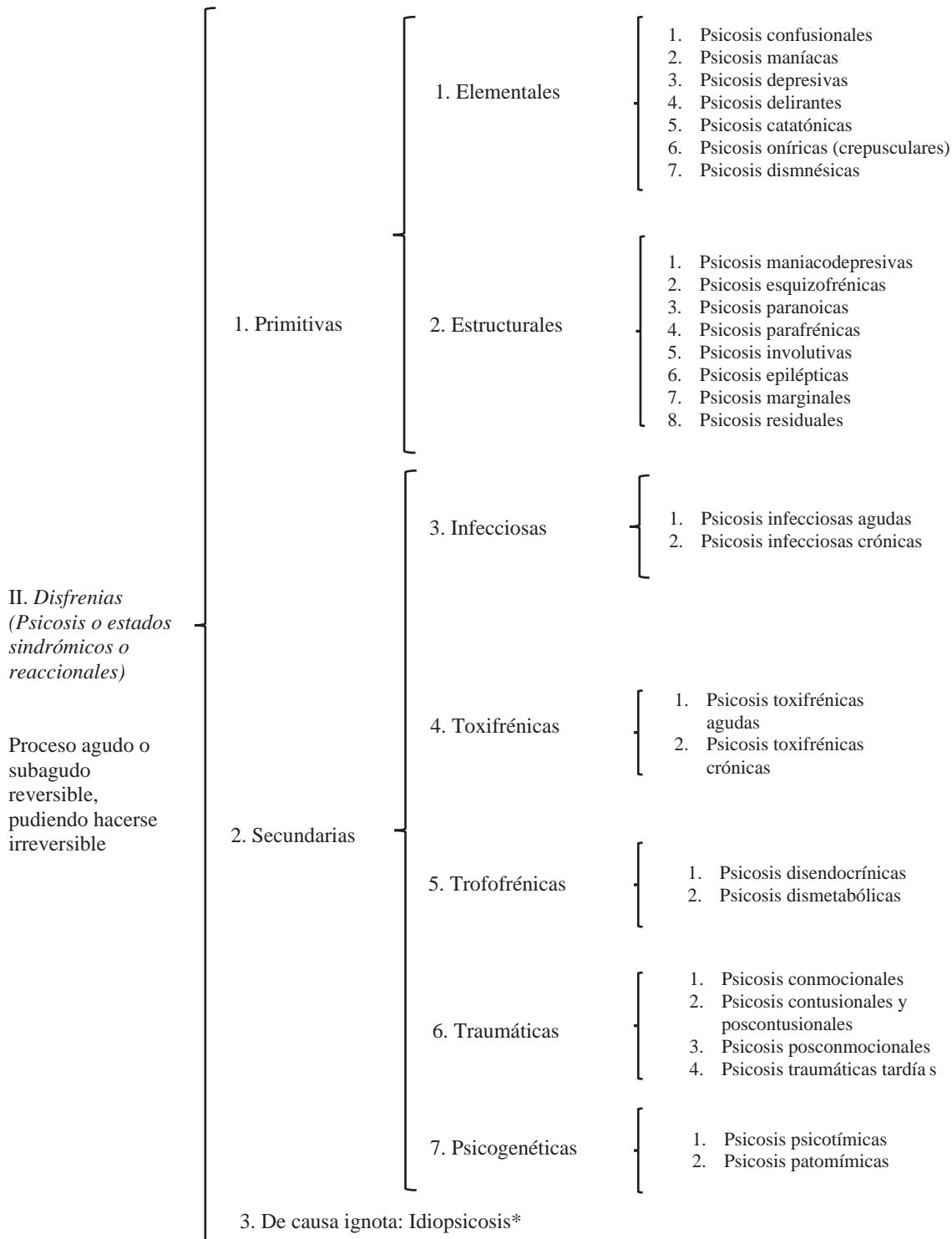
Clasificación sanitaria de los enfermos mentales*
 Primera Parte. Cuadros sintéticos



* Etimología de las nuevas palabras empleadas: 1. *Espodiodistrofias*. Del griego: σποδιος (*spodios*) = gris. 2. *Leucodistrofias*. Del griego: λευκος (*leukos*) = blanco. 3. *Frenofasias*. Del griego: φρην (*fren*) = intelecto (por extensión, sentido etimológico = músculo torácico, diafragma, supuesto asiento de la inteligencia), φασις (*fasis*) = palabra. 4. *Trofofrenias*. Del griego: τρεφειν (*trefein*) = nutrir.

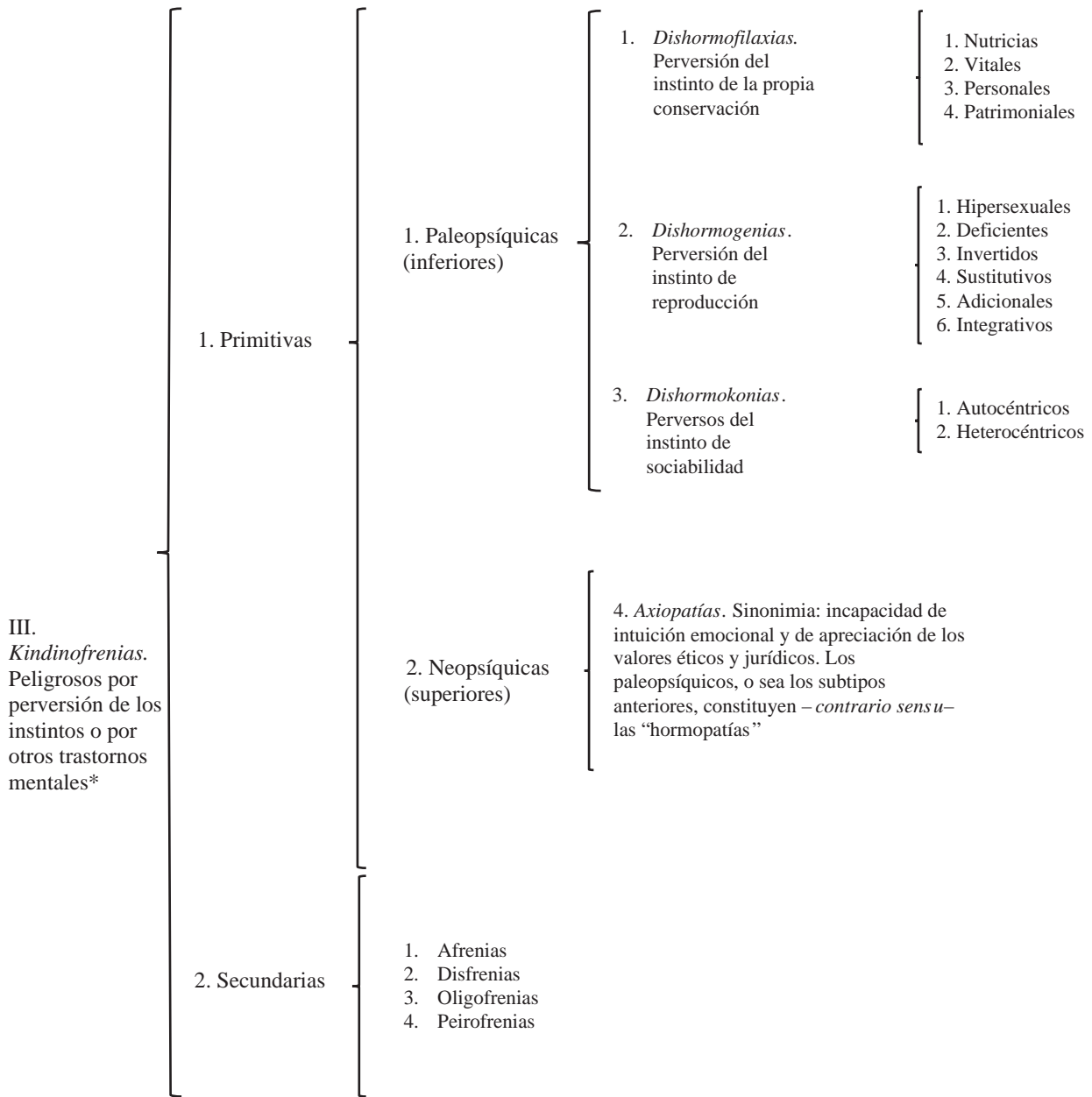
** Demencia postraumática se diferencia de demencia traumática, en el hecho de que en la postraumática hay un período previo de psicosis antes de llegar a la demencia.

Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



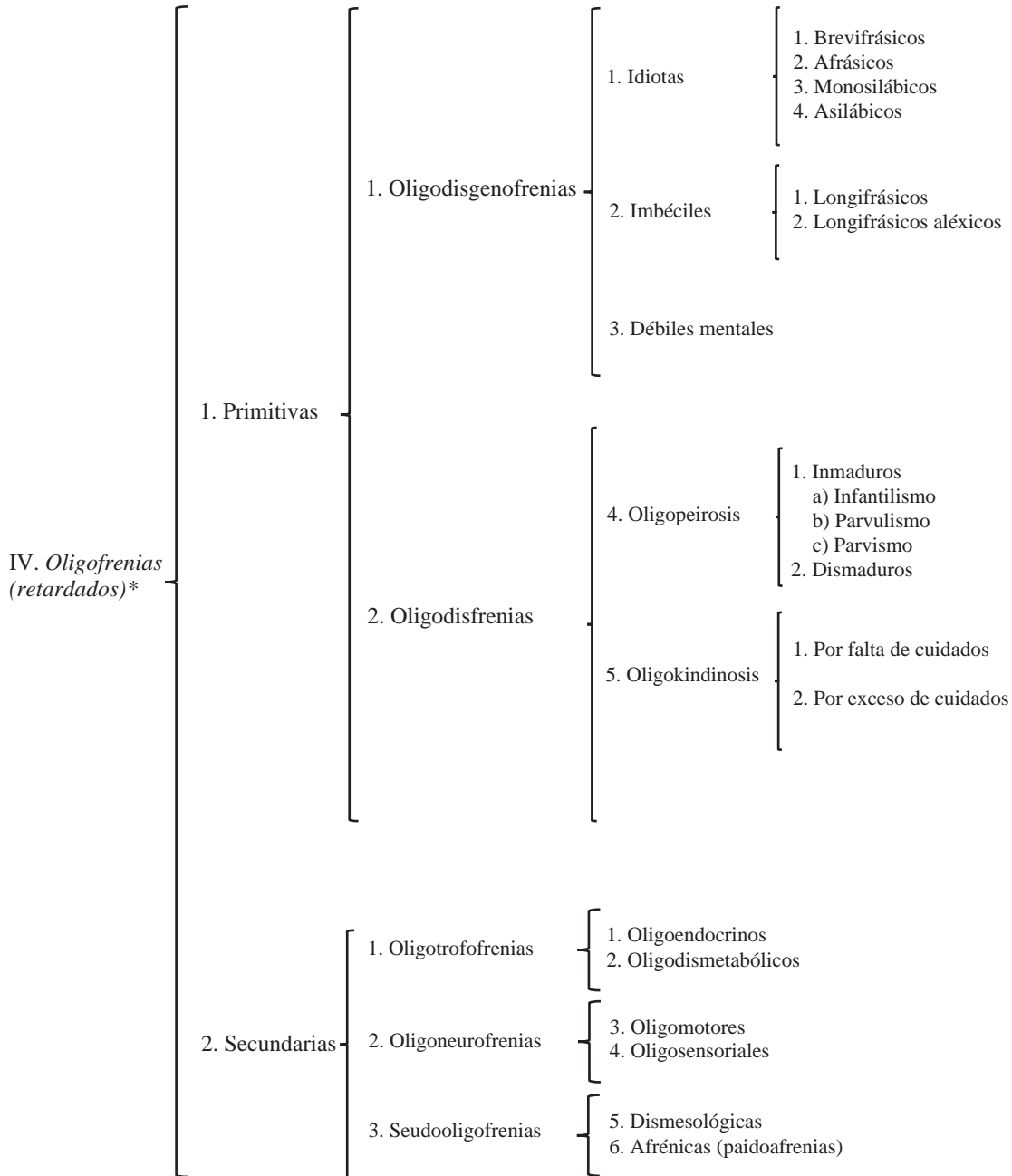
* Etimología de la palabra *idiopsicosis*. Del griego: ἴδιος (*idios*) = extraño, raro, enigmático.
Las "psicosis estructurales" son estados intermedios entre las psicosis y las demencias propiamente dichas, es decir, entre las disfrenias y las afrenias.

Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
 Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



* Etimología de las nuevas palabras empleadas: 1. *Dishormofilaxia*. Del griego: *ορμη* (*hormé*) = instinto; *φύλασσειν* (*filassein*) = guardar, conservar. 2. *Dishormogenias*. Del griego: *ορμη* (*hormé*) = instinto; *γεν* (*gen*), raíz de la palabra *gignéin* = producir. 3. *Dishormokonias*. Del griego: *ορμη* (*hormé*) = instinto; *κοινωνία* (*keinia*) = colectividad, comunidad. 4. *Axiopatías*. Del griego: *ἀξίωμα* (*axioma*) = verdad valedera.

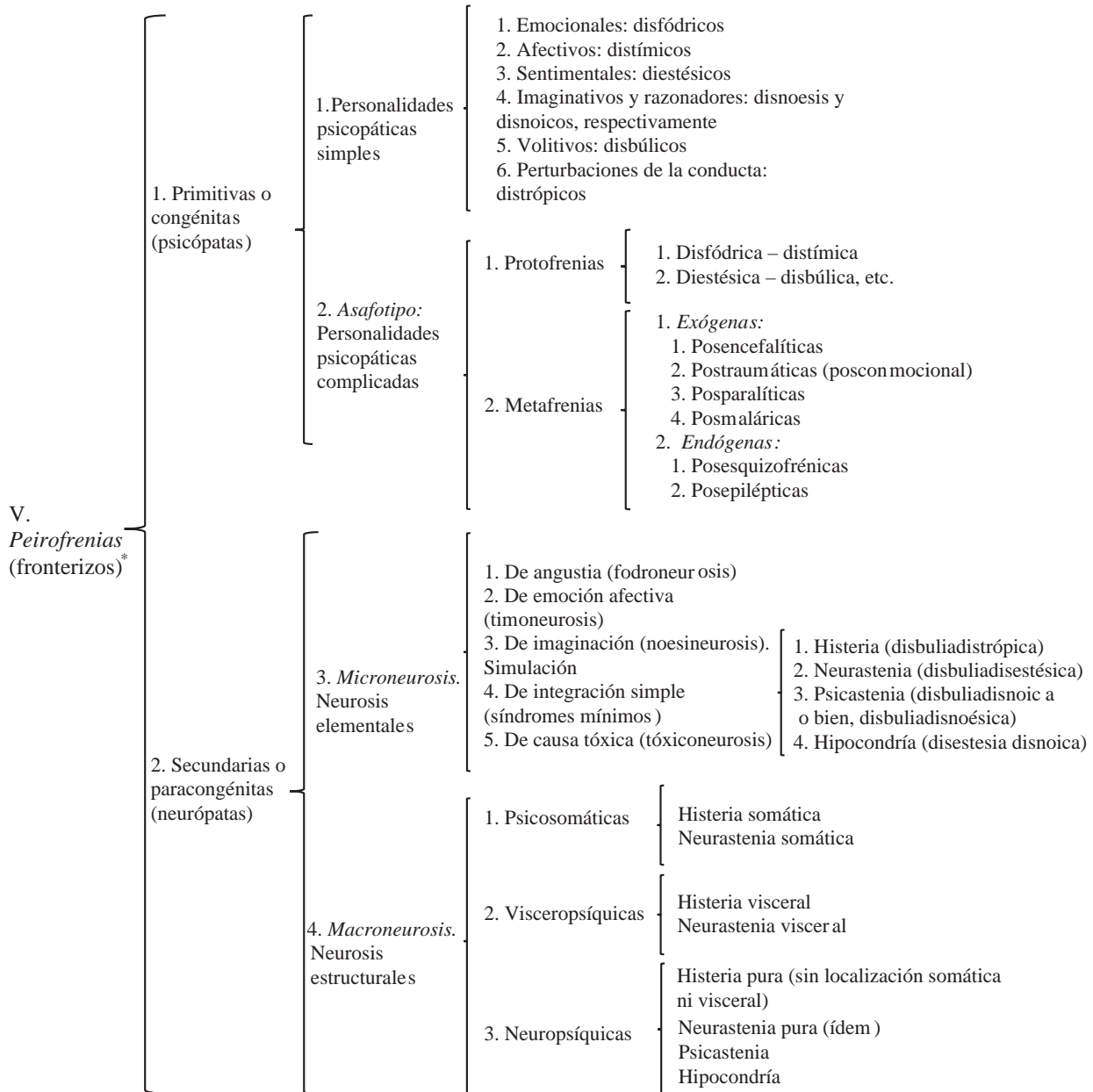
Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



* Paidofrenias. Del griego: *παῖς* (país) = niño.

Oligofrenias. Sería más exacto llamar a este grupo "oligodisomatofrenia", ya que en los oligofrénicos existe a la vez insuficiencia y deficiencia del desarrollo, poco desarrollo (*oligo*), perturbación funcional (*dis*), que afecta tanto al cuerpo (*soma*; malformaciones somáticas) como al psiquismo (*frenia*).

Clasificación sanitaria de los enfermos mentales
Primera Parte. Cuadros sintéticos (continuación)



* Etimología de las nuevas palabras empleadas: 1. *Disfodrias*. Del griego *φοδος* (*fodros*) = emoción violenta, pasión violenta, ira. 2. *Distímicos*. Del griego: *επιθυμία* (*epitimia*) = afecto, deseo. Distimia es palabra de viejo uso. 3. *Disnoicos*. Del griego: *νοος* (*nos*) = inteligencia o *νοησις* (*noesia*) = conocimiento. Cuando se habla de disnoicos, nos referimos a perturbaciones del razonamiento y lógica, y de disnoesis, a perturbaciones de la imaginación. Este sentido es convencional, aunque etimológicamente no es exacto. Por eso tendríamos paranoicos y paranoésicos, según el delirio sea de razonamiento o de imaginación. 4. *Disestésias*. Del griego: *dis* = prefijo peyorativo y *αισθησις* (*aistesis, estesis*) = sentimiento. 5. *Disbúlicos*. Del griego: *βουλη* (*bule*) = voluntad. 6. *Distrópicos*. Del griego: *τροπος* (*tropos*) = carácter, costumbre, conducta. 7. *Haplotipos*. Del griego: *απλος* (*aplos*) = sencillo. 8. *Asafotipos*. Del griego: *ασαφης* (*asafes*) = opaco a causa de su complejidad. Cuando al hablar de las microneurosis, o neurosis mínimas, utilizamos el término disbúlico, lo hacemos como sinonimia de sugestibilidad, que es un síntoma deficitario de la voluntad. Las "asofeneurosis" constituirían las "macroneurosis".

IX

Roberto Ciafardo

En el Capítulo V, “La clasificación de las enfermedades mentales” de su texto *Psiquiatría* (53), de 1958, el profesor de la materia en la Facultad de Ciencias médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Roberto Ciafardo²³, presenta, a los fines de fundamentar su posición respecto de la nosología de las enfermedades mentales, una definición de lo que debe considerarse “perturbación mental”. Pero antes, y tal fin, propone la definición de Nerio Rojas de actividad mental normal, entendiendo por tal a aquella que “dentro de las variaciones individuales y las oscilaciones fisiológicas en el mismo sujeto, debemos considerar hombre mentalmente normal a aquel que aprecia con exactitud todas las formas accesibles de la realidad, para actuar con inteligencia en el medio ambiente, dentro de una adaptación activa, lógica y útil entre hechos, cosas y personas” (54). A partir de esta definición de normalidad, no exenta de una fuerte imprecisión epistemológica y carga ideológica, Ciafardo pasa a definir su contrario, la enfermedad mental, en los términos siguientes: “... la enfermedad mental comporta siempre un trastorno estable, cuantitativo o cualitativo, por afección o anomalía de las funciones psíquicas, que altera el resultado práctico de la actividad de las mismas y que, según su importancia, determina los diversos procesos de alienación o semialienación”. Y completa la definición recurriendo a la opinión de Ernest Dupré²⁴ quien adjudica a la alienación una característica esencial: la inadaptación social ya que a su juicio, cita Ciafardo, “... el alienado es un sujeto que, bajo una influencia morbosa, comete actos extraños, no motivados para aquellos que lo observan, peligroso para sí mismo y para los otros y que por eso es pasible de medidas de protección que le aseguran las leyes a él y a la sociedad” (55). Y agrega que en opinión de Nerio Rojas otra característica esencial de la alienación es la inconciencia de la situación patológica, definiendo a la alienación como “el trastorno general y persistente de las funciones psíquicas, cuyo carácter morboso es ignorado o mal comprendido por

el enfermo y que impide la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, sin provecho para sí mismo ni la sociedad” (53).

Entre los que define como estados de semialienación (o estados fronterizos), intermedios entre la normalidad y la alienación, y al no restringir la capacidad de crítica no afectan integralmente la capacidad de adaptación al medio, Ciafardo ubica la *histeria*, la *neurastenia*, la *psicasteria*, la *epilepsia*, los trastornos producidos por “hábitos tóxicos inveterados” y muchos de los que poseen la anomalías de la llamada *constitución psicopática*.

Estas formas de semialienación ocupan unas escasas veinte páginas de su libro. El grueso de la obra está dedicado a la semiología general, a las formas de la alienación y a su tratamiento.²⁵

En efecto, luego de comentar y reproducir sintéticamente la clasificación de Kraepelin, la de la *American Psychiatric Association*, adoptada para la región en las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas realizadas en Santiago de Chile en 1937 y la de J. T. Borda adoptada por el Congreso Nacional de Medicina en 1922 (*vide supra*), Ciafardo comenta que: “Además [de ellas], existen otras numerosas clasificaciones de los procesos psicopáticos, que varían de acuerdo con el criterio adoptado por los respectivos autores para agruparlos”, y prefiere, simplificando el problema, adscribir a una nosografía, apoyada en los datos de la clínica y la patología, dividida en pocas categorías respecto de las cuales, cualquiera fuere el criterio referido, coinciden todos o, al menos, la mayoría de los autores. En consecuencia, reconoce cinco formas de alienación (53):

“I.- Los grandes estados de *distimia*, es decir, la psicosis maniaco-depresiva y la manía y la melancolía esenciales.

La primera constituye, según la concepción de Kraepelin, un proceso de enfermedad mental permanente, que se evidencia desde la infancia, desarrollándose en sujetos de constitución viciosa y evoluciona por accesos psicopáticos, alternantes, similares o mixtos, de excitación y depresión; las dos últimas representarían, según muchos observadores, verdaderas entidades no-

²³ Roberto Ciafardo nació en la ciudad de Bolívar, provincia de Buenos Aires, en 1908, y falleció en La Plata el año 1978. Egresó de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata en el año 1931 y, en 1936, logró el título de Jefe de Trabajos Prácticos en la cátedra de Psiquiatría, llegando a ser su Profesor Titular en el año 1955. Simultáneamente fue Profesor de Criminología en la Facultad de Ciencias Jurídicas, Profesor en la Escuela Superior de la Policía Federal y tuvo una gran producción científica con más de 120 trabajos publicados. Fue Decano de la Facultad de Ciencias Médicas en los años 1957 y 1958 y entre los años 1962 y 1964, y, elegido por tercera vez Decano renunció para ser Presidente de la Universidad Nacional de La Plata. Fue autor de varios libros de texto entre los que se destacan: “Psiquiatría”, una “Criminología”, síntesis acabada de las lecciones de Criminología dictada por Ciafardo en la Escuela Superior de la Policía Federal y la de la Provincia de Buenos Aires, una “Psicopatología Forense” y el “Tratamiento Farmacológico de las Enfermedades Mentales”.

²⁴ Ernest Dupré fue el sucesor de Gilbert Ballet como titular de la cátedra de Enfermedades Mentales del Hospital Sainte Anne de París en 1916. En ese mismo año se hizo cargo de la Enfermería especial de la Prefectura de París adonde tuvo como discípulos a Benjamín Logre y Gaëtan Gatian de Clérambault. Asimismo, Dupré es recordado en la historia de la psiquiatría por haber creado los términos puerilismo (1903) y mitomanía (1905), y por su descripción de los que denominó delirios de imaginación, constitución emotiva y debilidad motriz (56).

²⁵ Cabe agregar que a los estados de alienación y semialienación, que considera procesos psicopáticos más o menos estables, el autor agrega los trastornos de inconsciencia transitoria, o sea, “los accesos de suspensión del ejercicio de las funciones del psiquismo superior, con liberación consecutiva de la actividad automática o subconsciente y amnesia que abarca los hechos acontecidos durante el lapso de evolución de la crisis”. Estos casos son de dos tipos: 1) los sintomáticos de afecciones mentales, como los accesos de epilepsia, hipnotismo, sonambulismo y embriaguez del sueño, y 2) los que responden “a causas extrañas a toda enfermedad mental, como los consecutivos a traumatismos de cabeza, intoxicaciones agudas y emoción violenta” (53).

sológicas autónomas constituidas por los casos en que el ataque de melancolía o de manía aparece aislado en la vida de sujetos de salud mental perfecta, o es seguido de recidivas poco numerosas que no se producen sino después de largos periodos de eupsiquia.

II.- Los estados de *desviación del juicio* traducido por ideas patológicas que suscitan, despiertan o activan sentimientos, emociones, afectos y pasiones de carácter morboso y determinan la ejecución de actos inadecuados o inconvenientes, es decir, las psicopatías denominadas delirios esenciales, que comprenden: *el delirio sistematizado o crónico* y *el delirio polimorfo de los disarmónicos* o "acceso" o "soplo" delirante, o sea, el de carácter evolutivo agudo.

III.- Los estados psicopáticos de origen tóxico o toxiinfeccioso, es decir, las psicopatías clínicamente definidas por los fenómenos propios de la *confusión mental*, con o sin síntomas sobre agregados de otra naturaleza tales como trastornos de excitación, depresión o concepciones delirantes.

III.- Entre los procesos de origen tóxico exógeno se destacan, por su frecuencia, los *accesos psicopáticos subagudos del alcoholismo*, que comprenden las siguientes formas clínicas: confusión mental simple, delirio agudo o confusión mental con onirismo, confusión mental con ideas delirantes de persecución, confusión mental con excitación o "manía alcohólica", confusión mental con depresión o "melancolía alcohólica", *delirium tremens* y psicosis polineurítica de Korsakow.

El acceso subagudo desaparece, de ordinario, a través de una evolución más o menos breve; pero la persistencia del hábito tóxico puede redundar en la reproducción de los accesos y, en ese caso, en su intensificación o su estabilización, susceptible de conducir secundariamente a estados psicopáticos crónicos: delirio sistematizado o demencia.

IV.- Los estados de *hipogenesia psíquica*, comprendidos en la denominación genérica de *frenastenia, oligofrenia* o *debilidad mental*.

Durante mucho tiempo -dice el autor- la clasificación de esos procesos ha sido abordada desde un punto de vista exclusivamente cuantitativo; la clásica distinción entre *idiotas, imbeciles* y *simples de espíritu*, que arranca de la obra de Esquirol, y se funda en los diversos grados de gravedad que reviste la insuficiencia del desarrollo, es todavía adoptada por gran número de alienistas.

Otras clasificaciones más modernas, entre las que se destaca la de Sante de Sanctis, se adaptan mejor a la diversidad de modalidades clínicas que comporta la enfer-

medad, porque redundan en resultados más analíticos y, por lo tanto, más precisos.

Así la de Sante de Sanctus se basa en estos elementos de juicio: a) la patogenia del proceso; b) el tipo clínico, sea cual fuere la patogenia; y c) el grado de insuficiencia sea cual fuere el tipo.

Del punto de vista patogénico, las frenastenias son *biopáticas*, que tiene por base una anomalía de constitución; *cerebropáticas*, que son consecutivas a enfermedades cerebrales del periodo evolutivo o de la primera infancia; y *biocerebropáticas*, en cuya patogenia el factor hereditario, acaso insuficiente por sí solo, habría facilitado la acción de la enfermedad adquirida; estas últimas incluyen las que son producidas por trastornos generales del organismo que repercuten sobre el cerebro, como por ejemplo las que son sintomáticas o secundarias a insuficiencia, alteración o desarmonía funcional del aparato glandular endócrino y que de Sanctus denomina *disglandulares* o *glándulo-distróficas*.

Del punto de vista clínico, existen cinco tipos de mentalidad "frenasténica": el *idiótico*, el *imbecílico*, el *vesánico*, el *epileptoide* y el *infantil*, los cuales pueden comportar uno de los siguientes grados: alto, mediano, intermedio y leve.

V.- Los estados de *desmedro global de las funciones mentales*, es decir, las *demencias*, pueden instalarse como afección descendora del psiquismo en sujetos mentalmente sanos hasta entonces, o desarrollarse como etapa evolutiva de otros trastornos psicopáticos previos.

Existen pues, dos categorías de demencias: las primitivas y las secundarias. Son primitivas, la *demencia precoz*, las *demencias seniles*, la *demencia paralítica*, la *demencia coreica*, y las "*demencias orgánicas*"; y secundarias, las *demencias vesánicas*, es decir, las desarrolladas en la evolución de la manía, la melancolía y los delirios esenciales; las *demencias terminales de algunas psicopatías de los disarmónicos* o *sujetos de constitución psicopática*; las *demencias consecutivas a procesos psicopáticos de origen tóxico o toxi-infeccioso*; y las llamadas *demencias neuropáticas*, como la *epiléptica*".

En suma, Ciafardo adhiere a una clasificación sindrómica basada en las descripciones clínicas, aunque adjudicando a algunas de ellas una posible etiología orgánica no bien esclarecida; particularmente en los casos de confusión mental de origen toxiinfeccioso; cuadros tóxicos exógenos, como el alcoholismo; frenastenia, oligofrenia o debilidad mental, de origen constitucional, debida a enfermedades neurológicas o una combinación de ambas causas a la vez; y las demencias, particularmente las orgánicas.

X

Enrique Eduardo Krapf

En su texto *Psiquiatría* (59) Enrique Eduardo Krapf²⁶ presentó una clasificación de los enfermos mentales que las dividía en:

1. Insuficiencias psicopáticas primarias

- Oligofrenias.
- Disfrenias.

2. Reacciones psicopáticas

- Situativas.
- Histéricas.
- Psicósomáticas.
- Desviaciones (perversiones) sexuales anormales de los insuficientes.

3. Afecciones psicopáticas

a) Episódicas

- Disbiotónias.
- Disritmias.
- Sintomáticas.

b) Procesales

- Esquizofrenia.
- Demencias seniles y preseniles.
- Sintomáticas (de infección, intoxicación, etc.).

La categoría *Disfrenia*, concepto que, aunque asignándole un significado diferente, Carrillo tomó de Krapf, era concebida por éste último como una psicosis reversible. Por otro lado, persiste la influencia de los criterios de Bosch cuando se adopta la condición de reversibilidad para diferenciar las demencias de las psicosis.

XI

Juan C. Betta

En su conocido *Manual de psiquiatría*, Juan Carlos Betta, quien fue Jefe de Trabajos Prácticos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y jefe de Servicio en el Hospital Nacional "J. T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires, presentó una clasificación sindrómica de los trastornos mentales "respetando, desglosando y recopilando conceptos de los tres indiscutidos maestros argentinos, profesores Borda, Ameghino y Bosch", en los siguientes términos: "Mientras no se tenga un conocimiento más acabado de las enfermedades mentales que permita un ajustado criterio etiopatogénico y anatomopatológico, sostenemos la conveniencia de continuar manteniendo, como hasta el presente, el concepto de síndromes mentales, con las aclaraciones que nos facilitan las clasificaciones antes mencionadas" (60).

Clasificación de Juan C. Betta (54)

"Enfermos mentales alienados (sujetos con juicio alterado, sin autonomía psíquica):

Teniendo en cuenta el criterio del prof. Ameghino, agrupamos a los alienados en *orgánicos* y *funcionales*.

Los *orgánicos* se deben a:

- 1) *Insuficiente desarrollo del juicio*, por esta causa no llegan a adquirir autonomía psíquica, a excepción de los débiles mentales leves que tienen una relativa autoconducción y autodeterminación. Excepción que nunca se encuentra en los idiotas, imbéciles y débiles mentales profundos. Estos enfermos integran el *Síndrome oligofrénico ofrenasténico*.
- 2) *Debilitación del juicio* como consecuencia de la debilitación global de la psique. En este caso se produce la *pérdida definitiva de la autonomía psíquica*. La debilitación, que puede ser primitiva o secundaria, agrupa a numerosas entidades clínicas dentro del llamado *Síndrome demencial*.
- 3) *Suspensión del juicio*; consecuencia de la suspensión de todas las manifestaciones psíquicas por causas tóxicas, infecciosas, traumáticas, emocionales, etc.

²⁶ Enrique Eduardo Krapf nació el 4 de julio de 1901, en Bavaria, en el seno de una familia perteneciente a la burguesía acomodada. Su padre era médico. Cursó precozmente la escuela elemental y obtuvo su título de bachiller en el Gymnasium Kaiser-Friedrich. Se recibió de doctor en medicina, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Leipzig en 1923 con la tesis intitulada: "Los síntomas catatónicos en la locura maniaco-depresiva". Durante más de cinco años concurrió al Servicio de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas de Hamburgo donde se formó con el profesor Nonne quien lo envió a hacer una práctica en el Hospital Alemán de la Ciudad de Buenos Aires. Volvió a Alemania en 1926. Inmediatamente ingresó como Médico Interno en la Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Munich bajo la dirección del Profesor Oswald Bumke. Fue Jefe de Clínica de la Cátedra de Psiquiatría y Neurología en 1927 y mantuvo el cargo hasta 1929. En 1928 fue nombrado médico agregado extranjero de la Cátedra de Clínica Neurológica de la Facultad de Ciencias Médicas de París dirigida por el Profesor Guilan. En 1932 fue nombrado asistente científico y Jefe de Consultorios Externos de la Clínica Neuropsiquiátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de Colonia, bajo la dirección del Profesor Aschaffenburg. Poco después, debido a la persecución antisemita del régimen nazi debió emigrar a París adonde comenzó a trabajar en Neuropatología con el prestigioso profesor Ivan Bertran en La Salpêtrière. Se instaló luego en Escocia adonde, por examen obtuvo el título de Fellow de la Royal Society of Glasgow. Años más tarde en 1937, fue nombrado médico agregado extranjero de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Ciencias médicas de Londres dirigida por el profesor Mapother. En 1933 emigró a la Argentina y resolvió revalidar todas las materias y, en 1937, se recibió de Doctor en Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires con una tesis sobre "La influencia del ritmo meteorológico sobre las enfermedades mentales. Contribuciones a una meteoropatología argentina.", que dirigió el Dr. Gonzalo Bosch, por entonces director del Hospicio de las Mercedes. Ese mismo año ingresó al Hospicio de la Mercedes como Médico Agregado y, en 1938, fue nombrado Jefe Interino del Servicio de Admisión. En 1939 es Jefe del Servicio de las Fuerzas Armadas para pensionistas de 3ra. Clase y personal subalterno; en 1942, neuropsiquiatra honorario del Hospital Británico y, en 1945, Jefe de Servicio del mismo Hospital (57). Paralelamente completó su análisis didáctico con Ángel Garma, tarea que ya había comenzado en Londres con Melanie Klein quien vivía en Inglaterra desde 1936 (57). En la Facultad de Medicina, hizo la carrera docente. Fue Adscripto, docente libre en 1948 y Profesor Adjunto de 1949 a 1953. Fue asiduo colaborador de la revista *Neuropsiquiatría* que contaba entre sus miembros a Omar Ipar, Luis Bonich, Mauricio Goldenberg, Carlos Pereyra y Ramón Melgar. Entre 1951 y 1952 ejerció la función de Vicepresidente y luego Presidente del Comité Ejecutivo de la Federación Mundial para la Salud Mental (57). El 17 de diciembre de 1951, en la ciudad de México se creó la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), en la que fue elegido primer Presidente Krapf (58). En 1953 partió hacia Ginebra, la Higiene Mental o Salud Mental comenzaron a formar parte de sus intereses principales. A principios de 1954 fue nombrado jefe de la Sección Salud Mental de la OMS, cargo en el que se jubiló en 1963. Enrique Eduardo Krapf falleció en Suiza el 9 de diciembre de 1963 (57).

En estos casos hay una *suspensión transitoria de la autonomía psíquica*; cuando las lesiones de ataque son graves e irreversibles pueden llevar a la *pérdida definitiva* de las mismas. Estos estados integran el *Síndrome confusional*

- 4) *Debilitación del juicio con disloque de la unidad psíquica*. Su consecuencia es la *pérdida de la autonomía psíquica* con remisiones temporarias, terminando por ser *definitiva*. Aun cuando no se conocen lesiones anatómicas específicas, dado el cuadro clínico colocamos a estos estados entre los *orgánicos*, en el límite de separación con los llamados *funcionales*. Son los que integran el *Síndrome esquizofrénico*.

Los alienados *funcionales* sufren una *desviación* del juicio producida por:

- 1°) Una gran exaltación afectiva con intensas reacciones emocionales. En estos casos hay una *pérdida temporal de la autonomía psíquica*, hasta tanto perdure la tensión afectiva que desvía el juicio.

Cuando la carga afectiva coloca el humor en el campo del placer y de la alegría, acompañándose de aumento de la actividad motriz, se produce el *Síndrome de excitación psicomotriz*.

Cuando el humor vira hacia el desplacer y la tristeza, con merca de la actividad motora, se produce el *Síndrome de depresión psicomotriz*.

- 2°) La exaltación que produce el problema ideoaectivo.

En estos casos hay *pérdida de la autonomía psíquica* que, según las formas clínicas, puede ser temporal o definitiva. Es el *Síndrome delirante*.

Enfermos mentales no alienados (sujetos con juicio no alterado, con autonomía psíquica pudiendo presentar solamente inestabilidad o debilitación transitoria):

Cuando la perturbación psíquica no llega a desviar ni a debilitar el juicio tampoco se pierde la *autonomía psíquica*, que solo se debilita temporalmente en algunos casos y muestra gran inestabilidad en otros.

- a) Cuando se produce la debilitación temporal de la autonomía psíquica el juicio continúa controlando, aunque palidece el vigor y la firmeza de sus conclusiones. Pertenecen a este grupo las *Neurosis*.
- b) Los casos de gran inestabilidad de la autonomía psíquica pueden producir, también en forma discontinua, períodos de descontrol del juicio con alteraciones de la conducta. Pertenecen a este grupo las *Personalidades psicopáticas o premorbosas*".

Como la mayoría de sus predecesores, Betta acuerda también con una nosología sindrómica en psiquiatría.

XII

Otros aportes argentinos a la nosología y la nosografía psiquiátrica

a) Enrique Pichon-Rivière: la oligotimia y la Enfermedad Única

En su curso de "Introducción a una Psiquiatría Psicoanalítica", dictado durante el año 1943 en el Hospicio de las Mercedes para estudiantes del Instituto de Psicoanálisis, Enrique Pichon-Rivière²⁷ presentó una articulación de la nosografía psiquiátrica aceptada en la época con la nosología freudiana, explicando los dinamismos subyacentes a cada cuadro desde la teoría psicoanalítica. Para tal fin, se basó en un detallado conocimiento de los aportes del mismo Freud, y de Abraham, Schilder, Fenichel, Ferenczi, Meninger, Melanie Klein, Grotjahn, Nunberg, y otros autores psicoanalíticos.

Las notas de ese curso dieron origen a un extenso artículo, que publicó tres años después, en 1946, en el *Index de Neurología y Psiquiatría*, con el título: "Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis". En ese texto se hace referencia por primera vez a la oligotimia en los siguientes términos: "Del gran grupo de los oligofrénicos se ha aislado y estudiado un tipo de enfermos cuya característica esencial consiste en un paro o estancamiento en el desarrollo de la afectividad. El examen con los tests mentales pone en claro que el trastorno evolutivo se refiere específicamente a la vida afectiva, siendo el desarrollo mental en la mayoría de los casos normal.

Esa disociación entre la afectividad y la inteligencia fue denominada por la Escuela Francesa esquizonoia. También fueron dadas otras denominaciones, como seudodebilidad, y seudoimbecilidad, que fueron clasificadas dentro de los trastornos causados por la inhibición. Landauer, Berta Bornstein y Bergler realizaron desde el punto de vista psicoanalítico los estudios más profundos sobre las formas adultas. Son las denominadas oligotimias.

Con Arminda Aberastury hemos estudiado la seudodebilidad en los niños, llegando a caracterizar algunos tipos. Por ejemplo, aquellos donde el estancamiento psicosexual (infantilismo) es predominantemente oral o anal. En otros casos parece haber existido un proceso de regresión, es decir que conseguido cierto grado de evolución se produjo un regreso a organizaciones inferiores. A estos enfermos los hemos denominado oligotímicos, para establecer fácilmente su relación y la diferencia con el grupo de los oligofrénicos". Pichon-Rivière se refiere

²⁷ Enrique Pichon-Rivière nació el 25 de junio de 1907 en Ginebra, Suiza, de padres franceses y llegó a la Argentina a la edad de cuatro años. Su familia se instaló en el Chaco y luego en Goya, provincia de Corrientes, adonde pasó su infancia. Cursó la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires, adonde se graduó de médico en 1936. Poco después pasó al Hospicio de las Mercedes adonde trabajó largo tiempo. Introdujo el electroshock y fue uno de los primeros en ensayar la imipramina en la Argentina. Fue co-fundador junto a Angel Garma, Celes Cárcamo, Arnaldo Rascovsky, Enrique Ferrari Hardoy y Marie Langer, de la Asociación Psicoanalítica Argentina (A.P.A.), en 1942. Más tarde se alejó de la A.P.A. para orientarse a su original trabajo teórico y técnico en el campo de la Psicología Social y fundó su Escuela. Introdutor de la psiquiatría dinámica en la Argentina, creador de los Grupos Operativos y de la noción de ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo), Pichon ejerció una influencia determinante como maestro sobre varias generaciones de psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas argentinos hasta la actualidad. Falleció en Buenos Aires el 16 de julio de 1977 (20).

aquí al trabajo presentado con Arminda Aberasturi, en 1940, en el Segundo Congreso Panamericano de Endocrinología (64).

Y continúa diciendo: “Estos niños son susceptibles de un tratamiento psicoanalítico. Con el doctor Arnaldo Rascovsky hemos estudiado un tipo especial de oligotímico en el síndrome adiposo-genital prepuberal del varón” (65, reproducido en 66 y citado en 67).

En la génesis de este último cuadro clínico, que había sido descrito en sus aspectos somáticos por Babinski (68) y Frölich (69), Pichon-Rivière y Rascovski encontraron la existencia de una “constante ambiental” que antecedía cronológicamente a las manifestaciones psiconeurológicas y somáticas del mismo, sugiriendo una causalidad psicósomática de la enfermedad.

Esos “factores ambientales”, que se verificaban en una “abrumadora” cantidad de los niños estudiados en el Hospital de Niños de la ciudad de Buenos Aires, determinaban una “... exaltación e hipertrofia de elementos normales hasta una edad posiblemente anterior a los cinco años y que se mantienen exagerados por la incapacidad del niño para sobrepasar la situación parental y, por lo tanto, para evolucionar afectivamente, lo que hace que reproduzcan la ruptura del paralelismo entre la edad cronológica y la afectiva correspondiente, alteración que caracteriza al síndrome de Pichon y Laforgue”; señalando que “Desde las comunicaciones iniciales de Babinski y Frölich, el estudio general del síndrome se ha referido al cuadro somático con escasa referencia al psiconeurológico” (65 reproducido en 66 y citado en 67).

Precisamente, al estudiar los aspectos ambientales y psiconeurológicos del cuadro los argentinos señalaron que, en los primeros, se observaba: 1) la constante existencia de una relación afectiva anormal, tanto cualitativa como cuantitativa, entre los padres o sus sustitutos y los hijos; 2) que el cuadro se presentaba en constelaciones familiares con características particulares: hijos varones únicos o primogénitos, o bien en varones menores o inválidos (con síndrome de Heine-Medin, cardiopatías, etc.); 3) en niños confiados a matrimonios sin hijos o mujeres solteras (tías, abuelas, etc.); 4) que habían atravesado rupturas del equilibrio afectivo parental (divorcio, viudez, padre o madre inexistente o disminuido desde el punto de vista moral) y 5) que habían sufrido una estimulación sexual directa antes de la pubertad (alrededor de los 11 a 12 años) bajo la forma de caricias directas excesivas, seducciones, sobrestimulación, etcétera (73 reproducido en 66 y citado en 67, p. 71-72).

Los elementos psiconeurológicos principales mostraban:

- a) nivel mental disminuido (*oligotimia* u oligofrenia),
- b) debilidad psicomotriz, caracterizada por falta de adaptación a los juegos y a la vida social propios de su edad y grupo social;
- c) adaptación y atracción hacia las niñas y los niños menores y sus juegos;
- d) falta de atracción y habilidad y pasividad para los deportes e inercia, rechazo de toda actividad muscular dinámica y pereza;
- e) regresión en la deambulación con tendencia a tropezar, torpeza motriz y dispraxia y desigualdad de los movimientos asociados de ambos brazos, piernas y cuello;
- f) perturbaciones en el tono muscular (reflejos posturales de Schilder negativos) regresión psicomotriz del lenguaje con balbuceo, ceceo, uso excesivo de diminutivos, y otras regresiones del lenguaje;
- g) puerilismo, temores excesivos, fobias,
- h) sobre dependencia materna-paterna;
- i) inexistencia de culpa ante faltas no descubiertas;
- j) orientación oral excesiva (hiperorexia con escaso o nulo apetito diferenciado; repugnancia por ciertos alimentos, hábito de llevarse objetos a la boca o tocarla, permanente deseo de comer, insatisfacción alimentaria, desorden horario en las ingestas;
- k) orientación anal excesiva (carácter sádico-anal): coleccionismo, acumulación de objetos de toda índole, acumulación de juguetes solo para guardarlos, sentido exagerado de la propiedad, desconfianza, erotismo anal caracterizado por constipación con crisis de diarrea o de necesidad intempestiva e imperiosa de defecar, encopresis, larga permanencia en el inodoro y rituales para la defecación, hábitos higiénicos exagerados, prolijidad meticulosa y sobrevaloración del orden.
- l) mantenimiento anormal de la orientación sexual directa hacia ambos sexos con excesivo apego a las caricias y excitaciones (besos, abrazos, roces, etc.), ausencia del periodo de latencia normal (entre los 5-6 años y los 11-12 años), homosexualismo latente, exhibicionismo, predominio de tendencias sádicas sobre las masoquistas (73, reproducido en 66, y citado en 67).

Pero, al parecer, la oligotimia no se expresa solamente bajo la presentación clínica del síndrome adiposo genital o la seudodebilidad mental sino que, dependiendo de la gravedad de los trastornos afectivos que atraviese el

²⁸ Nombre dado por René Laforgue, Henri Codet y Edouard Pichon a un proceso que formaría la base de las detenciones de evolución y de las regresiones psíquicas que constituyen las neurosis infantiles. Es la discordancia entre el objetivo buscado conscientemente, que es normal, y la conducta impuesta por apetencias inconscientes anormales debidas a un retraso afectivo (61, 62). Ver también, con más detalle, la argumentación de René Laforgue en la descripción del concepto de esquizonoia en (63).

²⁹ En 1907 Harvey Cushing presentó ante el Congreso Anual de la American Neurological Association la descripción de un nuevo síndrome clínico caracterizado por obesidad, infantilismo sexual, atrofia óptica con ceguera parcial que era ocasionado por un tumor en la base del cerebro que se extendía hasta la hipófisis. Al realizar una revisión de la literatura médica encontró el informe de un caso de tumor hipofisario que se extendía hasta el tercer ventrículo cerebral en un paciente con obesidad y con escaso desarrollo sexual, descrito por un médico alemán de nombre Alfred Frölich, que sostenía en el mismo artículo que algunos adenomas hipofisarios podían manifestarse por hipogonadismo y obesidad, en lugar de la conocida acromegalia (69). En reconocimiento a la primicia del cirujano alemán Cushing propuso llamar a este síndrome con el epónimo de Frölich (70). En la actualidad existen varios sinónimos del síndrome como son el de “síndrome de Babinski-Frölich”, “obesidad hipotalámica con hipogonadismo” y “síndrome hipofisario adiposo-genital de Launois-Cleret” (estos dos médicos franceses habían presentado una observación similar casi una década después de Frölich) (71).

³⁰ Entre las características somáticas enumeraban: obesidad; alteraciones morfológicas (micropene, testículos pequeños, ectópicos o mal descendidos, implantación feminoide del cabello en la cabeza y del vello pubiano, voz de timbre agudo y disfónico); osteocondrodistrofias; alteraciones de la glucemia, de la visión y de la vasomotricidad; sudoración de manos y pies; pie plano; genu valgum; ginecomastia; dolores abdominales; etcétera (72).

niño en sus primeras etapas de la vida, será la gravedad de la enfermedad que puede desencadenarse a posteriori cuando una regresión actualice la situación traumática inicial. Es así como, en el mismo artículo mencionado al comienzo de este apartado, Pichon-Rivière vincula a la oligotimia con la reciente descripción que había realizado Leo Kanner en los EE. UU, en 1943: "Desde el punto de vista clínico podemos señalar como un hecho muy significativo la descripción hecha por Kanner de lo que llama *autismo precoz infantil*. Con posterioridad al trabajo de Kanner se describen psicosis de otro tipo, como la oligotímica (Pichon-Rivière), las autísticas y las psicosis simbióticas, realizadas estas últimas por Margaret Mahler" (72).



**Enrique Pichon-Rivière
(1907-1977)**

Y encuentra en los trabajos de otros autores norteamericanos una coincidencia con sus planteos en relación a los problemas afectivos que explicarían las alteraciones y retrasos en el desarrollo intelectual y vincular en razón de las carencias y distorsiones en los cuidados materno infantiles: "Resultan significativos -dice- estudios como el de Goldwin, en el que se analizan las relaciones entre los cuidados parentales y la salud mental. Como un aporte concreto podemos citar particularmente el estudio de Spitz, mediante el que consigue construir una nosografía basada en determinados criterios estructurales, configurando así una psiquiatría de los primeros años de vida, Spitz estudia sobre todo dos tipos de trastornos: a) trastornos cualitativos, o sea trastornos en los cuales el vínculo con la madre está distorsionado cualitativamente. La perturbación de la comunicación entre madre e hijo va a originar una estructura cualitativamente anormal, b) trastornos cuantitativos, o sea, cuando se puede hablar de una disminución, señalable o no, en términos de privación del afecto de la madre. Esta privación originará un estancamiento en el desarrollo, apareciendo el niño como un débil afectivo. Estructura ésta a la que hemos llamado oligotímica, para distinguirla de la oligofrénica (debilidad mental)" (72).

Vuelve enseguida en su texto al aporte nosográfico y clínico de Kanner para identificar a la oligotimia, al menos en algunas de sus formas más severas, con el autismo infantil precoz, sugiriendo un cierto derecho de "paternidad" respecto del descubrimiento de esta forma clínica al señalar que ya años antes lo había observado: "Consideraremos ahora [...] el autismo precoz infantil, que fue descrito por Kanner en el año 1943, constituyendo ésta una de las contribuciones más importantes al desarrollo de una psiquiatría de la infancia. Kanner, sin poseer una formación dinámica, ha manejado un conjunto de conocimientos de la psiquiatría dinámica que le permitieron describir este cuadro clínico. El au-

tismo precoz infantil se manifiesta básicamente por un retraimiento del mundo; puede aparecer en los primeros meses de vida o en el curso de los primeros años.

Su rasgo esencial es el aislamiento: es decir, el autismo está descrito en términos de grados de retraimiento del mundo exterior. Los niños que lo padecen son llevados a consulta como oligofrénicos, es decir, retardados o mudos o sordomudos. Su retracción del mundo es tal que el estímulo, cualquiera que sea, no desencadena en ellos una respuesta adecuada. Es de gran importancia señalar en qué momento aparece el trastorno y la intensidad que éste muestra. Hay, por lo tanto, dos factores por considerar: a) intensidad del trastorno: b) momento en que hace su aparición.

Este trastorno característico de la infancia produce un alejamiento del mundo y posteriormente una pérdida de ciertas funciones ya elaboradas, ya adquiridas. Si este trastorno aparece en pleno aprendizaje del lenguaje, éste retrocede y puede llegar a desaparecer.

De allí que los niños puedan llegar a consulta como oligofrénicos, mudos o sordomudos. Hay un detalle significativo que permite diferenciar en el primer abordaje a un niño autista precoz de un niño oligofrénico: el niño autista es generalmente bonito, armónicamente hecho, mientras que el oligofrénico presenta una serie de deformaciones o estigmas. De allí que se pueda establecer una distinción (tarea que realicé hace muchos años en el Asilo de Torres) entre los niños bien configurados, bonitos, en los que exteriormente nada resalta como anormal, y los niños mal conformados, con estigmas degenerativos. Esos niños "bien hechos", "bien contruidos", con una sensibilidad particular para la música, el ritmo y el baile, pero sin lenguaje o con un lenguaje regresivo, presentan en términos generales el cuadro de autismo precoz infantil descrito por Kanner" (72).

En un pasaje posterior del mismo artículo explica claramente su interpretación del problema de la posición autística como un fenómeno dimensional en el *continuum* normalidad/anormalidad, al decir que el "... autismo precoz infantil puede definirse como prototípico del proceso de desarrollo; esto es, hay en todo sujeto un cierto grado de retraimiento del mundo. Depende del monto del retraimiento, del momento de su emergencia y de la cronificación de la actitud que esto se transforme o no en un cuadro clínico. En el desarrollo, todo sujeto hace un retraimiento funcional para evitar situaciones de tensión o de peligro, pero corre el riesgo de no retomar la relación con el mundo una vez pasada la situación ansiógena. Si no adquiere esa flexibilidad, esa plasticidad para pasar de una situación autística adaptativa, es decir, funcional a una situación normal, queda aprisionado en una posición señalada por el aislamiento del mundo, con un cierto revestimiento de ese propio mundo por fantasías proyectadas en el mismo, y con características regresivas en cuanto a su relación emocional con la realidad. Esto aun cuando pudiera poseer una capacidad intelectual extraordinaria" (72). De esa manera la imposibilidad de un sujeto para superar adaptativamente la etapa del autismo infantil determinará su

estancamiento en el autismo, es decir, en esa patología infantil. Pero, aunque supere ese momento, dependerá de la magnitud de la situación atravesada que reste una cierta vulnerabilidad para el futuro. De tal manera que puede ser: "... precisamente a esta situación autística a la que el esquizofrénico -en cualquier otra edad- regrese en el proceso de enfermarse (esto es, a una situación autística, a una pauta de conducta ya elaborada muy precozmente que actúa como disposición). Un cierto núcleo autista es reactivado por la regresión" (72).

A partir de esas precisiones psicopatológicas que introducen una dimensión evolutiva en la edad de los pacientes a través del tiempo y en la gravedad de los cuadros clínicos, Pichon-Rivière ubica al descubrimiento de Kanner en el contexto de sus propias teorías y reivindica una identidad entre su noción de oligotimia, el autismo infantil precoz y la esquizonoia de su homónimo Edouard Pichon; aunque deja sentado, también, que su observación data de más tiempo y que Kanner no pudo comprender que su autismo infantil era la expresión en un momento temprano de la vida de una constelación biográfica dinámica que solo podía percibirse bajo la lente de la teoría psicoanalítica: "Así podemos ubicar los distintos tipos de psicosis esquizofrénica en la infancia, comenzando por el autismo precoz infantil descrito por Kanner (cuadro que corresponde a lo descrito por nosotros como oligotimia y por E. Pichón como esquizonoia); Sante de Sanctis se refirió a un cuadro al que denominó demencia precocísima; consideramos además la llamada demencia de Heller dentro de esta continuidad genética, para luego dar lugar a la esquizofrenia del púber o del adolescente y la esquizofrenia del adulto. Hay, pues, una secuencia entre todos estos trastornos, y todos corresponden a este tipo básico de perturbación, el aislamiento del mundo, retraimiento y construcción de un mundo autístico; es decir, la alienación en las tres áreas de la conducta.

Las distintas estructuras patológicas pueden ordenarse genéticamente tomando como punto de partida el autismo de Kanner y llegando hasta la esquizofrenia del adulto, observándose fácilmente la continuidad genética que va de un polo a otro a través de dichas estructuras, configurándose una gama de cuadros patológicos (pautas) en los que la edad es un factor patoplástico de importancia. Es decir, que la psiquiatría, enfocada dinámicamente, debe considerar el desarrollo de las psicosis según un encuadre genético.

Lo dicho puede ser representado por el siguiente esquema:

- 1) Autismo precoz infantil (descrito por Kanner).
- 2) Oligotimia (Pichon-Rivière).
- 3) Demencia precocísima (de Sancte de Sanctis).
- 4) Demencia de Heller (ésta es una forma grave de esquizofrenia o de demencia precocísima de Sante de Sanctis).
- 5) Esquizofrenia del púbero-adolescente.
- 6) Esquizofrenia del adulto.

Reiteramos que todas estas psicosis infantiles crean situaciones particulares que pueden ser ubicadas dentro de la oligotimia o pseudodebilidad: son trastornos del desarrollo con un proceso llamado autismo precoz infantil, en tanto que la olifrenia propiamente dicha pertenece a causas estructurales y congénitas" (72).

El concepto de Enfermedad Única

Un concepto central en el pensamiento pichoniano fue el Enfermedad Única. Esta noción, coincidente con el concepto de *Einheitspsychose* de Wilhelm Griesinger (76, 77) vertebró gran parte de su producción teórica en el terreno de la descripción de las enfermedades mentales (78). Pichon-Rivière comenzó a elaborarlo entre los años '40 y los '60 del siglo pasado con la epilepsia (79), luego lo aplicó a la explicación de los fenómenos esquizofrénicos (80, 81) y, finalmente, postuló que la depresión, más precisamente la melancolía, era el núcleo inicial de todas las otras formas de enfermedad mental.

La concepción de Pichon resulta de una amalgama de ideas de diversas tradiciones psiquiátricas europeas. Sin embargo, fue la teoría freudiana, los aportes de Fairbairn y, en especial, la teoría de las posiciones esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein la que permitió a Pichon-Rivière organizar los diversos aportes para elaborar la teoría de la Enfermedad Única. Así es que explica su método de formulación de la Enfermedad Única: "Tendré en cuenta las dos primeras posiciones del desarrollo: la instrumental esquizoparanoide y la depresiva (patogenética existencial), a la que agregó otra: la patorrítmica (temporal), que incluye los diferentes tiempos con que se manifiestan los síntomas generados en la posición patogenética o depresiva, estructurada sobre la base de la posición instrumental esquizoparanoide. A través de todo este trayecto permaneceré consecuente con mi teoría del vínculo" (82,83).

Una fijación en la posición esquizoparanoide daría origen a las distintas formas de psicosis, mientras que una fijación en la posición depresiva causaría los distin-

³¹ En un pasaje de sus *Conversaciones...* Pichon-Rivière recuerda: "Investigué el problema sexual en los débiles mentales y formas clásicas de esa enfermedad, obteniendo resultados en ese momento sorprendentes. Logré establecer que el sesenta por ciento de los internados -había un total de tres mil quinientos- tenían un retardo especial que no estaba relacionado con lesiones orgánicas, sino que eran producto de retardos afectivos. A esos retardos los denominé oligotimias, en contraposición a las oligofrenias, originadas en alteraciones nerviosas" [...] "... los oligotímicos eran susceptibles de ser educados (no "reeducados", ya que en realidad no habían sido educados) buscando para ello una terapia pertinente. Es decir, se trataba de enfrentar problemas de aprendizaje y comunicación" (74).

Y en sus clases dictadas en la Primera Escuela de Psicología Social en 1968, vuelve sobre el tema en los términos siguientes: "... las pudimos separar del resto de los retardos mentales con el nombre de oligotimias, para diferenciarlas de las oligofrenias, que son producto en su mayor parte de lesiones reales provocadas por regresiones de funciones cerebrales, mientras que aquí hay un estancamiento de la vida afectiva y de la relación con el mundo. Son niños con características muy especiales, generalmente bonitos, no tienen ninguno de los estigmas degenerativos descriptos en los libros, son chicos rosados, de muy buen aspecto, con una gran afinidad por la música y el ritmo, y lo único que presentan es un estancamiento del nivel mental, debido a una perturbación afectiva en su relación con el mundo; la comunicación y el aprendizaje no funcionaron, pero pueden ser corregidos"; y sostiene, claramente, la precedencia de su descripción del autismo infantil: "Algo después de nuestra formulación apareció el concepto de Kanner sobre autismo precoz infantil, que coincide exactamente con nuestras ideas" (75).

tos cuadros neuróticos. En coincidencia con Griesinger, afirma Pichon-Rivière, “toda psicosis se inicia con una depresión” (84, 85).

Al formular su hipótesis acerca de la etiopatogenia y las características de la Enfermedad Única, Pichon-Rivière afirma: “Entiendo que los principios que rigen la configuración de una estructura patológica son: 1) policausalidad, 2) pluralidad fenoménica, 3) continuidad genética y funcional, 4) movilidad de las estructuras, 5) rol, vínculo y portavoz y 6) situación triangular” (82); todos ellos conceptos psicopatológicos tejidos en una conceptualización compleja y dinámica que no vamos a desarrollar en este artículo fundamentalmente centrado en las nosografías.

b) Los estilos de Personalidad según David Liberman y los aportes de Lía Ricón



David Liberman
(1920 - 1983)



Lía Ricón
(1930-...)

David Liberman (1920-1983), relevante psicoanalista argentino, discípulo de Enrique Pichon-Rivière, presentó un enfoque original del psicoanálisis que apuntaba a un abordaje global, holístico, del paciente; entendiendo a la enfermedad como una alteración del proceso de aprendizaje y de la comunicación, inductora de un déficit de adaptación a la realidad. “Ya en el Prólogo a su primer libro -señala Pichon-Rivière- destacábamos su profundo deseo de comprender al paciente en situación de una manera global. Allí intentó aplicar el método historiográfico de Ranke al examen psicosomático de sus pacientes, método que le servía para poner en evidencia la pluricausalidad de todo síntoma, y era también útil para su orientación terapéutica. Para él, siguiendo a Ranke, para que se cumpla el hecho histórico (en contraposición al hecho estudiado por las ciencias naturales) son necesarias determinadas condiciones espacio-temporales que no pueden repetirse, tal como sucedería en la enfermedad, condiciones que tienen por característica el estar en permanente devenir” (86).

En 1962, en *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica* (87) Liberman utiliza la teoría de la comunicación,

especialmente los aportes de Jurgen Ruesch (88), para clasificar los distintos tipos de “Persona” por su modo de comunicación con el interlocutor; y, correlacionando las fases del desarrollo de la libido formuladas por Sigmund Freud (89, 90) y Karl Abraham (91) con las ansiedades paranoicas y depresivas descritas por Melanie Klein (92, 93), traza un cuadro esquemático para precisar los afectos dominantes en cada estructura clínica.

Más adelante recurre a Charles Morris (94) para agrupar y sistematizar a los analizandos, desde las distorsiones objetivables a partir de las áreas semióticas; y posteriormente al temprano Noam Chomsky (95) de las “estructuras superficiales” (fonológicas) y “profundas” del lenguaje para que la Gramática Generativa sirva a la evaluación de las disposiciones a la “reparación”. Finalmente, los “factores” y “funciones” de la comunicación de Roman Jakobson (96) le permiten formular uno de sus principales aportes: la categorización de los “estilos” predominantes en las manifestaciones verbales y no verbales de diferentes tipos de personalidades. Esta doctrina de los “estilos” incorpora el desarrollo de las nociones de “complementariedad estilística”, “funciones del Yo” y “Yo idealmente plástico”.

Para este autor el psicoanálisis constituye una disciplina cuya base empírica está constituida por el intercambio entre paciente y terapeuta, cada uno poseedor de una combinatoria de estilos expresivos, que abarcan fenómenos verbales y no verbales. En consecuencia, propone dos posibles abordajes de investigación: 1) el que realiza el analista sobre el paciente durante la sesión y 2) fuera de ella, lo que puede concluirse del estudio del material del paciente, las reacciones y pensamientos del mismo terapeuta respecto del caso y las características que se pueden extraer del tipo de vínculo.

Para Liberman los estilos de paciente y terapeuta pueden presentar aspectos complementarios que favorecen el trabajo clínico o desencuentros entre los mismos que lo perturban. A partir de esas consideraciones postuló que la conducta de cada paciente resulta de combinación de estilos, entre los cuales se puede identificar uno predominante ligado a la patología que aquel presente.

Presentó así, cuidadosas descripciones de los rasgos principales de cada estilo, lo cual le permitió formular una suerte de taxonomía de personalidades según el estilo predominante en cada una de ellas. Postuló entonces que en el paciente obsesivo predomina un estilo narrativo, en el paciente con histeria de angustia, un estilo dramático y con suspenso, en el paciente con histeria de conversión, un estilo dramático con impacto estético, en el paciente transgresor, un estilo épico, en el paciente depresivo, un estilo lírico, y en el paciente esquizoide, un estilo reflexivo; pudiendo, además, en cada caso aparecer variaciones individuales que acentúan o atenúan más esos rasgos estilísticos patológicos.

³² Se refiere a Leopold von Ranke (1795-1886), historiador alemán considerado comúnmente como el padre de la historia científica, quien, en el año 1824 publicó, en su apéndice metodológico a la Historia de los Pueblos Romanos y Germánicos (1494-1514), una severa crítica a los autores anteriores que habían escrito sobre ese tema y expuso su método según el cual no se debe partir de una teoría histórica a priori que se imponga sobre el pasado como se hacía anteriormente, sino que el historiador debe dejar que sea, exclusivamente, el pasado el que “hable” a través del rescate y estudio riguroso de las fuentes primarias; con el objetivo de escribir la historia, siempre resultante de una concurrencia de causas en el espacio y en el tiempo, “como realmente fue”.

Inspirado, como se señaló antes, en las ideas de Freud, Abraham y Klein, sostuvo también que cada estilo es además expresión de determinada fijación pulsional: oral primaria, en el estilo reflexivo, sádico-oral secundaria en el estilo lírico, sádico-anal primaria en el estilo épico, sádico-anal secundaria en el estilo narrativo, fálico-uretral en el estilo dramático y con suspenso y fálico-genital en el estilo dramático con impacto estético (97, 98, 99, 100).

Más recientemente, otra destacada psiquiatra y psicoanalista argentina, Lía Ricón, retomó la clasificación de Liberman introduciéndole ciertas modificaciones y correlacionado lo que denomina Personalidades pertinentes o normales, es decir, con determinada configuración en su carácter (“...tipos de personalidad cuyas conductas y características pueden considerarse adecuadas a las pautas generales del medio socio-cultural en el que viven” aclarando que el término pertinentes alude a un “... psiquismo organizado con cierto nivel de coherencia interna”) con los Trastornos de personalidad incluidos en el DSM IV (101). La correlación entre ambos tipos de presentaciones, pertinentes y patológicas, establece un *continuum* entre ambas mostrando, según los postulados de la teoría freudiana, que “la mayoría de los mecanismos de formación de los rasgos de carácter de las personas que llamamos pertinentes son los mismos que determinan las personalidades patológicas y las neurosis”.

Ricón agrega a las Personalidades pertinentes, descriptas en el modelo psicoanalítico-comunicacional de Ruesch y Liberman, el tipo de “persona suspicaz y desconfiada”, y prefiere denominar “persona de ánimo variable” a las que aquellos llamaban “depresiva”, para no emplear términos que connotan patología.

PERSONALIDADES PERTINENTES TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

(D. Liberman, L. Ricón)	(DSM IV)
1. Persona demostrativa	Trastorno histriónico
2. Persona atemorizada y huidiza	Trastorno esquizoide Trastorno esquizotípico
3. Persona observadora no participante	Trastorno paranoide
4. Persona suspicaz y desconfiada	Trastorno por evitación Trastorno por dependencia
5. Persona lógica	Trastorno obsesivo-compulsivo
6. Persona de ánimo variable	Trastorno narcisista
7. Persona de acción	Trastorno antisocial

c) Carolina Tobar García: la nosografía psiquiátrica en la edad escolar

En su libro *Higiene mental del escolar* Carolina Tobar García presenta un estudio sobre 5000 casos de niños y niñas de tres instituciones, el Cuerpo Médico Escolar del Consejo Nacional de Educación, el Hogar Santa Rosa (102) y el Consultorio de niños de la Liga Argentina de Higiene Mental de las que ella formaba parte. De las fichas reunidas en ese relevamiento se pueden obtener los diagnósticos y los criterios de clasificación utilizados por Carolina Tobar García³³ y sus colaboradores. (103, 104).



**Carolina Tobar García
(1898-1962)**

En primera instancia, se separaban a los niños en dos categorías: a) normales y b) retrasados anormales (que no son pasibles de escolarización). Entre los segundos existían diferencias según se tratara de: 1) retardados por defectos sensoriales: miopes, sordos, otros; 2) retardados pedagógicos, que tenía que ver con la acción de un medio desfavorable y 3) retardados por déficit psíquico.

Tobar García reproduce un cuadro de equivalencias y traducciones de los distintos cuadros, donde aparecen sinonimias entre lo que llama *Arrierés*: los anormales psíquicos verdaderos y *Retardés*: los falsos anormales (Sancte de Santis), definición bastante imprecisa, ya que se trata de sujetos “no del todo normales”; que pueden ser pretuberculosos, débiles físicos, sordos parciales, etc. y también anormales de la inteligencia, débiles mentales, etc.

En algunas de las clasificaciones se utilizaba la noción de edad mental de Alfred Binet como medida de correlación entre la inteligencia y el rendimiento escolar, ya que Tobar García consideraba que “la edad mental no es la consecuencia única y exclusiva de la edad cronológica, sino de una causalidad múltiple.” (103) y que se debía considerarse junto a los tests intelectuales los factores resultantes del ambiente, que se averiguaban para arribar a un diagnóstico y se consignaban entre los datos requeridos en las fichas de cada niño estudiado. La sintomatología que se registraba con más frecuencia en las fichas escolares era:

³³ Carolina Tobar García nació en Quines, Provincia de San Luis el 10 de noviembre de 1898. Realizó su educación primaria en la “Escuela Elemental de Niñas”, de esa ciudad, y los estudios secundarios de maestra en Villa Mercedes. Ejerció como docente en escuelas rurales hasta que decidió instalarse en Buenos Aires para cursar los estudios de medicina, en 1920. En 1929, en una época en la que eran pocas las mujeres que ingresaban a los estudios médicos, se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y obtuvo una beca para estudiar, en los EE. UU. psiquiatría infantil adonde se interesó particularmente en la deficiencia mental. De regreso a la Argentina comenzó a trabajar en distintas instituciones, tanto educativas como médicas y psiquiátricas. En 1941, obtuvo el título de Médico Legista., y en 1944, el de Doctor de la Universidad de Buenos Aires, con la tesis intitulada *Higiene Mental del Escolar*. En los años siguientes participó en distintos congresos y colaboró en la creación de diferentes establecimientos. En 1961 introdujo en nuestro país el novedoso material didáctico creado por la “Escuela Jean Piaget”. Ocupó diversos e importantes cargos institucionales: Profesora en el Instituto Ward (1921-1942); Inspectora de Escuelas de Adultos, Inspectora General de Enseñanza (1945) del Consejo Nacional de Educación; Jefa del Consultorio Psicofisiológico (desde 1934) del Cuerpo Médico Escolar y, luego, Inspectora Médica Escolar en el grado de Oficial Mayor hasta 1957, año en que se jubiló. Como docente universitaria fue Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra de Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (1938-1948) y, en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma universidad, profesora titular de Didáctica Asistencial y Escuelas Diferenciales (1957-1958) y Pedagogía Diferencial (1959-1962). Ejerció como médica en el Hospicio de las Mercedes y en la Liga de Higiene Mental bajo la dirección del Dr. Gonzalo Bosch, quien había sido uno de los introductores en nuestro país de esa iniciativa originada en los EE. UU. a partir de su fundación por Clifford Bird. Carolina Tobar García tuvo un papel pionero, en nuestro país como creadora y supervisora de instituciones específicas centradas en las dificultades presentadas por los niños en el ámbito educativo a la que se conoce como educación diferencial. En 1942 creó la “Escuela Primaria de Adaptación”; primera escuela para deficientes mentales o “niños retardados”, tal como se los caracterizaba en esos años. Tobar García falleció en Buenos Aires el 5 de octubre de 1962 (105).

-
- 1º Vómitos antes de partir para la escuela.
 - 2º Despeños diarreicos en la escuela.
 - 3º Mareos, tics, tartamudez, convulsiones, ausencias.
 - 4º Hiperactividad, turbulencia.
 - 5º Irascibilidad, impulsividad, hurtos, conducta penderciera.
 - 6º Aislamiento, humor sombrío, actos extravagantes.
 - 7º Mutismo, amenazas de suicidio.
 - 8º Manifestaciones de sexualidad precoz.
 - 9º Sensación de extrañeza.
-

A partir de esas observaciones se confeccionaron los siguientes grupos de niños:

- 1º) Trastornos indiferenciados de inestabilidad, imposibles de catalogar en un síndrome determinado. La inestabilidad estaba ligada a una hiperactividad que, en ocasiones, llegaba a la turbulencia. Se trataba de niños no escolarizables sino se lograba reducir ese síntoma.
- 2º) Inestabilidad con fatigabilidad. En un estudio del Cuerpo Médico Escolar, realizado en 1939, se había llegado a la conclusión de que algunos padecimientos de los niños estaban ligados a déficits de alimentación. En este subgrupo se ubicaban los “falsos anormales”, que ya hemos mencionado, su número disminuye espontáneamente con la edad y merced a factores favorables de la vida misma.
- 3º) Fenómenos de la serie epileptoide.
- 4º) Síntomas psíquicos propiamente dichos, sin *sustratum* orgánico aparente.
- 5º) Anomalías de comportamiento condicionadas por la falta de educación.

Estos últimos dos grupos eran para Tobar García los que tenían más significación para la Higiene Mental y social. Los niños pertenecientes a esas categorías podían presentar síntomas de hipocondría y depresión, obsesiones, fobias, manifestaciones histéricas e histeroides, esquizotimia y perversidad.

En la ficha que se utilizaba en el Consultorio Psico-fisiológico del Cuerpo Médico Escolar, y que se había confeccionado para practicar el examen somato-psíquico, se averiguaba la naturaleza del problema, la etiología del mismo, su patogenia y evolución, se dejaba asen-

tado el tipo clínico y el nivel mental de cada alumno y, de acuerdo a esos datos, se clasificaban los niños del siguiente modo:

Por la etiología: constitucionales, tóxicos, infecciosos, traumáticos, por imitación.

Por su base orgánica: orgánicos, funcionales o sintomáticos.

Por la evolución: formas agudas y crónicas, estacionarias y progresivas, episódicas y continuas, transitorias y definitivas.

Por el cociente de inteligencia: frenasténicos, débiles mentales, sub-normales, medios, inteligentes y superdotados.

Por el pronóstico educativo: inescolarizables y escolarizables.

En su tesis doctoral, Tobar García transcribe una lista de diagnósticos de los 4.400 niños examinados entre 1934 y 1943:

Débiles mentales armónicos.	737
Débiles mentales desarmónicos	315
Con inestabilidad psicomotora hiperemotiva	623
Epilépticos o epileptoideos	201
Falsos anormales	1.250
Idiotas e imbéciles	93
Coreicos, post-encefálicos, hemipléjicos	113
En observación	676
Estudios incompletos	392

Hacia el final de estos resultados hay una serie de aclaraciones para cada grupo, lo cual a su vez relativiza el peso de las clasificaciones, ella aclara que la valoración de la inteligencia es pragmática y que se realiza en función de la época y del medio.

Los principales autores que influyeron en la terminología clasificatoria utilizada por Tobar García fueron: Guillaume Vermeylen, en lo referente al retraso mental y la paratonía; Ernest Dupré para lo relativo a la constitución hiperemotiva y mitomaníaca; y William Stern y Charlotte Bühler para los fenómenos del desarrollo infantil (104).

³⁴ Guillaume Vermeylen (1891-1943) médico y psiquiatra belga. En 1931, fue el primer director del Instituto de Psiquiatría del Hospital Brugman, puesto que ocupó hasta su fallecimiento, y, en 1932, accedió al cargo de profesor de pedagogía en la Universidad Libre de Bruselas. Sus publicaciones se centraron esencialmente en los trastornos psicológicos infantiles. Es así que en 1926 apareció *La psychologie de l'enfant et de l'adolescent*.

³⁵ Ernest Dupré (1862-1921) psiquiatra francés, profesor de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de París. Se lo conoce particularmente por sus estudios sobre la histeria, por la introducción en 1905 del término mitomanía en el lenguaje de la especialidad, por su teoría biopsicológica para explicar la génesis de la conducta criminal y, especialmente, por su descripción de la “constitución emotiva” y la “debilidad motriz”, prelude a su doctrina de las constituciones que expuso en 1919 en *Les déséquilibres constitutionnels du système nerveux*, que constituyó, en su momento, una actualización de la teoría de la degeneración de Morel y Magnan.

³⁶ William Lewis Stern (1871-1938), psicólogo y filósofo alemán, conocido como pionero en el campo de la psicología de la personalidad y de la inteligencia. Estudió psicología en Berlín, fue profesor en las universidades de Breslau y Hamburgo y, con el ascenso del nazismo debió emigrar a los EE. UU. donde fue nombrado profesor en la Universidad de Duke. Stern era considerado en su tiempo la principal autoridad en psicología diferencial. Introdujo en el estudio de la inteligencia el concepto de cociente de inteligencia o índice de inteligencia, usado por Lewis Terman y otros investigadores en el desarrollo de las primeras pruebas de Cociente intelectual, basado en los aportes de Alfred Binet.

³⁷ Charlotte Bühler (1893-1974) Psicóloga alemana conocida por sus investigaciones en el campo de la educación y la psicología infantil. Siguió estudios universitarios en las universidades de Friburgo, Kiel, Berlín y Munich. Fue profesora en Viena y, en 1924, llegó al Colegio de Profesores de la Universidad de Columbia para estudiar la infancia y la juventud psicológica con Edward Thorndike. En 1929 la Fundación Rockefeller le encargó la supervisión de la dirección de los colegios que poseía en Inglaterra, Holanda y Noruega. En Viena, entre 1923 y 1938, sus investigaciones se centraron en el desarrollo psicológico de la infancia y la adolescencia. Sus investigaciones se centraban en la realización de diversas pruebas de inteligencia y desarrollo, así como la interpretación de diarios y juegos libres. Por la persecución nazi se vio obligada a abandonar y, luego de un pasaje por Inglaterra y Noruega fue contratada junto a su esposo Kart, también conocido psicólogo, en la Universidad de Minnesota, EE.UU. Posteriormente se trasladó a California, adonde ejerció como psicóloga clínica en el Hospital del Condado de Los Ángeles y profesora asistente de psiquiatría en la Escuela Médica de la Universidad del Sur de California (USC). En esos años conoció a psicólogos como Carl Rogers, Gordon Allport, o Abraham Maslow, cuyas aportaciones propiciaron que en el año 1959, Bühler publicase sus teorías sobre la psicología humanística. Residió en los EE.UU. hasta 1972 fecha en la que retornó a Alemania adonde residió hasta su muerte acaecida dos años después.

XIII

Aportes argentinos a las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales

a) Participación de psiquiatras argentinos en la elaboración de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada del 2012 (GLADP-VR-2012)

Aunque no se trate de una clasificación exclusivamente argentina sino regional, la presencia decisiva en su elaboración de un nutrido grupo de especialistas argentinos hace indispensable la mención de la GLADP en su Versión Revisada del año 2012 (106).

El intento de un diagnóstico personalizado

Siguiendo el modelo de las enfermedades del cuerpo anatómo-fisiológico, las primeras clasificaciones psiquiátricas ponían mucho el acento en el aspecto etiológico, lo que ocasionaba divergencias entre los psiquiatras, pues cada uno aplicaba su propio marco teórico. En 1959 Stengel propuso, como forma de superar las dificultades creadas por la falta de conocimientos en patología y etiología, el uso de criterios operacionales para describir los trastornos mentales (107). Pasó mucho tiempo hasta que las proposiciones de Stengel fueran tomadas en cuenta. En 1972 su propuesta tomó cuerpo en los criterios diagnósticos de Feighner y el grupo de la Universidad de Washington en San Luis, Missouri (108). A ellos se agregaron la escala para trastornos afectivos y la esquizofrenia (SADS) de Endicott y Spitzer (109), los criterios diagnósticos de investigación (RDC) del mismo Spitzer y colaboradores (110) y, finalmente, esa línea de pensamiento se plasmó en el DSM-III de la *American Psychiatric Association* con la inclusión de criterios operacionales y la introducción del enfoque multiaxial de cinco ejes, cuya pretensión era proporcionar una visión más personalizada e integral del paciente (111). La sucesión del DSM III-R, el DSM IV, el DSM IV-TR y el DSM 5 (112, 113), así como la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han continuado con los esquemas multiaxiales en la formulación diagnóstica para incluir junto a la categorización de los trastornos clínicos, los factores contextuales y las problemáticas psicosociales, la evaluación de la discapacidad y el funcionamiento global del caso considerado (114).

Los antecedentes de la GLADP

Los psiquiatras latinoamericanos han contribuido con una larga serie de aportes a la nosología psiquiátrica internacional desde mediados del siglo pasado.

En 1954 Leme López fue autor de las primeras propuestas multiaxiales (115), en 1965 Horacio Fábregas

(116) contribuyó a la elucidación de las bases históricas y culturales del diagnóstico psiquiátrico, Horwitz, Marconi fueron pioneros en la creación de un modelo estandarizado de diagnóstico para el alcoholismo (117) y Ramírez del diseño y de un sistema octogonal de información psiquiátrica (118). Asimismo, los tres Glosarios Cubano de Psiquiatría, editados respectivamente en el 1975 (119), 1986 (120) y 2000 (121) constituyen antecedentes de la GLADP.

En ocasión del congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) realizado en octubre de 1998, en La Habana, se aprobó la elaboración de una Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. En su elaboración participó un centenar de especialistas de la salud mental, (psiquiatras, psicólogos y antropólogos), de casi todas las naciones latinoamericanas, organizadas en 17 grupos de trabajo. La primera versión de ese instrumento diagnóstico se publicó en la Universidad de Guadalajara, México, en el 2004 (122).

La GLADP se inspiró fuertemente en los preceptos epistemológicos del español Pedro Laín Entralgo quien señaló, acertadamente, que el diagnóstico es más que la identificación de una enfermedad (diagnóstico nosológico) o la distinción entre una enfermedad y otra (diagnóstico diferencial) (123) sino que el diagnóstico es una operación más compleja que pretende arribar a una comprensión integral de la unidad psicósomática que constituye la persona que consulta. A tal fin deben tomarse en consideración, no solamente, los criterios diagnósticos operacionales y la descripción de la conducta anormal, sino también, y muy especialmente, los aspectos culturales y sociales de la vida del paciente (124, 125).

Por esa razón, para obtener un diagnóstico del estado de salud de acuerdo con la definición de salud de la OMS (126), la GLADP incluyó referencias a dicho contexto socio-cultural y consideraciones acerca del bienestar y la calidad de vida. Otro aporte novedoso es la inclusión de aportes narrativos de la persona que consulta, y también de su familia, acerca del mal que le aqueja. Estos recursos de la exploración semiológica y diagnóstica amplían los fenómenos contextuales a tener en cuenta permitiendo un enfoque a la vez más amplio y completo, como singular para cada consultante; resultando de su aplicación una medicina centrada en la persona que ponen en evidencia no sólo aspectos de enfermedad o "negativos" de la salud sino también aspectos de lo que ha dado en denominarse de salud positiva (127, 128).

La GLADP-VR-2012

El trabajo de revisión de la GLADP para confeccionar su Versión Revisada (VR) en 2012, tomó en consideración la revisión en curso de las clasificaciones internacionales vigentes, con particular referencia a la CIE-11, a fin de ofrecer contribuciones desde el punto de vista latinoamericano (129). El grupo de trabajo estuvo liderado por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la APAL y sus

³⁸ El Grupo Directivo de la GLADP-VR, cuyos miembros pertenecen a la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), conformó el Comité Ejecutivo de la GLADP-VR-2012. Este último estuvo integrado por su presidente Ángel Otero Ojeda (Cuba), su Secretario Javier E. Saavedra (Perú), su Director Académico, Juan E. Mezzich (Perú/EE.UU.) e IhsanSalloum (Venezuela/EE.UU.) como Asesor Científico.

Varios psiquiatras argentinos, entre otros latinoamericanos, conformaron el Consejo Consultivo del equipo que elaboró la clasificación: Juan Carlos Stagnaro (a la sazón Presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)), Alfredo Cía, Miguel Angel Materazzi y Roger Montenegro. En los Grupos de Trabajo de la GLADP-VR-2012, también participó un nutrido grupo de especialistas argentinos entre los que se contaron: Manuel Suárez Richards, Juan Cristóbal Tenconi, Graciela Beatriz Onofrio, Celina Fabrikant, Nora Leal Marchena, Aníbal Goldchluk, Elías Klubok, Fernando Taragano, Javier Didia Attas, Héctor Rubinetti, David Huanambal, Silvia Leonor Herlyn, Sonia Judith Kodysz, Silvia Hemilse Tártalo, Mónica Braude y Néstor Koldobsky.

miembros fueron designados por las distintas sociedades psiquiátricas de América Latina³⁸. A los efectos de realizar la revisión se formaron grupos de trabajo centrados en las grandes categorías diagnósticas de la CIE-10.

Los miembros de dichos grupos mantuvieron un intenso intercambio de comunicaciones vía Internet, se consideró la literatura científica aparecida en el lapso transcurrido desde la aparición de la primera edición de la GLADP, se realizaron teleconferencias y sesiones presenciales de discusión aprovechando la presencia de los expertos de los grupos de trabajo en los diversos congresos de la especialidad que se realizan regularmente en todo el continente y se practicó una encuesta que exploró tópicos concernientes a la clasificación de América Latina y sobre la utilidad y proyección de la misma (130).

Tomando en cuenta los resultados de trabajos de campo previos (131), los grupos de trabajo revisaron y actualizaron todo el texto con especial consideración de las anotaciones latinoamericanas e incluyeron aportes adicionales así como nuevos capítulos y propuestas para las nuevas clasificaciones. También se incluyó una revisión exhaustiva del modelo diagnóstico multiaxial.

Si bien, hasta el presente, este instrumento no ha logrado una penetración significativa en la práctica cotidiana de los psiquiatras latinoamericanos ni ha sido adoptado por los gobiernos de la región para llevar sus estadísticas sanitarias en Salud Mental, la GLADP-VR-2012, constituye una opción nosográfica de gran interés, por su enfoque diagnóstico integral y por sus anotaciones latinoamericanas, y, es de esperar, que con el paso del tiempo sea utilizada como uno de los sistemas de clasificación de referencia, al menos en la región.

b) La encuesta mundial de la Asociación Mundial de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud (AMP-OMS)

A finales del año 2009, los directivos de la AMP y la OMS consultaron de manera conjunta a los presidentes de todas las asociaciones integrantes de la AMP para preguntarles sobre su interés en participar en diversos aspectos del proceso de actualización de la *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento* de la CIE. Una de las opciones de participación fue la de responder una encuesta global sobre las experiencias y actitudes de los psiquiatras en relación al empleo de la CIE-10. Cabe aclarar que la encuesta no contrastó el DSM IV con la CIE 10, solo exploró la utilización de ésta última.

Se pidió a las asociaciones que señalaran si estaban interesadas en participar y si tenían la capacidad para llevar a cabo de manera sistemática la encuesta. Cuarenta y seis asociaciones integrantes de la AMP en cuarenta y cuatro países pusieron en práctica la encuesta. La participación de las asociaciones se realizó durante un periodo de once meses, debido al tiempo necesario para que las asociaciones llevaran a cabo las traducciones, hicieran

otros preparativos y pusieran en práctica la encuesta. Los datos obtenidos fueron recabados entre el 3 de mayo de 2010 y el 1 de abril de 2011.

Finalmente se obtuvo la participación efectiva de 4887 psiquiatras de las asociaciones psiquiátricas nacionales de los 44 países mencionados de todas las regiones del mundo en torno a su empleo de los sistemas de clasificación diagnóstica en el ejercicio clínico y las características idóneas de una clasificación de los trastornos mentales.

Los participantes de América del Sur, América Central y América del Norte sumaron 514, entre los cuales los miembros de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) aportaron el mayor contingente con 173 respondientes de la encuesta por Argentina.

La OMS utilizará los resultados para mejorar la utilidad clínica de la clasificación CIE de los trastornos mentales a través del proceso de actualización de la CIE-10 que actualmente se está realizando para confeccionar la CIE-11.

Las conclusiones que se desprendieron de la encuesta fueron las siguientes: 1) que la futura clasificación facilitara la comunicación entre los clínicos; 2) que las categorías de diagnóstico incluidas en ella proporcionaran información útil para el tratamiento y la asistencia; 3) una abrumadora mayoría de los encuestados mostró una franca preferencia por un sistema de clasificación más sencillo que incluyera solo 100 o menos categorías; 4) más de 2/3 prefirieron una guía flexible antes que un enfoque basado en criterios; 5) hubo opiniones diversas en cómo incorporar la gravedad y el estado funcional: la mayor parte solicitó un sistema que incorpore un componente dimensional y 6) una significativa cantidad de latinoamericanos y asiáticos informaron sobre problemas en la aplicabilidad intercultural de las clasificaciones existentes.

En general, las valoraciones de la facilidad de uso y de la adecuación de la adaptación de las categorías específicas de la CIE-10 fueron relativamente altas, pero se informó que algunas categorías tenían una utilidad insatisfactoria en el ejercicio clínico. Esto representa un centro de interés importante para la actualización de la CIE al igual que garantizar que la clasificación CIE-11 de los trastornos mentales sea aceptable para los psiquiatras de todo el mundo (132).

XIV Miscelánea

Simultáneamente con los intentos de generar nosologías y nosografías locales, los psiquiatras argentinos utilizaron las categorías diagnósticas acuñadas en otros lugares, en especial las francesas y alemanas, hasta bien avanzado el siglo XX, y, a partir de las dos últimas décadas del mismo, y hasta la actualidad, comenzaron a emplear las norteamericanas de la serie de los DSM (111, 112, 113) y la internacional de la OMS (CIE 10) (114).

³⁹ Por una razón de espacio y pertinencia no se hará aquí el inventario de todos los textos, monografías y artículos que formaron el thesaurus de lecturas de los psiquiatras argentinos, lo cual sería, además, una tarea innecesaria a los fines de este trabajo, sino, simplemente el inventario de los textos integrales y manuales más leídos y que tuvieron mayor influencia en la elección de nociones nosológicas. Es por ello que el lector no encontrará aquí referencias a obras fundamentales de los autores clásicos del siglo XIX, así como tampoco a las de Jaspers, Schneider, Bleuler, Freud, Abraham, y tantos otros, que obviamente también formaron parte de las lecturas de los especialistas argentinos. La selección realizada surge de los testimonios de especialistas consultados, de las citas más frecuentes en artículos de revistas locales de psiquiatría y de la bibliografía recomendada en carreras de especialistas universitarios y residencias de psiquiatría.

Ya en las tesis presentadas a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y en artículos de revistas de psiquiatría se observa, desde fines del siglo XIX, una bibliografía variada de autores europeos, preferentemente franceses, españoles, e italianos. Entre los principales textos de psiquiatría más utilizados como marco referencial por los argentinos desde principios del siglo XX se pueden mencionar en un orden cronológico los Tomos VII (Psiquiatría I) y VIII (Psiquiatría II) del *Tratado de patología médica y de terapéutica aplicada*, de Émile Sergeant, Louis Ribadeau-Dumas y León Babonneix editado entre 1920 y 1925 en castellano, y en el que presentaban sendos capítulos los principales psiquiatras franceses de la época (30). En el mismo periodo se acudió mucho a la lectura del *Manual de psiquiatría* de Joseph Rogues de Fursac, editado en 1921 en Valencia, España (31) y, contemporáneamente, tuvo influencia la *Psychiatrie du médecin praticien* de Maurice Dide y Paul Guiraud de 1922, en su original (32). Téngase en cuenta que estos como muchos otros autores de la época eran leídos en francés, idioma que junto al italiano, dominaban los especialistas argentinos. No ocurría lo mismo con el idioma alemán para cuyos autores era preciso aguardar las traducciones que se hacían en España, como la *Psiquiatría* de Johannes Lange y August Bostroem, de 1941 (133), y el *Nuevo tratado de enfermedades mentales* de Oswald Bumke, editado en Barcelona en 1946 (134) que tuvieron una audiencia y una influencia considerables en nuestro país.

Después de la II Guerra Mundial, cobraron influencia textos de autores angloparlantes. Los primeros fueron la *Psiquiatría clínica* de Willy Mayer Gross, Eliot Slater y Martin Roth, desde su primera edición en castellano de 1958 (135) y el *American Handbook of Psychiatry* del psicoanalista y profesor de psiquiatría del New York Medical College, Silvano Arieti, publicado en 1959 (136). Luego ocupó el centro de la escena el *Tratado de psiquiatría*, en dos tomos, de Harold I. Kaplan y Benjamín J. Saddok (editado posteriormente junto a Alfred M. Freedman), cuya primera edición en castellano realizada en Barcelona data de 1982 (137) y que se acompañó a partir de los años '90 por un texto más sintético, *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*, de los mismos autores, Kaplan y Sadock, a los que se agregó como co-autor Jack A. Grebb en la versión aparecida en 2004 (138).

Desde los años '60 ganó una gran audiencia el *Tratado de psiquiatría* de Henri Ey, Paul Bernard y Charles Brisset, cuya primera edición en castellano data de 1965 (139). El texto del creador del organodinamismo tuvo varias ediciones y reimpresiones y es leído aún en la actualidad por los psiquiatras en formación.

Los autores españoles, aunque gozando de una menor preferencia, estuvieron presentes en la biblioteca de los psiquiatras argentinos. En efecto, desde el *Tratado teórico-práctico de frenopatología o estudio de las enfermedades mentales* de Juan Giné y Partagas, editado en 1876 (140), pasando por el *Tratado de psiquiatría* de Antonio Vallejo Nájera, de 1944 (141), y los escritos de Juan José López Ibor, hasta la más reciente edición de 2015 de la *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, de Julio

Vallejo Ruiloba (142), los españoles fueron leídos y estudiados en la Argentina.

Finalmente, entre los textos locales más utilizados se encuentran el *Manual de Psiquiatría* de Juan C. Betta (60) y en los últimos años la *Introducción a la psiquiatría* compilada por Manuel Suárez Richards que presentó su tercera edición en 2006 (143).

Discusión y conclusiones

La psiquiatría argentina, al igual que todas las manifestaciones culturales de un país periférico, se caracterizó por la importación de ideas de las metrópolis occidentales que se tejieron con la producción local. Las escuelas europeas francesa y alemana, primero, y la norteamericana, después de la Segunda Guerra Mundial, tuvieron una influencia preponderante en ese proceso.

Hacia fines del siglo XIX, coincidentemente con el surgimiento de la especialidad en la Argentina, los alienistas de Buenos Aires estuvieron en contacto directo con sus pares europeos y participaron de los primeros intentos de elaborar una nosología psiquiátrica internacional, que en la época no se concretó.

Durante el siglo XX los criterios nosológicos y nosográficos de los autores europeos de la escuela francesa, principalmente, así como los de la escuela alemana, llegaron al Río de la Plata.

Simultáneamente, el pensamiento de algunos de los nosólogos argentinos trascendió las fronteras del país y fue adoptado en la región sudamericana, como ocurrió con la clasificación propuesta por José T. Borda. Con la misma ambición se generaron otras propuestas, como la de Gonzalo Bosch y Lanfranco Ciampi, aunque solo tuvieron una cierta influencia restringida a la Argentina. Un hito particular, que tampoco se impuso por mucho tiempo, pero dejó una impronta original por su perfil sanitario, fue la clasificación de las enfermedades mentales formulada por el primer ministro de Salud Pública del país, Ramón Carillo.

En otros casos, no se trató de clasificaciones generales sino de la descripción de ciertos cuadros que si bien constituyeron descripciones originales no se difundieron a otras latitudes, y quedaron circunscriptas al ámbito local, tal como la categoría oligotimia creada por Enrique Pichon-Rivière anticipando la caracterización del autismo infantil precoz realizada por Leo Kanner. Otro tanto podía decirse de las propuestas sobre la salud mental infantil de Carolina Tobar García y los tipos de personalidad descriptos David Liberman.

A excepción de J. T. Borda que presentó una clasificación de corte etiopatogénico todos los demás autores argentinos -Ameghino, Bosch y Ciampi, Krafp, Malfatti, Salvati y Pabstleben, Radecki y Arditti Rocha, Ciafardo y Betta- propusieron sendas nosologías de tipo sindrómico.

A pesar de su mayor o menor consistencia interna, tan discutible como la de cualquier otra nosografía psiquiátrica, cualquiera fuera su origen, las contribuciones argentinas no fueron adoptadas por los mismos profesionales del país en su práctica cotidiana ni incluidas por las autorida-

des sanitarias en las regulaciones ministeriales pertinentes, a excepción de la Resolución ministerial de Carrillo que, a pesar de su posible utilidad, fue derogada por las nuevas autoridades sanitarias nombradas por el gobierno de facto surgido del golpe de Estado de 1955 que derrocó al presidente constitucional Juan Domingo Perón.

Quizás una explicación posible de ese desapego por el pensamiento local y la adhesión mucho más regular a las nociones importadas de las metrópolis pueda encontrarse en las condiciones de una formación intelectual de país periférico y dependiente, como así también de los enfrentamientos políticos de grupos de intelectuales y las interrupciones por golpes de Estado de la continuidad institucional del país que se sucedieron entre 1930 y 1983. Lo cierto es que, a excepción de trazas en los diagnósticos registrados en las historias clínicas durante ciertos periodos en los que los autores de las nosografías argentinas ocuparon lugares de conducción institucional –como se verificó durante el periodo en que Bosch fue director del Hospicio de las Mercedes o Carrillo Ministro de Salud Pública– no se generó una adhesión sostenida de los especialistas locales a la tradición de los criterios fijados por los nosólogos argentinos de la psiquiatría. Sus aportes quedaron en el olvido y, prácticamente, no dejaron influencia posterior.

En las últimas décadas, especialmente a partir de los años '90 del siglo pasado, la mayor parte de los psiquiatras argentinos adoptaron las clasificaciones internacionales en boga (principalmente la de la serie de los DSM y muy secundariamente la de la CIE 10), mientras que un núcleo de ellos tuvo participación en la elaboración de una original propuesta regional: la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR 2012); aunque ésta última a demostrado una escasa penetración en el ámbito local al igual que en el resto de la región.

Agradecimientos

El autor agradece al Dr. Fernando Fabris y a la Profesora Lía Ricón la atenta lectura y los aportes bibliográficos en relación a los pasajes de este artículo relativos a la obra de Enrique Pichon-Rivière y David Liberman, respectivamente.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al contenido de este artículo. ■

Referencias bibliográficas

1. Stagnaro JC (2012) "Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas". En *Epistemología y Psiquiatría. Relaciones Peligrosas*, Emilio Vaschetto (Compil.). Buenos Aires: Polemos.
2. Stagnaro JC (2012) "Las nosografías psiquiátricas: descripción, análisis crítico y modo de utilización". *Programa de Actualización en Psiquiatría (PROAPSI) / APSA*. Buenos Aires: Ed. Panamericana.
3. Stagnaro JC (2012) "Bases históricas y epistemológicas de las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas". Conferencia en la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. Inédito.
4. Solari BT. "El doctor Lucio Meléndez". *La Semana Médica*, Buenos Aires. 12 de diciembre de 1901.
5. Ingenieros J. *La locura en la Argentina*, Obras Completas, -Vol. 12, Ed. J. L. Rosso, Buenos Aires, 1937.
6. Ameghino A (1931) "Lucio Meléndez». *Rev. de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal*, Buenos Aires, setiembre-octubre.
7. Loudet O, Loudet OE (1971) *Historia de la Psiquiatría Argentina*. Buenos Aires: Ed. Troquel.
8. Guerrino A (1982) *La Psiquiatría Argentina*. Buenos Aires: Ed. Cuatro.
9. Stagnaro JC (2005) "Lucio Meléndez y el nacimiento de la psiquiatría como especialidad médica en la Argentina, 1870-1890". Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
10. Pérez AF (1886) "Consideraciones sobre un caso de epilepsia". Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
11. Ramallo N (1885) "Estudio sobre la parálisis general". Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
12. Ferreyra M (1886) "El delirio". Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
13. Stagnaro JC (1997) Lucio Meléndez y la primera matriz disciplinar de la Psiquiatría en Argentina. *Temas de historia de la Psiquiatría Argentina*. 1:3-15.
14. Cabred D. (1886) Comentario sobre el I Congrès de International de Phrénatrie de Amberes. *Rev. Médico-Quirúrgica*. XXIII.
15. Caponi S (2011) Para una estadística universal: un debate sobre la primera clasificación internacional de enfermedades mentales (1888-1889). *Frenia* XI: 67-88.
16. Caponi S (2012) Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889). *Dynamis* (32)1: 185-207.
17. Gache S (1879) *La locura en Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta N. Biedma.
18. Gache S (1881) *El estado mental de la sociedad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta de "La Nación".
19. Meléndez L, Coni ER (1879) Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires. *Revista Médico-Quirúrgica*, XVI.
20. Stagnaro JC (2012) *Grandes psiquiatras argentinos*. Bibliografía Científica Raffo. Buenos Aires: Polemos.
21. Meléndez L (1887) "Proyecto de Clasificación de las Enfermedades Mentales" (en colaboración con el Dr. Emilio R. Coni). *Rev. Médico-Quirúrgica*. XXIII. p. 292.
22. Voisin J (1883) *Leçons cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses*. 2ème éd. París: Lib. J. B. Baillière.
23. Chilotey JE (1882) "Contribución al estudio de la melancolía con estupor". Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

24. Vasallo M (1884) *"Delirio de las persecuciones"*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
25. Cortina B (1886) *"Contribución al estudio de la lipemania aguda"*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
26. Alzugaray V (1886) *"Breve estudio sobre la locura seudoparalítica"*. Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.
27. Bercherie P (1980) *Les fondements de la clinique*. París: Navarin [Versión castellana: *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial, 1986].
28. Lantéri-Laura G (1998) *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. París: Du Temps [Versión castellana: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastella, 2000].
29. Morel BA (1857) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles, et morales de l'espèce humaine: et des causes qui produisent ces variétés malades*. París: Baillière.
30. Sergent E, Ribadeau-Dumas L, Babonneix L (1920-1925) *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Vol. VII (Psychiatrie I) y VIII (Psychiatrie II). París: Maloine [Versión castellana de la Quinta edición francesa: *Tratado de patología médica y de terapéutica aplicada*, Tomo VII (Psiquiatría I) y VIII (Psiquiatría II). Barcelona: Pubul, 1924].
31. Rogues de Fursac J (1921) *Manuel de Psychiatrie*, 8^{ème} édition. París: Félix Alcan [Versión castellana: *Manual de psiquiatría*, Valencia: Pubul, 1921].
32. Dide M, Guiraud P (1922) *Psychiatrie du médecin praticien*. París: Masson.
33. Actas del II Congreso Nacional de Medicina. Subsección de Neurología y Psiquiatría. Buenos Aires, 1922.
34. Malfatti MG, Salvati AT (1926) *Psiquiatría*, 1era. edición; 2da. edición 1929; 3era. edición 1931. Buenos Aires: El Ateneo.
35. Malfatti MG, Salvati AT, Pabstleben CE. (1936) *Psiquiatría*, 4ta. edición 1936, 5ta. edición 1940, 6ta edición 1943. Buenos Aires: El Ateneo.
36. Bosch G, Ciampi L (1930) Clasificación de las enfermedades mentales. *Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*. Abril-Junio, N° 5: 111-121.
37. Actas de la primera Conferencia Latinoamericana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal (1928). Buenos Aires, 14-17 noviembre. Impr. de la Universidad, 1929. Biblioteca del Congreso de la Nación: Ubicación: 54022.
38. Chaslin P (1914) La "psychiatrie" est-elle une langue bien faite? *Revue Neurologique* XXVII, 16 – 23
39. Haustgen T (2016) Les langues de la psychiatrie, de Pinel au DSM. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, 4; 14 : 45-57.
40. Bosch G (1930) *Algunas consideraciones de orden psiquiátrico*. Comunicación leída en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Buenos Aires, Sesión del 7 de Noviembre de 1930. *Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario*. Julio-Agosto-Setiembre, N° 6: 181-187.
41. Pende N (1927/28) *Trattato Sintetico Di Patologia E Clinica Medica* (3 Vol.). Messina: Manfredi Principato.
42. Klappenbach H, Piñeda A, Galanzini E (1997) Javier Brandom y los orígenes del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*, 43(4):337-50.
43. Prado da Fonseca LE, Rocha HL, Arruda A (2016). Yes, nós temos Wundt: Radecki e a história da psicologia no Brasil. *Tesis Psicológica*, 11(1), 18-35.
44. Cambiaggio D (1977) Vida y obra de Waclaw Radecki (1887-1953). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9; 2: 343-346.
45. Radecki W (1933). *Tratado de Psicología*. Buenos Aires: Jacobo Peuser.
46. Centofanti, R. (2003). O discriminacionismoafetivo de Radecki. *Memorandum*, 5, 94-104.
47. Jacó-Vilela AM, Centofanti R. (2012) Waclaw Radecki y Emilio Mira en la psicología de los trópicos. *Temas de historia de la psiquiatría argentina*, XV; 32: 50-56.
48. Radecki W, Arditi Rocha R (1937) *Manual de psiquiatría*. Buenos Aires: Peuser.
49. Carrillo R. ([1949]1974) "Bases para una clasificación de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Capítulo III, Buenos Aires: EUDEBA.
50. Carrillo R. ([1950] 1974) "Desarrollo de la Clasificación sanitaria de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Capítulo V. Buenos Aires: EUDEBA.
51. Carrillo R ([1949] 1974) "El problema de la asistencia de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Cap. IV. Buenos Aires: Eudeba.
52. Carrillo, R ([1949] 1974) "Situación jurídica de los enfermos mentales". En *Obras Completas*, Tomo V, Cap. II. Buenos Aires: Eudeba.
53. Ciaffardo R (1958) *Psiquiatría*. Buenos Aires: Vallardi.
54. Rojas N (1932) *Medicina legal*. Buenos Aires: El Ateneo
55. Dupré E (1904) "Définition médico-legale de l'aliéné". Leçon d'ouverture du cours de psychiatrie médico-légale. Institut de médecine légale et psychiatrie. París: Gainche, 1904 ; Extrait du *Bulletin Médicale*, février 1904.
56. Caire M. *Histoire de la psychiatrie en France*. En línea: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/bio/dupre.htm>.
57. Carofilo A (2001) Enrique Eduardo Krapf. Un psiquiatra alemán en la Argentina *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*. 11: 4-14.
58. Klappenbach H (2004) Eduardo Krapf (1901-1963): Primer Presidente de La Sociedad Interamericana de Psicología. *Revista Interamericana de Psicología*, Vol. 38, Num. 2 pp. 361-368.
59. Krapf EE (1959) *Psiquiatría*, Tomo I; Buenos Aires: Paidós.
60. Betta JC (1972) *Manual de psiquiatría*, 5ta. Edición. Buenos Aires: Editorial Albatros, pp. 267-273.
61. Codet H, Laforgue R (1925), Les arriérations affectives: la schizonoïa. *L'Évolution psychiatrique* 1: 102-126.
62. Pichon E (1928) Position du problème de l'adaptation réciproque entre la société et les psychismes exceptionnels. *Revue Française de Psychanalyse* 2 (1): 135-170.
63. Corniglio F (2016) Acerca de algunas incidencias del psicoanálisis francés en la producción del joven Lacan (1932-1938). *Revista Culturas Psi/Psy Cultures*, marzo 2016, N° 6: 138-157.
64. Pichon-Rivière E, Aberasturi A (1940) "Oligotimia y endocrinopatía", en *Actas y Trabajos del Segundo Congreso Panamericano de Endocrinología*, Tomo II.
65. Pichon-Rivière E (1946) Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis. *Index de Neurología y Psiquiatría*, vol. 6, n 1.
66. Pichon-Rivière E (1971) *La psiquiatría, una nueva problemática Del psicoanálisis a la psicología social (II)*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
67. Fabris F (2007) *Pichon-Rivière, un viajero del mil mundos*. Buenos Aires: Polemos, p. 125.

68. Babinski JF (1900) Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt du développement des organes génitaux. *Revue neurologique*, 8: 531-535.
69. Fröhlich A (1901) Ein Fall von Tumor de Hypophysis cerebriohne Akromegalie. *Wiener klinische Rundschau*, 15:833-836; 906-908.
70. Fulton JF (1946) *Biography of Harvey Cushing*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, citado en Zárate A, Saucedo R (2007). La distrofia adiposogenital o síndrome de Frohlich y el inicio del concepto de neuroendocrinología. *Gac Med Mex* 143 (4): 349-50.
71. Launois P-E, Cléret M (1910) Le syndrome hypophysaire adipo-génital. *Gazette des hôpitaux*, 83: 57-64, 83-86.
72. Pichon-Rivière E ([1939-1948] 1983) "Introducción a la psiquiatría infantil" Sobre apuntes de cursos dictados en el Hospicio de las Mercedes entre los años 1939-1948. Reproducido en Pichon-Rivière E (1971) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II)*. Buenos Aires: Editorial Galerna, p. 312-329.
73. Pichon-Rivière E, Racovsky A, Salzman J (1940) Elementos constitutivos del síndrome adiposo genital prepuberal en el varón. *Archivos argentinos de pediatría*, XI; 4, Tomo XIV.
74. Zito Lema V (1985) *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
75. Pichon-Rivière E (1968) Clase Nº 7 dictada para alumnos del 1er. Año de la Primera Escuela Privada de Psicología Social.
76. Griesinger W (1845) *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheit*. Leipzig. (Versión castellana: Patología y Terapéutica de las Enfermedades Mentales / 2 Tomos. Buenos Aires: Polemos, 1997).
77. Berrios GE, Beer D (1994) The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*; 5; 13-36 / DOI: 10.1177/0957154X9400501702
78. Macchioli FA (2010) Enrique Pichon-Rivière: la teoría de la enfermedad única a través de algunos de sus recorridos nosográficos. *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales* (en línea: www.area3.org.es Nº 14).
79. Macchioli F, Chayo J (2008). La epilepsia como patología del ritmo. Su incidencia en la Teoría de la Enfermedad Única de Pichon-Rivière. En Trimboli A; Fantin JC; Raggi S; Fridman P; Grande E, Beltrán G. (Eds.), *Modernidad, tecnología y síntomas contemporáneos*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental, pp. 399-401.
80. Pichon-Rivière E (1946 [1983]) Contribución a la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, IV;1 (reproducido en Pichon-Rivière E (1983) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social*, Tomo II. Buenos Aires: Nueva Visión
81. Pichon-Rivière E (1947 [1983]) Psicoanálisis de la esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, V; 2 (Reproducido en Pichon-Rivière E (1983) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social*, Tomo II. Buenos Aires: Nueva Visión).
82. Pichon-Rivière, E ([1967] 1983) Una nueva problemática para la psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 13, (Reproducida en *La psiquiatría, una nueva problemática. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Tomo II, Buenos Aires: Nueva Visión).
83. Pichon-Rivière E (1985). *Teoría del vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
84. Pichon-Rivière E. (1970). *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, Tomo I, Buenos Aires: Editorial Galerna. Especialmente: [1946] "Exposición sucinta de la teoría especial de las neurosis y psicosis".
85. Macchioli F, Chayo J (2007). Cuatro principios fundamentales en la construcción de la Teoría de la Enfermedad Única de Enrique Pichon-Rivière. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación, Facultad de Psicología, UBA, ISSN 1669-5097*, 338-340.
86. Pichon-Rivière E (1962) "Prólogo al libro de David Liberman, 'La comunicación en terapéutica psicoanalítica'", reproducido en Pichon-Rivière E (1971) *La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II)*. Buenos Aires: Editorial Galerna, pp. 391-395.
87. Liberman D (1962) *La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica*. Buenos Aires: EUDEBA.
88. Ruesch J (1957) Principles of human communication. *Dialectica*, 11;1-2: 154-166.
89. Freud S (1905) *Tres ensayos sobre teoría sexual*. Vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu.
90. Freud S (1933 [1932]) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. Obras completas, Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
91. Abraham K (2006 [1924]) Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales, en *Obras escogidas*. Barcelona: Ediciones Hormé.
92. Klein M (1947) *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Obras completas. Buenos Aires: Paidós.
93. Klein M (1957). *Envidia y gratitud*. Obras Completas. Buenos Aires: Paidós.
94. Morris Ch (1994 [1934]) *Fundamentos de la teoría de los signos*. Barcelona, México, Buenos Aires: Planeta Agostini.
95. Chomsky N (1970 [1965]) *Aspectos de la teoría de la sintaxis*. Madrid: Aguilar
96. Jakobson R (1960) "Closing Statements: Linguistics and Poetics." en Sebeok TA, *Style In Language*, Massachusetts: MIT Press, Cambridge.
97. Liberman D (1970) *Lingüística, Interacción comunicativa y Proceso Psicoanalítico*. 3 tomos, Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión.
98. Liberman D (1975) Cambios en la teoría y en la práctica psicoanalítica. Congreso Internacional de Psicoanálisis, Londres. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Argentina*. A.P.A. T. XXXIII, Nº4.
99. Liberman D (1976) *Comunicación y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex Editor.
100. Arbiser S (2008) El legado de David Liberman. *Psicoanálisis* XXX; 1: 149-174.
101. Ricón L (1995) *Problemas del campo de la Salud Mental*. Buenos Aires: Paidós.
102. Castillo C (2008). "Fichas e historias clínicas en el campo de la infancia en la Argentina". *Actas del IX Encuentro Argentino de Historia de la Psiquiatría, la Psicología, y el Psicoanálisis*.
103. Tobar García, C (1945) *Higiene mental del escolar*. Buenos Aires: El Ateneo.
104. Castillo C (2010) Diagnósticos y clasificación de los niños en edad escolar a partir de las fichas elaboradas por Carolina Tobar García. *Revista de Historia de la Psicología en Argentina* Nº 3. (En línea: <http://docplayer.es/13799138-Revista-de-historia-de-la-psicologia-en-argentina.html>).
105. Stagnaro JC (2011) "Carolina Tobar García. Psiquiatría infantil, pedagogía, criminología y prevención" en *Historia de*

- la niñez en la Argentina, Sánchez M (Compil.). Buenos Aires: Dunken, pp. 279-292.
106. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión revisada (GLADP-VR) (2012) Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina.
 107. Stengel E. (1959) Classification of Mental Disorders *Bull WHO* 1959; 21: 601-663.
 108. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Muñoz R (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26: 57-63.
 109. Endicott J & Spitzer RL (1978) A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35: 837-844.
 110. Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978) Research Diagnostic Criteria. Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35:773-783.
 111. American Psychiatric Association (APA) (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*. Washington DC: APA.
 112. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., (DSM-IV)*. Washington, DC: APA.
 113. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Arlington, Virginia: APA Press.
 114. World Health Organization (1997) *Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
 115. Leme Lopes J (1954) *As Dimensões do Diagnostico Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Agir.
 116. Fabregas H (1996) Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis: En Culture and Psychiatric Diagnosis. Mezzich J. et al Editor. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
 117. Horwitz J, Marconi J. El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1966; 60: 300-309.
 118. Ramírez E. Sistema octagonal de diagnóstico psiquiátrico. Dirección de Salud Mental de Puerto Rico, 1989.
 119. Acosta Nodal C, Mignagaray R, Duarte Castañeda F, Noriega G, Magriñat JM (1975) *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-1)*. Ira. ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana.
 120. Acosta Nodal C, Mignagaray R, Nogueira G, Duarte FD, Magriñat JM (1986) *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. (GC-2)2da. ed.* La Habana: Editorial Científico Técnica.
 121. Otero Ojeda AA, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L, Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C (2000) *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC 3)*. 3era ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana.
 122. Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (2004). Guadalajara: APAL.
 123. Laín Entralgo P (1982) *El Diagnóstico Médico*. Barcelona: Salvat.
 124. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE, Wallcraft J, & Botbol M (2010) Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55: 701-708.
 125. Salloum IM, Mezzich JE (2011) Conceptual appraisal of the Person-centered Integrative Diagnosis Model. *International Journal of Person Centered Medicine*, 1: 39-42.
 126. World Health Organization (1946) Constitution of the World Health Organization. Geneva: OMS.
 127. Mezzich JE (2005) Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology* 39:177-179.
 128. Mezzich JE (2012) Towards a Health Experience Formulation for Person-centered Integrative Diagnosis. *International Journal of Person Centered Medicine*, 2: 188-192.
 129. Saavedra JE, Noguchi H, Otero A, Brítez Cantero J, Elvia Velásquez E (2015) La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico -Versión Revisada- (GLADP - VR) y el Diagnóstico Centrado en la Persona. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 15; 1: 7-18.
 130. Saavedra JE, Mezzich JE, Otero A, Salloum IM. The revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an initial survey on its utility and prospects *The International Journal of Person Centered Medicine* 2012; 2(2): 214-221).
 131. Stagnaro JC, Klubok E, Huanambal D, Rubinetti H (2011) Primera investigación epidemiológica multicéntrica utilizando la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) en la Argentina. *Vertex, Rev Arg de Psiquiat.* XXII, 99: 325-336.
 132. Reed GM, João Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M (2011) Encuesta mundial de WPA-WHO sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales. *World Psychiatry*; 10:118-131).
 133. Lange J (1941) *Psychiatrie* (4ta. Edición revisada por August Bostroem). Leipzig: [Versión castellana: *Psiquiatría*. Madrid-Barcelona: Editorial "Miguel Servet", 1942].
 134. Bumke O (1942) *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*. 5ta. edición [Versión castellana: *Nuevo tratado de enfermedades mentales*. Barcelona: F. Seix, 1946].
 135. Mayer Gross W, Slater E, Roth M (1958) *Psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Paidós.
 136. Arieti S (1959) *American Handbook of Psychiatry*. Vol. I, II y III. New York: Basic Books.
 137. Kaplan HI, Sadok BJ (1982) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson/Salvat.
 138. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (2004) Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Séptima edición. Buenos Aires: Panamericana.
 139. Ey H (1965) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Masson.
 140. Giné y Partagas J (1876) *Tratado teórico-práctico de frenopatología o estudio de las enfermedades mentales*. Madrid: Moya y Plaza.
 141. Vallejo Nájera A (1944) *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Salvat.
 142. Vallejo Ruiloba J (2015) *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, 8ª edición. Barcelona: Masson.
 143. Suárez Richards M (2006) *Introducción a la psiquiatría*. 3era edición. Buenos Aires: Polemos.
 144. Lévy-Valensi J (1926) *Précis de psychiatrie*. 1^{ère} édition; 2^{ème} édition, 1939; 3^{ème} édition (posthume), 1948. París: J.-B. Baillière et fils.
 145. Andía ED (1944) *Clínica psiquiátrica*. Buenos Aires: Aniceto López.