

DEPARTAMENTO DE HISTORIA DE LA CIENCIA Y
DOCUMENTACIÓN

EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA EN LOS AUTORES
ESPAÑOLES A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES
PSIQUIÁTRICAS ESPAÑOLAS (1939 - 1975)

FERNANDO DUALDE BELTRÁN

UNIVERSITAT DE VALENCIA
Servei de Publicacions
2004

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 19 de Juliol de 2004 davant un tribunal format per:

- D. José Luis Peset Reig
- D. José Luis Barona Vilar
- D^a. Carmen Leal Cercos
- D. Rafael Huertas García - Alejo
- D. José Martínez Pérez

Va ser dirigida per:


D. Vicente Luis Salavert Fabiani

©Copyright: Servei de Publicacions
Fernando Dualde Beltrán

Depòsit legal:

I.S.B.N.:84-370-6009-5

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Artes Gráficas, 13 bajo
46010 València
Spain
Telèfon: 963864115

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE HISTORIA DE LA CIENCIA Y DOCUMENTACIÓN



**EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA EN LOS AUTORES ESPAÑOLES
A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES PSIQUIÁTRICAS ESPAÑOLAS
(1939-1975)**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

FERNANDO DUALDE BELTRÁN


DIRIGIDA POR LOS DOCTORES

ENRIQUE JORDÁ MOSCARDÓ

ANTONIO MANUEL REY GONZÁLEZ

VICENTE LUIS SALAVERT FABIANI

VALENCIA, 2004

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE HISTORIA DE LA CIENCIA Y DOCUMENTACIÓN



**EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA EN LOS AUTORES ESPAÑOLES
A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES PSIQUIÁTRICAS ESPAÑOLAS**

(1939-1975)

Memoria para aspirar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía
que presenta el Licenciado FERNANDO DUALDE BELTRÁN, dirigida por
los Doctores ENRIQUE JORDÁ MOSCARDÓ, ANTONIO MANUEL REY GONZÁLEZ
y VICENTE LUIS SALAVERT FABIANI

VALENCIA, 2004

ENRIQUE JORDÁ MOSCARDÓ, ANTONIO MANUEL REY GONZÁLEZ, DOCTORES EN MEDICINA Y CIRUGÍA POR LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA, Y VICENTE LUIS SALAVERT FABIANI, DOCTOR EN GEOGRAFÍA E HISTORIA POR LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

CERTIFICAMOS: Que Don FERNANDO DUALDE BELTRÁN ha trabajado bajo nuestra dirección en este Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia, habiendo obtenido y estudiado personalmente el material de su tesis doctoral en Medicina y Cirugía titulada EL CONCEPTO DE ESQUIZOFRENIA EN LOS AUTORES ESPAÑOLES A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES PSIQUIÁTRICAS ESPAÑOLAS (1939-1975).

Dicho estudio ha sido terminado en el día de la fecha, con todo aprovechamiento, habiendo revisado los que suscriben la presente tesis doctoral y estando conforme con su presentación para ser juzgada.

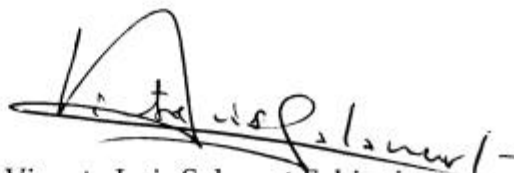
Valencia, 1 de abril de 2004.



Fdo: Enrique Jordá Moscardó



Fdo: Antonio Manuel Rey González



Fdo: Vicente Luis Salavert Fabiani

A Mayte y Hugo.

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis doctoral no hubiera sido posible sin la ayuda recibida por parte de varias personas e instituciones, a quienes quisiera reconocer con estas palabras su valiosa colaboración.

En primer lugar, manifestar mi agradecimiento, a los doctores Vicente Luis Salavert Fabiani, Antonio Rey González, Enrique Jordá Moscardó y Javier Plumed Domingo quienes, además de su apoyo incondicional y su amplio conocimiento de la materia, me han ofrecido su más sincera amistad.

De obligada referencia es el Profesor José María López Piñero, con quien tuve la ocasión de iniciarme en la historia de la medicina y a quien debo las fructíferas sugerencias que llevaron a la elección del tema de esta tesis doctoral.

En un trabajo de estas características, que implica la recuperación de un cantidad importante de documentos, ha resultado muy valiosa la labor desempeñada por el personal de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina, con una mención especial para Mar Bahilo Ros, así como para su antigua directora, Marisa Villora Reyero. No menos importante ha sido la ayuda proporcionada por Marga Cebrián Carot y Cari Martín Martín, del Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación *López Piñero*. Por su parte, Emilio Gómez Zanón ha colaborado de forma desinteresada en la obtención de las fuentes que componen este trabajo.

Al doctor Diego Dualde Beltrán, cuyo apoyo incondicional ha sido inestimable para disponer del tiempo necesario para este trabajo.

Unas breves líneas como estas apenas sirven para testimoniar la infinita gratitud hacia Diego y Delfina, mis padres, a quienes debo buena parte de lo que soy hoy día.

Y, por último, agradecer a Mayte, mi esposa, y a nuestro hijo Hugo la paciencia y comprensión por las horas robadas a la convivencia para dedicarlas al trabajo que hoy presento.

SUMARIO

1. Introducción	1
2. Material y métodos	5
2.1 Material	9
2.1.1 Fuentes: Revistas	9
2.1.2 Fuentes: Libros, folletos y capítulos de libro	12
2.2 Métodos	14
2.2.1 Criterios para la selección de fuentes	14
2.2.2 Modelos estadísticos y bibliométricos aplicados al estudio de la muestra ..	18
3. Revisión historiográfica de la psiquiatría española durante el franquismo	25
3.1 Antecedentes: la Segunda República (1931-1936)	28
3.2 Características generales de la época franquista (1939-1975)	35
3.2.1 Periodización	52
3.2.2 Periodo de ajuste (1939-1945)	57
3.2.3 Periodo de institucionalización (1946-1960)	66
3.2.4 Periodo de desarrollo controlado (1961-1969)	74
3.2.5 Periodo de crisis (1970-1975)	80
3.2.6 Legislación	86
3.2.7 Asistencia	92
3.3 Corolario	105
4. Consideraciones históricas acerca del concepto de esquizofrenia	113
4.1 Las posibles descripciones	114
4.2 <i>Démence précoce</i> o <i>Dementia præcox</i>	120
4.3 De <i>dementia præcox</i> a esquizofrenia: la lasitud de las asociaciones	128
4.4 La clasificación bleuleriana de los síntomas	135
4.5 La teoría psicoanalítica	143
4.6 La depuración del diagnóstico: Langfeldt, Schneider y los criterios operacionales	152
4.7 Otras teorías sobre la esquizofrenia	159
4.8 La hipótesis de la <i>receny</i>	169

5. Aproximación estadística a los trabajos españoles	
sobre esquizofrenia (1939-1975)	185
5.1 Resultados	186
5.2 Discusión y conclusiones	196
5.3. Notas biográficas	200
6. El concepto de esquizofrenia en los autores españoles (1939-1975)	217
6.1 Teoría psiquiátrica	220
6.1.1 El <i>estado de la cuestión</i> antes de la guerra civil	226
6.1.2 El panorama de posguerra	228
6.1.3 La escuela de Frankfurt: Wermicke, Kleist y Leonhard	246
6.1.4 La escuela de Heidelberg	252
6.1.5 El <i>Symposium sobre Esquizofrenia</i> (1955)	254
6.1.6 El análisis existencial	261
6.1.7 Teorías bioquímicas de la esquizofrenia	269
6.1.8 El retorno del psicoanálisis	271
6.1.9 Las tesis sociológicas y la antipsiquiatría	279
6.1.10 Otras teorías	283
6.1.11 La psiquiatría <i>oficiosa</i>	285
6.2 Clínica y diagnóstico	291
6.2.1 La clínica de la esquizofrenia y los síntomas fundamentales	292
6.2.2 Formas clínicas	308
6.2.2.1 Esquizofrenias infantiles	308
6.2.2.2 Esquizofrenias seudoneuróticas o <i>mitis</i>	311
6.2.2.3 Las formas finales de la esquizofrenia	315
6.2.3 Diagnóstico diferencial	337
6.2.4 Exploraciones complementarias	341
6.3 Terapéutica	345
6.3.1 Panorama general de la terapéutica de la esquizofrenia	350
6.3.2 Terapias previas al desarrollo de los neurolépticos	390
6.3.2.1 Piretoterapia	392
6.3.2.2 Choque químico por cardiazol (Meduna) y otras sustancias	394
6.3.2.3 Coma insulínico o cura de Sakel	401

6.3.2.4	Terapia electroconvulsiva (TEC) o electrochoque	406
6.3.2.5	Terapias combinadas	413
6.3.2.6	Terapias diacéfalorraquídeas y bombeo espinal	416
6.3.2.7	Terapia psiquiátrica ortomolecular	417
6.3.2.8	Narcosis permanente de Kläsi y narcoanálisis	418
6.3.3	Psicocirugía	420
6.3.4	Psicofarmacoterapia	436
6.3.5	Psicoterapia	465
6.3.5.1	Psicoterapia individual	470
6.3.5.2	Psicoterapia colectiva	486
6.4	Profilaxis	495
6.5	Aspectos médico-legales	504
6.6	Asistencia	515
7.	Conclusiones	525
8.	Bibliografía	529
8.1	Fuentes	530
8.1.1	Artículos de revista	530
8.1.1.1	Fuentes seleccionadas para el estudio estadístico	530
8.1.1.2	Otras fuentes	541
8.1.2	Libros, folletos y capítulos de libro	542
8.1.2.1	Esquizofrenia	542
8.1.2.2	Manuales y tratados de psiquiatría	544
8.1.2.3	Psicopatología, psicoanálisis y terapéutica psiquiátrica	546
8.2	Bibliografía secundaria	548
9.	Apéndice documental	567
9.1	Clasificación de las enfermedades mentales según Kraepelin	567
9.2	Tratamiento convulsivante por Cardiazol	571
9.3	Tratamiento por shocks insulínicos	577
9.4	Tratamiento electroconvulsivo (electrochoque)	582
9.5	Relación y características de interés de los estudios sobre psicofármacos	585
9.6	Decreto de 3 de julio de 1931 sobre asistencia a enfermos mentales	588

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I	Relación de revistas españolas de psiquiatría (1939-1975).....	10
Tabla IIa	Distribución por años de publicación y número de artículos publicados	186
Tabla IIb	Distribución por periodos de publicación y número de artículos.....	187
Tabla III	Distribución de autores por orden decreciente de artículos publicados....	187-8
Tabla IV	Distribución por número de artículos / autor (Ley de Lotka) de los artículos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975).....	189
Tabla v	Índices de productividad de los autores con mayor número de trabajos.....	189
Tabla VIa	Distribución de artículos por nivel de productividad de los autores	190
Tabla VIb	Distribución de autores por nivel de productividad de los artículos	190
Tabla VIc	Índice de Price.....	190
Tabla VII	Relación número de firmas/trabajo	190
Tabla VIII	Distribución por lugar de origen del autor y número decreciente de artículos publicados.....	191
Tabla IX	Distribución por tipos de institución y número decreciente de artículos publicados.....	192
Tabla x	Distribución por revistas y número decreciente de artículos publicados.....	193
Tabla XIa	Máxima división en Zonas de Bradford de los artículos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975).....	194
Tabla XIb	Distribución por Zonas de Bradford de los artículos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975).....	194
Tabla XII	Distribución por tema de los artículos y número de trabajos publicados	195

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I	Autores españoles significativos que escribieron sobre esquizofrenia en España (1939 – 1975)	201
Figura II	MARCO MERENCIANO (1942), <i>Esquizofrenias paranoides</i>	221
Figura III	VALLEJO NÁGERA (1944 - 1954), <i>Tratado de Psiquiatría</i>	221
Figura IV	SOLÉ SAGARRA Y LEONHARD (1953), <i>Manual de Psiquiatría</i>	221
Figura V	LÓPEZ IBOR (DIR) (1957), <i>Symposium sobre Esquizofrenia</i>	221
Figura VI	CABALEIRO GOÁS (1947), <i>Psicosis esquizofrénicas</i>	222
Figura VII	CABALEIRO GOÁS (1954), <i>Problemas actuales de las psicosis esquizofrénicas</i>	222
Figura VIII	CABALEIRO GOÁS (1959), <i>Esquizofrenias pseudoneuróticas</i>	222
Figura IX	CABALEIRO GOÁS (1961), <i>Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas</i>	222
Figura X	SARRÓ y O'SHANNAHAN (1950), <i>Las formas finales de la esquizofrenia</i>	317
Figura XI	VALLEJO NÁGERA (1940), <i>Tratamiento de las enfermedades mentales</i>	347
Figura XII	SARRÓ BURBANO (1940), <i>Tratamiento moderno de las esquizofrenias</i>	347
Figura XIII	HERNANDO (1958), <i>Psicofarmacología y Remedios atarácticos</i>	347
Figura XIV	LLAVERO y CONDE (1970), <i>Tratamientos médico-psiquiátricos</i>	347
Figura XV	VALENCIANO GAYÁ (1933), <i>Tratamiento de las esquizofrenias</i>	352
Figura XVI	VALLEJO NÁGERA (1940: 86 bis), <i>Equipo de enfermos que trabaja en libertad</i>	359
Figura XVII	VALLEJO NÁGERA (1940: 140 bis), <i>Balneación prolongada de un agitado</i>	359
Figura XVIII	LLAVERO y CONDE (1957, 1970), <i>Círculo bio-anímico de la personalidad</i> .	379
Figura XIX	SARRÓ (1940: 80 bis), <i>Convulsión cardiazólica y choque insulínico</i>	409
Figura XX	VALLEJO NÁGERA (1954: 709), <i>Recuperación del coma insulínico</i>	409
Figura XXI	MARCO MERENCIANO y RIUS VIVÓ (1940), <i>El electroshock en psiquiatría</i>	409
Figura XXII	PRIETO VIDAL (1941), <i>La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría</i>	409
Figura XXIII	PRIETO VIDAL (1941: 597-8), <i>Fases del ataque convulsivo tras electrochoque</i>	412
Figura XXIVa	OBRADOR (1947), <i>Las modernas intervenciones quirúrgicas en psiquiatría</i> .	429
Figura XXIVb	OBRADOR (1947: 29), <i>Caso n° 3: Lóbulo frontal extirpado</i>	429
Figura XXV	OBRADOR (1947: 71), <i>Caso n° 4: Antes y después de la leucotomía</i>	429
Figura XXVI	Vista general de Toén (Orense)	458
Figura XXVII	<i>Symposium sobre Tratamientos Neuropsiquiátricos Actuales</i> , Toén (Orense), Junio de 1961	458

1. Introducción

Los trabajos acerca de historia de la psiquiatría cuentan con una tradición de más de medio siglo en la Universidad de Valencia, en cuyos inicios hay que señalar la que fuera tesis doctoral de Vicente Peset Llorca, *Nuevos datos sobre la psiquiatría española del siglo XIX*, presentada en 1943 y publicada en forma resumida siete años más tarde¹. Este trabajo supuso el punto de partida de la actividad historicomédica de Peset, orientada durante casi 20 años a temas psiquiátricos.

Los estudios conceptuales también se remontan a tiempo atrás dentro del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, con la tesis doctoral de López Piñero (1960), un clásico aún no superado acerca de los *Orígenes históricos del concepto de neurosis*², al que más tarde se añadiría, en colaboración con el tristemente desaparecido José M^a Morales, *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*³.

La labor del Seminario de Historia de la Psiquiatría, creado en 1989 y precedido de la celebración, seis años antes, del *Seminario sobre Historia de la Psiquiatría Española*⁴, consolidó la ambiciosa tarea de la reconstrucción del panorama de la psiquiatría española en sus más diversos aspectos desde su aparición en el siglo XIX hasta la actualidad, en la que muchos de sus miembros estaban trabajando desde tiempo atrás. Así, los trabajos de Espinosa (1966) sobre *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*; Balaguer Perigüell (1969) en torno a *Las ideas psi-*

¹ PESET (1943, 1950a, b).

² LÓPEZ PIÑERO (1960, 1963b, 1985).

³ LÓPEZ PIÑERO y MORALES MESEGUER (1970).

⁴ Organizado por la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Valencia, en 1983, sus actas no llegaron a publicarse, aunque disponemos de los originales mecanografiados de algunos de los trabajos que se presentaron.

quiátricas en la Valencia del siglo XIX; Marset (1971) con *El punto de partida en la obra psiquiátrica de Pinel*; Calvé (1971) a cerca del *Manicomio de Valencia en la primera mitad del siglo XIX. Contribución al estudio de sus fuentes documentales*; Micó Catalán (1971) y su trabajo en torno a la *Historia de la legislación psiquiátrica militar en España*; Calatayud (1975) y *La producción e información sobre neurociencias en España durante la primera mitad del siglo XIX. Inventario y análisis bibliométrico*; Rey (1979) sobre *La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX*, continuado después con la serie de monografías dedicadas a los autores más prolíficos de ese siglo⁵; y Barona (1979) con *Los libros españoles de psiquiatría (1901-1930). Inventario y estudio bibliométrico*.

A estos trabajos siguieron los de Bujosa (1983) acerca de *Los orígenes históricos del concepto de afasia*; Císcar (1983) con su *Estudio de los ingresos del departamento de locos del Hospital General de Valencia durante el siglo XVIII*; Bedate (1984) sobre *La literatura psiquiátrica española en el período 1928-1936*; Jordá (1984) con los estudios sobre *La producción y el consumo de las noticias en la literatura neuropsiquiátrica durante el periodo franquista*; Livianos (1985) en su trabajo respecto a la *Teoría y práctica psiquiátrica en la Valencia de mediados del siglo XIX*; Rubio (1985) acerca de *La Neuropsiquiatría en el Tratado de Calenturas y en las obras más selectas de Hipócrates de Andrés Piquer*; y Navarro (1986) con *Los orígenes de las neurociencias en España*.

Posteriormente aparecieron los estudios de Bertolín (1990) sobre *La literatura psiquiátrica en España en el periodo 1901-1931. Inventario, estudio semántico-documental, bibliométrico y prosopográfico*; Estalrich (1993) en torno a *Emilio Mira y López: su vida y su obra científica*; Sempere (1996) y *El Archivo de Historias Clínicas del Servicio de Neuropsiquiatría, del Hospital Provincial de Valencia, en el periodo 1931-1936*; López de Briñas (1996) con *La presencia de la psiquiatría y las neurociencias en las re-*

⁵ REY GONZÁLEZ (1982-1985).

vistas históricas médicas de 1992 a 1995; y Polo (1999) y su Crónica del Manicomio. Prensa, locura y sociedad.

Ya en esta década, encontramos el trabajo de García Rodríguez (2003) sobre *El manicomio de Valencia en el siglo XIX*. Y retomando el camino emprendido varios años atrás y que no hubiera sido posible sin el trabajo de los precedentes, Plumed (2002) abordó uno de los temas de importancia capital para la psiquiatría contemporánea, *La introducción del concepto de esquizofrenia en España a través de las revistas médicas españolas (1851-1931)*, recuperando la línea de investigación de la historia conceptual dentro del Seminario de Historia de la Psiquiatría.

El trabajo que hoy presentamos completa al anterior con el estudio del concepto de esquizofrenia durante un periodo reciente de nuestra historia, quedando aún por investigar las vicisitudes del mismo durante una época siempre de difícil estudio como fue la guerra civil. A través de ello intentaremos demostrar, en las páginas que siguen, cómo el concepto de esquizofrenia que manejaron los autores españoles durante el franquismo estuvo influido por los mismos condicionantes ideológicos, teóricos y sociales que impregnaron el resto del edificio teórico de la psiquiatría española de la época.

Iniciaremos la exposición de este trabajo con la descripción del material y la metodología empleados en la elaboración del mismo. En el tercer capítulo ofreceremos una revisión historiográfica del material dedicado al estudio de la psiquiatría durante el franquismo, completado en los dos capítulos siguientes con las consideraciones históricas acerca del concepto de esquizofrenia, y la aproximación estadística a los trabajos españoles sobre esquizofrenia publicados en la prensa psiquiátrica española entre 1939 y 1975. Dicho material, junto con tratados y manuales, será la base sobre la que realizaremos, en el sexto capítulo, el estudio de las ideas de los autores españoles en torno al concepto de esquizofrenia, cuyas conclusiones mostraremos en el capítulo séptimo. Por último, los capítulos de biblio-

grafía —dividida en fuentes y bibliografía secundaria—, y el apéndice documental servirán para finalizar nuestro trabajo.

2. Material y métodos

La presente tesis doctoral realiza un estudio en torno a las ideas sobre el concepto de esquizofrenia que circularon entre los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas, concretamente libros y artículos de revista, durante el periodo comprendido entre 1939 y 1975.

La elección de nuestro tema de estudio está plenamente justificada pues, siguiendo la opinión de Garrabé (1992: 11-2):

“Cada cultura escoge las enfermedades en las que el sufrimiento físico o psíquico le parece particularmente aterrador para hacer con ellas las representaciones simbólicas de los miedos fundamentales del ser humano: el miedo de morir y el miedo de perder la razón. El nombre mismo de estas enfermedades termina por convertirse en el medio metafórico para aludir a lo innombrable, la muerte y la locura. A cada época corresponde así, en el campo de la psicopatología, una enfermedad mental considerada como totalmente desprovista de sentido, incomprensible, que se vuelve el modelo paradigmático de la locura absoluta, de ese estado en donde no se encontrará ya ninguna huella de razón en la vida psíquica hasta que el progreso del conocimiento, tras descubrir la explicación que pueda darse a estas manifestaciones patológicas, le haga perder su inquietante misterio...

En nuestra cultura, la parálisis general, identificada a principios del siglo XIX, ocupó este sitio prominente, hasta que lo perdió a raíz del descubrimiento de su etiología sifilítica... Entonces la reemplazó la histeria como modelo de la locura, hasta que a su vez dejó de ser inexplicable a principios de nuestro siglo tras de que Freud descubrió los mecanismos psicológicos de los trastornos neuróticos calificados hasta entonces de histéricos...

Desde el punto de vista de la historia cultural de la locura, el siglo XX es el de la esquizofrenia. Nació con él bajo el nombre de *Dementia præcox* y tuvo su auge a partir de que Eugène Bleuler forjó para designarla este neologismo, evocador de un temible misterio, que poco a poco se convirtió en sinónimo de locura”.

Además, tal y como manifestó el propio Bleuler desde un punto de vista doctrinal “El desarrollo del concepto de demencia precoz constituye una parte considerable de toda la evolución de la psiquiatría teórica¹”, de modo que el estudio de los diferentes aspectos de esta enfermedad arrojará luz sobre las corrientes doctrinales, las tendencias diagnósticas, los avances terapéuticos y los cambios asistenciales propios de la psiquiatría del pasado siglo.

Por su parte, Plumed (2002) ha demostrado cómo a lo largo del primer tercio del siglo XX, el concepto de esquizofrenia introducido en España, al igual que en el resto de Europa, fue tomando cuerpo como entidad diferenciada dentro del amplio grupo de las psicosis. Ello reforzaría nuestra decisión de estudiar específicamente el concepto de esquizofrenia, aunque sin olvidar en ningún momento su relación respecto a las distintas formas de psicosis, como veremos a lo largo de la exposición.

La decisión de elegir las publicaciones españolas obedece al hecho de que España es un país fundamentalmente receptor pero escasamente productor en cuanto a originalidad se refiere. Los procesos de transmisión científica han ido tomando cuerpo en la investigación historicocientífica, especialmente desde que se asumieron los presupuestos de la antropología cultural y se rompió la antigua imagen de un pequeño núcleo productor de novedades, que eran asumidas acríticamente por el resto de comunidades científicas. El primer paso fue el de reflexionar y proponer un modelo interpretativo de difusión y asimilación de las grandes teorías por parte de los países receptores de ciencia. Uno de los autores que se ha destacado en esta línea ha sido

¹ BLEULER (1961), p. 11, traducción de su monografía publicada en 1911.

Glick, quien ha ejemplificado sus propuestas teóricas en un proceso que tiene mucho que ver con el objeto de esta tesis: la introducción del psicoanálisis en España².

Posteriormente, durante la década de los noventa, se introdujo el concepto de mundialización de la ciencia, que ofreció un protagonismo nada desdeñable a las llamadas comunidades periféricas, las cuales debían estudiarse en sí mismas, analizando las formas específicas con que cada una de ellas se legitimaba socialmente y, dentro de ese esfuerzo de legitimación, cómo se había producido la asimilación, sobre qué parámetros, respondiendo a qué intereses. En este sentido, han irrumpido con fuerza los estudios sobre imperialismo científico, que tienen en Pyenson a uno de sus adalides, así como los dedicados a las culturas científicas no oficiales, que se insertan en la cultura popular y que encontraron en el famoso molinero Menocchio de Carlo Ginzburg, un ejemplo muy notable de cómo se podían estudiar las relaciones entre las culturas académica y popular, abordadas con brillantez, incluso antes, por Rossi³. De hecho, en la actualidad es ésta una de las líneas de investigación internacional más prolífica⁴.

Para abordar nuestro estudio hemos escogido dos series bien diferenciadas. La primera de ellas, base de todo el trabajo, la conforman los artículos de autores españoles dedicados expresamente en su título a la esquizofrenia, publicados en las revistas psiquiátricas españolas durante la época franquista, y que nos informan de la producción y el consumo de información especializada sobre el tema. La segunda serie es una selección de monografías y capítulos de libro utilizados en España para la formación de psiquiatras durante la época de estudio, constituyendo su contenido sobre la esquizofrenia el marco científico de la primera serie de fuentes, por lo que representan el saber académico establecido en la psiquiatría española sobre el

² GLICK (1981, 1982, 1988).

³ ROSSI (1990).

particular, informándonos de la imagen de la esquizofrenia dentro de las líneas hegemónicas del pensamiento psiquiátrico en la España franquista. Aunque somos conscientes de la importancia que tienen otras formas de comunicación⁵ para el estudio de la producción y el consumo de la literatura científica de una comunidad, pensamos que el abordaje de todas esas fuentes debe hacerse desde una perspectiva distinta, como la que emplea Jordá en sus excelentes trabajos⁶.

Por lo que respecta al límite temporal —el periodo comprendido entre el 1 de abril de 1939 y el 20 de noviembre de 1975, los años de la dictadura franquista— consideramos que reúne los elementos de carácter económico, social, político, cultural e ideológico que le dotan de singularidad dentro de la historia reciente de España⁷. En el caso concreto de la psiquiatría, además, tales características influirán de forma importante en la teoría y la práctica de la profesión, convirtiéndose, como indicara Marset (1983) “en una expresión paradigmática, casi privilegiada, de las principales contradicciones de la ciencia y sociedad española de la postguerra”.

⁴ Por materializar en una obra reciente este movimiento historiográfico, remitimos a las actas del congreso dedicado a las distintas vías de penetración del darwinismo en España e Iberoamérica (GLICK, RUIZ, PUIG SAMPER (eds), 1999).

⁵ Tales como comunicaciones a congresos, cartas al director, críticas de libros, reseñas de revistas e informaciones acerca de congresos, cursos y reuniones, así como noticias diversas. No obstante, en algún momento y de forma puntual haremos uso de algunas de ellas, como en el caso de comunicaciones a congresos que aparecen publicadas en forma de artículo, o cuando las actas de un congreso se recogen como monografía o como fascículo de revista. Véase al respecto DUALDE *et al.* (2003).

⁶ JORDÁ (1984, 1997a, b).

⁷ “La historia de los saberes científicos en la España franquista está aún por estudiar y constituye en cierto sentido una especie de experiencia de laboratorio al reunir toda una serie de elementos culturales, sociales, económicos y políticos que la convierten en banco de prueba sobre las relaciones entre la dinámica del pensamiento científico y los factores favorecedores u obstaculizadores del mismo”, como recoge MARSET (1983), p. 1.

2.1 Material

2.1.1. Fuentes: Revistas

Con objeto de reunir un número suficientemente representativo de fuentes para nuestro tema de estudio, hemos consultado la única base de datos existente sobre fuentes psiquiátricas españolas, en cuya elaboración hemos participado activamente a lo largo de los últimos años: *Trescientos años de Psiquiatría en España*⁸. Se trata de un repertorio que incluye las referencias bibliográficas sobre las más diversas cuestiones relacionadas con la psiquiatría y otras ciencias afines, aparecidas en la prensa médica general y especializada entre 1736 y 1975. En el caso concreto de nuestro periodo de estudio, dicho inventario recoge los artículos publicados exclusivamente en las revistas psiquiátricas especializadas (tabla 1), cuyas series hemos vaciado de acuerdo con los criterios descritos más abajo.

Como hemos podido demostrar en un trabajo previo⁹, la pertinencia de restringir el ámbito de nuestro estudio durante la época franquista a las publicaciones de carácter especializado, se basa fundamentalmente en tres razones: la actividad científica tras la guerra civil determinó la desaparición de las revistas médicas generales y psiquiátricas especializadas que en los años previos reunían un mayor número de trabajos psiquiátricos; los repertorios médicos existentes que recogen la bibliografía española desde 1965 permiten una recuperación parcial e incompleta de los trabajos que, en el caso concreto de la esquizofrenia, se concentran además en las revistas psiquiátricas; y, en tercer lugar, el control al que estuvo sometido el ejercicio y divulgación de la psiquiatría durante el franquismo abonan la hipótesis de que los trabajos más representativos se difundieron a través de las publicaciones especializadas¹⁰.

⁸ REY *et al.* (en prensa).

⁹ DUALDE, JORDÁ y REY (2002).

¹⁰ Tal vez escape a este criterio restrictivo *Medicamenta*. Como recuerda CASCO SOLÍS (1999: 126), las páginas de esta revista dirigida por Lain Entralgo sirvieron, en el tránsito de la década de los cuarenta a los cincuenta, para la difusión del pensamiento antropológico de von Weizaecker.

Tabla I: Relación de revistas españolas de psiquiatría (1939-1975)

- Acta Española Neurológica y Psiquiátrica* (1940)
- Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría* (1941-1946)
- Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* (1947-1972)
- Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* (1972-)
- Anales de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Madrid* (1959-1961)
- Archivos de Neurobiología. Revista de Neurología, Psiquiatría y Disciplinas Afines* (1954-1994)¹¹
- Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica* (1959-1976)
- Boletín de la Sociedad Española de Psiquiatría* (1968-1972?)
- Cuadernos Madrileños de Psiquiatría* (1970-1980)
- Cuadernos de Alcoholismo* (1975-)
- Cuadernos para la Educación en Salud Mental* (1974-19??)
- Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España. Revista de Psicología, Psiquiatría, Neurología y Ciencias Afines* (1966-1967)
- Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España. Revista de Psicología, Psiquiatría, Neurología y Ciencias Afines* (1968-1990)¹²
- Folia Psiquiátrica Internacional* (1974)
- Index Clinicus Sandoz. Neurology-Psychiatry* (1966-1973)
- Informaciones Psiquiátricas* (1955-)
- Paz y Caridad. Revista para Auxiliares de Asistencia Psiquiátrica y Psiquiatría* (1950-1978)
- Phronesis. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* (1972-1979)¹³
- Psique* (1970-1974?)
- Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas* (1968-1978)
- Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* (1953-1987)
- Revista del Departamento de Psiquiatría* (1971)
- Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* (1973-1986)¹⁴
- Revista Española de Neuropsiquiatría Infantil* (1961-1970)
- Revista Española de Psicoterapia Analítica* (1966-1978)
- Salud Mental* (1968-1986?)

¹¹ Actualmente, *Archivos de Psiquiatría* (antes *Archivos de Neurobiología*).

¹² En los últimos años pasó a llamarse *Folia Neuropsiquiátrica. Revista de Psicología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, título que siempre había aparecido en la portadilla. Dejó de publicarse en 1997, con el volumen 32, número 2.

¹³ Actualmente, *Phronesis*.

¹⁴ Actualmente, *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*.

En esta relación no aparece *La Infancia Anormal*, impresa en Madrid durante la primera etapa (1927-1925), pero que tras la contienda pasó a publicarse en Guatemala (1951-1954) y posteriormente, hasta su desaparición en 1961, en Méjico. Por otra parte, hemos desechado *Anthropologica. Revista de Etnopsicología y Etnopsiquiatría*, puesto que, aunque inició su publicación en 1973, cuando tenía por subtítulo *Filosofía y Ciencias Humanas*, no recibió una orientación hacia la etnopsicología y etnopsiquiatría hasta el inicio de la segunda época, en 1987. Consultados los índices de la revista publicados dentro de nuestro periodo de estudio, hemos comprobado que no contienen artículos pertinentes.

La revista *Infantia Nostra* constituye un caso especial. Iniciada originalmente por Bassols i Prim en 1903 con otro nombre y dedicada exclusivamente a la fisiología, cambió pronto su denominación por la de *Revista Médica Barcelonesa*, al unirse el hijo del fundador a la dirección de la misma. En 1919, con el fallecimiento de aquél, inició una segunda etapa que motivó el cambio de nombre por el de *Infantia Nostra*. En su reaparición entre 1933 y 1935, se produjo un nuevo cambio de denominación, *Arxius de Psicologia y Psiquiatría Infantil*, más acorde con las relaciones que mantuvo con el Tribunal Tutelar de Menores de Barcelona, del que era portavoz. Una vez finalizada la guerra, volvió a publicarse en 1945, nuevamente como *Infantia Nostra*, aunque con un interés marcadamente pediátrico y con escasos artículos de interés psiquiátrico, por lo que hemos prescindido de ella¹⁵.

Tampoco hemos incluido en esta nómina dos publicaciones de las que únicamente tenemos constancia de su nombre: *Cuadernos de Psiquiatría para la Clínica General* y *Problemas de Psiquiatría*. Supimos de ellas al hacer el vaciado del *Catálogo Colectivo Nacional de Publicaciones Periódicas. Medicina*¹⁶. Sin embargo, a la hora de recuperarlas, las hemerotecas que dicho catálogo indica carecen de información sobre

¹⁵ FERNÁNDEZ MONTAÑA (1994).

las mismas, de modo que ni siquiera hemos podido precisar su fecha de publicación, que no aparece en el citado catálogo.

De las 22 las revistas censadas en el repertorio hemos eliminado dos de ellas: *Cuadernos de Alcoholismo*, dado el carácter subespecializado de la misma a pesar de que el alcoholismo, como las toxicomanías, se estudia dentro de la psiquiatría; y el *Index Clinicus Sandoz. Neurology-Psychiatry*, por tratarse de un repertorio. La descripción de las 20 revistas especializadas vaciadas, incluidos los objetivos que pretendía cubrir en el momento de su aparición; el consejo editorial, señalándose las modificaciones de interés; la periodicidad de la publicación; las secciones de que constaban; y, en los casos en que hemos podido encontrar estudios al respecto, el análisis de su contenido, pueden consultarse en nuestro otro trabajo¹⁷.

2.1.2 Fuentes: Libros, folletos y capítulos de libro

La búsqueda de fuentes correspondientes a libros y folletos, capítulos de libro y comunicaciones a congresos ha planteado algunos problemas metodológicos, que limitan notablemente la exhaustividad del material localizado. Así, entre otros, destacamos la inexistencia de un repertorio sistemático y comprehensivo que recoja los trabajos editados en nuestro país durante el periodo de estudio considerado¹⁸; o la irregular publicación en nuestro país de las actas de congresos, que sólo se ha normalizado conforme lo ha hecho la difusión de la actividad científica.

Por tales motivos hemos prescindido de las comunicaciones a congresos excepto cuando aparecen publicadas como monografía o como algún número de las revistas vaciadas, en cuyo caso computan como artículo de las mismas y las incluimos en el apartado anterior. Respecto a los segundos, los capítulos de libro, hemos escogido únicamente los de aquellos tratados generales de psiquiatría escritos por autores

¹⁶ DIRECCIÓN GENERAL DEL LIBRO Y BIBLIOTECAS (1988).

¹⁷ DUALDE, JORDÁ y REY (2000).

españoles. Hemos prescindido de prólogos e introducciones de las traducciones de obras de autores extranjeros, aunque reconocemos el interés de los mismos para el análisis ideológico del discurso psiquiátrico, puesto que las características de la difusión del conocimiento durante el periodo franquista hacían de ellos instrumentos para advertir y aleccionar ideológicamente a los lectores¹⁹, sin olvidar que el hecho mismo de seleccionar un texto para su traducción ya implicaba la selección y difusión de determinadas teorías en oposición a aquellas otras cuyo conocimiento se pretendía ocultar o silenciar.

Para la búsqueda de las fuentes incluidas en este apartado hemos recurrido al *Manual del librero hispano-americano*²⁰, al *Índice Médico Español (1965-1976)*²¹, a las reseñas de los libros encontradas al vaciar las series de las 20 revistas psiquiátricas señaladas en el apartado anterior, a las referencias aparecidas tanto en las fuentes²² como en la bibliografía secundaria, y a la consulta informatizada del catálogo de fondos publicados en España a partir de 1831 disponible en la Biblioteca Nacional de España, así como de los amplios fondos documentales del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación y del de la propia Universidad de Valencia. La consulta electrónica del ISBN ha ofrecido unos resultados desoladores: sólo incluye las

¹⁸ Incluso hoy día, a pesar de contar con la existencia del ISBN, quedan sin localizar aquellos libros que únicamente poseen depósito legal.

¹⁹ Un ejemplo significativo, recuerda GONZÁLEZ DURO (1978: 71), era la introducción del editor a la reedición de las obras completas de Freud en 1948, quien advertía del espíritu con que debía abordarse el libro: “El psicoanálisis debe ser estudiado con espíritu claro y ecuánime por el psicólogo e interpretado con un sentido cristiano. Lo mismo que los escolásticos hicieron de Aristóteles un filósofo cristiano, así, hoy día, podemos hacer de cuanto hay de útil en la doctrina de Freud para que sea aplicado con equilibrada manera al mejor conocimiento de la mente humana”.

²⁰ PALAU y DULCET (1948-1977), PALAU CLAVERAS (1981-1990).

²¹ Iniciado en 1965, apenas reseña libros en los números correspondientes al periodo estudiado.

²² Como el libro de SOLÉ SAGARRA y LEONHARD (1953: 198-210), que contiene una relación de libros y traducciones circulantes en España, publicados a lo largo de la primera mitad del siglo XX, denominada Índice bibliográfico Iberoamericano, que intentaba “suplir los fallos de información de que, por desgracia, adolece este capítulo” al carecerse de “un índice completo de todos los libros publicados en lengua española, originales o traducciones, sobre Psiquiatría” (situación que sigue existiendo hoy día, dicho sea de paso). A este apéndice hacía también referencia GONZÁLEZ DURO (1978: 51).

publicaciones que disponen de dicho código y cuya aparición tuvo lugar a partir de 1972, por lo que únicamente contempla los cuatro últimos años de nuestro periodo de estudio²³. Hemos completado la relación de libros y folletos con el vaciado de los fondos de las bibliotecas personales de los directores de tesis y del doctorando, que suman alrededor de 2000 volúmenes sobre los más variados aspectos de la psiquiatría española desde mediados del siglo XIX hasta la época actual. Aún hubiéramos podido ser más exhaustivos vaciando los catálogos de las cuatro editoriales que más libros de contenido psiquiátrico publicaron durante nuestro periodo de estudio²⁴, Paz Montalvo, Morata, Científico-Médica y Labor, pero a pesar de repetidos intentos sólo ha sido posible tener acceso a los de la editorial Morata a partir de 1966, facilitados amablemente por la misma.

2.2 Métodos

2.2.1 Criterios para la selección de fuentes

Para delimitar convenientemente las fuentes empleadas en nuestro estudio hemos llevado a cabo un análisis semántico de los títulos de las mismas, **escogiendo** en primer lugar **aquellas en las que el término *esquizofrenia* aparecía de manera explícita, añadiendo** en una segunda fase **aquellas otras dedicadas a aspectos íntimamente relacionados pero en las que dicho término no se encontraba en el título**, evitando de este modo posibles pérdidas de información relevante. Elegimos los términos para esta segunda búsqueda tras el vaciado sistemático de los registros de las bases de datos, por lo que no correspondieron a una elección *a priori* de los mismos que hubiera introducido sesgos en la selección de los trabajos.

²³ Además, sólo recoge un libro sobre esquizofrenia, PORTUONDO (1973); diez bajo el descriptor psicopatología, de los cuales, siguiendo un criterio de inclusión laxo, sólo serían pertinentes los de FREEMAN (1972), LLOPIS (1970), MAHER (1974) y ORME (1974), con ¡un sólo autor español entre ellos!; y quince bajo el de psiquiatría.

En el caso de los artículos de revistas, dichos términos fueron: **Catatonía** y **catatónico**, con 12 trabajos, de los cuales tres también incluían esquizofrenia en el título y, por tanto, ya los habíamos incluido; otros tres sí que guardaban relación con nuestro tema de estudio; cuatro estaban dedicados a catatonías experimentales; uno era secundario a patología orgánica; y el último era la reproducción de un artículo de Rodríguez Morini de 1904. **Delirante**, con 13 trabajos, tres de ellos ya incluidos por estar referidos a la esquizofrenia; de los restantes, cuatro de ellos estaban dedicados a ideas delirantes, dos a psicosis delirantes, dos a síndromes delirantes y dos más a otras cuestiones. **Delirio**, con 34 trabajos, siete de ellos ya incluidos en la selección, y los restantes dedicados a delirio paranoide no referido a la esquizofrenia, con siete trabajos; tres artículos sobre delirio de referencia; otros tres sobre delirio contagiado o inducido; y catorce más dedicados a otro tipo de delirios no esquizofrénicos. **Delusión**, con dos trabajos relacionados con la paranoia. **Demencia precoz**, con la comentada reedición del texto clásico de Rodríguez Morini²⁵. **Fantasiofrenia**, con dos trabajos que serían pertinentes para nuestro tema de estudio. **Hebefrenia** y **hebefrénico**, con otros dos trabajos ya incluidos al estar referidos a la esquizofrenia. **Parafrenia**, con cinco trabajos, de los cuales uno ya estaba incluido, otro era secundario a proceso orgánico y tres más serían pertinentes. **Paranoia**, con un trabajo ya incluido y los otros cuatro no pertinentes; **paranoico**, con un trabajo que se refería al delirio no relacionado con la esquizofrenia; **paranoide**, con 19 trabajos, de los cuales ocho ya estaban incluidos en las referencias de esquizofrenia, siete guardaban relación con el delirio y cuatro no eran pertinentes. Y **síndrome de Capgras**, con dos trabajos que serían pertinentes. En

²⁴ Como se desprende del listado de libros y folletos que ofrecemos en el *Capítulo 8. Bibliografía*, completado con la relación de publicaciones psiquiátricas de la época que estamos recopilando para su adición al repertorio bibliográfico de REY *et al.* (en prensa).

²⁵ De todos modos éste era un término prácticamente en desuso en la época de nuestro estudio: “En 1920 aparecieron los primeros artículos con el término esquizofrenia en el título, pertenecientes a Sacristán, Sanchís Banús y Villaverde y Larraz, al tiempo que aquellos que empleaban el de demencia precoz iban siendo cada vez menores. De hecho, con fecha posterior a 1924 hemos

cuanto a los términos psicosis y psicótico, el número de referencias ha sido notablemente mayor. Así, para la entrada **psicosis** había 104 referencias de autores españoles, de las que 13 ya estaban incluidas en las de esquizofrenia, mientras que las restantes se repartían en 23 trabajos sobre psicosis en general, nueve para la psicosis maniaco-depresiva y otras tantas para la infantil, seis para la endógena, cuatro en el caso de la psicosis crónica y la epiléptica, tres para las psicosis alcohólica y pelagrosa, la cicloide tenía dos entradas, y 26 trabajos se referían a otras psicosis, que incluirían las de guerra, inducidas por fármacos, metabólicas, puerperales, seniles, sifilíticas, tóxicas y traumáticas. En cuanto a la entrada **psicótico**, la mitad de las 17 entradas hacen referencia a trastornos psicóticos en general, tres se relacionan con la infancia, dos con situaciones tóxicas y las cuatro restantes hacen referencia a cuestiones diversas. Como vemos, pues, incluimos diez artículos que hubieran quedado fuera de la selección inicial.

Insistimos, no obstante, en que hemos tenido en cuenta la relación de la esquizofrenia con todas estas cuestiones próximas a la misma, por lo que a lo largo de la exposición de nuestra tesis haremos las oportunas referencias a su proximidad con la paranoia, los trastornos delirantes crónicos, la psicosis maniaco-depresiva o los cuadros cicloides, así como una consideración sobre el lugar que ocupa la esquizofrenia dentro del conjunto general de las psicosis.

Un caso especial ha sido el de las fuentes dedicadas a la terapéutica: por tratarse de un aspecto complejo y dada la falta de especificidad de la misma en el tratamiento de las enfermedades mentales, sólo hemos incluido aquellas referencias en las que, explícitamente, se hacía mención a su aplicación a la esquizofrenia. Por poner un ejemplo, únicamente hemos incluido las fuentes sobre malarioterapia en los casos en que ésta se empleaba con pacientes esquizofrénicos, pero no en aquellos en los que se

hallado tan solo cinco" (PLUMED, DUALDE y REY (1997), p. 492). Según nuestro repertorio (REY *et al.*, en prensa), habría ocho más trabajos hasta 1929.

hacia un estudio sobre la misma, sin especificar el tipo de proceso al que se aplicaba. Tal decisión se ha tomado con el fin de evitar un exceso de trabajos que, en virtud del contenido de nuestro estudio, resultarían superfluos.

Por lo que respecta a los libros y folletos y capítulos de libro, la selección se ha hecho siguiendo el criterio indicado, es decir, aquellos en los que el término *esquizofrenia* aparecía de manera explícita, tras recoger de forma amplia los manuales y tratados de psiquiatría, psicopatología, psicoanálisis y terapéutica psiquiátrica publicados durante el periodo de estudio, puesto que los distintos repertorios empleados remiten a estos cuatro epígrafes. De este modo, hemos incluido tanto trabajos dedicados monográficamente a nuestro tema de estudio, como capítulos de manuales y tratados de psiquiatría que hacían referencia a la esquizofrenia. Respecto a estos últimos, hemos adoptado la convención de asumir que en cada una de tales obras de carácter general sólo había un capítulo pertinente, movidos fundamentalmente por dos motivos. En primer lugar, ha sido materialmente imposible tener acceso a todas las obras incluidas en el apartado *8.1.2.2 Manuales y tratados de psiquiatría*, por lo que carecíamos de suficientes datos para poder referenciar los capítulos convenientemente. Ya hemos comentado la dificultad que ha supuesto la obtención de todas esas referencias, teniendo en ocasiones que completar alguna de ellas con la información parcial proveniente de distintas fuentes. En segundo lugar, la referencia de la obra completa simplifica la maquetación, aligerando la consulta del listado, pues no en vano todo el apartado *8.1.2 Libros, folletos y capítulos de libro*, intenta contribuir a la elaboración de un repertorio de libros de psiquiatría publicados durante el franquismo, por lo que carecería de sentido desglosar sus referencias en cada uno de sus capítulos.

De este modo, hemos considerado pertinentes para nuestro trabajo un total de 180 artículos de revista, 13 libros y folletos, y 42 capítulos de libro, cuya relación por orden alfabético de autores incluimos, respectivamente, en los apartados *8.1.1* y *8.1.2* del *Capítulo 8. Bibliografía*.

2.2.2 Modelos estadísticos y bibliométricos aplicados al estudio de la muestra

Los artículos de revista han sido sometidos a un estudio estadístico descriptivo y a un análisis bibliométrico. Sin embargo, libros y folletos, y capítulos de libro, han quedado excluidos debido a su escaso número y no cumplir una condición indispensable para la extracción de indicadores sociométricos generales, cual es la amplitud de la muestra.

La estadística descriptiva y el análisis bibliométrico proporciona las características externas de las publicaciones globalmente consideradas, así como los indicadores sociales de actividad científica en torno a la esquizofrenia, permitiendo establecer periodos de su evolución histórica. De este modo, podemos conocer con detalle quiénes fueron los autores que se ocuparon de la esquizofrenia, los temas y los vehículos de información preferidos, la consagración o no de profesionales a la misma, el perfil del destinatario de la información, así como las ciudades de origen de la información.

La estadística descriptiva incluye la distribución general por periodos de publicación; las distribuciones de autores, lugares de procedencia de los artículos e instituciones por orden decreciente de publicaciones; relación de número de firmas/trabajo; la distribución de revistas y lugares de edición de los artículos por orden decreciente de publicaciones; y la distribución temática de los artículos estudiados.

En cuanto al análisis bibliométrico, estudiaremos el ajuste de nuestros materiales empíricos a tres modelos bien contrastados, las leyes Lotka, Price y Bradford²⁶, a través de las siguientes distribuciones: en lo referente a autores, índices de productividad de los autores con mayor número de publicaciones, distribución de los artículos por el

²⁶ Sin duda alguna, en nuestro país está muy difundida la aplicación de modelos matemáticos a la bibliometría de la historia de la ciencia, siendo sus fundamentos teóricos y la utilidad de su aplicación de sobra conocidos. La introducción de la bibliometría y sociometría en España se debe a LÓPEZ PIÑERO (1972), quien ha señalado repetidas veces lo que puede esperarse de estas nuevas técnicas, tanto en lo que concierne a la historia de la medicina (LÓPEZ PIÑERO, 1973, 1987), como a los estudios sobre la medicina y la ciencia (LÓPEZ PIÑERO y TERRADA, 1992). Los frutos de veinte años de trabajos fueron descritos y analizados en una publicación que se ocupaba especialmente

índice de productividad de los autores, distribución de los autores por índice de productividad de los artículos, índice de Price e índice de número de firmas / trabajo; en cuanto a las revistas, incluimos la máxima división en zonas de Bradford.

Aunque hemos diferenciado la estadística descriptiva del estudio bibliométrico con fines expositivos, en la descripción de los resultados comentaremos cada indicador bibliométrico a continuación de las distribuciones correspondientes con las que guarda relación, para evitar perder el hilo conductor de la información. Dada la sencillez de la mayoría de las distribuciones enumeradas, nos detendremos un instante para describir con algo más de detalle aquellas que puedan resultar menos familiares al lector.

La distribución por trabajos/autor o Ley de Lotka supone una adaptación al mundo bibliométrico de las fórmulas propuestas por este genetista para cuantificar el crecimiento de poblaciones²⁷. Su aplicación en 1926, culminaba una serie de estudios iniciados en el siglo anterior por Galton que demostraron que, con independencia de la disciplina científica de que se tratara, el número de autores que publican n trabajos en la distribución de trabajos/autor era inversamente proporcional a n^2 , siempre y cuando la bibliografía recogida fuera lo más amplia posible y cubriera un periodo de tiempo suficientemente largo. Estudios posteriores²⁸ han confirmado dicha hipótesis, si bien han permitido ajustar con mayor exactitud el exponente de la fórmula, con valores que oscilan entre -1'81 y -2'84. Esta ley nos proporciona indicadores sociales de actividad científica en relación con el grado de autonomía y de institucionalización de un campo de investigación determinado. Su aplicación, sin embargo, requiere una amplitud muestral que no cumplen nuestros materiales, aunque extraeremos de ellos el índice trabajos/autor y distribuiremos los autores por niveles de productividad.

de la larga serie de estudios historicosociales sobre la medicina española moderna y contemporánea que han utilizado las técnicas bibliométricas (LÓPEZ PIÑERO y TERRADA, 1993).

²⁷ LOTKA (1926).

²⁸ Una relación de los mismos se encuentra en LÓPEZ PIÑERO y TERRADA (1992: 147).

Precisamente el índice de productividad, derivado del anterior, debe su origen a Price, quien consideró que el número de publicaciones no era una medida aditiva lineal, sino que más bien crecía de forma exponencial en función del tiempo, obedeciendo a una distribución logarítmica²⁹. De este modo, el índice de productividad queda definido como el logaritmo del número de publicaciones, relación con que también se miden otras magnitudes de la naturaleza. Según el ajuste a la misma, el análisis de nuestros materiales nos indicará si la esquizofrenia disfrutaba de autonomía en la psiquiatría española del franquismo.

Consecuencia de los dos anteriores es la división de los autores en tres niveles de productividad: aquellos autores que han realizado un solo trabajo y cuyo índice de productividad es igual a 0 (pequeños productores); aquellos otros con un número de trabajos entre dos y nueve y cuyo índice de productividad queda por encima de 0 pero debajo de 1 (productores medianos); y aquellos autores con un número de trabajos superior a diez y con un índice de productividad igual o superior a 1 (grandes productores).

En íntima relación con la anterior distribución se halla el índice de transitoriedad de Price. Este índice se define como el porcentaje de publicaciones que los autores ocasionales o transitorios realizan respecto del total, es decir, el cociente entre aquellos autores que publican un solo trabajo (pequeños productores) y el número total de autores que publican algún trabajo.

El índice de firmas/trabajo se ocupa de un aspecto distinto, cual es la colaboración en los trabajos científicos. Definido como el cociente entre el número total de trabajos con n firmas y el total de trabajos para cada valor de n , encontramos que su numerador es proporcional a $1/(n-1)$, excepción hecha de los trabajos con una sola firma, dos veces más numerosos. Dicho índice que, como vemos, se ajusta a la

²⁹ La conocida exposición *Little science, big science* de PRICE (1971, 1973) fue traducida al castellano con un estudio introductorio de López Piñero con el título *Hacia una ciencia de la ciencia*.

distribución de Poisson, presenta una correlación positiva con el índice de productividad, cuando ambos se aplican a cada autor en particular. Ello nos llevaría a considerar la cuestión de los *colegios invisibles*, que excede los límites de esta elemental exposición bibliométrica.

Los dos últimos indicadores que veremos con más detalle son los referidos a la dispersión de la información científica. Formulados en la primera mitad del siglo XX por Bradford (1948: 116), de quien toman su nombre, parten de la idea según la cual “si las revistas científicas se disponen en orden decreciente de productividad de artículos sobre un tema determinado, puede distinguirse un núcleo de revistas más específicamente consagradas al tema, y varios grupos o zonas que incluyen el mismo número de artículos que el núcleo, estando el número de revistas en el núcleo y en las zonas siguientes en la relación 1: n : n^2 ...”. Someteremos nuestros materiales a esta distribución eligiendo, de entre las distintas posibles, aquella que cuente con mayor número de zonas. En nuestro caso, el resultado inmediato es localizar las revistas que constituyen el núcleo de la producción original sobre esquizofrenia en la época franquista.

Una comunidad psiquiátrica tan raquíta y cerrada como la que ejerció su actividad en la España franquista no ofrece, *a priori*, grandes atractivos para la realización de un acercamiento prosopográfico el cual, además, se ve dificultado por la inexistencia en nuestro país de diccionarios biográficos actualizados que nos ayudaran a su confección, excepción hecha de dos trabajos³⁰. Por ello, nos limitaremos a establecer aquellas líneas generales que resulten interesantes para la comprensión del

³⁰ Nos referimos al apéndice que BARCIA (1997) dedica a los *Datos biográficos de los autores*, cuyo contenido reproduce, con una redacción diferente, en su *Diccionario de personalidades ilustres de la psiquiatría* un año después (BARCIA, 1998a). Escritos en un tono panegírico y con algunos errores de bulto —como indicar que Vallejo Nágera obtuvo la cátedra en 1950, cuando esto sucedió tres años antes (BARCIA, 1997: 550), o que falleció en 1963 en lugar de 1960—, apenas nos han servido para

objeto central de nuestra tesis realizando, a continuación de la aproximación estadística, acercamientos biográficos a aquellos personajes más relevantes, lo que no significa en absoluto que nos limitemos a los grandes productores. Queda fuera de este trabajo profundizar en el análisis generacional de quienes desarrollaron este campo en España, y el estudio de las instituciones que lo sustentaron³¹.

En cuanto a la lectura y análisis de los contenidos de la producción original con los métodos tradicionales del análisis de texto, comentar que se trata de una labor que viene precedida por dos tareas: de una parte, la descripción y análisis global del conjunto de la producción consagrada por su título al tema que nos ocupa, así como el estudio de conjunto e individual de las biografías de sus autores; de otra, y a través de nuestra segunda serie de fuentes —libros y folletos, y capítulos de libro—, tendríamos el análisis del lugar que ocupaban los saberes sobre la esquizofrenia en la psiquiatría académica española de la época. Sólo tras concluir esta doble tarea, hemos procedido a la lectura y análisis de las publicaciones seleccionadas, recogidas sistemáticamente según hemos descrito, sin privilegiar ninguna fuente de antemano. Ello nos ha permitido *a posteriori*, en consonancia con los resultados de la bibliometría, la prosopografía y las biografías científicas de los autores³², seleccionar los trabajos más representativos para su exposición, al objeto de proporcionar una imagen lo más

realizar la aproximación biográfica de los autores, por lo que hemos recurrido a las notas necrológicas así como a recopilaciones bibliográficas que oportunamente indicamos.

³¹ Estas nuevas técnicas fueron introducidas en España por LÓPEZ PIÑERO (1972) y desarrolladas en algunas investigaciones. Uno de los primeros y más fructíferos estudios de esta clase son los de este autor sobre la ciencia española en los siglos XVI y XVII (LÓPEZ PIÑERO, 1973), y sobre la medicina española decimonónica (LÓPEZ PIÑERO, 1963a, 1964, 1971). El estudio de SHAPIN y THACRAY (1974) constituye un clásico de la prosopografía como herramienta en la investigación historico-científica y, posteriormente, KRAGH (1989) realizó una síntesis didáctica. La importancia de la biografía en Historia de la Ciencia ha sido destacada especialmente por HANKINS (1979).

³² Como han mostrado, entre otros, CASCO SOLÍS (1999), CASTILLA (1977), GONZÁLEZ DURO (1978) y HUERTAS (2002), la influencia en el terreno profesional de algunos autores fue muy superior a la calidad o cantidad de su producción científica, en virtud de la posición hegemónica que disponían merced a su condición de catedráticos en una sociedad policial y perfectamente jerarquizada. De todas formas, un estudio de los colegios invisibles mostraría perfectamente tal realidad.

completa y amplia posible del panorama psiquiátrico español referido al concepto de esquizofrenia durante el franquismo.

La exposición llevada a cabo por los autores españoles que escribieron sobre esquizofrenia durante el franquismo, según se desprende de la lectura de los textos utilizados, constituye una buena forma de mostrar los intereses y preocupaciones de los mismos, sirviéndonos para estructurar el capítulo dedicado a ello en seis apartados distintos: *Teoría psiquiátrica*, con el estudio conjunto de las distintas concepciones sustentadas por los diversos autores, ordenadas en función de su adscripción teórica, así como la nosotaxia de la esquizofrenia en relación con el resto de la patología mental, de acuerdo con los supuestos teóricos de los que partían; *Clínica y diagnóstico*, que incluye apartados dedicados a, sintomatología, formas clínicas, diagnóstico diferencial y exploraciones; *Terapéutica*, con consideraciones en torno a los tratamientos previos a la introducción de la psicofarmacoterapia, la psicocirugía, los psicofármacos y la psicoterapia; *Profilaxis*; *Aspectos médico-legales*; y, por último, *Asistencia*.

El modelo de aproximación a la historiografía de la psicopatología propuesto por Berrios (1984) distingue entre términos, conceptos y conductas de enfermedad como elementos a tener en cuenta a la hora de abordar el estudio de la patología mental, y no cabe duda de que constituye una importante herramienta de trabajo³³. Nuestro estudio no pretende ser tan ambicioso, encuadrándose dentro de lo que el mismo Berrios (1994: 186) entiende como enfoque social *ligero* de la historia de la psiquiatría, es decir, aquella que no sólo considera la historia personal de sus protagonistas, sino también aspectos relacionados con la lógica interna de la ciencia, como corresponde a la

³³ En trabajos posteriores, BERRIOS (1994: 184) volvía a plantear que, “La historia de la psicopatología podría definirse como el estudio histórico de las palabras, los conceptos y los trastornos putativos de la conducta involucrados en la definición de los síntomas y en sus matrices”. Y también (BERRIOS, 1997: 15) “La historia de la psiquiatría es hoy una disciplina compleja... Tiene, sin embargo, sus formas específicas de aproximación, *siendo la más importante* la de establecer una diferenciación entre la historia de los vocablos, los conceptos y las conductas o fenómenos clínicos” (destacado nuestro).

tradición seguida en el Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universidad de Valencia. Por ello, el material reunido está referido a un mismo *término* —esquizofrenia—, asumiendo que la *conducta de enfermedad* no sufrió variaciones ostensibles a lo largo de todo el periodo de estudio, por lo que únicamente refleja los cambios acontecidos en torno al *concepto* en un breve periodo de tiempo, en el seno de una comunidad profesional con unas características específicas. A través de ello intentaremos demostrar, en las páginas que siguen, cómo el concepto de esquizofrenia que manejaron los autores españoles durante el franquismo estuvo influido por las mismos condicionantes ideológicos, teóricos y sociales que impregnaron el resto del edificio teórico de la psiquiatría española de la época.

3. Revisión historiográfica

de la psiquiatría española durante el franquismo

La psiquiatría durante el régimen franquista ya no es, como comentara Maset hace 20 años, un periodo escasamente estudiado¹. El tiempo transcurrido desde entonces ha proporcionado la perspectiva temporal e ideológica adecuada para realizar estudios en profundidad, que en la actualidad superan el centenar. Los trabajos iniciales, en los que se prestaba especial atención a las connotaciones ideológicas de las teorías de los autores que polarizaron el poder durante y al finalizar la contienda, con el análisis del ideario que impregnaba los textos oficiales y una prolija descripción de las luchas por el control de la psiquiatría oficial², han sido completados por otros estudios sobre aspectos particulares del periodo franquista tales como las ideas psiquiátricas en torno al conflicto bélico³, el exilio, el entorno socioeconómico⁴, la asistencia psiquiátrica⁵, la legislación⁶, el psicoanálisis⁷, la teoría psiquiátrica⁸, la producción científica⁹, el asociacionismo profesional, la formación de especialistas, la psiquiatría infantil, la psiquiatría militar, y un numeroso grupo de estudios

¹ MARSET (1983: 1).

² Nos referimos a los trabajos de CASTILLA DEL PINO (1977) y GONZÁLEZ DURO (1975, 1978) donde se llega, incluso, a la repetición de las mismas citas textuales.

³ CARRERAS PANCHÓN (1986).

⁴ MARSET (1983).

⁵ COMELLES (1986) y GONZÁLEZ DURO (1975).

⁶ APARICIO y SÁNCHEZ (1997).

⁷ Con la obra indispensable de CARLES (1981) y CARLES *et al.* (2000). También, CORCÉS (1995).

⁸ A destacar, entre otros, el trabajo de GONZÁLEZ DE PABLO (1995).

⁹ FERNÁNDEZ MONTAÑA (1986, 1994), JORDÁ (1984, 1997a,b), RUIZ *et al.* (1995).

prosopográficos no sólo de las figuras más representativas como Mira¹⁰, Rodríguez Lafora, Garma o Vallejo¹¹, sino también de psiquiatras anónimos¹². Así mismo, existe una recopilación de textos¹³ que contiene escritos sobre esquizofrenia y otras psicosis, publicados durante el periodo de tiempo que abarca nuestro trabajo, y cuyo interés reside en reunir un material en ocasiones de difícil acceso, pero sin ofrecer ningún estudio de contenido, como hubiera sido deseable. Algo similar puede decirse de la antología promovida por la Asociación Mundial de Psiquiatría¹⁴.

En cuanto al tema de estudio de nuestra tesis, sólo hemos encontrado dos trabajos que aborden directamente el mismo. El primero de ellos, de Gorrotxategui (1995) hace referencia al estudio particular de la esquizofrenia en la obra de Luís Martín-Santos. El segundo de ellos, avance de este trabajo¹⁵, traza una breve revisión sobre los aspectos conceptuales de la esquizofrenia en España desde principios de siglo hasta 1975. Existe un tercer trabajo de Berrios y Fuentenebro (1996) donde sólo se ofrece un conciso resumen de las ideas de Martín Santos acerca de la esquizofrenia¹⁶.

Álvarez Peláez (1991) hace un recuento de diversos trabajos significativos acerca de la historia de la psiquiatría española desde el siglo XIX hasta la actualidad, aunque las herramientas básicas para la búsqueda de bibliografía la encontramos en los repertorios de Lázaro y Bujosa (2000), quienes recogen cerca de 1400 trabajos, tanto

¹⁰ ESTARLICH (1993).

¹¹ HUERTAS (2002).

¹² SIMÓN (2002).

¹³ BARCIA (1997).

¹⁴ LÓPEZ IBOR, CARBONELL y GARRABÉ (eds) (2001).

¹⁵ PLUMED y DUALDE (2001).

¹⁶ Los trabajos en torno a otro tema capital de la psiquiatría y tan relacionado con el nuestro como es el delirio tampoco alcanzan la decena: AMENÁBAR (1996), EDITORIAL (1987), LÁZARO (1996), ROIG (1999), SARRÓ (1981), VERA y QUIÑONES (1996) y VIDAL (1979). En la literatura internacional tan sólo se encuentran comentarios en BERRIOS y FUENTENEbro (1996), que citan la obra de Llopis, Valenciano, Martín Santos y Castilla del Pino; y en otra obra de BERRIOS (1996), al comentar las teorías de Cabalero acerca de la hipotonía de la conciencia como elemento necesario en la génesis del estado predelirante; y de Llopis acerca de la alteración de la conciencia como el cambio decisivo para considerar las sensaciones somáticas como fenómeno real proveniente del exterior y ya no

españoles como extranjeros, sobre bibliografía secundaria relacionada con la historia de la psiquiatría en sus distintos aspectos, incluyendo índices por materias, instituciones y onomástico¹⁷. Y el de Rey *et al.* (en prensa), que incluye alrededor de 9100 fuentes primarias aparecidas en las revistas españolas, tanto generales como psiquiátricas y de especialidades afines, publicadas entre los años 1736 y 1975.

Pensamos que este aumento importante de la producción obedece a dos causas. En un plano general, el estudio de los distintos aspectos de la psiquiatría durante el régimen franquista participa del interés de los historiadores generales por clarificar cuestiones relativas a un periodo reciente de nuestra historia, favorecido por el progresivo acceso a archivos y documentos hasta ahora inaccesibles. En un plano particular, encontramos el auge que la historia de la psiquiatría está viviendo en las dos últimas décadas, tanto en el ámbito nacional como internacional. De hecho, una parte importante de los textos consultados provienen de trabajos aparecidos en *Archivos de Psiquiatría*, la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Frenia*¹⁸, de libros

como experiencias *como sí* además, comenta la distinción entre delusión viva, mantenida por la afectividad, e inerte, es decir, la huella mnésica del delirio.

¹⁷ Tras su aparición se han publicado, al menos, cinco obras colectivas que es imprescindible citar. Nos referimos a los libros que recogen las ponencias de las I y II Jornadas de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría (ROMERO, CASCO, FUENTENEbro y HUERTAS (eds) (1999); y FUENTENEbro, BERRIOS, ROMERO y HUERTAS (eds) (1999), respectivamente), las de las III y IV Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría de la AEN (ANGOSTO, RODRÍGUEZ y SIMÓN (comp) (2001) y Álvarez y Esteban (eds) (2004)), así como las del V congreso de la European Association for the History of Psychiatry (FUENTENEbro, HUERTAS, y VALIENTE (eds) (2003). Está pendiente de aparición el libro de actas correspondiente a las III Jornadas de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría (Madrid, 2000).

¹⁸ LÁZARO y BUJOSA (2000) ofrecen los datos más fiables al respecto hasta 1997, donde *Archivos de Neurobiología* (actualmente, *Archivos de Psiquiatría*) aparece con 109 trabajos historiográficos, más del doble que la *Revista de Historia de la Psicología*, con 47, *Informaciones Psiquiátricas* o la *Revista de la AEN*, con 41 cada una. Este orden varía en la distribución por la media de artículos publicados anualmente, donde la *Revista de Historia de la Psicología* aparece primera, con un índice de 2'76, seguida de la *Revista de la AEN*, con 2'41, *Anales de Psiquiatría*, con 1'85 y *Archivos de Neurobiología*, con 1'82. En esta relación no se encuentra *Frenia*, aparecida en 2000, y cuya importancia para la historia de la psiquiatría se intuye desde el inicio de su publicación: "*Frenia* nace con un doble propósito: abrir un espacio de reflexión histórica sobre la psiquiatría y sobre las disciplinas centradas en el estudio de los comportamientos humanos, y contribuir al desarrollo e implantación de la historia de la psiquiatría. Disciplina maltratada desde el punto de vista de la institucionalización

publicados al amparo de editoriales afines¹⁹, y de las actas de Jornadas auspiciadas por Sociedades Científicas relacionadas²⁰.

Sin embargo, sigue sin existir un estudio de conjunto que proporcione una visión general de lo que fue la psiquiatría durante la época franquista, encontrándose los datos dispersos entre los distintos trabajos, y quedando pendientes de estudio aspectos tan importantes como necesarios, relacionados con las historias clínicas, la tradición oral, y la adecuada contextualización de la psiquiatría española dentro del marco de la psiquiatría europea. A continuación, pasamos a comentar algunos de dichos trabajos, empleados en la elaboración de este capítulo.

3.1 Antecedentes: la Segunda República (1931-1936)

Para poder entender en toda su dimensión el cambio que representó la época franquista respecto al estado previo en que se encontraba la psiquiatría, ofrecemos este apartado dedicado a la misma durante la Segunda República. Siguiendo la línea expositiva utilizada para describir los distintos periodos del franquismo, iniciamos este apartado con una somera relación, en términos de Maset (1983), de los “elementos externos” que contribuyeron a configurar los “elementos específicos” constitutivos de la psiquiatría. Estos, a su vez, los agrupamos bajo los epígrafes de organización profesional de la psiquiatría, que incluye lo relativo a la formación de especialistas, la

académica, que sin embargo cuenta con un desarrollo notable desde el punto de vista de la investigación, la historia de la psiquiatría merece una revista monográfica en la que puedan concentrarse muchos y buenos esfuerzos demasiado dispersos. En este sentido, *Frenia* tiene el ambicioso objetivo de convertirse en una revista referencial de la disciplina” (PRESENTACIÓN, 2000).

¹⁹ Triacastela en el caso de *Archivos*; Dor, SL, Dorsa y la propia Asociación para la AEN; y *Frenia*.

²⁰ Jornadas de Homenaje al Dr. Lafora organizadas por la AEN y el CSIC; I, II, III y IV Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN; I Congreso, I, II y III Jornadas de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría; V congreso de la European Association for the History of Psychiatry. A ello habría que añadir el impulso internacional que ha recibido la historia de la psiquiatría, principalmente a través de la revista *History of Psychiatry*, así como de la *European Association for the History of Psychiatry*.

difusión de conocimientos y la organización corporativa; teoría psiquiátrica; asistencia; y legislación.

Álvarez Peláez (1995: 91-2), en su estudio sobre la psiquiatría española en la Segunda República, ofrece un acertado resumen de las características generales de la psiquiatría durante la misma, empezando por los precedentes:

“Los años veinte fueron los años en que se organizó la reforma de la asistencia psiquiátrica —teniendo siempre bien presente los proyectos y realizaciones previas de los catalanes— y fueron el antecedente profesional, institucional y legal de la república, porque realmente todo lo que se intentó fraguar en ese corto periodo de cinco años a lo sumo, fue lo que había estado preparándose largamente, así como había estado detenido, frenado también larga y permanentemente. El siglo XX había comenzado con un impulso, difícil y duro, pero impulso al fin, hacia la apertura de posibilidades para las clases medias, los profesionales que quisieran formarse mejor, romper los moldes añejos llenos de palabrerías académicas y buscar la nueva forma de hacer ciencia. Los profesionales de la medicina, como los que querían desarrollarse en otros conocimientos, tuvieron las oportunidades ofrecidas por esa institución esencial que fue la Junta para la Ampliación de Estudios y la gente con ella relacionada. Tanto por las becas al extranjero, como por los grupos de trabajo, laboratorios y clases paralelas a las oficiales que se establecieron y que fueron buscadas y utilizadas por los estudiantes inquietos. El contacto con las ideas y hechos de la medicina y de la psiquiatría alemana, americana, inglesa o francesa se consiguió no solo por las publicaciones —la información siempre había sido buena— sino por el contacto directo, por la estancia de muchos jóvenes profesionales en instituciones extranjeras. Además, pues, de ciertos puntos de referencia nacionales esenciales, como la escuela neurohistológica española —Simarro, Cajal, Achúcarro como puente— y la escuela clínica catalana —Giné i Partagás, Galcerán, Emilio Mira— y los proyectos de la Mancomunitat, también estuvieron al alcance de un cierto número de profesionales las clínicas alemanas de Berlín o Munich, las francesas de París, las norteamericanas de Washington, y el movimiento interna-

cional por la higiene mental. El conocimiento y la reflexión sobre la realidad española fueron llevando a una serie de ideas y conclusiones que terminarían plasmándose en una serie de proyectos, por un lado, y en la búsqueda de formas de presión y lucha que permitieran, de alguna manera, intentar llevar a la práctica esas ideas, esas reformas tan necesarias para el desarrollo de la psiquiatría española. En los años veinte existe ya un número apreciable de psiquiatras activos, bien formados, liberales, que intentan, inmersos en una situación político-social decadente, con fuertes contradicciones que intenta salvarse por medio de una Dictadura incoherente, realizar cambios que la sociedad reclamaba, transformar, porque son conscientes de su derecho y de su formación profesional, la situación de la psiquiatría española”.

Estas palabras permiten comprobar cómo la psiquiatría se había institucionalizado como especialidad en el sentido del clásico trabajo de Rosen (1944): existía un grupo delimitado y más o menos homogéneo de enfermedades que requería una atención específica; se había desarrollado un *corpus* teórico suficientemente amplio y complejo que requería profesionales dedicados exclusivamente a ello; comienzan a aparecer los primeros profesionales con ejercicio exclusivo en dicha materia; y, finalmente, se desarrollaron las distintas instituciones encargadas de la asistencia²¹, la formación²², al desarrollo profesional²³ y a la divulgación de los conocimientos propios de la psiquiatría²⁴.

²¹ Junto con el Decreto de 1931, destaca la creación del Consejo Superior Psiquiátrico, presidido por Lafora, encargado de elaborar estadísticas, inspeccionar las instituciones, formar al personal de enfermería y auxiliar, y proveer asistencia social a los enfermos mentales.

²² Con la creación, en 1933, de las cátedras de psiquiatría y de neurología de la Universidad Autónoma de Barcelona, encargadas entre 1933 y 1936 a Mira y López y Rodríguez Arias, respectivamente; y la cátedra de psiquiatría de la Universidad Central de Madrid, que no pudo ocupar Sanchís Banús por su precoz fallecimiento, y a las que no pudo presentarse Sacristán por no disponer del grado de Doctor, por lo que las primeras oposiciones fueron declaradas desiertas, iniciándose un proceso complejo que puede verse en la entrevista a Pérez-López Villamil (ANGOSTO, 1985).

²³ Iniciado con la creación de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona (1911) y consolidado con la aparición de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (AEN) en 1924, primera sociedad de ámbito estatal en cuya reunión fundacional se contó con la asistencia de Kraepelin.

La **teoría psiquiátrica** durante el primer tercio del siglo XX, participó de las diferentes corrientes europeas, aunque bajo la enorme influencia de la escuela neuropatológica de Cajal, en una línea que continuaba a través de Simarro y Achúcarro hasta llegar a Rodríguez Lafora²⁵. Sobre una base francesa se asimiló los conocimientos de profesionales formados en Alemania, Inglaterra y Estados Unidos, en ocasiones de forma casi simultánea a su publicación original, como en el caso de las primeras noticias sobre el psicoanálisis²⁶, o con cierta demora, como en el caso de la esquizofrenia²⁷. Evidentemente, por la proximidad temporal, algunas de las teorías y actitudes que serán predominantes durante el franquismo tendrán su origen en este periodo. Así, la reivindicación del kraepelinismo ya aparece en 1925 cuando, en referencia a las conclusiones de las conversaciones preparatorias para la creación de la AEN, leemos: “Sexta: Que es en extremo conveniente que el Instituto Geográfico y Estadístico acepte oficialmente una clasificación moderna de las enfermedades mentales, pudiendo ser ésta la del profesor Kraepelin²⁸”.

También hay que recordar la labor de la Liga Española de Higiene Mental (1926), encargada de la difusión de conocimientos y la sensibilización social de la población respecto a la enfermedad mental.

²⁴ Con la publicación de la *Revista Frenopática Española* (1903-1915), los *Archivos de Terapéutica de las Enfermedades Nerviosas y Mentales* (1903-1915), y *Archivos de Neurobiología* (1919 -).

²⁵ Véase VALENCIANO (1974) para un estudio sobre la ideología y adscripción política de la escuela psiquiátrica de Madrid durante el primer tercio de siglo. Y también VALENCIANO (1977) para un visión general del durante el periodo republicano.

²⁶ CORCÉS (1995) CARLES *et al.* (2000)

²⁷ Así como los postulados de Kraepelin respecto a la demencia precoz se aceptaban en España de forma casi simultánea —FERNÁNDEZ SANZ (1908) hace referencia a la 7ª edición del *Lehrbuch...* publicada un año antes— los referentes a la esquizofrenia tardaron algo más en asimilarse: “En 1920 aparecieron los primeros artículos con el término esquizofrenia en el título, pertenecientes a Sacristán, Sanchís Banús y Villaverde y Larraz la tiempo que aquellos que empleaban el de demencia precoz iban siendo cada vez menores. De hecho, con fecha posterior a 1924 hemos hallado tan solo cinco” (PLUMED y DUALDE, 1997).

²⁸ EDITORIAL (1925). Y, frente a ella, la crítica razonada de FUSTER (1926): “La clasificación del profesor KRAEPELIN descuidando la psicología individual, fue el coronamiento clínico de una concepción anatómo-estática de las enfermedades mentales... hoy en día que a la concepción anatómo-estática de los trastornos mentales va sucediendo la noción de psicodinamismo de la escuela de FREUD el tratamiento moral y el trabajo van ocupando el lugar importante que les corresponde en la asistencia de psicópatas y alienados”.

Otro elemento importante de la teoría psiquiátrica fue el cambio conceptual respecto a la locura: “el elemento central de todas las acciones previstas era el nuevo ‘enfermo mental’, el individuo que, como enfermo, necesitaba de la atención médica y social que permitiera curarlo, o por lo menos recuperarlo para la sociedad, si esto era posible, y no sólo aislarlo para defender a esa sociedad” con respecto a la enfermedad y a los enfermos mentales²⁹. Como tendremos ocasión de ver, este avance se perdió tras la guerra civil.

En cuanto al psicoanálisis, de acuerdo con los estudios ya comentados³⁰, Ángel Garma será “el primer psicoanalista español, el único reconocido por la Asociación Psicoanalítica Internacional que, tras recibir una formación ortodoxa, intentó seriamente constituir una escuela en España”, en lo que sería la primera fase de la institucionalización de la disciplina en nuestro país³¹. Aunque sus escritos son los únicos que, en puridad pueden considerarse psicoanalíticos, a lo largo del primer tercio de siglo las ideas freudianas habían alcanzado cierta difusión³² y eran varios los autores que escribían “sobre el psicoanálisis” o discutían acerca de sus teorías, llegando a polemizar al respecto³³. De forma similar encontramos la adscripción de Valenciano (1936) o Sarró (1936) a la corriente antropológico-existencial. La diferencia fundamental estribará en el talante de los profesionales de cada periodo, determinado en buena medida por la situación política.

Por lo que respecta a la **legislación**, el acontecimiento más importante estuvo representado por la promulgación del Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales de 3 de julio de 1931, publicado a los pocos meses de instaurada la Segunda República. Este decreto representó un cambio cualitativo en la concepción y asistencia al enfermo

²⁹ ÁLVAREZ (1995), p 97.

³⁰ CARLES (1986), CARLES *et al.* (2000) y CORCÉS (1995).

³¹ Que, tras la interrupción provocada por la guerra civil, tendría que esperar a la década de los sesenta para consolidarse.

³² Sus obras, traducidas por Luis López Ballesteros, comenzaron a publicarse en 1922.

mental, siendo una de las pocas normas que permaneció vigente durante el franquismo, como indicamos con más detalle en el apartado 3.2.6 *Legislación*, por lo que dejaremos para más adelante cualquier otro comentario.

En cuanto a la **asistencia**, el ambiente que posibilitó el Decreto de 1931 también fue responsable de los intentos de reforma que se llevaron a cabo, que incluían la planificación y diseño de hospitales psiquiátricos, dispensarios para la atención ambulatoria... todo ello para hacer frente a una situación ciertamente caótica: los establecimientos eran insuficientes; su estado de conservación, lamentable; la organización, ineficaz, siendo de titularidad estatal únicamente dos de los 83 establecimientos existentes, la mitad de ellos propiedad particular, generalmente de organizaciones religiosas. Todas estas deficiencias, puestas de manifiesto a través de las inspecciones del Consejo Superior Psiquiátrico, motivaron la puesta en marcha de distintos proyectos en todo el territorio con el fin de paliar la situación³⁴, proyectos no exentos de resistencia: las inspecciones generaban más gasto al obligar a hacer mejoras en los establecimientos y la Iglesia eludía en lo posible la intervención del Estado, al tiempo que entraba en conflicto ideológico con la profesión por la actitud progresista de un buen número de psiquiatras.

Los principales avances en el ámbito asistencial se produjeron en Cataluña, al amparo del Estatuto de Autonomía obtenido en 1932 por el cual la Generalitat asumía competencias en materia de Sanidad, apoyada por una tradición asistencial sustentada económicamente por la burguesía progresista. De acuerdo con Comelles (1988), dos fueron los logros más importantes: el primero de ellos fue la “comarcalización” de la

³³ Como fue el caso de SANCHIS BANÚS (1924) y FERNÁNDEZ SANZ (1924), a través de las páginas de *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*.

³⁴ No obstante, el proyecto emblemático, el manicomio de Alcalá de Henares, diseñado por Hernández Briz siguiendo las directrices de Lafora, funcionó de forma precaria durante la guerra civil hasta que acabó siendo habilitado para cuarteles militares (ÁLVAREZ, 1996: 105).

asistencia psiquiátrica³⁵, donde se establecía una serie de estructuras asistenciales complementarias y articuladas entre sí, que iban desde la atención ambulatoria hasta la rehabilitación de crónicos, pasando por hospitales de agudos y recursos intermedios con posibilidad de intervención sobre cuestiones de carácter social. En segundo lugar estuvo la organización de la asistencia psiquiátrica del bando republicano durante la guerra: elaborada también bajo el influjo de las ideas progresistas que aportaba Mira por su conocimiento del mundo anglosajón, y ayudado por Tosquelles entre otros profesionales establecía, en el plano asistencial, un modelo en tres niveles —frente, retaguardia del ejército y retaguardia civil— que tenía por fin evitar al máximo la pérdida de efectivos por las bajas³⁶; en el plano organizativo, asesoraba a los mandos para la mejor adscripción del personal en función de sus aptitudes psicotécnicas, y para la distribución de los periodos de permiso, rotaciones, etc. con la disponibilidad de apoyo psicológico. El resultado, a juzgar por las estadísticas, pudo considerarse satisfactorio. Sin embargo, el ambiente de creciente inestabilidad política durante la Segunda República, unido a la situación de debilidad crónica de las arcas del Estado determinó, en buena medida, el fracaso de la reforma.

La valoración que hace Álvarez (1995: 105-6) de este periodo no puede ser más demoledora:

“Como hemos visto, durante los años veinte y treinta se crearon una serie de organizaciones e instituciones que dieron consistencia y personalidad a la profesión de psiquiatra... y que permitió que estos profesionales lucharan por la transformación de la atención a los locos buscando transformarla en lo que debe ser, la asistencia a personas enfermas, que deben ser tratadas y hospitalizadas con dignidad y con los conocimientos, métodos y técnicas más modernos. Este intento de

³⁵ En un antecedente avanzado de la posterior sectorización que propuso la psiquiatría comunitaria durante los años sesenta y que, en España, se adoptó a partir de la reforma psiquiátrica.

³⁶ Por lo que se procuraba no traspasar el nivel de la retaguardia militar, donde se empleaban técnicas de grupo y lúdicas para la recuperación.

reforma parecía que iba a comenzar a hacerse realidad, cuando, como sucedió en tantos otros sectores del saber, el levantamiento militar —y civil— de los sectores más atrasados y reaccionarios del país consiguió, nuevamente, detener el proceso de modernización y crear una situación de retroceso y, en el mejor de los casos, estancamiento de la organización psiquiátrica, que ha hecho que un nuevo proceso de modernización se tuviera que poner en marcha a finales del franquismo y después de él. Es importante reconocer la línea de continuidad que podría establecerse con aquel periodo republicano para ser aún más conscientes del daño enorme que produjo la rebelión contra la República”.

3.2 Características generales de la época franquista (1939-1975)

Uno de los trabajos que aporta las claves teóricas para comprender el decurso histórico de la psiquiatría durante el franquismo es el de Marset (1983), quien plantea las condiciones determinantes del contenido ideológico, el desarrollo teórico, la práctica profesional y la función social de dicho periodo. Tras admitir que las razones que provocaron la guerra civil —en concreto, el enfrentamiento ideológico-religioso y los intentos de la oligarquía terrateniente y financiera por mantener su poder en detrimento del desarrollo de la revolución industrial—, serían los responsables de los aspectos fundamentales de la ciencia española del franquismo aceptados comúnmente —a saber, la ruptura con el resurgir científico forjado desde la restauración hasta la Segunda República y la imposibilidad de institucionalizar la actividad científica como un elemento más de la vida social del país—, Marset extiende tales supuestos al caso concreto de la psiquiatría de este periodo, considerándola “una expresión paradigmática, casi privilegiada, de las principales contradicciones de la ciencia y la sociedad española de la posguerra”.

Siguiendo su planteamiento, toda ciencia sería el resultado de la evolución dialéctica entre los elementos internos y externos de la misma, es decir, entre los

conceptos y las circunstancias que rodean a los mismos. En el caso concreto de la psiquiatría se produce “la primacía de los factores externos a la hora de determinar la naturaleza de sus concepciones³⁷”, existiendo una dependencia de elementos externos que serán distintos para cada época considerada. Marset reúne tales elementos externos en tres grupos: económicos, políticos e ideológicos.

Entre los primeros se encontraría, durante los primeros años de la posguerra, el fenómeno de “rerruralización de la sociedad española” que, unido al retraso en el proceso de industrialización subsiguiente y a la etapa de la autarquía económica, retrotraería a la sociedad española a las condiciones anteriores a la Revolución Industrial, en plena sociedad estamental, donde “no existe el ciudadano, con sus derechos y deberes, sino las distintas categorías sociales que añoran los del *Ancien Regime*, las del Imperio... [fomentándose una] mentalidad pasiva, sumisa (reforzada políticamente con la represión)”; más tarde, tras la introducción del Plan de Estabilización, el mantenimiento de la dictadura impedirá asumir todas las consecuencias del proceso de industrialización —libre negociación, libre sindicación, huelga...— provocando la ausencia de la ciudadanía, de las modernas ‘normas’ o de los valores éticos del capitalismo. “Evidentemente, es un freno enorme para el desarrollo de la psiquiatría, y un condicionante para el escaso desarrollo que tenga lugar”.

Por lo que respecta a los aspectos políticos, confluyeron durante el franquismo dos elementos característicos: el ejercicio de una enorme represión y depuración; y la imposición de un régimen antidemocrático, autoritario y fascista. Elementos ambos

³⁷ Lo que refuerza aún más la imposibilidad kantiana de que la psiquiatría, en cuanto ciencia del espíritu, esté dotada de la objetividad, interpretación y predicción propias de las ciencias de la naturaleza (MARSET, 1983). Este planteamiento, extensible al resto de la medicina, matiza el aserto de CASTILLA DEL PINO (1977: 79) para quien “La Medicina en general, como práctica, es una tarea que apenas se ve depender directamente de la ideología. En Psiquiatría, no ocurre igual. La Psiquiatría es un ciencia (?) heteróclita... a caballo entre... las ciencias de la naturaleza, y una ciencia humana... La Psiquiatría necesariamente depende de una ideología (en el sentido laxo del término) en una gran medida y, se quiera o no, precisa y remite a unos presupuestos filosóficos, estén o no explícitos”.

que nuevamente predisponían a la población hacia una actitud pasiva y socialmente inmadura.

Los factores ideológicos, por último, remitirán a la omnipresencia del nacional catolicismo, “el componente más importante que influya en la psiquiatría de la posguerra... Va a existir en lo ideológico una vuelta a la mentalidad escolástica y contrarreformista, tridentina, justificando y legitimando las injusticias y las diversas clases sociales”.

Como resultado de todo ello, Maset considera que la psiquiatría de la época se convirtió

“en una disciplina caracterizada negativa y fundamentalmente por los condicionamientos ideológicos del régimen político franquista. Por la ruptura personal y científica con la actividad científica anterior, por el aislamiento científico internacional, por el control político y religioso, por la pervivencia de la mentalidad agraria tradicional en la población, por la imposición del nacionalcatolicismo y la filosofía tomista, por la estructura política antidemocrática y autoritaria impuesta a la población, por la configuración en el seno de la profesión de los mecanismos controladores que evitaron toda desviación, por la ausencia de transformación asistencial y por la selección negativa que se produce entre los profesionales médicos ante esta disciplina”.

Abundando en la cuestión del ideario de la psiquiatría oficial, el breve trabajo de Castilla del Pino (1977: 79-102) se centra fundamentalmente en los escritos de Vallejo Nágera, López Ibor y algunas figuras secundarias, para ilustrar la ideología, las luchas por el poder y la teoría psiquiátrica durante el franquismo. De esta manera, señala que lo que caracterizó esta época fue el antidemocratismo; el racismo —que, matizado por el catolicismo, rechazaba la eugenesia—, unido a cierto clasismo y al desprecio a los vencidos y los enfermos; la impregnación de la religión en la formulación teórica de los

autores de la época³⁸, en detrimento del pensamiento científico y, en el caso de la sexualidad, llegando al moralismo a ultranza; y en el ámbito filosófico, la adopción manifiesta del tomismo, del biologicismo mecanicista unido a un espiritualismo de raigambre existencialista.

En cuanto a la teoría psiquiátrica dominante durante el periodo franquista, variable según las circunstancias del momento y asumida de un modo completamente acrítico, Castilla considera que se caracterizó por una concepción espiritualista que obligaba a aceptar entidades deletéreas como el alma para evitar que el organicismo adoptado fuera acusado de materialismo o positivismo³⁹; por un organicismo bastante burdo⁴⁰; por el rechazo del psicoanálisis⁴¹; por la proscripción de las tesis sociológicas en psiquiatría, coherente con un régimen totalitario para quien la admisión de tales supuestos implicaría una crítica al sistema, lo que resultaba completamente inadmisibile; y por la dedicación a la descripción clínica prolija⁴².

El juicio que emite sobre el periodo es notablemente crítico:

“Naturalmente, han existido muchos otros psiquiatras, pero me importa señalar que ni en versiones orales ni en textos escritos hubo expresiones que de al-

³⁸ Con recursos a la caridad como terapia, al providencialismo como causalidad, y a la posesión demoníaca como categoría diagnóstica.

³⁹ De esta forma, se volvía a los valores de la psiquiatría de mediados del siglo XIX.

⁴⁰ Debido a “la carencia de una competencia técnica en el orden de las corrientes organicistas de la época [de modo que dicho biologicismo]... no sea asumido sino ‘prestado’, recogido de aquí y de allá. En la Psiquiatría oficial, durante estas cuatro décadas, no ha existido un laboratorio donde tuviese lugar la más embrionaria forma de investigación biológica seria” (CASTILLA DEL PINO, 1977: 97).

⁴¹ “Puede afirmarse que así como la resistencia al psicoanálisis en la Psiquiatría de la preguerra civil estaba fundamentada en un cientifismo proveniente de la investigación positiva, en la posguerra la resistencia anida en los prejuicios religiosos y políticos, o, mejor, en los religiosos puestos al servicio de los políticos. [A diferencia de lo que sucede en otros países de tradición católica donde se intenta conciliar la confesión con el análisis]... el catolicismo franquista, el nacional-catolicismo, lo proscribió acudiendo en sustitución a una ‘psicoterapia’ de consuelo, rezo y predicación moralista”. *Ibid.* p. 98.

⁴² “Sólo la clínica, en el más elemental sentido de este vocablo, es decir, la pura descripción, la estéril discusión sobre las formas clínicas y los síndromes, sobre las combinaciones de unas y otros, ha sido la característica de la labor psiquiátrica que desde el poder se ha ofrecido”. *Ibid.* p. 99.

guna manera, incluso sutil, se opusieran al ideario del poder, por lo menos con carácter socialmente relevante. Todo lo más se hacía el silencio, de modo tal que, si bien no se asentía, tampoco se expresaba el punto de vista diferenciador. Una oposición, explícita y aún implícita, a este ideario significaba la automarginación en orden a la consecución de un puesto de poder real en la Psiquiatría oficial... Conservar la dignidad —pienso en figuras que tenían ya vigencia en la preguerra civil— sólo era posible en el aislamiento y la automarginación. El precio pagado por ello ha sido muy caro y probablemente los perjuicios obtenidos irreparables... no sólo se trata... de que durante estos años se haya hecho una Psiquiatría en España que apenas tiene que ver —en su conjunto— con la que se plantea en otros países, sino de algo aún más grave, a saber: la profunda desmoralización acaecida... [entendida] como pérdida o embotamiento del sentido moral⁴³".

Finalizado en 1975, aunque publicado tres años más tarde, la obra de González Duro (1978) sigue siendo básica para comprender las relaciones entre ideología, teoría psiquiátrica y praxis clínica durante el franquismo⁴⁴. Con una exposición de contenido que sigue un orden cronológico bastante laxo, para ilustrar su teoría recurre, a lo largo de todo el libro, a abundantes citas textuales de los autores más representativos, aunque en algunos momentos parece extender las conductas de los *popes* de la época al resto de psiquiatras. Escrita desde una orientación historiográfica influida por los presupuestos marxistas, tal vez adolece de una inevitable falta de distancia histórica, pues González Duro fue, al igual que Castilla, testigo de primera mano de alguno de los sucesos que relata, además de participante activo en la reforma psiquiátrica de la democracia. Por otro lado, tiende a atribuir buena parte de la evolución de la psiquiatría a la situación española del momento, sin apenas ponerla en relación con el

⁴³ *Ibid.* p. 101-2.

⁴⁴ Trabajos publicados posteriormente por GONZÁLEZ DURO (1996, 1997) son una síntesis de éste.

contexto europeo, atribuyendo a los psiquiatras españoles en exclusiva lo que no fueron más que usos también extendidos entre sus colegas europeos y americanos⁴⁵.

Su trabajo plantea la tesis de que “La psiquiatría española, salvo excepciones, ha sido desde el fin de la guerra civil hasta casi la actualidad una ideología de la locura y de la asistencia al loco... que ha respondido siempre a las necesidades represoras y controladoras de una sociedad autoritaria”. Las palabras que siguen ilustran adecuadamente su punto de vista:

“La psiquiatría, pues, asume funciones de una ideología cientifista que intenta adecuar el objeto de su estudio —la conducta del enfermo— a sus creencias preestablecidas socialmente y de corte clasista. Por ello la conducta del enfermo no suele ser ‘comprendida’ por la psiquiatría tradicional, puesto que dicha conducta no es interpretada desde las coordenadas del sujeto enfermo, desde su situación en la realidad, sino desde las coordenadas valorativas de la ideología dominante en la sociedad, con la que la psiquiatría se constituye como una especie de agencia de control de las conductas ‘desviadas’. Si lo que el sujeto hace, dice o expresa de cualquier modo, no se adecua al sistema de valores y normas vigente, si no resulta ‘familiar’ o ‘lógico’ a la estimación moral y pseudocientífica del psiquiatra, ese sujeto correrá el peligro de ser calificado como un ser anormal, lo que casi equivale a ser considerado socialmente como un ente ‘desprovisto de valor humano’, marginado y hasta desclasado⁴⁶”.

La pérdida de perspectiva que supone para el psiquiatra no darse cuenta de este rol social que le corresponde jugar, implica que “La alienación del psiquiatra, en cuanto a su actuación profesional, estriba en su falsa creencia de que ésta es exclusiva y

⁴⁵ Véase SHEPHERD (1994) a propósito de la actitud de los psiquiatras americanos frente al empleo de la insulino-terapia, cuya eficacia ya era puesta en duda por los autores españoles como ALARCÓN (1953) y su trabajo *Sobre la dudosa eficacia de la insulina en el tratamiento de la esquizofrenia*. O los comentarios de SCULL (1994) sobre trabajos históricos en torno a la actitud de los profesionales médicos frente a las lobotomías en Estados Unidos, en contraste con la postura de SARRÓ (1940) contraria a los mismos.

⁴⁶ GONZÁLEZ DURO (1978: 193).

neutralmente médica, y en la escasa conciencia de su ‘rol’ de corrector de conductas anormales o desviadas. Por su alienación social, tiende a creer que la conducta del loco es consecuencia directa de su enfermedad, que ‘necesariamente’ ha de ser orgánica, y no se percató de que la enfermedad psíquica... no es sino el rótulo con que se califica a una conducta humana considerada socialmente como inadecuada e ilógica para la lógica de la normativa vigente⁴⁷”.

Tras la exposición de lo que considera fueron características generales del periodo de posguerra —desmantelamiento de las instituciones republicanas, exilio o depuración de los psiquiatras del bando perdedor—, repasa la producción científica de la época, destacando la ideologización de los problemas psiquiátricos, con visiones radicalmente diferentes según textos de uno u otro bando, cuya temática comentamos más abajo⁴⁸. A continuación, pasa revista a los escritos que, bajo influencia germánica y del ideario fascista y nacional-socialista, fueron responsables “de esta peculiar aventura parapsiquiátrica”. Puntos de vista reaccionarios aún visibles en escritos de 1960 pero que, en los cuarenta, sirvieron de coartada para justificar la autarquía (también intelectual), la búsqueda de la hispanidad como origen de la ciencia psiquiátrica, el discurso oficial puesto al servicio de las labores de control del estado, e incluso, el racismo.

Iguals consideraciones hace respecto a la psicoterapia, analizando en profundidad la ideología subyacente que justificó la adopción de unas corrientes determinadas en detrimento de aquellas otras que, como el psicoanálisis, cuestionaban radicalmente los principios básicos del régimen franquista relativos a la confesionalidad del régimen y la naturaleza *quasi*-divina de la jefatura del Estado. La actitud general de la psiquiatría académica respecto a la psicoterapia fue de incredulidad:

⁴⁷ *Ibid.* p. 194, en lo que sería una acusación característica del movimiento antipsiquiátrico de la década de los setenta.

⁴⁸ Véase el apartado 3.2.2 *Periodo de ajuste (1939-1945)*.

“En el fondo, nuestra psiquiatría académica jamás ha creído que eso de la psicoterapia (‘el conjunto de métodos de tratamiento que influyen sobre el alma o el cuerpo, dirigidos al alma’, según la definición de Karl Jaspers, autor fielmente leído aquí) sirviese realmente para curar alguna enfermedad psíquica, como no fuera algún caso leve de neurosis o de alteración del carácter. Si acaso, la psicoterapia resultaba un ‘suplemento’ interesante que podía favorecer la captación y el permanente contacto con el cliente, al que había que mantener satisfecho por su transacción con el médico. Por eso, sólo se hacía psicoterapia a los pacientes ricos, mientras que a los ‘pobres’, dependientes de la psiquiatría pública, ni se les hablaba de ello... [para seguir afirmando que] Todos los procedimientos psicoterapéuticos podían ser válidos y aprovechables, desde el hipnotismo hasta la sofisticada psicoterapia antropológico-existencial, dado el carácter meramente ‘ortopédico’⁴⁹ que, por lo general, se les adjudicaba a los mismos”.

Por supuesto, la adquisición de una formación sólida y reglada en psicoterapia quedaba fuera de toda posibilidad.

Las opiniones dedicadas a la antropología existencial va a hacerlas extensivas al resto de quehaceres terapéuticos: “... aquí no se ha elaborado nunca una doctrina que esquematice unos mínimos principios teóricos y que formule una metodología algo coherente para el ineludible quehacer terapéutico ante el enfermo real y concreto. Lo que se ha hecho, o mejor, lo que se ha dicho, no ha sido otra cosa que una mera literatura psiquiátrica, antropológica o pseudofilosófica, de escasa o nula operatividad en la práctica clínica”. Califica de “aberración” la psicoterapia sugestiva durante la fase de recuperación del electrochoque⁵⁰; relata el empleo de LSD y otros alucinógenos con fines experimentales⁵¹, donde las experiencias alucinatorias y de despersonalización-

⁴⁹ Como lo consideraba López Ibor.

⁵⁰ Que atribuye a Caso Sanz, aunque este proceder ya venía proponiéndose por Meduna y Kläsi, creadores respectivamente del choque cardiazólico y la cura de sueño.

⁵¹ Llevado a cabo por Rojo y la escuela de Granada.

desrealización se hacían servir como psicoterapia (ontoterapia jasperiana)⁵²; dedica unas palabras a la psicoterapia de grupo, tardíamente introducida debido probablemente a su origen anglosajón, y no germánico, siendo poco debatida y conocida en los profesionales, y restringida a la clínica privada y al tratamiento de los alcohólicos⁵³; y finaliza con comentarios similares respecto al Psicodrama.

En el capítulo dedicado a la asistencia psiquiátrica, indica la polarización que se produjo desde el inicio mismo de la dictadura, entre la asistencia manicomial, casi de beneficencia, y la psiquiatría de consultorio, habitualmente privada y desarrollada por los mismos psiquiatras que ocupaban los puestos académicos, por garantizarse de este modo el éxito en la consulta:

“Los psiquiatras españoles, en los años posteriores a la guerra civil, mostraron ampliamente su satisfacción por el inicio de una nueva etapa de activismo terapéutico en los enfermos mentales, que contrastaba con el pesimismo terapéutico que se suponía existente en los años de preguerra. Este activismo terapéutico, por lo general, no incluía a la terapia ocupacional, a la laborterapia, a la socioterapia, a la ludoterapia, ni tampoco a la psicoterapia, que, pese a las retóricas exposiciones

⁵² GONZÁLEZ DURO (1978: 121) lo califica de: “Mayor irracionalismo espiritualista no cabe pensarlo, y con él la psiquiatría rebasa los límites de la extravagancia y llega al más radical descompromiso: la problemática del enfermo se pretende resolver por la vía del más exacerbado individualismo, hacia un pseudomisticismo oscurantista, con el más absoluto menosprecio por las circunstancias reales en las que el individuo vive, por la realidad social en la que se ha puesto enfermo”. Afortunadamente, “todas estas pseudoteorías han sido escasa o nulamente aceptadas, y en la actualidad no tienen más valor que el constituir un anecdotario original y penoso de la psiquiatría española”.

⁵³ En España, el grupo catalán en torno a la cátedra de Sarró intentó desarrollarla, bien es cierto que desprovisto al máximo de la influencia psicodinámica por indicación del propio Sarró. En general, esta desprovisión del análisis profundo del psiquismo de los enfermos provoca la pérdida de validez de la terapia, cuando no la lleva por derroteros espiritualistas que nada tienen que ver con la formulación original, quedando próximo a los postulados de Th. de Chardin. “Ciertamente, la pesada carga ideológica implícita en muchos de nuestros psiquiatras acaba por esterilizar bastantes de sus esfuerzos de investigación científica; de este modo se queda al nivel de meras especulaciones”. *Ibíd.* p. 123-5.

de que fue objeto, no fue entonces sino una actividad médica marginal, poco sistematizada y reducida a un corto número de pacientes de la práctica privada⁵⁴.

Como vamos viendo, la importancia de la fenomenología y el análisis existencial en la psiquiatría española durante el franquismo es un hecho en el que coinciden diversos autores. El sólido trabajo de González de Pablo (1995) permite entender el por qué. Dividido en tres partes, relata en la primera de ellas las etapas de la escuela de Heidelberg⁵⁵; dedica la segunda al estudio de la irradiación de la psiquiatría heidelberguense a través de Francia, Gran Bretaña o España, ofreciendo pistas sobre el auge de la fenomenología: “los procederes, con mayor o menor exactitud conceptual etiquetados de fenomenológicos, que ofrecían la posibilidad de abordar las vivencias de la enfermedad de una forma ordenada, coherente y útil, fueron con diferencia los más aceptados. Mucha mayor resistencia despertaron otras nociones... en especial la estricta diferenciación entre desarrollo (*Entwicklung*) y proceso (*Prozess*), entre el comprender (*Verstehen*) —modo de abordar los desarrollos— y el explicar (*Erklären*)— modo de abordar los procesos— o entre lo que K. Schneider denominaba legitimidad de sentido (*Sinngesetzlichkeit*) mantenida o destruida en el contexto biográfico del enfermo⁵⁶”.

⁵⁴ *Ibid.* p. 149. En realidad, esta misma acusación podría hacerse al resto de psiquiatras de Europa y América, como pude comprobarse al leer los manuales de terapéutica empleados durante la época. Por otra parte, la dicotomía entre asistencia manicomial y consulta de gabinete era algo asentado en la psiquiatría española del primer tercio de siglo, pues figuras destacadas como Simarro o Sacristán disponían de consulta privada no precisamente al alcance de cualquier bolsillo.

⁵⁵ Describe, hasta 1972, cuatro etapas: Kraepelin (1891-1903); Nissl y Wilmanns (1904-1933), continuada luego por Carl Schneider (1934-1945), miembro del partido nacionalsocialista; Kurt Schneider (1946-1955); y von Bayer (1956-1972), cuyo final dio paso a la entrada de corrientes antipsiquiátricas que volverían a su cauce con la dirección de Janzarik (a partir de 1973).

⁵⁶ GONZÁLEZ DE PABLO (1995), p. 233. Y unas líneas más abajo: “La distinción entre comprensible y no comprensible (y, por lo tanto, sólo explicable) fue percibida generalmente en la psiquiatría internacional como una controversia conceptual farragosa típicamente alemana y llena de conceptos difícilmente traducibles... Una excepción a este respecto lo constituyó la psiquiatría española del periodo posterior a la guerra civil, que no sólo se hizo eco de esta diferenciación sino que... la reputó de extremadamente útil”.

Sin embargo, es la parte que versa sobre la penetración de la Escuela de Heidelberg en España la que más interesa para nuestro estudio. Partiendo de un supuesto similar al de González Duro, aunque planteado menos radicalmente, muestra el doble patrón de introducción de dicha escuela en España:

“... el del saber y el del poder. En el primero se primó la consecución de un mejor conocimiento de la patología mental en la incorporación de las nociones de la psiquiatría heidelberguense; en el segundo la introducción de las ideas de Heidelberg se hizo sobre todo para configurar y apuntalar una determinada parcela de poder e influencia dentro del marco de la medicina. En último término, al menos en lo que atañe a la incorporación de formas de pensamiento, saber y poder van indefectiblemente unidos; la diferencia entre ambos modelos estriba en que en un modelo se da primacía a la adquisición de saber sobre la de poder y en el otro se prioriza la preocupación del poder sobre la del saber⁵⁷”.

El modelo de incorporación desde el saber, característico del periodo anterior a la guerra civil, intentaba incrementar los conocimientos psiquiátricos a partir de la instauración de una forma de entender la psiquiatría de carácter neurológico y somaticista, para elaborar así un *corpus* de saber capaz de ofrecer progresivamente un mayor nivel explicativo de la patología psíquica. De esta forma se incorporó la obra de Kraepelin, determinando el abandono de la influencia francesa, principalmente en la escuela madrileña y algo menos en la barcelonesa, que conservó los vínculos tradicionales con la misma y su interés por la organización asistencial⁵⁸.

⁵⁷ *Ibid.* p. 234.

⁵⁸ COMELLES (1988) explica que las diferencias entre la escuela catalana y madrileña tenían que ver con la vocación de las mismas. Aquella enfocaba el problema de la enfermedad mental de forma colectiva, lo que explicaría su vocación asistencial; la madrileña, de Simarro, Achúcarro, Lafora, Sacristán, etc., heredaba la influencia de la escuela neurohistológica de Cajal, abordando la enfermedad mental a escala individual, por lo que fue fácilmente asumible por los psiquiatras afines al Nuevo Estado, tras la depuración de los profesionales afines a la República.

Dos son los motivos que señala para que se produjera este cambio: el primero, debido al influjo de Cajal, es la estrecha relación entre neurología y psiquiatría y, por ende, de ésta con el organicismo. De hecho, el acercamiento a la neurología permitía, por un lado, aproximarse al modelo médico “objetivo” para abandonar el discurso del tratamiento moral y, por otro, dejar de lado la noción de alienación mental para sustituirla por la de enfermedad mental, con “entidades obtenidas a partir de la rigurosa observación de una serie de síntomas y signos y sostenidas por los hallazgos anatomopatológicos”. El segundo motivo sería “la resistencia frente al discurso psicoanalista, considerado como proclive a la subjetividad a la que el planteamiento neurológico y somaticista era especialmente sensible”, resistencia que, aunque genérica, mostraba gran variabilidad entre los distintos autores (como demostraría el cambio de opinión de Villaverde o la impregnación de la teoría en Sanchís Banús). Una vez aceptadas las ideas kraepelinianas, se abrió la puerta para la entrada de autores posteriores, como Gruhle o Jaspers.

De forma resumida, las aportaciones genéricas de la escuela de Heidelberg que se emplearon en la psiquiatría española anterior a la guerra civil fueron: el análisis de las vivencias del sujeto enfermo en relación con el mundo y consigo mismo tal y como se aparecían a la subjetividad del paciente, lo que serviría para proporcionar una base firme para el establecimiento del diagnóstico; la valoración de éste y otros caminos de acceso al psiquismo del enfermo como instrumentos en continua reelaboración y ajuste; y la cuidada delimitación conceptual y terminológica del experimentar y del pensar psicopatológico.

A diferencia de lo que acabamos de ver, “El modelo de posguerra de incorporación de la psiquiatría heidelberguense tomó carta de naturaleza en función del establecimiento de un grupo de psiquiatras como poder técnico y profesional dentro del espacio de la medicina. En líneas generales, la formación de estos psiquiatras que adquirieron preeminencia a partir de entonces no difería sustancialmente de la de los

dirigentes de la psiquiatría del periodo republicano (con la excepción de Mira). *Por lo tanto las razones de la configuración de este modelo se deben buscar fundamentalmente en la influencia del entorno social de la época sobre el desarrollo de la disciplina*” (cursivas nuestras). Es lo que González de Pablo (1995: 236) denomina modelo de incorporación “desde el poder” y sobre el que volveremos con detalle más adelante al hablar de los periodos de ajuste y desarrollo controlado.

Casco Solís (1995; 1999) es uno de los autores que mejor ha trabajado sobre la psiquiatría durante el franquismo aportando, en sendos trabajos exhaustivos y documentados, los elementos externos que caracterizaron la primera mitad de dicho periodo, quedando pendiente completar el recorrido hasta el final de la dictadura. En un primer trabajo, enuncia los elementos que caracterizaron de forma transversal a la psiquiatría oficial durante el periodo franquista: la simplicidad, la arbitrariedad, y la anulación del sujeto.

Determina la simplicidad por oposición a la complejidad, considerada como una de las categorías definitorias de la modernidad y que, en la esfera de lo social, implicaba “la convivencia de elementos heterogéneos y de situaciones diversas, aceptando que se muevan... con el mutuo reconocimiento de sus respectivos derechos y el respeto a sus identidades morales”, algo impensable en un régimen surgido “de un gran fratricidio [que]... se asentó en la exclusión de lo diferente⁵⁹”.

Dicha simplicidad significó, en el terreno de la ideología, “la lucha contra todas las teorías calificadas como heterodoxas, y... la alerta frente a desviaciones internas y en la imposición dogmática y exclusivista de los puntos de vista propios”, lo que para Casco Solís representa “una visión profana y cientifista de la mitológica lucha que venía sosteniendo el catolicismo contra los llamados ‘errores modernos’”, ejemplo de lo cual fue la lucha contra el psicoanálisis freudiano, el conductismo, el pavlovismo, el

culturalismo, etc. Por último, se llegó a identificar moral cristiana con Higiene Mental, con repercusiones en asuntos de orden público, en una síntesis que coincide con lo expuesto por González Duro.

La arbitrariedad, segunda de las características de la psiquiatría durante el franquismo, tenía lugar en una sociedad en la que no cabía posibilidad de crítica ni contestación, con escasez de publicaciones especializadas hasta la década de los sesenta, dando paso a que se difundiera de forma desinhibida “un tipo de discurso irracionalista y arbitrario, caracterizado por su indiferencia ante los hechos y por los datos contrastados, por su improvisación y su despreocupación por los aspectos formales del razonamiento y de la argumentación”. Casco Solís (1995: 202) hace una valoración demoledora: “En este contexto la argumentación es, con frecuencia, inconsistente, no válida desde el punto de vista de la lógica, y falaz... las falacias que más abundan son las de tipo informal, en especial las llamadas ‘no atinentes’ y las ‘genéticas’⁶⁰... otras veces lo que vemos... son las llamadas ‘expresiones de un solo paso’, equívocas, y de nulo valor en tanto que indicadores de inferencias, aunque, desde luego, cumplieran otras funciones de orden extra-racional⁶¹”. Como vemos, expresiones comunes en otros ámbitos de la vida del país pero claramente presentes en el mundo psiquiátrico. Además, la arbitrariedad también alcanzó el ámbito de la terapéutica:

“La coyuntura especialmente esperanzadora que se abrió con los tratamientos de choque y luego con la psicocirugía... unida con la urgente necesidad de acreditación científica que tenían los psiquiatras, acusados de nihilismo terapéutico, y contando con la facilidad de aplicar masivamente los tratamientos en una población manicomial carente de salvaguardas jurídicas, son factores que explican la difusión de hábitos muy intervencionistas, que no tuvieron más limitaciones que

⁵⁹ CASCO SOLÍS (1995: 200).

⁶⁰ Entre estas últimas las del tipo “la mente judía”, “el marxismo disolvente”.

⁶¹ Del tipo la hispanidad es aquello por lo que el español es español.

las marcadas por el arbitrio de cada conciencia profesional. En este ambiente se daban las condiciones para los tratamientos incontrolados —electrochoques furtivos, por ejemplo— para el empirismo terapéutico, sin olvidar el frecuente recurso a los sucedáneos. Y, en definitiva, para sostener una relación arbitraria de poder sobre los enfermos”.

El empleo de psicofármacos, por el contrario, se hizo “de un modo más prudente y crítico, a lo largo de esa década⁶²”.

Por último, las circunstancias sociales e históricas de este periodo determinaron la anulación del sujeto, puesto que la escisión establecida por la guerra, el mantenimiento de las *dos Españas* “alimentó... una incapacidad para la reconciliación y para la convivencia civilizada. Una escisión de este tipo, de tan largo alcance —reveladora de una honda fractura— sólo pudo mantenerse mediante una violencia continuada sobre la conciencia moral de los españoles, lo que implica, necesariamente, una negación del sujeto”. Precisamente, el empleo de expresiones como “el hombre es portador de valores eternos”, que luego nunca se especificaban, permitía limitar el ejercicio de los derechos humanos tanto individuales como colectivos, favoreciendo “un modelo autoritario de concebir la psiquiatría y de considerar la asistencia psiquiátrica”, que retornaba al concepto de loco en lugar del de enfermo mental⁶³.

La valoración que hace sobre la psiquiatría del franquismo es la de

“una psiquiatría sin psicología, una psiquiatría que presta casi toda su atención a las grandes psicosis, a unas psicosis contempladas en el ámbito institucional... Estamos en presencia de una psiquiatría... que, apoyándose en el nivel de las realidades biológicas salta al mundo de los valores morales sin pasar por el nivel de

⁶² La lectura de los distintos trabajos sobre terapéutica que hemos estudiado no permite extraer claramente esta impresión, sin tampoco llegar al extremo de lo manifestado por GONZÁLEZ DURO (1978).

⁶³ CASCO SOLÍS (1995), p. 203-4. Se trataba de un cambio conceptual importante que, como recuerda ÁLVAREZ (1995: 89), había propiciado la cristalización la Ley de Asistencia al enfermo mental durante la Segunda República.

las realidades psíquicas, y que por tanto, no considera lo que le es más propio: la génesis y evolución interna de las conductas en su relación con la realidad social... el abordaje se realizaba con el bagaje conceptual importado de [la Alemania de entreguerras]... una forma de entender la psiquiatría que ya estaba en crisis al mediar los años treinta y de la cual estaban apercebidos sus representantes más lúcidos⁶⁴... [Se trataba de] un sistema compacto, estático, de base organicista y metodológicamente atenta a la pura descripción formal de los síntomas (su gran triunfo, en la que llegó a extremos admirables de finura y precisión psicopatológica) pero despreocupada por sus contenidos y por su eventual conexión con la estructura social. Estas peculiaridades le confirieron ese aspecto cerrado y un tanto dogmático, incapaz de integrar aportaciones de otro orden, y causante, a la postre de su decadencia y desaparición⁶⁵”.

En un segundo trabajo, dedicado a la periodización de la psiquiatría durante el franquismo y sobre el que volveremos más tarde, Casco Solís (1999) sintetiza las características generales de la actividad psiquiátrica durante dicho periodo: un bloque compacto con una “ideología, de naturaleza reaccionaria, en una primera fase y, fuertemente conservadora después, sería siempre inevitablemente antidemocrática, dogmática y excluyente, una ideología ‘fuerte’ que estuvo impregnando durante todo el tiempo el discurso psiquiátrico, al que, a la larga, condujo a su progresiva asfixia”. Otras de las características presentes fueron la tardía normalización académica de la psiquiatría y el abandono de la asistencia. El discurso oficial pasó de la militancia racista y eugenésica, de la crítica indiscriminada al psicoanálisis, de la búsqueda de la esencia de “lo español”, del catolicismo moralizante de la psicoterapia, a un discurso

⁶⁴ La asimilación de tales ideas se llevó a cabo a través de la llamada Escuela Neuropsiquiátrica de Madrid, integrada principalmente por Lafora, Sacristán, Sanchís Banús, Nieto Prados y Alberca (y excluidos Pérez Valdés y Valle y Albalade), y caracterizada por: una fuerte dependencia conceptual de Cajal y Achúcarro; una clara influencia kraepeliniana; y un fuerte componente regeneracionista, que le llevará a interesarse por las reformas sociales y por la asistencia psiquiátrica, pudiendo darse por finiquitada tras la guerra. (CASCO SOLÍS (1995), 204-5).

⁶⁵ *Ibid.* p. 204.

cada vez más neutro y técnico, orientado hacia el organicismo que concebía al ser humano como la conjunción de cuerpo y alma, pero alejado de toda causa social. Todo ello resultado de los cambios en el exterior de España, del recambio generacional, de la recuperación del asociacionismo científico, la creación y recuperación de revistas especializadas, la producción bibliográfica, la organización de reuniones profesionales, más que de la existencia de una crítica hacia lo que se hacía o de una elaboración teórica acerca de la psiquiatría.

Es interesante su opinión respecto a si “hubo o no un cuerpo doctrinal y una práctica psiquiátrica que pudiera ser denominada como psiquiatría fascista”. La respuesta de Casco es negativa, aduciendo como razones para ello la debilidad teórica del pensamiento reaccionario español⁶⁶, la presencia de una antropología católica que desactivaba los intentos fascistas, en especial el racismo, y el desinterés general del Régimen por las cuestiones psiquiátricas.

A pesar de todo, Casco Solís concede que “se dieron también una serie de aportaciones valiosas, científicas o cargadas de sugerencias fecundas”, y las clasifica en: aportaciones que provenientes de líneas de investigación abiertas durante la guerra civil pero cuyos resultados se dieron a conocer en los primeros años de la posguerra⁶⁷; aportaciones a la fenomenología y la antropología existencial⁶⁸; aportaciones a la medicina psicosomática y a la psiquiatría antropológica⁶⁹; y otras aportaciones⁷⁰.

⁶⁶ Que no consiguió elaborar “una teoría acabada —política, nacionalista y totalitaria— del hombre y del Estado” (CASCO SOLÍS, 1995: 206-7.).

⁶⁷ Las divide en tres grupos: test mentales, donde incluye el test Miokinético de Mira y López, el Puzzle Madrid de Ángel Suils, las aportaciones de J. Salas al Rorschach y las de Juarros al de Otszerezetzki; estudios sobre patologías carenciales como la Psicosis pelagrosa de Llopis y el Complejo sintomático de Madrid o Síndrome Parestésico-causálgico de Peraíta; y las aportaciones de Sarró a la antropología para la psicoterapia.

⁶⁸ Por un lado estaría la obra de López Ibor referida a la descripción fenomenológica de las ideas delirantes, el concepto de inversión de flecha del acto intencional en las mismas, el concepto de reacción cristalizada, y la timopatía ansiosa; por otro, las aportaciones a la analítica existencial, consecuencia de la popularidad del existencialismo francés, y que en España interesaron a Martín Santos, Alberca, Aumente y Valenciano.

⁶⁹ La obra de Rof Carballo; y los trabajos de Sarró sobre los mitologemas o el estudio preliminar al libro de Aeppli sobre los sueños.

Quedan por comentar unos pocos trabajos indispensables en sus respectivos temas de estudio. Nos referimos a los de Aparicio y Sánchez (1997) sobre legislación, y Comelles (1983, 1988) y González Duro (1975, 1996, 1997) sobre asistencia. Dado que cada uno de ellos constituye la base sobre la que hemos elaborado los apartados correspondientes de este capítulo, dejamos su comentario para más adelante.

Lo que hemos visto hasta ahora hace referencia a las características generales de la psiquiatría durante el periodo franquista, pero sus casi cuarenta años de duración son también susceptibles de división para su estudio en detalle, y en ese sentido debe entenderse los distintos intentos de periodización propuestos por distintos autores, que pasamos a ver en el siguiente apartado, y sobre los que hemos estructurado la exposición de este capítulo.

3.2.1 Periodización

Tres son las propuestas de periodización de la psiquiatría durante el régimen franquista. La primera de ellas, elaborada por Castilla del Pino (1977: 79-102), utiliza como criterio delimitador la ideología dominante en relación con las circunstancias políticas del momento, señalando tres etapas distintas:

1936-1950: “la conexión ideario político-Psiquiatría es manifiesta y concretamente la Psiquiatría se intenta poner al servicio de dicho ideario, a modo de argumentación científica que lo sustenta”.

1950-1972, coincidiendo con los planes de desarrollo y el final del aislamiento internacional: “se trata de asumir el poder psiquiátrico para el control del mismo (cátedras, sociedades, etc.), y el ideario político se presupone: es, por así decirlo, una condición básica para la pertenencia al grupo de poder”.

⁷⁰ Las de Córdoba, Piguem y Gurria a la desiderología, las de Soto al test de Szondi, Montserrat Esteve y la cibernética, Guija Morales y la descripción de las psicosis atebriónicas, o la extensa obra de Castilla del Pino.

De 1972 en adelante: “el poder psiquiátrico queda reducido a los puestos oficiales y el control se hace más laxo en los demás órdenes, al mismo tiempo que se incrementa el número de psiquiatras jóvenes que acceden a una actividad desde unos presupuestos completamente opuestos a los de la Psiquiatría oficial. De hecho, la descomposición y debilidad del régimen franquista tiene su correlato en la impotencia relativa del poder psiquiátrico para el control de la totalidad de la actividad psiquiátrica del país en estos últimos años”.

Gracia Guillén (1990), de manera similar al anterior, propone también tres etapas siguiendo criterios historiográficos⁷¹:

La psiquiatría de guerra (1935-1945): “La Guerra Civil española fue, como tantas veces se ha dicho, el prólogo de la Segunda Guerra Mundial. Esto explica que desde el año 1935 hasta 1945, la psiquiatría europea viviera una situación de guerra, y que fuera en España donde se ensayaran ciertas técnicas que habrían de tener gran repercusión en la conflagración posterior⁷²”.

Psiquiatría de la posguerra (1945-1970): delimitado únicamente por encontrarse entre los dos puntos de corte, es decir, el final de la segunda guerra mundial, por un lado, y el inicio de los cambios sociales y políticos del final del franquismo, por otro, es considerado como un periodo unitario, al que atribuye las características ya comentadas por otros autores.

⁷¹ El trabajo de GRACIA (1990) es un poco más amplio y pretende un acercamiento a la “Psiquiatría española de la posguerra”. Escrito casi a modo de ensayo, ofrece con cierto detalle, además de la periodización, comentarios acerca de la fenomenología y del concepto de timopatía ansiosa de López Ibor. Respecto a las características generales de cada periodo, sintetiza, sin aportar nada nuevo, lo que otros autores han dicho antes, guardando en algunos aspectos una gran similitud con el trabajo de Castilla del Pino, aunque sin citarlo.

⁷² En concreto, nombra la labor de Mira en torno al estímulo y mantenimiento de la moral de la población combatiente, concediéndole el honor de haber sido imitada posteriormente en la Segunda Guerra Mundial. También estaría toda la patología traumática, tanto craneoencefálica como psíquica (reacciones histeriformes, psicosis y psicopatías), relacionada con la guerra.

Psiquiatría actual (1970-1990): su inicio está determinado por los cambios que acontecieron fundamentalmente en el ámbito nacional, como por ejemplo el desarrollo económico de apertura a Europa, el auge del pensamiento marxista, el despegue investigador de España, los nuevos usos democráticos, el cambio generacional en el liderazgo psiquiátrico con la polarización en torno a la AEN frente a la psiquiatría oficial de la SEP, unidos a otros de carácter internacional como la aparición de la nueva psicofarmacología o la ideología de mayo del 68 y sus relaciones con la antipsiquiatría. En cuanto a la práctica de la psiquiatría, es en esta época cuando entra en escena la influencia anglosajona, se comienza a hablar de la sociogénesis y se inician avances en el terreno de la asistencia comunitaria, se reintroduce el psicoanálisis y se produce el renacer de la investigación en el terreno biológico.

Como vemos, se trata de una división un tanto artificiosa al considerar en una ocasión circunstancias propias del contexto europeo, con el primer punto de corte en 1945, mientras recurre a aspectos particulares de la situación política española para situar el segundo punto de corte en 1970, extendiéndose entre ellos un periodo de posguerra excesivamente amplio, sin tener en cuenta otros acontecimientos propios de la psiquiatría española durante ese lapso de tiempo.

Por último, Casco Solís (1995, 1999), utilizando criterios sociales, políticos y económicos relativos a la situación general del país y al desarrollo particular de la psiquiatría, establece periodos similares a los empleados por los historiadores generales del franquismo, esto es, Victoria militar, autarquía, estabilización, desarrollo y crisis. Ello le lleva a considerar cuatro etapas:

Periodo de ajuste (1939-1945): se produjo el ajuste de los profesionales a las nuevas condiciones creadas por la victoria de los nacionales, en un primer

momento, y de ajuste a la pérdida de influencia de la Alemania nacional-socialista, en un segundo momento.

Periodo de institucionalización (1946-1960): se dieron las circunstancias que permiten hablar de la psiquiatría como una actividad institucionalizada como disciplina académica, como ejercicio profesional y en cuanto al desarrollo de políticas asistenciales.

Periodo de desarrollo controlado (1961-1969): coexistieron en un mismo escenario psiquiátrico las nuevas promociones de profesionales, tecnocratizadas, que fueron toleradas por aquellas otras salidas de la guerra civil y aún hegemónicas, que detentaban el control de los poderes institucionalizados sin ninguna crítica ni contestación.

Periodo de crisis (1970-1975): fueron los años de contestación hacia el régimen franquista, con un recrudecimiento de la conflictividad laboral que alcanzó también a la organización asistencial española y, de forma particular, a la práctica psiquiátrica.

Debido a los distintos elementos que toma en consideración y a la pertinencia de los mismos, hemos adoptado esta periodización para desarrollar la contextualización histórica de este capítulo. Como ya se indicó en el apartado dedicado a la Segunda República, incluimos en cada periodo una somera relación de los “elementos externos” que contribuyeron a configurar los “elementos específicos” constitutivos de la psiquiatría. Estos últimos los ampliamos ahora con el epígrafe de ideario político predominante, para seguir con el dedicado a la teoría psiquiátrica derivada del mismo y organización profesional de la psiquiatría, que incluye lo relativo a la formación de especialistas, la difusión de conocimientos y la organización corporativa. La legislación y la asistencia se revisan en apartados independientes por estar menos sujetas a límites temporales que las demás cuestiones consideradas.

El psicoanálisis, por sus características diferenciales de teoría, formación y práctica, requiere un estudio aparte. Las vicisitudes por las que atravesó esta disciplina, incluida la proscripción a que estuvo sometida durante buena parte del periodo franquista, hacen que presente una periodización distinta a la que acabamos de ver. Está generalmente aceptada la división de la recepción del psicoanálisis en España en tres periodos⁷³:

La introducción del psicoanálisis (1893-1922): este periodo se extendería entre la recepción de la primera noticia sobre psicoanálisis y el inicio de la publicación de las obras completas de Freud. Durante este tiempo, a pesar de la labor de divulgación llevada a cabo por los introductores, "... o, más bien, a causa de dicha labor", España no estuvo dentro del movimiento psicoanalítico, sin existir afiliados al mismo ni una práctica clínica ortodoxa. Los motivos apuntados son los mismos que impidieron la institucionalización normal de la ciencia general en nuestro país.

La incorporación del psicoanálisis (1922-1936): se trata de un periodo breve pero intenso que finaliza con la guerra civil y, con ella, la posibilidad de que Garma, único psicoanalista español miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional, pueda desarrollar escuela. El psicoanálisis sufrirá "un proceso circular", con el rechazo inicial de sus postulados acerca de la etiología de las neurosis aunque con la aceptación en del método en su aspecto de investigación, lo que favorecerá su "manejo silvestre" que, a la postre, llevará a la confirmación de los supuestos previamente rechazados. Los condicionantes de que era presa la psiquiatría determinaron de manera importante su impermeabilidad hacia el psicoanálisis.

⁷³ CARLES *et al.* (2000). CORCÉS (1995), se refiere al primero de ellos como la prehistoria del movimiento psicoanalítico, y dedica a estudiar con detalle las vicisitudes de la disciplina durante el primer tercio de siglo. En general, coincide con las opiniones de los autores que hemos seguido en la exposición.

El movimiento psicoanalítico en España (1939-1968): El punto final coincide con la aparición de la *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, dos años después de la fundación de la Asociación Española, con lo que la institucionalización de la disciplina quedaba completada, aunque la completa normalización se producirá a partir de 1975, con la llegada de la democracia. La resistencia que existió a lo largo de este periodo se irá describiendo con cierto detalle para cada periodo, mientras que los conceptos manejados se comentarán al valorar las ideas psicoanalíticas en torno al concepto de esquizofrenia.

Queda fuera de este trabajo una mayor profundización en la historia del psicoanálisis en España, aunque no podemos menos que recomendar una lectura de la obra de Carles *et al.* (2000) para obtener una información adecuada y pertinente sobre el tema.

3.2.2 Periodo de ajuste (1939-1945)

Con la victoria del bando nacional el 1º de abril de 1939 se iniciaba una etapa de incertidumbre que se mantendría, con mayor o menor intensidad, hasta la victoria aliada de 1945. Durante esos primeros años, la represión y la depuración de profesionales agravaron aún más la penuria del panorama científico nacional⁷⁴, depauperado tras casi tres años de lucha fratricida⁷⁵ y con las instituciones republica-

⁷⁴ Como recuerda CASTILLA DEL PINO (1977: 81), "Llegado el 39, tras la victoria nacionalista, Sacristán es despojado de su puesto, Lafora y Mira y López marchan al exilio; muchos de sus discípulos y colaboradores o son depurados hasta impedirseles el ejercicio de la práctica, o exiliados, o tratan de pasar inadvertidos regresando hacia prácticas médicas no psiquiátricas y en poblaciones oscuras. Es, sencillamente, una diáspora. La Psiquiatría española es ocupada por los vencedores". GONZÁLEZ DE PABLO (1995: 236-7) también hace comentarios similares.

⁷⁵ Como recuerda CASCO SOLÍS (1999: 96), alrededor de doscientos psiquiatras quedaron en España tras la contienda, teniendo que hacer frente a la incertidumbre que para todo el país deparaba la nueva situación, y más dramático aún para aquellos integrantes del exilio interior, creándose un clima de desconfianza mutua y de personalismo, que dificultó la normalización del ejercicio profesional. Esta cifra contrasta con la expresada por LÁZARO (1997: xv), quien habla de 214

nas desmanteladas⁷⁶. Fueron años de incertidumbre política, económica, profesional y personal, que determinaron el ajuste de los profesionales a las nuevas condiciones creadas por la victoria de los nacionales, en un primer momento, y a la pérdida de influencia de la Alemania nacional-socialista, después.

La adscripción **ideológica** de los psiquiatras fue cualquier cosa menos uniforme, con una actitud de prudente espera en la mayoría de los casos, que contrastaba con la desinhibición con que algunos de los psiquiatras más representativos, carentes de cualquier oposición crítica, se significaban en sus posiciones. Posiciones que iban desde “un áspero militarismo de corte reaccionario políticamente descarnado e inadecuado para la nueva situación posbélica⁷⁷” como el de Vallejo, hasta el delicado pasado de apoyo de Sarró a la república, pasando por las posiciones promonárquicas de López Ibor —de ascendencia falangista—, o bien por opciones como la adscripción al citado falangismo o la aproximación a la iglesia, tanto desde posiciones modernas como desde integristas nacional-católicos, aunque fue lugar común el patriotismo exaltado, el idealismo ascético y el providencialismo⁷⁸.

En la psiquiatría europea de la década de los años treinta y cuarenta coexistieron dos **concepciones teóricas** contrapuestas de enfermedad mental, como venía siendo habitual desde siglo XIX: la biologicista o somaticista, donde la estructura social sería biológicamente normal y lo anormal correspondería a trastornos somáticos; y la

psiquiatras afiliados a la AEN en 1935, por lo que surge la duda de si hubo más exilio y represión que depuración (entendida esta de modo eufemístico como la eliminación física del adversario).

⁷⁶ Excepción hecha del Decreto de Asistencia de enfermos mentales de 3 de julio de 1931, vigente hasta su derogación en 1983!!!

⁷⁷ CASCO SOLÍS (1999: 97).

⁷⁸ Si bien los textos de algunos autores pueden ser considerados, con grandes dosis de benevolencia, como desvaríos ensayísticos, no puede decirse lo mismo de las ideas de Vallejo acerca de la creación de un cuerpo de inquisidores, o las de Marco Merenciano respecto a la consideración del marxismo como enfermedad mental (CASTILLA DEL PINO, 1977 y GONZÁLEZ DURO, 1979).

psicoanalítica, donde lo social sería cambiante, determinado históricamente, y determinaría a su vez tanto la personalidad como su funcionamiento⁷⁹.

En la España franquista, retrotraída socialmente a la situación estamental previa a la Revolución Industrial, no tendrá lugar el debate ideológico que pueda desembocar en el postulado burgués sobre el carácter 'natural' de la sociedad, manteniéndose el concepto sobre el origen 'divino' de la misma. Por este motivo, el materialismo inherente al modelo biologicista entraba en contradicción con los supuestos morales de la sociedad franquista al cuestionar el origen mismo del individuo. En este entorno, se intentó compaginar la tradición neurohistológica (biologicista en suma) interrumpida con la guerra, con la filosofía tomista, a expensas de sacrificar la investigación básica, deviniendo todo ello en un empobrecimiento conceptual de la psiquiatría, con su máxima expresión en el concepto de angustia vital de López Ibor⁸⁰. Kraepelin, figura de referencia fundamental debido a la tendencia organicista y clinicista de los años de la posguerra, dio paso a la influencia de Jaspers, Gruhle y Schneider, sobre todo tras la

⁷⁹ MARSET (1983: 2-4) explica el origen de esta dicotomía como un fenómeno de dos etapas: en un primer momento, la ruptura ideológica de la Revolución francesa respecto a la mentalidad dominante en el Antiguo Régimen dio lugar a la obra de Pinel, surgiendo un nuevo concepto de persona, de los derechos del hombre, de la ciudadanía, con un carácter "más 'natural', desposeyéndole de los determinismos sobrenaturales... se puede construir una psiquiatría que tenga como referencia unas normas comunes, un patrón universal de principios ético con el que interpretar lo anormal, y a la vez usarlos como instrumento terapéutico (el tratamiento moral)". Aquello que no cumpla con los criterios de esta nueva norma(-lidad) será considerado como enfermedad y, "dentro del esquema positivista de la medicina del XIX se intentará que se resuelva en lesión, disfunción o causación somática. En cierta forma, Kraepelin culmina esta tendencia".

Un segundo momento, que confirma la dependencia de la psiquiatría respecto a la sociedad se produce cuando el capitalismo, en su evolución, entra en contradicción con las normas que habían sido consideradas como 'naturales' hasta entonces: "Freud señala con su Psicoanálisis las consecuencias ideológicas de la contradicción entre la lógica del beneficio capitalista y las normas éticas que aparentemente están regulando la sociedad, el núcleo moral de la cultura judeo-cristiana. El desarrollo, la implantación del modelo industrial hacen tambalear el bloque de principios tradicionales y muestra como transitorio el núcleo milenario de nuestra ética. Y precisamente se produce este cuestionamiento desde la vida cotidiana". Con el modelo psicoanalítico, la medicina se puede plantear "la estructura de la sociedad en la configuración interna de la enfermedad, culminando de esta forma concepciones sobre la naturaleza social de las enfermedades iniciadas a mediados del siglo XIX por Neumann y Virchow".

⁸⁰ Véase al respecto el apartado 3.2.3 *Periodo de institucionalización (1946-1960)*.

publicación de la 4ª edición de la *Allgemeine Psychopathologie* en 1943, pero también favorecido por la posición crítica del primero frente al psicoanálisis y al marxismo⁸¹.

Para González Duro (1978: 127-8), la psiquiatría 'nacional-catolicista', derivada de las teorías de Kraepelin, era

“sistematizada y sin posibles heterodoxias, cientifista y prácticamente monolítica y cerrada, emanada de una ideología neokantiana, positivista y mecanicista, característica del auge decimonónico de una burguesía que se sentía entonces segura de sí y de su poder socioeconómico⁸²... La psicología alemana de finales del XIX, de larga y ancha influencia, era, o pretendía ser, una ciencia de laboratorio, cuantitativa y fisiológica, que dividía la vida psíquica en sus fragmentos más elementales, tal como hacían también la química o la física, y que habría de tener sus leyes naturales a descubrir. Fue sobre esta psicología de los elementos (o asociacionista) y de las funciones (sensación, percepción, memoria, inteligencia, voluntad, psicomotricidad, etc.), que exclusivamente valoraba la vida consciente del individuo, sobre la que se constituyó fundamentalmente el cuerpo de la psiquiatría kraepeliniana y postkraepeliniana. Esta psiquiatría, en gran parte aún vigente hoy en Alemania, fue y sigue siendo una ciencia positivista, descriptiva y nosográfica, que considera los síntomas psíquicos como fenómenos aislados, consecuentes a una alteración de base organicista de las funciones psíquicas (alucinaciones, ideas obsesivas, ideas delirantes, amnesia, hiperquinesia, etc.). Desde el primer momento se adscribió estáticamente al 'modelo médico' de carácter científico-natural, y a sus postulados y leyes, por lo que quedó establecido un tanto apriorísticamente que cada entidad nosológica o enfermedad mental tenía una sustancialidad orgánica de base, con su correspondiente etiología causal,

⁸¹ Véase MARSET (1983) y GONZÁLEZ DE PABLO (1995).

⁸² Esta seguridad de la burguesía alemana, su inquebrantable confianza en la estabilidad y 'perennidad' del capitalismo, la había conducido a la repulsa de los problemas relacionados con la concepción general del mundo y de la sociedad, y por ello su filosofía se circunscribió a la lógica, a la teoría del conocimiento y a la psicología. Era una filosofía burguesa que expresaba su confianza en que el desarrollo de la economía y de la técnica podría resolver todos los problemas de la vida y de los hombres.

diagnóstico, evolución clínica, pronóstico y, eventualmente, su tratamiento. En consecuencia, esta psiquiatría se reputa a sí misma como científica, objetiva y materialista, al margen de cualquier corriente ideológica o filosófica⁸³... Incluso en el cientifismo naturalista hay mucho de idealismo objetivista, que en esta psiquiatría se evidencia por su aceptación previa de un sistema de valores inmutables de la naturaleza (etiología, evolución, diagnóstico, pronóstico y tratamiento), como un principio básico, por encima de la materia dominada o a dominar (la enfermedad mental)”.

Castilla del Pino (1977) considera más específicamente que la visión organicista se vio doblemente limitada por su concepción espiritualista así como por el desconocimiento de las técnicas de investigación básicas en este campo y que anteriormente habían existido (neuropatología, neurofisiología, neuroquímica); la visión psicológica y psicopatológica hubo de renunciar a la influencia psicoanalítica, proscrita desde el principio y que se intentó sustituir por un remedo del análisis existencial; los postulados sociológicos, por las implicaciones que conllevaban, se vieron totalmente proscritos. “Solo la clínica... la pura descripción, la estéril discusión sobre las formas clínicas y los síndromes, sobre las combinaciones de unas y otros, ha sido la característica de la labor psiquiátrica que desde el poder se ha ofrecido”, todo ello en una línea de base kraepeliniana y con el libro de Bumke como referente, si bien éste era el texto “oficial” para los psiquiatras ya desde los años veinte.

El contenido psicoanalítico, por otra parte, tampoco podrá consolidarse en España por carecer nuestra sociedad del desarrollo burgués que hubiera permitido la aparición de conflictos entre moral burguesa y tradicional; porque esta disciplina era

⁸³ “Lo cual no era sino una vana ilusión. Porque, como muy agudamente dijera F. Engels, los ‘científicos de la Naturaleza creen liberarse de la filosofía por el procedimiento de ignorarla o denostarla. Pero como no pueden trabajar sin pensar, y como para pensar necesitan determinaciones de pensamiento, toman esas determinaciones o categorías de la conciencia común de las personas llamadas cultas, dominadas por los restos de filosofías hace mucho tiempo caducadas..., los investigadores siguen estando sometidos a la filosofía’.

considerada como “una revitalización de la doctrina del hombre-máquina de La Mettrie y, por tanto, como la versión moderna del materialismo mecanicista que llevaba consigo la anulación de lo que el hombre tiene de más valioso⁸⁴”; y porque el psicoanálisis se institucionalizó en menor grado que la psiquiatría antes de que se iniciara la guerra.

En este primer periodo, siguiendo a Marset (1983: 14), “nos encontramos en pleno ontologismo nosológico de corte galénico, tradicional. Las enfermedades mentales se agrupan en unos géneros y clases según la sintomatología, y su reconocimiento a través de la presencia de estos síntomas determina automáticamente la categorización esencialista, esquizofrenia, depresión, etc., y el tratamiento que le corresponda”, en lo que supone la pervivencia de una mentalidad prepineliana para interpretar la personalidad, la estructura de la mente y la enfermedad mental, pero con el manejo de términos y categorías kraepelinianas⁸⁵. Se tratará, por tanto, de una psiquiatría de base biológica, basada en los postulados de la psicopatología descriptiva y la fenomenología, sin apenas apoyo en la experimentación biológica, y con un fuerte rechazo de las teorías psicoanalíticas, contestadas antes de la guerra en el contexto de un debate teórico enriquecedor, y rechazadas tras el conflicto por razones fundamentalmente ideológicas y religiosas.

Sobre un panorama arrasado por la guerra, donde “sólo pueden destacarse, por consiguiente, figuras aisladas, sin entramado institucional ni trasfondo asistencial, pertenecientes al bando victorioso y con una decidida voluntad de ocupación de los espacios psiquiátricos que habían quedado mostrencos como resultado de la guerra y el exilio⁸⁶”, el “personalismo”, fruto de la necesidad del Régimen por promocionar a figuras que compitieran con aquellas exiladas, favoreció el elitismo en la **organización**

⁸⁴ GONZÁLEZ DE PABLO (1995), p. 237.

⁸⁵ MARSET (1983) aventura que la reacción a esta mentalidad pudo influir en la reacción antipsiquiátrica, si bien rechazo a la posición teórica prepineliana obedeció más a una cuestión ideológica que al contenido conceptual implicado.

del ejercicio **de la profesión**. De este modo, se estableció la hegemonía de los psiquiatras que habían formado parte del bando nacional, principalmente Vallejo-Nágera⁸⁷ y López Ibor, en Madrid, y Sarró en Barcelona. Más que una ruptura, lo que se produjo fue la continuidad de una línea de pensamiento con la desaparición, al menos en la esfera oficial, del saber psiquiátrico de los psiquiatras que, bien por afinidad ideológica, bien por cuestiones geográficas, formaron parte del bando republicano. Desaparición producida por la dispersión de todos estos profesionales, con la marcha de algunos de ellos⁸⁸ y el exilio interior de muchos otros⁸⁹.

De este modo, las restricciones materiales de diverso orden, la precariedad y escasez de las instituciones, y la desaparición del panorama docente de especialistas sólidamente formados determinaron, entre otras razones, que la formación de los profesionales en esta primera etapa fuera escasa, sin programas específicos en la

⁸⁶ CASCO SOLÍS (1995), p. 201.

⁸⁷ Coronel médico encargado de los servicios psiquiátricos del ejército nacional.

⁸⁸ Cuya obra tal vez se haya sobrevalorado debido a la ocultación que se hizo de los mismos en la formación de los psiquiatras de posguerra. Estos autores tenían “una forma de entender la psiquiatría muy parecida a la de los que permanecieron en el interior de España, aunque, eso sí, ... con un talante cívico diferente”. En este sentido, comenta COMELLES (1988) que “La consolidación de los nuevos líderes hubo de hacerse a expensas del descrédito de los exiliados. Sin embargo, los principales ataques los recibió Mira como representante de una corriente distinta, mucho más involucrada en el diseño y la planificación de los dispositivos asistenciales. *No era posible plantearse un debate doctrinario con Lafora o Sacristán porque éste hubiese podido poner en evidencia a los propios críticos, que se movían en Psiquiatría por derroteros parecidos. En cambio, Mira representaba un mundo distinto, una escuela muy alejada de la madrileña, y había participado en la contienda precisamente en la posición opuesta a la que ocupara durante la misma Vallejo Nágera en el ejército franquista*” (cursivas nuestras). Entre los psiquiatras que tuvieron que marchar se encontrarían: Ángel Garma, Gonzalo Rodríguez Lafora, Wenceslao López Albo, Félix Martí Ibáñez, Emilio Mira y López, Dionisio Nieto, Luis Ortega, Federico Pascual del Roncal, Miguel Prados y Suchs, Rafael Troyano de los Ríos, José Solanes, Jaime Sauret, Gabriel Capó Valle, Antonio Román Durán, H. Torrubia, Florencio Villa Landa y F. Tosquelles. CASCO SOLÍS (1995: 208) completa la relación de García Caminero sin incluir a los psicólogos, recogidos por Carpintero, ni tampoco a otros filósofos y pensadores.

⁸⁹ En cuanto a los representantes del exilio interior, tanto en sentido estricto “por haberse ejercido sobre ellos una represión más o menos violenta” como aquellos otros “vistos con indiferencia por el Régimen, que no sufrieron acoso, pero que tampoco obtuvieron ninguna clase de facilidades”, encontramos una lista pendiente de concluir y formada por: Joaquín Alier, Alzina Melis (uno de los primeros y mejores comentaristas de Freud), Busquets (jubilado prematuramente en 1941), Fuster, José Germain, Irazoqui, Juarros (fallecido en 1942), Bartolomé Llopis, Escardó, A. Pereira, Pérez

carrera durante varios años⁹⁰, sin un rigor adecuado, partiendo de presupuestos biologicistas⁹¹, sin apenas posibilidad de adquirir formación de postgrado (cursos en instituciones psiquiátricas, asistencia a los establecimientos), con tendencia al autodidactismo y con escasas opciones de salir al extranjero⁹². No había posibilidad de creación de escuelas, como antes de la guerra, mientras las cátedras, lejos de ser centros de investigación, se convertían en lugares para el ejercicio del poder sin posibilidad de contestación, so pena de resultar represaliado⁹³. Y es que las cátedras carecían de servicios clínicos adscritos⁹⁴.

A la hora de ejercer la profesión existirá, por una parte, una dependencia de los manicomios, que hacía inevitable la conexión de la práctica privada con tales instituciones; por otra, el ejercicio en la asistencia pública estaba limitado a los dispensarios de salud mental, las cátedras de facultad y las plazas de neuropsiquiatra, en general copadas por quienes ya tienen relación con los manicomios. Todo ello implicaba estar sujeto al control ideológico, político y profesional de la jerarquía en el poder, con la aquiescencia de un asociacionismo profesional claramente inoperante.

Casañas, Pérez-López Villamil, Salas, Sacristán, Solís, Vives i Casajoana y Valenciano (*Ibid.* p. 209). Es lectura indispensable sobre este tema el libro de VALENCIANO (1977).

⁹⁰ Partes de la asignatura se impartían dentro de los temarios de Medicina Legal, Toxicología o Medicina Interna, retrasándose hasta 1947 al dotación de la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Madrid, y con la Psicología médica inicialmente a cargo de profesores de la facultad de filosofía, bajo un estricto control religioso (CASCO SOLÍS, 1999: 102-7).

⁹¹ Una de las razones que aporta COMELLES (1988) para la adopción del organicismo en la psiquiatría de este periodo y el siguiente estaría en la “identificación con un discurso clínico compatible con el organicismo hegemónico en los claustros de Medicina”, pues los catedráticos de Patología Médica o de Medicina Legal formaban parte de los tribunales de las oposiciones ante la falta de catedráticos de Psiquiatría hasta la década de los sesenta.

⁹² Razones que llevarán a que “los psiquiatras españoles, que en general son los profesionales menos formados, recurran a una mayor identificación ideológica con la estructura de poder como una de las principales formas de legitimación social” (MARSET, 1983: 5).

⁹³ Como afirma MARSET (1983: 16) “No es aventurado el caracterizar a la estructura psiquiátrica universitaria que se configura en aquellos años como de verdadera catástrofe para la ciencia y la asistencia psiquiátricas por sus enormes insuficiencias y por su larga pervivencia”.

⁹⁴ Como recuerda CASCO SOLÍS (1999: 88), “durante muchos años, pudo considerarse que el verdadero ‘Servicio’ de la Cátedra de psiquiatría de Madrid fue realmente el Sanatorio de Ciempozuelos, un asilo”.

La producción científica quedó relegada a limitadísimos núcleos vinculados más a personalidades concretas que a instituciones, corrientes o escuelas asistenciales. Las publicaciones psiquiátricas de la época fueron escasas en número⁹⁵, difundidas a través de la única revista existente, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, y en su mayoría dedicadas a valorar los efectos e indicaciones de los tratamientos de choque, con una preocupación secundaria por cuestiones como la clínica psiquiátrica derivada de los estados carenciales⁹⁶, la patología traumática (orgánica y psíquica) derivada de la guerra, las toxicomanías o los suicidios, patología diversa cuyo aumento era comprensible tras una guerra civil.

Los libros y folletos fueron también escasos, la mayoría de dudosa calidad, redactados con un estilo ensayístico y especulativo, dotados de un contenido que iba desde la difusión de presupuestos ideológicos reaccionarios que negaban los valores democráticos, hasta el rechazo virulento de cualquier orientación considerada heterodoxa (psicoanálisis, teorías sociogénicas), pasando por la exaltación nacionalista en búsqueda de los orígenes de la hispanidad, o la adopción de una actitud catequética y moralizante que identificaba moral católica, higiene pública y salud mental⁹⁷. Todo ello, por supuesto, con el soporte teórico de la psiquiatría alemana contemporánea que garantizaba su solidez conceptual y confirmaba, al mismo tiempo, la autoridad de las figuras oficiales.

⁹⁵ 129 artículos en nuestra base de datos (REY *et al.*, en prensa). Véase CASCO SOLÍS (1999), DUALDE, JORDÁ y REY (2002), GONZÁLEZ DE PABLO (1995) y GONZÁLEZ DURO (1979) para una exposición detallada de la producción psiquiátrica. Por lo que respecta a la edición de libros, remitimos al apartado 8.1.2 *Libros, folletos y capítulos de libro* para una aproximación numérica que completa la comentada por González Duro y Casco Solís, mostrando un panorama ligeramente menos sombrío que el que dibuja el primero, si bien es cierto que el número de reediciones y reimpressiones incrementa la producción real de los autores españoles.

⁹⁶ Bartolomé Llopis publicó en 1946 “una excelente monografía sobre la psicosis pelagrosa, que aún hoy constituye una de las escasísimas aportaciones de auténtica investigación científica que en la psiquiatría española ha aportado a bibliografía mundial” (GONZÁLEZ DURO, 1978: 14).

⁹⁷ Aunque ello impidió, ciertamente, la realización de los experimentos eugenésicos que se dieron en otros países, sirvió en el nuestro para justificar la dura omnipresencia de una estrecha moral represiva.

Como bien sintetiza Comelles (1988: 155), “La psiquiatría franquista no puede ser estudiada bajo el prisma de dos orientaciones, como concedía antes de la guerra, en torno a lo asistencial y a lo médico-clínico, sino en torno a un modelo nuevo de organización, centrada en torno a unos líderes que se vincularían pronto a las cátedras universitarias, a un modelo hegemónico de psiquiatría clínica que relegaría al ostracismo cualquier tipo de pensamiento asistencial, y al abandono y marginación de los manicomios que perdieron toda su importancia como instituciones de formación de profesionales y su capacidad de engendrar conocimientos o *praxis*”.

3.2.3 Periodo de institucionalización (1946-1960)

Los años centrales de la evolución del Régimen franquista determinaron un periodo considerado como extracto condensado de lo que fue la dictadura en toda su extensión: “Desde el punto de vista psiquiátrico, este periodo... fue más interesante y creativo para la teoría psicopatológica, para la clínica fenomenológica y para el tratamiento médico-psiquiátrico, si bien, fue también un periodo determinante para obstaculizar las aperturas posteriores hacia nuevas y emergentes corrientes de pensamiento psiquiátrico, de amplia circulación durante la década de los años sesenta, lo que lastró la modernización de nuestras instituciones asistenciales⁹⁸”.

En 1946, la situación internacional resultante de la derrota de los países fascistas en la segunda guerra mundial permitió al régimen de Franco jugar un papel que garantizaba su viabilidad a largo plazo, al margen de la condena de la ONU. En el terreno particular de la psiquiatría, 1946 fue el año en que la *Revista de Psicología General y Aplicada* inició su publicación, al tiempo que se consolidaba *Actas Españolas de Psiquiatría y Neurología* tras los problemas de suministro de papel en los dos años previos. Pero, sobre todo, fue a finales de ese año cuando se presentía que el fallo del

⁹⁸ CASCO SOLÍS (1999), p. 86.

Tribunal para las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría de Madrid sería favorable a Vallejo Nágera⁹⁹.

La remodelación del gobierno acontecida en 1945 representó un cambio **ideológico**, “*el paso del nacional-sindicalismo al nacional-catolicismo*, la sustitución del proyecto ideológico calcado del totalitarismo por una ‘democracia orgánica’ que apenas puede llegar a encubrir una praxis política del más rancio integrismo y reaccionarismo¹⁰⁰”. Entre los motivos que podrían explicar este cambio cita Casco Solís (1999), la acreditación social de la iglesia como poder fáctico y, sobre todo, la conjunción de “uno de los invariables del pensamiento reaccionario español: la identidad entre lo español y lo católico”, que tan claramente ejemplificaban los textos de los psiquiatras más representativos. Este retorno al pasado, que producía un discurso muy apropiado para justificar el totalitarismo del gobierno determinará, para Marset (1983: 12), la actitud de las generaciones siguientes “fuertemente impregnadas por la visión religiosa y maniquea del mundo, con una plena asunción de la falta de libertades, con una gran tendencia al individualismo, al esquematismo, una gran ausencia de visión globalizadora de la realidad, una aceptación acrítica de la realidad como algo inmodificable (eterno, y de rechazo a la realidad psicológica), un rechazo y desconfianza hacia la racionalidad y la ciencia, una primacía de los componentes sentimentales, providencialistas, primarios”.

⁹⁹ Síntesis de lo que luego publicará en forma de memorias, CASTILLA DEL PINO (1977; 1997) narra la lucha entre Vallejo Nágera, representante del sector militar, la “posición fascista”, con amistad personal con Franco a través de las esposas de ambos; y López Ibor, “el oportunismo derechista”, quien fue destinado, tras el breve destierro por su manifiesto monárquico, al Departamento de Psiquiatría del Hospital Provincial de Madrid (servicio que dirigió Lafora hasta su exilio), quedando la cátedra en manos del primero. López Ibor no accedería a la misma hasta 1960, cuando falleció Vallejo. Véase también CASCO SOLÍS (1999: 95-6), quien considera que “dicha resolución [la designación de Vallejo como catedrático] —y el complicado proceso que condujo hasta ella— fue la primera realización psiquiátrica del régimen”.

¹⁰⁰ TUÑÓN DE LARA (1980), p. 467-8.

La **teoría psiquiátrica** derivada de los presupuestos ideológicos predominantes, evolucionó desde el organicismo positivista hacia el vitalismo¹⁰¹. Ello supuso la evolución desde las concepciones kraepelinianas hacia un psicologismo en el que no tenían cabida, según la teoría neokantiana del conocimiento, aquellos fenómenos psíquicos ajenos a la conciencia del sujeto, lo que en la práctica suponía mantener la negación del psicoanálisis. Pero además, el interés en la descripción de la vivencia subjetiva del enfermo, que se intentará seguir clasificando con las categorías ya existentes, se hará de forma que prescinda de la realidad en la que dicho fenómeno aparezca, ajeno a cualquier motivación que ‘contamine’ la esencia del mismo. “El resultado de esta ‘esencialización’ de las vivencias del enfermo psíquico, de esta abstracción apriorística de su realidad concreta, será una concepción des-historizada e idealística de la enfermedad mental, una concepción que será perfectamente compatible con el postulado clásico del origen organicista de la enfermedad. Por tanto, la nueva psicopatología no va significar una alternativa diferente a la vieja psiquiatría positivista, sino tan sólo una variación, más o menos especulativa y psicologista, sobre el mismo tema¹⁰²”. Todo ello, a pesar de las limitaciones en el método que el propio Dilthey había señalado. En última instancia se separará la forma de su contenido para quedarse con la primera, desechando el innegable valor que porta el segundo, siendo

¹⁰¹ De acuerdo con Lukacs (citado por GONZÁLEZ DURO, 1978: 175-7), el vitalismo al que aquí se hace referencia sería una teoría de origen burgués aparecida ante la necesidad de esta clase social de afrontar la lucha de clases en los años treinta. Poco a poco, respondiendo a la necesidad de control de la burguesía, se abandona la confianza en el positivismo y el desarrollo científico para abrazar una nueva *Weltanschauung* que permita cubrir ideológicamente los problemas y contradicciones existentes. Se trata de una ‘tercera vía’ entre el idealismo, que se rechaza por su academicismo estéril, y el materialismo, al que se vincula con el movimiento obrero. Su armazón teórico proviene Dilthey, enriquecido posteriormente con las aportaciones de Brentano, Bolzano, Scheler y Husserl, para encontrar su máxima expresión en la psicopatología fenomenológica de Jaspers, Schneider y la escuela de Heidelberg.

¹⁰² GONZÁLEZ DURO (1978), p. 177.

finalmente la visión del psiquiatra la que decida, dando por errada la del paciente, que es quien vivencia el síntoma¹⁰³.

La figura más influyente durante este periodo fue Schneider¹⁰⁴, así como la compleja y característica distinción de la escuela de Heidelberg entre el comprender (*Verstehen*) y el explicar (*Erklaren*), entre proceso y desarrollo, la incomprendibilidad última de los procesos (a la cabeza de ellos la esquizofrenia) y la equiparación entre proceso, incomprendibilidad y somatosis. Aceptada sin apenas debate, a diferencia del que suscitaba internacionalmente, esta dicotomía cumplía la función de una auténtica coartada ideológica, como comenta acertadamente González de Pablo (1995): “En primer lugar, la incomprendibilidad ofrecía una clara posibilidad de conectar la psiquiatría con la medicina, pues lo incomprendible se tendía a hacer sinónimo de orgánico. En segundo lugar, el dictamen sobre la incomprendibilidad o no del sujeto les dotaba de un argumento de legitimación profesional... En tercer lugar, la incomprendibilidad, que convertía al loco en algo ajeno, les daba una coartada para dejar de lado cualquier tipo de acercamiento social —aproximación a la que ideológicamente se encontraban ya de por sí bastante mal dispuestos— y limitarse a un tratamiento de corte exclusivamente médico”.

En España, la teorización sobre tales supuestos se radicalizó, de modo que para autores como López Ibor, incluso el desarrollo psíquico también se atribuía a factores intrínsecos al individuo y era, en última instancia, irreductible a la argumentación

¹⁰³ Paradójicamente, el vitalismo resuelve la cuestión de la dualidad cuerpo-alma con el recurso a la vivencialidad, concepto que, sin embargo, es fuertemente idealista: “para la corriente vitalista, la inteligencia tendrá solo un valor explicativo sobre lo puramente material, mientras que la intuición, más o menos privilegiada del observador, será casi el único método, o el mejor, para captar íntegramente el fenómeno observado, la vivencia interiorizada del sujeto, sano o enfermo, a analizar. Y, concretamente, al psiquiatra vitalista no le importan apenas los problemas concretos que el enfermo pueda contarle, sus contradicciones y dificultades reales; lo que sólo le interesa es captar en él la esencia de sus sentimientos y el modo de vivir sus síntomas y su propia enfermedad, dejando al margen la consideración de todos los condicionamientos de la situación real del enfermo, así como las motivaciones de sus sentimientos” (*Ibid.* p. 197-8).

¹⁰⁴ Con el colofón del *Symposium sobre esquizofrenia* (1955), en el que participó con dos ponencias.

lógica e incomprensible. Como comenta González Duro (1978: 182), “Prácticamente todas las enfermedades mentales serían incomprensibles para nuestra psiquiatría. El enfermo psíquico, para la psicopatología fenomenológica española, queda reducido a una simple naturaleza ahistórica, supuestamente alterada o lesionada orgánicamente... En consecuencia, la enfermedad mental estaría en un punto en la vida del sujeto que sería ininteligible en relación con su propia biografía, con sus propias coordenadas personales pasadas, presentes o futuras. Una especie de cuerpo extraño desconectado por completo de la vida sana del paciente”, determinado por la negación del contenido inconsciente del psiquismo humano con el explícito rechazo doctrinal del psicoanálisis. La desconexión entre síntoma y motivaciones inconscientes, con la atribución orgánica, vital o endotímica de las neurosis, justifica la falta de responsabilidad del entorno así como la innecesariedad de la crítica familiar, social e histórica.

Es en este contexto donde López Ibor formula su teoría sobre la angustia vital y el círculo timopático¹⁰⁵, que implicaba la biologización del abultado grupo de las

¹⁰⁵ Considerada por CASCO SOLÍS (1999: 126) como la propuesta “mejor elaborada y la más influyente de cuantas se diseñaron en aquellos tiempos”. GRACIA (1990) alaba a aquellos psiquiatras “inquietos” quienes, como López Ibor, recogieron las ideas orteguianas influidas por Dilthey, Husserl, Scheler y Heidegger, para abordar el tema de la subjetividad. Se asumía de este modo la diferenciación del ser humano en tres estratos fenomenológicos, vitalidad, alma y espíritu, que constituían la anatomía del intracuerpo y permitían interpretar los fenómenos psicopatológicos: “las neurosis no eran fenómenos reactivos, sino que tenían su base en trastornos endotímicos, es decir, acontecidos en la esfera del ánimo. Para designar este carácter *no-reactivo* de la angustia neurótica, LÓPEZ IBOR propuso en 1950 el término *angustia vital*, por similitud con el de tristeza vital, propio de la melancolía endógena... Tanto la vitalidad como el ánimo endotímico tienen la característica de ser *somáticos, corporales*. De ahí que LÓPEZ IBOR insistiera siempre en el carácter estrictamente *bioquímico* y *médico* de la Psiquiatría, frente a todos los intentos piscogenéticos y sociogenéticos”.

Desde nuestro punto de vista, parecen más acertadas las opiniones de MARSET (1983) o GONZÁLEZ DURO (1978), quienes lo atribuyen a un posicionamiento reaccionario encaminado a negar cuanto de profundo y social hay en la génesis de la enfermedad mental, y evitar así cualquier crítica de la sociedad, lo que implícitamente cuestionara la legitimidad del régimen. En concreto, para GONZÁLEZ DURO (1978: 140-1) se daba, simultáneamente, el fenómeno de la progresiva psicologización de la medicina interna mientras la psiquiatría se hacía cada vez más somaticista. Somaticismo llevado a ultranza al no admitir siquiera las reacciones vivenciales anormales ni las psicopatías como ajenas a esa naturaleza orgánica, a diferencia de lo que sí se asumía en Alemania.

neurosis, desconectándola de toda investigación neurobiológica con amplia tradición en España, para negar al mismo tiempo su etiología cultural y socialmente determinada. Para Marset (1983) lo que pretende es “asentar [dentro] del modelo biologista, pero sin usar de la investigación, un cuadro psicopatológico que recogería manifestaciones surgidas en la sociedad”.

Hubo también otros intentos, destinados al fracaso por las limitaciones teóricas de las que partían, de superar la situación de indigencia de la etapa previa. Intentos que se iniciaron en esta época, como el de la síntesis entre psicoanálisis y existencialismo de Martín Santos¹⁰⁶, los esfuerzos de Valenciano por fundamentar la acción psicoterapéutica en la antropología orteguiana, la obra psicopatológica de Llopis, el culturalismo letamendiano de Sarró, y la sagacidad de Castilla del Pino al apreciar la diferencia entre la incomprendibilidad de la experiencia del enfermo y la incomprendibilidad por parte del observador de esa misma experiencia, y la perversión que supone “trasvasar lo ocurrido en ese segundo sujeto al primero¹⁰⁷”.

Sin embargo, los síntomas de las enfermedades mentales son eminentemente psíquicos, lo que lleva al “problema de la relación cuerpo-alma (psique) [que] ha preocupado sobremanera a nuestros psiquiatras más representativos, como una cuestión básica y de principio. Y en busca de una respuesta adecuada y ‘tranquilizadora’ han tenido que salirse del campo médico-científico y recurrir a la filosofía, específicamente a la... que hasta ahora en España se ha venido considerando como la oficialmente ortodoxa: la aristotélico-tomista. De este modo y paradójicamente, se hacía preciso el ‘salto’ del cientifismo positivista a la especulación metafísica, tan alejada de la realidad concreta de los enfermos psíquicos”. Esta dualidad se resolvería con el recurso a Zubiri, tal y como haría Alberca, al hablar de una ligazón entre cuerpo y alma sustantiva y no sustancial, dotada de actividad y calidades propias así como de otras nuevas.

¹⁰⁶ Véase CASCO SOLÍS (1999), GONZÁLEZ DURO (1978) y GONZÁLEZ DE PABLO (1995). Este último cita el trabajo sobre Jaspers y Freud, en la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* (1956), en el que, desde posiciones apartadas de los círculos de poder, se intenta un acercamiento al psicoanálisis, ya iniciado un año antes en su libro *Dilthey, Jaspers y la comprensibilidad del enfermo mental*, donde descubría la posibilidad de comprensión que ofrecía de la psicología profunda.

¹⁰⁷ A pesar de todo, GONZÁLEZ DURO (1978: 187-90) se muestra tajante sobre la validez de las teorizaciones de estos autores: “el pensamiento de Ortega, cuya mentalidad fue claramente germánica, ha servido de base para que psiquiatras como Marco Merenciano, Valenciano, Martín Santos, Llopis, Cabaleiro Goás, Mestre, Gutiérrez Gómez, Alberca, etc., construyeran especulaciones e hipótesis teóricas, más o menos brillantes e ingeniosas, sobre temas de la especialidad. A menudo estas hipótesis orteguiano-psiquiátricas no han sido otra cosa que una cobertura ideológica para justificar la actuación tradicional del psiquiatra ante el enajenado mental... ¿El enfermo

En consonancia con la inestabilidad de los modelos, el psicoanálisis siguió proscrito y, en las ocasiones en que se lo tuvo en cuenta, se buscó fundamentos distintos a los freudianos, como la medicina antropológica de Krehl y von Weitzsacker¹⁰⁸. La incorporación de tesis sociogénicas seguía descartándose, intentándose una síntesis más o menos original de diferentes escuelas, aunque con curiosas excepciones¹⁰⁹. El I Congreso Mundial de Psiquiatría en París en 1950 sirvió para el establecimiento de relaciones con Portugal que actuó como puerta de entrada para la recepción de ideas del mundo anglosajón, iniciándose el declive de la influencia de las ideas germanas¹¹⁰.

La **organización profesional** estuvo parcialmente determinada por la creación de cátedras, proceso lento y no exento de polémica¹¹¹. La entrada de la psicología en las facultades de Medicina se hizo desde la desconfianza en un excesivo materialismo de los médicos, resultado de una formación tendente al positivismo¹¹². Habitualmente, la asignatura se enseñaba como “propedéutica psiquiátrica”.

mental se desplaza de los demás por sí mismo y radicalmente o es desplazado implacablemente por la sociedad y por el psiquiatra 'al tener ideas con las que no se puede estar de acuerdo'?”.

¹⁰⁸ GONZÁLEZ DURO (1978: 69-105) opina que, en el fondo, todo esto no ejerció apenas influencia y que el nivel de la psicoterapia realizada, así como de las disquisiciones teóricas, salvo las propuestas por Rof Carballo, apenas fueron más que anecdóticas.

¹⁰⁹ Así, López Saíenz ofrece en 1954 la siguiente explicación sobre el aumento estadísticamente constatado del número de suicidios y tentativas: “Esta anormalidad se debe a las circunstancias especiales de nuestra Guerra de Liberación: la pérdida de las esperanzas conservadas durante su duración, en relación con familiares y haciendas; las colaboraciones en algunos casos delictivas; las profundas alteraciones económicas, las cesantías y depuraciones, etc.”. *Ibid.* p. 20.

¹¹⁰ CASCO SOLÍS (1999) y GONZÁLEZ DURO (1978).

¹¹¹ Fue significativa la “batalla de Madrid”, cuya trascendencia llegó hasta las jerarquías oficiales del régimen (CASTILLA DEL PINO, 1997); y la lentitud del proceso de creación de nuevas cátedras en otras universidades: “A finales de 1960, únicamente las cátedras de psiquiatría de Madrid, Barcelona, Valencia, Granada y Salamanca estaban cubiertas. Cinco cátedras en veinte años de régimen no parece mucho, ciertamente”, siendo aún más llamativo el hecho cuando se mira con detalle, con sucesivas convocatorias y concursos de traslado declarados desiertos, en unos ejercicios cuya finalización acontecía varios meses (incluso años) después de convocada la plaza, tal y como documenta CASCO SOLÍS (1999: 103-6).

¹¹² Impartida inicialmente en las facultades de Filosofía por profesores de las mismas, la presión de la AEN, reconstituida en 1949, consiguió que la asignatura pasara a explicarse en las aulas de la facultad de Medicina. Dos años más tarde, con Ruiz Jiménez en el Ministerio de Educación, se estableció que podía ser impartida por un catedrático de la misma facultad, un adjunto o un pro-

La regulación del ejercicio médico profesional seguía siendo casi inexistente tras la guerra civil debido, entre otras, a razones tales como la pérdida y desaparición de acreditaciones académicas, la escasez de profesionales capacitados por la merma que supuso la guerra y el exilio, o el pluriempleo y el ejercicio en distintas especialidades de los psiquiatras que quedaron... Aunque se dieron algunos pasos institucionales y legislativos¹¹³, no existió ningún proceso regularizado que controlara la formación de los especialistas hasta 1955, con la Ley de 20 de julio sobre Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas. Sin embargo, el reglamento para su aplicación no apareció hasta tres años más tarde, constituyéndose parcialmente la Comisión Asesora de Psiquiatría en julio de 1958, lo que motivó que careciera de efectos prácticos en la realidad.

En cuanto al asociacionismo, su regularización no se produjo hasta la década de los cincuenta, tras haberse reanudado a mediados de los años cuarenta¹¹⁴. Fundadas en torno a las personalidades que ostentaban los cargos de poder, como no podía ser de otra manera, seguían sin cumplir su función dinamizadora de la especialidad. De los acontecimientos de la época, sin lugar a dudas el más importante fue la asistencia al I Congreso Mundial de Psiquiatría en París, en 1950: “Allí se envió una representación

fesor con relevantes méritos en la disciplina, lo que facilitó el nombramiento de López Ibor para el cargo en la Universidad de Madrid, como recuerda CASCO SOLÍS (1999: 106-7).

¹¹³ En 1942 se creó la Vocalía y la Sección de Psiquiatría en el seno del Consejo Nacional de Sanidad, que antes de la guerra contaba con la sección de Higiene Mental; el 11 de noviembre de 1944 se promulgaba el Decreto por el que se establecía el reglamento para la aplicación del Seguro Obligatorio de Enfermedad que incluía la Neuropsiquiatría como uno de los servicios (*Ibid.* p. 107).

¹¹⁴ Por orden cronológico, las asociaciones que se crearon o refundaron fueron: Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría (1940), presidida por López Ibor, “que nació con los propósitos de liquidar los compromisos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, participar en los tribunales de las oposiciones e influir en la redacción de los Códigos del Nuevo Estado”, quien organizó el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, enero 1942); ocho años más tarde, reorganización de la AEN (1948), bajo la égida de Vallejo Nágera, que organiza el llamado 2º Congreso Nacional de la AEN (Valencia, mayo 1950), pocos meses antes del I Congreso Mundial de Psiquiatría en París; desde el 2º congreso, los siguientes organizados por la AEN se sucedieron con bastante regularidad; Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil (1952); Sociedad Española de Psicología (1953); Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (1955); Sociedad Española de Psiquiatría (1958); Sociedad Luso-española de Psicoanálisis (1960) (*Ibid.* p. 114-6).

oficial y se tuvo ocasión, por primera vez, de establecer discretos y prudentes contactos con los psiquiatras españoles del exilio, pese a la bochornosa campaña internacional promovida por Gemelli contra Mira y López, en la que también había participado Sarró¹¹⁵”.

Por lo que respecta a las publicaciones psiquiátricas, y dejando a un lado su calidad, el contenido de las mismas se orientó en esta época hacia cuestiones relacionadas con la finura del diagnóstico psicopatológico, muy en boga con el contenido de la teoría psiquiátrica dominante, así como a la valoración de la eficacia de los psicofármacos, que comenzaban a llegar a nuestro país casi de forma simultánea al resto de Europa, aunque sin un suministro regular.

3.2.4 Periodo de desarrollo controlado (1961-1969)

Con la puesta en marcha del plan de estabilización¹¹⁶, algunas cosas cambiaron en el régimen, fundamentalmente “el tipo de contrato social implícitamente establecido entre la sociedad y el poder político y militar, desde los tiempos de la guerra civil... se permite un mayor grado de participación y de iniciativas sociales —una cierta liberalización de las relaciones económicas— así como una cautelosa apertura informativa y cultural, a condición de no cuestionar ni la legitimidad de origen del franquismo, ni la continuidad del Régimen”. La Iglesia cambió el nacional-catolicismo por “una variante de signo clerical y autoritario, sedicentemente neutra y tecnocrática, pero plenamente reconciliada con el mundo de los negocios”. Ambas cuestiones

¹¹⁵ *Ibid.* para más detalle. Otros congresos y reuniones internacionales en los que hubo asistencia española fueron: I Congreso internacional de Psicocirugía (Lisboa, 1948), IV Congreso Internacional de Salud Mental (Méjico, 1951), Congreso Internacional de Psicoterapia (Zurich, 1954), que dio pie a que la siguiente reunión fuera en Barcelona, en 1958, lo que supuso el “Primer Congreso Internacional de una rama de la psiquiatría de la época de la dictadura franquista, casi veinte años después de que hubiese finalizado la contienda civil”, Congreso Internacional de Psicoanálisis (Ginebra, 1955), II Congreso Mundial de Psiquiatría (Zúrich, 1957). También son dignos de mención los grupos de orientación católica agrupados en torno a López Ibor y alentados por Pío XII y el padre Gemelli.

¹¹⁶ Preparado con la reforma fiscal de diciembre de 1957, que daría paso al Decreto-Ley de nueva Ordenación Económica de 21 de julio de 1959, más conocido como Plan de Estabilización.

facilitaron, en el terreno particular de la psiquiatría, “la coexistencia en el mismo escenario psiquiátrico de estas nuevas promociones [carentes del apego emocional hacia el régimen y preocupadas por la normalización de sus carreras profesionales], posibilistas y ‘tecnocratizadas’, con las anteriores, salidas de la guerra civil y aún hegemónicas, que continuaban controlando los poderes institucionalizados, sin recibir por ello ninguna seria crítica o contestación”. Además, 1960 fue el año de la muerte de Vallejo Nágera y el del acceso de López Ibor a la cátedra de psiquiatría de Madrid. En Barcelona se organizaron actividades en torno a Sarró con motivo del Año Mundial de la Salud Mental. Y fue también ése el año de la acreditación oficial de los psicoanalistas españoles dentro de la Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis.

Los cambios económicos precisaban de un cambio **ideológico** basado en el aumento del consumo para que el sistema pudiera funcionar¹¹⁷. Se trataba, en el fondo, de “despolitizar” el régimen, de “inocularles una especie de vacuna frente al proyecto ideológico de las clases dominadas”, pasando de una ideología carismática y providencialista a otra tecnocrático-consumista, representada por el lema de *Fin de las Ideologías*. Lo que subyacía en el fondo era la necesidad de institucionalizar el poder hegemónico que, dejando de estar en las manos exclusivas del caudillo, pasaba a estar detentado por un equipo oligárquico.

Sin embargo, esta tentativa desideologizadora fallará de raíz por la propia rigidez del sistema, que no admitía cuestionamientos en torno a la figura del Jefe de Estado ni los Principios fundamentales del movimiento. Con una administración sostenida por bases provenientes de falange, la práctica diaria seguía siendo fascista, por mucho que el discurso se sustituyera por otro tecnocrático que ensalzaba la tecnología, la gestión empresarial, el estado de bienestar¹¹⁸ y hasta un europeísmo moderado. Y en aquellos casos en que la práctica no era fascista se debía a que eran

¹¹⁷ Para los datos incluidos en el epígrafe de ideología, véase TUÑÓN DE LARA (1980: 433-526).

otras las fuerzas que se habían hecho con el control de los aparatos del estado (Iglesia, Universidad, publicaciones...).

Un cambio ideológico similar se produjo también en las bases de la Iglesia católica, quienes comenzaron a tomar conciencia de clase y a cuestionar “la función ideológica y legitimadora de la [institución], durante siglos, como aparato persuasorio de las clases dominantes”.

Tales tensiones ponían de manifiesto la crisis de hegemonía que permitía esbozar un posible cambio institucional. Aunque, sobre todo, lo que quedaba patente era precisamente la crisis ideológica de la clase dominante, frente a la cual se erigían dos posibilidades: o la búsqueda de un cambio coyuntural que no se acompañara de un cambio social¹¹⁹, recurriendo a diversas especulaciones sobre el estado de derecho y el de bienestar, “argumento ideológico de la sociedad de consumo despolitizada”; o bien la elaboración de una alternativa más radical que, en el ámbito ideológico, suponía el recurso a la ideología marxista, materializado en los distintos estudios críticos, de sólida metodología, realizados en los campos de la economía, la historia, la filosofía e, incluso, la psiquiatría¹²⁰.

¹¹⁸ Frente al que López Ibor se había pronunciado años antes al advertir de los inconvenientes de la socialización de la medicina (CASCO SOLÍS, 1999: 97, n. 26).

¹¹⁹ En este contexto cobra sentido la afirmación de GONZÁLEZ DURO (1978: 295) respecto a la psiquiatrización de los problemas de la sociedad, tendencia de algunos autores de la época, y que “no es otra cosa que una ideología tecnocrática para encubrir de un modo aséptico y cientifista las injusticias y contradicciones de un mundo dividido en bloques antagónicos, en países ricos y pobres, en clases dominantes y clases dominadas, así como para justificar la ineffectividad supuesta de cualquier cambio social o económico a que se aspire”.

¹²⁰ Con los dos libros de CASTILLA DEL PINO (1970), *Psicoanálisis y marxismo* y *Naturaleza del saber*, aunque GONZÁLEZ DURO (1978: 309-10), lo adelanta a la obra *Un estudio sobre la depresión*, de 1967, donde Castilla “expone las bases para una concepción dialéctica del hombre (del enfermo psíquico) en su situación en la realidad, partiendo de las ideas antropológicas del joven Marx y asimilando, en un intento de síntesis superadora, las investigaciones del psicoanálisis freudiano, la psicología empírica, el psicoanálisis culturalista, etc... La obra de Castilla del Pino es ya básica para el surgimiento de una psiquiatría distinta a la hasta ahora oficial. Sin embargo, su posición no está exenta de ciertas contradicciones, las cuales impiden que sus principios antropológico-dialécticos sean constitutivos de una praxis psiquiátrica radicalmente diferente de la tradicional”. El propio libro de González Duro participa también de este enfoque.

Al hilo de los cambios en distintos órdenes que acabamos de citar, la **teoría psiquiátrica** procedió a la asimilación de la siguiente etapa de la Escuela de Heidelberg, encabezada por von Baeyer en el plano personal y por el análisis existencial en el conceptual, en un intento de superar las estrecheces de la dicotomía *Verstehen / Erklaren* que, una vez cumplida su función de legitimación del modelo autoritario psiquiátrico, representaba un lastre del que había que librarse. Precisamente, el análisis existencial ofrecía un recurso de profundización en el paciente distinto al del psicoanálisis, por lo que rápidamente se incorporó al conocimiento “oficial” sin entrar en conflicto con el mundo universitario¹²¹. Además, permitía integrar mejor la dimensión moral y católica que formaba parte del “innegable carácter hispano”, ejerciendo al mismo tiempo una función de control social, tal y como se encontraba de manera implícita en la base de los planteamientos teóricos de López Ibor. Como recuerda González Duro (1978: 217), la antropología existencial, “consistente fundamentalmente en el análisis de los contenidos formales de la conciencia del hombre-enfermo psíquico, siguiendo los postulados ontológicos de la filosofía existencialista, especialmente de Heidegger¹²², Kierkegaard, Gabriel Marcel, etc... Se podía así eludir el análisis de lo inconsciente, y dirigir la interpretación psicológica hacia la búsqueda de la esencia del fenómeno psíquico, con lo cual la investigación del hombre volvía ‘a situarse en la ruta que había seguido durante siglos, desde los presocráticos’”.

A diferencia con el vitalismo irracional, el énfasis se pone ahora en lo terrible de la existencia, como no podía ser de otro modo tras la segunda Guerra Mundial, lo que

¹²¹ GONZÁLEZ DE PABLO (1995) cita traducciones y libros publicados durante este periodo que así lo demuestran, desde los *Temas Psiquiátricos* de Cabaleiro (publicados al final del periodo anterior, en 1959) hasta el Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Madrid en 1964.

¹²² La concepción existencialista de Heidegger fue adoptada sin reservas por nuestros más caracterizados psiquiatras, sobre todo porque representaba una alternativa de antítesis total a la obra de Freud, una alternativa más espiritualizada y menos comprometida.

lleva a González Duro (1978), siguiendo a Kolakowski a calificar a la psiquiatría de este periodo como

“claramente nihilista, conformista y conservadora que, con argumentaciones metafísicas, sirve para encubrir lo que, en buena parte, es consecuencia de la deficiente organización de las relaciones sociales. Porque no es difícil entender que aunque la enfermedad, la angustia y la locura tuvieran un radical biológico predefinido (lo que no está comprobado), tal como de hecho lo tiene la muerte, eso no impediría en modo alguno la posibilidad de que estuviera fuertemente condicionada por los acontecimientos biográficos, socioeconómicos e históricos, como también, de hecho, lo está la muerte¹²³... ahora es el ideólogo conservador, el médico o el psiquiatra, quienes utilizan la metafísica de la muerte para ejercer el poder intelectual o técnico sobre el oprimido, el débil o el enfermo. Para que éstos sigan aceptando sumisamente sus sufrimientos de siempre, se les ofrece una hábil justificación ideológica de su situación social”.

A pesar de este comentario, González Duro insiste en que los logros del análisis existencial no han llegado más allá de la descripción exhaustiva pero estática de las vivencias del enfermo, sin llegar a constituir una alternativa al psicoanálisis: “En pocas palabras, una simple terapia adaptativa y orientadora, con matices de dirección espiritual”. Y, para González de Pablo (1995: 241):

“La incorporación de la *Daseinanalyse* fue, en gran medida, un trasunto de una cierta flexibilización ideológica de la llamada psiquiatría autoritaria, en parte forzada a ello por las nuevas circunstancias sociales pero en parte también realizada de buen grado porque su consolidación como poder profesional ya estaba realizada. Con todo, esta pérdida de rigidez llevó inevitablemente aparejada una

¹²³ “En definitiva, la ideología de la muerte, tanto en filosofía como en psiquiatría, no es sino una versión intelectual de un hecho histórico, aún vigente en la sociedad actual: la sumisión del criado al señor de la muerte, a la ‘polis’, al Estado, a la estructura social dominante. En la vida social, de

debilitación de sus resortes de poder dentro de la profesión. Habría de transcurrir, sin embargo, más de una década y tendría que operarse todavía un cambio radical en la superestructura política para que el agrietamiento de la psiquiatría autoritaria se fuera traduciendo en frutos reales”.

Favorecidos por la relativa apertura que supuso el final de la autarquía, pero también obligados por las escasas oportunidades laborales y docentes, salieron al extranjero las primeras generaciones de psiquiatras, cuya **formación** fue más sólida que la de los colegas que permanecieron en España¹²⁴. Se siguió reconociendo una doble vía para la obtención del título de la especialidad, con el inicio del sistema de médicos internos residentes (MIR) que se consolidará en el periodo siguiente, por lo que los cursos anuales impartidos por las Cátedras, sin un programa definido, fueron la principal vía de formación¹²⁵. En Madrid se creó la Escuela de Psiquiatría de la Facultad de Medicina en 1964, mientras que en Barcelona los cursos de especialización se impartieron en el marco de la Escuela Profesional de Psiquiatría desde finales de los sesenta. Ambas Escuelas, junto con el Hospital Provincial de Madrid, fueron los lugares de elaboración teórica más destacados. A ellos se añadió, en 1964, el Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas, de nueva creación.

Es en esta década cuando se produce un aumento significativo del número de revistas, con la aparición de ocho nuevas publicaciones especializadas, y de la producción, con un número similar de artículos que en el periodo anterior a pesar de abarcar cinco años menos¹²⁶. Se generalizó la participación de autores extranjeros y

siempre, quien ostentaba el poder sobre la muerte (de los demás) también era quien ejercía el poder sobre la vida (de los demás): el amo, el señor, el explotador o el sacerdote”.

¹²⁴ Lo que contrasta con el comentario aparecido en *Actas Luso Españolas* con motivo de la obtención de la Cátedra de Psiquiatría por Rojo, en 1967, en el que se destacaba que era el primer catedrático de psiquiatría formado íntegramente en España.

¹²⁵ ESPINO (1997) aporta numerosa información relativa a la formación del especialista en psiquiatría en España.

¹²⁶ Las cifras que hemos obtenido son: periodo 1939-1945, 129 artículos; periodo 1946-1960, 1079 artículos; periodo 1961-1969, 1123 artículos; y periodo 1971-1975, 1187 artículos (Rey *et al*, en prensa).

también la de españoles radicados fuera de nuestras fronteras. La introducción de la psicofarmacología, iniciada en la etapa anterior, motivó una cantidad importante de trabajos dedicados a ensayos clínicos, comunicación de experiencias en el manejo de los psicofármacos, o la búsqueda de síntomas diana¹²⁷. También se produjo el auge de la psicometría y la psicoterapia¹²⁸, temas recurrentes en las publicaciones. Publicaciones que ya mostraban un aspecto más estructurado, con inclusión de referencias bibliográficas completas en los trabajos.

El asociacionismo profesional experimentó un auge acorde con el momento que se estaba viviendo, con un acontecimiento sin duda alguna destacable: la celebración del IV Congreso Mundial de Psiquiatría en Madrid, en 1964, dando el respaldo internacional a la figura de López Ibor, quien pasaría a ser presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría dos años más tarde. Las reuniones científicas y los congresos se fueron sucediendo con bastante normalidad, destacando por su actividad, junto a la SEP y la AEN, la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia.

3.2.5 Periodo de crisis (1970-1975):

Durante este último periodo continuó la conflictividad laboral en España, iniciada unos años antes, y que también alcanzó a la organización asistencial española, con actos promovidos y protagonizados por nuevas generaciones de profesionales que rechazan ya cualquier tipo de pacto social con la dictadura y que, mayoritariamente, optan por una dialéctica de ruptura con el pasado inmediato. A pesar de la firma del Acuerdo preferencial entre España y la CEE, aparecieron los primeros signos de la crisis económica en los años finales del periodo, coincidiendo con el estancamiento del turismo. Hubo una intensa actividad política clandestina, el presidente del gobierno,

¹²⁷ De esta época es el trabajo de FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA y LÓPEZ-IBOR ALIÑO (1967), aún citado en la bibliografía internacional (JENIKE, BAER y MINICHIELO, 2001), que valora la indicación de la monoclormipramina en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

¹²⁸ En 1968 comenzó a publicarse la *Revista Española de Psicoterapia Analítica*.

Carrero Blanco, fue asesinado, y la represión del régimen se endureció. Mientras, en el Sahara occidental, tuvo lugar la Marcha Verde.

Los acontecimientos psiquiátricos de la época estuvieron marcados por las movilizaciones, que se iniciaron en fechas tan tempranas como 1965 y alcanzaron su punto álgido en 1971, con los conflictos en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo y, unos meses después, en las Clínicas Psiquiátricas de Madrid¹²⁹, sucesos ambos que desembocaron en la constitución de la Coordinadora Psiquiátrica.

Con la crisis hegemónica iniciada durante la etapa anterior, la **ideología** en este momento dejó de ser la del bloque en el poder. Un poder que, ante el aumento de la contestación del pueblo, aumentó su control. La psiquiatría oficial prefirió “mirar hacia otro lado”, dejando de ser punto de referencia para ceder el protagonismo a otros colectivos de origen e ideología muy variada, organizados de forma espontánea y sin apenas estructura administrativa, pero eficaces en la difusión de conocimientos. El estudio de la ideología de los mismos permite entender los cambios posteriores que vinieron con la democracia.

En puridad, no puede hablarse de una ideología homogénea durante este periodo, sino de la confluencia de distintas corrientes que tenían en común su postura de oposición al régimen. Así, republicanos, monárquicos, comunistas, socialistas, tecnócratas, falangistas y facciones moderadas del poder iban impregnando distintos sectores sociales. Muy significativo fue el aglutinamiento en torno al PCE que, como ilustra González de Chávez (2003), no fue únicamente por cuestiones ideológicas, sino por tratarse de “la principal fuerza democrática... que en la clandestinidad era ‘el partido’”, con una amplia base de militantes organizadas en células o agrupaciones por razones de seguridad personal, y que en numerosas ocasiones desconocía la afiliación de compañeros con los que compartía otras áreas de convivencia.

¹²⁹ Coincidimos con Casco Solís en que la obra colectiva de BUGALLO *et al.* (1978) ofrece una muy buena aproximación a los conflictos psiquiátricos, en especial el capítulo de SÁEZ (1978).

De igual forma que con la ideología, el estudio de la **teoría psiquiátrica** predominante obliga a buscar las fuentes en los grupos de disidencia. Las tres corrientes predominantes que con más frecuencia se citan, como recoge Comelles (1983) fueron la oficial, de carácter tecnocrático, “que centraba su interés en asimilar el psiquiatra al médico e introducir la psiquiatría en el marco de la asistencia general”; la social, “que se propone la planificación de la asistencia bajo un modelo específico y recupera en cierta manera la tradición de antes de la guerra”; y la antipsiquiátrica, “radical... que jugó, dentro de ciertos límites el papel de vanguardia en las luchas allanando el camino a las otras dos”. A este respecto, Rendueles se muestra extremadamente crítico¹³⁰ en cuanto a la labor difusora de la Coordinadora, que enseguida pasaremos a comentar, al considerar que la asimilación de tales teorías se hizo de forma un tanto acrítica, seleccionando “una producción teórica procedente de fuentes filosóficas y tradiciones políticas muy heterogéneas” entre las que cita: la teoría del doble, es decir, el desplazamiento del problema psiquiátrico desde la enfermedad a su doble, la institución, que impide cualquier reflexión sobre la primera mientras no se la libere del entorno que la contamina, en lo que considera un excesivo uso de la “escasa y más bien trivial producción teórica de Bassaglia... [quien mantenía una] excelente relación personal... con el mundo de la Coordinadora”; la mezcla de la teoría de Goffman, de la que se tuvo un conocimiento parcial, con la terapia institucional francesa y la comunidad terapéutica; el freudo-marxismo, cuya aplicación abarcó temas dispares; y, por último, el recurso al movimiento molecular de Guattari, quien planteaba la capacidad de sorpresa frente al poder que tenía la movilización de minorías grupales.

Estas orientaciones excluían, para Rendueles, dos líneas fundamentales: el estudio de la psicosis propuesto por Laing o las reflexiones de Szasz respecto al papel de la psiquiatría como moral de la medicina; y las tesis de Foucault, desconocidas a pesar de

¹³⁰ “... ese camino de la nada a la más absoluta miseria de la teoría psiquiátrica crítica en España” (RENDUELES, 1997: 296).

ser un autor repetidamente citado: “Esta carencia es a mi juicio lamentable, pues equivocó radicalmente al movimiento antimanicomial español, al apartarle de sus verdaderos antepasados teóricos —el pensamiento libertario español y no los psiquiatras republicanos de la eugenesia, el manicomio provincial y de psiquiatrizar la sociedad entera— y lo alió con el aparato encargado... de vigilar y castigar¹³¹”. Por ello, la antipsiquiatría no fue tanto la corriente teórica que se dio en otros países, como la amalgama de saberes y actitudes de contestación que confluyeron en el objetivo común de su resistencia y contestación al régimen.

Dicha contestación estuvo también facilitada por algunos cambios en la **organización profesional**, vistos a través del sistema docente y formativo. Si la apertura iniciada quince años antes por Ruiz Giménez acabó provocando su caída por las revueltas de estudiantes, el poso dejado por el mayo francés y la puesta en marcha del sistema MIR no sólo facilitó el acceso a una enseñanza supuestamente más reglada, sino que sirvió como fuente casi inagotable de profesionales que participaban en las distintas revueltas psiquiátricas. A ello hubo que sumar el retorno de los profesionales formados en el extranjero, que seguían con dificultades de adaptación por la pérdida de contacto profesional que su marcha había ocasionado, y por la dificultad de no poder aplicar unos conocimientos aprendidos en una realidad distinta a la que se encontraron entonces. Por su parte, el acceso a las cátedras siguió controlado férreamente por las figuras que hasta entonces habían detentado el poder, manteniéndose esta situación hasta unos años después de acabada la dictadura¹³². En cuanto a la docencia, se podía apreciar movimientos de apertura en lugares que contaban con tradición en este sentido, como la cátedra de psiquiatría de Barcelona.

¹³¹ *Ibíd.*

¹³² Con un talante apocalíptico, GONZÁLEZ DURO (1978: 305) afirma que “Los fieles guardianes de la ortodoxia psiquiátrica española han cuidado celosamente de que surjan los menos posibles ‘desviacionismos’ doctrinales... cualquier psiquiatra que manifestase pretensiones de originalidad, de sinceridad crítica o de investigación libre de la realidad técnica, tenía que ser boicoteado de inmediato, marginado, para que su ‘extraño’ virus no pudiese extenderse y contaminarse a otros”.

El estudio de las publicaciones de este periodo confirma la tendencia descrita para el anterior, contándose con aportaciones “en cierta medida originales, por parte de otros psiquiatras, que han logrado evolucionar y distanciarse de las líneas maestras del viejo ‘sistema’”, con trabajos como *Problemas psíquicos de la emigración*, de Cabaleiro en colaboración con Morales Asín, o aquellos realizados con una perspectiva abierta y actual dedicados al estudio del alcoholismo, la emigración, la epidemiología psiquiátrica, la asistencia psiquiátrica, la psiquiatría social y familiar, sexología, etc. “aportaciones aún escasas, modestas y aisladas, pero que evidencian el inicio de un proceso evolutivo para la psiquiatría española y que permiten una actitud tímidamente esperanzadora¹³³”.

Queda pendiente de estudio, sin embargo, la difusión e influencia de la denominada literatura “gris”, es decir, aquellos documentos de uso particular, difundidos clandestinamente en este periodo en virtud de su contenido y de las circunstancias políticas, pero que llegaron a conformar un cuerpo teórico de cierta entidad.

La posición de las asociaciones profesionales consistió, en la mayoría de las ocasiones, en un cierre de filas en torno al poder. Incluso la AEN, refugio de psiquiatras progresistas que valoraban su pasado de compromiso con la república, y que “había tenido desde 1971 una postura pública favorable a las reformas psiquiátricas y a los movimientos de cambio, apoyando inicialmente ante las autoridades correspondientes, a los jóvenes psiquiatras que los llevaban a cabo¹³⁴”, optó oficialmente por una dejación de funciones en el momento que arreció la represión en los años finales de la dictadura¹³⁵. En este contexto cobró una especial importancia la actividad de la Coordinadora psiquiátrica, muchos de cuyos miembros lo eran también de la AEN y de otras sociedades científicas.

¹³³ *Ibid.* p. 315.

¹³⁴ GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (2003).

La importancia de la Coordinadora psiquiátrica radica en que representó el inicio de un grupo organizado para la recepción de un saber crítico que transformó el movimiento antimanicomio en otro más amplio, antiinstitucional, que le dotó de identidad, continuidad e ideología. Ideología multiforme por cuanto la propia coordinadora era “un grupo política e ideológicamente, heterogéneo¹³⁶”. Además, interesa señalar que durante el periodo final de la dictadura franquista cumplió en buena medida el papel de una auténtica asociación de profesionales, a pesar de las dificultades con las que se enfrentó, y de la evidente dejadez de funciones que las verdaderas sociedades psiquiátricas hicieron.

Inicialmente planteada como una “Organización de Resistencia¹³⁷”, integrada por cerca de doscientos profesionales de la salud mental, tenía por misión elaborar una teoría articulada en torno a unos principios mínimos de gestión democrática en los centros de trabajo y de organización asamblearia de las reuniones, redactar proclamas de contestación, protestar ante los desmanes del poder y conectar con otros grupos antiinstitucionales europeos, que solían denominarse con más o menos propiedad como antipsiquiátricos. En realidad, la Coordinadora participó del proceso general de creación de otras plataformas al mismo tiempo reivindicativas y reivindicativas “como paso natural de formas espontáneas de coordinación de conflictos, a consolidaciones con mínimo aparato y homogeneización ideológica, de lo que quedaba de cada conflicto con ánimos para defender el siguiente¹³⁸”.

¹³⁵ Como no podía ser de otro modo, pues los cargos de la junta directiva estaban ocupados por profesionales afines que no pretendían un enfrentamiento con la autoridad. No hay que olvidar que fue Vallejo Nágera quien rescató la AEN en 1948 (CASCO SOLÍS, 1999: 114).

¹³⁶ GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (2003).

¹³⁷ Para RENDUELES (1997: 289), a partir de 1977 pasó a ser una “Asociación de Nuevo Tipo, productora de un saber crítico y unas prácticas homogeneizadoras de las distintas reformas en la Reforma de la Asistencia”, hasta llegar a una tercera fase de “Vitrina de Exposición para que la administración escoja criaturas de su confianza, así como lugar de exposición de saberes (¿?) administrativo-burocráticos de epidemiología administrativa”, en un proceso similar al que, en su denuncia, equipara con el de otros profesionales médicos o docentes.

¹³⁸ A diferencia de otras coordinadoras, de corta duración dada la movilidad del foco de tensión y de sus protagonistas, hubo al menos tres razones que, para RENDUELES (1997: 292), justificaron

La Coordinadora se constituyó como tal en el Congreso de la AEN celebrado en Málaga en 1971¹³⁹; hizo una auténtica demostración de fuerza en el de Valladolid en 1973, interrumpiendo la celebración del mismo y forzando la celebración de un congreso paralelo; rehusó participar en el de Mérida en 1975; y, finalmente, “tomó” la junta directiva de la AEN en el de Sevilla en 1977, propiciando al mismo tiempo su disolución¹⁴⁰.

3.2.6 Legislación

La legislación española en relación con la asistencia a los enfermos mentales ha sido estudiada por Aparicio y Sánchez (1997). En su excelente trabajo analizan los determinantes políticos, sociales e ideológicos de 150 años de legislación, en un periodo que abarca desde 1822 hasta 1986, con la certeza de que “Las leyes se caracterizan por ser documentos escritos, casi siempre bastante precisos y producidos por los grupos que ostentan el poder en cada momento histórico. El derecho constituye el gran depósito de juicios de valor sobre el comportamiento humano en un determinado momento histórico, y por eso el estudio de la jurisprudencia es una de las principales fuentes para el conocimiento de los esquemas culturales y de la realidad social”.

esta transición: la fuerte carga ideológica de la psiquiatría, más allá de las escuelas, con visiones distintas en cuanto a la organización del trabajo, que hacían que el conflicto no fuera, como en el resto de la medicina, entre modernización o conservadurismo, sino entre derechas e izquierdas; la predominancia de los manicomios en la red asistencial, además de la indignación que provocaban y la austeridad con que eran regidos, dificultaban el desarrollo de cualquier carrera psiquiátrica en el terreno de lo público; y, en tercer lugar, la ausencia de una resistencia al cambio [?] por parte de la psiquiatría oficial.

¹³⁹ *Ibíd.* A dicho congreso se llegó en una situación singular: “Por primera vez en la historia del país, un conflicto basado en una huelga larga y apoyada por un movimiento de solidaridad nacional, se salda sin represión y con una victoria total de los psiquiatras en formación, que logran reivindicaciones profesionales y, lo que es más importante, la participación en la gestión democrática del hospital más moderno y mejor dotado de toda España”, para acabar recordando el análisis que hace Sáez, otorgando a la Coordinadora el mérito de dirigir los pocos logros reformistas de la época.

¹⁴⁰ La cronología y significación de la Coordinadora están convenientemente descritas en los trabajos de GARCÍA (1995), GONZÁLEZ DE CHÁVEZ (2003) y RENDUELES (1997), a los que remitimos para su consulta.

De acuerdo con estos autores, el periodo franquista pertenece casi en su totalidad a la etapa Científica y Profesionalizada de la legislación psiquiátrica, entrando a partir de la década de los setenta, con la actitud de contestación al régimen por parte de las generaciones más jóvenes, en la etapa Desinstitucionalizadora y de Integración que culminaría una vez establecida la democracia¹⁴¹.

La relación de normas legales vigentes durante el franquismo se inicia con el decreto de 1931, modificado y aclarado por otro de 27 de mayo de 1932 y una Orden de 30 de diciembre de ese mismo año, quedando acompañada por la responsabilidad de las Diputaciones provinciales en el mantenimiento de los Hospitales Psiquiátricos. Posteriormente, las demás normas y leyes fueron “fundamentalmente de carácter organizativo y de planificación aunque tuvieron poca repercusión en el marco asistencial”. Así, la Ley de bases del régimen local de 1945 mantenía la responsabilidad de las Diputaciones provinciales en mantener un Hospital psiquiátrico, mientras que la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 señalaba la responsabilidad del Estado en la Dirección técnica de la Asistencia psiquiátrica a través del Ministerio de la Gobernación. Esta intervención del Estado fue reforzada en 1955 con la creación de un organismo, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), para centralizar y coordinar la asistencia psiquiátrica. En 1972 desapareció y sus funciones las asumía un nuevo organismo, la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). “Sin embargo, tal como había ocurrido en el siglo XIX, el Estado fracasó en su intento

¹⁴¹ APARICIO y SÁNCHEZ (1997: 24), plantean en su trabajo que cada una de estas etapas “... se conciben contextualizadas en una práctica asistencial... cada ley o bloque legislativo ha buscado dar respuesta a la situación problemática de cada momento teniendo en cuenta la experiencia del anterior. Las etapas legislativas son tres:

a) Etapa Institucional e Higienista: Es la que comprende las leyes de 1822 y 1885, y todas las que se dictan entre ambas. Se caracteriza porque se legisla para hacer un modelo de institución psiquiátrica y se aprecia la influencia de los higienistas por no existir un cuerpo consolidado de alienistas.

b) Etapa Científica y Profesionalizada: tiene como punto de referencia la ley de 1931 así como el movimiento asociativo y científico que la promueve y desarrolla.

c) Etapa Desinstitucionalizadora y de Integración: Corresponde al bloque legislativo de 1983 a 1986 y responde a la necesidad de integrar la salud mental en el sistema sanitario general”.

de organizar esta asistencia que siguió creciendo al amparo de las administraciones provinciales¹⁴²”.

Casco Solís (1999) completa esta relación señalando la legislación que de alguna forma tenía relación con la psiquiatría, tal como circulares enviadas por la Sección de Psiquiatría e Higiene Mental de la Dirección General de Sanidad¹⁴³, la Ley de 14 de diciembre de 1942 del Seguro de Enfermedad, o la Ley de 29 de julio de 1943 de Ordenación Universitaria.

Ahora bien, el análisis de las leyes tiene que completarse con el grado de aplicabilidad de las mismas, tarea que aporta Casco Solís (1999: 96): “Pero son estas leyes unas normas generales que, en la pequeña porción en que podían concernir a la psiquiatría, sólo se desarrollaron más tarde, en el mejor de los casos... y en otros, algunas de las disposiciones contenidas en dichas leyes, quedaron estampadas sobre el papel sin desarrollo efectivo alguno”. Tal fue el caso de la Base 15 de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, con la escasa puesta en funcionamiento de los dispensarios de Higiene Mental. Además, como no podía ser de otro modo y al igual que en otras esferas de la vida española de aquella época, también estuvieron presentes las tensiones entre los distintos grupos de poder que apoyaron al régimen, por lo que las distintas facciones aprovecharon cada una de estas leyes para extender su área de influencia: los falangistas, la del Seguro de Enfermedad, los grupos nacional-católicos, la de Ordenación Universitaria; y la Ley de Bases, el colectivo sanitario en función de su corporativismo.

En este contexto, cobra especial relevancia el Decreto de Asistencia a Enfermos Mentales de 3 de julio de 1931¹⁴⁴. Considerado sin ninguna duda un triunfo para el asociacionismo psiquiátrico, incluía propuestas progresistas en cuanto a la asistencia psiquiátrica, poniendo fin a una norma previa preocupada fundamentalmente por

¹⁴² *Ibid.* p. 39.

¹⁴³ Sección instituida por el gobierno de la Segunda República en 1931.

¹⁴⁴ Véase su transcripción en el apartado 9.5 del *Capítulo 9. Apéndice documental*.

regular las condiciones de reclusión asilar a las que estaba destinado el alienado, sin apenas otras consideraciones. No podía ser de otra forma teniendo en cuenta la situación previa de la que se partía, determinada por el incremento demográfico de la población durante el siglo XIX, la falta de solidez conceptual respecto a la enfermedad mental y la ausencia de un cuerpo consolidado de profesionales dedicados al tratamiento de la misma.

Sin embargo, la premura en la redacción de dicha ley¹⁴⁵, fruto del “anhelo codificador presente en todo Europa” en el que confluían los fenómenos comentados por Aparicio y Sánchez (1997), la hizo adolecer de los defectos señalados por Bercovitz (1976): pésima redacción normativo-jurídica, contradicción con el código civil vigente y, sobre todo, ausencia de control judicial de los derechos de la persona, al depositar la autoridad última en el estamento médico, “alcanzando un poder de decisión del que hasta entonces había estado privado¹⁴⁶”, y dando pie a que pudiera existir un ejercicio arbitrario del poder si se aplicaba en un contexto legal distinto al que no fuera el de la Segunda República¹⁴⁷, como el advenimiento del régimen franquista se encargó de demostrar¹⁴⁸.

La Ley de 1931 determinaba, en su último artículo, la derogación del Real Decreto de 1885 que regulaba la hospitalización de los dementes, norma denostada por los profesionales, cuyo asociacionismo y militancia pública en pro de la asistencia al enfermo mental quedaba de esta manera sancionados. Dividida en tres apartados con un total de 35 artículos, exponía en su introducción los motivos de su redacción, referidos a la necesidad de transformación de la legislación que regula el internamiento en instituciones, la resolución de las trabas burocráticas que impedían una asistencia

¹⁴⁵ Publicada a los dos meses de constituida la República.

¹⁴⁶ APARICIO y SÁNCHEZ (1997).

¹⁴⁷ Que preveía que el Tribunal de Garantías pudiera desarrollar jurisprudencia complementaria.

¹⁴⁸ COMELLES (1983).

profesional rápida, la medicalización de los establecimientos manicomiales, y el interés por estar a la altura del desarrollo científico de la psiquiatría del momento.

El apartado de disposiciones generales (artículos 1 a 7), estaba dedicado a la regulación específica de la construcción, organización, funcionamiento, reglamento e inspección de los establecimientos psiquiátricos. Sin embargo, “a pesar de la declaración programática [de que todo enfermo psíquico debe recibir asistencia psiquiátrica y que ésta debe estar técnicamente de acuerdo al estado de la ciencia], la asistencia al enfermo parece más formulada como un deber que como un derecho, y en cualquier caso parece más un derecho del colectivo social que uno exigible por el enfermo¹⁴⁹”, debido al énfasis en el aislamiento de éste respecto a su entorno social.

El apartado dedicado a la Admisión de enfermos en los establecimientos (artículos 8 a 26) regulaba los internamientos y sus tipos, las situaciones de urgencia e indigencia, y los procedimientos. Abordaba los supuestos de internamiento indebido y las medidas de protección, estableciendo un periodo máximo de 6 meses como tiempo máximo de observación. Planteaba la posibilidad de la incapacitación civil y la sujeción a tutela, en un artículo cuya redacción es criticada por los Bercovitz (1976) “al no ser éste momento oportuno para introducir preceptos sobre el tema, ni ser posible procesalmente la apertura de un expediente de incapacitación al no tener representante legal, cuando de lo que se trata es justamente de proceder a ello”. En cuanto al control judicial, éste quedaba limitado a la mera función de espectador, con una labor burocrática sin posibilidad de intervención independientemente de la duración del internamiento.

Otro de los aspectos que dotaba a este apartado de un especial interés eran los tipos de ingreso, con tres modalidades diferentes: voluntario, forzoso por indicación médica, y forzoso por indicación gubernativa o judicial. A pesar de que se especificaba

¹⁴⁹ APARICIO y SÁNCHEZ (1997: 36), de quienes extraemos los párrafos referidos a las características de la Ley.

que los supuestos del internamiento forzoso tenían un carácter terapéutico pero no privativo de libertad, el artículo 10, en su apartado b, señalaba las razones que permitirán llevar a cabo un ingreso: “la enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento, la peligrosidad de origen psíquico, la incompatibilidad con la vida social y las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás”. Aparicio y Sánchez (1997) consideran que “en la mente del legislador subyace con fuerza (y creemos que informa todo el decreto) la idea de protección de la sociedad frente a la peligrosidad, y la identificación anomalía psíquica = peligrosidad”. Nuevamente, algo que sería aprovechado por el poder durante el periodo franquista.

Por último, el apartado De la Salida de los enfermos de los Establecimientos (artículos 27 a 35), regulaba las altas, los permisos (novedad de esta ley, que los contemplaba con una duración de hasta dos años), las condiciones de ambos, las fugas, el papel de la familia, el conducto para las quejas y reclamaciones, y la forma de establecerse las relaciones entre los internos y sus allegados.

En resumen, la legislación psiquiátrica durante el franquismo se limitó a aprovechar las condiciones favorables que la Ley de 1931 establecía para el control social (entre ellas el poder gubernativo y de administraciones locales para determinar los internamientos), puesto que las disposiciones posteriores de carácter general apenas sirvieron para regular el ejercicio de la profesión y, mucho menos, como veremos en el apartado siguiente, la asistencia al enfermo mental. Habrá que esperar hasta la década de los setenta, cuando la crisis del régimen es ya evidente, para ver la aparición de grupos de presión como el formado en torno a la Coordinadora psiquiátrica¹⁵⁰, cuyo papel determinante en los acontecimientos legislativos tendrá lugar una vez llegada la democracia, durante la época de la transición y primer gobierno socialista.

¹⁵⁰ Véase RENDUELES (1999) y GONZÁLEZ CHÁVEZ (2003).

3.2.7 Asistencia

Si atendemos a la formulación que hace Maset (1983) de la relación médico-enfermo desde la óptica de la lucha de clases, durante la época franquista dicha relación pasa a ser la de dominador-dominado, apoyada sobre todo en tres factores: el propio concepto de enfermedad como opuesto al de salud; la identificación de la clase médica con los valores de la clase dominante; y el monopolio del conocimiento junto con la finalidad sociopolítica que poseen las estructuras sanitarias de los estados modernos. Estos tres elementos están exagerados en la psiquiatría de forma tradicional donde se produce la separación más marcada entre salud y enfermedad; existe una mayor carga ideológica al erigirse el profesional en intérprete del código de normalidad; y se dispone de instituciones con potencial represor desde tiempo atrás:

“Podríamos afirmar que es en la psiquiatría donde se manifiesta de forma más pura la naturaleza ideológica del componente de ejercicio del poder que, en general, existe en la relación médico-enfermo. De ahí que no sea extraño el observar por una parte el uso que se hace de la visión del mundo para reforzar la integración ideológica en el sistema a través del cumplimiento de las expectativas de los roles sociales según las clases sociales; y, por otra, el que el arsenal terapéutico usado clásicamente en psiquiatría tenga tan claras connotaciones ideológicas y de clase: la laborterapia, las terapéuticas de choque, la vinculación racionalista de la normalidad en la visión del mundo”.

De acuerdo con lo expuesto, lo característico de la relación médico-enfermo durante el franquismo será el “Autoritarismo y ejercicio del poder que encuentra en la otra parte a enfermos y familiares adaptados a estas conductas”.

En un primer trabajo, Comelles (1983) plantea en el ámbito general que la asistencia psiquiátrica en la época franquista se organizó en torno a dos ejes principales: el manicomio y la práctica privada vinculada oficiosamente a las cátedras. “La institución psiquiátrica seguía siendo el centro del dispositivo de la asistencia, pero

estaba condenado a vegetar en virtud de su inoperancia, mientras que el centro neurálgico de la actividad de los psiquiatras desplazados progresivamente a las cátedras universitarias y a la práctica privada, unidas ambas funcionalmente porque la primera era clave para la prosperidad de la segunda”. Este modelo, no obstante, comenzó a quebrarse en los años finales del periodo franquista cuando, al fracaso de la experiencia piloto de reforma psiquiátrica en Oviedo (1963-1970), en un intento de aproximarse al modelo anglosajón, se unió la incapacidad del sistema manicomial para absorber el aumento masivo de psiquiatras junto con el inusitado interés social que alcanzó la enfermedad mental gracias a la corriente antipsiquiátrica.

Posteriormente, Comelles (1988) plantea dos periodos distintos en lo que a la asistencia psiquiátrica se refiere¹⁵¹. El primero de ellos, que se extendería durante los periodos de ajuste e institucionalización, y se caracterizaría por el mantenimiento del sistema asilar, con los tímidos intentos de reforma a partir de 1955 tras la creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), quien compartiría sus funciones con las Diputaciones provinciales y con la iniciativa privada. El segundo, a partir de 1960 y que abarcaría los periodos de desarrollo controlado y crisis, se encuadraría dentro de las reformas asistenciales propiciadas por la Ley de Bases de la Seguridad Social¹⁵², con la construcción de los hospitales generales de titularidad pública distribuidos por todo el país y guiados por parámetros tecnocráticos encaminados a garantizar su rentabilidad. Sin embargo, la asistencia psiquiátrica siguió un camino distinto, polarizándose la misma entre los servicios abiertos adscritos a las cátedras y las deterioradas instituciones manicomiales, de régimen cerrado. Pasemos a ver ambas etapas con más detalle.

¹⁵¹ Aunque no los especifica como tales, dedica a cada uno de ellos capítulos diferentes —*El desierto de los Tártaros* e *Incierta gloria*— estableciendo el punto de corte alrededor de 1960, al hilo de los cambios económicos y sociales derivados del Plan de Estabilización.

¹⁵² Cuya entrada en vigor se produciría en 1966, tres años después de promulgada.

El Estado franquista surgido tras el final de la guerra no podía aceptar los presupuestos asistenciales republicanos porque, entre otras cosas, provenían del sector perdedor que se identificaba con la vanguardia¹⁵³. Las primeras actuaciones fueron encaminadas a restituir los manicomios incautados durante la guerra a los antiguos propietarios (bien privados, bien órdenes religiosas), al tiempo que se dismantelaron las instituciones surgidas al abrigo del gobierno republicano. Junto a ello, determinadas razones ideológicas¹⁵⁴ motivaban que no se quebrara la barrera que separaba la normalidad de la locura, llevando asociada una visión pesimista respecto a las posibilidades de curación y retornando al modelo asilar y de custodia que la Ley de 1931 había intentado finiquitar.

El lamentable estado en que se encontraba la asistencia psiquiátrica en la posguerra no mejoró mucho durante los años siguientes, presa tanto de problemas comunes a la organización sanitaria del franquismo, caracterizada por la multiplicación de diferentes dependencias administrativas, incapaces de coordinarse entre sí, como de cuestiones derivadas de la propia naturaleza de la psiquiatría, entre las que se incluía la falta del necesario aporte presupuestario¹⁵⁵. La distribución de los recursos era claramente desigual, con dos tercios de las camas en los psiquiátricos provinciales, el tercio restante en manos de instituciones religiosas y un porcentaje escaso de residencias privadas. En el ámbito ambulatorio sólo existían las consultas privadas, quedando aún por determinar, como recuerda Casco Solís (1999), toda la labor llevada a cabo por los profesionales de instituciones tan dispares como Presidencia de

¹⁵³ Como recuerda COMELLES (1983) “La caída de la república en 1939 supuso el exilio para las fracciones más avanzadas de la Psiquiatría española, y sobre todo para aquellas más comprometidas con la planificación de la asistencia. Al mismo tiempo, significó la liquidación definitiva de los intentos de reforma de la misma”.

¹⁵⁴ Véase el apartado 3.2.2 *Periodo de ajuste (1939-1945)*.

¹⁵⁵ Razones recogidas por el Dr. José A. Palanca, Director General de Salud hasta 1957, en su discurso de apertura del curso académico de la Universidad de Madrid (CASCO SOLÍS, 1999: 109, n. 80). ÁLVAREZ (1999: 95), cita también a un Dr. Palanca, Director General de Sanidad, partidario de la reforma psiquiátrica durante la II república y participante, de algún modo, en la aprobación del decreto de 7 de julio de 1931. Desconocemos si se trata de la misma persona.

Gobierno, el CSIC, el Instituto Nacional de Psicotecnia, las penitenciarías, el Patronato de Protección a la Mujer o la Delegación Nacional de Sindicatos, entre otros.

Poco a poco la asistencia fue organizándose en torno a los Dispensarios de Higiene Mental, surgidos al amparo del Decreto de 3 de julio de 1931 sobre asistencia de enfermos psiquiátricos, con la escasa actividad de la Liga de Higiene Mental, la azarosa existencia del PANAP y el ejercicio de los Neuropsiquiatras del Seguro como telón de fondo¹⁵⁶.

El PANAP se creó en 1955 con la intención de reducir el número de pacientes internados mediante la centralización de la asistencia. Tenía como funciones la creación de dispensarios, la elaboración de programas de prevención, la formación de personal enfermero, la puesta en marcha de reformas legislativas y las labores de inspección de los establecimientos. Sin embargo, este ambicioso programa quedó reducido en la práctica a la gestión de algunos hospitales de carácter custodial, la elaboración de algunos cursillos de formación y la publicación de textos sobre asistencia. En realidad, el PANAP estaba condenado al fracaso casi desde su inicio, entre otras cosas porque su función de inspección iba a encontrarse la misma oposición que se encontraron los reformistas durante la Segunda República: la mayoría de dispositivos asistenciales de crónicos estaban en manos privadas, disponían de un presupuesto escaso que les conducía a pagar a personal de poca formación y a emplear remedios terapéuticos apenas onerosos¹⁵⁷. La única posibilidad de subsistencia dependía de los conciertos con las diputaciones, con una asignación fija por paciente que incluía los gastos del tratamiento.

Aún más escaso fue el interés por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica “responsabilidad, en primer lugar, de las autoridades políticas y sanitarias del momento, pero también, y en no poca medida, del escaso celo mostrado por los

¹⁵⁶ Véase CASCO SOLÍS (1999: 109-14) para un estudio detallado de los mismos.

¹⁵⁷ COMELLES (1988: 169) ofrece una cifra estimada de “menos de 25 pesetas por sesión” de electrochoque en 1975.

psiquiatras más influyentes... Los manicomios —casi únicos dispositivos— fueron relegados a cumplir funciones asilares y judiciales, no sanitarias en realidad y, salvo contados esfuerzos aislados, no pudieron ser nunca focos de producción de conocimientos¹⁵⁸. Esta desaparición de los manicomios como centros de investigación estuvo determinada por la situación en que quedaron tras la guerra: sin apenas recursos, con personal apenas cualificado, y con una población en su mayoría residual u oligofrénica, que motivaba el hacinamiento de los internos y el aumento de las cifras de mortalidad. Por su parte, la psiquiatría académica fue haciéndose hegemónica dadas las vinculaciones políticas con el régimen, aunque con la grave carencia de no disponer de servicios clínicos asociados. Y para los psiquiatras ajenos al mundo académico, sólo quedaba el ejercicio privado, restringido a los núcleos con población suficiente como para poder permitírsele, compartiendo el espacio con los neurólogos al compartir un discurso organicista, pluriempleados durante parte de la jornada laboral como médicos generales al no haber más que unas pocas plazas de neuropsiquiatras del seguro, y limitando al máximo cualquier iniciativa que significara el aumento de la competencia, bastante esquilada por el interés de las instituciones privadas en captar pacientes de las Diputaciones¹⁵⁹.

De este modo, como plantea Comelles (1988: 162-3) de forma un tanto subjetiva, se produjo la desaparición del discurso asistencial previo a la guerra, asistiéndose

“[a la] disociación absoluta entre la docencia y la praxis que no halla otra justificación más que la subordinación de la docencia a los intereses generales de la política intrauniversitaria, y que ratifica la situación de la Psiquiatría como disciplina de segundo orden. Al mismo tiempo disocia la praxis psiquiátrica en dos

¹⁵⁸ CASCO SOLÍS (1995), p. 205.

¹⁵⁹ Baste unas pocas cifras, extraídas de COMELLES (1988) para hacerse una idea de la situación: Al final de la guerra había unas 30.000 camas en instituciones cerradas, llegándose a las 40.000 a principios de los setenta!, es decir, 10.000 en 30 años. El PANAP construyó unas 2.000 a partir de 1955. Por último, el número de psiquiatras en torno a 1956 sólo alcanzaba la cifra de 600, la mitad de los cuales con ejercicio en Madrid o Barcelona.

universos independientes: el de las instituciones cerradas abandonadas a su suerte, y la de un modelo de práctica ‘exterior’ que se refiere esencialmente a aquellos casos no susceptibles de internamiento en instituciones, es decir, la práctica privada o el trabajo ambulatorio... En este modelo de práctica... absolutamente desconectado de su entorno y sin ninguna capacidad de actuación en el campo preventivo, la imagen del trastorno psiquiátrico que se engendraba seguía siendo la de una enfermedad de los nervios para la cual se preveía un modelo de gestión no menos distinto posible de cualquier trastorno somático”.

Casco Solís (1995: 205-6) considera que esta lamentable situación de la asistencia es “... el factor decisivo que hace inclinar la balanza del juicio histórico hacia el lado negativo, inapelablemente, del periodo que consideramos, es justamente éste: el abandono de los establecimientos psiquiátricos públicos hasta unas condiciones lamentables de dura subsistencia vital; un abandono ocasionado no tanto por las carencias presupuestarias como por indiferencia por las condiciones de vida de miles de enfermos mentales —sin voz— a los que se les había negado su condición de sujetos de derechos individuales¹⁶⁰”.

A partir de los sesenta, con una bonanza económica que permitió el crecimiento demográfico de la población, la migración y el crecimiento urbanístico de las ciudades¹⁶¹, se produjo un cambio en los dispositivos asistenciales. En 1966 entró en vigor la Ley de Bases de la Seguridad Social, elemento básico para la organización de la asistencia sanitaria durante la segunda mitad de la época franquista. Con una

¹⁶⁰ GONZÁLEZ DURO (1978) es aún más taxativo, y MARSET (1983: 16) se expresa en términos similares: delimitado el campo de acción de la psiquiatría en sentido negativo por distintas instancias sociales (la familia, donde la enfermedad es vista como culpabilizadora; la sociedad, que repudia y recluye al comportamiento “desviado de la norma”; una norma que priva al sujeto de derechos civiles), “los manicomios sean durante decenios lugares en los que se vive en plena era prepine-liana. Se siguen con los viejos métodos de las celdas de castigo, las cadenas y los electroshocks con medidas represivas, frente a la indiferencia de la población”.

¹⁶¹ Que llegaban a las puertas mismas de las instituciones, lo que favoreció su reconversión en suelo urbano y posterior venta de terrenos.

eficacia necesariamente lastrada por el desajuste entre el origen de su financiación¹⁶² y el control del gasto¹⁶³, se vio obligada a recurrir a conciertos para garantizar la asistencia a la población, con unos gastos progresivamente mayores que provocaron la demora para extender la cobertura hacia los sectores no protegidos: los enfermos mentales y los sectores marginales y de baja renta que no estaban adscritos a una actividad industrial o de servicios.

Desde el punto de vista de la asistencia, los cambios sociales determinados por el desarrollo económico que posibilitó el Plan de Estabilización y los posteriores Planes de Desarrollo, llevaron a la construcción de hospitales generales de titularidad pública distribuidos por todo el país y guiados por parámetros tecnocráticos encaminados a garantizar su rentabilidad:

“Este nuevo modelo de organización suponía la movilización de capitales para la construcción de dispositivos y el diseño de un modelo de atención distinto al tradicional presidido por la imagen del hospital organizado en torno a *staffs* complejos de médicos de plantilla contratados a dedicaciones completa y desconectadas de la red de asistencia primaria. El hospital en este nuevo modelo dejaba de ser el espacio de atención del pobre o del marginado, para convertirse en una institución cuyo significado residía en su eficacia con respecto a una serie de enfermedades agudas a las que se pretendía ofrecer respuesta¹⁶⁴”.

Sin embargo, la situación de la asistencia psiquiátrica siguió un camino distinto: quedaba fuera de la cobertura del Seguro Obligatorio de Enfermedad, mientras no era rentable abrir salas para enfermos agudos en los hospitales generales cuando las diputaciones ofrecían la posibilidad de ampliar sus plazas para tal menester con un

¹⁶² Cuotas provenientes de la cotización empresarial y de la participación obrera, que grava los costes de producción, produciendo rechazo entre la patronal.

¹⁶³ En 1976 la cobertura alcanzaba al 84% de la población pero el Estado sólo controlaba el 23% de las camas hospitalarias.

¹⁶⁴ COMELLES (1988), p. 181.

coste notablemente inferior. De este modo, las únicas unidades que se abrieron al amparo de la Ley de 1931 fueron las adscritas a las cátedras con el fin de “asegurar la continuidad de las Escuelas Profesionales de Postgraduados y con las que operar en igualdad de condiciones con sus colegas de las clínicas médicas y las quirúrgicas”, entrando en la dinámica de funcionamiento propia de un hospital general. Estas unidades se dedicaban a procesos agudos con internamientos de breve duración, lo que las alejaba de la praxis del medio manicomial, que sólo en esta segunda época iniciaron reformas puntuales con “inversiones en equipamiento y hábitat y mediante la contratación de psiquiatras o de personal sanitario”.

Estas circunstancias trajeron consigo tres consecuencias: en primer lugar, la saturación de las instituciones manicomiales provinciales, sobrecargadas con población crónica difícilmente rehabilitable, lo que limitaba notablemente el acceso a nuevos pacientes, y cuyas familias habían delegado su cuidado en la administración pública, lo que reducía aún más la disponibilidad económica de cara a cualquier posible reforma; en segundo lugar, la carencia de instituciones apropiadas para determinado tipo de enfermedades como el alcoholismo, las toxicomanías o los disminuidos psíquicos, que no encajaban en ninguno de los recursos existentes y debieron esperar a la década de los setenta para los primeros centros de asistencia ambulatoria; y, por último, la modificación en la demanda asistencial, favorecida por la reforma antes aludida, que llevó a la población a consultar la patología psiquiátrica considerada 'menor' a los médicos generales, ante la evidente imagen degradada del psiquiatra, que no hizo ningún esfuerzo corporativo por mejorar su imagen.

Los cambios asistenciales en este segundo periodo van a estar relacionados con los cambios sociales que se iban produciendo. El número de psiquiatras pasó de los 600 ya comentados a unos 1650 en 1976, incremento atribuible no sólo al desarrollo de la profesión sanitaria, sino también al aumento de la demanda de profesionales cualificados motivada por el desarrollo incipiente de la economía, y al cambio en el

discurso oficial de la psiquiatría, que requería algo más que la especulación pseudofilosófica que había empleado hasta entonces. La posibilidad de salir al extranjero posibilitó el contacto con esas teorías, al tiempo que permitió presenciar los movimientos de contestación que se producían en otros países frente al orden establecido, y que necesariamente habían de tener resonancia en nuestro país. Los cambios en el mercado de trabajo también obraron su efecto.

Todo este ambiente preparaba los conflictos que se iban a suceder a partir de 1968 y que, para Comelles (1988: 196), tuvieron cuatro consecuencias fundamentales para el futuro de la asistencia psiquiátrica: “indujo algunas mejoras más o menos sustanciales en muchos sectores de la asistencia, motivó un cierto cambio en la actitud de amplios sectores de la población en relación con la problemática de la asistencia psiquiátrica, contribuyó a engendrar una nueva generación de profesionales independientemente del modelo de formación vigente desde 1940, y preparó el camino hacia un nuevo modelo de organización y de *praxis* profesional”.

Este reformismo psiquiátrico de los setenta asentaba sobre tres postulados ideológicos: la reintroducción del pensamiento social en la asistencia al enfermo mental; su restitución a la sociedad para romper el aislamiento a que había sido sometido por la ideología clasificatoria del tratamiento manicomial decimonónico; y, por último, la diferenciación de la asistencia médica de la psiquiátrica, confusamente mantenida en los decenios precedentes. En consonancia con ellos, las reformas que se pretendían se referían a tres aspectos: acciones antirrepresivas; establecimiento de dispositivos que permitieran romper la barrera entre enfermos y personal dentro de las instituciones; y aumento del tiempo de dedicación a los enfermos, que adquiriría una periodicidad más regular.

El hospital psiquiátrico de Oviedo significó, en dos ocasiones consecutivas, el centro de los cambios psiquiátricos durante el franquismo, aunque por motivos de distinto signo. El primero de ellos fue el intento del gobierno, al hilo de la ideología

tecnocrática que impregnó la administración tras el plan de estabilización, de implantar “una experiencia de reforma de la institución y de asistencia exterior en la línea de los proyectos de la psiquiatría anglosajona¹⁶⁵”. Las primeras tensiones no tardaron en aparecer, al encontrar la resistencia de las fuerzas vivas locales¹⁶⁶ y entrar en contradicción con los postulados ideológicos del régimen. Los problemas laborales surgidos por tales motivos fueron aprovechados por el régimen para finiquitar esta experiencia, cuyo balance no pasaba de mejorar el aspecto externo de la institución sin entrar en un cambio estructural que favoreciera la penetración de la psiquiatría en la vida social. El otro conflicto tuvo lugar en 1971, fruto de los despidos masivos de residentes (MIR) por reclamar mejoras laborales, y su descripción forma parte de la historia de la Coordinadora psiquiátrica vista en el apartado anterior.

En la práctica, los conflictos fueron un fenómeno minoritario que afectó a unas pocas instituciones dispersas en el espacio y el tiempo; paulatinamente se fue desvinculando el conflicto psiquiátrico de la lucha sanitaria en general, lo que llevará a su aislamiento; seguía existiendo una distancia importante entre los protagonistas principales de los conflictos, habitualmente pertenecientes al estamento médico, y la masa de apoyo que representaba el resto del personal sanitario; el movimiento reformador no pudo contar con el apoyo explícito de organizaciones políticas de izquierda, que se mantuvieron al margen del proceso; no hubo una concreción ideológica en todo el proceso, determinándose tres posturas fundamentales: la tecnocrática, inspirada en orientaciones conservadoras, encaminada a la integración del psiquiatra en el ámbito del hospital general y a la centralización de la asistencia psiquiátrica; la social, basada en la socialdemocracia, con un modelo asistencial descentralizado; y la radical, con los presupuestos ideológicos de la antipsiquiatría.

¹⁶⁵ GARCÍA GONZÁLEZ (1979).

¹⁶⁶ Lugar común de otras experiencias, como describe certeramente POLO (1999).

Como conclusión para este periodo, sirvan de nuevo las palabras de Comelles (1988: 199): “El balance de los conflictos nos muestra una cierta desproporción entre las esperanzas que se depositaron en ellas y la realidad”, de modo que con la llegada de la democracia tomó impulso el esfuerzo reformista ya avanzado en esta época, en un intento por asimilar el nivel de la asistencia psiquiátrica en España al de otros países de nuestro entorno. Pero el relato, análisis y valoración de esa etapa es, como suele decirse, otra historia.

No podemos finalizar este apartado sin una mención a la terapéutica, aspecto ligado ineludiblemente al de la asistencia. La exposición que realiza González Duro (1978: 149-74) recoge de forma esquemática los distintos tratamientos empleados durante la época que nos ocupa, por lo que pasamos a reproducirlo con apenas algunas modificaciones:

- a) Tratamientos de choque: fueron introducidos y ampliamente utilizados la técnica del coma insulínico de Sakel; el ‘shock’ cardiazólico de von Meduna, la técnica más extendida en los primeros años de la década de los cuarenta, publicándose diversos trabajos en revistas especializadas, pero cayendo en desuso por la aparición del siguiente¹⁶⁷; el electroshock de Cerletti¹⁶⁸; la electronarcosis, poco difundida salvo en algún que otro centro, el bombeo espinal de Speranski, la piretoterapia, la piretoelectroterapia, el electrochoque aniquilante y la psicocirugía. Otras técnicas como los choques acetilcolínicos de Fiamberti, la carbonarcosis o el bombeo espinal,

¹⁶⁷ En realidad, como veremos más adelante, su uso continuó hasta casi el final del franquismo.

¹⁶⁸ Del que comenta “ha constituido casi una panacea curativa para la psiquiatría en España. Se le ha utilizado en toda clase de enfermos: esquizofrénicos, depresivos, maníacos, agitados, neuróticos obsesivos, epilépticos distímicos, psicópatas, suicidas, toxicómanos, e incluso en casos de delirium tremens o de enfermedades psicosomáticas... En 1966 el 46 por 100 de los psiquiatras lo seguían considerando como el tratamiento de elección en los casos de depresión, anteponiéndolo a los medicamentos antidepresivos” (GONZÁLEZ DURO, 1978: 152).

fueron poco empleados, quedando habitualmente circunscritos a la práctica privada.

- b) En la década de los cuarenta también se iniciaron en España las técnicas psicoquirúrgicas —leucotomía y lobotomía— aplicadas a esquizofrénicos, psicópatas agresivos, desviados sexuales, hipocondríacos, neuróticos obsesivos, oligofrénicos eréticos, toxicómanos rebeldes, epilépticos, anoréxicas... Sin ser técnicas particularmente extendidas, entre sus (d)efectos destacaba la deshumanización del paciente.

En general, respecto a todas estas técnicas, que podemos considerar agresivas, “pocos psiquiatras dudaban entonces de sus efectos beneficiosos para el enfermo, pese a su carácter agresivo y su acusado empirismo”. Entre las causas que motivaron el empleo las mismas encontramos el deseo de experimentación, la deshumanización del enfermo, la ausencia de una base teórica que justificara su empleo, la necesidad de corregir una conducta desviada desde la perspectiva de la autoridad sin preocuparse por el alivio del enfermo, sino de la comodidad de los cuidadores y familiares... Habitualmente, tales tratamientos se aplicaban sin el consentimiento del enfermo, bajo presión médica y con la aquiescencia de la familia.

- c) Psicofármacos: Introducidos con relativa prevención tras las reacciones suscitadas por las técnicas de choque, los fármacos se fueron extendiendo hasta llegar un extremo que González Duro considera de excesiva prescripción, sin llegar a desplazar a la psicoterapia. Bien es cierto que sirvió para la realización de numerosos ensayos en los que se buscaba el perfil farmacológico y terapéutico, llegándose a alcanzar en la búsqueda de síntomas diana casi tanto virtuosismo como se había conseguido con la descripción psicopatológica.

- d) Terapias de modificación de conducta. Extendidas en los últimos años del franquismo, sobre todo entre los psiquiatras catalanes, guardaban cierta afinidad con la reflexología pavloviana¹⁶⁹, aunque en realidad tenían su asiento doctrinal en el conductismo de Watson, el behaviorismo y las técnicas americanas de aprendizaje. Se trataba de una terapia sintomática que planteaba que la enfermedad era sólo el síntoma visible, respuesta condicionada de inadaptación del individuo... a la normativa y a las expectativas sociales vigentes en el medio en que vive el enfermo. Su empleo se centró en la tartamudez, la epilepsia, las enuresis y encopresis infantiles, la fobia escolar, la homosexualidad, la neurosis fóbica, la frigidez sexual, la eyaculación precoz, neurosis obsesiva, alcoholismo¹⁷⁰... “En nuestro país, donde la tecnificación es aún escasa, la terapia de conducta es más primitiva que en otros países, y deja más al descubierto su fundamental carácter coercitivo y moralizante... Se podría hablar mucho más de las terapias de conducta, pero con ello se correría el peligro de encubrir con términos técnicos y con conceptos cientifistas lo que no es sino una ideología netamente fascista para el ‘moderno’ tratamiento de los enfermos mentales”.
- e) Rehabilitación psiquiátrica: fue entendida, sobre todo, en sentido laboral, de ahí el desarrollo de la laborterapia, que en el caso español, tuvo una dimensión “moralizante y represiva¹⁷¹, aunque teorizada ‘científicamente’ por algunos psiquiatras alemanes de antes de la guerra” si bien “su práctica hasta ahora no ha estado muy extendida, al menos de un modo sistemático

¹⁶⁹ De la que Colodrón fue prácticamente el único profesional que se dedicó a su estudio.

¹⁷⁰ Para el tratamiento del mismo se emplearon técnicas de carácter aversivo, represivo en realidad, tal y como se aplicaron para el tratamiento de la homosexualidad.

¹⁷¹ En general, se justifica esta actitud a través de argumentos espiritualistas, metafísicos y existenciales, en los que se perpetúa una laborterapia en la que lo que importa es que el enfermo no esté inactivo, el trabajo por el mero hecho de hacerlo.

o mínimamente organizado”. Hacia el final del régimen apareció un interés renovado en la misma, aunque en el caso de las instituciones más tradicionales plantea González Duro que se hizo como “técnica manipuladora y meramente adaptativa”, que aprovechaba la bonanza económica para recuperar mano de obra sin tener que subir los salarios a los empleados, merced a la persistencia de “una ideología psiquiátrica que conceptúa al enfermo mental como un ser inferior, como a un ser infradotado biológica y casi racialmente”.

- f) Prevención: “El prejuicio ideológico de la ininfluenciabilidad de los factores sociales en la patología mental del individuo ha dado como resultado el que la psiquiatría oficial española se haya preocupado menos de la higiene mental (prevención de las enfermedades psíquicas) que de la salud mental de la población española... A este respecto, nuestros psiquiatras más representativos han mantenido durante largos años la postura de que la mejor promoción de la salud mental de la población ha de consistir en evitar cualquier perturbación en el ‘status’ tradicional de la sociedad. En consecuencia, han defendido con vehemencia la conservación y el reforzamiento del sistema supuestamente inmutable de valores y creencias como la mejor garantía del ‘status quo’ social y de la salud mental”.

3.3 Corolario

A lo largo de las páginas que preceden hemos pasado repaso a diferentes aspectos de la psiquiatría durante la época franquista que vamos a tratar de sintetizar con fines expositivos.

La influencia que representó la dictadura franquista para el desarrollo de la psiquiatría en España no puede comprenderse sin su relación con el periodo histórico

inmediatamente anterior. En este sentido, el primer tercio del siglo XX, condensado en los logros que a distintos niveles representó la Segunda República representa el inevitable punto de comparación. Desde un punto de vista ideológico existía un amplio abanico de opciones representadas por las diversas tomas de posición de los diferentes psiquiatras de la época, con una tendencia a identificarse con los partidos republicanos por su actitud progresista y comprometida con la asistencia. En el ámbito teórico, España disponía de profesionales formados en el extranjero y reconocidos internacionalmente, lo que permitió su participación de las mismas corrientes de pensamiento presentes en otros países europeos así como la aparición de controversias científicas en torno a las mismas, caracterizadas por un talante tolerante que posteriormente se perdería. Como disciplina científica, la psiquiatría estaba plenamente institucionalizada al disponer de profesionales dedicados exclusivamente al ejercicio de la profesión así como de los medios apropiados para su difusión, desde cátedras de universidad hasta revistas científicas y organizaciones profesionales. Incluso el psicoanálisis, disciplina afin, alcanzó un desarrollo similar y no mucho más retrasado que en los países vecinos. Se dictó una norma progresista y avanzada para su tiempo referida a la asistencia al enfermo mental que representaba la superación de una carencia histórica en este sentido. Y se intentó planificar la asistencia psiquiátrica conforme a los parámetros más modernos de la época, con la ampliación y mejora de la red hospitalaria, la reforma de los reglamentos, el establecimiento de un régimen de inspección, y la estructuración de la asistencia psiquiátrica abierta en distintos niveles descentralizados y coordinados entre sí, en lo que fue el germen de la actual organización asistencial.

El elemento uniformador de la época franquista fue el régimen político característico bajo el mando de una misma persona. En los demás niveles —económico, político, ideológico, social— hubo diferentes acontecimientos que determinaron cambios en los mismos, y con la finalidad de su estudio debe entenderse los distintos

intentos de periodización propuestos, unos más acertados que otros en sus criterios de división. En el caso concreto de la psiquiatría, bajo el denominador común de la utilización de su discurso como otro más de los muchos resortes de que dispuso el poder para el mantenimiento del régimen, podemos establecer una evolución a lo largo de todo ese tiempo en lo referente a la ideología, la teoría psiquiátrica, la organización profesional —enseñanza, difusión de conocimientos y asociacionismo profesional—, la legislación y la asistencia psiquiátrica.

Desde un punto de vista político, el régimen franquista pasó de ser un sistema cerrado y autárquico a un gobierno tecnocrático debido a la influencia de las circunstancias sociopolíticas internacionales; con el declive físico del jefe de Estado inició el tránsito, no exento de conflictos, hacia un régimen democrático. Estos cambios estuvieron íntimamente relacionados con la situación de la economía, inicialmente de subsistencia —como es propio de un periodo de posguerra— luego agotada por la persistencia de una autarquía imposible de mantener, más tarde desarrollista —al facilitar la entrada de capital extranjero que propició una apertura a otros niveles— y, por último, en crisis, una vez normalizada su integración en el mercado económico internacional y sujeta, por tanto, a las vicisitudes de su funcionamiento.

Desde el punto de vista ideológico, el ideario fascista y nacional-catolicista de los primeros años, que buscaba la autoafirmación nacional y la justificación de la situación del país a expensas de una exaltación de valores tradicionales, dejó paso a una pretendida desideologización del régimen. Con ello se intentaba, por una parte, evitar el rechazo social sin tener que ceder a cambio capacidad de control sobre la sociedad; y, por otra, despolitizar a la población del inveterado ideario falangista y tradicional, que entraba en contradicción con las necesidades de un sistema económico basado en el consumismo de la sociedad y regido por criterios tecnocráticos, en los que primaba la gestión eficaz sobre los valores ideológicos o la justicia social. Estas tensiones, unidas a la progresiva toma de poder de las distintas instituciones por parte de los grupos de

oposición al régimen que se había ido produciendo desde los años cincuenta provocaron, a partir de mediados de los sesenta pero, sobre todo, en la década siguiente, una auténtica crisis ideológica que propició la aparición de dos actitudes contrapuestas: la de los continuistas, un grupo heterogéneo que ostentaba el poder y que procuró mantener el control del mismo con ligeras variaciones en su discurso; y la de los contestatarios, con el marxismo-comunismo como ideología destacada, aunque agrupando bajo esta denominación a los movimientos de distinto signo que compartían en común su interés por modificar el marco político en que se desenvolvía al sociedad, con la aspiración de instaurar un régimen democrático. Tanto en un bando como en el otro las actitudes radicales existentes añadieron un componente desestabilizador al proceso.

Como comentábamos al principio, un elemento característico de la teoría psiquiátrica oficial fue la de colocar su discurso a disposición de las necesidades del poder, no sólo como legitimador del mismo, sino también como contribución a su capacidad de control sobre la población. Así, en un primer momento, la proximidad ideológica del régimen franquista con los fascismos italiano y, sobre todo, alemán, favoreció la influencia de la psiquiatría alemana, ya presente en el panorama psiquiátrico español previo a la guerra por su vinculación con el positivismo de la escuela neurohistológica, pero que mantenía una sana convivencia con otras teorías y escuelas. Sin embargo, a partir de la guerra, esta teoría pasó a ser el punto de referencia exclusivo de la psiquiatría oficial por tratarse de un organicismo positivista que, dotado convenientemente de un carácter vitalista que evitaba conflictos con los presupuestos morales imperantes, asimilaba la patología psiquiátrica con el resto de patología médica al entender la enfermedad mental como una alteración de base somática, rehuyendo cualquier conexión entre el paciente y su entorno, que excluía así la influencia de las ideas psicoanalíticas, en contradicción con los postulados ideológicos que sustentaban el régimen.

La influencia de la psicopatología descriptiva y la fenomenología, que alcanzó un notable desarrollo a expensas de un discurso necesariamente especulativo por carecerse de los medios y la libertad ideológica que permitieran una experimentación rigurosa, dejó paso al análisis antropológico-existencial como intento de aproximación a las vivencias del individuo, ateniéndose al análisis de los contenidos formales de la conciencia del hombre-enfermo psíquico pero sin abordar el psiquismo humano en su profundidad. En el fondo, se trataba de disponer de una alternativa al psicoanálisis y a las teorías sociogénicas de la enfermedad mental que llevaban, implícitas, una crítica a determinadas condiciones sociales que eran inherentes al régimen político.

Con cierto retraso respecto a los cambios políticos y sociales, y favorecido por la mayor fluidez en la comunicación con el extranjero a partir de la década de los sesenta, comenzó a producirse una crítica respecto a las teorías oficiales, con el redescubrimiento del psicoanálisis y la introducción de modernos conceptos sobre el enfermar. Ello motivó, en los años finales del régimen, la aparición de posturas continuistas y contestatarias, estas últimas de gran impacto mediático pero poca capacidad real de transformación debido a su radicalidad y que, bajo la denominación genérica de antipsiquiatría, representaban una forma particular de las corrientes antisistema propias de la época. Entre ambas, los representantes de lo que más tarde daría en llamarse psiquiatría comunitaria, abogaron por un enfoque social en el abordaje de la enfermedad mental que intentaba entroncar con la tradición asistencial cristalizada durante los años de la república.

El psicoanálisis, que requiere un abordaje particular, estuvo silenciado hasta la década de los sesenta, en que se reanudó hasta su completud el proceso de institucionalización interrumpido con la guerra civil. De cualquier manera, su capacidad de influencia en la psiquiatría oficial quedó muy por debajo de sus aspiraciones.

La psiquiatría como disciplina sufrió un fenómeno de retroceso y desinstitucionalización que precisó de una reinstitucionalización progresiva, ya detectable al

finalizar los años cincuenta pero sedimentada en la década siguiente. Dentro de este proceso habría que destacar los siguientes elementos:

Las cátedras de psiquiatría y psicología de las facultades de medicina se erigieron en centros de poder, desplazando a los manicomios como instituciones productoras del saber, determinando la relevancia social y profesional del psiquiatra, y ejerciendo una eficaz labor de control sobre el acceso a la especialidad, no sólo en el ámbito docente sino también del ejercicio profesional. A ello contribuyó no sólo la lentitud y dificultad en la creación de las cátedras, sino también la precariedad y escasez de desarrollo de la red asistencial.

La enseñanza de la disciplina se caracterizó por la tendencia al reduccionismo teórico con el consiguiente control ideológico, la escasa homogenización del sistema de formación de especialistas y la dispersión del contenido del mismo.

Las publicaciones periódicas experimentaron una evolución acorde con la situación económica del país, con un desarrollo escaso los primeros años, un ligero aumento desde mediados de los cincuenta, y un crecimiento importante a partir de la década de los sesenta, que en los setenta se completará con una mayor amplitud de contenidos y escuelas. La producción teórica se concentrará entre las figuras oficiales, con una capacidad notable de influencia, y aquellos autores críticos con la doctrina oficial que, con distinta fortuna, intentarán integrar enfoques distintos para superar la pobreza teórica imperante.

La organización profesional apenas será relevante, puesta al servicio de control de la profesión, sin apenas representatividad social y con abandono de sus labores de difusión y divulgación de sus contenidos a la sociedad. Con la aparición de los conflictos psiquiátricos la actitud general de las sociedades científicas y profesionales se caracterizará, con mayor o menor intensidad, por la adhesión a las posturas oficiales del régimen.

La legislación sobre asistencia psiquiátrica fue uno de los pocos elementos pertenecientes a la época republicana que permaneció vigente durante el franquismo, debido a que concedía a la autoridad una importante capacidad de control sobre el proceso de internamiento. El Decreto de 1931, avanzado para su tiempo, determinaba que la discrecionalidad de los internamientos quedaba a expensas del criterio del profesional, con la potestad de las autoridades gubernativas para supervisarlos, algo que sólo se hizo rutinariamente a partir de la década de los sesenta. En cualquier caso, en todo el proceso quedaba relegado a un segundo plano el papel garante del poder judicial, carente de un Tribunal de Garantías que pudiera desarrollar legislación complementaria que evitara posibles abusos. Las restantes normas elaboradas referidas a la regulación del ejercicio de la profesión carecieron de desarrollo posterior o apenas modificaron el panorama establecido tras la guerra.

La asistencia, por último, fue uno de los capítulos que se vieron más profundamente perjudicados: se frustró la reforma iniciada durante la república, volviendo a quedar los hospitales en manos de la iniciativa privada o de las administraciones locales, sin apenas recursos económicos y humanos, desbordados por el aumento de la demanda y con criterios restrictivos de gestión. La atención ambulatoria siguió representada en gran medida por las consultas particulares, con apenas unas pocas plazas de atención en los dispensarios de salud mental y otras pocas adscritas a las cátedras. El establecimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad mantuvo la discriminación hacia los enfermos mentales, al quedar su asistencia fuera de la cobertura del sistema.

Por todos estos motivos, más que hablar de la época franquista como la ruptura con un estado previo de conocimientos y desarrollo de la psiquiatría, cabría hablar de la misma como el retroceso a una situación de preinstitucionalización motivado por la promoción hasta extremos desproporcionados de una ideología, una teoría y unos profesionales presentes antes de la guerra pero que, con la depuración que supuso la

contienda, alcanzaron una relevancia inusitada, careciendo de la crítica, la inhibición y el talante que hubiera impedido el deterioro de la disciplina, tal y como han podido documentar la práctica totalidad de autores que han estudiado la psiquiatría durante este periodo de la historia reciente de España.

4. Consideraciones históricas acerca del concepto de esquizofrenia

Ofrecemos en este capítulo una revisión de las imágenes del concepto de esquizofrenia en la literatura contemporánea circulante. Tras una atenta lectura de los distintos estudios dedicados al tema, podemos distinguir, a grandes rasgos, tres fases distintas que hemos intentado reproducir en nuestra exposición.

La **primera** de ellas, comprendida en el tercer cuarto del presente siglo, incluye una serie heterogénea de artículos en los que predomina el estudio y la interpretación del concepto de esquizofrenia tal y como lo formularon Kraepelin y Bleuler, así como los avances realizados por otros autores.

La **segunda** fase, entre 1975 y 1980, se ocupa casi exclusivamente de aclarar determinados errores conceptuales muy extendidos acerca de la obra de Bleuler.

La **última** fase, desde principios de la década de los ochenta hasta nuestros días, gira en torno a la hipótesis de la *recency*, y se compone tanto de trabajos de corte histórico como de estudios epidemiológicos encaminados a confirmar o refutar parte de los supuestos de la citada hipótesis, que a su vez sólo cuestiona aspectos sobre la epidemiología y las formas de presentación de la esquizofrenia. Esta última fase únicamente se verifica en el mundo anglosajón, pues no hemos encontrado referencia a la misma en los numerosos trabajos recuperados en lengua francesa así como los pertenecientes a la comunidad alemana, algo menos abundantes.

Comenzaremos la exposición con una breve introducción acerca de la evidencia que algunos autores consideran como las primeras descripciones de la enfermedad.

4.1 Las posibles descripciones

El diagnóstico retrospectivo de enfermedades a partir del estudio de testimonios antiguos plantea, como indican algunos autores, problemas de diversa índole. Unos son de tipo formal, como los provocados por las descripciones incompletas, las traducciones de un idioma a otro o los cambios de significado en los términos empleados¹. Otros, por el contrario, derivan de la posible variación en la forma de manifestarse las enfermedades²: a diferencia de muchas otras, la esquizofrenia no deja rastros de sí misma en el organismo, por lo que el diagnóstico únicamente puede basarse en los testimonios escritos, de modo que los problemas reseñados adquieren una mayor relevancia.

Autores como Jeste *et al.* (1985) consideran que las primeras descripciones de cuadros en cierta medida similares a lo que hoy conocemos por esquizofrenia pueden encontrarse contenidas en los escritos cuneiformes de la antigua Mesopotamia (3000 a.C.). Son, de acuerdo con Wilson, la evidencia inequívoca de la existencia de esquizofrenia en tiempos babilónicos, y en particular de su forma paranoide.

El sistema médico hindú conocido como *Ayur veda* recoge, ya en el siglo XIV a.C., descripciones que algunos autores consideran como de esquizofrenia³, aunque es en el compendio que realiza Caraka de dicho sistema⁴, alrededor del 600 a.C., donde se habla de **insania endógena**, entre cuyos tipos se encuentran *Vata*, *Pitta* y *Kapha*, bastante parecidos a las formas hebefrénica, paranoide y catatónica de la esquizofrenia, respectivamente. Bark (1988) señala que Dube identifica en el mismo hasta siete categorías diagnósticas equiparables a la definición que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) ofrece de esquizofrenia, aunque la ausencia de detalles sobre la historia y el curso de la enfermedad impiden establecer un diagnóstico

¹ BARK (1988), JESTE *et al.* (1985). Aunque para Murphy o para Westermeyer y Sines, citados por BARK (1988), ni lenguaje ni cultura son en sí una barrera para el diagnóstico.

² ELLARD (1987), JESTE *et al.* (1985).

³ BARK (1988), CHANDRASENA (1983), JESTE *et al.* (1985), LEWIS (1973).

con certeza. Para Jeste (1985), sin embargo, no es hasta siglo I de nuestra era en que el *Caraka Samhita* ofrece descripciones clínicas más convincentes de la misma. En dicho compendio, dos de los cuatro tipos en que se divide la insania son similares a la esquizofrenia, así como alguno de los estados de posesión descritos en otros apartados.

En la antigüedad clásica, son las descripciones de Herodoto (que relata, en el siglo V a.C. el caso de Cleomenes, rey de Esparta), Hipócrates (paranoia y melancolía), Sorano (frenitis), Celso (manía y un tercer tipo de insania que “no sólo se asemeja a la esquizofrenia, sino que se le otorga el estatus de una de las tres formas de locura e, incluso, la divide en subtipos”), Areteo de Capadocia (manía y melancolía), Galeno (demencia, imbecilidad), Alejandro de Tralles, Avicena o Bernard de Gordon con su *Lilium Medicine*, a las que los estudiosos conceden especial importancia. Observan además en ellas un fenómeno que sigue creando dificultades a la hora de investigar el origen de la esquizofrenia, puesto que cuadros similares a la misma son englobados tanto bajo el epígrafe de **manía** como del de **melancolía**, si bien implican la ausencia de componente orgánico que se asocia al **delirium** y a la **frenitis**⁵.

Los testimonios pertenecientes a la edad media corresponden a la colección de historias clínicas contenidas en *The Book of the Foundation of Saint Bartholomew's Church in London*, escrita entre 1174 y 1189. De un total de 57 casos, Wilmer y Scammon⁶, identifican cuatro que posiblemente correspondan a esquizofrenia (números 2, 3, 5 y 8), si bien la falta de detalles impide excluir otras formas de episodios psicóticos. Aunque se indica que todos los casos incluidos en tal colección fueron curados, Jeste aduce una serie de razones que permiten dudar de esa evolución.

Junto al comentario que Jeste (1985) hace sobre el caso del rey Enrique VI como un posible ejemplo de esquizofrenia en el siglo XV, las descripciones de los siglos XVI y

⁴ BARK (1988).

⁵ BARK (1988), CHANDRASENA (1983), D'ESTRUBE (1966), JESTE *et al.* (1985), LEWIS (1973).

⁶ Citados por JESTE *et al.* (1985).

XVII tampoco aportan mayor claridad⁷. Vuelve a producirse en ellas la inclusión de cuadros que contienen rasgos más psicóticos que afectivos, excluida una causa orgánica, bajo los nombres de manía y melancolía⁸. Así, mientras autores como D'Estrube (1966) consideran que de los cinco grupos en que Paracelso dividió la insania —*melancholici, mania, lunatici, insani y vesani*⁹— son los recogidos en éste último los más probablemente esquizofrénicos, otros como Bark (1988) piensan que serían los primeros. Igual suerte corren Barrough en su *A Methode of Phisicke* de 1583, Gluck en 1685, Nicolaus¹⁰ en 1692, Locke¹¹ o Platter¹² y su *lupine melancholy*. Macalpine y Hunter¹³, en su estudio sobre los relatos autobiográficos de esa misma época, los del reverendo George Trosse y el pintor Bávaro Christoph Haizmann, concluyen que se pueden aplicar al primero los criterios diagnósticos de esquizofrenia contenidos en el DSM III, mientras aplican al segundo el diagnóstico de paranoia, tal y como hizo Freud. Una consideración especial reciben, sin embargo, las descripciones de Willis y Napier.

⁷ Iguales comentarios pueden hacerse respecto a la literatura y el arte. Para BARK (1988) su tema y contenido dependen de las modas, las actitudes y la filosofía de cada tiempo, de modo que se debe ir con cuidado al extraer conclusiones sobre las enfermedades de cualquier época. Cita el trabajo de Reed para afirmar que los autores teatrales y sus audiencias estaban familiarizados con las psicosis crónicas, y posiblemente con la esquizofrenia, si bien advierte que deben ser tomados con cautela por tratarse de descripciones breves e incompletas. Desmiente de este modo la opinión de Torrey según la cual no existen descripciones de la locura en las obras de Shakespeare, y opina que éste describió la esquizofrenia crónica en su obra *Rey Lear*. Respecto a la Biblia, Bark comenta algunos estudios en los que se señala posibles casos de locura tanto en el antiguo testamento (Nabuconodosor, David y Ezequiel) como en el nuevo.

⁸ BARK (1988) indica que en el libro de Burton, *Anatomy of Melancholia*, se emplea un concepto más restrictivo de manía, al quedar la locura explícitamente excluida, por lo que no aparecen las posibles descripciones de esquizofrenia que ésta podría incluir.

⁹ ACKERKNECHT (1993) nombra los *obsessi* en lugar de la *mania*, que es una forma distinta a la insania o locura verdadera.

¹⁰ BARK (1988).

¹¹ ELLARD (1987).

¹² JESTE *et al.* (1985).

¹³ Citados por JESTE *et al.* (1985).

El pasaje que Willis escribiera en 1674 es, para algunos¹⁴, la primera descripción del cuadro clínico de la esquizofrenia¹⁵: “He conocido a muchos muy sagaces en su infancia que más tarde, durante su juventud, eran torpes y pesados... Del mismo modo, a menudo sucede lo contrario, que muchos que en un principio son indóciles o incapaces de aprender, en su juventud poseen un excelente sentido común”.

De hecho, Jeste (1985), apoyándose en Cranefield, ve en la distinción que hace Willis entre *stupidity* y *foolishness* una temprana diferenciación entre retraso mental y esquizofrenia, respectivamente. Por el contrario, tal vez sea la opinión de Hare (1988) la más acertada al respecto, pues considera que Willis sólo establecía una comparación entre unos y otros, pero sin describir un deterioro mental permanente de inicio en edades tempranas.

De las descripciones de Napier, clérigo, médico y astrólogo, recogidas por MacDonald en *Mystical Bedlam*, Bark (1988) opina que los términos *mad*, *lunatic* y *distracted* son los más sugestivos de esquizofrenia. Sin embargo, el propio MacDonald considera que existe en esta colección un sesgo hacia las clases altas y algunos autores como Ellard (1987) y Turner (1992) encuentran difícil establecer paralelismos no sólo entre los términos empleados entonces y los de ahora, sino también entre las creencias de aquella sociedad y la actual, algo que Hare (1988) no parece tener en cuenta. Muestra de ello es la interpretación del término *mopish*¹⁶, del cual Ellard dice que “es concebible, pero no seguro, que refleje un desorden cognitivo del tipo que asociamos con la esquizofrenia”.

Algunas colecciones de casos clínicos escritas en el siglo XVIII determinan para Ellard (1987) la fecha más temprana que permite hablar con ciertas garantías. Advierte, no obstante, que dichas colecciones, que recogen algunas descripciones de

¹⁴ LEWIS (1973), TOMLINSON (1990).

¹⁵ D'ESTRUBE (1966), HARE (1988).

¹⁶ Abatido o melancólico (SMITH *et al.*, 1986).

casos crónicos de locura, deben tomarse con ciertas precauciones, pues la selección de los pacientes que hacen sus autores, propietarios al mismo tiempo de los manicomios privados, está encaminada a mostrar sus éxitos (sorprende un porcentaje de curas del 100% frente al 30% estimado para esa época) así como algunos aspectos considerados de interés. Se trata de las obras de Dufour; Muller (1741); Thomas Arnold (1782), que cita a los clásicos; Perfect (1787, 1809); Haslam (1798, 1809); y las de Ferriar (1810), poco útiles por su brevedad¹⁷.

No existe acuerdo a la hora de enjuiciar las obras de Perfect y Haslam. Así, la edición de los *Select Cases in the Different Species of Insanity* del primero que Gillman hace en Rochester en 1787, incluye un 25% de casos crónicos entre los que Carpenter (1989) aprecia dos esquizofrénicos (casos 8 y 36), contrastando con los tres casos (números 77, 89 y 91) que cita Ellard (1987) en la quinta edición titulada *Annals of Insanity, Comprising a Selection of Curious and Intersting Cases in the Different Species of Lunacy, Melancholy or Madness*, editada por el autor en Londres en 1809. Respecto a Haslam, los casos que en la segunda edición pueden ser esquizofrénicos (números 16 y 23)¹⁸ están copiados¹⁹ y llevan el mismo número que en la primera edición²⁰, si bien la organicidad de los mismos no está del todo descartada. Para Ellard (1987), “mientras Haslam... describe la alteración cognitiva de la esquizofrenia con bastante claridad, Perfect... no lo hace. Ello no significa que no existiera, sino más bien que no se registró ninguna descripción”.

¹⁷ Véase BARK (1988), CARPENTER (1989), CHANDRASENA (1983), ELLARD (1987), HARE (1988) y TURNER (1992) para un comentario de las mismas.

¹⁸ HARE (1988).

¹⁹ TURNER (1992).

²⁰ CARPENTER (1989).

Precisamente, una buena parte de los autores del mundo anglosajón coinciden en señalar a Haslam y sus *Observations on Madness and Melancholy* como la primera descripción del síndrome que hoy conocemos como esquizofrenia²¹:

“El deterioro de las facultades intelectuales surge, en ocasiones, a partir de una causa constitucional e inexplicable. He visto ejemplos de jóvenes que mostraban habilidades fuera de lo habitual y que, hasta la época de la pubertad, han progresado adecuadamente en sus estudios; y al llegar a la época en que sus facultades mentales estaban habitualmente desarrolladas, han retrocedido gradualmente hasta que se ha establecido un estado de demencia crónica o, más bien, de idiocia”.

Junto con Burrows y sus *Commentaries on the Causes, Forms, Symptoms and Treatment, Moral and Medical, of Insanity* de 1828, no sólo se atribuye a Haslam la primicia, sino también la anticipación a Kraepelin y Bleuler en cuanto a la endogeneidad de la causa, el debut precoz y el curso deteriorante; o a la disociación de pensamiento y emoción, y el autismo, respectivamente²².

Sin embargo, dentro de la tradición psiquiátrica francesa de la primera mitad del siglo XIX, algunos estudios²³ consideran que fue Pinel quien, a partir de la “demencia que alterna o sigue a manía y melancolía” de la que hablaba Burrows, anticipó el concepto de esquizofrenia con su descripción de *folie raissonante*, en la que se incluían algunos casos de *affective monomania* o *manie raissonante*. En inglés se le denominó

²¹ D'ESTRUBE (1966), ELLARD (1987), TURNER (1992), WENDER (1963). Sin embargo BARK (1988) comenta que Torrey considera que la primera descripción de esquizofrenia tal y como hoy día la conocemos se hizo en 1656, siendo las primeras de tipo clínico las realizadas por Pinel en 1806 y Haslam en 1809, siguiendo a más distancia las de Burrows en 1828 y Griesinger en 1845. Otros términos que se contemplan como posibles descripciones de casos de lo que hoy llamamos esquizofrenia fueron insania masturbadora de Yellowless (ELLARD, 1987), erotomanía, licantropía y posesión, la última también empleada en la Biblia (D'ESTRUBE, 1966). Junto a ellos, numerosos intentos de explicación como la teoría fisiognómica de Lavater o la explicación frenológica de Gall (GUEGUEN, 1988).

²² WENDER (1963).

²³ BARK (1988), CANCRO y PRUYSER (1979), ELLARD (1987), GUEGUEN (1988), SCHARFETTER (1973).

reasoning insanity, que se equiparó a la *moral insanity* de Prichard. Posteriormente el término evolucionó a *moral imbecility* y, finalmente, a oligofrenia²⁴. Otros, por el contrario, opinan que fue el *idiote accidentelle* o *idiote acquise* descrito por Esquirol²⁵, un discípulo de aquél, el antecedente más cercano de esquizofrenia. Y hay quienes afirman que se trataría de la *stupidité* descrita por Georget quien, a su vez, la tomó de Delasiauve, el cual la consideraba un grupo aparte de la melancolía²⁶.

En cualquier caso, fue en la segunda mitad del siglo XIX cuando Kraepelin delineó la *dementia praecox*, aunando bajo una misma enfermedad un número de entidades nosológicas hasta entonces independientes: la *démence précoce* de Morel, el delirio de persecución de Lasegue, la hebefrenia de Hecker, la catatonía de Kahlbaum, la *adolescent insanity* de Clouston²⁷, la paranoia de Heinroth²⁸ y un gran número de delirios que dejaban como secuela un estado de embotamiento y a los que denominó demencia paranoide²⁹.

4.2 *Démence précoce* o *Dementia praecox*

Está generalmente aceptado³⁰ que Morel introdujo el término *démence précoce* en la década de 1851 á 1860³¹, inspirado en la teoría de la degeneración, que por aquel

²⁴ D'ESTRUBE (1966), TOMLINSON (1990).

²⁵ CHANDRASENA (1983), LANTERI-LAURA y GROS (1982). GUEGUEN (1988), por el contrario, atribuye la formulación del *idiote acquise* al propio Pinel.

²⁶ BARUK (1974a,b).

²⁷ MENUCK (1979).

²⁸ Siguiendo a WENDER (1963), que adopta el criterio de Jelliffe en detrimento de los de Meyer, que lo atribuye a Ellinger, o Tuke, quien señala a Von Gudden. CHANDRASENA (1983) nombra el trabajo de Sanders en 1868.

²⁹ Véase al respecto los trabajos de BARUK (1974a,b; 1990), BRISSET (1965), CHANDRASENA (1983), FOURNIER (1963), GUEGUEN (1988), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973), ROUSSELOT (1981) y WENDER (1963).

³⁰ BARK (1988), BARUK (1974a,b), BRISSET (1965), CANCRO y PRUYSER (1979), FOURNIER (1963), GUEGUEN (1988), HISTORICAL (1954), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973), MENUCK (1979), ROUSSELOT (1981), SCHARFETTER (1973), TOMLINSON (1990) y WENDER (1963).

entonces impregnaba la psiquiatría francesa, y asumiendo su determinación genética, sin olvidar los hallazgos anatomopatológicos descritos por Bayle a cerca de la parálisis general progresiva, que permitieron por vez primera justificar los síntomas psíquicos de una enfermedad mental. Este es el pasaje:

“Uno de mis recuerdos infelices es un ejemplo de herencia morbosa en una familia con cuyos miembros había yo crecido. Un padre desafortunado me consultó un día sobre el estado mental de su hijo, de 13 ó 14 años de edad. Este chaval, habiendo mostrado con anterioridad el comportamiento más cariñoso hacia su padre, había manifestado violentamente odio hacia él.

El muchacho tenía una cabeza bien formada y sus facultades intelectuales eran notablemente superiores a las de sus compañeros de clase. Lo que me llamó enseguida la atención fue su bajo desarrollo físico. Tal era el contenido de sus primeras quejas, aunque difícilmente podían ser responsables de los peculiares síntomas que presentaba. Se sentía humillado por ser el niño más pequeño de su clase, aunque siempre era el primero en sus estudios, sin apenas esforzarse y con poco trabajo. Parecía captar las lecciones por intuición y las retenía fácilmente en su memoria.

Gradualmente perdió toda su energía, se hizo melancólico y taciturno e inclinado a buscar el retiro... El estado melancólico progresó y el odio hacia su padre alcanzó un punto en el que pensó matarlo. Su madre estaba loca y su abuela era excéntrica hasta el límite.

...El joven paciente mostraba un olvido creciente de todo lo que había aprendido previamente; sus facultades intelectuales, antaño tan brillantes, llegaron

³¹ Es difícil determinar la fecha exacta porque existe cierta disparidad en la bibliografía consultada. BARUK (1974a,b) y CHANDRASENA (1983) consideran que Morel utilizó el término por vez primera en 1852 en su obra *Études Cliniques: Traité Théorique et Pratique des Maladies Mentales* y, más tarde, en 1856. Esta fecha es la que indica LEWIS (1973), quien también hace referencia al libro *Traité des Dégénérescences Physiques Intellectuelles et Morales*, de 1857. LANTERI-LAURA (1982) señala que Morel describió el cuadro en los *Études cliniques* de 1857 para, tres años más tarde, en su *Traité des maladies mentales* de 1860, denominarlo *démence précoce*. Esta última fecha es la que ofrecen HISTORICAL (1954), TOMLINSON (1990) y WENDER (1963).

a detenerse alarmantemente. Una especie de torpeza o hebetud reemplazó su habitual estado de alerta, y la siguiente vez que lo vi juzgué que la fatal transición à l'état de démence précoce estaba teniendo lugar³²”.

Curiosamente, algunos autores³³ indican que “es irónico que la primera historia clínica etiquetada de demencia precoz podría haber sido un caso de neurosífilis congénita” a juzgar por los antecedentes maternos³⁴.

El *délire de persecution* de Lasegue, así como la locura primaria descrita por Snell en oposición a manía y melancolía están, en opinión de D'Estrube (1966) y Scharfetter (1973), en el origen de la paranoia de la que habló Kraepelin. Igualmente relacionados estarían otros delirios como el de persecución, de Legrand du Sale; el de grandeza, de Foville; el de negación, de Cotard; o el celotípico, de Bombarda³⁵.

La hebefrenia, como varios autores indican³⁶, tuvo su origen en la parafrenia que Guislain había descrito. Propuesta por Kahlbaum en 1863 como una categoría diagnóstica, la parafrenia incluía una serie de condiciones ligadas a la edad entre las que se incluían la neofrenia de la infancia, la hebefrenia de la adolescencia y la presbiofrenia de la edad adulta. Hecker, en 1871, describió profusamente la segunda, proponiéndola como una entidad nosológica en una categoría diagnóstica distinta de melancolía, manía y *delirium*.

La catatonia, también muy estudiada³⁷, apareció redefinida por Kahlbaum en una monografía en 1874, donde la consideraba como una entidad nosológica dentro de la vesania. Acuñó los términos de flexibilidad cérea, espasmo mandibular y

³² HISTORICAL (1954), WENDER (1963).

³³ LEWIS (1973), WENDER (1963).

³⁴ Curiosamente, SCHARFETTER (1973) lo interpreta como que Morel otorgó especial importancia al carácter hereditario.

³⁵ LANTERI-LAURA y GROS (1982).

³⁶ BRISSET (1965), CANCRO y PRUYSER (1979), D'ESTRUBE (1966), FOURNIER (1963), KOUPELNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973), ROUSSELOT (1981), SCHARFETTER (1973), TOMLINSON (1990) y WENDER (1963).

³⁷ BARUK (1974a,b) y ELLARD (1987).

verbigeración; comentó el carácter cíclico de la misma; y su relativa buena evolución, si bien constató la existencia de formas malignas³⁸. Término controvertido, la catatonia había representado, desde antes de Galeno hasta entonces, una larga lista de procesos orgánicos³⁹ incluida la epilepsia y el éxtasis religioso.

La variación que introdujo Kraepelin en la *démence précoce* de Morel no consistió únicamente en la latinización del término hacia *dementia praecox*, sino que se trató más bien de un cambio conceptual⁴⁰, al considerarla como una entidad morbos específica y no una subcategoría de un grupo más amplio de enfermedades asociadas con la edad o estados de deterioro mental⁴¹. De acuerdo con diversos autores⁴², dicho cambio no fue radical, sino el resultado de una larga evolución cuyos primeros frutos aparecieron en la cuarta edición (1893) de su *Lehrbuch der Psychiatrie*, donde se equiparaba la demencia praecox con la hebefrenia, concediéndole igual rango que la demencia paranoide y la catatonia de Kahlbaum, todas ellas independientes entre sí⁴³. En la quinta edición (1896) incluyó a la demencia precoz dentro de las enfermedades del metabolismo, junto a la parálisis general progresiva y el mixedema, a la par que remarcó un criterio clínico más neutro en cuanto a pronóstico se refería.

En una reunión en Heildeberg en 1898, Kraepelin proclamó formalmente que la demencia precoz era una entidad morbos específica y no una alteración del me-

³⁸ Que Stauner denominó catatonia aguda mortal y Braunmühl, catatonia perniciosa (SCHARFETTER, 1973).

³⁹ ELLARD (1987) participa de la opinión de Roger según la cual la catatonia debe verse, al menos, "como un marcador de enfermedad psiquiátrica biológica severa, así como el reflejo de un proceso neurológico que debe ser el sustrato esencial de cualquier alteración de este tipo".

⁴⁰ De hecho, como plantean BERCHERIE (1980) y BERRIOS y FERNÁNDEZ (1996), se trató más bien de una continuidad nominal.

⁴¹ DELION (1981), TOMLINSON (1990), WENDER (1963).

⁴² Cfr. BRISSET (1965), CANCRO y PRUYSER (1979), HOEING (1983), KOUPERNIC (1966), KRIS (1972a, b), LANTERI-LAURA y GROS (1982), MENUCK (1979), MIDENET (1972), SCHARFETTER (1973), TOMLINSON (1990) y WENDER (1963).

⁴³ CHANDRASENA (1983), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973), TOMLINSON (1990).

tabolismo⁴⁴. En la siguiente edición de su libro (1899) la demencia precoz, tal y como había hecho Pick en 1891, pasó a ser el nombre genérico bajo el cual, enfatizando la sintomatología y el pronóstico, agrupó las variedades hebefrénica y catatónica, así como la paranoide⁴⁵, entidades morbosas que compartían determinadas características⁴⁶. En la séptima edición (1906) consideró que, aunque formaban un grupo heterogéneo, dichas entidades poseían en común el déficit afectivo y la disgregación psíquica⁴⁷.

Finalmente, en la octava edición de su libro, en 1913, introdujo nuevos cambios: añadió la *dementia simplex* o esquizofrenia simple⁴⁸; en un intento de resolver la colocación de las formas alucinatorias de la paranoia, decidió sacarla del grupo para denominarla parafrenia, con sus cuatro variantes (sistemática o alucinatoria, expansiva o maniaco-depresiva, confabulante y fantástica); al mismo tiempo, aceptó las ideas bleulerianas de una disgregación psíquica⁴⁹. Citando textualmente a Kraepelin:

“El punto de partida de la línea de pensamiento que me llevó a considerar, en 1896, a la demencia precoz como una enfermedad distinta lo obtuve, por una parte, de la abrumadora impresión de los estados de demencia tan similares entre sí que se derivaban a partir de los más variadas síntomas y, por otro, de la experiencia relacionada con las observaciones de Hecker, según la cual tales demencias parecían estar en una nueva relación con el periodo de la juventud. Como no existía un reconocimiento clínico del mismo, lo primero que cabía hacer para la delimitación preliminar del nuevo territorio circunscrito era escoger un

⁴⁴ BRISSET (1965), CHANDRASENA (1983), LEWIS (1973), TOMLINSON (1990).

⁴⁵ Grupo éste compuesto por las formas alucinatorias de la paranoia y que hasta entonces siempre había sido considerado con entidad propia. WENDER (1963) señala que la inclusión de la paranoia introdujo ciertas dificultades a la hora de decidir el diagnóstico entre aquella, que más adelante denominó parafrenia, y la esquizofrenia tipo paranoide.

⁴⁶ CHANDRASENA (1983), JANZARIK (1986), LANTERI-LAURA y GROS (1982), SCHARFETTER (1973), WENDER (1963).

⁴⁷ BRISSET (1965), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982).

⁴⁸ WENDER (1963).

⁴⁹ BRISSET (1965), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), SCHARFETTER (1973).

nombre que expresara ambos puntos de vista. El nombre *démence précoce*, ya empleado por Morel y más tarde por Pick (1891), me pareció servir adecuadamente este propósito, hasta que una comprensión más profunda de la enfermedad proporcionara un nombre adecuado”.

Son distintas las influencias que se consideran en el trabajo de Kraepelin. Unos hablan de su impregnación de la teoría degeneracionista⁵⁰, que no sólo permitió acentuar el mal pronóstico, sino que también se acompañó de connotaciones negativas, como reflejan los términos empleados para designarla: idiota, imbecil, loco, degenerado, etc. Otros citan su apoyo en la obra de Esquirol, Griesinger, Kahlbaum, Hecker, Fink o Pick, que sirvió para asestar un duro golpe a la teoría de la psicosis unitaria⁵¹, según la cual no existía solución de continuidad entre los trastornos afectivos, la confusión y la demencia o la paranoia⁵². Junto a ello, Kraepelin basó sus conocimientos psiquiátricos en tres grandes áreas, anatomía, etiología y sintomatología, a las que luego añadió curso y tratamiento. La supuesta base orgánica de la enfermedad se fundamentó en los trabajos alemanes de Nissl, Alzheimer o Vogt; y en los de Klippel o L’Hermite en Francia⁵³.

En la visión que Kris (1972a, b) ofrece de su obra, los puntos claves en la descripción kraepeliniana de la demencia precoz fueron la detención del desarrollo (*developmental arrest* en la literatura anglosajona) y, llegando más allá que Hecker, el retroceso en el mismo (o *regression*): “Como ha mostrado Hecker, el estado final de debilidad mental en la hebefrenia recibe su carácter de sus orígenes en la adolescencia.

⁵⁰ CANCRO y PRUYSER (1979), HOEING (1983), KOUPERNIC (1966), TOMLINSON (1990).

⁵¹ Propuesta por Zeller y desarrollada por Griesinger, esta teoría surgió ante la desesperanza de no llegar a un acuerdo respecto a la clasificación nosológica adecuada (SCHARFETTER, 1973). COLODRÓN (1990) cita las palabras de Llopis al respecto: “[Griesinger...] elevó la tesis de la psicosis única a su máximo esplendor [e introdujo los elementos que habían de negarla] al aceptar la posibilidad de una paranoia primaria”. JANZARIK (1986) comenta que, una vez perdida la cohesión interna del edificio construido por Griesinger, muchos de los términos empleados por él pasaron a emplearse como nombres de enfermedades.

⁵² KRIS (1972a,b).

Hecker se inclina a considerar el pronóstico de su hebefrenia como una detención de toda la vida mental en el momento del desarrollo de los años púberes. La frecuencia de un deterioro mental profundo habla contra esta concepción, pues demuestra una regresión, y no la simple detención del desarrollo mental”.

Varios son los logros que se atribuyen a Kraepelin. En el terreno de la clínica, la descripción profusa de la sintomatología de la enfermedad: las alucinaciones, los delirios, las expresiones de emotividad distorsionadas y extrañas⁵⁴, las alteraciones de la atención, el negativismo, las estereotipias del movimiento y la actitud, la disminución en la capacidad para el trabajo, los trastornos del juicio y el quebranto de los procesos mentales, todo ello asociado con una capacidad perceptiva, una claridad sensorial y una retención de memoria relativamente conservadas. La ordenación de todos ellos le permitió establecer la consabida clasificación en los distintos subtipos⁵⁵. En el campo del diagnóstico, la importancia dada a la edad de debut⁵⁶ y al curso de la enfermedad así como la asunción implícita de que era el denominador común de todas ellas⁵⁷.

Del mismo modo son también numerosas las críticas recibidas. Así, Kris (1972a, b) protesta por la falta de métodos de Kraepelin para investigar la detención del desarrollo en los términos en los que la había planteado⁵⁸, esto es, una lesión orgánica

⁵³ BARUK (1974a,b), HOEING (1983).

⁵⁴ RIEDER (1974) señala que, a pesar de atribuirse a Bleuler la descripción de las alteraciones del pensamiento y la afectividad, éstas ya habían sido descritas profusamente por Kraepelin.

⁵⁵ BRISSET (1965), FOURNIER (1963), LEWIS (1973), SCHARFETTER (1973).

⁵⁶ Curiosamente, FOURIER (1963) interpreta que Kraepelin aplicó el calificativo de *praecox* con la intención de señalar, no un inicio en edades tempranas, sino la pronta instauración de la demencia tras el inicio del cuadro, suponiendo ello una concepción finalista donde el pronóstico adquiriría importancia.

⁵⁷ RIEDER (1974).

⁵⁸ Del mismo modo, KRIS (1972a, b) opina que, gracias a los trabajos de Erikson sobre las secuencias de desarrollo epigenético y de Anna Freud con sus líneas de desarrollo, pueden contestarse las dos preguntas que Kraepelin no pudo preguntarse: ¿Cuáles son los elementos del carácter que dan lugar a las regresiones patológicas y las detenciones del desarrollo? ¿Cuáles son los mecanismos de desintegración y deterioro en los pacientes psicóticos?

de la corteza cerebral⁵⁹. Y aún más, adolece de un defecto en la concepción ontológica del mismo. Kris recoge, además, las críticas de Meyer, quien le acusaba de aplicar el modelo de la parálisis general progresiva, y de Serbski, más reduccionista al incluir sólo aquellos casos de inicio no más allá de la adolescencia y con rápido deterioro mental, prefiriendo que fuera una subcategoría más que una entidad morbosa independiente. Hoening (1983) piensa que, consciente de las limitaciones de su modelo, Kraepelin no pudo más que referirse al cuadro en general, pero sin ser capaz de determinar un sólo signo inequívoco de la misma, mientras cualquier indicio de acercamiento psicopatológico, la biografía del paciente, su personalidad premórbida e incluso su propia vivencia de la enfermedad parecían ser irrelevantes.

En opinión de Wender (1963), Kraepelin adoptó dos criterios poco usuales para definir la enfermedad, la edad de debut y el curso de la misma, lo cual supuso que, desde el primer momento, encontrara oposición a su concepto: Rieder (1974) anota que la asunción de una relación unívoca entre la etiología, la anatomía patológica y la clínica llevaba directamente a la concepción de la demencia precoz como una entidad morbosa, frente a la concepción sindrómica que Bleuler introdujo⁶⁰. Noción esta de especie morbosa a la que los meyerianos, en la línea de Morel, se oponían⁶¹ al tiempo que le recriminaban la escasa importancia que, al modo de Griesinger, concedía a los factores psicológicos y ambientales en la causación de la enfermedad⁶².

Otros diferían acerca de la precocidad y el infausto pronóstico, críticas estas últimas que contempló a partir de la octava edición de su libro, al conceder que la

⁵⁹ Crítica un tanto aventurada si se tiene en cuenta que encargó dicha labor a Alzheimer (BLEULER, 1963, 1965, 1966 y TOMLINSON, 1990).

⁶⁰ No obstante, a partir de los textos literales que Rieder incluye, vemos como tal asunción no es tajante en el caso de la esquizofrenia.

⁶¹ STENGEL (1957).

⁶² BARK (1988), TURNER (1992). Recordemos que fue Griesinger quien dijo que toda enfermedad mental era manifestación de una enfermedad del cerebro (CANCRO y PRUYSER, 1970 y TOMLINSON, 1990).

enfermedad no siempre se iniciaba en edades tempranas⁶³ y que algunos casos no sólo no se deterioraban, sino que incluso se recuperaban⁶⁴. A pesar de ello, no llegó a revisar sus criterios diagnósticos, lo que condujo a la disparidad en los mismos a uno y otro lado del pacífico. Así, en Europa se dio más importancia al curso deteriorante de la enfermedad (criterios restrictivos) mientras en los EE.UU. se centraron en ciertos síntomas como las alucinaciones auditivas o el trastorno del pensamiento⁶⁵.

A pesar de todo, como afirma Tomlinson (1990), su visión de la demencia precoz como una psicosis de inicio en la juventud caracterizada por “una destrucción particular de las conexiones internas de la personalidad psíquica”, quedó firmemente fijada en las formulaciones diagnósticas del siglo XX, como muestran las definiciones al uso más frecuentes (RDC, DSM III, PSE, CIE 9).

4.3 De *dementia praecox* a esquizofrenia: la lasitud de las asociaciones⁶⁶

Como varios autores coinciden en señalar, la teoría de Bleuler supuso el intento de conciliar las corrientes organicistas con las psicodinámicas, como el mismo autor reconoció en la introducción a su monografía⁶⁷ en la edición de 1911, si bien manifestando expresamente su convencimiento en la existencia de una causa orgánica en el origen de todo el proceso⁶⁸, más concretamente una toxina, teoría propuesta por

⁶³ Pero consideraba que el 23'7% de casos incluidos en su casuística cuyo inicio se producía pasados los 30 años, en realidad “había comenzado de manera insidiosa tiempo atrás” (TOMLINSON, 1990).

⁶⁴ Cfr. CANCRO y PRUYSER (1979), FOURNIER (1963), LEWIS (1973), SCHARFETTER (1973), STENDEL (1957) y WENDER (1963). Nótese que ni Kraepelin ni Bleuler parecen ser tan rotundos en lo que respecta a la evolución: Kraepelin refiere un 17% de curaciones sociales mientras Bleuler no habla de curas sino de “mejorías muy avanzadas” (CANCRO y PRUYSER, 1970 y FREYHAN, 1958).

⁶⁵ HOEING (1983), RIEDER (1974), WENDER (1963).

⁶⁶ COLODRÓN (1990) ha sido la autoridad consultada a la hora de traducir muchos términos psiquiátricos.

⁶⁷ Un volumen que formaba parte de la obra dirigida por Aschaffenburg, traducido al inglés por Zinkin años más tarde, en 1950 (KOUERNIC, 1966, MENUCK, 1979, RASKIN, 1975, STENDEL, 1957 y STIERLIN, 1967).

⁶⁸ “...naturaleza que no es funcional pero que es la consecuencia de una alteración cerebral directamente química, anatómica o molecular” FOX (1978), STIERLIN (1967)). STENDEL (1957), por el

Berger en 1904 y también aplicada por Kraepelin en la forma de una “autointoxicación consecutiva a una alteración del metabolismo”⁶⁹. Igualmente se consideran influencias kraepelinianas la división de la esquizofrenia en catatonía, hebefrenia y parafrenia, la sintomatología y el curso deteriorante de la enfermedad: en palabras de Stierlin (1967), el soporte nosológico.

Por su parte, tomó de Freud las ideas que le permitieron construir una teoría psicológica⁷⁰, aunque otros atribuyen el énfasis en los factores psicológicos a la influencia de Jung y su noción de complejo⁷¹. Este doble origen es la explicación que Menuck (1979) da a la estructura de la monografía donde, a lo largo de tres cuartas partes (secciones I a IX), discute en detalle la psicopatología de la enfermedad así como otras consideraciones de tipo etiológico, diagnóstico y pronóstico, mientras el cuarto restante (sección X) versa sobre la psicogenia⁷² de signos y síntomas, siendo explícitamente freudiano. Tomlinson (1990), por su parte, considera que Bleuler se inspiró en la “psicastenia” de Janet⁷³ al hablar de la pérdida de capacidad asociativa,

contrario, es de la opinión que Bleuler no fue tan tajante al respecto, aunque tampoco llevó más allá la posibilidad contemplada de un posible origen psicológico. STIERLIN (1967), sin embargo, considera que Bleuler sí lo fue.

⁶⁹ Cfr. BARUK (1974a, b), BLEULER (1986, 1988), CANCRO y PRUYSER (1979), FOX (1978), LEWIS (1973), MENUCK (1979), SCHARFETTER (1973), STENGEL (1957), STIERLIN (1967) y TOMLINSON (1990).

⁷⁰ AROZENIUS (1977), FOURNIER (1963), FOX (1978), MENUCK (1979), SCHARFETTER (1973), STIERLIN (1967)

⁷¹ BRISSET (1965), TOMLINSON (1990).

⁷² Aunque no creyó un origen psíquico de la esquizofrenia, admitió que las experiencias psíquicas de naturaleza desagradable podían desencadenar síntomas esquizofrénicos. Lo que no era probable es que sólo en base a ellos se desarrollara la enfermedad (SCHARFETTER, 1973).

⁷³ Janet, en 1889, habló de una disociación psíquica, de una fragmentación de series de representaciones de la conciencia del yo, como consecuencia de una debilidad general de las ocupaciones psíquicas, un *abaissament du niveau mental*. También habló de un deterioro en la concepción del sentido de la realidad. Binet, en 1892, se refirió al concepto de disociación. Y MASSELON (1902, 1904) denominó a la alteración básica de la demencia precoz como disociación de las funciones psíquicas. La idea de Janet fue propuesta como explicación por Evensen para la amblinoia; y también por Berze, en la hipofrenia, para caracterizar la alteración básica de la paranoia y, más tarde, la de la demencia precoz (SCHARFETTER, 1973). STENGEL (1957), por el contrario, opina que la explicación fisiopatológica que Bleuler ofrece rechaza las teorías de Janet acerca de “la disminución del nivel mental” o las de Freud acerca de las “fuerzas mentales”, ya que, de hecho, los términos conflicto y regresión apenas se mencionan.

mientras Scharfeter (1973) señala la teoría de la sejunción de Wermicke⁷⁴. Stierlin (1967), finalmente, opina que la teoría de los engramas, de Semon, sirvió a Bleuler para unir la patología cerebral con la psicología.

La contribución de Bleuler no sólo consistió en el cambio de nombre, esquizofrenia⁷⁵, con el fin de ajustarlo más a la realidad⁷⁶, sino que llevó pareja una nueva concepción de la misma, modificando su definición, su acercamiento al enfermo, su fatal pronóstico y su enfoque terapéutico⁷⁷. Así, cambió la idea de una progresión irremediable hacia la demencia por otra caracterizada por la disociación de la personalidad⁷⁸, la catatonia y la ambivalencia, siendo la lasitud de las asociaciones el aspecto psicopatológico fundamental de la esquizofrenia⁷⁹.

⁷⁴ La hipótesis de la sejunción (aflojamiento), de Wermicke, se hizo muy famosa (1880-1894, 1896). Discípulo de Meynert, Wermicke, como somaticista que era, entendía la disociación en un sentido anatómico: la enfermedad mental sería el resultado de la disociación entre el córtex y los centros subcorticales. Según esto, en determinadas alteraciones mentales acontecería una sejunción o aflojamiento en los vínculos de las asociaciones. Wermicke describió una esquizofrenia (en el sentido en que hoy la entendemos) de la cual dijo “el hombre está constituido a la vez de un número de personalidades diferentes, de modo que podemos calificar su estado como desintegración de la individualidad”. En 1904, Gross retomó la hipótesis de Wermicke y distinguió los automatismos de algunos catatónicos como síntomas secundarios de una cadena asociativa rota inconscientemente; calificó como característico de esta enfermedad la incoherencia disociativa; y sugirió, en función de ello, el nombre de demencia sejuntiva (SCHARFETTER, 1973).

⁷⁵ El término propuesto por Bleuler obtuvo mejor aceptación que otros en boga como psicosis de desintegración, de Jahrmärker; ergasia y paraergasia, de Meyer; demencia simple, de Rieger; psicosis catatónica degenerativa, de Paris (1903); paratonía o demencia paratónica progresiva, de Bernstein (1903); amblitimia y amblinoia simple y catatónica, de Evensen (1903); demencia sejuntiva, de Gross (1904); ataxia intrapsíquica, de STRANSKY (1904); insania adolescente, de Conaghey (1905); demencia primaria, de Sommer (1906); demencia *dessecans*, de Zweig (1908); disfrenia, de Wolf (1908); disarmonía intrapsíquica, de Urstein (1909); locura discordante, de Chaslin (1912). De todas ellas, sólo esta última así como el término kraepeliniano han sobrevivido (D'ESTRUBE (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), SCHARFETTER (1973)).

⁷⁶ Como comenta BERRIOS (1994), se trata de la famosa aseveración hecha por Marandon de Montyel y por Mongeri “*La démence précoce de M. Kraepelin... n'est ni démence, ni précoce*” en 1905 (Les Formes de la Démence Précoce, *Annales Médico-Psychologiques*, 2, 246-65).

⁷⁷ AROZENIUS (1977), MENUCK (1979).

⁷⁸ STRANSKY (1902, 1904, 1953) indicó que lo primario de la demencia precoz era la disociación entre intelecto y afectividad, la incongruencia de la timopsique y la noopsique, y propuso para estas alteraciones funcionales basales la denominación de ataxia intrapsíquica. La personalidad, que en la pubertad aún no estaba configurada, estaría especialmente predispuesta a enfermar de este “proceso de disociación” (SCHARFETTER, 1973).

⁷⁹ FOURNIER (1963).

Bleuler⁸⁰ describió así la enfermedad:

“Con el término ‘*dementia praecox*’ o ‘esquizofrenia’⁸¹ designamos un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, a veces marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier momento, pero no permite la completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, de las emociones y de la relación con el mundo exterior que no se presentan en ninguna otra parte en esta forma concreta”.

Fisiopatológicamente Bleuler exponía de este modo su parecer: “Podemos asumir una disminución en la *Schaltspannung*, que corresponde a la naturaleza de la enfermedad, naturaleza que no es funcional pero que es la consecuencia de una alteración cerebral directamente química, anatómica o molecular”.

Es decir, un trastorno en los circuitos neuronales con tendencia a desconectar asociaciones normales para establecer otras poco usuales⁸².

Stierlin (1967) interpreta que existirían distintas tendencias asociativas que competirían constantemente entre sí. La tendencia con mayor carga afectiva solía vencer pero, bajo determinadas circunstancias⁸³, también podría quedar libre. Tales circunstancias prevalecerían cuando existiera una debilidad en los mecanismos que

⁸⁰ Citado por Freyhan (1958). Descripción que, como indica STIERLIN (1967), fue variando a lo largo del tiempo.

⁸¹ En 1902, Bleuler, en el artículo titulado “*Dementia praecox*”, publicado en el *Journal of Mental Pathology* de Nueva York, expresó su conformidad con el concepto kraepeliniano, hablando ya por aquel entonces de síntomas fundamentales y accesorios y estableciendo que no existían límites claros entre los diferentes subtipos. En 1908, en el artículo *Die Prognose der Dementia Praecox (Schizophreniengruppe)*, publicado en el *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, sugiere Bleuler por primera vez el término de esquizofrenia para designar la demencia precoz de Kraepelin: “pienso que la escisión de las funciones psíquicas es el síntoma capital del grupo de enfermedades” (SCHARFETTER, 1973). Sin embargo, JANZARIK (1986), que también cita este artículo, recoge un trabajo de Westphal de fecha anterior (1878), publicado en esa misma revista y titulado *Ueber die Verrücktheit*, en el que se emplea el término esquizofrenia, con el mismo significado.

⁸² FOX (1978), STIERLIN (1967).

⁸³ “...sueño, cansancio, atención reducida”, como recoge textualmente STIERLIN (1967).

controlan las asociaciones. Al hablar de *Schaltspannung* o de *Assoziationsspannung*, sigue Stierlin, Bleuler se refería a la tensión que mantiene ligadas y coordinadas las asociaciones. Dicha debilidad implicaría la disgregación de la capacidad asociativa y, con ella, la del modo de pensar jerárquico y orientado hacia objetivos. Si esa disgregación de la capacidad asociativa, facilitada por las alteraciones cerebrales que Bleuler mencionó, fuera severa, se fragmentaría la afectividad y la unidad interna de la personalidad se perdería. En otras palabras, habría esquizofrenia⁸⁴.

De acuerdo con Henne (1979) y Koupernic (1966), el punto esencial en la obra de Bleuler sería la flaqueza de las asociaciones o pérdida de la capacidad de asociación, problema primario negativo que originaría los problemas secundarios. Dicha flaqueza provocaría la disociación de las diversas funciones psíquicas en los sistemas de complejos independientes que comprometen la unidad de la personalidad, la cual pasaría a estar dominada por alguno de dichos complejos o tendencias, acompañándose además de problemas asociativos (que serían la causa de las barreras y los problemas del curso del pensamiento), así como de problemas afectivos. No obstante, en opinión de Guiraud, no estaría claro si tal disociación o *Spaltung* (similar a la discordancia que Chaslin enunció en esa misma época⁸⁵) significaba un problema en la asociación de las ideas, una discordancia entre las funciones intelectuales y afectivas o

⁸⁴ Del griego σχιζω, escindir y φρηνη, inteligencia (REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, 1992).

⁸⁵ Las ideas germanas en torno a la demencia precoz y la esquizofrenia fueron introducidas en Francia por Serieux, Mignot, Pascal y otros, si bien encontraron resistencia por parte de Seglas y de Chaslin. Este último, a partir de los numerosos estudios realizados por Lasègue y Falret, por un lado, y Magnan, por otro, denunció la confusión existente entre un síndrome en el que existían desorientación temporo-espacial, alteración mnésica y debilitamiento global de las facultades mentales; y otro constituido por la discordancia e incoherencia entre el delirio, el lenguaje, las emociones y el comportamiento, que denominó psicosis o locura discordante. Esta oposición clínica se vio reforzada con las diferencias en los estudios anatomopatológicos de Klippel y Alzheimer, así como con las correlaciones anatomoclínicas que Bayle había encontrado en la parálisis general progresiva, que durante un tiempo se tomó como paradigma de enfermedad mental. La clínica y la subdivisión de la locura discordante eran iguales a las de la esquizofrenia de la que hablaría Bleuler, sólo que para el francés la base de todo el proceso residía en la discordancia, por ser tal la falta de acuerdo entre la personalidad del paciente y su expresión, mas no la alteración de las asociaciones (BARUK, 1974a, b y LANTERI-LAURA y GROS, 1982).

una ruptura del contacto con la realidad: una oscilación, en fin, entre posiciones afectivas extremas.

La pérdida de la capacidad asociativa antes citada prepararía el terreno para que los complejos reinaran a su libre albedrío, con lo cual florecería la sintomatología esquizofrénica. Sintomatología que sería bien una manifestación de la enfermedad, bien un intento de restituir la capacidad asociativa perdida⁸⁶. Como recoge Hoening (1983), los deseos y conflictos dan idea de poderosas constelaciones afectivas o “complejos”, en cuya raíz encontró Bleuler el origen de la sintomatología: “El complejo no es la causa de la enfermedad, pero sí la de sus síntomas o de su manifestación”.

Para Kris (1972a, b), no obstante, la elección de la alteración de la asociación como explicación de la esquizofrenia resultaría estéril como concepto central de la misma. Además, en aquella época no cree que fuera posible ningún acercamiento psicoanalítico a las cuestiones relacionadas con la detención y regresión del desarrollo, por mucho que tal deficiencia se intentara compensar con el estudio de los síntomas. Es más, Bleuler hijo (1984), a la luz de los avances en psicopatología, psicoanálisis y fenomenología, considera que se podrían explicar “casi todos los síntomas esquizofrénicos como resultado de la retirada autista de la realidad y la disgregación de la vida psicológica”, cambiando de lugar el peso de la explicación psicopatológica de la enfermedad.

Una de las consecuencias que la mayoría de los autores⁸⁷ coinciden en achacar a la formulación de Bleuler fue la ampliación del concepto respecto al de Kraepelin⁸⁸, pues pasaba a incluir en su seno a los estados limítrofes⁸⁹. En palabras de Menuck (1979), mientras el concepto kraepeliniano de *dementia praecox* era el de una

⁸⁶ STIERLIN (1967).

⁸⁷ Cfr. BLEULER (1988), FOURNIER (1963), FOX (1978), HOENING (1983), KRIS (1972a, b), MENUCK (1979) y STIERLIN (1967).

⁸⁸ Algo que no comparte STENGEL (1957), para quien, en un principio, el concepto kraepeliniano era igualmente amplio. Es más, considera que el concepto bleuleriano es básicamente el mismo que el de Kraepelin sólo que con un mayor énfasis en la variedad de manifestaciones y evoluciones.

enfermedad definida longitudinalmente y, en ocasiones, también transversalmente, con Bleuler cesó de ser así. De hecho, el pronóstico dejó de ser tan importante, aunque el propio Bleuler parecía no tener demasiada experiencia en el seguimiento a largo plazo de pacientes no hospitalizados⁹⁰. Stierlin, por su parte, interpreta que dicha ampliación del concepto obedeció a la difuminación de los límites entre la esquizofrenia y otros estados psicóticos, así como a la similitud que Bleuler señaló entre el mundo onírico y el del esquizofrénico⁹¹. De este modo, sus experiencias serían accesibles a todos por tratarse de una diferencia cuantitativa y no cualitativa⁹²: “Incluso las personas normales muestran un número de síntomas esquizofrénicos cuando se encuentran preocupados emocionalmente, especialmente distraídos o cuando su atención se concentra en un sólo tema. Entre estos síntomas encontramos asociaciones peculiares, ideas y conceptos incompletos, desplazamientos, errores conceptuales y estereotipias”.

Otra de las consecuencias fue la concepción biográfica de la enfermedad. Como dice Kris (1972a, b), “el deterioro se convirtió en la consecuencia biográfica de los síntomas. Pero, al mismo tiempo, ello supuso desechar el concepto kraepeliniano de una tendencia a terminar en demencia, esto es, en detención y regresión del

⁸⁹ Algunos, como FOURIER (1963), llegan más lejos al afirmar que sólo dejaba fuera las neurosis.

⁹⁰ BLEULER y BLEULER (1986).

⁹¹ Años más tarde, Bleuler hijo se expresaría en términos similares, citando las palabras de Ey “el esquizofrénico muestra abiertamente lo que se encuentra oculto en el sano” y añadiendo que “al mismo tiempo, existe una vida sana que sigue su curso, oculta, en el esquizofrénico. Todavía más, son los límites entre el mundo normal y el esquizofrénico los que desaparecen. El uno está dirigido a la defensa de la existencia de los individuales en la sociedad, sigue leyes lógicas y trata con la ambitendencia. El otro está encaminado a adaptar del mundo de la fantasía a nuestras necesidades, no tiene nada que ver con el orden, trata con la ambivalencia y se hace manifiesto en el esquizofrénico”. BLEULER (1963, 1965, 1966) aplaudirá esta posición, mientras Fish la criticará y Ewalt dirá que “la vida sana oculta en el esquizofrénico no es tal, sino que el miedo o la preocupación del médico por los síntomas hacen asumir al paciente que aquél no está interesado en ellos (BLEULER y BLEULER, 1986).

⁹² BLEULER y BLEULER (1986), STIERLIN (1967).

desarrollo⁹³". En este sentido, Brisset (1965) opina que la esquizofrenia dejó de ser una enfermedad en el sentido clásico para pasar a ser un trastorno de la personalidad.

Sin embargo, los problemas para conciliar esta visión psicoanalítica con la nosología kraepeliniana no tardaron en aparecer. Como ilustra Stierlin (1967), Bleuler se vio atacado por unos y otros. Sin olvidar el respeto que le guardaban, los representantes de la psiquiatría "oficial" (Gruhle, Bumke, Hoch, entre otros) le acusaron de permitir la entrada del psicoanálisis en dicho terreno, aunque en realidad lo que no aceptaban era la crítica que el trabajo de Bleuler suponía para ellos. Entre los psicoanalistas encontró muestras de apoyo, pero también comentarios poco amables: como recuerda Kris (1972a, b), Sullivan consideraba que el "concepto de asociación psicológica era inútil tanto científica como terapéuticamente", mientras Rapaport exponía la secuencia de hechos en sentido inverso, esto es, "la retirada de la realidad en la fantasía sería la causa de la alteración en la asociación y en la afectividad". En tales circunstancias, Bleuler se distanció de estos últimos, enfatizando la base hereditaria de la enfermedad y retirando del prólogo a la sexta edición de su libro su reconocimiento a las ideas de Freud.

4.4 La clasificación bleuleriana de los síntomas

Como comentábamos al principio, coincidiendo con el vigésimo quinto aniversario de la traducción de la monografía de Bleuler al inglés, la clasificación bleuleriana de los síntomas centró durante un tiempo la atención de los estudiosos, al plantearse la necesidad de aclarar algunos conceptos de la misma⁹⁴. Si bien la ausencia de trabajos al respecto desde entonces parece confirmar la opinión de Bleuler hijo (1986), según la cual la división de los síntomas en primarios y secundarios "ha caído en desuso y suena pasada de moda" o que la clasificación de los síntomas "ha perdido

⁹³ FOX (1978), KRIS (1972a, b), SCHARFETTER (1973).

⁹⁴ MENUCK (1979).

interés”, pensamos que son aspectos de la obra de Bleuler todavía sujetos a confusión, a juzgar por la abundante bibliografía publicada en fechas recientes en la cual tal distinción sigue estando confusa⁹⁵. Iguales comentarios pueden hacerse en torno a la regla diagnóstica que recoge los síntomas fundamentales como 4 Aes. Nunca mencionada como tal por Bleuler, apareció tras la difusión de su obra traducida al inglés (donde comienzan por esa letra dichos síntomas), unida a la simplificación de los mismos pues, como veremos a continuación, son más de cuatro.

Clínicamente, Bleuler aceptó la delineación kraepeliniana de los síndromes, como dice Menuck (1979) textualmente, bajo los que latía una misma enfermedad. En cada subtipo (paranoide, catatónico, hebefrénico) estaban presentes todos los síntomas básicos, mientras los accesorios eran los que determinaban el subtipo. Así, en la forma paranoide predominan los delirios de persecución y las alucinaciones auditivas; en la catatónica, el debut repentino del cuadro motor; y en la hebefrénica, sin embargo, no existía un cuadro típico, siendo cambiante en su presentación. Además, añadió a los tipos de Kraepelin un cuarto, el tipo simple⁹⁶, donde sólo había síntomas básicos o fundamentales pero no accesorios, tratándose de una decadencia mantenida en las habilidades intelectuales, la afectividad, la volición y la capacidad de trabajo; el diagnóstico solía ser tardío y retrospectivo y la hospitalización era poco frecuente. Relacionada con ella estaba la forma latente⁹⁷, la más común según Bleuler, caracterizada por irritabilidad, mal humor⁹⁸, insociabilidad y sobrepuntualidad. También habló de una forma periódica en la que recurrían episodios maniaco-depresivos y en la que se sospechaba cierto grado de deterioro. Y de formas exógenas

⁹⁵ Hemos tratado esta cuestión en otro lugar (DUALDE, 1996).

⁹⁶ Como acabamos de indicar, Kraepelin lo recogió en la octava edición de su libro. Según algunos, la demencia simple fue nombrada y descrita por primera vez en 1903-04 por Otto Diem (CHANDRASANA, 1983 y WENDER, 1963).

⁹⁷ Aunque HOEING (1983) considera que la forma simple es original de Kraepelin, siendo la forma latente de Bleuler equivalente a la misma, creemos que está equivocado.

⁹⁸ En el artículo MENUCK (1979) habla de *moodiness*, que SMITH *EL AL.* (1986) traducen como mal humor, pero también como melancolía.

precipitadas por traumatismos craneales, fiebre, ingresos penitenciarios, puerperio y menstruación⁹⁹.

Las aportaciones originales de Bleuler al concepto de esquizofrenia serían, en opinión de algunos autores, la ambivalencia y el pensamiento autista. Este último, relacionado con la introversión de Jung, estaba elaborado a partir de la postulada escisión de la vida psíquica¹⁰⁰. Escisión que también permitía entender mejor la supuesta demencia que había llevado a Kraepelin a considerarla como un aspecto principal de su concepto. De este modo, la demencia no existía en realidad, sino que la inteligencia, a menudo conservada, se encontraba inutilizada¹⁰¹. Del mismo modo, demostró que la afectividad no estaba ausente, pero sí alterada. También se consideran obra de Bleuler la descripción profusa tanto de los síntomas como del curso variable a pesar de la gran similitud entre los síntomas; la existencia de varios subtipos diferentes entre sí; y sus especulaciones sobre la etiología orgánica y la influencia genética¹⁰².

Bajo la descripción bleuleriana de la esquizofrenia latía, según Koupernic (1966), la concepción organodinamista del neojacksonismo, según la cual toda lesión nerviosa poseía dos efectos: uno negativo, que representaba la pérdida de la función del nivel donde se localizaba la lesión; y otra positiva, correspondiente a la liberación de los

⁹⁹ BLEULER (1988), JANZARIK (1986), LANTERI-LAURA y GROS (1982), MENUCK (1979), RIEDER (1974).

¹⁰⁰ Ernst y Angst (1994), FOURNIER (1963), GUEGUEN (1988), KOUPERNIC (1966), KRIS (1972a, b), LEWIS (1973). Como ilustra SCHARFETTER (1973), las raíces de la idea de escisión psíquica se remontan a la época romántica y a la psicología de Herbert (1816): el enfrentamiento de las fuerzas de la naturaleza y las fuerzas parciales, que intentan emerger a la conciencia, pueden disociar la psique. Lo que en algunas enfermedades mentales parece ser una escisión de las funciones mentales fue confirmado por Esquirol en 1838. Neumann, en 1859, vio, en determinadas psicosis, una escisión de la conciencia a través del debilitamiento de las relaciones mentales. Kahlbaum y Hecker comprobaron que las psicosis por ellos descritas (catatonía y hebefrenia, respectivamente), no conducían a una degeneración intelectual y mnésica, sino que se caracterizaban por la incongruencia entre la experiencia y la vivencia que experimentaban de la misma. Neisser, en 1885, describió la desintegración de la personalidad en los enfermos de demencia precoz y, dos años más tarde, habló de la inaccesibilidad afectiva de algunos enfermos y de la incongruencia entre el contenido de una vivencia y la reacción ante la misma.

¹⁰¹ BRISSET (1965), HENNE (1979).

¹⁰² FOURNIER (1963), FOX (1978), FREYHAN (1958).

niveles inferiores, que estaban inhibidos por los superiores en condiciones normales¹⁰³. Basándose en esta teoría, Bleuler dividió los síntomas en **primarios** o **secundarios** en un intento de explicar el origen de los mismos, es decir, su patogenia.

Así, los primarios, con un efecto negativo, estarían producidos directamente por el propio proceso de la enfermedad, que Bleuler admitía como orgánico. Por el contrario, los signos secundarios, que explicó en términos psicoanalíticos, corresponderían a las reacciones del individuo frente a los conflictos que generaba su enfermedad, así como al intento de solucionarlos: la carga afectiva de los complejos implicaría la reorientación de la afectividad, convirtiendo al mundo en un lugar hostil para el paciente, quien optaría por la retirada del mismo, es decir, por el autismo¹⁰⁴.

En palabras del propio Bleuler (1961):

“De este modo no sólo distinguimos entre el proceso de la enfermedad y sus síntomas, sino que de entre los últimos hablamos de primarios, causados directamente por el proceso de la enfermedad, y secundarios, causados por ciertos mecanismos psíquicos”.

Y también:

“Asumimos la presencia de un proceso que produce directamente los síntomas primarios; los síntomas secundarios son en parte funciones psíquicas que operan bajo condiciones alteradas, y en parte resultado de intentos más o menos exitosos de adaptarse a los trastornos primarios”.

¹⁰³ STENGEL (1957), que identifica los síntomas fundamentales y accesorios con los primarios y secundarios, considera que tal división, en la que se pone de manifiesto el concepto de adaptación del que participan otras teorías, es influencia de Freud quien, a su vez, la recibe de la que hace Jackson entre negativos y positivos (nomenclatura ésta que nada tienen que ver con el empleo que hace Schneider de estos términos).

¹⁰⁴ FOX (1978), GUEGUEN (1988), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), MENUCK (1979), RASKIN (1975).

Según Hoeing (1983), Kraepelin los reinterpreto como obligatorios y facultativos, aunque nunca aceptó el papel causal de los complejos.

Dentro de los síntomas primarios incluyó Bleuler el trastorno de la capacidad de asociación, los estados de obnubilación, la oscilación no psíquica de la afectividad¹⁰⁵, la predisposición a las alucinaciones, la tendencia a la estereotipia y algunos cambios somáticos funcionales. A su vez, agrupó dentro de los secundarios a la mayoría con los que se definía la *dementia praecox*: las alteraciones de la afectividad, los trastornos del curso del pensamiento, el síndrome catatónico¹⁰⁶, el autismo y la ambivalencia. La percepción, la memoria y la atención permanecerían intactas, si bien funcionarían de manera fragmentada y determinada por los complejos afectivos ambivalentes¹⁰⁷.

Raskin (1975) considera, sin embargo, que esa dicotomía, fruto del intento de aproximarse a la etiología, está enunciada erróneamente (procesos psíquicos derivados orgánica y no orgánicamente) ya que introduce una distinción artificial entre cuerpo y mente: “distintos tipos de daño pueden dar lugar a cuadros idénticos, de modo que la búsqueda de un síntoma psíquico primario es tan inútil como la búsqueda de una sola etiología de la esquizofrenia”¹⁰⁸.

Por otro lado, y con una finalidad eminentemente diagnóstica, Bleuler dividió los síntomas en **fundamentales, básicos, específicos o permanentes** frente a **accesorios**. Consideró a aquellos únicos y característicos de la esquizofrenia, presentes en todos y cada uno de los casos, manifestaciones inevitables de la enfermedad y divididos, a su vez, en funciones simples y complejas. Los accesorios, por el contrario, eran manifestaciones accidentales que también acontecían en otras enfermedades,

¹⁰⁵ Según RASKIN (1975), el trastorno de la afectividad se incluyó inicialmente como secundario, si bien en un artículo en 1930 lo reclasificó como primario. FOX (1978) y MENUCK (1979) se adhieren al criterio final de Bleuler.

¹⁰⁶ Siguiendo el criterio de RASKIN (1975). MENUCK (1979) lo adscribe al grupo de los primarios.

¹⁰⁷ BLEULER (1988), HOEING (1983), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973), STIERLIN (1967), TOMLINSON (1990).

¹⁰⁸ Parece que RASKIN (1975) atribuye a Bleuler una concepción no sindrómica de la enfermedad.

permitían la clasificación del subtipo clínico, eran más llamativos y, generalmente, provocaban la hospitalización¹⁰⁹.

Dentro del grupo de los síntomas fundamentales incluía, como funciones simples: la pérdida de la continuidad de las asociaciones; los trastornos afectivos (indiferencia, ausencia de profundidad y modulación, mal humor y paramimia-paratimia o afectividad inapropiada) pero con conservación de la capacidad para producir dicha afectividad incluso en pacientes crónicos; la ambivalencia en la afectividad, la voluntad y el intelecto¹¹⁰. Y como funciones compuestas, derivadas de las anteriores y alteradas en cuanto a que aquéllas también lo están, los trastornos en la atención, la inteligencia, la volición y la acción: el autismo era la separación de la realidad con predominancia parcial o total de la vida interna; la demencia, a diferencia de la orgánica, se debía a los trastornos en la asociación y la afectividad, y al autismo; los trastornos del comportamiento reflejaban la falta de iniciativa, la falta de dirección de los objetivos y una adaptación inadecuada al ambiente¹¹¹. Los sentidos, la percepción, la memoria, la orientación y la conciencia permanecían intactos¹¹². Como síntomas accesorios Bleuler citaba las alucinaciones, ilusiones y delirios; hipermnesias y lagunas en la memoria; trastornos del habla y la escritura; pobreza de ideas o deterioro intelectual; ensalada de palabras¹¹³, neologismos, agramatismos así como síntomas somáticos, catatónicos y estados crepusculares¹¹⁴.

Vemos pues como la clasificación que Bleuler hace de los síntomas se basa en criterios conceptualmente distintos. Por poner un ejemplo, las alteraciones somáticas (temblores, alteraciones pupilares, anomalías vasomotoras) son síntomas accesorios por su interés diagnóstico (presentes en otros cuadros diferentes a la esquizofrenia) pero

¹⁰⁹ FOX (1978), HENNE (1979), LANTERI-LAURA y GROS (1982), MENUCK (1979), RASKIN (1975).

¹¹⁰ BLEULER (1961) define la ambivalencia como “la tendencia a dotar a los psiquismos más variados con indicadores tanto positivos como negativos a un mismo tiempo”.

¹¹¹ FOX (1978), HENNE (1979), MENUCK (1979) RASKIN (1975), SCHARFETTER (1973).

¹¹² MENUCK (1979), RASKIN (1975).

¹¹³ Término acuñado por Forel (SCHARFETTER, 1973).

primarios por su origen (derivados directamente del proceso que origina la enfermedad). La identificación errónea de los síntomas fundamentales con los primarios y de los accesorios con los secundarios, bastante extendida como prolijamente enumeran algunos autores¹¹⁵, debe en parte su origen al propio Bleuler. Como señalan Fox (1978), Menuck (1979) y Raskin (1975), existe una inconsistencia entre los postulados teóricos y los criterios diagnósticos, pues no todos los síntomas fundamentales son considerados diagnósticos (Bleuler despreció el autismo porque también estaba presente en algunos estados oníricos histéricos; la ambivalencia, sin explicación alguna; y las alteraciones somáticas) al tiempo que alguno de los accesorios son patognomónicos.

En palabras del propio Bleuler (1961): “El trastorno previo de la capacidad asociativa y también probablemente el tipo de alucinaciones¹¹⁶, son característicos y suficientes para un diagnóstico positivo; adicionalmente, el aplanamiento afectivo puede servir el mismo propósito”.

Por el contrario, sirven de apoyo al diagnóstico la disgregación de las funciones psíquicas con un claro estado de conciencia; la audición del pensamiento “rara vez se da en otras psicosis”; delirios pobremente desarrollados y expresados en un claro estado de conciencia; el delirio de que todo el mundo sabe lo que el paciente está pensando es “patognomónico¹¹⁷”; risa inapropiada; negativismo firme y resistente a la argumentación lógica; manierismos inapropiados y exagerados; estupor con un claro nivel de conciencia; pupilas ampliamente dilatadas en ausencia de agitación; mejoría del apetito que no se sigue de mejoría psíquica; falta de atención e interés pero fijación de los hechos; confusión de distintas personas y cosas entre sí. Junto a ello, Bleuler

¹¹⁴ HENNE (1979), MENUCK (1979), RASKIN (1975), SCHARFETTER (1973).

¹¹⁵ FOX (1978), MENUCK (1979), RASKIN (1975).

¹¹⁶ Respecto a las alucinaciones, es una cuestión controvertida pues mientras MENUCK (1979) las incluye directamente como primarias, FOX (1978) opina que Bleuler resulta equívoco al respecto (aunque luego considera secundarias a las alucinaciones auditivas) y RASKIN (1975) no lo comenta. En la bibliografía suelen aparecer como secundarias.

consideró que el “síntoma aislado es menos importante que su intensidad y extensión pero, sobretodo, su relación con el entorno psicológico¹¹⁸”. Como señala Raskin (1975), el decir que los síntomas siempre están presentes pero uno puede no apreciarlos, o lo difusa que es la demarcación entre algunos síntomas fundamentales y accesorios, no facilita la labor. Fox (1978) añade que, dada la complejidad de la etiología biopsicosocial asumida, se precisaban postulados adicionales para ajustarla a la realidad; a la par que la división de las funciones en simples y compuestas era lógicamente inconsistente e inducía a confusión. Tomlinson (1990), finalmente, recuerda que Ellenberger acusó a Bleuler de ser altamente especulativo en su explicación de los síntomas.

Rieder (1974) ve, además, otro problema en la definición bleuleriana: la descripción de la enfermedad estaba basada no sólo en los síntomas, sino también en la etiología. Así, la suya no fue una concepción sindrómica, sino la de una entidad morbosa. La existencia de formas latentes restaba validez a los síntomas, pues implícitamente consideraba que existía un sustrato orgánico o metabólico que era el que realmente permitía decidir que existía la enfermedad. Al mismo tiempo ello hacía de la esquizofrenia una afección permanente, de modo que el pronóstico seguía siendo infausto, pues no podía dejar de padecerse la enfermedad, no era posible una *restitutio ad integrum*¹¹⁹.

Pese a todo, tal vez tenga razón Stengel (1957) al afirmar que la teoría bleuleriana resulta la hipótesis más comprensiva si bien, como dice Stierlin (1967), la pretendida reconciliación entre las concepciones orgánica y psicodinámica todavía queda pendiente.

¹¹⁷ MENUCK (1979), RASKIN (1975).

¹¹⁸ FOX (1978), HENNE (1979), RASKIN (1975), SCHARFETTER (1973).

4.5 La teoría psicoanalítica

Suele aceptarse que Freud configuró su teoría sobre la esquizofrenia en tres fases diferentes, si bien parte de los fenómenos psicológicos desarrollados ya habían sido descritos tiempo atrás por Griesinger¹²⁰.

La **primera** de estas fases tuvo lugar a lo largo de la década de 1890, cuando consideró que tanto neurosis como psicosis eran defensas¹²¹ contra el regreso del material reprimido, si bien su naturaleza era distinta¹²².

La **segunda** fase abarcó desde finales del siglo pasado hasta 1922, siendo especialmente importante la publicación, en 1911, de su libro *Notas psicoanalíticas sobre un relato autobiográfico de un caso de paranoia*. En esta fase, la alteración básica consistía en la incapacidad del paciente para mantener la catexia libidinosa en los objetos¹²³, aunque existían diferencias entre la neurosis y la psicosis.

Así, cuando se presentaba un conflicto con el objeto, el neurótico retiraba la libido de la gente y del mundo exterior para, en el mundo de la fantasía, invertirla en el objeto. Para evitar que el material inaceptable encontrara representación en la conciencia, la represión, a través de la separación de la catexis preconsciente, obtenía la

¹¹⁹ Una de las razones que ofrece Rieder para realizar tal afirmación es el empleo del singular a lo largo de la obra de Bleuler. Sin embargo, como señalan COLODRÓN (1990) y HENNE (1979), ello obedeció a una mera cuestión de estilo.

¹²⁰ LEWIS (1973), PAO (1973).

¹²¹ PAO (1973) aclara que el concepto coetáneo de defensa significa “energía de la catexia”, mientras que Freud lo entendía como “afecto asociado con la memoria rechazada”.

¹²² FOURNIER (1963), PAO (1973). En la histeria sería la conversión, mientras en la obsesión se trataría de un pensamiento substitutivo y en la paranoia la proyección. Precisamente FREEMAN (1977) opina que la proyección es importante, en tanto en cuanto se trata del mecanismo responsable de los cambios mentales que consiguen la resolución de la identificación primaria: la proyección está íntimamente ligada con el distanciamiento de las representaciones del *self* y del objeto, que lleva a una situación en la que ambos intercambian elementos.

¹²³ FREEMAN (1977), PAO (1973). Para el primero de ellos, aunque se diga que los esquizofrénicos presentan signos de relaciones con objetos pertenecientes tanto a la realidad como a la fantasía, lo que sucede es que tales relaciones, de naturaleza patológica, representan la tendencia espontánea hacia la recuperación. De este modo, Freeman no desmiente que existan tales relaciones: simplemente dice que son patológicas.

anticatexis necesaria para conseguir estabilidad, evitando al mismo tiempo que apareciera la enfermedad. De este modo, en el neurótico no era la represión lo que producía la enfermedad, sino que los síntomas aparecían cuando regresaba el material reprimido¹²⁴, tras repetidos intentos fallidos de llevar a cabo la represión.

Sin embargo, tanto el paranoico como del esquizofrénico reinvertían en el ego¹²⁵ la libido retirada del mundo exterior a causa del conflicto¹²⁶. Este mecanismo de defensa representaría bien la actualización de la fijación de la libido a un estado del desarrollo que nunca llegó a superarse; bien la regresión de la misma a etapas previas del desarrollo de la persona¹²⁷.

Aunque los estudiosos opinan que en esta fase apenas hubo variación en la explicación acerca de la paranoia y de la esquizofrenia, lo cierto es que el esquizofrénico viviría esa retirada como una represión, lo que iniciaría un proceso para reconstruir la fijación de la libido hacia el objeto al que originariamente estaba adherida. Dicha reconstrucción se haría mediante mecanismos alucinatorios, en un proceso silencioso más tarde inferido a partir de lo sucedido. Las relaciones patológicas del esquizofrénico con el mundo serían, por lo tanto, secundarias a la alteración

¹²⁴ Existen también otros tipos de regresión, como por ejemplo aquella topográfica y formal, cuyo efecto es en primer lugar sobre el ego y el proceso secundario. Ambos acompañan la pérdida de la catexis del objeto, resultando en la reemergencia del proceso primario (FREEMAN, 1977 y PAO, 1973).

¹²⁵ En este trabajo empleamos los términos psicoanalíticos clásicos: *ego*, *superego*, *id*.

¹²⁶ El paranoide y el esquizofrénico, debido a la naturaleza de su retirada de la libido, son incapaces de establecer transferencia y, por tanto, no son susceptibles de psicoanálisis hasta que la decatexis no se complete, o acontezca la recatexis (PAO, 1973 y TOMLINSON, 1990). Sólo aquellos pacientes que todavía mantienen la catexis de los objetos pueden beneficiarse de la psicoterapia y el psicoanálisis (FREEMAN, 1977).

¹²⁷ En la paranoia, la libido, en el curso de su desarrollo, se fijaría en la fase narcisista, donde los conflictos implican fantasías mágicas homosexuales. En la esquizofrenia, sin embargo, lo haría en la fase autoerótica, en la cual la naturaleza de los conflictos es indeterminada (FREEMAN (1977), KOUERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982), PAO (1973)). TOMLINSON (1990) opina que se trata de razonamientos muy especulativos que enfatizan en demasía ciertos aspectos de la homosexualidad inconsciente como factor determinante en el desarrollo de la forma paranoide de esquizofrenia.

primaria y una reacción a la misma¹²⁸. Los distintos tipos de psicosis se deberían al grado de abandono de la libido, al cambio en la calidad de la libido y de los instintos sexuales, y al lugar en que se emplea la libido¹²⁹.

Tomlinson (1990) opina que, a partir de 1919, se introdujeron algunos cambios: la enfermedad se debía al colapso de las defensas del ego, a la disolución de los límites del ego y a la regresión hacia niveles primitivos de organización mental. Se permitía, por tanto, la aparición de un proceso de pensar primario en la vida mental del paciente que comenzaba a despertar, así como la afloración de material del Id profundamente inconsciente.

¹²⁸ Considera PAO (1973) que, a pesar de la corta experiencia de Freud con pacientes esquizofrénicos (únicamente a través del caso Schreber), acertó al identificar que el llamativo cuadro clínico era un manifestación secundaria, residiendo el conflicto primario entre la necesidad del paciente de separarse de la gente en el mundo exterior y la necesidad de mantenerse unido. Así, cualquiera que sea el conflicto que provoca la separación de la libido sólo sirve para establecer la clínica, la cual se mantiene por la lucha continuada. Esta formulación no es estática, adinámica ni antimecanicista como algunos la clasifican.

El artículo de FREEMAN (1977) muestra con bastante claridad como los delirios aparecen como consecuencia de las alucinaciones. Mas no como consecuencia directa de las mismas, sino como un proceso que se inicia a partir de ellas. Siendo así, queda claro que los delirios son secundarios y las alucinaciones primarias, empleando los términos de Bleuler e intentando ver por qué el lo hizo.

Ahora bien, según este mismo artículo, las alucinaciones son síntomas provocados por el conflicto permanente entre la abstinencia de la libido por la pérdida del objeto amado y los mecanismos de defensa que intenta fijar de nuevo la libido en otro objeto. Ambos procesos provocan la aparición de síntomas pero, en cualquier caso, se trata de reacciones al proceso inicial que produce el desajuste en la persona. Como comentaba Pao, el proceso se inicia con la pérdida de la fijación libidinosa al objeto amado (decatexia), siendo dicha pérdida el resultado de un conflicto (que actúa sobre un individuo que, para Bleuler, puede estar predispuesto genéticamente); como reacción a la decatexia se ponen en marcha mecanismos defensivos que actúan como una tentativa de recuperación, e intentan recatexizar la libido, estableciéndose un nuevo conflicto entre la pérdida de la libido fijada y el intento de recuperación, apareciendo los síntomas.

Según este esquema, el intento de recuperación como mecanismo represor que da lugar a las alucinaciones no es estrictamente primario, sino reactivo al estado de pérdida de la libido que provoca el conflicto entre el deseo de desconectarse del mundo y la necesidad de permanecer anclado a él. Este estado sería el hecho verdaderamente primario (incluso el fallo biológico subyacente, caso de haberlo, sería anterior, como ya apuntó otro autor), de modo que las alucinaciones serían ya secundarias. Ahora bien, como ese estado inicial descrito no produce síntomas, tal vez sea por ello que se toman como primarios los correspondientes a los procesos que, patocrónicamente, son los primeros en provocarlos.

¹²⁹ En el *self* para mantener una identificación primaria con el objeto; o de vuelta al objeto, es decir, en la recatexis de objetos previamente abandonados (FREEMAN, 1977).

La **tercera** fase, hasta 1939, se preocupó en mostrar los contrastes estructurales entre neurosis y esquizofrenia. El conflicto¹³⁰ podía tener su origen entre el ego y el id, apareciendo una neurosis de transferencia; entre el ego y el superego, dando lugar a una neurosis narcisista; o entre el ego y el mundo exterior, provocando la aparición de una psicosis acompañada de una angustia insoportable¹³¹. De este modo, según Koupernic (1966), la psicosis estaría en el origen de dos series de fenómenos: por un lado afectaría al sistema neuroendocrino, entrando dentro del campo de la enfermedad psicósomática; por otro, y esto constituye el punto más enriquecedor del psicoanálisis, representaría un auténtico mecanismo de defensa ante el desgarramiento de la presencia del enfermo en el mundo¹³².

Para Freeman (1977), en esta tercera fase Freud sustituyó el papel que la represión poseía en el inicio de la psicosis para otorgárselo a la retirada de la catexia del objeto ante una situación de peligro: el curso y manifestación de la enfermedad dependían del equilibrio entre las fuerzas en conflicto (una favorecedora de la decatexis y la otra intentando recatexizar), diferentes en cada paciente y en cada momento de la enfermedad¹³³.

Posteriormente, en *Fetichismo*, Freud intentó explicar la diferencia entre neurosis y psicosis en términos de escisión, es decir, la coexistencia de dos actitudes contrarias,

¹³⁰ PAO (1973) anota que Freud lo explicaría más tarde mediante el concepto de rechazo de la realidad, algo que no sucede en las neurosis, donde sólo se la ignora, pero sí en las psicosis, en las que se intenta reemplazarla.

¹³¹ Koupernic, (1966), PAO (1973). DELION (1981) afirma que dicha angustia está provocada por una ambivalencia no integrada que entretiene los conflictos y que determina, por una parte, la ruptura de la inversión y, por otra, la desinteriorización de la vida psíquica. En tales circunstancias, se produce una regresión estructural en la que la esquizofrenia es al mismo tiempo la organización y la lucha contra tal regresión. Ante ello, el yo del esquizofrénico se sirve de los mecanismos de defensa psicóticos (identificación fusional, proyección delirogénica, identificación proyectiva), puesto que aquí son ineficaces los mecanismos de resolución activos en las neurosis.

¹³² Lo cual recuerda la concepción fenomenológica que se inscribe en la línea de Minkowski y que considera al autismo como fenómeno principal de la esquizofrenia (KOUPERNIC, 1966).

¹³³ FREEMAN (1977) participa aquí, con Fenichel, de un concepto sindrómico, al decir que “la sintomatología característica de la esquizofrenia debe tener diferentes orígenes y estar formada por distintos mecanismos”.

una orientada hacia el deseo y otra hacia la realidad¹³⁴: si predominaba la actitud que satisfacía el deseo, se establecía la precondition necesaria para la psicosis; si la que predominaba era la que satisfacía la realidad, acontecía una aparente cura del trastorno delirante.

De acuerdo con lo expuesto hasta ahora, Freud consideró los síntomas como símbolos que representaban aquello a lo que sustituían¹³⁵. Así:

La **experiencia de fin-del-mundo** se explicaba como la proyección de la catástrofe interna que seguía a la retirada de la libido del mundo exterior¹³⁶.

En relación con lo anterior, el **delirio** debía verse como la tentativa de recrear un mundo estructurado, habiéndole reencontrado un sentido y restablecido las relaciones con él. Sin embargo, esta reconstrucción no conseguía restablecer el equilibrio perdido, ya que el individuo predispuesto a padecer delirios, tanto por razón de su disposición constitucional como por las disposiciones afectivas del objeto maternal primario, jamás podía integrar plenamente la dualidad del objeto y del sujeto. Lo que nos llevaría a considerar las dos hipótesis del psicoanálisis frente a la esquizofrenia: o bien se trata de una predeterminación constitucional del individuo que vicia desde el primer momento su relación con el objeto y, en un segundo tiempo, le precipita hacia la psicosis; o bien, en ciertos casos, la naturaleza de la primera relación es la que determina el paso hacia la locura¹³⁷.

¹³⁴ Distinto de la ambivalencia de la que habla Bleuler, es decir, dos actitudes contrapuestas respecto a una misma cosa.

¹³⁵ Sin embargo, el propio PAO (1973) comenta que Freud, en su intento por explicar la génesis de los síntomas a partir del conflicto, se percató de que era necesario un mayor conocimiento del ego, considerado responsable de la aparición de los síntomas. A pesar de intentar profundizar en ello se quedó siempre en generalidades.

¹³⁶ FOURNIER (1963), PAO (1973).

¹³⁷ FOURNIER (1963), KOUPEERNIC (1966), PAO (1973). Para Koupernic, el primer caso sería compatible con las doctrinas constitucionales, principalmente las genéticas, si bien impediría considerar el estado esquizofrénico como resultado de una lesión cerebral adquirida.

De la misma manera que los delirios, las **alucinaciones**, con toda su complejidad, no eran el resultado de un sólo intento de recuperación, sino de la lucha continuada por intentar resolver el conflicto que los provocaba. Las alucinaciones podían surgir como una respuesta a la pérdida de la catexis del objeto (en el tipo paranoide) o como consecuencia de la recatexis del objeto (hebefrenia)¹³⁸.

La **ansiedad** de la fase aguda sería debida al fallo del mecanismo defensivo que es la represión, representando los síntomas el retorno del material reprimido, de manera que cuanto más cerca llega la catexis del impulso libidinoso al trozo de realidad rechazado, más intensa se hace la ansiedad. La recatexis se conseguiría mediante proyección o por mecanismos alucinatorios¹³⁹. De este modo, tanto la ansiedad como las alucinaciones serían pruebas de que la catexis de la libido estaría intentando volver al objeto: la ansiedad indicaría que no existe equilibrio dinámico; las alucinaciones, que el material reprimido está regresando¹⁴⁰.

El **delirio de sosias** se explicaría como el resultado de la secuencia de fusión del *self* con el objeto (identificación primaria) y la externalización de contenidos mentales que acontecían en la resolución de la identificación¹⁴¹.

En 1914, Freud explicó la **megalomanía** como una neurosis narcisista, de modo que la libido, retirada del mundo exterior, se invertiría en uno mismo. Este proceso supondría la regresión hacia etapas propias de la infancia y la adolescencia, reemplazándose el concepto de deterioro asociado a la esquizo-

¹³⁸ PAO (1963).

¹³⁹ En forma de expresión alucinatoria de las sensaciones genitales y pregenitales, acontecidas como respuesta frente a los deseos y temores de un objeto amado, real o imaginario (FREEMAN, 1977).

¹⁴⁰ La progresión de la catexis de la libido hacia el objeto acontece simultáneamente con la resolución de la identificación primaria en sus elementos constituyentes (*self* y objeto), lo que hace retornar el sentido de identidad y las fronteras del *self* que se habían perdido (FREEMAN, 1977).

¹⁴¹ FREEMAN (1977).

frenia por el de regresión. La **hipocondria** se debería, por el contrario, al fallo de introversión de las fantasías, propio de las neurosis de transferencia¹⁴².

El **trastorno del pensamiento** obedecía a que el esquizofrénico, en su intento por recuperarse, establecía un camino que le llevaba al objeto a través de su parte verbal (pero no de su parte material), de modo que debía contentarse con palabras en vez de cosas. El **negativismo** se entendía como la desactivación de los instintos a causa de la retirada de la libido¹⁴³.

Por otro lado, de acuerdo con Freeman (1977) la teoría freudiana intentaba explicar el agrupamiento supuestamente arbitrario de los síntomas, señalando que los fenómenos no eran descriptivamente diferentes unos de otros, sino que también poseían un soporte metapsicológico diferente. Así, el subtipo clínico dependía del modo en que la catexis se separaba de amor al objeto. De este modo:

En la **forma paranoide** la catexis libidinal volvía al objeto, pero los impulsos eran diferentes porque la decatexis había cambiado las condiciones: el amor se convertía en odio, cuya proyección provocaba el delirio de ser odiado. Tal transformación se debía a la energía ambivalente retirada del impulso erótico y añadida al hostil. Ahora bien, en este caso la identificación que origina la experiencia alucinatoria era de corta duración. La experiencia persecutoria se debía al fallo en el proceso de recatexis, que haría regresar la catexis al objeto amado. Además, el sentido de identidad se mantenía firmemente, a diferencia del hebefrénico, en que prácticamente no existía.

En el **subtipo hebefrénico**, la pérdida de la catexis del objeto conducía a un modo de relacionarse basado en la identificación primaria, con delirios de grandiosidad, aunque el paciente no se encontraba ansioso debido a la desor-

¹⁴² FOURNIER (1963), FREEMAN (1977), PAO (1973).

¹⁴³ PAO (1973).

ganización de la función sintética¹⁴⁴. Las alucinaciones auditivas eran debidas aquí a un incremento en las catexis instintivas que atraían rastros de memoria a la esfera receptiva.

Piensa Pao (1973) que la posible malinterpretación de la teoría freudiana se debió al propio psicoanalista, quien no resaltó suficientemente la importancia que tenía la continua lucha entre las fuerzas del conflicto en la formación y perpetuación de la sintomatología esquizofrénica. La secuencia no era, como pudiera parecer, frustración-separación de la libido-tentativa de recuperación-vuelta a la normalidad, sino que lo que existía era una lucha continuada. Tampoco era cierto que los síntomas aparecían de la oposición entre esos dos procesos, sino que se debían a que cada uno de ellos se hacía consciente.

También se lamenta Pao (1973) de que, habiendo podido hacerlo, Freud no reformulara su teoría sobre la esquizofrenia. Aventura así que la nueva teoría debería retener el concepto de continuidad de las fuerzas del conflicto, en los términos en que lo formuló en la segunda fase, como explicación del inicio y perpetuación de los síntomas. Sin embargo, la teoría estructural elaborada por Hartmann, Rapaport, Jacobson y demás, con la aportación de las funciones del ego, debería servir para explicar los mecanismos de la formación individual de los síntomas. El papel de la agresión en la formación de los síntomas debería aclararse, al tiempo que deberían integrarse todo lo referente al concepto de *self*, la relación entre el éste y el objeto y las influencias ligadas a las alteraciones de las funciones del ego y a las relaciones del objeto¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Ello quiere decir que se ha puesto en marcha una buena defensa, aunque no conduzca a una vida mental sana (FREEMAN, 1977).

¹⁴⁵ FREEMAN (1977) concluye que la falta de acuerdo existente en lo que respecta al diagnóstico de las psicosis podría solucionarse con el empleo del esquema metapsicológico basado en el que Anna Freud ha desarrollado para los niños. De este modo se enlazarían la descripción clínica con los sucesos dinámicos y de economía, complementaría y afinaría el diagnóstico basado en los datos descriptivos y proporcionaría un base más firme para la evaluación de la enfermedad mental en tratamiento o en investigación.

En cualquier caso, Freud mostró interés por entender la esquizofrenia, aunque nunca llegó a definirla. Pese a ello, Pao opina que consideró la esquizofrenia, la demencia precoz y la parafrenia como una misma entidad nosológica, de forma no muy diferente a como actualmente hace el DSM, esto es, un tipo de psicosis funcional que posee sus propias características.

Respecto a las aportaciones hechas en el terreno del psicoanálisis por otros autores destaca, por ser contemporánea, la de Jung, quien consideraba que en la raíz de la esquizofrenia se encontraba un complejo autóctono: un grupo de ideas que, desechadas del consciente, se mantienen en una existencia más o menos independiente. La sintomatología obedecería a la actividad del complejo, cuya fuerza dinámica provendría de la afectividad. Dicho complejo autóctono perturbaría la capacidad de concentración del paciente y paralizaría todas las demás actividades psíquicas. Los estudios en torno a la personalidad de los pacientes mostraron cómo ésta era introvertida, esto es, que tendía a retirar la energía psíquica del exterior para dirigirla a sí mismo¹⁴⁶.

Racamier, por su parte, enfatizó la similitud existente entre el autismo y el narcisismo, al tiempo que remarcó el papel de la inversión objetal fallida. Lacan introdujo el concepto de *forclusion*. Klein, en su estudio sobre niños, retiró el interés del periodo edípico para ponerlo en el primer año de la infancia, cuando las experiencias de la misma influirían posteriormente en el adulto¹⁴⁷.

Según comentan algunos estudiosos con algo más de detalle¹⁴⁸, Sullivan distinguió entre la esquizofrenia, que consideraba orgánica; y los desarrollos esquizofrénicos de la personalidad, entendidos como una reacción frente al estrés que conduciría a una situación en la que predominarían las relaciones de los primeros tiempos de la infancia.

¹⁴⁶ Para FOURNIER (1963), Jung fue el primer autor que aplicó plena y profundamente los conceptos psicoanalíticos a la psicosis esquizofrénica.

¹⁴⁷ LANTERI-LAURA y GROS (1982).

¹⁴⁸ CANCRO y PRUYSER (1979), CHANDRASENA (1983), FOURNIER (1963), STENGEL (1957).

De este modo, su visión de la esquizofrenia no era la de una enfermedad, sino la de un modo de relacionarse. Para Tomlinson (1990), “la verdadera contribución de Sullivan fue remarcar los aspectos interpersonales y del comportamiento en la esquizofrenia, complementando de este modo las teorías biológicas y psicoanalíticas existentes”.

4.6 La depuración del diagnóstico: Langfeldt, Schneider y los criterios operacionales

Frente a la concepción bleuleriana de la esquizofrenia, aparecieron otros intentos de redefinir la enfermedad con el objeto de refinar el diagnóstico. Fue el caso de Langfeldt y Schneider.

El trabajo de Langfeldt, comentan algunos estudiosos¹⁴⁹, supuso una vuelta a los criterios kraepelinianos, pues asumía incluso su concepción de entidad morbosas. Tras la publicación de un trabajo en 1939, en el que recogía la propia experiencia, Langfeldt, basándose en el principio de dicotomía, definió dos grupos de pacientes: uno, idéntico a la demencia precoz kraepeliniana, caracterizado por la evolución demencial, ausencia de respuesta al tratamiento y mal pronóstico a largo plazo; y otro que, si bien clínicamente correspondía a la esquizofrenia (a excepción de los síntomas fundamentales), presentaba una evolución benigna. De este modo, diferenciaba las formas más periféricas y reactivas de Bleuler de las del grupo definido por Kraepelin.

En detalle, el primer grupo, al que llamó esquizofrenia verdadera, típica, auténtica o endógena, presentaba un inicio insidioso en el que eran raros los factores precipitantes, si bien la asociación tipo leptosómico-introversión era frecuente. Se caracterizaba por la presencia de dos o más síntomas procesales que a menudo persistían a lo largo de la evolución, no existiendo confusión ni lesión orgánica. Los tratamientos al uso no surtían efecto alguno sobre el curso profundo de la enfermedad y los enfermos sólo se beneficiaban de la asistencia y la protección. El deterioro y la desadaptación eran la norma. Los subtipos eran los mismos que los de Kraepelin: hebefrénico, catatónico y paranoide.

¹⁴⁹ CANCRO y PRUYSER (1979), CHANDRASENA (1983), FOX (1978), RIEDER (1974), ROUSSELOT (1981).

Los estados esquizofreniformes correspondían al segundo grupo. De debut agudo, presentaban el cuadro general de la esquizofrenia aunque diferían de ella por una buena evolución hacia la curación. Los síntomas procesales podían estar presentes, aunque en menor grado y durante una menor duración, si bien en la mayoría de los casos estaban ausentes. Los tratamientos eran eficaces y la curación se producía en un tercio de los casos. Se trataría de lo que Bleuler denominó estados crepusculares¹⁵⁰.

Asumiendo una relación unívoca entre etiología, clínica y evolución que permitiría establecer una clasificación estándar, Langfeldt intentó encontrar los síntomas que se correlacionaban con la verdadera esquizofrenia¹⁵¹. El análisis atento de la clínica del grupo deficitario y del grupo curado permitió definir dichos síntomas, a los que llamó procesales¹⁵², así como un grupo de factores susceptibles de afectar el pronóstico (que, a diferencia de los de Schneider, no eran patognomónicos, aunque poseían valor predictivo en torno al 90%)¹⁵³. Los síntomas procesales eran de capital importancia porque indicaban una evolución catastrófica. De especial interés en el comienzo eran los síntomas de desrealización, de despersonalización, con ideas delirantes primarias, en la línea de las alteraciones asociativas señaladas por Bleuler.

Como detalladamente enumera Rousselot (1981), los citados síntomas procesales eran:

¹⁵⁰ Vaillant y otros autores equiparan el estado esquizofreniforme, de Langfeldt (1937), con la manía, de Bell (1849); la melancolía con estupor, de Griesinger (1861); la demencia aguda, de Bucknill y Tuke (1862); los cuadros mixtos de locura maniaco-depresiva, de Kraepelin (1903); el síndrome catatónico asociado a locura maniaco-depresiva, de Kirby (1913); el pánico homosexual, de Kempf (1920); el estupor benigno, de Hoch (1921); los estados crepusculares histéricos, de BLEULER (1924); la esquizomanía de Claude, dentro del grupo de las esquizosis, cuya forma mínima sería la constitución esquizoide; la psicosis esquizoafectiva, de Kasanin (1933); el síndrome de Gjessing (1938); el estado reactivo de la adolescencia, de Keiser (1944); la psicosis extenuante aguda, de Adland (1947); el pseudoneurótico, de Hoch y Polatin (1949); la oneirofrenia, de Meduna (1950); las psicosis cicloides, de Leonhard y Kleist (1960); y la agitación o psicosis reactiva de la adolescencia (1964) (CHANDRASENA (1983), GUEGUEN (1988), ROUSSELOT (1981), VAILLANT (1964)).

¹⁵¹ Que algunos llamaron orgánica, nuclear o proceso esquizofrénico.

¹⁵² Para Langfeldt, proceso es un desorden fisiopatológico de base que se experimenta a través de aquellos síntomas particulares, siendo distinto al concepto manejado por Jaspers (ROUSSELOT, 1981).

Alteraciones específicas emocionales. Debidas a la retirada autista de la realidad, se encontrarían preferentemente en las formas hebefrénicas, aunque una afectividad vacía solía predominar en el debut de la mayoría de los casos. Estos síntomas serían especialmente importantes si existía una adaptación previa adecuada.

Alteraciones motoras específicas. Propio de las formas catatónicas, existirían dos posibilidades: la presencia de estupor, con lo que el negativismo y/o la catalepsia serían los factores determinantes; o la presencia de agitación, con lo que serían las estereotipias, el negativismo, la ecolalia y los neologismos los signos más importantes. La tendencia a la retirada permitiría hacer el diagnóstico diferencial con las catatonias periódicas.

Alucinaciones particulares. Las de tipo táctil o las de influencia psíquica, especialmente las de tipo sexual, serían muy frecuentes en las esquizofrenias verdaderas.

Ideas delirantes primarias. Definidas como aquellas que tras análisis detenido no podían comprenderse desde un punto de vista psicogenético, constituían, en ausencia de causa orgánica o tóxica, un indicador precioso de esquizofrenia, sobre todo de las formas paranoides.

Alteraciones específicas de las asociaciones. Incoherencia, disgregación, neologismos, ecolalias, estereotipias y perseveraciones. Su valor diagnóstico lo poseerían al desarrollarse de una forma insidiosa.

Síntomas de desrealización y despersonalización. Reflejo de una alteración bioquímica de base, su presencia, sobre todo en sujetos jóvenes, indicaría en el 90% de los casos una evolución hacia un estado demencial. Ante todo, se trataba de una transformación masiva de la relación del sujeto con el mundo y con las personas que le rodeaban. El enfermo lo experimentaba como una devastación

global de su conciencia del ser, acompañado, la mayoría de las veces, por un sentimiento de pasividad e influencia. Una conciencia clara, la duración prolongada del fenómeno, el hecho de estar realmente vacío eran las condiciones indispensables para otorgar a estos dos criterios todo el valor de los síntomas procesales, mientras la existencia de causa orgánica o tóxica que los provocara invalidaría su valor¹⁵⁴.

Los síntomas procesales serían la sintomatología de la esquizofrenia verdadera. Dos o más de ellos serían necesarios para establecer definitivamente el diagnóstico. El predominio de algunos de ellos nos indicaría el subtipo: embotamiento afectivo seguido de falta de iniciativa y comportamiento alterado, en la hebefrenia; negativismo, catalepsia y síntomas vegetativos, en la catatonía; las ideas delirantes primarias, la despersonalización y desrealización, en la paranoide¹⁵⁵.

Junto a los síntomas procesales, sigue describiendo Rousselot (1981), existían también una serie de factores que intervendrían en el pronóstico:

Biotipo. Tomados de Kretschmer, el tipo leptosómico se encontraría en desventaja.

Carácter. Un carácter premórbido esquizoide sería indicativo de una evolución deficitaria. Dentro de él, la introversión sería el rasgo más interesante. Por su parte, la asociación leptosómico-esquizoide no se encontraría nunca dentro de las formas curables.

Inicio y tipo de acceso. En los casos en que la hospitalización se producía antes del sexto mes de evolución, sería rara la evolución catastrófica. La edad no influiría salvo que se tratara de personas mayores de 40 años, en quienes sería fulminante.

¹⁵⁴ ROUSSELOT (1981) advierte que hay que evitar las interpretaciones equivocadas como las de Guiraud, Minkowski (que considera el fenómeno de la despersonalización como una causa), Follin o Ey.

¹⁵⁵ CHANDRASENA (1983), RIEDER (1974), ROUSSELOT (1981).

Factores precipitantes. Se trataría de lesiones orgánicas diversas (síndrome febril, ulcus gástrico), intoxicación (alcohol, drogas), traumas psíquicos (duelo, separación, encarcelamiento) y físicos. Por lo general, no existían en las esquizofrenias verdaderas, si bien traumatismos cerebrales graves o situaciones excepcionales (guerra, tortura) podían desarrollar una esquizofrenia verdadera. En cualquier caso, el factor no condicionaría la enfermedad.

Herencia. Carecería de valor diagnóstico o pronóstico. Una herencia de tipo maniaco-depresivo sería más frecuente en las formas benignas.

Inteligencia. El nivel intelectual no guardaría relación, aunque la debilidad mental se acompañaría de un deterioro más rápido.

Ambiente socio-familiar. Un ambiente conflictivo o roto, antes o después del episodio, sería factor de mal pronóstico.

Rieder (1974) hace una doble crítica del trabajo de Langfeldt. Por un lado, según los estudios de Strauss y Carpenter, los criterios propuestos han demostrado tener escasa fiabilidad como predictores de mal pronóstico. Por otro, al igual que hizo Bleuler, delimita un grupo de pacientes en función, en este caso, del pronóstico, lo cual no tiene por qué implicar una misma etiología.

Las teorías fenomenológicas, de las que la *Allgemeine Psychopathology* de Jaspers es el típico ejemplo, tenían en común el establecer el contacto con el esquizofrénico en su propio terreno, intentando entender y describir la experiencia interna del paciente en ese momento, pero sin apenas preocuparse de los motivos que la producían¹⁵⁶. Biswanger, Sullivan y Cameron, cada uno desde distintos orígenes, terminaron confluyendo aquí. No obstante, la obra de Schneider en este sentido fue la más influyente, hasta el punto de que sus criterios diagnósticos quedaron incluidos en el DSM III.

¹⁵⁶ FOX (1978), STENGEL (1957).

De acuerdo con Tomlinson (1990), fue en 1957 cuando Schneider, con una visión “ateórica y puramente pragmática” como él mismo la definió, propuso la existencia de dos grupos de síntomas dentro de la esquizofrenia. Unos derivaban de las anomalías de la expresión (habla, afectividad y comportamiento), eran susceptibles de interpretación variable por parte de los distintos observadores y, por tanto, menos fiables como criterios diagnósticos. Los otros derivaban de las anomalías de la experiencia (delirios y alucinaciones)¹⁵⁷ y, cuidadosamente explorados, eran más objetivos y de mayor fiabilidad diagnóstica. Entre estos últimos, algunos síntomas se distinguían claramente de otros fenómenos que acontecían en trastornos no esquizofrénicos, por lo que los consideró de primer rango. El resto, junto con las anomalías de la expresión, los denominó de segundo rango¹⁵⁸.

De los once síntomas de primer rango, cuatro eran alucinaciones (tres auditivas y una somática) mientras los otros siete eran delirios (seis de influencia o control, incluyendo difusión y robo del pensamiento; y uno una percepción delirante, el delirio de autorreferencia). A diferencia de Kraepelin, lo que verdaderamente importaba para establecer el diagnóstico de esquizofrenia era la clínica, más que el curso de la enfermedad: cualquiera de los síntomas de primer rango debía estar presente, una vez descartados los fenómenos hipnagógico o de soñar despierto y las reacciones paranoides comprensibles. También debía diferenciarse entre una percepción delirante (interpretación falsa de una percepción correcta) y una noción delirante (idea equivocada). Sin embargo, el diagnóstico podía igualmente establecerse en presencia de un cuadro florido y repetitivo de síntomas secundarios. En cualquier caso, Schneider, al igual que había hecho Bleuler, señaló la importancia del cuadro clínico en su conjunto a la hora de establecer el diagnóstico, en detrimento del pronóstico. Junto con Kraepelin y Langfeldt, ambos asumieron una etiología orgánica, si bien Schneider,

¹⁵⁷ Aunque no fueron descritas como tales, FOX (1978) considera que se refería a ellas en la práctica.

¹⁵⁸ CHANDRASENA (1983), FOX (1978), TOMLINSON (1990).

a diferencia de Bleuler, la consideró claramente como una hipótesis, pues no tenía evidencia directa de ello, de modo que la presencia de la enfermedad se deducía de la presencia de síntomas, por lo que no existían formas latentes¹⁵⁹.

Para Rieder (1974), Schneider definió realmente un síndrome. Sin embargo, pecó al defender su formulación en función de criterios de exclusividad¹⁶⁰, y no de su utilidad. Su validez como predictor del pronóstico está aún por demostrar pues, mientras Taylor encuentra que sí existe una relación, Strauss y Carpenter son de la opinión contraria.

Tras todas estas evoluciones conceptuales en torno a la esquizofrenia, y en un intento de establecer una serie de criterios con validez tanto diagnóstica como para la investigación y que, al mismo tiempo, unificasen criterios entre quienes los emplearan, la tendencia actual a partir de la década de los setenta fue, como señala Chandrasena, el empleo de definiciones operacionales basadas en la fuerza de las asociaciones estadísticas. Como expresa Rieder (1974), “la confusión de la esquizofrenia se basa en nuestro intento de definir enfermedades en función de los síntomas (pues se desconoce su etiología) y pretender que luego existan en realidad”.

En el recuento de los diferentes criterios operacionales que hace Chandrasena (1983), encontramos el *New Haven Schizophrenic Index*, de Astrachan *et al.* (1972). En ese mismo año, Feighner *et al.* introdujeron también los suyos, basados en los trabajos de Robins y Guze. A continuación (1973) se desarrolló el *International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS) así como métodos destinados a la clasificación de datos: el CATEGO y los derivados del análisis matricial. También en 1973, Carpenter y Strauss presentaron sus estudios, que fueron criticados por Kendell *et al.*, quienes también ponen en tela de juicio la validez de los criterios operacionales. Yusin, en 1974, presentó

¹⁵⁹ FOX (1978), HOEING (1983), RIEDER (1974), TOMLINSON (1990).

el *Symptoms Assessment Questionnaire*, mientras Taylor *et al.* hicieron lo propio al año siguiente (1975), año en que Spitzer introdujo los *Research Diagnostic Criteria* (RDC) en los que se basó el DSM III. Aunque son una aportación útil, Chandrasena considera que el constructo que representan los criterios operacionales carece de validez y supone, citando a Brockington, una definición de la esquizofrenia tan imperfecta como cualquier otra.

La superación de los criterios operacionales, que impiden el establecimiento de subtipos uniformes de enfermos, se ha intentado mediante la ampliación del concepto gracias a la renovado intento por incluir los factores genéticos, bioquímicos o los debidos a la influencia del ambiente, de los que a ofrecemos un somero repaso a continuación.

4.7 Otras teorías sobre la esquizofrenia

Como hemos visto hasta ahora, muchos eran los aspectos de la esquizofrenia que precisaban explicación. Explicación que se intentó desde los puntos de vista más diversos. Así, en un extremo del espectro encontraríamos las teorías de orientación marcadamente biologicista, como los estudios sobre la causación genética, iniciados por Rudin y ampliados más tarde por Kallman. Aunque más abajo ofrecemos un comentario detallado sobre los mismos, adelantamos ahora que su influencia está aún por clarificar. Igual suerte corrieron muchas otras teorías, como la que implicaba una alteración en el sistema dopaminérgico; o la que versaba sobre la influencia endocrina, donde se aceptaba que variaba el curso de la enfermedad en un sentido u otro, pero en modo alguno se le consideraba agente causal¹⁶¹.

Algo más de detalle, por su escasa difusión a pesar de su originalidad y belleza conceptual, merece la explicación pavloviana basada en la teoría de los reflejos

¹⁶⁰ Escogió los síntomas por no hallarse en la vida psíquica normal ni en cualquiera de sus variantes de anormalidad, algo en lo que otros no estaban de acuerdo.

condicionados. En el estudio de la misma que ofrece Windholz (1993) observamos como, formando parte de su investigación en el campo de las neurociencias, Pavlov también aportó su teoría sobre la génesis de la esquizofrenia.

Desde la perspectiva de la teoría de la actividad nerviosa superior, y embebido todo ello del concepto darviniano de la lucha por la supervivencia¹⁶², la esquizofrenia sería una disfunción radical de la adaptación de un organismo superior al ambiente exterior. Pavlov consideraba que los parámetros que delineaban el genotipo¹⁶³ del sistema nervioso central en relación con su respuesta al ambiente exterior eran tres: la fuerza del estímulo y de la inhibición de los procesos neuronales; el equilibrio entre el estímulo y la inhibición; y la movilidad o reactividad del sistema nervioso. Para Pavlov eran interesantes dos de las posibles resultantes: el tipo “fuerte”, donde existiría equilibrio entre el estímulo y la inhibición nerviosos; y el tipo “débil”, que respondería pobremente a los estímulos ambientales, de modo que no podría manejarse en las situaciones de la vida diaria y tendería a desarrollar neurosis o psicosis. La influencia que las experiencias del individuo sobre el “genotipo” débil, especialmente durante la juventud, acarrearían la destrucción de neuronas corticales así como de otras partes superiores del sistema nervioso. Vemos como la barrera entre una causa netamente psicógena y otra puramente biológica se difumina, entremezclándose ambos elementos.

En 1930 Pavlov elaboró la teoría hipnótica:

“Durante la hipnosis, la inhibición se extiende sólo sobre áreas específicas de la corteza. El estado de hipnosis crónica que se da en la esquizofrenia es el resultado de un sistema nervioso débil. Cuando los genotipos débiles son sometidos a condiciones ambientales estresantes, las neuronas son barridas por la

¹⁶¹ BLEULER (1963, 1965, 1966, 1973), GUEGUEN (1988), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973).

¹⁶² En aras de una mayor brevedad, sólo nos referiremos a los aspectos más directamente ligados con nuestro tema.

excitación. Para protegerse de la destrucción, el proceso inhibitorio se extiende sobre las áreas corticales. En consecuencia, las células corticales se salvan así de la autodestrucción, pero el resultado es un estado esquizofrénico que impide a la persona llevar una vida normal”.

Dos años más tarde afirmó que la esquizofrenia estaba relacionada con la destrucción de células nerviosas, de modo que varió el papel de la hipnosis (al que atribuía la prevención de dicha destrucción) para considerarlo como parte del síndrome esquizofrénico. No obstante, siempre mantuvo la importancia de los sucesos traumáticos sobre un débil sistema nervioso central predispuesto genéticamente.

Los distintos subtipos de esquizofrenia también se explicaban según la teoría pavloviana. La catatonia, por tratarse de un proceso inhibitorio, ejercería una función protectora sobre las células nerviosas a punto de ser dañadas por el proceso excitatorio; de hecho, Pavlov recomendaba intervenir en estos procesos dado su carácter terapéutico. En la hebefrenia, la inhibición sólo se extendería hacia determinadas regiones corticales¹⁶⁴, resultando en una mezcla de lo racional y lo irracional, o en estallidos violentos intempestivos. Las alucinaciones de la esquizofrenia paranoide se explicaban como un poderoso proceso excitatorio en el que se falsificaba la realidad; los delirios provenían del procesamiento defectuoso a nivel cortical de los impulsos periféricos normalmente recogidos.

En un contexto ligeramente distinto, en Alemania, se desarrollaron las ideas de Kleist sobre la constitución esquizofrénica, es decir, los rasgos hereditarios y característicos que predispondrían a padecer la enfermedad. El autor más representativo de dicha escuela fue Krestchmer, quien definió los tipos leptosómico, pícnico y atlético, al tiempo que determinó la asociación entre el primero de ellos y la

¹⁶³ Aunque se trata del término originalmente empleado por Pavlov, que WINDHOLZ (1993) reproduce literalmente, tenemos la impresión de que se está hablando del fenotipo.

¹⁶⁴ Con la pérdida del control que el córtex ejerce sobre estructuras subcorticales en personas normales.

esquizofrenia. Dicho tipo leptosómico se correspondería con un carácter esquizotímico, siendo el esquizoide la forma patológica¹⁶⁵.

Manteniendo una posición intermedia entre estas concepciones marcadamente biologicistas y aquellas otras orientadas en un sentido psicógeno, estaba la obra de Ey. Según comentan Lanteri-Laura y Gros (1982), la esquizofrenia sería, al igual que la paranoia y la parafrenia, una especie particular dentro del género de los delirios crónicos. Dicho género se encontraba constituido por las formas de organización delirante de la personalidad, donde la desestructuración de la vida psíquica alteraba, sobre todo, la persona, al tiempo que la alienación le impedía al individuo reconocer lo que realmente era y le abocaba a una reorganización imaginaria del mundo. La especie esquizofrénica se caracterizaba por la prevalencia, más o menos exclusiva, de la desorganización autista de la personalidad, que se cerraba sobre sí y se disgregaba, dando de este modo la apariencia de un déficit intelectual que en modo alguno existía. Así pues, el proceso esquizofrénico, en tanto que se trataba de una desestructuración de la personalidad, ocasionaba los efectos negativos en su nivel de destrucción, así como los efectos positivos que tal destrucción liberaba: la organicidad y la psicodinamia constituían a la vez una regresión específica, en una visión neojacksoniana de la enfermedad.

De acuerdo con estos planteamientos, siguen dichos autores, la estructura negativa se correspondía con los efectos deficitarios del pensamiento formal y al estado primordial del delirio; estas alteraciones, que afectaban a la vez a la persona y a la conciencia, se reforzaban en los brotes evolutivos de la enfermedad. La desestructuración perturbaba no sólo la organización de la experiencia vivida en un momento dado, sino también el sistema de valores de la existencia. Esta estructura negativa se acompañaba, al mismo tiempo, de una estructura positiva que corres-

¹⁶⁵ BRISSET (1965), GUEGUEN (1988), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973).

pondía a la liberación del psiquismo y que se podía resumir como la recreación imaginaria de un nuevo mundo autista a través de las alucinaciones polisensoriales y los temas delirantes. Esta recreación, a diferencia de la paranoia y de las parafrenias, consistía en una catástrofe reiterada.

A mediados de este siglo apareció la teoría de Bleuler hijo (1963, 1965, 1966, 1973) que él mismo admitía influenciada por las enseñanzas de Meyer, enseñanzas difíciles de aceptar si se tomaba el concepto de esquizofrenia como una entidad morbosa con una causa única y específica entonces dominante. Tras un exhaustivo estudio de más de veinte años de duración sobre pacientes esquizofrénicos y sus familiares, propuso que la naturaleza del individuo y el ambiente en que éste se desarrolla estarían mutuamente interrelacionados¹⁶⁶. Partiendo de dicha interacción¹⁶⁷, la condición indispensable para padecer esquizofrenia era la falta de armonía de las tendencias innatas de adaptación hacia los demás. Tales tendencias eran contradictorias en sí mismas e incompatibles por su naturaleza. Como consecuencia aparecía una condición desorganizada del mundo de las relaciones interhumanas. El ambiente alterado actuaba entonces sobre una personalidad débil, trayendo como resultado la disgregación de la personalidad, de la totalidad de la vida interior, que acontece en los esquizofrénicos. La esquizofrenia debía entenderse como un desarrollo fallido de la personalidad¹⁶⁸.

De este modo, no existía ningún gen mórbido (aún por descubrir), sino que la influencia genética¹⁶⁹ se limitaba a una serie de combinaciones que determinaban la

¹⁶⁶ Interrelación que se expresa en los clásicos términos anglosajones de *nature* y *nurture*. ELLARD (1987) insiste en que, ya en la obra de Napier, se involucran el origen orgánico mezclado con factores sociales en la génesis de la enfermedad mental.

¹⁶⁷ Ewalt, en su comentario sobre el artículo de BLEULER (1963, 1965, 1966), lo compara al fenómeno de circularidad de Sylvester.

¹⁶⁸ Que para Fish, sin embargo, no explica las formas agudas de esquizofrenia en las que se aprecia la misma personalidad premórbida que la de algunos neuróticos y personalidades psicopáticas que nunca devienen en esquizofrénicos (BLEULER, 1963, 1965 y 1966).

¹⁶⁹ Mientras BLEULER (1963, 1965, 1966) opina que la esquizofrenia no sigue un patrón mendeliano en su herencia, Leonhard le critica la visión simplista que ofrece al respecto.

aparición de un individuo predispuesto, de una dirección discordante del desarrollo de la personalidad que interfería con las actitudes concordantes hacia la vida, envenenado las relaciones humanas¹⁷⁰. Por otro lado, no existía ningún trauma ambiental específico, sino toda la experiencia vital, aunque algunas fases del desarrollo podían ser más importantes que otras.

Respecto a la patogenia de la enfermedad, Bleuler hijo (1973) consideraba que la disgregación de la personalidad y el autismo, mutuamente influenciados, eran, posiblemente, el proceso primario del que derivaban los demás síntomas. Detallaba que en el esquizofrénico, junto a la retirada autista de la realidad, se encontraba una actitud de búsqueda de contacto con ella, lo que debía tenerse en cuenta para establecer una relación terapéutica que permitiera obtener buenos resultados. En el apartado de la clínica, consideró que no se debía hablar de síntomas primarios, sino más bien de una actitud personal, de un modo de vida.

Este modelo ecléctico, aunque juzgado favorablemente por algunos como Chandrasena (1983) o Stengel (1957), recibió también algunas críticas. Slater lo consideró una hipótesis irrefutable y, por tanto, inútil, mientras Fish recordó que no mencionaba a los autores que habían considerado la esquizofrenia como un proceso multicausal, como recuerda Bleuler hijo (1963, 1965, 1966).

En la misma línea que Bleuler, aunque expresada en otros términos, estaba la teoría de adaptación, de Hoskins: “la psicosis representa un fallo general de adaptación resultado de una evolución defectuosa del proceso madurativo. Dicho fallo se manifiesta con una homeostasis física y psíquica defectuosa, falta de empatía y

¹⁷⁰ De hecho, BLEULER (1973) llama la atención respecto a un buen número de casos diagnosticados como personalidades psicopáticas o como esquizodes, que considera erróneos puesto que su comportamiento es coherente con su biografía y el ambiente en el que vive, si ambos son tomados con la debida consideración.

disgregación de la personalidad. Los síntomas accesorios son las adaptaciones secundarias a las dificultades que produce el conflicto primario¹⁷¹”.

En el otro extremo del espectro de teorías sobre la esquizofrenia hallaríamos las de orientación fenomenológica y aquellas que podríamos denominar ambientalistas, dentro de las que se incluiría la teoría de los tipos reactivos propuesta por Meyer así como las tesis sociológicas de diversa índole, tanto aquellas en las que el énfasis estaba en las relaciones del individuo o en su familia (microsociológicas), como aquellas otras donde los responsables eran una serie de factores sociales (macrosociológicas).

Así, de acuerdo con Fournier (1963), dentro de la escuela fenomenológica-existencialista se encontraban Binswanger y Minkowski. Para Binswanger, existía una personalidad preesquizofrénica en la raíz del desarrollo del proceso morboso. Se trataba de un conjunto de rasgos característicos típicos que gravitaban alrededor de la personalidad, pudiendo precipitar y agravar una psicosis esquizofrénica. Por su parte, Minkowski, discípulo de Bleuler e introductor de su obra en Francia, insistió sobremanera en la replección del paciente sobre sí mismo, es decir, en el autismo. Lo redefinió como la pérdida del contacto vital con la realidad, otorgando de este modo una visión antropológica al problema de la esquizofrenia y extendiendo el concepto a todos los tipos de desadaptación del comportamiento¹⁷².

Otro de los representantes de la escuela fenomenológica, de acuerdo con Midenet (1972), fue Mayer-Gross, quien concedía cierta importancia a factores tanto físicos como psicológicos en la evolución de la esquizofrenia. En su intento por encontrar signos objetivos de la esquizofrenia, se centró en el estudio de sus manifestaciones somáticas (anatomía patológica, serología), aunque no obtuvo ningún resultado. No parecía estar de acuerdo con las teorías de Muller en torno al carácter alienante de la

¹⁷¹ Citado por STENGEL (1957).

¹⁷² BARUK (1974a, b), BRISSET (1965), FOURNIER (1963), GUEGUEN (1988), KOUPERNIC (1966), LANTERI-LAURA y GROS (1982).

institución psiquiátrica, aunque junto con él y con Fleck y Bertschinger, Mayer-Gross introdujo el concepto de segunda recaída.

La teoría de los tipos reactivos propuesta por Meyer puede encuadrarse, de acuerdo con Stengel, dentro de las teorías ambientalistas. Considerado por Fournier como el padre de la psiquiatría americana, Meyer aportó el estudio longitudinal de la esquizofrenia: el estudio de la vida del paciente, una vez había debutado la enfermedad, permitía apreciar los factores que le habían llevado a tal situación, a la vez que tenía en cuenta la importancia de los factores psicológicos en el cambio cuantitativo en la personalidad prepsicótica del paciente. Personalidad caracterizada por patrones de conducta fallidos y por alteraciones permanentes en las costumbres que, ante la dificultad de los problemas con los cuales se enfrentaba el individuo, producían en éste una respuesta que llevaba pareja problemas de adaptación y, en última instancia, trastornos mentales. Las influencias provenientes de la sociología y el *behaviorismo* hicieron que se concediera especial importancia al ambiente, con lo que el concepto de esquizofrenia evolucionó en el sentido de la reacción al mismo, empleando Meyer el término de reacción esquizofrénica. Ello trajo como consecuencia la ampliación del concepto, de modo que la tendencia general, en los Estados Unidos, fue la de clasificar los episodios maníacos como esquizofrenia¹⁷³.

Una de las críticas al concepto meyeriano es que su enfoque, más ambientalista que psicogénico¹⁷⁴, introducía un número infinito de variables a la par que dificultaba la discriminación entre los factores ambientales de diversa significación patogénica. Otra crítica que se hace es el fallo en la explicación de cómo unos hábitos defectuosos en la infancia podían desembocar en esquizofrenia o porque ésta sólo ocurría en unos individuos y no en otros. Meyer tampoco fue capaz de desarrollar la concepción

¹⁷³ BRISSET (1965), CHANDRASENA (1983), KOUPERNIC (1966), LEWIS (1973), TOMLINSON (1990).

¹⁷⁴ Por el mayor énfasis puesto en el individuo, su ambiente y la interacción entre ambos.

dinámica que su modelo implicaba, tal y como hicieron los psicoanalistas, quienes resaltaron la importancia de la ansiedad¹⁷⁵.

Pese a ello, la obra de Meyer se considera enormemente influyente en la redacción del *Diagnostic and Statistical Manual I* (DSM I) de la *American Psychiatric Association*, donde precisamente se habla de “reacciones esquizofrénicas” bajo el auspicio de la teoría de los tipos reactivos, no así en su segunda edición (DSM II), que se decanta hacia tendencias más kraepelinianas. Más tarde introdujo el término paraergasia para referirse a cierto tipo de esquizofrenia, aunque apenas tuvo aceptación entre los psiquiatras¹⁷⁶.

Los estudios familiares relacionados con las madres de los esquizofrénicos se incluirían dentro de las teorías microsociológicas. Fue Lévy quien habló de una madre sobreprotectora, Fromm-Reichmann (1940) de una madre esquizofrenógena, y Rosen (1949) de una madre perversa. Sin embargo, pronto se desculpabilizó a la madre al no demostrarse que una personalidad concreta de la misma condujera a la esquizofrenia. Incluso algunos criticaron que únicamente se había estudiado la influencia parental sobre los hijos, pero no a la inversa, cuando la realidad era que ambos se extremos se influían mutuamente. En cualquier caso, tal calificativo se consideró injusto porque resultaba insultante y culpabilizador sin aportar nada a cambio, por lo que se abandonó para poner el énfasis en un problema particular de la comunicación en el interior de la familia¹⁷⁷.

Basándose en la parte de la “Teoría de la comunicación” que Russell llamó “Teoría de los tipos lógicos”, Bateson, Jackson y Haley desarrollaron, en la década de los cincuenta, la situación denominada “doble vínculo”, donde la comunicación defectuosa de los padres con el hijo crearía en este último una situación de no ganancia.

¹⁷⁵ CHANDRASENA (1983), FOURNIER (1963), STENGEL (1957).

¹⁷⁶ CANCRO y PRUYSER (1979), LEWIS (1973), TOMLINSON (1990).

Un niño desarrollado en tal ambiente podría desarrollar síntomas esquizofrénicos. Watzlawick precisó que no era un resultado ni una causa de las condiciones del ambiente, sino una parte integrada de modo complejo en un sistema patológico que estaba en marcha. Tomlinson cita también la variante desarrollada por Lidz acerca del cisma marital¹⁷⁸.

Como recuerda Delion (1981), en Inglaterra, a partir de las teorías culturalistas americanas y de las visiones fenomenológica y psicoanalítica, Laing (1960) habló del ego dividido, según el cual el individuo llegaría a una situación insostenible en su historia en la que elaboraría un delirio para poder sobrevivir. Dicho delirio no sería un signo simplemente, sino un significante, un mensaje con un sentido. Mientras, en Francia, bajo la influencia lacaniana, Demageant postuló que, dentro de las familias de esquizofrénicos, existía un aislamiento lingüístico y un idiolecto familiar, discurso maestro bajo el cual se originaría la esquizofrenia. Pankow, mediante la adaptación de la técnica psicoanalítica, articuló la estructura familiar de la esquizofrenia con la corporeidad.

A raíz de estas teorías, algunos infirieron que la esquizofrenia no sería una enfermedad verdadera, lo que llevó a autores como Szasz a proclamar que las enfermedades mentales no existían, que eran un mito. La rama anglosajona de la antipsiquiatría (Laing, Esterson o Cooper) propuso una patogenia distinta: la del miembro más débil de un grupo descompensado. El grupo, por la violencia simbólica o la violencia pura y simple, crearía un problema en un individuo del grupo, traspasando la responsabilidad a la institución que lo asiste, existiendo dos posibilidades. O bien la institución no repite la violencia simbólica y permite al paciente salir reforzado del episodio; o bien no consigue su objetivo y queda como refugio secundario de una esquizofrenia crónica enteramente iatrogénica¹⁷⁹.

¹⁷⁷ BLEULER (1964, 1965, 1966, 1973), DELION (1981), GUEGUEN (1988), TOMLINSON (1990).

¹⁷⁸ DELION (1981), GUEGUEN (1988), TOMLINSON (1990).

¹⁷⁹ CHANDRASENA (1983), LANTERI-LAURA y GROS (1982), LEWIS (1973), RIEDER (1974).

Las teorías macrosociológicas, finalmente, incluirían la de Cameron, de quien Stengel afirma que no va más allá de lo propuesto por Bleuler y Meyer salvo que aporta el estudio de los campos sociales en los que opera el individuo. También estarían los trabajos de Cooper y Sartorius (1977) en los que la industrialización, con el rápido crecimiento de la población, la disminución de la mortalidad (que da lugar a individuos más vulnerables) y los cambios en la estructura familiar (aspecto este último en el que coincide Warner) serían los factores implicados en la aparición de la esquizofrenia o bien en su cronificación, cosa que duda Murphy, para quien sería la complejidad de la civilización lo verdaderamente nocivo¹⁸⁰.

4.8 La hipótesis de la *receny*¹⁸¹

El último de los periodos que hemos considerado al principio de nuestro trabajo se caracteriza por los distintos estudios que versan sobre la hipótesis de la *receny*. Según nos dice Hare (1988), Torrey formuló dicha hipótesis en 1980 basándose en la ausencia de una descripción detallada de la enfermedad hasta esa fecha y en el notable aumento de la insania a lo largo del pasado siglo. Dicha hipótesis sugiere que, en torno al año 1800, se produjo un cambio en la epidemiología de la esquizofrenia debido bien a la aparición de un nuevo subtipo, bien al aumento en la frecuencia de uno de los ya existentes. Junto a ello, Torrey refuerza su punto de vista afirmando que “está generalmente aceptado que la incidencia de la esquizofrenia es similar entre diferentes culturas y épocas. Si la esquizofrenia tiene una incidencia estable a lo largo del tiempo y el lugar, entonces se trataría de un caso único en la epidemiología de una enfermedad importante”. Por cuestiones metodológicas, nuestro estudio no incluye el

¹⁸⁰ BARK (1988), GUEGUEN (1988), TURNER (1992).

¹⁸¹ Mantenemos el término original por no haber encontrado una traducción adecuada para el mismo. Véase también DUALDE y REY (2003).

libro de Torrey¹⁸², de modo que basaremos la discusión de la hipótesis de la *receny* en el trabajo de Hare.

Hare (1988) *inicia* su artículo considerando que no está clara la presencia de esquizofrenia en los testimonios existentes anteriores al siglo XVIII; y que, si existió, fue más rara de lo que es en la actualidad, puesto que la locura florida también era rara. Contrapone las opiniones de Kraepelin, Lewis y Strömngren, para quienes la esquizofrenia habría existido siempre, frente a las de Harper, quien en el siglo XVIII indicó que la “*adolescence insanity*” (el tipo que Hare considera que se hace más frecuente) era rara. Concluye de este modo que sólo a principios del siglo XIX hay descripciones similares a lo que hoy conocemos como esquizofrenia, explicando que la ausencia de descripciones de esta alteración no se debe a la falta de pericia de los observadores, sino a la inexistencia de la enfermedad.

Frente a este punto de vista contamos con las opiniones de varios autores, algunas de las cuales hemos visto con detalle al principio de la parte histórica. Foerstl (1989), en respuesta al artículo de Hare (1988), aporta una cita del *Magazin für Erfahrungsseelkunde*, que se publicó entre 1783 y 1793, en el que se describe un caso “altamente sugerente de esquizofrenia de debut temprano” añadiendo que, por lo menos, “arroja algunas dudas sobre el asunto de la ausencia de alucinaciones auditivas en la esquizofrenia antes de 1800”. Carpenter (1989), por su parte, opina que los sistemas nosotáxicos publicados durante la época considerada por Hare contienen categorías que podrían acomodarse a las imágenes modernas de la esquizofrenia¹⁸³, mientras que la aparición frecuente de buenas descripciones de esquizofrenia (y

¹⁸² Según recogen JESTE *et al.* (1985), Torrey sugiere, en su libro *Schizophrenia and Civilization* (1980), que la entrada oficial de la esquizofrenia en la psiquiatría se produjo a finales del siglo XVIII y principios del XIX con las obras de Pinel y Haslam. Tras la comparación que establece con las descripciones de manía y melancolía, considera que la aparición tardía de la esquizofrenia en la literatura, y su aparente asociación con la civilización moderna, apoyan la idea según la cual dicha enfermedad tendría un origen reciente, posiblemente vírico.

¹⁸³ *Ideal Insanity* de Arnold en 1872, *Manía Mutabilis* de Darwin en 1801, *Paraculis Imaginaria* de Cullen en 1810 (CARPENTER, 1989).

muchas otras enfermedades mentales) se produjo al variar los criterios de selección de los casos que se publicaban, así como de los métodos empleados para describirlos. Casos que, en contra de lo dicho por Hare, eran frecuentemente jóvenes.

Bark opina que la creencia generalizada acerca de la no existencia de la esquizofrenia antes del siglo XIX se basa, probablemente, en el aumento que Rosen documenta del número de enfermos mentales, posiblemente con esquizofrenia, durante ese tiempo; o bien en la ausencia de buenas descripciones de la enfermedad antes de esa fecha. Comenta, en este sentido, las palabras de Hare —“se puede buscar en vano cualquier descripción antes del siglo XIX”—; las de Cooper y Sartorius —“¿Por qué las descripciones de lo que hoy día se reconoce como esquizofrenia crónica son tan escasas en la literatura europea medieval y anterior a la misma?”—; y las de Torrey, para quien no existen hasta 1800 descripciones de la esquizofrenia tal y como la conocemos (inicio temprano y deterioro progresivo), aunque sí de algunos síntomas.

Para Jeste, la aparente ausencia de descripciones de la esquizofrenia no implica necesariamente que se tratara de una afección poco común o inexistente. Seis son las razones que aporta para desmentirlo:

En **primer** lugar, el acercamiento a la enfermedad basado en el síndrome es de origen reciente. Hasta el siglo XVII, con las obras de Willis y Sydenham, el acercamiento a la enfermedad se hacía mediante la descripción de sus signos y síntomas, más que por su cuadro clínico. En el caso de la esquizofrenia, en la que no existe ningún síntoma patognomónico, ésta habría sido fácilmente confundida con otras enfermedades. De hecho, algunos síntomas de la misma se habrían descrito en la antigüedad, pero sería curioso que los antiguos los hubieran agrupado de un modo similar a como concebimos actualmente la esquizofrenia. Además, este acercamiento llevó, paradójicamente, a la descripción profusa de enfermedades con manifestaciones dramáticas y distintivas en cantidad superior a lo que su incidencia justificaba, como era el caso de la epilepsia.

En **segundo** lugar, en la antigüedad apenas se tenía interés por las enfermedades crónicas incurables. Debido a que el reconocimiento social de los médicos dependía en gran medida de su éxito terapéutico, se tendía a evitar la intervención terapéutica sobre las enfermedades crónicas incurables, de modo que la esquizofrenia podría haber sido evitada o ignorada por los médicos de aquella época¹⁸⁴.

Un **tercer** argumento es que las enfermedades mentales a menudo se consideraban del dominio de la religión, más que del de la medicina. Dada la cantidad de delirios religiosos y de la atribución sobrenatural que los esquizofrénicos hacen de sus alucinaciones, no es extraño pensar que durante mucho tiempo, como muestran Kroll y Bachrach, tales personas fueran tenidas por sus contemporáneos bajo influencias divinas o satánicas, entrando de lleno en la jurisdicción eclesial.

Como **también añade** Jeste, los síntomas de disfunción mental poseían una terminología confusa o inadecuada. De hecho, la terminología para definir cuidadosamente la esquizofrenia es de origen reciente y no está tan claro que sea la adecuada. En general, la mayoría de los trastornos mentales se encuadraban bajo los términos de frenitis, manía o melancolía que, a su vez, significaban cosas distintas para cada médico. La segunda ha tenido siempre un sentido más amplio que el actual y ya causó problemas a Cicerón. Celso llamó tercera enfermedad a la melancolía de forma alucinatoria y con afcción del intelecto, que se asemeja enormemente a la esquizofrenia.

En **quinto** lugar, muchos esquizofrénicos o sus familias pudieron no haber buscado asistencia médica. Incluso hoy día, muchos pacientes carecen de autocrítica de su enfermedad. Junto a ello, muchas familias no los consideran

¹⁸⁴ Hablando de la psiquiatría grecorromana, ACKERKNECHT (1993) afirma que “Como las enfermedades mentales son a menudo incurables, el médico tiene el derecho moral de negarse a tratarlas. Este derecho de los médicos persistió, por lo demás, hasta fines del siglo XVIII”.

enfermos sino más bien de comportamiento extraño, poco habitual y, en algunos casos, benditos o talentosos, algo especialmente cierto en áreas rurales. En este sentido, Bark añade que tales enfermos también podrían haber sido ocultados por sus familias.

Finalmente, Jeste indica que puede haberse producido un cambio en las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia a lo largo del tiempo. Este fenómeno descrito en la actualidad por varios autores en el caso de la catatonía y sobre el que más tarde incidiremos, también podría haber ocurrido anteriormente con otras manifestaciones como la acedia o la licantropía. Y recordemos que la descripción de la catalepsia, uno de los signos cardinales de la catatonía, ha sido descrita de un modo similar a como es hoy a lo largo de dos milenios.

La opinión de Turner respecto a los postulados de Hare ya se ha comentado en otro apartado. Cabe añadir ahora los supuestos que Turner considera necesarios para que sea posible el registro de un cuadro similar a la esquizofrenia: una cohorte disponible de médicos-alienistas experimentados; un síndrome suficientemente diferenciado como presentación aislada; y el deseo de los médicos de ver a tales pacientes y a la inversa.

Tras preguntarse si “¿No sería más prudente sugerir que a finales del siglo XVIII y principios del XIX se produjo un cambio en el enfoque de la profesión médica caracterizado por una mayor atención a la historia clínica?¹⁸⁵” recuerda Turner que el primero de tales supuestos, junto con la posibilidad de una supervisión continuada que permitiera la descripción de la enfermedad, no fue posible hasta los tiempos de Kraepelin¹⁸⁶. En cuanto a la existencia de un síndrome con entidad propia, cita varios

¹⁸⁵ En este sentido, LAÍN ENTRALGO (1961) opina que ya en esta época “El *status praesens* y el *cursus morbi* constituyen, juntos, la parte central y principal de la historia clínica”. Y también comenta “el creciente relieve del *status praesens* con el auge de la intervención exploratoria del clínico”.

¹⁸⁶ Como también señala JANZARIK (1986). De acuerdo con SCHARFETTER (1973), Kraepelin fue el primero que estableció una clasificación de las enfermedades mentales en función de una misma causa, curso, clínica, evolución y debut.

ejemplos para poner de manifiesto que un síntoma como las alucinaciones auditivas está sujeto a un prejuicio culturalmente determinado, puesto que “incluso Bleuler les concedió una importancia secundaria en la delineación y creación del diagnóstico de esquizofrenia”¹⁸⁷. En cuanto al tercer punto, el deseo de los médicos de ver a tales pacientes, interpreta que se trata “más una actitud nueva hacia la admisión que una nueva forma de enfermedad”, como muestran las revisiones del 54º y el 56º *Reports of the Commissioners in Lunacy*, el *Presidential Address to the Medico-Psychological Association* de White o el de Jones a la *Section of Psychological Medicine* de la BMA, ambos en 1903, el comentario de Newnigton en el *Adjourned Annual Meeting* de la MPA en 1905 o varias ediciones del *Journal of Mental Science*¹⁸⁸. Turner (1992) concluye, tras su “revisión de más de 600 casos admitidos en Ticehurst entre 1845 y 1890, que existe una cohorte regular de esquizofrénicos típicos de acuerdo con los criterios actuales, pero ninguna evidencia que hable de un sesgo a favor de los pacientes jóvenes, ni de admisiones extras en este grupo, ni ningún comentario en las copiosas anotaciones de los casos al respecto. Esto refleja la tónica general de los libros de texto psiquiátricos de finales del siglo pasado, ninguno de los cuales recalca cambios en las formas de la enfermedad”.

En *segundo lugar*, dice Hare (1988), existe un aumento real en la incidencia de la esquizofrenia que bastaría para explicar el aumento en las cifras de insania a lo largo del siglo XIX, de acuerdo con la evidencia histórica¹⁸⁹.

Turner (1992) opina que este extremo se trata de un debate últimamente mantenido entre Hare y Scull, a cuya hipótesis social reconoce “dificultad para refutar la aseveración implícita de que el programa de construcción de asilos del siglo XIX estaba generado por actitudes hacia la enfermedad mental más que hacia un determinado

¹⁸⁷ De acuerdo a lo expuesto en otro lugar, TURNER (1992) habla en este pasaje de secundarios cuando, en realidad, se refiere a los accesorios.

¹⁸⁸ En la actualidad es el *British Journal of Psychiatry*.

¹⁸⁹ Las conclusiones se extraen tras unas disquisiciones un tanto especulativas al respecto.

tipo de enfermedad”. Al mismo tiempo critica los trabajos de Harper y Clouston en los que Hare se basa, por considerarlos representativos de las opiniones respectivas de sus autores. Más adelante hace un comentario demoledor pues, si bien concede que “en términos numéricos absolutos parece cierto que un rápido (e inexplicable) aumento en la población generó más ‘locos’”, critica la manera en que Hare explica los hechos y su actitud reacia a aceptar el papel del asilo.

Según Cochrane, como recoge Turner (1992), parece que el sistema asilar indujo un incremento en el número de los que allí eran enviados: “no es difícil comprender como el sistema asilar expandió por sí mismo la noción de lunático y promovió su magnificación”. La industrialización, el darwinismo social de los últimos tiempos de la era Victoriana, la teoría de la degeneración y el movimiento eugenésico “fueron las fuerzas que probablemente incrementaron la cantidad de lunáticos. De hecho, el aumento en el número de los que fueron declarados insanos no obedeció simplemente a los incentivos financieros que estableció el sistema asilar. Más bien se debió a la existencia de condiciones fértiles para que los médicos de los asilos formularan definiciones de insania más amplias”.

Una *tercera evidencia* que aporta Hare (1988) es que la esquizofrenia era rara en países no industrializados (a diferencia de hoy día, donde se acepta que la incidencia universal está en torno al 1%), si bien aumentó un tiempo después de hacerlo en los países industrializados.

Turner (1992) refuta a Hare con las palabras de MacPherson sobre la visita de Kraepelin a Java en las que decía que “la demencia precoz era extremadamente frecuente”; y las de Leff sobre el estudio transcultural de la OMS respecto a “una incidencia similar a través de una variedad de culturas así como factores etiológicos... comunes a todas las culturas estudiadas”, mientras descarta como poco fiables otros testimonios en sentido contrario. Aunque no se alcance consenso al respecto, estos datos

únicamente hablarían en favor de un aumento de la insania en general pero no de una forma particular de la adolescencia.

Der *et al.* (1990) aportan datos en el sentido contrario al de Hare¹⁹⁰, si bien indican que falta un estudio comprensivo de un país altamente industrializado, pues los trabajos que comentan se refieren a poblaciones pequeñas durante un corto periodo de tiempo.

Hare (1988) suscita también una *cuarta cuestión* controvertida como la disminución de la fertilidad en los esquizofrénicos¹⁹¹, recurriendo a influencias genéticas y ambientales como responsables de la misma. “Si los factores genéticos parecen estar implicados en su transmisión y se dice que la enfermedad ha existido desde siempre... ¿Por qué no ha sido eliminada por selección natural?”, se pregunta Hare, al tiempo que recoge las opiniones de Bleuler hijo (1973), anteriormente comentadas. Tampoco piensa que la existencia de un sólo gen responsable o la aparición de una mutación sean suficientes para explicar la actual persistencia de la esquizofrenia, mientras la hipótesis poligénica precisa, en opinión de Hare, demasiados genes para explicar la imagen actual de la enfermedad¹⁹². Concede credibilidad a la hipótesis de Crow sobre los virogenes, donde un gen situado en una zona con una tasa elevada de mutación sería la explicación plausible. Finalmente, considera que la ventaja heterocigota (descendencia fértil de los familiares del caso) es difícil de comprobar y de dudosa aplicación en casos en los que no se sigue un claro patrón mendeliano. Respecto a las causas ambientales específicas, Hare está de acuerdo con la importancia que Rosenthal da al ambiente: un aumento del estrés ambiental compensaría la baja tasa de fertilidad y la migración diferencial manteniendo constante la incidencia total.

¹⁹⁰ Eagles y Whalley; Dickson y Kendell; Eagles, Hunter y McCance en Escocia. Munk-Jorgensen; Munk-Jorgensen y Jorgensen en Dinamarca. Parker *et al.* en Australia; Joyce en Nueva Zelanda.

¹⁹¹ La cifra que ofrece es entre el 30% y el 80% inferior a la población normal.

¹⁹² Esta cuestión está lejos de resolverse. Véase al respecto CLONINGER (1997).

Turner (1992) opina que el problema de la “persistencia” depende de un detallado análisis genético y de complejos conceptos sobre ventaja heterocigota o sobre tasas de mutación. Apunta asimismo que, en los últimos 50 años (pues considera que no existen datos fiables de épocas anteriores), el retraso en la edad en que las mujeres dan a luz, así como en la moda del presente siglo de separar a los esquizofrénicos en instituciones¹⁹³ podrían ser igualmente responsables. No obstante, a raíz del trabajo de Sherrington *et al.*, Turner considera necesarios más estudios que ayuden a clarificar la heredabilidad de la esquizofrenia.

En *quinto lugar*, dice Hare (1988), existe todo un cuerpo de evidencia¹⁹⁴ que habla en favor de un cambio en el tipo de esquizofrenia diagnosticada actualmente y que no es posible explicar únicamente en función del tratamiento.

Turner (1992) se pregunta si el cambio en el subtipo de esquizofrenia no es, en realidad, consecuencia de toda una serie de factores como la existencia de definiciones más estrictas basadas en la investigación; las modernas unidades de puertas abiertas que no pueden ingresar los trastornos del comportamiento y las formas negativas de los subtipos catatónico y hebefrénico; el artefacto producido por el aumento de la población mendicante y carcelaria; y la restricción de la admisión hospitalaria en función de los recursos disponibles. También contempla los cambios en la práctica diagnóstica, los efectos de los poderosos fármacos modernos y las tendencias hacia la asistencia comunitaria, sin olvidar la teoría infecciosa de la enfermedad, la presentación al uso entre los enfermos y el efecto de la medicación antipsicótica. Los avances en la comprensión, diagnóstico y tratamiento y su influencia en la forma de presentación

¹⁹³ Lo que más tarde denomina “esterilización social” (TURNER, 1992).

¹⁹⁴ En síntesis, la impresión general es que se ha producido una evolución hacia formas más suaves de la enfermedad, en el sentido de un inicio más tardío y un curso más benigno. En concreto, se habría producido la disminución de las formas simple, hebefrénica y catatónica mientras habría aumentado la forma indiferenciada y, en menor medida, la paranoide (BLEULER (1973), DER, GUPTA y MURRAY (1990), ELLARD (1987), LEWIS (1973), MORRISON (1974)). Al mismo tiempo, en la línea kraepeliniana, estaría cada vez menos clara la diferencia entre la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos (DER, GUPTA y MURRAY (1990), JAMES y MAY (1981)).

son otras de las razones aportadas. “El problema de la esquizofrenia parece que necesita un mayor cambio conceptual en su pensamiento etiológico”.

Según explica Hare (1988), Crow atribuye los cambios en la forma de presentación de la esquizofrenia anteriormente citados a la inmunidad y las infecciones, factores que también podrían explicar la evolución hacia formas más benignas, tal y como postula la *receny*. No duda Hare en afirmar que la *receny* va en la misma dirección que la hipótesis viral de la esquizofrenia.

En este sentido, Turner (1992), tras considerar que la ausencia de una percepción médica de una nueva enfermedad desde Haslam, distintivamente diferente de las condiciones vistas en épocas anteriores, no encaja con las variaciones de una enfermedad infecciosa, protesta porque el modelo patogénico de la “teoría del germen” sigue dominando la investigación médica. Turner recuerda que la teoría infecciosa ya fue formulada por Godall¹⁹⁵, quien la relacionó con la encefalitis epidémica, considerada entonces como enfermedad viral. Mantenido por “mejoradas técnicas virológicas y detallados estudios genéticos, así como por un mayor análisis sociológico especulativo”, Torrey y Peterson hablan, en 1973, del papel de los virus lentos en la esquizofrenia, tema retomado posteriormente por Crow y refinado por Bradbury y Miller con su observación sobre el mayor número de nacimientos de esquizofrénicos durante los meses de invierno, y por la relación que establecen Barr *et al.* con las epidemias de gripe¹⁹⁶. Para Turner, el supuesto agente tóxico nuevo del que habla Hare sólo explicaría el aumento de la relativa severidad de los casos de las décadas veinte y treinta, casos que se consideran hoy menos frecuentes. No obstante, recuerda que los factores genéticos y la multicausalidad se siguen teniendo en cuenta.

¹⁹⁵ *The exciting cause of certain states of disease, at present classified under Schizophrenia by psychiatrists, may be Infection. The Pathogenesis of these states does not, in this country, receive the close, prolonged and coordinated clinical pathological study which it demands, Journal of Mental Science, lxxviii (1932), 746-9, y 750-4 discusión (citado por TURNER, 1992).*

¹⁹⁶ A finales del siglo pasado y principios de este ya había estudios que intentaban establecer esta relación, tema del que también se ocupó Menninger, en un trabajo ya clásico.

Boyle (1990) también postula una causa infecciosa, aunque su explicación resulta más radical. Considera que Kraepelin y Bleuler derivaron sus conceptos a partir de una población muchos de cuyos individuos padecían alteraciones orgánicas neurológicas y de otra índole, posiblemente postinfecciosa, incluido el parkinsonismo postencefalítico. En su opinión, las poblaciones descritas por Kraepelin y Bleuler no sólo se solapaban con frecuencia con la de Von Economo, sino que frecuentemente mostraban signos de infección y obnubilación de la conciencia así como alteración de las células gliales. La confusión que siguió a la introducción del concepto de Von Economo enfatiza el solapamiento de conceptos entre aquéllos y éste y, dada la poca frecuencia con que hoy día se ve el tipo de esquizofrenia de principios de siglo¹⁹⁷, al tiempo que tanto los síntomas orgánicos como aquellos comunes con los de la enfermedad de Parkinson no se consideran en la actualidad posibles signos de esquizofrenia, “ofrece gran credibilidad la sugerencia de que, como el Parkinson postencefalítico y las secuelas neurológicas de otras enfermedades infecciosas se han hecho poco frecuentes, también ha habido una disminución coincidente en determinados tipos de esquizofrenia que se asemejaban muy cercanamente a ellas, así como en muchos síntomas orgánicos de la esquizofrenia que resultaban ser idénticos a los descritos por Von Economo”.

Para Boyle (1990), “lo que parece haber ocurrido es que, como las enfermedades infecciosas y sus secuelas se han hecho menos frecuentes, y como el diagnóstico y tratamiento de otras alteraciones que podían haber tenido secuelas neurológicas o sobre el comportamiento se han hecho más complejas, algunos de los fenómenos observados por Kraepelin y Bleuler en sus pacientes, notablemente los delirios y las alucinaciones, así como el deterioro en el funcionamiento personal, se han separado de la concepción original de esquizofrenia hecha por Kraepelin y Bleuler y forman hoy

¹⁹⁷ Si bien admite que la baja tasa de encefalitis anterior a la epidemia de 1916 es un dato poco favorable a la teoría, también comenta que Sacks considera que tal incidencia estaba infraestimada debido a la dinámica de la infección.

día un nuevo concepto¹⁹⁸. Pero debido a que no están necesariamente relacionados, y cada uno posee múltiples causas, sería de esperar que la actual población fuera heterogénea y produjera datos inconsistentes”.

Parte de dicha transformación puede verse, de acuerdo con Boyle (1990), en los escritos de Schneider, quien apenas hizo referencia a los síntomas neurológicos, aunque existen ciertas dificultades para saber exactamente con quién estaba trabajando. Y aún hay más: “la mayoría de estudios realizados con gemelos empleó sujetos que nacieron antes o durante la gran epidemia de encefalitis; muchos de ellos fueron diagnosticados originalmente como esquizofrénicos en la época de la confusión diagnóstica descrita y, por tanto, algunos de los criterios solapados entonces usados no son considerados actualmente como específicos de la esquizofrenia”. Finalmente considera que los criterios que tanto Kraepelin como Bleuler intentaron ofrecer para establecer el diagnóstico diferencial, resultaron de poca utilidad, entre otras cosas porque dicho concepto no deriva de la observación de patrones ni muestra trazas fiables y bien descritas en sus correlatos o antecedentes.

Turner (1992) vierte un ácido comentario sobre el trabajo de Boyle: “[Algunos] han llevado el argumento [de los cambios en la forma de presentación de la esquizofrenia] más allá que Hare y Torrey al sugerir que no existe tal enfermedad en absoluto. En su libro *Schizophrenia -a Scientific Delusion?* Boyle niega la validez de los constructos kraepelinianos y bleulerianos, sugiriendo que provenían de una variedad de enfermedades orgánicas (p. ej. encefalitis), que ya no prevalecen en la actualidad. El argumento es difícil de seguir, dada su confusión entre “signos” y “síntomas” y su preferencia por estudios de casos individuales poco documentados mientras critica minuciosamente los hallazgos más recientes de la investigación clínica y genética. Sin

¹⁹⁸ BOYLE (1990) añade más adelante que “El argumento de que el concepto actual de esquizofrenia no depende de las descripciones de Kraepelin y Bleuler no es consistente con el crédito que los autores modernos conceden a ambos. También se ha argüido que el actual concepto se desarrolló

embargo, existe bastante evidencia de que los criterios actuales de investigación coinciden con el diagnóstico kraepeliniano¹⁹⁹ y que el trabajo de Kraepelin fue sistemático y clínicamente correcto. El rechazo a la totalidad de la psiquiatría en el libro de Boyle, como tanta otra literatura de la antipsiquiatría, descansa en la ignorancia selectiva de la medicina clínica moderna y en una fe determinada en el comportamiento construido socialmente. Ofrece, sin embargo, una visión parcial de cómo y por qué los médicos anteriores al siglo XIX, viendo el contenido más que la forma de la enfermedad mental, fallaron al delinear un psicopatología comparativa²⁰⁰.

Como *finalmente* concluye Hare (1988): “La hipótesis de la *receny* descansa sobre evidencia endeble, aunque la evidencia sobre la que se apoyan las hipótesis alternativas puede parecer igualmente endeble. Lo que está principalmente a favor es que, quizá, proporciona una explicación directa y consistente para la mayoría de los aspectos de la historia y epidemiología de la esquizofrenia, mientras con la visión más tradicional se necesitaba un tipo distinto de explicación para cada una. También proporciona dos predicciones verificables: que la esquizofrenia continuará evolucionando hacia formas menos severas con una probable disminución en su incidencia, aunque aún es temprano para ver los efectos sobre esta última; y que tales cambios serán más aparentes en las esquizofrenias de debut temprano”. No obstante, encuentra dos dificultades a la hora de verificar las predicciones basadas en la *receny*: los criterios diagnósticos (no existían unos criterios definitivos antes de la época moderna pero los actuales tampoco parecen servir. Pese a ello, se necesitan tales criterios); y el posible cambio en la enfermedad (algunos de sus signos pueden ser difíciles de determinar, mientras la terminología no está en absoluto unificada, especialmente en siglos

de una manera idiosincrásica, dando de este modo lugar a una cantidad de literatura confusa que ha fallado en proporcionar referentes de utilidad”.

¹⁹⁹ Se refiere al trabajo de JAMES y MAY (1981).

²⁰⁰ Tras leer la opinión de Turner respecto a Boyle queda la impresión de que se limita a descalificarla, pero no aclara si tiene o no razón en sus críticas.

pasados, sin mencionar los cambios de significado a la hora de traducir desde otros idiomas o desde lenguas antiguas)²⁰¹.

Frente a ello, Turner (1992) plantea: "...la teoría de la *permanency*... predice que la condición llamada esquizofrenia se mantendrá aproximadamente en los niveles en que se presenta en la actualidad, pudiendo ser más severa en ausencia de una política que no prime el cuidado asilar. También predice que la investigación histórica continuará desenterrando una serie de individuos *mopish*, *eccentric*, *possesed*, o *lunatic*, a quienes se abusa, honra o acepta de diversas maneras". Finaliza diciendo que "La contribución positiva que la gente con esquizofrenia puede hacer a la sociedad... tal vez pueda ser formulada desde una teoría de la *permanency* desarrollada".

Bark (1988), en términos más generales, termina su trabajo diciendo que "He demostrado que la esquizofrenia ha sido descrita durante más de dos mil años antes del siglo XIX y que era bastante común... He mostrado cómo las descripciones frecuentemente se incluían bajo los términos *manía* y *melancolía*. Muchas de las descripciones son incompletas, pero... incumbe a aquellos que niegan la existencia antigua de la esquizofrenia demostrar que tales descripciones incompletas no lo son. La enfermedad mental crónica fue lo suficientemente común para que existieran leyes y servicios que la cubrieran, y no solía estar causada por estados de patología cerebral grosera, metabólica o tóxica. No hay razón, pues, para no extrapolar las estimaciones actuales según las cuales la esquizofrenia comporta del 20% al 50% de los enfermos mentales crónicos. El continuo debate sobre el incremento en el número de enfermos mentales hospitalizados a lo largo del siglo pasado no debería oscurecer la conclusión de que la enfermedad mental crónica y la esquizofrenia no eran raras antes de 1800. Ni tampoco las dificultades de valorar números y tasas en épocas tempranas inhibir intentos de mirar más de cerca las épocas y lugares antiguos, usando fuentes originales

²⁰¹ Como hemos visto, algunos consideran que estas dificultades impiden hablar de ausencia o presencia de enfermedad, pero no pueden emplearse como prueba en uno u otro sentido.

como los empleados por MacDonald y Neugebauer”. Sin embargo “La conclusión de que la esquizofrenia no era rara antes de 1800 no afecta, por ejemplo, a la teoría viral de la esquizofrenia. La evidencia histórica es enormemente irrelevante en lo que respecta a dicha teoría²⁰². Sí puede afectar a algunas de las primeras teorías que relacionan la esquizofrenia con la industrialización o con los cambios sociales de los últimos 200 años. Enfatiza que debemos primero estar seguros de los hechos que nuestras teorías explican²⁰³. Que la esquizofrenia siempre ha existido puede apoyar la visión de la esquizofrenia como un síndrome con múltiples causas, en las que la variación histórica de cualquiera de ellas puede estar enmascarada por la constancia de las demás. Tal vez en el futuro, con nuevos métodos clínicos y de laboratorio, el síndrome de la esquizofrenia se subdividirá en condiciones circunscritas con causas conocidas y podamos volver sobre los datos históricos para buscar variaciones a lo largo del tiempo de tales condiciones específicas”.

Jeste (1985), por su parte, concluye que lo más probable es que la esquizofrenia haya existido siempre, lo cual no quiere decir que siempre haya tenido la misma forma²⁰⁴. No piensa que ello vaya en contra de las teorías etiológicas que achacan la culpa a la civilización, pues no sólo sus contaminantes, insecticidas y virus se han propagado con ella, sino también los sistemas clasificatorios y las descripciones de casos, por lo que es difícil decidir qué aspecto de todos los anteriores es el responsable de un incremento en los casos de esquizofrenia.

No podemos cerrar esta exposición sin mencionar A Janzarik (1986):

“El proceder empírico nos ha llevado, a través de la operacionalización de fenómenos psicopatológicos, hacia distinciones diagnósticas fiables, pero que aún no son nosológicamente válidas. Existen principios de una convención que supera

²⁰² BARK (1988), ha sugerido que las enfermedades infecciosas crónicas no están históricamente relacionadas con la *civilización* o la densidad de población.

²⁰³ En clara referencia a Cooper y Sartorius.

las fronteras idiomáticas y las opiniones de las diferentes escuelas sobre lo que se debe entender como esquizofrenia. No existe aún una enfermedad que esté unívocamente definida como “esquizofrenia”. La historia del concepto de las esquizofrenias no es la historia de los descubrimientos médicos: es la historia de los modelos de pensamiento en los que se orienta la psiquiatría”.

²⁰⁴ Entre otras cosas porque estimar la prevalencia de la misma a lo largo del tiempo es casi imposible (JESTE *et al.*, 1985).

5. Aproximación estadística a los trabajos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975)

Sobre los 180 artículos seleccionados siguiendo los criterios descritos en el *Capítulo 2. Material y método*, hemos realizado un estudio estadístico descriptivo que incluye, como allí adelantábamos, la distribución general por periodos de publicación; las distribuciones de autores, lugares de procedencia de los artículos e instituciones por orden decreciente de publicaciones; relación de número de firmas/trabajo; la distribución de revistas y lugares de edición de los artículos por orden decreciente de publicaciones; y la distribución temática de los artículos estudiados. En cuanto al análisis bibliométrico, en lo referente a autores, estudiaremos los índices de productividad de los autores con mayor número de publicaciones, distribución de los artículos por el índice de productividad de los autores, distribución de los autores por índice de productividad de los artículos, índice de Price e índice de número de firmas/trabajo; en cuanto a las revistas, incluimos la máxima división en zonas de Bradford. Como ya indicábamos, aunque hemos diferenciado la estadística descriptiva del estudio bibliométrico con fines expositivos, en la descripción de los resultados comentaremos cada indicador bibliométrico a continuación de las distribuciones correspondientes con las que guarda relación, para evitar perder el hilo conductor de la información.

5.1 Resultados

Iniciamos la descripción con la distribución de trabajos por periodos de publicación¹ (tablas IIa y IIb), que muestra una proporción similar durante los periodos de *institucionalización* (1946-1960), *desarrollo controlado* (1961-1969) y *crisis* (1970-1975). Conviene señalar, no obstante, que dicha distribución también refleja un crecimiento gradual y continuo, aunque no exponencial, de las publicaciones, puesto que cada uno de los periodos de tiempo considerados abarca, aproximadamente, cinco años menos que el anterior. Destaca, por un lado, la ausencia de artículos de interés en los años 1941, 1944, 1945, 1947 y 1951²; y, por otro, la publicación de 13 y 18 artículos en los años 1969 y 1975. Existe asimismo un artículo del que carecemos de información al respecto, aunque casi con toda probabilidad se publicó en la década de los setenta.

Tabla IIa: Distribución por años de publicación y número de artículos publicados

Año	Nº de trabajos	Porcentaje (%)	Año	Nº de trabajos	Porcentaje (%)
1940	1	0'56	1962	4	2'22
1942	2	1'11	1963	3	1'67
1943	5	2'78	1964	5	2'78
1946	3	1'67	1965	7	3'89
1948	1	0'56	1966	6	3'33
1949	1	0'56	1967	7	3'89
1950	1	0'56	1968	6	3'33
1952	1	0'56	1969	13	7'22
1953	4	2'22	1970	6	3'33
1954	2	1'11	1971	6	3'33
1955	2	1'11	1972	11	6'11
1956	6	3'33	1973	9	5'00
1957	9	5'00	1974	11	6'11
1958	8	4'44	1975	18	10'00
1959	8	4'44	No consta	1	0'56
1960	7	3'89			
1961	6	3'33	Total	180	100'00

¹ Véase la periodización propuesta por CASCO SOLÍS (1999) en el *Capítulo 3. Revisión historiográfica*.

² Los dos primeros años por falta de suministro de papel debido al embargo internacional a que estaba sometido el país.

Tabla IIb: Distribución por periodos de publicación y número de artículos

Periodo	Nº de artículos	Porcentaje (%)
Ajuste (1939-1945)	8	4'44
Institucionalización (1946-1960)	53	29'44
Desarrollo controlado (1961-1969)	57	31'67
Crisis (1970-1975)	61	33'89
No consta	1	0'56
Total	180	100'00

La relación de autores por orden decreciente de publicaciones (tabla III), permite establecer la distribución por trabajos / autor, representación de la ley de Lotka (tabla IV), que muestra como 132 autores realizan una sola publicación, 45 hacen entre dos y cuatro, 5 quedan entre cinco y nueve, y sólo un autor supera las diez. Dicho de otro modo, un total de 183 autores distintos son responsables de las 282 autorías que integran la lista de productores de los 180 artículos, lo que representa una proporción de 0'98 artículos por autor. Si recurrimos a los porcentajes acumulados, vemos como casi el 30% de los autores son responsables de poco más del 50% de la producción.

Tabla III: Distribución de autores por orden decreciente de artículos publicados

Autor	Nº trabajos	Autor	Nº trabajos	Autor	Nº trabajos
CABALEIRO GOÁS, M.....	13	JIMENO VALDÉS, A.....	3	GARCÍA SÁNCHEZ, M.	2
		LINARES FERNÁNDEZ, J.L.	3	GÓMEZ-REINO FILGUERAS, J.L.....	2
RUIZ OGARA, C.	7	REY ARDID, R.	3	JIMÉNEZ, F.....	2
		ROJO SIERRA, M.	3	LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.M.....	2
COULLAUT MENDIGUTIA, R....	6	SÁNCHEZ BORJA, E.....	3	MARCO MERENCIANO, F.	2
PONS BARTRAN, R.	6	TORRES, J.	3	MARTÍ GRANELL, A.....	2
		TRUJILLO, A.	3	MARTÍ-TUSQUETS, J. L.....	2
SARRÓ BURBANO, R.....	5	VALBUENA BRIONES, A.....	3	MARTÍNEZ-PINA, A.	2
SOLÉ SAGARRA, J.....	5			MEZQUITA BLANCO, J.....	2
		ALARCÓN TRIGUEROS, R. DE...2		OBIOIS VIÉ, J.....	2
BESADA VARELA, L.....	4	ARRANZ MUÑECAS, T.....	2	PARELLADA, D.	2
PELAZ MARTÍNEZ, E.....	4	BORREGUERO, A.D.	2	RODRÍGUEZ NIEVES, P.	2
		CASTILLÓN ZAZURCA, J.J.....	2	ROJAS BALLESTEROS, L.....	2
ALBERNI, J.....	3	CLARAMUNT LÓPEZ, F.	2	ROJAS MONTES, E.....	2
CODERCH, J.	3	CÓRDOBA FERREIRO, J.....	2	ROMEU ANFRUNS, J.Mª.	2
COLINA LEONES, M.J.....	3	ESPEZEL OLIVELLA, Mª.I.....	2	RUIZ RUIZ, M.	2
FÁBREGAS POVEDA, J.L.	3	FERNÁNDEZ VICENTE, L.	2	SARRÓ-MARTÍN, A.....	2
GINER UBAGO, J.....	3	GÁLVEZ MORENO, M.....	2	SAUMENCH, D.....	2

Autor	Nº trabajos	Autor	Nº trabajos	Autor	Nº trabajos
SORIANO ORTEGA.....	2	GALLART CAPDEVILLA, J.M ^a ...	1	MONTEJO IGLESIAS, L.....	1
UDINA ABELLO, C.....	2	GALLEGO MERÉ, A.....	1	MORA TERUEL, F.....	1
VEGA, P. DE LA.....	2	GANOZA, C.....	1	MORALES, M.....	1
ABRINES ALCALÁ, A.A.....	1	GARCÍA GONZÁLEZ, J.....	1	MORILLAS, D.....	1
AIZPIRI DÍAZ, J.....	1	GARCÍA REVERTER, E.....	1	MORÓN, J.A.....	1
ÁLAMOS DE LOS RÍOS, F.....	1	GIL, J. A.....	1	NOS LLOPIS, J.....	1
ALDAMA DE LLANO, J.M ^a	1	GILABERT, A.....	1	ORDÓÑEZ SIERRA, J.....	1
ALONSO G. DEL MORAL, J.....	1	GISPERT, DE A.....	1	OTERO PUIME, A.....	1
AMAT, E.....	1	GÓMEZ DEL CERRO, J.....	1	PENZOL DÍAZ, J.....	1
APARICIO GARRIDO, J.....	1	GONZÁLEZ IZQUIERDO, I.....	1	PÉREZ FERNÁNDEZ, F.....	1
AYUSO, J.L.....	1	GONZÁLEZ LÓPEZ, J.L.....	1	PÉREZ SANFÉLIX, J.....	1
BAQUES REBULL, J.....	1	GONZÁLEZ MONCLÚS, E.....	1	PERICAY HOSTA, J.M ^a	1
BEDATE, J.....	1	GONZÁLEZ R. SALINAS, M.C.....	1	PERMANYER, J.J.....	1
BENITO ARRANZ, S.....	1	GONZÁLEZ ROA, G.....	1	PINO DELGADO, C.....	1
BERDALA, J.....	1	GUARDIOLA PLÁ, J.....	1	PLANAS CASAS, P.....	1
BERMEJO CIRAC, J.....	1	GUERRERO CERRATO.....	1	POCH BLASCO, S.....	1
BUÑUEL MIR, J.....	1	GURRIA, M.....	1	PORTELLANO PÉREZ, J.A.....	1
CABEZUDO, A.....	1	GUTIÉRREZ ARIZA, J.A.....	1	PRAT HOMS, J.....	1
CALCEDO ORDÓÑEZ, A.....	1	GUTIÉRREZ GÓMEZ, D.....	1	PRIETO R. PONGA, RUBÉN.....	1
CALLE DE FRUTOS, P.....	1	HERRERO ALDAMA, P.....	1	PUIG GINER, L.....	1
CALVÉ PÉREZ, A.....	1	ÍÑIGUEZ DE ONZOÑO, A.....	1	REGO, A.....	1
CARDENAL GONZÁLEZ, J.....	1	JIMÉNEZ ESPINOSA, L.....	1	RENDUELES OLMEDO, G.....	1
CARLES EGEA, F.....	1	JIMÉNEZ, E.....	1	REY CALERO, J.DEL.....	1
CARRERO MARTÍNEZ, P.....	1	KHALIL HAMAD, H.....	1	RÍSQUEZ, F.....	1
CASTELLANOS MATEOS, F.....	1	KISHIMOTO PERISE, J.....	1	RODRÍGUEZ LAFORA, G.....	1
CASTILLA DEL PINO, C.....	1	LARA PALMA, L.....	1	RODRÍGUEZ NAVARRO, I.....	1
CASTRO DEL POZO, S.....	1	LEAL, C.....	1	RODRÍGUEZ SUÁREZ, F.J.....	1
CATARINA BARGALLÓ, M.....	1	LEDESMA JIMENO, A.....	1	ROM FONT, J.....	1
CERDÁ, E.....	1	LLORET, E.....	1	ROMERO-VALDESPINO, A.....	1
COLL ROSELL, E.....	1	LÓPEZ DE LERMA, J.....	1	SAMANIEGO RODRÍGUEZ, C.....	1
CONCEPCIÓN PÉREZ, A.....	1	LÓPEZ IBOR, J.J.....	1	SÁNCHEZ BLANQUÉ, A.....	1
COSTA MOLINARI, J. M ^a	1	LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M ^a	1	SANTO-DOMINGO CARRASCO, J.....	1
CUBILLA SÁNCHEZ, J.....	1	LÓPEZ ZANÓN, A.....	1	SENTÍS VILALTA, J.....	1
DELGADO ROIG, J.....	1	MARINO FORILLIERE, D.....	1	SERRAT, A.....	1
DÍEZ MANRIQUE, J.F.....	1	MÁRQUEZ BALÍN, J.M.....	1	SERRATE TORRENTE, A.....	1
ECHÉ, J.....	1	MARTÍN GARCÍA, M.C.....	1	SOLER VIÑOLO, M.....	1
ESCUADERO MORALES, R.....	1	MARTÍN SANTOS, L.....	1	SUÁREZ DE PUGA, C.....	1
ESCUADERO ORTUÑO, A.....	1	MARTÍNEZ DÍAZ, J.R.....	1	TÉLLEZ CARRASCO, P.J.....	1
ESPARZA G. TRUJILLO, J.....	1	MARTÍNEZ PARDO, F.....	1	TIZÓN GARCÍA, J.L.....	1
ESTEVAN ALBERTO, I.....	1	MARTÍNEZ RIVERA, L.....	1	URRESOLA, M.....	1
FERNÁNDEZ SANDONIS, J.....	1	MARTÍNEZ, P.....	1	VALLS BRUNAT, J.M.....	1
FERNÁNDEZ, P.....	1	MEDINA GIL, C.....	1	VERDEJO SITGES, J.....	1
FERRER RALDÚA, J.....	1	MEDINA, A.....	1	ZUBÍA ZUBÍA, B.....	1
FIGUERIDO, C.A.....	1	MIRALLES DE SANTAMARÍA, F.....	1	NO CONSTA.....	1
FILOMENO MAYANS, A.....	1	MIRÓ QUINTANA, L.....	1		
FUSTER, J.....	1	MOLINA NÚÑEZ, J.....	1		
				Total	184

Tabla IV: Distribución por número de artículos / autor (Ley de Lotka) de los artículos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975)

Nº de artículos / autor (<i>n</i>)	Nº de autores con <i>n</i> artículos	Porcentaje (%)	Total de artículos para cada valor de <i>n</i>	Porcentaje (%)
1	132	72'13	132	46'80
2	30	16'39	60	21'28
3	13	7'10	39	13'83
4	2	1'09	8	2'84
5	2	1'09	10	3'55
6	2	1'09	12	4'26
7	1	0'55	7	2'48
13	1	0'55	13	4'61
No consta	0	-	1	0'35
Total	183	99'99	282	100'00

Tabla V: Índices de productividad de los autores con mayor número de trabajos

Autor	Nº de trabajos (<i>n</i>)	Índice de productividad (log <i>n</i>)
CABALEIRO GOÁS, M.	13	1'11
RUIZ OGARA, C.	7	0'85
COULLAUT MENDIGUTIA, R.	6	0'78
PONS BARTRAN, R.	6	0'78
SARRÓ BURBANO, R.	5	0'70
SOLÉ SAGARRA, J.	5	0'70
BESADA VARELA, L.	4	0'60
PELAZ MARTÍNEZ, E.	4	0'60
ALBERNI, J.	3	0'48
CODERCH, J.	3	0'48
COLINA LEONES, M.J.	3	0'48
FÁBREGAS POVEDA, J.L.	3	0'48
GINER UBAGO, J.	3	0'48
JIMENO VALDÉS, A.	3	0'48
LINARES FERNÁNDEZ, J.L.	3	0'48
REY ARDID, R.	3	0'48
ROJO SIERRA, M.	3	0'48
SÁNCHEZ BORJA, E.	3	0'48
TORRES, J.	3	0'48
TRUJILLO, A.	3	0'48
VALBUENA BRIONES, A.	3	0'48
30 AUTORES CON	2	0'30 cada uno
132 AUTORES CON	1	0'00 cada uno

Las distribuciones basadas en los índices de productividad (tablas V a VIc) refuerzan estas observaciones: un gran productor, CABALEIRO GOÁS, con 13 artículos y un índice de productividad de 1'11, frente a 132 pequeños productores, resultando un

índice de Price de 72'13. Véase el apartado 5.3 Notas biográficas para iconografía y datos personales y profesionales relativos a los mismos.

Tabla VIa: Distribución de artículos por nivel de productividad de los autores

Índices de productividad (i.p.)	Nº de autores	Porcentaje de autores (%)	Nº de artículos	Porcentaje de artículos (%)
i.p. = 0	132	72'13	132	46'81
0 < i.p. < 1	50	27'32	136	48'22
i.p. = 1	1	0'55	13	4'61
No consta	-	-	1	0'35
Total	183	100'00	282	99'99

Tabla VIb: Distribución de autores por nivel de productividad de los artículos

Niveles de Productividad	Nº de autores	Porcentaje de autores (%)
Grandes productores	1	0'55
Productores medianos	50	27'32
Productores menores	132	72'13

Tabla VIc: Índice de Price

Productores totales	Productores menores	Índice de Price
183	132	72'13

La mayoría de trabajos (70'00%) está realizada por un solo autor, siendo menores los casos en que aparecen dos o tres firmantes (17'78% y 5'56%, respectivamente), y escasa la participación de cuatro o más autores. El índice de firmas / trabajo es de 1'57 (tabla VII).

Tabla VII: Relación número de firmas/trabajo

Nº de firmas / artículo (n)	Nº de artículos con n firmas	Porcentaje (%)	Total de artículos para cada valor de n	índice de firmas / trabajo
1	126	70'00	126	1'57
2	32	17'78	64	
3	10	5'56	30	
4	1	0'56	4	
5	6	3'33	30	
6	3	1'67	18	
9	1	0'56	9	
No consta	1	0'56	1	
Total	180	100'02	282	

Por lo que respecta al lugar de origen de los autores de los trabajos (tabla VIII), más del 75% trabajaron en España frente a apenas el 3% que lo hizo en el extranjero, si bien casi el 20% de los artículos no incluyen datos de filiación.

Tabla VIII: Distribución por lugar de origen del autor y número decreciente de artículos publicados

Lugar de Origen	Nº de trabajos	Porcentaje (%)
España	142	78'02
Barcelona	47	25'82
Madrid	32	17'58
Orense	12	6'59
Valencia	6	3'30
Oviedo	5	2'76
Zaragoza	5	2'76
Granada	4	2'20
La Coruña	4	2'20
Tarragona	4	2'20
Salamanca	3	1'65
Sevilla	3	1'65
Navarra	2	1'10
Vizcaya	2	1'10
Alicante	1	0'55
Bilbao	1	0'55
Burgos	1	0'55
Cádiz	1	0'55
Castellón	1	0'55
Córdoba	1	0'55
Guadalajara	1	0'55
Logroño	1	0'55
Málaga	1	0'55
Palencia	1	0'55
San Sebastián	1	0'55
Santander	1	0'55
Vigo	1	0'55
Extranjero	6	3'30
Munich	2	1'10
Neuss	2	1'10
Londres	1	0'55
Southampton	1	0'55
No consta	34	18'68
Total	182	100'00

En cuanto a los centros de producción, existe una polarización clara entre Barcelona (25'82%) y Madrid (17'58%), quedando el resto de poblaciones a distancia, entre las que destaca el caso de Orense (6'59%), que queda en tercer lugar por ser la localidad de trabajo del máximo productor. En total, 26 ciudades españolas y cuatro extranjeras (europeas).

En relación con las instituciones de origen³ (tabla IX), vemos como más de un tercio de la producción (36'46%) corresponde a instituciones de las diputaciones provinciales, prácticamente el doble que la universidad (16'02%) y siendo testimonial la presencia del resto de instituciones. Estas cifras, no obstante, están probablemente sesgadas debido al elevado porcentaje de artículos atribuidos a otras instituciones (12'71%), y a aquellos en que no consta la institución (25'41%).

Tabla IX: Distribución por tipos de institución⁴ y número decreciente de artículos publicados

Tipo de institución de primer orden	Número de trabajos	Porcentaje (%)
DIPU	66	36'46
UNIV	29	16'02
OTIN	23	12'71
INEX	6	3'31
SANA	6	3'31
SSSS	3	1'66
CSIC	2	1'10
NO CONSTA	46	25'41
Total	181	99'98

Cinco publicaciones (tabla X) reúnen más del 80% de la producción total, destacando en primer lugar las *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* en sus distintas etapas, con 47 trabajos (26'11%) y la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* con 41 (22'78%), representando entre ambas el 48'89% del

³ Distribución hecha siguiendo los criterios de TERRADA *et al.* (1981).

⁴ Clave: CSIC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; DIPU, Diputaciones Provinciales; INEX, instituciones extranjeras; OTIN, otras instituciones, que incluyen la sanidad municipal, la militar y las de instituciones privadas; SANA, Sanidad Nacional; SSSS, Seguridad Social; UNIV, Universidades.

total. Algo menor, aunque también importante, es la producción recogida en *Archivos de Neurobiología* (16'11%), *Folia Neuropsiquiátrica* (10'00%) e *Informaciones Psiquiátricas* (8'33%). En el extremo opuesto, siete publicaciones sin ningún artículo de interés para nuestro tema de estudio.

Tabla x: Distribución por revistas y número decreciente de artículos publicados

Revista	Lugar	Nº de artículos	Porcentaje (%)	Porcentaje acumulado
<i>Acta Española Neurológica y Psiquiátrica</i>				
<i>Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría</i>				
<i>Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría</i>	Madrid	47	26'11	26'11
<i>Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines</i>				
<i>Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina</i>	Barcelona	41	22'78	48'89
<i>Archivos de Neurobiología</i>	Madrid	29	16'11	65'00
<i>Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España</i>				
<i>Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España</i>	Granada	18	10'00	75'00
<i>Informaciones Psiquiátricas</i>	Barcelona	15	8'33	83'33
<i>Revista de Psicología General y Aplicada</i>	Madrid	5	2'78	86'11
<i>Revista del Dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona</i>	Barcelona	5	2'78	88'89
<i>Cuadernos Madrileños de Psiquiatría</i>	Madrid	4	2'22	91'11
<i>Paz y Caridad</i>	Madrid	4	2'22	93'33
<i>Revista Española de Psicoterapia Analítica</i>	Madrid	4	2'22	95'56
<i>Boletín Informativo del Ito. de Medicina Psicológica</i>	Barcelona	3	1'67	97'22
<i>Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas</i>	Barcelona	3	1'67	98'89
<i>Anales de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Madrid</i>	Madrid	1	0'56	99'44
<i>Cuadernos para la Educación en Salud Mental</i>	Madrid	1	0'56	100'00
<i>Boletín de la Sociedad Española de Psiquiatría</i>	La Coruña	0	0'00	100'00
<i>Folia Psiquiátrica Internacional</i>	Barcelona	0	0'00	100'00
<i>Phronesis</i>	Oviedo	0	0'00	100'00
<i>Psique</i>	Albacete	0	0'00	100'00
<i>Revista del Departamento de Psiquiatría</i>	Santiago	0	0'00	100'00
<i>Revista Española de Neuropsiquiatría Infantil</i>	Sevilla	0	0'00	100'00
<i>Salud Mental</i>	Madrid	0	0'00	100'00
Total		180	100'00	

Como puede también apreciarse, los centros editoriales se concentran en solo tres ciudades: Madrid, cuyas publicaciones recogen algo más de la mitad de artículos (95,

que representa el 52'78%); Barcelona, con poco más de un tercio (67, que supone el 37'22%); y Granada, con exactamente la décima parte (18 artículos).

Tabla XIa: Máxima división en Zonas de Bradford de los artículos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975)

Zonas	Nº de revistas	Nº de trabajos	cte
1 (núcleo)	1	47	-
2	1	41	1
3	1	29	1
4	2	33	2
5	9	30	4'5
Total	14	180	2'13±1'19

Tabla XIb: Distribución por Zonas de Bradford de los artículos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975)

Zona 1 o núcleo

Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines

Zona 2

Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina

Zona 3

Archivos de Neurobiología

Zona 4

*Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España
Informaciones Psiquiátricas*

Zona 5

*Revista de Psicología General y Aplicada
Revista del Dpto. de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona
Cuadernos Madrileños de Psiquiatría
Paz y Caridad
Revista Española de Psicoterapia Analítica
Boletín Informativo del Ito. de Medicina Psicológica
Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas
Anales de la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Madrid
Cuadernos para la Educación en Salud Mental*

Por lo que respecta a la aplicación de la ley de Bradford (tablas XIa y XIb), el escaso número de artículos motiva la existencia de sólo cuatro zonas, con una revista en el núcleo y las dos primeras zonas, dos en la zona 4 y nueve en la 5. Cualquier otra

distribución hubiera motivado que el número de trabajos no hubiera sido equitativo entre las distintas zonas consideradas.

Finalmente, los datos obtenidos para la distribución temática (tabla XII) muestran los dos campos de mayor interés para los autores: del total de estudios publicados sobre la esquizofrenia, los trabajos sobre terapéutica representan algo más de un tercio (36'67%), de los cuales casi dos terceras partes estuvieron dedicados a la psicofarmacoterapia y el tercio restante a la psicoterapia⁵, con apenas unos pocos trabajos dedicados a las terapias de choque. La cuarta parte de los artículos (22'22%) están dedicados a psicopatología y fenomenología. La clínica y las exploraciones complementarias⁶ reúnen un número similar de trabajos, alrededor del 14% cada uno. El resto de apartados apenas es representativo.

Tabla XII: Distribución por tema de los artículos y número de trabajos publicados

Tema del artículo	Nº de trabajos	Porcentaje (%)
Terapéutica	66	36'67
<i>Psicofarmacoterapia</i>	40	22'22
<i>Psicoterapia</i>	19	10'56
<i>Terapias de choque</i>	6	3'33
<i>Generalidades</i>	1	0'65
Psicopatología y fenomenología	40	22'22
Clínica	25	13'89
Exploraciones complementarias	25	13'89
Otros	12	6'67
Epidemiología	7	3'89
Nosotaxia	4	2'22
Psiquiatría legal	1	0'56
Total	180	100'00

⁵ Donde hemos incluido laborterapia, musicoterapia, socioterapia, terapia de grupo y terapia institucional.

⁶ Entre las que incluimos anatomopatología, electroencefalografía, inmunopatología, metabolismo basal, morfometría, narcoanálisis, neurofisiología, neuropatología, psicometría y serología.

5.2. Discusión y conclusiones

Una de las características que debe reunir toda muestra de población es la de ser representativa de la misma. Para ello, debe contar con un número suficiente de individuos que reúnan, de la forma más completa y proporcional posible, aquellas características que desean estudiarse. Pues bien, en nuestro caso, la especificidad del tema de estudio y los criterios de búsqueda hacen que la muestra reunida sea, tanto por su tamaño como por sus características, representativa únicamente de sí misma. Y ello a pesar de que, tal y como quedó expuesto en el *Capítulo 2. Material y métodos*, es suficientemente exhaustiva en cuanto a la recogida de material. Por tanto, huelga hacer todo comentario con pretensión de validez estadística, excepción hecha de las salvedades consideradas en dicho capítulo referidas al método empleado para la elaboración del repertorio. E igualmente puede decirse de los indicadores bibliométricos obtenidos.

Creemos más conveniente hacer unas anotaciones que consideramos de mayor interés para nuestra exposición, principalmente en lo que se refiere a autores, instituciones y revistas. Como referencia para comparar nuestros datos hemos tomado el repertorio en el que hemos participado⁷, con 3518 trabajos para el periodo entre 1939 y 1975; y el trabajo de Fernández Montaña (1994), quien recoge 4906 artículos de 3095 autores distintos, publicados en 23 revistas psiquiátricas y afines entre 1852 y 1988. Así, las cifras de esta tesis con relación al número de trabajos por autor, 1'03, no se ajustan a las de nuestro repertorio, donde encontramos un índice de 1'73, con un 3'78% de autores responsables de alrededor del 47% de la producción y casi un 29% de productores ocasionales. Tampoco se aproximan a las obtenidas por Fernández Montaña, 1'58, quien encuentra que aproximadamente un 10% de autores responde del 50% de toda la producción y el 90% restante, del otro 50%, lo que representa una menor dispersión en la autoría de los artículos que en nuestro caso.

⁷ REY *et al.* (en prensa).

Como ya hemos indicado, CABALEIRO es, con diferencia, el autor más prolífico, labor que se ve refrendada con la publicación de cuatro monografías sobre el tema, al que dedicó buena parte de su obra, como más abajo comentamos. Pensamos que ello posiblemente obedezca al ámbito manicomial en que desarrolló su labor, medio habitual de tratamiento de los cuadros psicóticos (entre los que la esquizofrenia se incluye de forma destacada), durante el franquismo y hasta la llegada de la reforma psiquiátrica.

Entre los restantes autores que publican tres o más trabajos, llama la atención el número de los que alcanzaron la cátedra, bien durante el periodo estudiado, como por ejemplo SARRÓ (quien escribió una monografía y dos capítulos de libro sobre esquizofrenia), LÓPEZ IBOR, REY ARDID o ROJO SIERRA, bien posteriormente como CASTILLA DEL PINO, GINER UBAGO o RUIZ OGARA⁸. Posiblemente las necesidades curriculares motivaron tales publicaciones⁹. Por lo que respecta al índice de firmas/trabajo, la cifra que hemos obtenido, 1'57, es prácticamente igual a la que ofrece Fernández Montaña, 1'54.

Cuestión bien distinta es la influencia que los autores citados ejercieron en el terreno académico y clínico ya que, si el análisis de citas puede ayudar a aclarar

⁸ En nuestro repertorio (REY *et al.*, en prensa), los máximos productores de esta tesis doctoral ocupan los siguientes lugares: CABALEIRO es decimo primero, con 29 trabajos (entre los que se incluyen los 12 que nosotros recogemos); RUIZ OGARA, décimo con 30; COULLAUT, sexagésimo sexto con 10; PONS BARTRÁN, cuadragésimo quinto con 14; SOLÉ SAGARRA es sexto con 34; BESADA ocupa el lugar 103 con 7 trabajos; PELAZ es sexagésimo primero con 11 artículos; SARRÓ, séptimo con 33, los mismos que BARCIA y ROJO SIERRA; LÓPEZ IBOR es segundo con 60 publicaciones, cuatro menos que el primero, PARELLADA, con cifras que prácticamente duplican a las de los autores situados entre el tercer y el décimo puesto; y CASTILLA DEL PINO queda decimo octavo con 23 trabajos.

Algunos de estos autores también aparecen como "más prolíficos" en el trabajo de FERNÁNDEZ MONTAÑA (1994), quien incluye a aquellos que publicaron 20 ó más trabajos. En concreto, RUIZ OGARA es sexto, con 53 trabajos; ROJO SIERRA octavo, con 42; LÓPEZ IBOR noveno, con 40; SARRÓ y SOLÉ SAGARRA son decimocuarto y decimoquinto, respectivamente, ambos con 31 artículos; GINER UBAGO es vigésimo cuarto, con 25; CABALEIRO ocupa el puesto 31, con 23 publicaciones; y CASTILLA DEL PINO es trigésimo noveno con 20 trabajos.

algunos aspectos respecto a lo primero, el testimonio vivido y la consulta de historias clínicas es lo que dará noticia de lo segundo, quedando estos aspectos pendientes de un estudio con más detalle.

En cuanto a las instituciones, nuestras cifras no se corresponden con las de Terrada *et al.* (1981), quienes obtienen, para el conjunto de la literatura médica en España, una preeminencia de las universidades centrales (32'75%) y la seguridad social (27'09%), mientras el porcentaje de otras instituciones (7'58%), las diputaciones (4'36%) y la sanidad nacional (2'35%) queda muy por debajo. Aunque no se ha incluido el listado detallado de las instituciones, la preeminencia de las diputaciones en nuestra distribución obedece a las razones antes expuestas de la custodia y tratamiento de los enfermos psicóticos durante la época considerada, puesto que eran aquellas corporaciones provinciales las titulares de los sanatorios psiquiátricos o manicomios. Preeminencia que sería aún más evidente si también añadiéramos buena parte de las instituciones incluidas bajo el epígrafe de otras instituciones, por tratarse, en su mayoría, de Institutos adscritos a los mismos manicomios¹⁰.

La distribución de las revistas también coincide con la de nuestro repertorio¹¹ puesto que *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* sigue ocupando un lugar destacado, con la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina* y *Archivos de Neurobiología* a continuación, y a diferencia del

⁹ "... esta producción tendía a ir disminuyendo tras la obtención de la cátedra. Casos hubo tan llamativos como el de Vallejo-Nágera, cuya producción psiquiátrica estaba ya realizada casi en su totalidad antes de ser nombrado catedrático", como indica CASCO SOLÍS (1999), p. 88.

¹⁰ "... las cátedras carecían de servicios clínicos a ellas adscritos. Éste es el dato fundamental. Así, por ejemplo, durante muchos años, pudo considerarse que el verdadero 'Servicio' de la Cátedra de psiquiatría de Madrid fue realmente el Sanatorio de Ciempozuelos, un asilo", CASCO SOLÍS (1999), p. 88.

¹¹ REY *et al.* (en prensa). Las revistas que superan el centenar de trabajos son: *Actas Luso-Españolas...*, 853 trabajos (24'25% del total de la producción); *Revista de Psiquiatría y Psicología...*, 629 (17'88%); *Archivos de Neurobiología*, 507 (14'41%); *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas*, 251 (7'31%); *Revista de Psicología General y Aplicada*, 214 (6'08%); *Informaciones Psiquiátricas*, 166 (4'72%); *Folia Neuropsiquiátrica...*, 137 (3'89%); *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 134 (3'81%); *Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, 121 (3'44%); y *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría*, 107 (3'04%).

trabajo de Fernández Montaña, quien consigna a estas dos últimas en orden inverso. A continuación, *Folia Neuropsiquiátrica* e *Informaciones Psiquiátricas*, mientras la *Revista de Psicología General y Aplicada* queda descolgada, posiblemente por la estrategia editorial encaminada a “conectar con las nuevas corrientes del pensamiento psicológico y psiquiátrico que se abrían paso al terminar la Guerra Mundial... recuperar la tradición española anterior a la guerra civil, la de los estudios e investigaciones psicológicas... [e] impulsar la institucionalización de las diversas ramas de la psicología en la vida profesional y en las instancias administrativas¹²”. En el citado repertorio esta revista ocupa el quinto lugar, por delante de las dos anteriores. En cualquier caso, lo que no sorprende es la concentración de la actividad editorial en Madrid y Barcelona, expresión de los dos núcleos de poder más influyentes en la psiquiatría del periodo franquista.

En cuanto al contenido de los artículos, las proporciones obtenidas reflejan las preocupaciones de los psiquiatras de la época, quienes vivieron directamente el advenimiento de la moderna psicofarmacología, con la introducción de nuevos tratamientos que permitieron la recuperación social de muchos enfermos.

A la luz de los datos consignados, podemos, por tanto, concluir que:

1º En contra de lo que suele ser habitual en otras ramas de la medicina, la difusión de la mayor parte de la producción psiquiátrica española en torno a la esquizofrenia durante la época franquista se realizó a través de las revistas psiquiátricas especializadas más que en el seno de publicaciones médicas generales. Si bien esta impresión inicial está pendiente de estudios específicos al respecto, pensamos que el vaciado de las series de revistas psiquiátricas exclusivamente puede ser apto para realizar estudios sobre la psiquiatría del franquismo al reunir una muestra suficientemente exhaustiva de artículos.

¹² CASCO SOLÍS (1995), p. 202.

2º Los trabajos estudiados se confeccionaron, principalmente, en instituciones manicomiales y por autores ligados a las mismas, debiéndose buscar la explicación de este hecho en la forma de custodia y tratamiento de este tipo de desórdenes durante la época franquista y hasta la llegada de la reforma psiquiátrica.

3º Los parámetros en cuanto a los autores, lugares de origen e importancia de las distintas revistas especializadas coinciden, con bastante precisión, con el único trabajo de referencia que existe al respecto, y señalan la polarización de la producción en torno a los dos núcleos de poder (madrileño y catalán) ya señalados por otros autores.

4º La temática de los artículos evolucionó de acuerdo a los avances científicos que se produjeron durante la época, pasando de la preocupación por la finura del diagnóstico psicopatológico y los estudios biológicos en busca de la “somatosis” de la esquizofrenia, al vivo interés por precisar de la forma más adecuada las indicaciones de las terapias al uso, tanto en la era preneuroleptica como tras el advenimiento de los antipsicóticos.

5.3. Notas biográficas.

Ofrecemos a continuación una breve semblanza biográfica de los seis máximos productores, concretamente aquellos que publicaron cinco o más artículos en revistas psiquiátricas durante nuestro periodo de estudio, de acuerdo con lo recogido en la tabla V. Incluimos, así mismo, la biografía de aquellos otros autores que consideramos igualmente significativos, bien porque publicaron monografías específicas sobre el tema, bien porque fueron figuras de importancia capital en la psiquiatría española durante el franquismo. Iniciaremos este pequeño estudio prosopográfico con las imágenes de todos ellos.



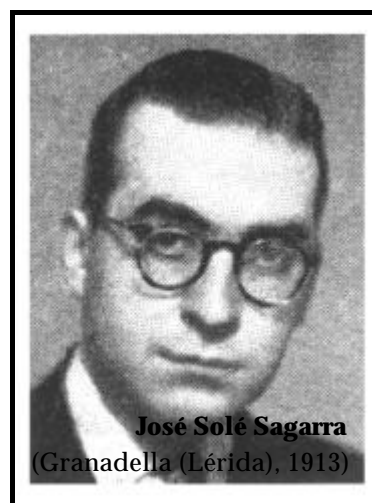
(Yurre (Vizcaya), 1928 -
Granada, 2003)



(Córdoba, 1909 -
Madrid, 1976)



Ricardo Pons Bartrán
(Barcelona, 1925 - 1996)



(Liria (Valencia), 1903 - Valencia, 1954)
Carboncillo de Francisco Lozano



Figura I: Autores españoles significativos
que escribieron sobre esquizofrenia en España (1939 - 1975)

Manuel Cabaleiro Goás (La Coruña, 1918 – Orense, 1977) además de ser el autor más prolífico sobre esquizofrenia en nuestro periodo de estudio, con trece trabajos y cuatro monografías, este psiquiatra gallego fue, sin lugar a dudas, “una de las figuras irrepitibles de la psiquiatría gallega... una figura a redescubrir, de cuya pérdida aún no nos hemos recuperado. De no habersele torcido su aspiración a acceder a una cátedra, se habría producido una estrecha ligazón entre la Psiquiatría asistencial y la académica, algo que nunca se consiguió en Galicia¹³”.

Estudió la carrera de Medicina en Santiago de Compostela (1934-1942), siendo alumno interno del Departamento de Medicina Legal, bajo la dirección del Profesor Pérez López-Villamil, en 1941. Al finalizar la carrera marchó a Madrid para ampliar sus estudios con López Ibor, regresando posteriormente a Galicia para completar su formación clínica con Villamil en el sanatorio privado que éste poseía en Vigo. Desde 1944 inició su colaboración académica con este último —quien, a la sazón, era catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Santiago y profesor encargado de Psiquiatría y Psicología Médica—, dictando cursos sobre la esquizofrenia en la facultad de Medicina de Santiago, donde fue nombrado profesor ayudante de psiquiatría al año siguiente, obteniendo en propiedad el cargo de profesor encargado de curso en 1960. Entre 1962 y 1973 realizó diferentes viajes por Hispanoamérica: Brasil (invitado por Emilio Mira), Argentina, Paraguay, etc., impartiendo numerosos cursos y conferencias en diferentes Hospitales y Universidades. Con motivo de la jubilación voluntaria de Villamil, en 1971, éste pretendió que la cátedra de Psiquiatría de Santiago fuera para Cabaleiro, pensando ambos erróneamente que contaban con el apoyo de López Ibor, como puso de manifiesto el resultado de la oposición (en la primera, en 1966, Rojo Sierra fue catedrático de Santiago durante sólo unos días, mientras Cabaleiro obtuvo un solo

¹³ SIMÓN y GONZÁLEZ (1997), p. 305, 308 .Además de estos dos autores, hemos incluido algunos datos biográficos contenidos en CLARAMUNT (1977) y ANÓNIMO (1978).

voto del tribunal; en la segunda, Santiago fue para Obiols Vié mientras que Alonso Fernández, sorpresivo adversario afincado en La Coruña, es destinado a Sevilla). Este fracaso marcó a Cabaieiro para el resto de su vida, asegurando algunos de sus discípulos que ello precipitó y aceleró el debut del cáncer que acabó con su vida uno pocos años más tarde.

La trayectoria profesional de Cabaleiro también fue extensa. En 1943 abrió consulta en Orense, donde dirigió un pequeño centro privado, el Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro, permaneciendo en esta ciudad indefinidamente y consolidando su prestigio dentro y fuera de Galicia. Entre 1943 y 1959, Cabaleiro desempeñó diferentes puestos en la asistencia psiquiátrica ambulatoria de Orense: Neuropsiquiatra del Seguro Obligatorio de Enfermedad, Jefe de la Sección de psiquiatría e Higiene Mental del Instituto Provincial de Sanidad de Orense. En septiembre de 1959, por orden expresa del Ministro de la Gobernación, presidente del PANAP, comenzó a funcionar el hospital de Toén, nombrando a Cabaleiro Director Médico. Tenía 150 camas exclusivamente para hombres, mientras las mujeres seguían siendo derivadas al Manicomio de Conxo o, años más tarde, al Psiquiátrico de Arévalo. SIMÓN y GONZÁLEZ (1997: 307-8), dividen el periodo de Cabaleiro en Toén en tres etapas:

Desde su fundación en 1959 hasta 1972, el hospital funcionó como un centro de tratamiento intensivo para agudos, moviéndose en el esquema de la psiquiatría clásica de la época —curas de insulina, electrochoques, inyecciones de trementina...—, utilizándose todas las medicaciones que fueron apareciendo, hasta el punto que la fama de Cabaleiro comenzó a atraer a médicos de toda España que encontraban en Toén uno de los pocos centros en los que se podía conseguir una formación adecuada.

La segunda época 1972-1975, se inició tras el desánimo por el fracaso en la obtención de la cátedra, si bien el PANAP había establecido un aumento de la plantilla asistencial y del número de camas, al tiempo que la OMS propuso a la

Dirección General de Sanidad realizar, a cargo del personal médico de dicho centro, una experiencia asistencial *piloto* en la provincia de Orense, lo que produjo un avance asistencial muy importante que no tuvo el eco merecido en su época, iniciándose una asistencia psiquiátrica sectorizada, cuyo fruto fue la publicación, en 1975, de la monografía *Una experiencia de psiquiatría de sector en un medio rural gallego*, reflexión desde la praxis de la psiquiatría pública gallega en el medio rural.

La tercera época, por último, abarca los dos años que vivió Cabaleiro durante la democracia, estando marcados por un cierto declive de su prestigio asistencial y docente, determinados por sus problemas de salud, reduciendo el ritmo de trabajo en su consulta y la dirección del Hospital aunque llevando a cabo una revisión de sus trabajos previos con el objeto de ponerlos al día.

Algunos de los diversos cargos asociativos y méritos civiles habría que destacar son la vicepresidencia de la AEN en 1962; la presidencia de la Asociación de Neurología, Psiquiatría y Medicina Psicosomática de Galicia, en 1972; y la encomienda de la Orden Civil de Sanidad, un año más tarde¹⁴.

De entre las numerosas publicaciones, hay que destacar los dos volúmenes de su obra más importante, *Temas Psiquiátricos*, prologada por Laín Entralgo y merecedora del Premio *Pedro Maria Rubio* de la Real Academia de Medicina, correspondiente el Curso 1959-60, otorgado anualmente a la obra de ciencias médicas más sobresalientes publicada por un autor español. De consulta obligada sobre temas de psicopatología, es una obra todavía utilizada por numerosas generaciones de estudiantes de psiquiatría en Hispanoamérica, siendo algo menos conocida para la mayoría de psiquiatras de nuestro país, aunque, en fechas recientes, un tratado de psicopatología¹⁵, reconoce la maestría del psiquiatra gallego en este sentido. La mayor parte de trabajos de Cabaleiro

¹⁴ CLARAMUNT, (1977: 219).

¹⁵ EGUILUZ (2001: 11).

estuvieron dedicados al análisis y comprensión del *hombre-esquizofrénico*, como tenemos ocasión de ver en esta tesis; el otro campo al que dedicó su atención fue el de la asistencia psiquiátrica, lo que le llevó a conocer diferentes instituciones y formas de organización de los servicios en su época realizando, entre 1954 y 1961, estancias de varios meses en Suiza, Alemania y Francia —visitó Sainte-Anne con Delay, Charenton con Baruk, Bonneval con Ey, o el Centro de Tratamiento y Readaptación en Neully-Sur-Marne dirigido por Sivadon—. En cuanto a la inquietud humanista de Cabaleiro, puesta de manifiesto por el libro *Werther Mischkin y Joaquín Monegro vistos por un psiquiatra*, o el acercamiento biopatográfico a la figura de Roberto Nóvoa Santos, publicado en *Asclepio*, la obra más importante en este aspecto fue su tesis doctoral, *Psiquiatría en la Medicina Popular de Galicia*, dirigida por Laín Entralgo¹⁶.

Carlos Ruíz Ogara¹⁷ (Yurre (Vizcaya), 1928 - Granada, 2003), cursó la carrera de medicina en Barcelona, donde se licenció en 1954. Cinco años más tarde se doctoró con un trabajo titulado *Las psicosis experimentales: LSD 25, cannabis y mescalina*, dirigida por Sarró. Ayudante de clases prácticas en 1957, pasó a ser Encargado de Curso de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona en 1965. En 1975 obtuvo la plaza de Profesor agregado de psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona. Su carrera académica culminó con la Cátedra de psiquiatría de la Universidad de Granada, en 1979, plaza que ocupó hasta su fallecimiento.

Ruíz Ogara obtuvo la especialidad de psiquiatría en la Escuela de Especialistas de la cátedra dirigida por el mencionado Sarró, completando su formación como médico asistente en el *Maudsley Hospital* de Londres, en 1959, y en el *Centre Hôpitalier Sainte Anne*, en París, en 1962, bajo la dirección de Ey. Su formación psicoanalítica se inició en el Instituto de Medicina Psicológica, completada con su asistencia al Seminario de

¹⁶ De las vicisitudes en su lectura debidas a la oposición de Vallejo Nágera dan debida cuenta SIMÓN y GONZÁLEZ (1997: 306).

Psicoterapia y Análisis Existencial que Martí-Tusquets, Turó, Buñuel, Murcia, Freixa y Bach habían constituido dentro de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Diplomado de Sanidad Militar en Neuropsiquiatría en 1958, accedió a la Jefatura clínica de dicha especialidad en el Hospital Militar de Barcelona, en 1962. Al año siguiente fue nombrado Jefe de los Servicios de Psiquiatría e Higiene Mental de Tarragona, alcanzando el cargo de director de la Clínica Psiquiátrica de San Baudilio en 1972.

Fundador y miembro de numerosas asociaciones de orientación psicoanalítica, habría que señalar la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo; el *International Council of Group Psychotherapy* de Nueva York —del que también formaron parte Sarró y Martí-Tusquets—, promotor de la Asociación Internacional de Psicoterapia de Grupo constituida en Zurich, en 1973; o la *Group Analytic Society*, de Londres. También ejerció como profesor en el *Centre d'Enseignement et Recherche de l'Institut de Psychosomatique*, de Paris. Así mismo, fue presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría y de la Sociedad Andaluza de Psiquiatría.

Miembro del consejo de dirección de la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, y de la *Folia Neuropsiquiátrica*, entre otras, dedicó la mayor parte de su producción científica a cuestiones relacionadas con el pensamiento esquizofrénico, si bien los aparecidos durante el franquismo estuvieron dedicados a la psicoterapia de grupo. Fruto de su doble formación como psiquiatría y psicoanalista, fue el encargado de la versión castellana del *Tratado de Psiquiatría* de Henry Ey, obra representativa de la teoría del organodinamismo sustentada por el autor francés, que alcanzaría gran difusión en nuestro país. Así mismo, publicó un *Manual de psicología médica y psicopatología*, un *Tratado de Psiquiatría* junto a los también catedráticos Barcia

¹⁷ Parte de los datos referidos han sido facilitados por el Dr. Manuel Gúrpegui, de la Universidad de Granada.

y López-Ibor Aliño, y la *Guía para la exploración, el diagnóstico y la psicoterapia dinámica*, en colaboración con Yllá, Gállego Meré y Barcia.

La creación del mundo vista desde la locura. Psicóticos, primitivos y científicos ante el universo, en colaboración con Medina León y Moreno Díaz, fue una de sus últimas publicaciones. A partir de las construcciones temáticas de un grupo de psicóticos seleccionados por sus conocimientos de astrofísica, capacidad de invención y tendencias fabulatorias, intentaron establecer una comparación entre las fantasías míticas, las producciones psicóticas y las teorizaciones científicas sobre el origen y evolución del Universo, en una línea que recuerda el estudio mitologemático propuesto por su maestro Sarró.

Rafael Coullaut Mendigutía¹⁸ (Marchena (Córdoba), 1909 – Madrid, 1976), estudió medicina en la Universidad Central de Madrid, donde fue alumno interno de la cátedra de Patología Médica del profesor Enríquez de Salamanca de la Facultad de Madrid, durante los últimos años la carrera. Licenciado en 1931, se doctoró dos años más tarde con un trabajo titulado *El quimismo gástrico en la aquilia*. En 1934 ganó, por oposición, la plaza de médico interno de la cátedra de Patología Médica, cargo que desempeñó hasta 1942.

En dicho año se produjo un cambio en su orientación clínica, pues comenzó a trabajar como médico asistente a la Clínica de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, dirigida por López Ibor, a quien había conocido durante su etapa de alumno interno. Trabajó en la sección de mujeres de la citada Clínica, quedando encargado de su jefatura en el año 1952. Sería en este servicio donde realizaría las publicaciones recogidas en esta tesis. Su interés principal estuvo relacionado con la psicofarmacología, no sólo en relación con la esquizofrenia, sino también con la terapéutica de las enfermedades mentales en general, los trastornos de angustia, o la

¹⁸ Agradecemos al Dr. Rafael Coullaut Jáuregui, su hijo, la información proporcionada para realizar esta semblanza biográfica.

depresión, aunque también publicó otros trabajos de carácter divulgativo para el médico general.

Académico corresponsal de la Real Academia de Medicina, fue también director de los Servicios de Neuropsiquiatría de la Beneficencia Municipal, a cuyo cuerpo pertenecía desde 1944; secretario del Departamento de Medicina Psicosomática del CSIC; y jefe de los Servicios de Psicología de la RENFE.

Ricardo Pons Bartrán¹⁹(Barcelona, 1925-1996), se licenció en medicina en la Universidad de Barcelona en 1949, doctorándose en 1958 con un trabajo titulado *Contribución al estudio de las demencias preseniles (enfermedades de Alzheimer y Pick)*. Formado en la cátedra de psiquiatría de Barcelona, obtuvo las especialidades de psiquiatría y neurología en 1963. Ayudante de psiquiatría desde 1952, aunque de forma intermitente hasta 1971, obtuvo la titularidad, por oposición, en 1979, ejerciendo la docencia en la Unidad de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Barcelona hasta su jubilación, en 1991. También impartió clases de psiquiatría jurídica en la Escuela de Criminología de la Facultad de Derecho de dicha universidad, así como cursos de formación para personal de enfermería y auxiliar.

Además de los artículos sobre esquizofrenia, publicó varios trabajos sobre la planificación de la Asistencia psiquiátrica, tanto en Asturias como en Cataluña, otros de contenido neuropsiquiátrico, así como algunos en relación con patología específica de los aviadores.

Fue miembro de la Real Academia de Medicina de Barcelona al ganar el premio convocado por la misma en 1962, y académico corresponsal de la Nacional.

Ramón Sarró Burbano²⁰ (Barcelona, 1900-1993) estudió medicina en la Universidad de Barcelona, donde se licenció en 1924, trasladándose en esa fecha a Viena en para realizar su formación psicoanalítica a cargo de Helen Deutsch, en la clínica de Freud, en

¹⁹ Agradecemos a Dña María Pons Bartrán los datos facilitados.

donde trabajó con Numberg, Hirstman o Reid, y entró en contacto con otras figuras del Círculo de Viena como Reich, Federn o Rank. También se formó con von Jauregg, Schilder, Stransky o von Economo, psiquiatras de orientación marcadamente biologicista. Desengañado del psicoanálisis, a su regreso a España en 1927 no se dedicó, a diferencia de Garma, a la *causa psicoanalista*, lo que supuso que fuera discretamente amonestado por Ferenczi en una visita que hizo a Barcelona ese año. En 1929 entró a formar parte del grupo de Psiquiatras del Instituto de la Santa Cruz en Barcelona y, en 1930, en el Instituto Psicotécnico, doctorándose al año siguiente con una tesis sobre *Pensamiento presimbólico y existencia mítica en la esquizofrenia*. También en 1931 fue nombrado Jefe del Dispensario de Psiquiatría de la cátedra de Patología General del profesor Pedro Pons. En 1933 pasó a ser profesor adjunto de la cátedra de psiquiatría de Barcelona, de Mira y López, cátedra que obtuvo por oposición en 1955. Desde allí estableció líneas de trabajo con otros países del entorno mediterráneo, así como psiquiatras latinoamericanos. Entre sus alumnos destacan González Monclús, Martí Tusquets, Obiols Vié, Pujol, Toro, etc.

Dotado de un gran ingenio y poseedor de una enorme cultura, su obra fue extensa y profunda. Autor de numerosas traducciones y de una interesante monografía sobre terapéutica de la esquizofrenia, sus estudios más significativos se centraron, entre otros, en el análisis de los delirios, con una aportación bastante *original* en la que plantea que la temática del deliro esquizoparafrénico debe ser vista desde una perspectiva mística y no biográfica, recogida en un libro póstumo titulado *De la teoría mitologemática al homo demens* (1994). Sus publicaciones sobre el psicoanálisis fueron numerosas, criticando especialmente lo reducido de su esquema antropológico, cuestión que analizó en dos importantes ponencias, *La renovación del psicoanálisis por la nueva antropología* (1932) y *Valor de las nuevas tendencias antropológicas para la psiquiatría* (1936). En cuanto al abordaje psicoterapéutico del delirio, lo conceptuó como un esfuerzo creador del

²⁰ ANÓNIMO (1958c: 492) y RUÍZ OGARA (1982) han servido para elaborar esta breve biografía.

enfermo en su situación existencial psicótica. Se ocupó asimismo de estudios históricos con cierta profundidad, como el análisis de la psiquiatría europea aparecido en el prólogo a la obra en español de Bumke (1946).

Destacado por su abundante participación en congresos nacionales e internacionales, organizó el Congreso Internacional de Psicoterapia en Barcelona, en 1960. Fue secretario general de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona.

José Solé Sagarra²¹ (La Granadella (Lérida), 1913) Estudió medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona durante la Segunda República, cursando en el quinto año la asignatura de psiquiatría que impartía Mira y López, con Sarró como auxiliar. Decidido a especializarse en psiquiatría. Su licenciatura fue un poco accidentada, pues el examen de final de carrera coincidió con el estallido de la guerra civil, por lo que hubo de posponerse hasta agosto de ese mismo año.

Movilizado a los servicios de retaguardia por problemas de salud, en 1938 fue destinado al cuartel sanitario de Valencia y, tras su creación, a la clínica psiquiátrica militar de la 2ª demarcación militar, siendo nombrado médico de la misma por mediación de Mira. Su formación como psiquiatra fue inicialmente autodidacta a expensas de visitar a los enfermos que acudieron a la clínica militar. En 1939 marchó a Barcelona, habiendo de repetir el examen de licenciatura porque el gobierno nacional no reconocía la validez del título expedido por la república, revalidándolo en septiembre de ese año.

Continuó su formación autodidacta hasta que, al obtener una de las becas Humboldt, pudo marchar a Heidelberg a principios de 1941, donde conoció a Carl Schneider, Weitzacker y Holzer (admirador de la obra de Cajal), a quien considera su maestro y con quien se formó en anatomía patológica. Esta orientación somaticista es la que Solé mantuvo a lo largo de su trayectoria profesional. En 1943, durante una

²¹ Información extraída de SOLÉ SAGARRA (2001: 153-77) y de una conversación telefónica mantenida con el mismo el 23/3/04.

estancia en Marburg, conoció a Kretschmer, con quien entabló una relación de amistad personal. Ese mismo año, durante una visita a Frankfurt, conoció a Kleist y Leonhard. Con este último, por mediación de Kretschmer durante el Congreso Alemán de Neuropsiquiatría de 1949, decidió realizar una obra conjunta que vio la luz en 1953: *El Manual de Psiquiatría*, del que se hizo una segunda edición. Solé Sagarra se encargó de la parte general, mientras que Leonhard escribió la especial. El libro alcanzó notable difusión en Latinoamérica, siendo “el libro de texto oficial en Perú durante dos años, y más de tres décadas en Cuba, donde la orientación somaticista casaba con el materialismo dialéctico del régimen cubano”.

Se doctoró en Alemania con un trabajo dirigido por Holtzer en el que demostraba que las lesiones histopatológicas de la corea de Huntington se debían a la esclerosis del pálido externo, sin que apenas hubiera afectación de la corteza. Publicada primero en alemán en 1941, apareció posteriormente en la revista *Medicina Clínica*. Solé también se doctoró en España en 1942, en esta ocasión con un trabajo titulado *Diagnóstico diferencial anatomopatológico entre la corea de Huntington y la parálisis agitante*, que se publicó en *Medicina clínica* en 1945.

De vuelta a España en 1944, ejerció unos meses en Lérida. En 1945 pasó a Barcelona a formar parte del servicio de Pedro-Pons, ejerciendo también de consultor del Instituto Pedro Mata (Reus). Fue jefe de Neuropsiquiatría infantil del Hospital Clínico de Barcelona, director consultor del Instituto Mental Pedro Mata, director de Higiene Mental de Tarragona desde 1949, Psiquiatra del Hospital Nuestra Señora de la Esperanza y patólogo del Instituto Mental de la Santa Cruz, de Barcelona.

Miembro de las Sociedades alemanas y españolas de Neurología y Psiquiatría, fue fundador y secretario general de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil, aunque posteriormente abandonaría su dedicación a esta materia.

Traductor de buena parte de la obra de Kretschmer al español: *Constitución y carácter*, *Delirio sensitivo paranoide*, *Psicología médica*, *Histeria...*, además del *Manual*

de Psiquiatría cabe destacar también la publicación, en 1948, de *El substrato anatómico de las enfermedades mentales*, que contó con el prólogo del Vallejo Nágera.

Se jubiló en 1973, a los setenta años, siguiendo en la actualidad en activo con estudios sobre historia local de Granadella, su ciudad natal, y también sobre la de la especialidad, Solé Sagarra fue uno de los psiquiatras españoles de posguerra más sólidamente formado en la tradición psiquiátrica alemana, con la que estableció lazos de colaboración.

Juan José López Ibor²² (Sollana (Valencia), 1906 – Madrid, 1991) inició sus estudios superiores en la Facultad de Medicina de Valencia, licenciándose en la de la Universidad de Madrid, realizando posteriormente estudios de Psiquiatría en Munich, Dusseldorf y Heidelberg. Profesor adjunto de Medicina Legal en Valencia, obtuvo por oposición, en 1932, la cátedra de Medicina Legal de Santiago de Compostela, pasando luego a Salamanca y Valencia. En 1956 volvió a Salamanca, esta vez para ocupar la cátedra de Psiquiatría de dicha universidad hasta 1965, año en que accedió a de la Universidad Complutense de Madrid, donde había sido encargado de la cátedra de Psicología Médica. Su magisterio fue muy importante, encontrando entre sus alumnos a Alonso Fernández, Ayuso, Cabaleiro Goás, Carbonell, Castilla del Pino, Coullaut Mendigutía, López-Ibor Aliño —su hijo—, López de Lerma, Malabia Navarro, Martín Santos, etc.

Académico de número de la Real Academia de Medicina, fue también Presidente de la Federación Mundial de Psiquiatría en 1966, fue doctor *Honoris causa* de varias universidades y miembro de honor de numerosas sociedades científicas españolas y extranjeras.

De entre las más de 30 monografías que escribió cabría destacar *La Angustia vital* (1950), donde plantea el carácter endógeno y la necesidad de tratamientos biológico de lo que hoy denominamos “ataques de pánico”. Basándose en lo anterior, desarrolló en

²² Hemos obtenido los datos biográficos de ANÓNIMO (1958a: 337) y SOLÉ SAGARRA (1991: 158).

Las neurosis como enfermedades del ánimo (1966), una teoría donde pretendía facilitar la comprensión biográfica de las neurosis.

Francisco Marco Merenciano²³ (Liria (Valencia), 1903 — Valencia, 1954), estudió Medicina en Valencia casi por azar, siendo becario por oposición del Colegio Mayor Beato Juan de Ribera, donde estableció amistad con Laín Entralgo y López Ibor. De vocación psiquiátrica tardía, en cuya formación también influyó la lectura de Freud, al finalizar sus estudios ejerció durante tres años de médico rural en Chulilla, experiencia determinante, desde un punto de vista personal, de su actitud hacia la muerte. En 1931 obtuvo por oposición la plaza de médico del Manicomio Provincial, del que fue director entre 1940 y 1949, fecha en la que pasó a ser jefe de los servicios psiquiátricos provinciales y director de la clínica psiquiátrica provincial. Ese mismo año también obtuvo la dirección del dispensario de Higiene Mental de Castellón. Miembro del Instituto Iberoamericano, del que fue Presidente, y del Instituto de Cultura Hispánica, fue profesor adjunto de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Valencia.

Pese a lo prematuro de su muerte, su obra fue extensa —a la par que original—, con más de 12 monografías, pudiendo delimitarse tres bloques distintos de trabajos: entre los de contenido psicopatológico, *Despersonalización* fue su trabajo más importante, dedicado al estudio de las relaciones entre la esfera espiritual y física, dando lugar al desarrollo de *Psicosis mitis* (1946), sobre las formas menores de psicosis, discutiendo su enclave nosológico. Unos años antes había publicado *Esquizofrenias paranoides* (1942) donde asimilaba las fases de la enfermedad con los sucesivos momentos del ataque epiléptico, al hilo de la experiencia con un electroconvulsor desarrollado de manera experimental, siendo uno de los iniciadores de la técnica en España. En *Psicopatología de la Adolescencia*, por último, realizaba un estudio con cierta profundidad de los problemas de la adolescencia.

²³ Datos referidos aspectos personales y del trato diario se encuentran en LAÍN ENTRALGO (1958), p. 7-18 y LÓPEZ IBOR (1958), p. 21-31. El grueso de la biografía procede de ANÓNIMO (1954).

Un segundo bloque fue el dedicado a la docencia y divulgación, entre los que se habría que incluir *Sexo y Cultura* (1933) y *Nuevas orientaciones sobre Higiene mental* (1942). Finalmente, un tercer grupo de publicaciones fue aquel dedicado a cuestiones antropológicas como *La enfermedad como experiencia de la vida*, aparecida en *Medicamenta* a los días de su fallecimiento, *Muerte y supervivencia de la histeria*, y *Patografía de Santa Teresa de Ávila*, aparecida también póstumamente. A esta labor habría que añadir su producción literaria. Algunos de estos trabajos, o fragmentos de ellos, aparecieron recogidos posteriormente en la antología *Ensayos Médicos y Literarios* (1958).

Antonio Vallejo Nágera²⁴ (Paredes de Nava (Palencia), 1889 – Madrid, 1960) vivió impregnado “del amor a la milicia, el estudio y el profesorado²⁵”. Efectuó sus estudios de medicina en la Universidad de Valladolid, donde ocupó durante los años de estudiante la plaza de interno de Histología y Anatomía. A los dos meses de finalizar sus estudios en 1909, ingresó en el cuerpo de Sanidad Militar, donde comenzó a ocuparse del desenmascaramiento de simuladores —la denominada patomimia—, en lo que sería la línea de trabajo que culminaría con su tesis doctoral *Síndromes mentales simulados* (1929) y la publicación de la monografía *La simulación de la enfermedad* (1934). Obtuvo la medalla de Oro de la Cruz Roja por su actuación durante la epidemia de fiebre tifoidea que sufrió Gijón; y la de María Cristina, por su participación en la ocupación de Larache (África), llegando a ser médico del cuartel general del general Silvestre.

A su regreso a España, en 1915, pasó una temporada en Barcelona junto a su tío, Martín Vallejo, catedrático de Patología Médica y director de la histórica clínica de Nueva Belén, instituida por Giné y Partagás, lo que acabó determinando su interés por la psiquiatría. En 1917, durante la primera guerra mundial, fue enviado como agregado

²⁴ BLÁZQUEZ GARRUDO (1990), ESCUDERO VALVERDE (1960), HUERTAS (2002: 89-114), LAFORA (1960), LÓPEZ IBOR (1960), NOGUERA (1960) y PELAZ (1960), han sido las fuentes empleadas en la elaboración de este breve relato prosopográfico.

militar a la Embajada de España en Berlín, donde pudo realizó estudios y servicios en los campos de concentración de prisioneros, al tiempo que tuvo ocasión de conocer a relevantes figuras de la psiquiatría alemana como Gruhle, Schwalbe y, sobre todo, von Jauregg, con quien trabó una duradera amistad. Su formación, a diferencia de otros contemporáneos que también visitaron Alemania durante esa época, no pudo ser reglada debido a los compromisos derivados de su cargo, cuyos servicios prestados le valieron otras dos medallas otorgadas por los gobiernos francés y belga. En 1928 fue nombrado médico consultor y jefe de sección del Sanatorio Psiquiátrico San José, de Ciempozuelos, sucediendo a Fernández Vitorio en la dirección del mismo desde finales de 1930 y hasta su jubilación voluntaria, en 1958.

Profesor de Psiquiatría de la Academia de Sanidad Militar en 1931, fue también jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Central de la Cruz Roja organizando, durante la guerra civil, los servicios de psiquiatría en la zona nacional. En 1947 ocupó la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Madrid, cuando ya contaba con un amplio historial como escritor, conferenciante e investigador. Entre otros méritos, alcanzó el grado de coronel médico y fue miembro de la Real Academia de Medicina. Aunque no llegó a crear escuela, entre sus discípulos se cuentan, entre otros, Gimeno, González Alguacil, González Pinto, Górriz, Molina Núñez, Pelaz, Rodríguez Pino, Vallejo-Nágera Botas, Varela de Seijas y Vela del Campo. En cuanto a su relación con Rodríguez Lafora, si bien antagónico desde el punto de vista ideológico, le ofreció su ayuda a su regreso a España, no sólo por cuestiones corporativas, sino posiblemente también por la añoranza de Vallejo de no haber podido formar parte del selecto grupo de psiquiatras de quienes se distanció en su juventud, de los que Rodríguez Lafora fue una figura representativa.

Psiquiatra de orientación organicista, de ascendencia germánica, su producción científica fue extensa pues, además de diversas traducciones, publicó más de 30

²⁵ VALVERDE (1960), p. 74

monografías, entre las que destacan las tres ediciones de su *Tratado de psiquiatría* (1944-45, 1949, 1954), obra bastante completa sobre la psiquiatría de su época —con puridad el único tratado de psiquiatría escrito en España durante el franquismo—, reunión de diversos trabajos dispersos publicados con anterioridad, como *Propedéutica clínica psiquiátrica* (1936, 1944, 1952) y *Tratamiento de las enfermedades mentales* (1940). Igualmente destacables fueron sus trabajos sobre la simulación de las enfermedades mentales, ya comentados, así como los dedicados a la terapéutica de la parálisis general —su obra en colaboración con González Pinto, *Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso* recibió el premio de la Academia de Medicina en 1930— técnica que introdujo en España, de forma casi simultánea con Rodríguez Lafora —el primero en emplearla—, a mediados de los años veinte, que dieron lugar a una serie de publicaciones en *El Siglo Médico*.

Sin lugar a dudas, la parte más oscura de su producción pertenece a la elaborada en los años previos a la guerra, extendiéndose también a los primeros de la posguerra cuando, desde el ideario conservador y reaccionario del que participaba a través de *Acción Española*, elaboró un cuerpo doctrinal arcaizante que le llevó a reclamar la revitalización de la inquisición, al tiempo que realizó una serie de experiencias dedicadas a determinar las relaciones entre marxismo y enfermedad mental, si bien alejado de la barbarie del nacional-socialismo, tan próximo a distintos niveles. Y es que desde el punto de vista ideológico, Vallejo Nágera se movió siempre en posiciones conservadoras fruto de “su condición de militar y de hidalgo castellano”.

Como bien ilustra Huertas (2002), siendo una figura de primer orden en la psiquiatría de la primera mitad del franquismo, su talla científica e intelectual distaba mucho de la del resto de contemporáneos que hubieron de exiliarse tras la contienda, y con quien había trabado contacto a través de la Liga de Higiene Mental, en 1927, distanciándose posteriormente, además de por su posicionamiento ideológico, por las diferencias de criterio en torno a la imputabilidad de la acusada en el caso Hildegart.

6. El concepto de esquizofrenia en los autores españoles (1939-1975)

Enfrentados con la labor de redactar esta tesis doctoral, comprobamos la existencia de diversos trabajos que apenas resultaban relevantes para su análisis de texto, mientras otros permitían determinar la evolución de su autor en torno al concepto de esquizofrenia. En esta tesitura, tras la lectura y análisis de los mismos, optamos por seleccionar a aquellos autores que considerábamos representativos bien por su orientación teórica, bien por la amplitud de su obra, o bien por tratarse de figuras influyentes dentro la psiquiatría de la época debido a su posición preeminente. En cualquier caso, procuramos incluir suficientes autores para que los puntos de vista más significativos que hubo al respecto durante el franquismo estuvieran adecuadamente representados.

En cuanto al material utilizado, hemos tenido acceso a siete de las trece monografías sobre esquizofrenia publicadas durante el franquismo, sin lugar a dudas las más importantes, pues pensamos que las seis restantes fueron accesorias¹. En cuanto a los 42 manuales y tratados de Psiquiatría que se editaron, creemos que también disponemos de los textos básicos para el estudio de la cuestión que nos ocupa. Así, la

¹ Una de ellas fue la segunda edición del primer libro de CABALERIO (1949), quien escribió tres monografías posteriores en las que fue elaborando su concepto sobre la enfermedad; dos fueron breves resúmenes, de apenas veinte páginas, de las tesis doctorales de OBIOLS (1958) y TURÓ (1962), cuyos trabajos originales hubieran quedado fuera de nuestro estudio debido a los criterios de selección ya comentados en el *Capítulo 2. Material y métodos*; otras dos fueron libros editados por la industria farmacéutica, escritos por CONDE LÓPEZ *et al.* (1974) y PRODUCTOS ROCHE (1973), este último con la extensión de un folleto; y la última, de PORTUONDO (1973), hacía referencia a la aplicación del test de Rorschach en la esquizofrenia.

norma general ha sido escoger la última edición disponible de la obra², al considerar que representaba la exposición teórica más completa y acabada de cada autor puesto que, de acuerdo con lo expresado en las sucesivas introducciones, los cambios que se producían de una edición a otra hacían relación más a aspectos formales y expositivos que a cuestiones teóricas de fondo³. Las únicas excepciones a esta norma han sido el manual de Solé y Leonhard (1953), por no haber tenido acceso a la edición más reciente; y los capítulos dedicados a terapéutica, puesto que hemos intentado consultar diversas ediciones con objeto de determinar si se incorporaban o no los nuevos conocimientos sobre psicofarmacología. Cuando, como en el caso de Vallejo Nágera y Vallejo-Nágera Botas, había tanto lecciones de cátedra como manuales y tratados, hemos preferido los últimos debido a la simplicidad y pragmatismo inherente a los primeros, por lo que hemos prescindido, respectivamente, de las seis ediciones de las *Lecciones de Psiquiatría* del primero⁴, y de las dos de *Psiquiatría clínica* del segundo. Por otro lado, también hemos prescindido de aquellas obras que, aunque generales, iban dirigidas a la formación del médico general⁵, personal de enfermería⁶ y auxiliar⁷, o a trabajadores sociales⁸. Finalmente, no hemos podido tener acceso a cuatro obras⁹. Es decir, sobre un

² ALONSO FERNÁNDEZ (1972), SARRÓ (1965), VALLEJO NÁGERA (1954), VALLEJO-NÁGERA BOTAS (1964). Respecto a éste, aunque la última edición dentro de nuestro periodo de estudio —la séptima— se publicó en 1974, el texto siguió siendo el mismo en todas ellas hasta, al menos, la décima edición en 1979. Nosotros hemos manejado la segunda edición, de 1964.

³ Véanse, al respecto, las introducciones de VALLEJO NÁGERA (1949, 1954, 1955, 1958), o compárense los índices y extensión de los capítulos de las distintas ediciones de las obras referenciadas, encontrándose la única excepción en el manual de CODÓN y LÓPEZ SÁIZ (1968-69).

⁴ Puesto que eran “los guiones de que me he servido para la explicación de las lecciones magistrales dictadas durante el curso” (VALLEJO NÁGERA, 1954: III).

⁵ FUSTER, J. *et al.* (1964), PAREJO MORENO *et al.* (1956), SABATER SANZ (1975).

⁶ COLEGIO OFICIAL DE PRACTICANTES AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS (1965).

⁷ BORDÁS (1955), CLARAMUNT (1967).

⁸ CLARAMUNT (1964-1974), SANTO-DOMINGO CARRASCO (1968).

⁹ Las lecciones de cátedra de FUERTES (1958); el *Manual de Psiquiatría* de PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL (1941), pues el primer volumen —que sí hemos podido consultar— estaba dedicado a psiquiatría general, desconociendo si llegó a publicarse el segundo, correspondiente a la psiquiatría especial; el *Tratado* de LÓPEZ ZANÓN, CAMPOY, GONZÁLEZ-ELIPE y NIETO (1961); y, finalmente, el libro de psiquiatría dinámica de CODERCH (1975).

total de 55 libros posibles, hemos trabajado con catorce de ellos aunque, repetimos, pensamos que fueron los más representativos.

Nuestra hipótesis de trabajo, como intentaremos demostrar durante la exposición, plantea que el concepto de esquizofrenia que emplearon los autores españoles durante el franquismo estuvo influenciado por los mismos determinantes externos que actuaron sobre la configuración del discurso de la psiquiatría oficial de la época, así como del discurso de la ciencia oficial franquista¹⁰.

Como indicábamos en el *Capítulo 2. Material y métodos*, la exposición llevada a cabo por los autores estudiados, según se desprende de la lectura de los textos utilizados, constituye una buena forma de mostrar los intereses y preocupaciones de los mismos, sirviéndonos además para estructurar el presente capítulo en seis apartados distintos: *Teoría psiquiátrica*, con el estudio conjunto de las distintas concepciones sustentadas por los diversos autores, ordenadas en función de la adscripción teórica, así como de la nosotaxia de la esquizofrenia en relación con el resto de la patología mental de acuerdo con los supuestos teóricos de los que partían; *Clínica y diagnóstico*, que incluye apartados dedicados a sintomatología, formas clínicas, diagnóstico diferencial y exploraciones; *Terapéutica*, con consideraciones en torno a los tratamientos previos a la introducción de la psicofarmacoterapia, la psicocirugía, los psicofármacos y la psicoterapia; *Profilaxis*; *Aspectos médico-legales*; y, por último, *Asistencia*.

¹⁰ En este sentido, no estamos de acuerdo con la opinión de CASTILLA DEL PINO (1977), para quien “La solución de continuidad que caracteriza la historia y desarrollo de la Psiquiatría española, a partir del triunfo del bando nacionalista en la guerra civil del 36-39, no tiene parangón con la que acaece en el resto de la Medicina. En esta última, a excepción de lo que ocurre con la escuela histológica de Cajal, que se dispersa y desaparece definitivamente, persiste de alguna manera una continuidad, sencillamente porque la Medicina en general no se ve de modo sensible afectada por una ideología. Desaparecen, eso sí, grandes maestros para ser sustituidos por figuras adscritas al nuevo régimen político, las más de ellas sin la competencia requerible; pero, naturalmente, fuera de la calidad, como he dicho, la continuidad persiste”.

6.1 Teoría psiquiátrica

El desarrollo del concepto de la demencia precoz constituye una parte considerable de toda la evolución de la psiquiatría teórica.

E. BLEULER (1911). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*.

La elaboración teórica en torno al concepto de esquizofrenia durante el franquismo estuvo bajo la influencia de distintas escuelas, habitualmente de ámbito germánico que, de manera asincrónica, fueron sucediéndose en el panorama psiquiátrico nacional. De un modo esquemático, que seguiremos a lo largo de la exposición de este apartado, y tomando como punto de partida el *Manual de Psiquiatría* de Pérez López-Villamil y las dos monografías de Marco Merenciano —*Esquizofrenias paranoides y Psicosis mitis*—, podemos apreciar un recorrido que se iniciaría con el *Tratado de Psiquiatría* de Vallejo Nágera como vínculo —sesgado, pero vínculo al fin y al cabo— con la psiquiatría de preguerra, y continuaría con la influencia de la escuela de Frankfurt en torno a la clasificación de las formas finales de la esquizofrenia, representado por la ponencia sobre *Estados finales de la esquizofrenia* de Sarró y O'Shannahan y el *Manual de Psiquiatría* de Solé y Leonhard.

A esta orientación siguieron a los postulados de la escuela de Heidelberg, cuyo divulgador fue, entre otros, una figura del peso de López Ibor¹¹, a través de su libro *Los problemas de las enfermedades mentales* pero, sobre todo, en el transcurso del *Symposium sobre Esquizofrenia* (figuras II a V). A mediados de la década de los cincuenta y durante los años sesenta, las posibilidades teóricas que representaba el existencialismo en el contexto ideológico y social del franquismo, fueron utilizadas por distintos autores para intentar elaborar una concepción propia de la enfermedad,

¹¹ “Posteriormente, merced sobre todo a López Ibor y sus secuaces, el predominio kraepeliniano cedió su puesto ante los autores de las siguientes etapas de la psiquiatría heidelberguense (Jaspers, Gruhle y, sobre todo, K. Schneider; es decir, los autores de la Escuela de Heidelberg en sentido estricto)” (GONZÁLEZ DE PABLO, 1995: 237-8).

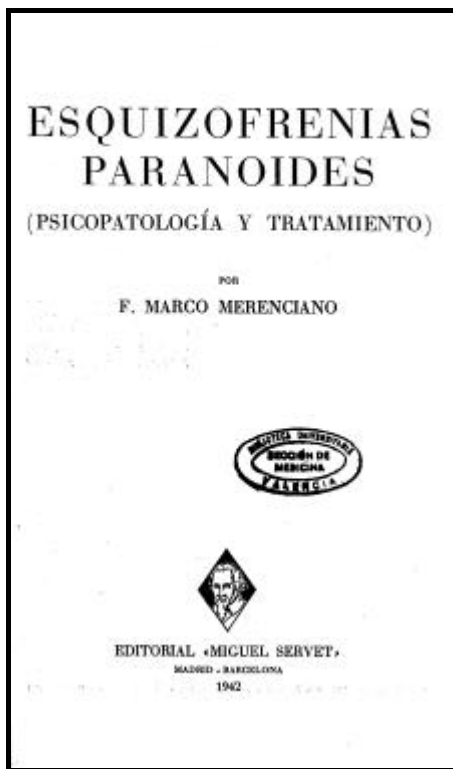


Figura II: MARCO MERENCIANO (1942)



Figura III: VALLEJO NÁGERA (1944 - 1954)

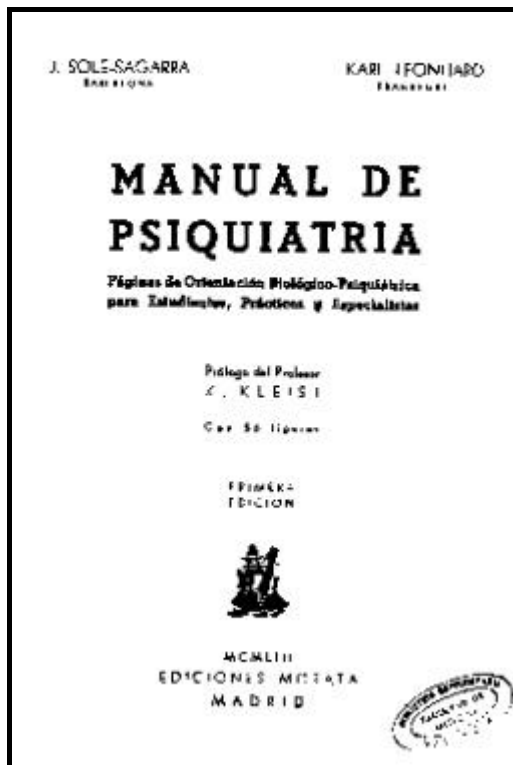


Figura IV: SOLÉ Y LEONHARD (1953)

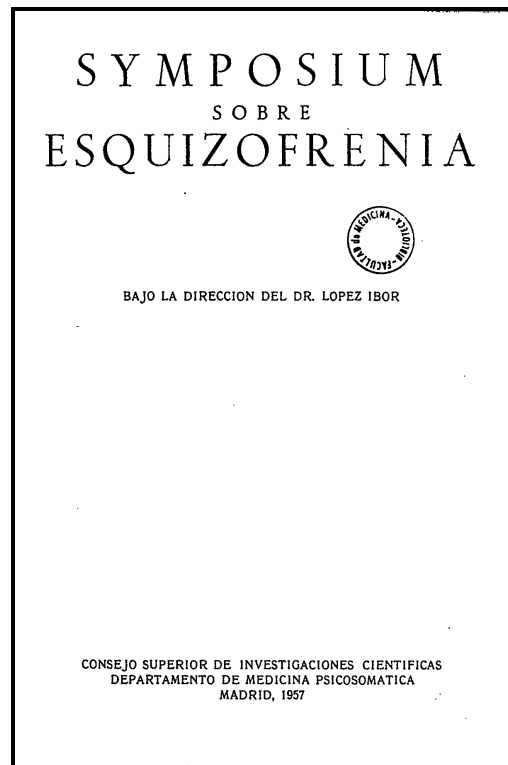


Figura V: LÓPEZ IBOR (DIR) (1957)



Figura VI: CABALEIRO GOÁS (1947)

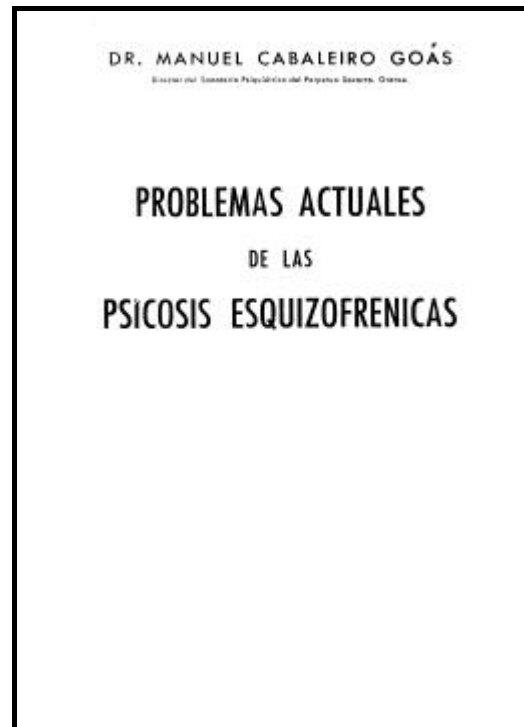


Figura VII: CABALEIRO GOÁS (1954)

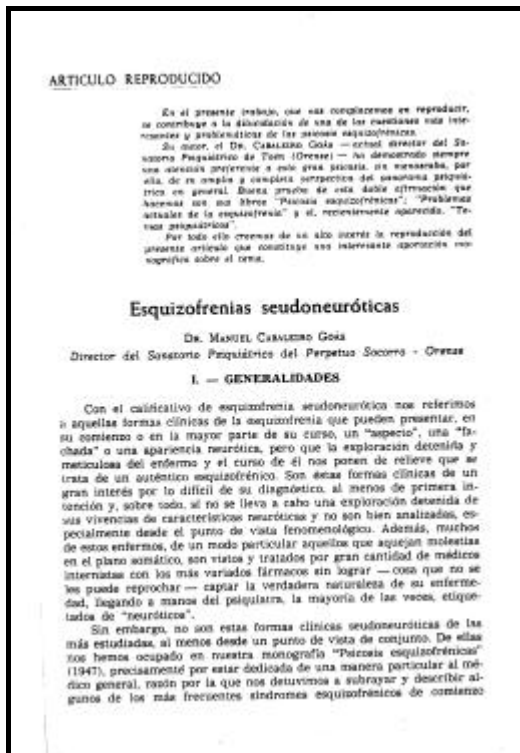


Figura VIII: CABALEIRO GOÁS (1959)

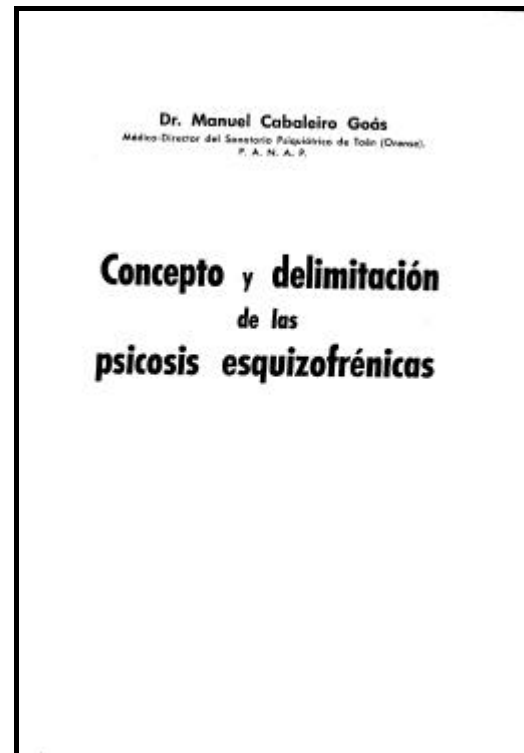


Figura IX: CABALEIRO GOÁS (1961)

debiéndose destacar en este sentido la obra de Cabaleiro (figuras VI a IX)¹². Al hilo del desarrollo de la psicofarmacología, las teorías vigentes sobre la neurotransmisión fueron haciendo su entrada, mientras Sarró, volviendo a la corriente antropológico-existencial presente en su tesis doctoral, leída en tiempos de la Segunda República, reelaboró a partir de 1968 su teoría mitologemática de la esquizofrenia, con la intención de superar los supuestos jungianos de los que partía. Por entonces el psicoanálisis prácticamente había completado el proceso de institucionalización interrumpido por la guerra civil, dejando de ser extraños los trabajos en los que la esquizofrenia se formulaba y abordaba terapéuticamente desde los supuestos de la psicología profunda¹³.

En esta relación —aunque no en la exposición—, hemos omitido deliberadamente las tesis sociológicas y antipsiquiátricas por una cuestión metodológica: no hemos encontrado artículos sobre la esquizofrenia, basados en dichas teorías, en las publicaciones psiquiátricas aparecidas durante nuestro periodo de estudio. Tras el aparatado dedicado a aquellas teorías de difícil adscripción dentro del esquema expositivo que hemos seguido, el comentario acerca de las teorías de autores representativos del exilio interior, en particular el artículo sobre *La psicosis única* de Llopis, cerrará este apartado.

¹² De los cuatro libros de Cabaleiro dedicados a la esquizofrenia, no hemos podido localizar uno de ellos, *Esquizofrenias pseudoneuróticas* (1958). Citado por COLODRÓN (1990) y por SIMÓN y FERRER (1997), apareció, en 1959, un artículo en *Informaciones psiquiátricas* con el mismo título, y con una nota introductoria que hace pensar que se trataba de la reproducción del citado libro.

¹³ No obstante, la tendencia predominante fue prescindir del enfoque profundo, como se comprueba en el notable trabajo de revisión de MARINO (1972) sobre la psicopatología de la esquizofrenia, donde recogía hasta siete enfoques distintos: la descripción fenomenológica; la analítica descriptiva jasperiana; la analítica contextual mediatamente comprensiva en el sentido psicosocial de Bürger-Prinz, el psicodinámico de Winkler y Matussek, el caracteriológico-estructural, o en el de las ciencias del espíritu como Tellenbach; la analítica sindrómica; la analítica somatológica; la concepción clínico-nosológica desde el punto de vista sintomatológico de Schneider, constitucional de Kretschmer, degenerativo de Leonhard, unitario de Conrad, o del análisis factorial de Bochnik; y, por último, el enfoque antropológico. De este modo, la orientación psico-dinámica sólo se consideraba como forma de análisis contextual *mediatamente* comprensible.

Los Tratados de Bumke

Quisiéramos en este punto hacer un comentario que nos parece aclaratorio respecto a la obra de Bumke (1877-1950), entre otras razones por las implicaciones teóricas e ideológicas que se derivan del mismo, y dada la influencia que dicho texto representó por tratarse de uno de los textos básicos circulantes durante el franquismo. Las dos obras más completas de la psiquiatría alemana de principios del siglo XX fueron los varios tomos del *Handbuch der Psychiatrie* (1911-1929) dirigido por Aschaffenburg, donde Bleuler publicó su monografía *Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien*; y los once volúmenes del *Handbuch der Geisteskrankheiten* (1928-30), dirigido por Bumke y que nunca se llegó a traducir al español¹⁴. Este mismo autor redactó una obra más reducida, *Diagnóstico de las enfermedades mentales* (1918) que, en su segunda edición, transformó notablemente¹⁵, cambiando el título original por el de *Tratado de las enfermedades mentales* (1924), cuya traducción al español realizó Mira y López en 1926, siendo editada por Seix y alcanzando gran difusión. La cuarta edición alemana supuso, de nuevo, la renovación del texto que, en la quinta y última edición, de 1942, sufrió nuevos cambios consistentes en la inclusión de los tratamientos por insulina, cardiazol y electrochoque, mientras que “Todo lo referente al psicoanálisis ha sido completamente suprimido¹⁶”. De esta quinta edición alemana, notablemente menos extensa que la de 1924, se realizó la segunda traducción al español, esta vez a cargo de Sarró, con Seix nuevamente como editor, y con el título de *Nuevo tratado de enferme-*

¹⁴ Por lo visto, esta obra apenas trascendió al ámbito de habla germana y, según HOEING (1995: 340), parece ser que tampoco se tradujo al inglés, si bien la parte de la sección clínica correspondiente a la esquizofrenia, escrita por Mayer-Gross, se difundió en los países anglosajones a través del *Manual de Psiquiatría* que éste escribió junto a Slater y Roth.

¹⁵ BUMKE (1946), p. XV.

¹⁶ *Ibid.* p. XVI.

dades mentales. Esta versión fue la que se citó en los distintos textos del periodo franquista¹⁷.

Así como en la traducción que Sarró hizo del texto de Lange, en 1942, incluyó tres apéndices propios al final del texto original—tratamiento de las psicosis por shocks, terminología y legislación psiquiátrica—, en la traducción del libro de Bumke elaboró un cumplido prólogo de treinta páginas, donde abordaba *La evolución de la Psiquiatría desde 1924 a 1946*¹⁸. Dividido en varios apartados —Historia de un libro, España como ‘Cuna de la Psiquiatría’, Electroencefalografía, Experiencia psiquiátrica de la II Guerra Mundial, Medicina psicósomática, Investigación fisiopatológica, Histopatología, Legislación eugenésica y Psiquiatría comparada—, era en el primero de ellos donde se encontraban los comentarios más destacables. Así, respecto al psicoanálisis, escribía: “BUMKE, a pesar de su actitud antipsicoanalítica no pudo evitar una referencia externa —ni la crítica hostil— a las concepciones de SIGMUND FREUD en la segunda, tercera y cuarta edición. En cambio, en la quinta, suprime todo comentario e incluso alusión al psicoanálisis. Si la fecha de ingreso del psicoanálisis en el libro de Bumke, aunque fuese a regañadientes, posee trascendencia histórica, ¿cómo dejar de reconocérselo a su desaparición con carácter definitivo?¹⁹”, y remitía a una nota a pie de página donde suavizaba el comentario.

Respecto a la valoración de la obra que prologaba, no dudaba en considerarla sin ambages como “la mejor obra de psiquiatría que existe en lengua castellana”, lo que le daba pie a despacharse con una crítica hacia “dos tratados de Psiquiatría escritos por los psiquiatras españoles Emilio Mira y Antonio Vallejo Nájera [sic], publicados, respectivamente, en 1936 y 1944”, a pesar de que reconocía que no era ése el lugar para

¹⁷ Véase, por ejemplo, la Bibliografía general de la parte primera del *Tratado de Psiquiatría* de VALLEJO NÁJERA (1954: 364-5), donde también se cita, de forma significativa, la 3ª edición del *Tratado de Psiquiatría* de MIRA Y LÓPEZ (1946).

¹⁸ Con el expreso deseo de equipararse a Juarros respecto a la traducción del *Tratado de Regis*, o a Sanchís Banús, Mira y Saforcada sobre la versión de la edición previa del *Tratado...* de Bumke SARRÓ (1946: XXI).

“Un análisis crítico de ambas obras *sine ira et studio* inspirada en el interés superior de la Psiquiatría española”. Respecto a Mira, a quien poco antes acusaba, por su “simpatía por las obras de Freud”, de deformar sensiblemente, al traducirlo, el punto de vista de Bumke respecto al psicoanálisis, le recriminaba no sólo su “animadversión por lo histórico”, sino también la falta de “una mayor reflexión metodológica”. Acusación que, siguiendo a Honorio Delgado, hacía extensiva a Vallejo Nágera por anunciar “una posición tomista en Psiquiatría —sin duda posible— pero que ni filosófica ni psicológicamente se descubre en la realización efectiva de su obra²⁰”.

En cuanto al concepto de esquizofrenia contenido en la obra de Bumke (1946: 680), a tener en cuenta durante la lectura de este apartado, éste definía la esquizofrenia como “una serie de cuadros y de cursos clínicos bastante polimorfos y cuya característica común reside en una *peculiar destrucción de la personalidad, que en los más de los casos se instala durante los años juveniles*”, reconociéndole una predisposición hereditaria a padecerla y un origen orgánico.

6.1.1 El estado de la cuestión antes de la guerra civil

Como comentábamos en el *Capítulo 3. Revisión historiográfica*, la tesis de Plumed (2002) es un texto de obligada referencia sobre nuestro tema de estudio, del que la presente tesis doctoral es su continuación. Igualmente sugestivas son las ideas contenidas en el excelente libro de José María Álvarez (1999). Con objeto de disponer de un panorama adecuado que permita establecer comparaciones, resumimos a continuación las conclusiones del primer trabajo.

Ninguno de los autores españoles aportó ideas propias que difiriesen de las que fueron objeto de discusión en los países europeos que las originaron, sino que se limitaron a retomar y discutir las ideas producidas en los países europeos más avanzados e influyentes. Con el cambio de siglo, la influencia mayoritaria correspondió a la escuela

¹⁹ *Ibid.* p. XVII-XVIII.

alemana, con intenso debate en torno a las ideas de Kraepelin desde el inicio. Mientras, el peso de la influencia francesa iba siendo progresivamente menor, si bien las ideas degeneracionistas prevalecieron hasta la segunda década del siglo, como crítica hacia la nosología de Kraepelin o como un intento de síntesis que no coincidía con la intención del autor alemán.

Uno de los parámetros fundamentales del cambio de mentalidad en la concepción de la locura fue el énfasis en los síntomas deficitarios, en una línea que, iniciada por Ribot y Moreau de Tours, pasaría por el degeneracionismo hasta llegar a la demencia precoz. Tal deterioro, aunque oculto al principio, fue el verdadero protagonista de la enfermedad, de modo que las manifestaciones externas en forma de síntomas delirantes y alucinatorios fueron consideradas aspectos secundarios. La visión longitudinal de la enfermedad mental durante el siglo XIX representó un cambio capital en el diagnóstico, pues el déficit pasó de ser una complicación más a constituir una fase de un proceso que no era evidente desde el comienzo, convirtiéndose en el eje central de la locura. En este sentido, la tendencia diagnóstica inicial —comenzada por Kraepelin— consistió en reducir la demencia precoz a aquellos casos de comienzo adolescente que se deterioraban rápidamente. Se excluía de este modo un buen número de casos que, a diferencia de la amplitud de la concepción bleuleriana, resultaban “desubicados”, con la consiguiente dificultad de diagnóstico.

Añadido a lo anterior estuvo también el cambio conceptual en la demencia: si durante el siglo XIX se enfatizaba el fallo orgánico irreversible, incluyendo en el defecto la pérdida de memoria, posteriormente las descripciones se centraron en un defecto emocional y, con la obra de Bleuler, se llegó a la definición de un defecto comprensible psicológicamente y susceptible de tratamiento. Este cambio en las ideas supuso una aproximación diferente al loco, que pasaba a ser susceptible de tratamiento incluso en su estado defectual, gracias a la aplicación de medios físicos y psicológicos, aunque la

²⁰ *Ibíd.* p. XIX-XX, n. 1.

literatura médica española no incidió en exceso sobre el tema. De hecho, la ampliación que representó la concepción bleuleriana podría verse como ataque al rígido concepto de entidad nosológica planteado por Kraepelin y previamente apoyado por los autores organicistas. Autores cuyas ideas, al contrario de lo que pretendían, no estaban exentas de prejuicios ideológicos y filosóficos.

La introducción del psicoanálisis en la esquizofrenia llegó a través de la obra de Bleuler pues, hasta entonces, había una tendencia a aceptar la psicosis como un proceso orgánico donde la elaboración psicológica poseía una importancia secundaria. Aunque la mayoría de autores españoles introdujeron aspectos psicodinámicos en sus concepciones clínicas, no se aceptó plenamente los postulados freudianos pues, si bien las ideas de Bleuler triunfaron tempranamente, Freud y Jung fueron escasamente citados, revelándose Garma como el único autor con un punto de vista puramente psicodinámico.

Finalmente, la aparente rigidez dicotómica de las dos entidades de Kraepelin se asimiló de forma irregular. De hecho, el uso de una u otra etiqueta diagnóstica fue bastante arbitrario. Por otro lado, pocos autores pusieron el énfasis en el afecto como un aspecto diferencial básico entre las dos enfermedades, a pesar de que, desde el siglo XIX, muchos psiquiatras encontraron en el estado anímico del enfermo el núcleo del problema diagnóstico²¹.

6.1.2 El panorama de posguerra

Pérez López-Villamil

En su *Manual de Psiquiatría*²², Pérez López-Villamil (1941-42: 497-9) adoptaba el concepto Kretschmer²³ para definir la enfermedad mental, considerándola como una

²¹ PLUMED (2002: 465-74).

²² Como ya dijimos al inicio de este capítulo, uno de los trabajos a los que sólo hemos tenido un acceso parcial ha sido este *Manual*. Concebido, como tantos otros, para “servir a los alumnos de guía en las explicaciones de cátedra, ya que difícilmente se adaptan al médico español ciertas traducciones extranjeras”, pretendía huir de la “rémora con que marchamos en el desenvolvimiento

entidad polidimensional en la que había que tener en consideración, de acuerdo con Birnbaum, dos tipos de síntomas: patogénicos y patoplásticos. Los primeros resultaban de la acción directa o inmediata del agente morboso sobre la personalidad psíquica, normal o patológica; mientras que los segundos, los patoplásticos, revelaban características psíquicas individuales, no del todo encuadrables en la normalidad absoluta, que el agente morboso ponía de manifiesto. Esta diferenciación tenía consecuencias patogénicas, clínicas y pronósticas pues, mientras los síntomas patogénicos eran “básicos y esenciales de fundamentación orgánica evidente”, iguales para cada entidad clínica y difícilmente influenciados por la terapéutica, los síntomas patoplásticos eran “más superficiales, tienden a enmascarar el núcleo psicótico”, variables de acuerdo con las características individuales y susceptibles de ser influenciados “incluso psicoterapéuticamente”.

Con base en ello, establecía “los dos esquemáticos conceptos de PSICOSIS y PSICOPATÍA”, siendo el primero de ellos “UNA AFECCIÓN PSÍQUICA CON CLARA SINTOMATOLOGÍA PATOGENICA, SIQUIERA EL ROPAJE PATOPLASTICO NO FALTA EN LA MAYORÍA

de estos estudios” que achacaba, por un lado, a la extensa influencia de la escuela histopatológica —a la que se honraba pertenecer— y, por otro, a la desconexión entre los manicomios y la universidad, reivindicando la orientación psicologista en la que unía, en un peculiar trayecto, los nombres de Mira, Sarró y López Ibor, al último de los cuales hacía deudor de “nuestros afanes y entusiasmos” para conseguir que la enseñanza de la psiquiatría fuera una asignatura independiente (PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL, 1941-1942: 5-6). De los dos volúmenes de que consta la obra, sólo hemos podido manejar el primero, dedicado a la psicopatología general, en cuyo capítulo XX aparecen algunas consideraciones de interés en torno a su concepto de enfermedad mental y a la clasificación de las enfermedades mentales.

²³ Una de las aportaciones más destacadas de Kretschmer (1888-1964) fue el establecimiento de relaciones entre la constitución de los individuos con su carácter y, más concretamente, la investigación de las correlaciones entre los biotipos o características morfológicas de los sujetos —que dividió en pícnico, leptosomático, atlético y displástico— y las grandes psicosis endógenas —maníacodepresiva y esquizofrénica—. Para este autor, existirían dos grupos, el *cicloide*, ligado a la morfología pícnica, y el *esquizoide*, ligado a las restantes aunque especialmente a la morfología leptosomática. Estos tipos intermedios predispondrían hacia las respectivas psicosis, de manera que entre la personalidad ciclotímica y la psicosis maníacodepresiva, así como entre la personalidad esquizotímica y la esquizofrenia, existiría una gradación casi insensible, un *continuum*, que conduciría de la normalidad a la psicosis pasando por dichos tipos intermedios. Con menos intensidad, también se estableció una relación entre la constitución atlética y la epilepsia (CABALEIRO, 1959: 883).

DE LOS CASOS²⁴”, mientras que en la psicopatía los síntomas patogénicos estaban ausentes. Además, dotaba a la psicosis de una característica específica, la organicidad: “La psicosis es, pues, siempre una enfermedad mental, es decir, un fenómeno enteramente nuevo para el individuo, producto de alguna causa que al actuar sobre él engendra los síntomas. *El concepto es análogo al de otra afección orgánica cualquiera, por ejemplo, la tuberculosis*²⁵”.

La adscripción de Pérez López-Villamil a las teorías organicistas de la enfermedad mental determinaba que entendiera, como objeto de la psiquiatría, “ESTABLECER CUADROS CLÍNICOS QUE INTEGREN EN ENTIDADES NOSOLÓGICAS AQUELLOS SÍNTOMAS Y SÍNDROMES, CON EL FIN DE SOMETER A OPORTUNAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS A LOS INDIVIDUOS QUE LAS EXPERIMENTAN, BUSCANDO LA CURACIÓN O ALIVIO DE LAS MISMAS”. En consecuencia, no resultaba extraño que ofreciera, como ejemplo taxonómico, la clasificación establecida por Kraepelin.

*Marco Merenciano*²⁶

Esquizofrenias paranoides (psicopatología y tratamiento) de Marco Merenciano (1942) fue, junto con *Tratamiento moderno de las esquizofrenias* de Sarró (1940), una de las primeras obras que se publicaron dedicadas exclusivamente a nuestro tema de estudio. El trabajo de Marco Merenciano tenía una curiosa estructura, como el propio

²⁴ PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL (1941-42), p. 499. Versales en el original.

²⁵ *Ibid.* Cursivas nuestras.

²⁶ Posiblemente debido a lo prematuro de su muerte, la producción psiquiátrica de Marco Merenciano (1903-1954) fue bastante exigua. En lo referente a nuestro tema de estudio publicó dos monografías, una de ellas directamente dedicada al mismo, *Esquizofrenias paranoides* —comentada en el texto con cierto detalle—, y otra sólo parcialmente relacionada, *Psicosis mitis*, a la que hacemos alguna referencia. En cuanto a los artículos de revista, sólo cinco aparecen en nuestra base de datos (REY *et al.*, en prensa), dos de ellos sobre neurosis, otro sobre electrochoque —que veremos en el apartado de terapéutica— y que, con los dos acerca de las relaciones entre esquizofrenia y epilepsia, estuvieron claramente relacionados con la primera de las monografías citadas. Por estos motivos no puede decirse que Marco Merenciano fuera un psiquiatra influyente, si bien su obra mereció la consideración de algunos autores: Cabaleiro, por el intento de aislar una forma de esquizofrenia que respondía a los tratamientos convulsivantes, y Solé Sagarra en torno a la relación entre esquizofrenia y epilepsia.

autor reconocía “al convertir en prólogo casi la mitad de las páginas”, iniciándose de forma inversa al título con la valoración de la eficacia de dos tratamientos de choque, el cardiazol y el electroshock, para luego pasar a estudiar el concepto y clasificación de las esquizofrenias paranoides y, en el último capítulo, considerar las relaciones entre esquizofrenia y epilepsia, sobre las que volvería en un artículo posterior²⁷. Esta estructura, un tanto confusa y a cuya comprensión nada aportaba la prosa algo farragosa en la que estaba escrito, adquiriría sentido en el resumen final —mucho más organizado— que es el que hemos empleado para la exposición de sus ideas²⁸.

De orientación marcadamente biologicista, Marco Merenciano postulaba una “concepción epiléptica de la esquizofrenia”. En realidad, la idea de tal enfoque tenía su origen en el hallazgo de un grupo determinado de esquizofrénicos que respondían al tratamiento convulsivante con cardiazol o con electrochoque. Se trataba de aquellas esquizofrenias paranoides caracterizadas por tres elementos: una personalidad prepsicótica enequética y paranoide que desembocaba en una actuación explosiva; una constitución atlética, también concurrente en la epilepsia; y un curso clínico que guardaba una gran semejanza con los estados crepusculares epilépticos, por lo que resultaba difícil establecer un claro diagnóstico diferencial con la epilepsia, debiéndose recurrir para ello a un diagnóstico estructural.

La coincidencia de tales factores le llevaba a elaborar una interpretación epiléptica de la esquizofrenia, donde el temple delirante de otros autores era entendido como un “aura”; el brote era “expresión incompleta del ataque”; y el defecto esquizofrénico, “una deteriorización”. Completando el conjunto, la evolución hacia la catástrofe, tal y como describía Mauz, resultaría de “un estado crepuscular que desemboca en la destrucción de la personalidad²⁹”.

²⁷ MARCO MERENCIANO (1946).

²⁸ MARCO MERENCIANO (1942: 85-8).

²⁹ SOLÉ SAGARRA (1965, 1970) también planteó las relaciones entre la epilepsia y la esquizofrenia, en un línea similar a la de Marco Merenciano, aunque apoyándose en el concepto de estado cre-

Marco Merenciano insistía en que el grupo de pacientes por él determinado, a mitad camino entre la esquizofrenia y la epilepsia —“Esta existencia de psicosis mixtas entre factores que se creían contrapuestos”—, no justificaba la teoría de la psicosis única, hacia la que se mostraba contrario, sino que permitía delimitar, dentro de las esquizofrenias paranoides, dos grupos: el de las formas puras, “impenetrables” por los métodos convulsivantes; y el de las interferidas, donde tales tratamientos eran los más eficaces, llegándose a encapsular —con el concurso de la psicoterapia— “los restos delirantes que pueden subsistir como defecto”.

La explicación que ofrecía del supuesto mecanismo de acción era consecuente con su hipótesis pues, entendiendo que existía un distinto “tempo” de evolución en la presentación clínica de la epilepsia —“una expresión psicótica, violenta y rápida, con evaporación casi sin residuo³⁰—, y la de la esquizofrenia, los tratamientos convulsivantes, a través de la convulsión provocada, vendrían a introducir ese tempo en el curso normal de la enfermedad esquizofrénica, sacando al paciente de su mundo y “haciéndole recorrer en un instante el largo camino de su psicosis”.

En un trabajo posterior relacionado con nuestro tema de estudio³¹, *Psicosis mitis. Los enfermos mentales que consultan al internista*, Marco Merenciano (1946) abordaba

puscular episódico, propuesto por Kleist para designar aquellos cuadros de naturaleza comicial en los que la clínica era de aspecto esquizofrénico. Ello le llevaba a descartar la supuesta incompatibilidad clínica entre epilepsia y esquizofrenia, abogando por devolver la primera al terreno de una psiquiatría fuertemente neurologizada, en la línea organicista ya comentada.

Treinta años más tarde, RODRÍGUEZ NIEVES (1971) publicó un trabajo sobre esquizofrenias que cursaban sólo con síntomas psiquiátricos, en el que manifestaba opiniones contrarias a las de Marco Merenciano. Así, descartaba la equivalencia entre psicosis y ataque epiléptico recurriendo a la hipótesis de Gruhle, para quien una misma noxa interna sería responsable de los síntomas psicóticos, los epilépticos y las alteraciones electroencefalográficas. Precisamente, el diagnóstico diferencial sólo podría establecerse en función de esta técnica exploratoria, no siendo posible hacerlo con el recurso a la fenomenología. En lo que sí coincidía era en el tratamiento, primero con antipsicóticos y, caso de fracasar, con electrochoque, planteando la ineficacia de hacerlo con antiepilepticos al tratarse de casos sin síntomas comiciales.

³⁰ Que aclarará en otro lugar (MARCO MERENCIANO, 1946: 63) al afirmar que “en la epilepsia ocurre en minutos lo que en la esquizofrenia cuesta meses o años”.

³¹ Aunque queda fuera de los textos escogidos de acuerdo con los criterios de selección expresados en el *Capítulo 2. Material y método*, hemos considerado oportuno consultarla la otra monografía por

aspectos referidos al concepto y delimitación de la entidad, con comentarios en torno a la psicogenia, las neurosis y las psicopatías, habitualmente orientados a delimitar lo que sería la psiquiatría dura; la psicopatología general, con especial atención a tres elementos: el sentimiento de enfermedad y la patología del sentimiento, la despersonalización, y los trastornos orgánicos en las psicosis mitis; la clasificación, realizada de acuerdo con la adscripción nosológica a cada una de las tres psicosis endógenas, es decir, maníacodepresiva, esquizofrénica, epiléptica y formas mixtas; el estudio de las diferentes variantes conforme a dicha clasificación; la terapéutica; y, finalmente, consideraciones teóricas en torno a la conveniencia de establecer la psicosis mitis como especie morbosa independiente.

Precisamente era en este último apartado cuando Marco Merenciano (1946: 193-6) exponía sus ideas básicas en torno al concepto de psicosis, repetición de la de otros autores, y entre las que cabría destacar las siguientes: las psicosis son siempre una enfermedad somática, “con tendencia a lesionar el sistema nervioso, siendo funcionales (neurosis y biosis) por endógenas, y en realidad sintomáticas (orgánicas), cuando llegan al estado de esclerosis”.

Toda la actividad del sistema nervioso central está realizada por la coordinación de dos fuerzas: la plasticidad (base orgánica) y la vivencia primaria que impulsa a la acción (de naturaleza psicológica). Esta necesaria conjunción de factores orgánicos y psicógenos determinaría que el origen de la enfermedad pudiera ser triple: por insuficiencia orgánica de la plasticidad, bien constitucional, bien exógenamente determinada; por insuficiencia psicógena, al no producir el psiquismo vivencias “con fuerza suficiente para convertirse en actividad”; y por coexistencia de ambos o, alternativamente,

cuanto incluye numerosos comentarios pertinentes para nuestro tema de estudio, entre ellos los relativos a las ideas de Berze, que comentaremos más adelante.

de ninguno de ellos, siendo el trastorno resultado de la “ataxia en la coordinación de ambos³²”.

De acuerdo con este esquema, el trastorno fundamental que caracterizaba a las psicosis sería el trastorno del yo activo, y obedecería a una alteración funcional que tendría su asiento en el tronco del encéfalo³³, lo que permitiría explicar, siguiendo a Berze, el trastorno fundamental como una hipotonía de la conciencia, determinando asimismo que su naturaleza fuera afectiva, “sobre todo de la capa vital, alterándose predominantemente los sentimientos vitales que representan el aspecto psíquico del estado global vegetativo”.

Vallejo Nágera

El *Tratado de Psiquiatría* de Vallejo Nágera (1944-45, 1949, 1954) fue, en cierto modo, el único tratado de psiquiatría escrito en España durante el franquismo³⁴, ela-

³² Los conceptos contenidos en este párrafo provienen del capítulo dedicado a la descripción de la psicosis mitis de morfología esquizofrénica (MARCO MERENCIANO, 1946 : 111-38).

³³ Sobre la localización de la psicosis, PRAT y ROM (1965) elaboraron un trabajo referido a la cata-tonia, para la que llegaban a reclamar el *status* de “entidad clínica individualizada... [con] una personalidad parecida a los cuadros depresivos, y como consecuencia no sería una ‘forma’ de esquizofrenia”, planteando alternativamente la inclusión de estas tres entidades “dentro de un todo nosotáxico psiquiátrico”. Estos autores, al hilo de las exploraciones electroencefalográficas, localizaban la base orgánica de las psicosis en las zonas subcorticales, donde el hipotálamo jugaría un papel importante en conexión con la corteza y con el sistema reticular activador ascendente, en una reactualización de las teorías jacksonianas mantenidas por Monakov, de modo que los síntomas de los cuadros catatónicos serían “el resultado exclusivo de una falta de estímulos ascendentes —niveles de conciencia—; de una inhibición —corteza—; una liberación —centros subcorticales—, y una nueva reagrupación funcional de todas estas estructuras”.

³⁴ ALONSO FERNÁNDEZ (1968, 1972), discípulo suyo que, como recuerda CASTILLA DEL PINO (1977: 101), renegó de dicha condición para adscribirse, sin haberlo sido, a López Ibor, publicó dos ediciones de *Fundamentos de la Psiquiatría actual*. Pensamos que su obra no puede considerarse como un tratado en la línea de los demás pues, significativamente, carece de un apartado sobre terapéutica, mientras que incluye otro, un tanto curioso, sobre zoopsiquiatría. Hemos prescindido de este libro tras su consulta, puesto que los cuatro apartados que conforman el capítulo 6º, “Psicosis esquizofrénicas”, resultan ser extensos trabajos de revisión sobre el concepto de las esquizofrenias y sus fronteras (p. 325-65), las bases somáticas de la esquizofrenia y direcciones de investigación (p. 368-98), investigaciones sociológicas y transculturales sobre la esquizofrenia (p. 399-428), y conceptos psicodinámicos y técnicas psicoterapéuticas de orientación analítica (p. 429-45). No existe, sin embargo, una formulación propiamente dicha de ninguna teoría, sino la mera toma de posi-

borado a expensas de reunir diversos trabajos publicados con anterioridad³⁵, tales como *Propedéutica clínica psiquiátrica* (1936, 1944), *Tratamiento de las enfermedades mentales* (1940) y posiblemente, para el tema que nos ocupa, *La demencia precoz y sus manifestaciones clínicas* (1929). La ambición de la obra era grande, pues pretendía explícitamente entroncar, nada menos, con la tradición psiquiátrica española personificada en tratadistas como Giné y Partagás, Galcerán, Martínez Valverde, Fernández Victorio, Ruiz Maya o el mismo Mira y López³⁶. Ambición que no parece que consiguiera, a juzgar por la dura mirada crítica con la que Castilla del Pino valoró su libro, elaborando una relación de los errores que contenía, que luego puso a disposición de López Ibor y Sarró para su contestación a Vallejo Nágera durante las oposiciones a la cátedra de Psiquiatría de Madrid³⁷.

El contenido del *Tratado...* de Vallejo Nágera varió en algunos aspectos entre la primera y la segunda edición, ésta realizada ya tras las oposiciones a la cátedra, por lo que las modificaciones introducidas pudieran estar de algún modo relacionadas con las críticas que recibió el autor durante la misma³⁸. Como ya hemos comentado, nosotros hemos manejado la primera y tercera ediciones, si bien esta última no representa

ción respecto a algunas de las ideas que revisa, en la línea conservadora de los representantes de la psiquiatría oficial que veremos durante la exposición.

³⁵ De hecho, su actividad editorial decayó de forma importante tras la guerra. Apenas hemos encontrado (REY *et al.*, en prensa) diez artículos suyos publicados en revistas psiquiátricas durante el franquismo, todos aparecidos entre 1950 y 1961, dedicados dos de ellos a higiene mental, tres a cuestiones epistemológicas y otros tres relacionados con psicoterapia, más uno sobre su experiencia con la electronarcosis. FERNÁNDEZ MONTAÑA (1994) recoge prácticamente los mismos trabajos, mientras que BLÁZQUEZ (1990), en un trabajo panegírico, aporta una producción notablemente superior —89 trabajos—, pero no indica las fuentes.

³⁶ VALLEJO NÁGERA (1944), p. 2.

³⁷ CASTILLA DEL PINO (1997), p. 419. Años después, CASTILLA DEL PINO (1977: 99) repetiría su crítica “el Tratado de Psiquiatría, de Vallejo Nágera [sic], aparte componer una colección de errores anatómicos, fisiológicos, psicopatológicos y clínicos en cualquier página por donde se abra, nace con un criterio psicopatológico y clínico del peor kraepelinismo”.

³⁸ “**PRÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICIÓN.** He depurado el presente TRATADO DE PSIQUIATRÍA el tupido tamiz de la crítica bibliográfica de ilustres alienistas, nacionales y extranjeros, y si alguno le priva de méritos, otros le proclaman, benévolamente, obra lograda y madura... Importa poco la causa, pero es lo cierto que estamos en trance de revisión de nuestra obra, atentos en principalísimo término a la corrección de imperfecciones y deficiencias”, VALLEJO NÁGERA (1954), p. IX.

cambios sustanciales respecto a la segunda³⁹. Una de las cuestiones a tener en cuenta, como enseguida veremos, estuvo en relación con la ordenación y ubicación nosológica de las psicosis, con cambios en la terminología empleada para el resto de la patología mental.

Vallejo Nágera (1954: 1-3) definía la psiquiatría, según la noción de Kraepelin, como “la rama de la Medicina que se ocupa en las enfermedades psíquicas y en su tratamiento”, lo que comprendía los “desórdenes de la afectividad, de la inteligencia, de la voluntad y de los instintos”, así como también “la detención del desarrollo de las funciones intelectuales y las normales reacciones y actitudes de la personalidad”. Esto permitía establecer una serie de cuadros debidos a alteraciones cuantitativas de los valores de la normalidad, como las psicopatías; aquellos otros derivados de las alteraciones cuantitativas de la inteligencia, como las demencias y las oligofrenias; y, finalmente, aquellos en los que se apreciaba una alteración cualitativa, con la aparición de algo “positivo”, dando lugar a las psicosis. En cuanto a los fines de la especialidad, no sólo se centraban en el estudio de estas manifestaciones, sino que debían alcanzar las causas y la evolución de la enfermedad, ocupándose, “como rama de la Medicina”, de su profilaxis y tratamiento.

El origen de la enfermedad mental era, para Vallejo Nágera, necesariamente orgánico pues “Sabemos que la totalidad de las funciones psíquicas asientan en un substrato cerebral, aunque ignoramos... las lesiones anatomopatológicas correspondientes a cada síndrome mental. Múltiples síntomas psíquicos patológicos se relacionan con alteraciones anatomopatológicas o fisiopatológicas, pero todavía ignoramos las altera-

³⁹ “**PRÓLOGO A LA TERCERA EDICIÓN.** La evolución de la ciencia psiquiátrica sigue las rutas conocidas, sin que el Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en París en el año 1950, modifique substancialmente su doctrina. Consecuentemente, consideramos que ninguna novedad teórica debemos introducir en nuestro TRATADO, cuya estructura queremos conservar... Sin embargo, el progreso no puede negarse en aquello que concierne a la terapéutica de las psicosis, y por ello nos ocupamos en todas las novedades terapéuticas, además de dedicar sendos amplios capítulos a la Psicoterapia y a la Psicocirugía”. *Ibíd.* p. XI.

ciones somáticas causantes de la esquizofrenia, de la paranoia y de la psicosis maníaco-depresiva⁴⁰”.

Desde el punto de vista nosotáxico, y tras una serie de consideraciones sobre distintas escuelas, Vallejo Nágera se adscribía explícitamente a la nosología kraepeliniana⁴¹, sin lugar a dudas la más ampliamente extendida⁴². Las razones que daba para dicha adscripción, se fundamentaban, entre otros, en un trabajo crítico de Sacristán publicado en 1946. Tales razones eran la de ser “sumamente completa”, al abarcar “cualesquiera casos de alteración mental” permitiendo, además, su etiquetado; poder establecer consideraciones generales de naturaleza etiopatogénica para cada uno de los tres grupos de psicosis considerados (endógenas, exógenas y psicógenas⁴³); y, por último, facilitar la ulterior clasificación de la patología mental, siguiendo un modelo botánico, en “subespecies, variedades o formas clínicas unidas por la comunidad de origen patogénico”.

⁴⁰ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 3.

⁴¹ De hecho, en la tercera edición, VALLEJO NÁGERA (1954: 354-5) incluyó un apartado de nueva creación, *Vigencia de la clasificación kraepeliniana*, a continuación de la reproducción de la Nomenclatura de Kraepelin (1856-1926), que incluimos en el *Capítulo 9. Apéndice documental*.

⁴² La AEN (1925) había solicitado, antes de la Segunda República, la adopción de esta clasificación como oficial para poder referir a ella las estadísticas de enfermos mentales, lo que confirmaba PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL (1941-42: 501) y que, años después, SOLÉ y LEONHARD (1953: 94) seguían reivindicando: “Aunque solo fuese por su utilidad didáctica y estadística, tendría que conservarse actualmente el sistema kraepeliniano, a lo menos como denominador común psiquiátrico de todos los países y vínculo de trabajos estadísticos”.

⁴³ Como recoge VALLEJO NÁGERA (1954: 346-9), la distinción básica entre las psicosis se establecía al determinar la causa, que podía ser “interna e ignorada”, en cuyo caso se trataría de *psicosis endógenas o funcionales*; o bien “externa y conocida”, hablándose de *psicosis exógenas* de substrato anatómopatológico conocido. Éstas, a su vez, podían dividirse en *orgánicas*, si resultaban de un alteración morfológica de las neuronas, o *tóxicas*, si lo que se perturbaba era la función neuronal. Tal división tenía también implicaciones etiológicas, pues para las psicosis endógenas se postulaba un origen orgánico intrínseco del enfermo, una transmisión hereditaria, y una intervención de factores constitucionales en su manifestación; en las exógenas, por el contrario, la causa provenía de agentes del medio ambiente.

En cuanto a las *psicosis psicogenéticas*, es decir, las neurosis y las psicopatías, debían entenderse en el sentido de Jaspers y Schneider como reacciones vivenciales anormales, donde la clave diagnóstica residía en su evolución y terminación, pues su presentación podía ser similar a la de las demás psicosis. En tales psicosis psicogenéticas, la constitución —y la topoplastia también determinada por ella— permitían establecer el tipo clínico.

Estas ideas estaban expuestas con más detalle en el capítulo dedicado a la etiología general de las psicosis⁴⁴, donde se extractaba el esquema kraepeliniano del que se servía Vallejo Nágera para la ordenación de la patología mental en la parte especial de su *Tratado...* Así, en la primera edición (1944-45), en la parte dedicada al grupo de las *Psicosis endógenas*, describía, por este orden, las *Psicosis epilépticas*, la *Oligofrenia*, la *Psicosis maníacodepresiva*, los *Síndromes paranoicos y paranoides*, y las *Psicosis esquizofrénicas*. El resto de la patología ocupaba la parte tercera del libro, e incluía las *Psicosis exógenas*, las *Neurosis* —a las que dedicaba tres capítulos denominados, respectivamente, *Psicosis psicógenas (neurosis)*, *Reacciones psicogenéticas*, y *Neurosis*—, y las *Psicopatías*, tras las cuales pasaba al capítulo de *Terapéutica de las psicosis*.

En la tercera edición (1954), la parte de las *Psicosis endógenas* comenzaba con los Trastornos del desarrollo intelectual-Oligofrenia, para seguir con la primera de las psicosis endógenas, la Epilepsia, a la que sucedían la Psicosis maníacodepresiva, los Síndromes paranoicos y paranoides, y las Psicosis esquizofrénicas, añadiéndose un capítulo dedicado a las *Psicosis endógenas atípicas*, donde iban a parar las parafrenias que en la primera edición había incluido como una forma de esquizofrenia, junto a la esquizofasia. La parte tercera se dedicaba a las Psicosis exógenas, donde lo más significativo era la inclusión del apéndice sobre *Psicosis infantiles*. Por último, la parte cuarta, genéricamente titulada *Psiconeurosis*, se estructuraba más coherentemente que en la primera edición desde un punto de vista terminológico y conceptual, hablando de *Introducción al estudio de las psiconeurosis* —cuyo contenido era el del capítulo de *Psicosis psicógenas (neurosis)* de la primera edición, salvo una simplificación en el último apartado—, *Reacciones psicogenéticas* —donde el cambio más significativo era la supresión del apartado sobre Psicología de la simulación, manteniendo los dos dedicados a Reacción patomímica patológica y Psicosis patomímicas—, *Psiconeurosis pro-*

⁴⁴ *Ibid.* p. 293-306.

piamente dichas —las *Neurosis* de la primera edición excepto el apartado de Neurastenia constitucional y adquirida, que desaparecía—, y *Psicopatías*, que no experimentaba cambios externos, incluyendo al final de la exposición el capítulo de “Terapéutica de las psicosis”.

El capítulo dedicado a Psicosis esquizofrénicas sufrió algunos cambios terminológicos que, posiblemente, obedecieron a modificaciones teóricas. Así, si comparamos los sumarios de la primera y tercera ediciones, comprobamos cómo en la tercera desaparecen las referencias a las teorías constitucionalistas y a Kretschmer, se incluye un apartado dedicado específicamente a las *Formas finales de la esquizofrenia*, y se desplazan las parafrenias al grupo de nueva inclusión de las *Psicosis endógenas atípicas*. Pero, sobre todo, lo que resulta más significativo es el cambio en la denominación de los epígrafes en el apartado de *Sintomatología de la esquizofrenia* pues, mientras en la primera edición dividía los síntomas, al modo bleuleriano, en primarios⁴⁵ —donde incluía los trastornos de la asociación, de la afectividad, el autismo, los trastornos de la percepción, atención y conciencia, de la personalidad, y de la conducta—, accesorios —alucinaciones esquizofrénicas, ideas delirantes esquizofrénicas, trastornos del lenguaje y la escritura—, y somáticos, en la tercera edición pasaba a hablar de síntomas defectuales para referirse a los que en la primera edición era primarios, y marginales para los que había llamado accesorios, añadiendo un nuevo epígrafe para los síntomas procesuales⁴⁶.

Las casi doscientas páginas del capítulo de *Psicosis esquizofrénicas*⁴⁷ ponían de manifiesto la importancia que Vallejo Nágera concedía a esta enfermedad, que descri-

⁴⁵ En realidad, hacía la típica confusión de identificar los agrupados según un criterio patogénico —primarios y secundarios—, por los reunidos en función de su utilidad diagnóstica —fundamentales y accesorios—. En este caso, denominaba primarios a los síntomas que Bleuler consideraba fundamentales para el diagnóstico. Véase al respecto FOX (1978), MENECK (1979), RASKIN (1975) y RIEDER (1974).

⁴⁶ Los cambios sobre tratamiento, los comentaremos con detalle en el apartado 6.3 *Terapéutica*.

⁴⁷ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 567-752.

bía inicialmente como polimorfa, incomprensible psicológicamente, crónica y de curso progresivo, sin una unidad etiopatogénica, y base del resto de la patología psiquiátrica⁴⁸. El repaso que hacía a las distintas teorías sobre la esquizofrenia era ciertamente amplio⁴⁹, lo que le llevaba a concluir la existencia de cuatro grupos de esquizofrenia “desde el punto de vista de su valencia genotípica”: el grupo central de las esquizofrenias idiopáticas procesuales, “absolutamente condicionadas por un factor genotípico”; el grupo constitucional, donde la participación genotípica existiría en proporciones variables, pero en las que sería preciso la concurrencia de un factor exógeno para su desencadenamiento; un tercer grupo en el que los factores genotípicos parciales determinarían la presencia de síntomas esquizofrénicos en las psicosis exógenas; y, por último, esquizofrenias sin elemento constitucional esquizofrénico, donde la disposición a la enfermedad sería producto de varias noxas⁵⁰.

Como unas páginas más adelante podía comprobarse, se trataba de la asunción de las ideas de Berze, a quien concedía una importancia capital:

“La doctrina de Berze.- En realidad, ha sido BERZE (1929) el único autor que ha logrado un concepto general psicológico de la esquizofrenia, acorde con las realidades clínicas y que puede servir de excelente base para futuras investigaciones.

⁴⁸ “Polimórfica en sus manifestaciones, desconcertantes por sus extraños síntomas — incomprensibles psicológicamente—, misteriosas sus causas íntimas, constituye la *esquizofrenia* capitalísimo punto del interés psiquiátrico y eje de la Psiquiatría... Trátase de una enfermedad crónica y de curso progresivo, cuyos síndromes clínicos son tan variados que apenas se comprende una unidad etiopatogénica si todos ellos no dimanasen del que se denomina trastorno fundamental esquizofrénico. Dedicaremos amplísimo espacio al estudio de tan importante enfermedad psíquica, no sólo por su trascendencia social —peste blanca de la Humanidad civilizada—, sino también porque la comprensión de sus fenómenos psicopatológicos permite adentrarse en el conocimiento de las restantes enfermedades psíquicas”. *Ibid.* p. 567.

⁴⁹ Se iniciaba con el estudio histórico del concepto en Kraepelin y Bleuler hasta llegar a la teoría dualista de Claude, para luego hablar de las orientaciones psicológicas, la descripción del trastorno fundamental, la investigación fenoménica (Mayer-Gross, Berze, Gruhle, Krisch, Johnson, Minkowski, Zutt), la funcional (Carl Schneider y Zucker), la analiticodinámica, la psicoanalítica (Jung, Minkowski, Laforge, Schilder, Citron, Kuepers), las antropológicoexistenciales (Mayer-Gross, Binswanger...), la neurológica (Wermicke, Kleist), la constitucionalista (Kretschmer, Kahn, Hoffmann). *Ibid.* p. 567-80.

⁵⁰ *Ibid.* p. 579-80.

Por otra parte, puede decirse que ha sido el único autor que se esfuerza en ordenar sistemáticamente los síntomas para que se refieran al síntoma fundamental, señalando con reiteración la diferencia entre los síntomas procesuales y los defectuales. En la doctrina berzina constituye punto capital la clasificación de las esquizofrenias en idiopáticas, reactivas y sintomáticas, pues cada grupo debería ser a distintas causas⁵¹.

En consonancia con la misma, Vallejo Nágera primaba el origen orgánico y hereditario de la enfermedad⁵² otorgando un papel secundario a las noxas: “la disposición biohereditaria destaca en primer plano en la etiopatogenia de la esquizofrenia, y queda relegada a segundo término la importancia etiológica de las noxas externas, tanto las somatógenas como las psicógenas” quedando desconocida “la causa primaria de la esquizofrenia, cuya naturaleza ignoramos”. En función de la energía explosiva de dicha causa primaria, la esquizofrenia podría: ponerse en marcha sin el concurso de factores externos; precisar una disminución de “las resistencias del organismo” para que el influjo de los estímulos biológicos naturales —coincidentes con la maduración del organismo o con la función reproductiva— pudieran desencadenarla; o requerir el concurso de estímulos externos para poder evidenciar la predisposición latente a la enfermedad. En realidad, los dos últimos formarían el grupo de las esquizofrenias reacti-

⁵¹ *Ibíd.* p. 583-4.

⁵² En la década de los cincuenta aparecieron tres trabajos sobre el particular: ORDÓÑEZ (1959), PONS BARTRÁN (1953) y REY ARDID (1955). El primero de ellos fue, sin lugar a dudas, una de las mejores revisiones sobre la cuestión, a propósito del estudio de las posibles formas de transmisión de la enfermedad desde el punto de vista de la genética médica. De acuerdo con su autor, el factor etiológico específico de la enfermedad sería hereditario, de acuerdo con los estudios en gemelos, los resultados del heredopronóstico empírico, y la presentación al azar de la esquizofrenia en las fratrias; en la mayoría de los casos se trataría de una unidad genética, más que de una heterogeneidad; en cuanto a la forma de transmisión, planteaba como más probable una dominancia monómera con penetración total en los homocigotos e incompleta en los heterocigotos, sin descartar por completo una dominancia dimérica; por último, dejaba esbozadas las cuestiones por resolver, esto es, la variable o invariable penetrancia del gen, la acción de los genes accesorios modificadores, y los distintos factores modificadores de las panmixias.

vas, habiéndose de añadir un tercer grupo que sería el de las sintomáticas, de origen enteramente psicógeno⁵³.

Berze⁵⁴, la hipotonía de la conciencia y Rojas Ballesteros

Además de las referencias al mismo que hacía Vallejo Nágera en su libro, la mayor parte de veces que se citaba a Berze tenían que ver con la introducción del concepto de hipotonía de la conciencia como trastorno fundamental de la esquizofrenia, frase que ha llegado hasta nuestros días a modo de adagio, y cuyos orígenes se remontarían al siglo XIX⁵⁵. Sin embargo, salvo las continuas referencias que hizo Alberca (1957) en

⁵³ *Ibíd.* p. 590-1. Desde unos supuestos teóricos y de escuela distintos —la bibliografía citaba a López Ibor y autores relacionados con él, pero no a Vallejo Nágera—, Suárez de Puga (1958) llegaba a establecer una clasificación similar a partir de la respuesta frente al tratamiento neuroléptico. Así, hablaba de *Enfermedad* esquizofrénica cuando predominaba el trastorno biológico acompañado de un cuadro psicopatológico que matizaba el diagnóstico; *Psicosis* esquizofrénica cuando el cuadro psicopatológico asentaba sobre una ligera alteración orgánica; y de *Reacción* esquizofrénica cuando se trataba de la respuesta a noxas orgánicas o psíquicas pero sin que pudiera valorarse la existencia de una alteración biológica. Esta clasificación guardaba relación con el tratamiento, que sería paliativo en el primer caso, eficaz en el segundo, y coadyuvante de la psicoterapia en el último.

⁵⁴ Josef Berze, (1866-1958) fue discípulo de Meynert en Viena. En 1928 fue nombrado director del Hospital Psiquiátrico *Am Steinhof*. No hemos podido encontrar más datos biográficos de este autor austriaco.

⁵⁵ Como recuerda SCHARFETTER (1973), en 1889, Janet habló de una disociación psíquica, de una fragmentación de series de representaciones de la conciencia del yo, como consecuencia de una debilidad general de las ocupaciones psíquicas, un *abaissament du niveau mental*. También habló de un deterioro en la concepción del sentido de la realidad. Binet, en 1892, se refirió al concepto de disociación. Y Masselon (1902, 1904) denominó a la alteración básica de la demencia precoz como disociación de las funciones psíquicas. La idea de Janet fue propuesta como explicación por Even- sen para la amblinoia; y también por Berze, en la hipofrenia, para caracterizar la alteración básica de la paranoia y, más tarde, la de la demencia precoz. STENGEL (1957), por el contrario, opina que la explicación fisiopatológica que Bleuler ofrece rechaza las teorías de Janet acerca de “la disminución del nivel mental” o las de Freud acerca de las “fuerzas mentales”, ya que, de hecho, los términos conflicto y regresión apenas se mencionan.

La hipótesis de la sejunción (aflojamiento), de Wermicke, se hizo muy famosa (1880-1894, 1896). Discípulo de Meynert, Wermicke, como somaticista que era, entendía la disociación en un sentido anatómico: la enfermedad mental sería el resultado de la disociación entre el córtex y los centros subcorticales. Según esto, en determinadas alteraciones mentales acontecería una sejunción o aflojamiento en los vínculos de las asociaciones. Wermicke describió una esquizofrenia (en el sentido en que hoy la entendemos) de la cual dijo “el hombre está constituido a la vez de un número de personalidades diferentes, de modo que podemos calificar su estado como desintegración de la individualidad”. En 1904, Gross retomó la hipótesis de Wermicke y distinguió los automatismos de algunos catatónicos como síntomas secundarios de una cadena asociativa rota inconsciente-

su ponencia en el *Symposium...*, no hubo ninguna exposición crítica de sus ideas, para cuya consulta todos los autores remitían a los mismos tres trabajos, escritos en alemán⁵⁶. Pero lo que no deja de ser llamativo es que las ideas de Berze alcanzaran tal difusión en la psiquiatría española del franquismo cuando, al parecer, su influencia en otros países, salvo excepciones como la obra de Wyrsh (2001), no fue tan amplia⁵⁷. No obstante, preferimos mostrarnos cautos al respecto, pues en la actualidad parece que se esté comenzando a revisar su vida y la significación de su obra⁵⁸.

mente; calificó como característico de esta enfermedad la incoherencia disociativa; y sugirió, en función de ello, el nombre de demencia sejuntiva (SCHARFETTER, 1973).

⁵⁶ BERZE, J. (1914), *Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität*, Leipzig, Franz Deuticke; BERZE (1928), *Psychologie der Schizophrenie*, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 88, 299-ss, y BERZE y GRUHLE (1929), *Psychologie der Schizophrenie*, Berlín, Springer. Hasta la aparición, en 1998, de la traducción de parte de este último trabajo—que cuenta con un breve comentario introductorio de Barcia—, no se disponía de ningún texto de Berze en español.

⁵⁷ Entre sus contemporáneos, BUMKE (1946: 680-774) sólo incluye un trabajo suyo en el capítulo de esquizofrenia, donde no aparece apenas citado, CONRAD (1997: 247) lo cita asociado a la hipotonía de la conciencia, mientras JASPERS (1996: 555, 646) sólo hace dos referencias en el texto, y no precisamente por sus ideas sobre esquizofrenia. De los autores españoles, lo citaron con bastante detalle CALVO CRIADO (1927), RODRÍGUEZ LAFORA (1952), ROJAS (1957), SANCHÍS BANÚS (1928), VALENCIANO (1933), y VALLEJO NÁGERA (1944-1954).

⁵⁸ En cuanto a las revisiones históricas que hablan de Berze, BATTEGAY *et al.* (1989) sólo se refieren a él en tres ocasiones, BERRIOS (1996) apenas le concede espacio, COLODRÓN (1990) lo cita en diez ocasiones, pero sólo en una le dedica un comentario, de apenas tres líneas, mientras que en otra lo hace para recordar su concepto de hipotonía de la conciencia. Kircher y David (2003: 459), insisten de nuevo en la teoría de la hipotonía. Por el contrario, GARRABÉ (1996), HOEING (1995) o POSTEL y QUÉTEL (1995) no lo nombran en absoluto —los últimos no lo incluyen tampoco en el apéndice biográfico—.

En una búsqueda en la literatura psiquiátrica internacional circulante, tal vez sea el artículo de SASS (1989) el que le concede más espacio. Al hablar sobre las distintas formas de clasificar los síntomas en positivos y negativos, recuerda como, para Berze, existiría un proceso primario y un síndrome de déficit, enfatizando la importancia de la enfermedad inicial e intentando un acercamiento empático a los síntomas del paciente, para lo cual empleó el método fenomenológico de Jaspers. Berze registraba como síntoma primario la incoherencia, que el paciente percibe como confusión o perplejidad. El pensamiento bizarro se ve objetivamente, pero en racional para el paciente, con lo que sería secundario. Las alucinaciones serían primarias si tienen expresa cualidad sensorial, mientras que las otras serían secundarias para el autor, y se generarían por trastornos de conciencia. Mientras que para Bleuler, influido por la teoría de la asociación, el síndrome negativo sería la pérdida de asociaciones y el positivo la reacción de la mente sana, para Berze lo primario sería la insuficiencia de la actividad psíquica, y lo positivo la pérdida de la actividad intencional.

Algo similar pareció ocurrir con Rojas Ballesteros⁵⁹, quien también elaboró, en colaboración con su discípulo Rojo Sierra, una teoría sobre la hipotonía de la conciencia como trastorno fundamental de la esquizofrenia. Según parece, la formulación “original” fue la que aportó al *Symposium sobre Esquizofrenia*, sin que hayamos encontrado elaboraciones posteriores, si las hubo⁶⁰, pues las citas que sus discípulos seguían haciendo a su teoría, veinte años después⁶¹, seguían haciendo referencia al *Symposium*.

De forma resumida, Rojas planteaba que el trastorno fundamental de la esquizofrenia, imposible de localizar en ninguna estructura concreta “pues no sería explicable que facultad tan específicamente humana residiese en un punto concreto de localización”, era un trastorno de la conciencia, si bien empleaba la misma denominación — conciencia—, para dos acepciones diferentes. Así, en la fase de estado, “El enfermo ha perdido la conciencia de los límites de su persona, teniendo la impresión de vivir como disuelto en el cosmos. Esto lo formula diciendo que está ‘difuminado’... Su conciencia no se encuentra alterada en el sentido del oscurecimiento ni de la confusión, que es lo que habitualmente entendemos por trastornos de la conciencia... [sino que] recuerda a los estadios más superficiales del sueño, de un sueño aún no visualizado” y, por tanto, se trataría de la entrada en un estado oniroide que, sin llegar a la confusión, daría lu-

⁵⁹ El granadino Luis Rojas Ballesteros (1906-1974) se especializó en Alemania con Lange (Munich) y con Kleist (Frankfurt). Tal vez por ello se adscribiera a las tesis de Berze sobre la hipotonía de la conciencia como alteración fundamental de la esquizofrenia. Por otra parte, en contra de lo expresado por BARCIA (1997, 1998a), la producción de Rojas sobre la esquizofrenia no fue muy abultada, pues únicamente hemos encontrado en nuestra base de datos (REY *et al.*, en prensa), dos artículos sobre el particular, los mismos que recoge FERNÁNDEZ MONTAÑA (1994).

⁶⁰ Máxime cuando el propio ROJAS (1957: 46) afirmaba “Las ideas que a continuación exponemos están incompletas y de seguro que necesitan posteriores y calmosas meditaciones mediante las cuales podamos llegar a un mejor entendimiento de los asuntos que profesional y científicamente no están encomendados”.

⁶¹ GINER (1969) y SORIANO (1973).

gar a la aparición de la clínica alucinatoria, afectiva y delirante que caracterizarían a la enfermedad⁶².

Sin embargo, para caracterizar la alteración de la conciencia, también cualitativa, propia de los estados finales, Rojas recurría a argumentos ajenos a la neurofisiología —empleados en el caso de la sintomatología productiva—, para embarcarse en una discusión antropológico-existencial, con las preceptivas citas a Heidegger y Ortega, por la que equiparaba “el grado de conciencia con el grado de capacidad de estar en el mundo. De modo que el hombre en su mundana existencia está siempre en un equilibrio inestable entre distintos grados de lucidez de conciencia, extremos que habitualmente estarían representados por el estado vigil y el sueño profundo”. De acuerdo con esta formulación, el desapego propio de los cuadros defectuales —la retracción de los pacientes aislándose del mundo—, sería consecuencia de la incapacidad para percibir el sentido de la vida y de los hombres, no pudiendo elaborar una acción finalista conforme al mismo. Y esto sólo sería posible porque “el enfermo ha descendido en su humana condición de los estratos superiores de la conciencia a estratos situados por bajo de la misma”, adoptando para dicho fenómeno el término de “*Hipotonía de la conciencia*, adoptando la frase de J. Berze⁶³”.

⁶² ROJAS (1957), p. 48-52.

⁶³ *Ibid.* p. 58-9. Cursivas en el original. De forma congruente con lo que acabamos de ver, autores como CABAILEIRO (1958c), plantearían que el potencial mecanismo de acción de los neurolépticos sería una suerte de síndrome psicotóxico (equiparable al síndrome psicoorgánico de las terapias de choque, sobre todo las convulsivantes) que provocaría una especie de desconexión emocional, junto con una alteración del nivel de conciencia: “una desestructuración de los niveles de conciencia... La acción de estos fármacos sobre los diferentes niveles de conciencia, sobre la percepción, por lo tanto, y el descenso de la tensión emocional o ‘neutralización emocional’ como dicen Delay y sus colaboradores, llevan al enfermo a un estado de disminución de la energía psíquica como señalan Staehlin y Kielholz. Ello ha de modificar no sólo las vivencias procedentes del mundo exterior, sino las del interior... debilitándose... Ello permite a los restos sanos de la personalidad ‘encapsular’ el delirio y... establecer nuevos contactos con la realidad. En esta fase consideramos fundamental en estos casos, al igual que señalamos en repetidas ocasiones para las terapéuticas de choque, la acción psicoterápica”.

6.1.3 La escuela de Frankfurt: Wermicke, Kleist y Leonhard

Solé Sagarra

El introductor más autorizado de la escuela de Frankfurt en España fue Solé Sagarra quien, paradójicamente, se había formado con ilustres miembros de la escuela de Heidelberg. El vínculo de unión con Leonhard para la elaboración del *Manual de Psiquiatría* fue no sólo la amistad personal con el autor⁶⁴, sino, sobre todo, la coincidencia en la concepción somaticista de la psiquiatría⁶⁵. La orientación biologicista de Solé y Leonhard quedaba fuera de toda duda: “Sin pretensiones dogmáticas, y sólo con espíritu heurístico, nosotros creemos que en el estado actual de nuestros conocimientos psiquiátricos una *definición* bastante completa, y sencilla al mismo tiempo, puede ser la siguiente: *Psiquiatría es la ciencia biológica que sirve para conocer, evitar y curar los trastornos psíquicos*⁶⁶”.

Estas palabras daban pie a un apartado donde exponían una serie de disquisiciones sobre la *Esencia de la enfermedad psíquica*, distinguiendo —de acuerdo con Schneider—, entre psicopatías, es decir, aquellas situaciones en las que había un trastorno cuantitativo, en sentido negativo, de los valores sociales y del desarrollo armónico entre las tendencias y los instintos, que no eran “una enfermedad mental propiamente dicha, sino más bien un problema del dualismo empírico cuerpo-psyque; prácticamente una anomalía de la personalidad, de intensa raigambre congénita”; y psicosis, esto es, un concepto positivo de enfermedad en la que había unos cambios psíquicos cualitativos que indicaban “un *novum* patológico en el corte longitudinal de la curva vital del individuo”, para las que necesariamente aceptaba un origen orgánico.

⁶⁴ Solé Sagarra conoció a Leonhard (1904-1988) en el transcurso de una estancia de dos días en Frankfurt durante su etapa de formación en Alemania. Durante el Congreso Alemán de Neuropsiquiatría de 1949, Kretschmer, amigo personal de ambos, les estimuló para que escribieran el libro. (Entrevista telefónica con Solé Sagarra, 23/3/2004).

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ SOLÉ y LEONHARD (1953), p. 90. Cursivas en el original.

Al hilo de los diferentes enfoques posibles para el estudio de la enfermedad mental, planteaban la cuestión de la misma como pérdida de libertad, aunque mostrándose poco partidarios de una definición de esta índole debido a la finalidad inherente a la psiquiatría, cual era “el estudio de la somatosis, que sirve de base a la enfermedad mental... [poniendo] en marcha el síntoma o síndrome mental, que, una vez desencadenado, cursa con leyes propias”, para lo cual recurrían al manido ejemplo de la parálisis general. El apartado finalizaba con unos comentarios a propósito de la escuela francesa en los que equiparaban el dinamismo con el mecanicismo, para abogar por un “concepto de enfermedad psíquica que... involucre la parte sana del psiquismo en todo enfermo mental, de la cual derivan correlaciones con la parte enferma del psiquismo, que pueden obrar patogénicamente⁶⁷”.

Al igual que Vallejo Nágera, Solé y Leonhard (1953: 84-9) se veían obligados a tomar como base la clasificación de Kraepelin, pero introduciendo las variaciones que consideraban pertinentes:

“Esta clasificación carece en realidad de un criterio unitario, ya que se basa en la anatomía patológica unas veces y en la etiología, curso y sintomatología en otros casos. Tal heterogeneidad le da más carácter de hipótesis de trabajo que de realidad demostrada. No obstante, es la que debe dirigir aún la nosología psiquiátrica actual, con las rectificaciones y adiciones pertinentes (tales, el añadir la enfermedad de Pick al apartado VI, 3; revisar los apartados VIII, XII y XIV, etc.), mientras no se llegue a la unificación de criterio taxonómico y etiopatogénico que todos los psiquiatras anhelamos.

... A pesar de todo, sigue imperando la idea kraepeliniana en el núcleo de toda clasificación psiquiátrica que no deje desviarse por los unilateralismos extremistas de la Psiquiatría actual, tales como el psicoanálisis a ultranza, los uniformis-

⁶⁷ *Ibid.* p. 91-94. Esta apelación a los restos sanos de normalidad será un tema recurrente en los autores a propósito de cuestiones psicoterápicas. Y posiblemente significara uno de los puntos de discordia que HUERTAS (2002: 99) recuerda se produjo entre Vallejo Nágera y los psiquiatras progresistas de la época en torno al caso Hildegart.

tas exagerados que abocan a la psicosis única y los detallistas demasiado disgregadores.

Nosotros nos conservamos fieles al sistema nosológico kraepeliniano en sus líneas esenciales; pero teniendo presente que una clasificación clínico-etiológica de este tipo tiene que estar sujeta a constantes modificaciones de fondo y forma, tanto por el descubrimiento de nuevas entidades nosológicas independientes, como por la complejidad de los factores patogénicos; pues todas las psicosis contienen múltiples radicales patógenos y en caso alguno resultan de una sola causa, por intensa que sea y efectiva que parezca. La imposibilidad de establecer en Psiquiatría una relación directa de causa a efecto dimana, en primer término, de que en la enfermedad mental entran en juego factores constitucionales que alteran radicalmente las manifestaciones clínicas que resultan de la acción del agente morboso sobre el cerebro; en segundo término, porque la psicosis representa la reacción de una personalidad, de una individualidad, que se estructura un sistema defensivo o de hipercompensación en defensa de los influjos morbosos. Por esto, en Medicina mental no pueden emplearse los conceptos diagnósticos simplistas de causa a efecto propios de la Medicina somática⁶⁸.

en lo que no sólo era una adscripción teórica determinada, sino también el enunciado de los supuestos teóricos que servían a Solé para conceptuar la esquizofrenia como enfermedad. El capítulo se extendía en comentar las clasificaciones propuestas por Kretschmer y Schneider “exponente de uno de los dilemas actuales más acuciantes de la problemática general psiquiátrica”, para luego dedicar atención a “la especial ordenación clínica de la Escuela de KLEIST, que es la que seguimos en la parte especial de este libro⁶⁹”.

⁶⁸ SOLÉ y LEONHARD (1953), p. 89, 93-4.

⁶⁹ *Ibid.* p. 93.

La propuesta de Kleist⁷⁰ consistía en la descomposición del binomio kraepeliniano esquizofrenia-psicosis maniácodepresiva, en “pequeñas entidades nosológicas, determinables por su curso, estado final y respuesta a los tratamientos biológicos actuales... cuyas clasificaciones de las mismas (Conferencias del Instituto Pedro Mata, Reus, 1950) representan la superación clínica y analítica más aceptable del sistema nosológico kraepeliniano... Tanto sus formas fasofrénicas como esquizofrénicas son, a buen seguro, realidades clínicas, quizá aún desdibujadas, pero *con gran valor heurístico para relacionarlas con la patología cerebral*⁷¹”.

Así pues, desde este presupuesto organicista casi a ultranza, la clasificación de Kleist tan aplaudida por Solé, dividía las psicosis endógenas en fasofrenias y esquizofrenias. Las primeras comprendían “el círculo timopático en amplio sentido, desbordando el círculo de la psicosis maniácodepresiva, que sólo es ya una parte de él. Existe la bipolaridad sintomática propia de todos los síndromes de la patología cerebral⁷²”. Se dividían en *formas unipolares y simples*, tanto de carácter depresivo como maniaco, y en las cuales una observación mal realizada podía inducir al error de considerarlas esquizofrénicas, pues era propio de estas últimas el apagamiento afectivo; y en *formas bipolares (polimorfos)*⁷³.

Dentro del capítulo de las psicosis endógenas, en la parte de psiquiatría especial del *Manual...*⁷⁴, se dedicaba un epígrafe a las psicosis cicloides, cuyas tres formas — angustia-felicidad, incoherente-estuporosa, y de motilidad— se habían incluido en la exposición de la nosotaxia como formas bipolares (polimorfos) de las fasofrenias, junto

⁷⁰ Recientemente NEUMÄRKER y BARTSCH (2003) han publicado una documentada revisión donde se abordan variados aspectos de la vida y obra de Kleist (1879-1960), a la que remitimos para su consulta.

⁷¹ SOLÉ y LEONHARD (1953), p 102-3. *Cursivas nuestras*.

⁷² *Ibid.* p. 103.

⁷³ Al final del apartado tenían unas palabras elogiosas hacia López Ibor por su intento de ampliar el “círculo timopático... a costa, principalmente, de cuadros clínicos interpretados hasta ahora como neuróticos, psicopáticos y depresivos endógenos”. *Ibid.* p. 108.

a la psicosis maniácodepresiva. La existencia de tales psicosis cicloides estaba justificada por su semejanza clínica con el brote esquizofrénico, pero su evolución hacia la curación sin defecto alguno las hacía subsidiarias de constituir un grupo de psicosis marginales.

En cuanto a las esquizofrenias, siguiendo el doble criterio definitorio que se basaba en el curso y en la evolución, las equiparaban con la patología neurológica degenerativa, muestra clara del organicismo casi a ultranza que hemos comentado:

“Son el contrapolo de las fasofrenias. En las fasofrenias el curso es fásico y no conlleva defecto; en las esquizofrenias el curso no es fásico y abocan en defecto. Son destructivas. Se pueden comparar a las neuropatías degenerativas del sistema nervioso, como la atrofia muscular progresiva, ataxia de FRIEDREICH, corea de HUNTINGTON y parálisis agitante. Se puede hablar, pues, de un sistema orgánico que sufre; son enfermedades sistemáticas, de las que se pueden distinguir tres tipos:

- a) Enfermedades neurológicas (tipo enfermedad de FRIEDREICH).
- b) Enfermedades mixtas, entre neurológicas y psíquicas (tipo corea de HUNTINGTON).
- c) Enfermedades psíquicas (tipo esquizofrenia)⁷⁵”.

⁷⁴ Elaborada por Leonhard, pues Solé Sagarra fue el responsable de la parte general (Entrevista telefónica con Solé Sagarra, 23/3/2004).

⁷⁵ SOLÉ SAGARRA y LEONHARD (1953), p. 105-6. Esta identificación con la patología neurológica sería constante en autores formados en Alemania, como también fue el caso de JIMENO VALDÉS (1962: 247) quien, en la introducción de un trabajo realizado en el instituto Max Planck de Munich, afirmaba: “la aplicación de criterios neurológicos y no solamente psicológicos para el enjuiciamiento de la fenomenología de esta enfermedad [la esquizofrenia], ha de arrojar, y de hecho está arrojando ya, nueva luz sobre las correlaciones psicósomáticas”. Y, en las conclusiones (1962: 262), esbozaba una hipótesis para su localización: “puede concluirse que el trastorno orgánico nuclear de la esquizofrenia ha de ser difuso y sistematizado. Difuso por afectar simultáneamente a los más diversos sistemas cerebrales y sistematizado por afectarlos precisamente en sus funciones integradoras. Es posible, sin embargo, que la lesión se localice en determinadas áreas asociativas muy centrales en el sistema cerebral, hablando también en el sentido de la Dinámica Cerebral de Gonzalo”. A propósito de un caso clínico de encefalitis con corea de Sydenham que debutó con clínica de aspecto esquizofrénico, MARTÍNEZ DÍAZ (1952) proponía una localización común para el origen orgánico de ambas enfermedades.

El concepto de esquizofrenia, de acuerdo con Solé y Leonhard (1953: 457-9), partía de la base de una disposición congénita, lo que les llevaba a encuadrarla, al modo clásico, dentro de las psicosis endógenas, para las que había “un acuerdo unánime en considerar la causa esencial en una disposición hereditaria patológica”. En el caso de la esquizofrenia, “nuestra opinión es que debe aceptarse varias esquizofrenias con herencia diferente, y no la ley del todo o nada”, si bien “Todas las *demás causas* que no sean las hereditarias quedan relegadas a un segundo término”, despreciando el valor patógeno de las influencias ambientales⁷⁶, las conmociones anímicas, las infecciones, o las influencias endocrinas, de las cuales sólo el puerperio se relacionaría con el desencadenamiento de esquizofrenias.

Y así Leonhard, siguiendo a Kleist, remarcaba la existencia de dos grupos distintos de esquizofrenias en función de la supuesta etiología: uno sería de origen extracerebral, “puesto que los accesos sobrevienen como en las psicosis exotóxicas”, mientras el otro sería “central”, de evolución paulatina, atribuyéndosele un “proceso degenerativo primario del sistema nervioso”, que lo vinculaba con los cuadros neurodegenerativos. Las primeras, atípicas, recibían la denominación de *asistemáticas*, “porque no ofrecen un cuadro clínico tan severo como las típicas o *sistemáticas* del grupo central”. Las segundas, el “grupo central de las esquizofrenias”, tenían “en el centro del proceso patológico *la producción de un defecto psíquico*”, de curso paulatinamente progresivo, con remisiones insignificantes y poco frecuentes, donde la clínica defectual era indicativa de la “existencia de *alteraciones cerebrales*, que con los métodos actuales no han podido ser bien comprobadas aún⁷⁷”.

Fisiopatológicamente, de acuerdo con esta línea de clara inspiración neurológica, la esquizofrenia resultaría de la pérdida selectiva de funciones cerebrales, determinando la aparición de una disfunción mental específica, o de síntomas de irritación cere-

⁷⁶ “Sin embargo, hasta ahora ninguna comprobación objetiva se ha podido encontrar en tal concepción especulativa” (SOLÉ SAGARRA y LEONHARD, 1953: 458).

bral, en ambos casos síntomas cardinales que había que buscar y que prestaban a la psicosis su cuadro clínico característico⁷⁸. En un artículo posterior, Solé Sagarra (1961: 13) se reafirmaría en su convencimiento de que su patogenia “juega un papel destacado la neuroanatomo-fisiología del encéfalo”, lo que le llevaba a dejar a un lado tanto las teorías psicogenéticas defendidas por los americanos “y que para nosotros tiene valor secundario”, así como “las teorías especulativas recientes de la psiquiatría soviética”, que trataban de correlacionar la anatomía patológica con los reflejos condicionados cerebrales⁷⁹.

6.1.4 La escuela de Heidelberg

López Ibor

Publicada en 1949 como resultado “de la necesidad de realizar unos ejercicios de oposición” a la cátedra de psiquiatría de la Universidad de Madrid⁸⁰, posiblemente fuera éste uno de los motivos por los que el libro de López Ibor (1949), *Los problemas en las enfermedades mentales*, fuera un compendio de diversas teorías de otros autores, habitualmente de la escuela de Heidelberg, más que una exposición de la suya propia⁸¹.

⁷⁷ *Ibid.* p. 483.

⁷⁸ LANCZIK *et al.* (1995), p. 308-9.

⁷⁹ En una entrevista telefónica (23/3/2004), Solé Sagarra recordaba como siempre fue partidario de las teorías somaticistas, razón por la cual su *Manual...* fue libro oficial de texto en Cuba “durante más de treinta años, porque encajaba con el materialismo dialéctico del régimen castrista”.

⁸⁰ LÓPEZ IBOR (1949), p. V. Son las palabras con las que empieza el *Prólogo galeato* a que hace referencia Pérez López-Villamil en la entrevista que realizó APARICIO (1985). Como ya dijimos, Vallejo Nágera sería quien accedería a la cátedra en 1947.

⁸¹ Al menos esa es la impresión que se obtiene tras la lectura del capítulo dedicado a la clínica, *IV Problemas clínicos*, en el que se extendía por espacio de 39 páginas en hacer un repaso, ciertamente magistral, sobre las diferentes teorías que habían ido conformando las distintas entidades nosológicas, dentro de los parámetros de la escuela de Heidelberg —aunque no lo hemos recogido en el texto, en el apartado dedicado al círculo esquizofrénico nombra a Gruhle, Mayer-Gross, ambos Schneider, etc.—, con algunas referencias a otros autores. Sin embargo, apenas incluye opiniones propias, más allá de la mera adscripción de escuela. Por otra parte, nos gustaría advertir que, aunque personalicemos en la figura de López Ibor las ideas de la escuela de Heidelberg, éstas estaban presentes en España desde tiempo antes, y fueron mantenidas por diversos autores, entre ellos Castilla del Pino y Martín Santos.

En el caso concreto de la esquizofrenia, cuyos orígenes históricos resumía de forma concisa y completa, sólo encontramos una toma de posición cuando manifestaba: “a mi modo de ver, la esquizofrenia de Bleuler representa el primer avance que hace la interpretación funcional en el estudio de las grandes psicosis⁸²”. Este comentario estaba obligadamente relacionado con lo que expresado al inicio del capítulo, donde mostraba su concepción holística de enfermedad: “*Lo que enferma siempre es el hombre y todo el complejo de sus manifestaciones. La enfermedad no es más que un ente abstracto, un ‘eidos’ platónico, y el médico, con lo que opera siempre es con la realidad del hombre enfermo*”⁸³.

Era éste un planteamiento que seguramente respondía a necesidades ideológicas, en el sentido señalado en el *Capítulo 3. Revisión historiográfica...*, puesto que unas pocas líneas más arriba denostaba la visión reduccionista de materialistas —“que sólo ven la vida psíquica como un epifenómeno de la vida orgánica, no deberían hablar nunca de enfermedades psíquicas” — y espiritualistas —para quienes no habría problema “puesto que el *espíritu no puede enfermar*” —. Y es que desde un punto de vista teórico, la esquizofrenia representaba, para López Ibor, “el punto más fundamental y el más instructivo para ser expuesto como modelo de la investigación clínica”, elemento básico y fundamental para la investigación en psiquiatría, por encima de cualquier otra consideración. De este modo, desplazaba el foco de interés desde lo material o lo psicológico a lo clínico, lo que le permitía soslayar cualquier problema teórico que contraviniera la adscripción teórica del régimen, al tiempo que daba opción a la especulación teórica sin un fundamento empírico⁸⁴.

La importancia concedida a la clínica volvía a recalcarse en el apartado final con que cerraba la descripción de las diferentes formas clínicas:

⁸² *Ibid.* p. 253.

⁸³ *Ibid.* p. 244. Cursivas en el original.

⁸⁴ A pesar de la virulenta con que está escrito, pensamos que el análisis que hace GONZÁLEZ DURO (1978) sobre la ideología y adscripción teórica de López Ibor sigue siendo acertado.

“las líneas fundamentales de la sistemática kraepeliniana deben mantenerse con ciertas modificaciones⁸⁵. Ahora bien, debemos tener presente que no se trata de entidades nosológicas, sino de *tipos clínicos*... la clínica psiquiátrica no puede hacer otra cosa sino aislar unos tipos clínicos que le permitan hacer pronósticos y señalar terapéuticas. El diagnóstico queda, pues, relegado a un lugar secundario en el pensamiento de la clínica moderna... Los tipos clínicos, es decir, las pretensas unidades nosológicas, se mantienen para la ordenación del material. Para la penetración en el caso individual, en el caso clínico propiamente dicho, hay que dar el salto desde el tipo clínico al diagnóstico personal⁸⁶”.

En el caso concreto de la esquizofrenia, sus ideas se completaban con unos comentarios posteriores en el apartado de terapéutica, donde planteaba la existencia de un trastorno axil, al que se sobreañadían el resto de síntomas, en un concepto que expresaba las conocidas ideas sobre el trastorno primario y secundario de Bleuler, aunque formulado de manera más reduccionista y totalmente inespecífica. Desde el punto de vista terapéutico, los síntomas sobreañadidos, que no derivados, eran susceptibles de desaparecer, mientras que el trastorno axil sería resistente a la actuación terapéutica. Para López Ibor, dicho trastorno estaría representado por la alteración de la personalidad⁸⁷.

6.1.5 El *Symposium sobre Esquizofrenia (1955)*⁸⁸

En realidad, el interés de López Ibor por la esquizofrenia en el conjunto de su obra fue más bien escaso⁸⁹, pudiéndose considerar como representativo de su opinión

⁸⁵ “Sería la más esencial la paranoia. En los libros de Psiquiatría ingleses y americanos se sigue conservando esta forma con especial tenacidad (véase el libro de Henderson y Gillespie)”. *Ibid.* p. 281, n. 1.

⁸⁶ *Ibid.* p. 281-2.

⁸⁷ *Ibid.* p. 298. Estas ideas serían repetidas por otros autores como ALARCÓN (1953).

⁸⁸ Hubo también otros dos *symposia* sobre esquizofrenia: Madrid, 29 de noviembre de 1974 (donde se PELAZ (1974) presentó su comunicación); y Bilbao, 13 y 14 de junio de 1975 (éste, de carácter internacional, contó con la comunicación de ROJAS, 1974). Como puede apreciarse, hemos tenido

al respecto lo manifestado en el seno del *Symposium sobre Esquizofrenia* que, bajo los auspicios del CSIC, organizó en Madrid en 1955 y, sobre todo el artículo que un tiempo después apareció en su revista, *Estudios sobre la esquizofrenia*. Entre el elenco de participantes se encontraban, según las actas publicadas dos años después, los suizos Durand, Bleuler hijo y Wyrsh —este último con dos ponencias—, los alemanes Schneider—también con dos ponencias— y Ewald, los lisboetas Barahona y Polonio, Ey (París), Alberca (Valencia), Delgado (Sevilla), Llaveró (CSIC), Rojas (Granada), Sarró (Barcelona), Vallejo Nágera y personal de su entorno como Pelaz o Rodríguez Lafora y, por último, el propio López Ibor —con tres intervenciones—, acompañado de tres miembros de su clínica neuropsiquiátrica, Coullaut, López de Lerma y Peraita⁹⁰.

noticia de ellos de forma indirecta y no disponemos de las actas. De todos modos, su repercusión parece que no fue comparable con la que tuvo el de 1955.

⁸⁹ Como puede comprobarse fácilmente en el apartado 8.1 del *Capítulo 8. Bibliografía* al hacer un repaso de las fuentes empleadas para la elaboración de esta tesis, tanto de los artículos de revista como de los tres apartados en que hemos dividido los libros, folletos y capítulos de libro. Un posible motivo para ello, a modo de hipótesis, pudo tener relación con su dedicación a la “psiquiatría de gabinete”, donde posiblemente hubiera un predominio de la patología neurótica, mientras los cuadros psicóticos a tratar tal vez fueran los casos incipientes, los leves, y las formas mitigadas. Y es que, con la excepción de Coullaut, como comentamos en el apartado 6.3 *Terapéutica*, los autores que escribieron sobre la esquizofrenia provenían del entorno manicomial. En este contexto, cobraría sentido el interés de Vallejo Nágera por la misma, —en 1929 ya había escrito una monografía sobre el particular—, pues su labor clínica se desarrolló en Ciempozuelos, un manicomio. Queda aún pendiente un estudio comparativo de la rivalidad, la influencia y la polarización de la psiquiatría española respecto a estas dos figuras, como se desprende, entre otras, de las palabras de RODRÍGUEZ LAFORA (1960) en la necrológica que hizo de Vallejo Nágera.

⁹⁰ En esta relación había, al menos, dos ausencias significativas: las de Valenciano y Cabaleiro. Como veremos en el apartado 6.3 *Terapéutica*, la revisión sobre el tratamiento de la esquizofrenia que Valenciano había hecho 20 años antes seguía siendo un trabajo aún por superar, a pesar de lo cual este trabajo desapareció por completo de la bibliografía circulante durante el franquismo, sin recibir una sola referencia en el *Symposium*, ni en los trabajos sobre terapéutica que se editaron durante todo este tiempo. En cuanto a Cabaleiro, cuando se celebró la reunión ya contaba en su haber con tres de las cuatro monografías que dedicó al tema y que, junto con los trabajos de MARCO MERENCIANO (1942) —fallecido unos meses antes del *Symposium*— y SARRÓ (1940), eran las únicas obras de autores españoles dedicadas específicamente a la esquizofrenia.

La vida y obra de Valenciano (1905-1985) ha sido estudiada ampliamente a través del número monográfico que le dedicó la revista *Archivos de Neurobiología*, 48(6) en el año de su fallecimiento; del libro homenaje *Luis Valenciano: la dimensión múltiple*, editado por la Consejería de Cultura, Educación y Turismo de la Comunidad Autónoma de Murcia, en 1988; y de la tesis doctoral de CERÓN (1994). Uno de los representantes del “exilio interior”, nos interesa aquí señalar el hecho significativo de la ausencia de publicaciones de Valenciano entre 1936 (en el número “perdido” de *Archivos* que

Las intervenciones de los autores españoles fueron variadas, aunque aquí sólo comentaremos la conferencia que clausuraba el *Symposium*⁹¹, lo que nos permitirá completar, junto con el mencionado artículo de 1958, el estudio de las ideas de López Ibor iniciado en el apartado anterior; y la comunicación de Rodríguez Lafora, que expuso de manera un poco más completa en un artículo titulado *Los aspectos somáticos, fisiopatológicos y psicodinámicos de la esquizofrenia (la problemática actual de la esquizofrenia)*, publicado en 1957.

López Ibor

López Ibor (1957: 382-3) consideraba, siguiendo a Wyrsh, que la esquizofrenia era una forma de enfermar que afectaba a la totalidad del individuo. Dicha forma de enfermar se caracterizaba por un trastorno axil que identificaba, de acuerdo con los postulados existencialistas, como una alteración de la actividad del yo “o más profundamente dicho, del *estar-en-el-mundo*”, y estaba determinada por una peculiar alteración del estado de ánimo, con lo que entroncaba con todo su desarrollo teórico personal alrededor de las timopatías. Admitía, además, un origen orgánico de la enfermedad, localizando la “somatosis” en el tronco cerebral —donde “las alteraciones de la conciencia y la vitalidad encuentran allí su palanca principal”—, lo que le permitía nuevamente relacionar la esquizofrenia no sólo con las timopatías, sino también con las teorías que postulaban la alteración de la conciencia, justificando así la eficacia de acción de las terapéuticas de choque.

hemos consultado en versión *fac-símil*) y 1957. Especialmente interesante para comprender ese “silencio” es el trabajo de GONZÁLEZ DURO (1985).

⁹¹ Excepto el trabajo de Delgado, que no incluiremos, los restantes trabajos que leyeron los autores españoles en el *Symposium* se comentan en otras partes de la tesis: así, en el apartado 6.2 *Clínica y diagnóstico* veremos los de Alberca y Vallejo Nágera, al hablar de las formas finales de la esquizofrenia; el de Rojas, en el epígrafe 6.1.2 *El panorama de la posguerra*; el de Pelaz y otro de los de López Ibor en el apartado 6.2 *Clínica y diagnóstico*. Por último, en el apartado 6.3 *Terapéutica*, repasaremos los de Llaveró, Coullaut, López de Lerma, Peraita y el restante de López Ibor.

Sin embargo, fue su extenso artículo de 1958 donde abordaba diferentes cuestiones acerca de la esquizofrenia, en un intento de actualizar los conocimientos al respecto así como de exponer sus propias teorías, con cuestiones doctrinales expuestas en otro lugar relacionadas con la fenomenología del delirio. El artículo, que no incluía referencias, estaba repleto de citas a distintos autores, la mayoría de ellos de la escuela de Heidelberg⁹², siendo únicamente Sarró y él los únicos españoles citados. Igualmente reseñables eran los comentarios devaluadores hacia enfoques distintos a la psicopatología clásica: “Las interpretaciones psicoanalíticas, por un lado, y las antropológico-existenciales, por otro, esforzándose en la comprensión de cada caso clínico con arreglo a sus circunstancias histórico-individuales, amenazan los principios mismos del diagnóstico⁹³”.

En síntesis, la esquizofrenia se caracterizaría clínicamente por la aparición de una serie de síntomas patognomónicos, de manera que la presencia de uno de ellos justificaría el diagnóstico de esquizofrenia, entendiendo la acción de diagnosticar en el sentido de clasificar un cuadro clínico⁹⁴. Respecto a los síntomas más característicos, existiría una coincidencia entre los elegidos por autores como Schneider, Gruhle o Bumke, pues se trataría de síntomas que ofrecerían una estructura peculiar relacionada con la función misma, y no con su contenido.

Respecto al trastorno fundamental de la enfermedad, que López Ibor seguía citándolo en el trastorno de la actividad del yo, señalaba como características dos notas esenciales no consideradas anteriormente, y que necesariamente lo relacionaban con las alteraciones en la conciencia: el carácter de pasividad con que estaba dotada la actividad, de tal suerte que lo que resulta de ella aparecía como impuesto; y la contaminación o fusión de vectores distintos de la actividad del yo, como el percibir y el pen-

⁹² Los cinco más citados fueron Kurt Schneider, en veinte ocasiones; Bleuler —que no era de la citada Escuela—, en nueve; Gruhle, en ocho; Bumke, en siete; y Jaspers, cinco.

⁹³ LÓPEZ IBOR (1958), p. 111. *Cursivas nuestras*.

sar, dando origen a esos “monstruos psicológicos” denominados percepción delirante, sonoridad del pensamiento y otros análogos. Y seguía: “Si existe tal estructura común entre los diversos síntomas primarios es porque surgen como cristalización de la mutación total de la personalidad que transparece, especialmente, en el llamado humor delirante. Se trata de una mutación existencial, lo cual justifica los intentos de análisis antropológico de la esquizofrenia... El trastorno fundamental de la esquizofrenia consiste en una *hipotonía de la conciencia*⁹⁵”.

En cuanto a la supuesta unidad o pluralidad de las esquizofrenias, basten estas palabras para aclarar su punto de vista, en las que atendía tanto al corte transversal como al curso longitudinal, si bien finalmente consideraría que la unidad de la enfermedad sólo se apreciaba en las formas finales, una vez establecido el deterioro de la personalidad:

“El problema tal y como yo lo veo es el siguiente: circunscribir la esquizofrenia como grupo morbosos, partiendo de unos criterios diagnósticos lo más severos posibles; por ejemplo, tal como se hace en mi clínica, utilizando los síntomas de primer orden de K. Schneider. De este grupo inicial, unas toman un curso deletéreo, bien, insidiosamente, desde el principio o tras varios brotes evolutivos, que van dejando, ya desde el principio, o sólo al final, una alteración de la personalidad, a la cual propongo llamar esquizosis.

Sólo las que evolucionan de esta suerte constituyen la esquizofrenia nuclear. La experiencia clínica demuestra que esta forma comprende gran parte de las hebefrenias y una cierta parte de las catatonias, esquizofrenias paranoides y demás formas menos típicas⁹⁶”.

⁹⁴ “La esquizofrenia es un *tipo*, una *forma de enfermar*. El diagnóstico de la enfermedad se hace como el diagnóstico caracteriológico por *acentuación*, por *tipificación* de rasgos clínicos”. *Ibid.*

⁹⁵ *Ibid.* p. 116.

⁹⁶ *Ibid.* p. 117.

Rodríguez Lafora⁹⁷

El interés por las ideas de Rodríguez Lafora es múltiple, a pesar de que sólo publicó un artículo referido a nuestro tema de estudio que, además, recogía de forma ampliada la conferencia que había pronunciado en el *Symposium*⁹⁸. Se trataría de la aportación de uno de los psiquiatras represaliados —quien durante su exilio mexicano fue desposeído de su cargo como médico jefe de la Sala 2ª de Mujeres Dementes del Hospital Provincial de Madrid, que pasaría a manos de López Ibor—, de sólida formación psiquiátrica con Kraepelin y Alzheimer en Alemania, que luego ampliaría con una estancia en Washington, y representante, por tanto, de una línea ideológica y teórica previa al estallido de la guerra civil. Aunque son notablemente similares a los planteamientos de Vallejo Nágera, el aparato crítico y la consistencia teórica con que estaban formulados marcaban una distancia considerable con las ideas de éste⁹⁹, a pesar de moverse dentro de unos parámetros somaticistas similares, también comentados a propósito de Solé Sagarra.

Desde un punto de vista teórico, Rodríguez Lafora (1956: 40-1), consideraba que la esquizofrenia era “un *proceso somático evolutivo*, de base *constitucional* (heredobiológica), con manifestaciones y cursos clínicos variables, según los síntomas o los circuitos neuronales afectados por la noxa autotóxica y según las diferentes conexiones posibles de aquellos circuitos (tesis somática de la *psicosis única*), esta ‘disposición’ (o Anlage) a tal proceso es a su vez influenciado por motivaciones *psicógenas* y por *mecanismos psicodinámicos*” (cursivas en el original).

⁹⁷ Para una biografía crítica del mismo, véase el citado libro de HUERTAS (2002), que también incluye otra sobre Vallejo Nágera.

⁹⁸ Como el propio autor indicaba en la primera nota al pie de su artículo.

⁹⁹ A la vista de la coincidencia generacional y profesional de Rodríguez Lafora y Vallejo Nágera, queda pendiente un estudio que determine la influencia del primero sobre la producción psiquiátrica del segundo durante el periodo comprendido entre mediados de los años cuarenta y finales de la década de los cincuenta.

Ello le llevaba a postular la existencia de tres distintos grupos de esquizofrenia: “una *esquizofrenia constitucional endógena ‘verdadera’*”, como entidad nosológica independiente¹⁰⁰, y además una serie de *síndromes similares esquizomorfos*: unos *exógenos* o cerebro-somáticos, es decir, *sintomáticos* (epilépticos, tumorales, reumáticos, tuberculosos, luéticos, endocrinos, tóxicos, etc.), y otros aparentemente *psicógenos* o *psicodinámicos* (las llamadas formas reactivas y las psicosis mitis esquizofrénicas de algunos), desarrolladas ambas sobre una disposición o impregnación genética atenuada y en todos los cuales se plantea el tan debatido problema de la *proporción endógena-exógena y endógena-psicógena*.

La base somática del primer grupo, la “*esquizofrenia-enfermedad*” se localizaría a nivel subcortical en la región tálamo-hipotálamo, con implicaciones corticales circunscritas a áreas límbicas, temporales y frontales. Tal localización, insuficiente para determinar el establecimiento de cuadros demenciales, sí que sería capaz, sin embargo, de provocar “un *embrutecimiento* afectivo, antisocial y regresivo... de naturaleza somática, que deja lesiones limitadas, casi siempre irreversibles”.

La supuesta noxa endógena responsable del cuadro sería “verosímilmente una o varias sustancias autotóxicas endocrinas del grupo alucinógeno (¿adenocromo?), engendradas quizá en el sistema hepato-tiroide-suprarreno-gonadal”. Puesto que el complejo hipotálamo-hipofisario sería el encargado de regular el funcionamiento endocrino periférico, las influencias ejercidas a dicho nivel hipotalámico-hipofisario, esto es, ritmos vitales endógenos relacionados con el desarrollo sexual o bien el estrés, po-

¹⁰⁰ Que páginas atrás (RODRÍGUEZ LAFORA, 1957: 20-1) había conceptualizado como “una enfermedad familiar sistemática... [localizada] *sobre un sistema* o serie de sistemas funcionales que determinan su expresión clínica neurológica y psicopatológica, de igual modo que acontece en la enfermedad de PICK, la de ALZHEIMER, la corea de HUNTINGTON, la enfermedad de PARKINSON familiar y tantas otras enfermedades hereditarias, *con una vertiente neurológica y otra psicopatológica*”.

drían desencadenar la enfermedad debido a “una vulnerabilidad constitucional patológica de los mismos o *patocclisis*¹⁰¹”.

Tanto las investigaciones histopatológicas como las electrobiológicas, apoyarían la “*explicación somática focal... con pruebas ‘objetivas’ [que explicarían el efecto] de las influencias psicodinámicas, así como también el de la acción psicoterápica readaptativa del enfermo*”.

En consonancia con ello, sería de los pocos autores que mantendría una línea conciliadora entre los diferentes enfoques empleados para el estudio de la esquizofrenia, ponderando “la importantísima aportación de las investigaciones psicopatológicas, psicodinámicas, antropológicas y psicoterápicas, útiles aquí como en *todas* las demás afecciones psíquicas, *incluso en las psicoorgánicas*, dada la otra importante vertiente de la Psiquiatría hacia las Ciencias del Espíritu”.

6.1.6 El análisis existencial

En las palabras introductorias de su primera monografía dedicada a la esquizofrenia¹⁰², Cabaleiro (1947: 15-6) mostraba explícitamente su adscripción a la concepción bleuleriana de la esquizofrenia, postura que modificaría en sucesivos trabajos, donde fue perfilando su propia visión sobre la enfermedad:

“Actualmente sigue en pie la concepción bleuleriana de la agrupación bajo la denominación común de esquizofrenia de todos aquellos cuadros clínicos que muestran escisión psíquica de la personalidad, y, especialmente, que presentan las

¹⁰¹ Basado en ideas similares, aunque no tan elaboradas teóricamente, ESCUDERO (1954), aún proponía un origen tóxico de la esquizofrenia derivado de alteraciones en el metabolismo hepático, proponiendo una terapia acorde al respecto. Un comentario sobre la misma se encuentra en el epígrafe 6.3.2.1 *Piretoterapia*.

¹⁰² Destinada al médico general más que al psiquiatra, CABALEIRO (1947: 16) no pretendía hacer en su primera monografía una actualización de dicha enfermedad, sino “recoger tan sólo las más interesantes aportaciones antiguas y modernas que nos parecieron de utilidad, para que el lector pueda hacerse una idea, lo más exacta posible, del estado en que se encuentra el conocimiento de las psicosis esquizofrénicas”. El libro estaba dividido en once capítulos, precedido además de una declaración de intenciones, y cerrado con las conclusiones.

características señaladas para el pensamiento esquizofrénico, conduzcan o no a la destrucción del núcleo de la personalidad.

Nosotros hemos seguido estas directrices, y nos mostramos en este trabajo partidarios de la inclusión, dentro del concepto de esquizofrenias, de una serie de cuadros que por sus características caen de lleno en ellas, según la doctrina de BLEULER”.

De este modo, optaba por incluir, dentro de “esta limitación amplia de las esquizofrenias”, las formas parafrénicas y las denominadas esquizofrenias sintomáticas, excluyendo, en cambio, la paranoia, que consideraba como entidad autónoma. Ponía así, en primer término del diagnóstico, la “escisión psíquica de la personalidad”, en especial las alteraciones del pensamiento en sus más diversas variantes, independientemente de que evolución condujera o no a la destrucción del núcleo de la personalidad.

Al hablar del concepto general de la enfermedad, en el capítulo siguiente, Cabaleiro (1947: 23-5), y tras realizar un breve repaso a las teorías de los autores más significativos al respecto —el último de los cuales era su maestro Pérez López-Villamil—, se reafirmaba en estos supuestos, admitiendo la existencia de una esquizofrenia enfermedad, genuina, “psicosis endógena, orgánica, y quizá tóxica y hereditaria, que se caracteriza por una alteración del pensamiento, de la afectividad y, consiguientemente, de la conducta del enfermo, resultante de la escisión psíquica total de la personalidad”. Pero también la de una esquizofrenia reactiva y sintomática, motivo por el cual empleaba el plural para referirse a la enfermedad.

La segunda de las monografías de Cabaleiro (1954), aspiraba a captar “la esencia de las psicosis esquizofrénicas”. Por ello, su estructura era notablemente diferente a la anterior y estaba organizada en cinco partes, en las que abordaba, respectivamente, problemas generales, etiopatogénicos, psicopatológicos, clínicos y terapéuticos. La bibliografía, como era habitual en sus monografías, era considerable, incluyendo tam-

bién las referencias a aquellos autores españoles que, exiliados, no eran normalmente tenidos en cuenta en la literatura¹⁰³.

Desde un punto de vista conceptual, seguía manteniendo “una organicista, somatósica”, sin negar “la importancia del factor psicológico y las influencias de la historia vital del enfermo”, apoyándose en esta ocasión en las ideas de Wyrsh para entender la esquizofrenia “no como una afectación de determinados sistemas y funciones, sino como una alteración total de la personalidad que conduce ‘a una transformación de la persona y de su mundo’¹⁰⁴”. Sin embargo, a propósito de la gran amplitud que llevaba implícito su concepto de esquizofrenia, comenzaba a marcar ciertas distancias respecto a Bleuler¹⁰⁵, aunque insistiendo en su concepción unitaria y en la importancia de la sintomatología primaria para establecer el diagnóstico de la enfermedad, por encima del curso.

Igualmente interesante era la revisión que hacía respecto a la esquizofrenia como unidad nosológica o como forma de reacción biológica, para suscribir esta última concepción en el sentido de Hoche —síndromes diversos, polimorfos, que muestran una escisión psíquica de la personalidad especialmente manifestada en la esfera del pen-

¹⁰³ CABALEIRO (1954: 9), además, concedía gran importancia a la divulgación de los trabajos escritos por autores españoles con el fin de que la psiquiatría española fuera reconocida en el extranjero, como forma de hacer Patria distinta a la exaltación del nacionalismo: “A lo largo de la exposición de estos problemas y al final de cada capítulo observará el lector que, aparte de la bibliografía extranjera tan abundante de que hacemos uso, tratamos de darle una cierta preponderancia a la española. Creemos que es necesario que precisamente nosotros, los españoles, hagamos constar en nuestros libros y trabajos aquellas aportaciones de los compatriotas que se han dedicado a estudiar determinados aspectos de los distintos problemas psiquiátricos. Es esta una manera, a nuestro modo de ver, de mostrar la existencia real de la Psiquiatría española, hoy boyante e inquieta ante todos los aspectos de la especialidad. Si nosotros tratamos de ignorarnos a nosotros mismos, no podemos exigir, de ningún modo, que allende nuestras fronteras se conozca la labor callada, falta de medios, pero valiosa y prometedor de la Psiquiatría nacional”.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Con frases como “Su concepción de la esquizofrenia resulta verdaderamente oceánica” o también “Esta amplitud del concepto de esquizofrenia viene a convertir, indudablemente, a casi todos los cuadros psiquiátricos en esta psicosis endógena” (*Ibid.*: 14 y 15).

samiento—, adoptando los complejos sintomáticos de Carl Schneider “como solución provisional del problema en la práctica clínica¹⁰⁶”.

A la hora de abordar la etiopatogenia de la esquizofrenia, “problema... verdaderamente nuclear de las esquizofrenias”, Cabaleiro (1954: 37-68) abogaba por una posición ecléctica: en la mayoría de casos, pero no en todos, existiría una predisposición a padecer la enfermedad determinada por la presencia de ciertas morfologías corporales —leptosomática—, ciertos rasgos psíquicos de la personalidad —esquizoide—, y un factor hereditario¹⁰⁷. Sin embargo, para el desarrollo de la enfermedad sería preciso el concurso una causa exógena, somática o psíquica, que pondría en marcha “alguna sustancia tóxica de origen metabólico que a través de una barrera hematoencefálica permeable (MONAKOW y MOURGUE) actúe sobre el cerebro, desencadenado el síndrome preformado esquizofrénico (HOICHE) y con ello empiece a evolucionar la psicosis”. Como aclaraba a continuación, el ambiente tóxico-metabólico sería de origen hepático y una parte importante de la respuesta total del cerebro dependería de los centros mesodiencefálicos.

¹⁰⁶ *Ibid.* p. 23-34. Como recogen CABAILEIRO (1961: 20-1) y DE LA VEGA (1949), Carl Schneider (1891-1946), partiendo del estudio de una serie de pacientes con formas atípicas e incompletas de esquizofrenia, propuso el establecimiento de unos complejos sintomáticos, sobre la base de los denominados los conjuntos funcionales. Partiendo de la base del origen biológico de ambos, los conjuntos funcionales agrupaban una serie regular de funciones, no sólo psíquicas y somáticas, sino también determinados índices morfológicos del organismo, que eran los que se modificaban con cada cambio madurativo del organismo. A partir de la respuesta a las diferentes terapias disponibles (insulina, convulsiones y laborterapia), Carl Schneider estableció la existencia de los complejos sintomáticos, agrupaciones de síntomas psíquicos y somáticos concretos, que guardaban relación con el respectivo conjunto funcional afectado. La combinación de dichos complejos sintomáticos daría lugar a las distintas formas de la enfermedad, teniendo además tales agrupaciones sintomáticas un valor predictivo de la respuesta a las terapias de choque. Dichos complejos sintomáticos o *Symptomverbände* eran: robo del pensamiento o *Gedankenentzug*; pensamiento a saltos o *Sprunghaftigkeit*; y pensamiento desvaído o *Faseln Denken*. En España, habitualmente se empleaba la terminología propuesta por LÓPEZ IBOR (1949), que los traducía por pensamiento intervenido, saltigrado y embolismático, respectivamente.

¹⁰⁷ Un año después, CABAILEIRO (1955) publicaría un trabajo orientado a determinar las indicaciones de las diversas terapias de choque en función de los factores predisponentes citados, así como de la presencia o ausencia de factores exógenos precipitantes. Trabajo que comentamos en el apartado 6.3 *Terapéutica* para el comentario de este trabajo.

Pero quizá lo más significativo fuera la constatación del enfoque antropológico-existencial, que desarrollaría plenamente en su extensa obra psicopatológica, *Temas Psiquiátricos*¹⁰⁸. En la monografía que nos ocupa, Cabaleiro (1954: 233-42) dedicaba un capítulo al análisis de un caso desde dicho enfoque exponiendo, al mismo tiempo, su punto de vista sobre la utilidad del mismo en la esquizofrenia.

Cabaleiro no consideraba que la esquizofrenia fuera un modo especial de estar-en-el-mundo, sino que se trataba del modo individual en que cada paciente se adaptaba al cambio de circunstancia que representaba el proceso esquizofrénico¹⁰⁹, cuyo trastorno fundamental consistía en un “vaciamiento o empobrecimiento existencial”. La analítica existencial serviría para comprender el significado de los actos del esquizofrénico en su intento de restablecer su relación con el mundo. Y dicha comprensión sería la base para poder llevar a cabo una psicoterapia, “arma valiosísima, como comple-

¹⁰⁸ Publicada en dos volúmenes, dedicaba en el primero de ellos (CABALEIRO, 1959: 105-44), una extensión a la antropología existencial. El análisis existencial tuvo su origen y desarrollo en determinadas corrientes culturales que siguieron a las dos guerras mundiales. En el campo de la psiquiatría surgió, en los años veinte, un movimiento desencadenado en parte por la polémica con el psicoanálisis freudiano y por el malestar científico ante la psicopatología clínica tradicional de tipo sistemático, que buscó un nuevo horizonte para comprender los fundamentos de la existencia humana y de sus posibles trastornos. Este movimiento sometió a una severa crítica las premisas de la psiquiatría y de la psicoterapia, inspiradas unilateralmente en las ciencias naturales. Fundada por Binswanger (1881-1966) —quien inicialmente la denominó antropología hasta que, en 1941, siguiendo la sugerencia de Wyrsh, pasó a denominarla análisis existencial o *Daseinsanalyse*—, fue una técnica que propuso penetrar en la estructura del hombre-enfermo psíquico, a través del análisis de su relación trascendente con el mundo, dejando de lado el estudio de la estructura de la enfermedad o del síntoma (BATTEGAY *et al.*, 1989, 25-9).

La analítica existencial partía de los supuestos filosóficos de uno de los fundadores del existencialismo, Heidegger (1889-1976). Este autor entendía la filosofía en un sentido ontológico, pues el estudio de la existencia no era más que un paso hacia la solución del problema del sentido del ser, donde la analítica existencial sería la primera etapa. Dicha analítica se aplicaba al ente, que es *existencia*, y tenía por objetivo la comprensión existencial mediante la explicación, por vía de la fenomenología, de los caracteres ontológicos de la existencia, denominados *existenciales*. Tales existenciales eran el ‘ser-en-el-mundo’, que expresaba la íntima ligazón existente entre el ser y el mundo; la temporalidad, la espacialidad, la corporalidad, la discursibilidad. En España, este enfoque se vería enriquecido con las aportaciones de Ortega y Gasset (1883-1955), destacando en su aplicación a la clínica psiquiátrica el propio Cabaleiro, Martín Santos, Alberca y Valenciano.

¹⁰⁹ Razonamiento que utilizaba para descartar la concepción pluralista de la esquizofrenia.

mento de las terapéuticas activas con que hoy contamos, en el tratamiento de todo enfermo esquizofrénico, y, especialmente, de la personalidad post-esquizofrénica¹¹⁰”.

La tercera de las monografías de Cabaleiro (1961) estaba escrita con la intención de “valorar críticamente —con una visión de conjunto— datos de toda índole que nos permitan establecer unas bases conceptuales —únicamente provisionales, pues no puede hacerse de otra forma en esta hora— de las psicosis esquizofrénicas, asentadas en las investigaciones etiopatogénicas, fenomenológicas, clínicas y antropológico-existenciales o vitales que hasta hoy se nos ofrecen para tal fin¹¹¹”. De los ocho capítulos de que constaba el libro, merece la pena destacar el primero, donde llevaba cabo una exhaustiva y documentada revisión del concepto de esquizofrenia, repasando la visión de Kraepelin, Bleuler y Claude¹¹², las concepciones de la esquizofrenia como reacción biológica y como enfermedad constitucional, los complejos sintomáticos de Carl Schneider y su crítica, la esquizofrenia como forma básica, la concepción pluralista de la esquizofrenia según Kleist y Leonhard —a la que dedicaba una considerable atención—, el concepto de Wyrsh¹¹³, la posición de la psiquiatría francesa a través de

¹¹⁰ De su confianza en este acercamiento no quedaba duda alguna, pues parafraseando la opinión de López Ibor —quien consideraba la analítica existencial como la poesía de la psiquiatría—, concluía el capítulo diciendo: “Mas ella [la analítica existencial] nos eleva sobre la materialidad del psicótico... como la poesía lo hace sobre la prosa del diario vivir, y todo lo que nos eleve hacia un mejor conocimiento del hombre, y como psiquiatras, del hombre enfermo, ha de aceptarse, sin desorbitaciones, aunque sólo sea eso, poesía” (CABALEIRO, 1959: 242).

¹¹¹ CABALEIRO (1961), p. 10.

¹¹² Claude (1869-1945) tenía una concepción dualista de la enfermedad, de manera que reservaba el término de demencia precoz para aquellos casos de debilitamiento psíquico global que se presentaba bajo la forma hebefrénica y hebefreno-catatónica descritas por Kraepelin, siendo una enfermedad de base orgánica *sin* relación con la herencia, provocada por un *surmenage* intelectual, una infección o una intoxicación endógena. Por el contrario, empleaba la denominación de esquizofrenia para aquellos síndromes catatónicos o delirantes, de carácter psicógeno, cuyo origen estaría en una constitución esquizoide o en complejos afectivos reprimidos, según el modelo freudiano, siendo sus síntomas la insuficiencia del yo en el sentido bleuleriano (*Ibid.* p. 17).

¹¹³ Wyrsh (1892-1980) postulaba que el trastorno fundamental de la esquizofrenia sería el debilitamiento o la pérdida de la vivencia de la actividad del yo, sin conceder excesiva importancia al origen de la enfermedad, pues el enfoque antropológico-existencial le llevaba a preocuparse más por las vivencias del individuo ante un proceso que, con un curso susceptible de detenerse para luego progresar, se caracterizaba por la escisión de la personalidad. Por el enfoque antropológico-existencial, CABALEIRO (1961: 33-34) considera la concepción de Wyrsh “de un interés extraordi-

Guiraud, Ey y Baruk, las ideas de la psiquiatría americana expresadas a través de Meyer y, por último, la posición de la psiquiatría española a través de López Ibor, Vallejo Nágera, Rojas Ballesteros, Llaveró y Rodríguez Lafora, las cuales comentamos a lo largo de esta tesis.

El enfoque antropológico-existencial predominaba claramente a lo largo de todo el trabajo, donde incluía las oportunas referencias a la filosofía orteguiana, hasta el punto de titular un apartado como “Un ‘ensayo’ sobre la actitud vital del hombre-esquizofrénico a través de las ideas antropológicas de Ortega¹¹⁴”.

El apartado final del capítulo “Sobre el concepto de las psicosis esquizofrénicas”, servía para exponer su concepto más elaborado de la esquizofrenia, enfermedad de base somática multifactorial, de clínica diversa, con curso variable, tras el que siempre quedaba un déficit de la personalidad de mayor o menor intensidad, y en la que habría un cambio existencial que forzaba al sujeto a adoptar una actitud característica ante esa nueva situación:

“... a modo de síntesis conceptual de lo expuesto nos atrevemos a esbozar, lo más sucintamente posible, *nuestro* concepto de [esquizofrenias], de la siguiente forma:

Lo que en la clínica psiquiátrica podemos denominar esquizofrenias son: 1º, unos síndromes psicóticos, polimorfos y heterogéneos, de etiopatogenia somatósica —no unitaria, sino múltiple y complicada—, cuyo trastorno fundamental psicopatológico reside en una específica ‘alteración de la actividad del Yo’¹¹⁵, que se expresa a través de unos

nario. Ella coincide en su conjunto —aunque difiera en muchos detalles— con la por nosotros sostenida”. Wyrsh publicó, en 1949, *Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise*, que Llopis tradujo al español en 1952 con el título *La persona del esquizofrénico*, en una edición que contó con un prólogo de RODRÍGUEZ LAFORA (1952), prólogo reproducido posteriormente en la *Revista de Psicología General y Aplicada*. En el *Symposium sobre Esquizofrenia*, Wyrsh leyó una ponencia con el mismo título.

¹¹⁴ CABALEIRO (1961: 106-19).

¹¹⁵ CABALEIRO (1972b) insistiría una y otra vez sobre el particular, dedicando un artículo exclusivamente para comentarlo.

síntomas considerados por ello primarios, ante los que el hombre que los vivencia adopta una 'actitud' sui generis; 2º, que aunque tienen estas psicosis un curso evolutivo variable, en todo caso conducen a un mayor o menor déficit psíquico permanente de la personalidad, mostrando el hombre que las sufre una estructura psicótica compleja, fuertemente influenciada por los factores individuales y personales; y 3º, un 'modo de existencia', 'forma de vida' o 'modo de estar enfermo' que revela la profunda y amplia transformación que este proceso provoca en la persona y en el mundo, del hombre que lo padece, en la total estructura de su ser, y que tiene su más fiel expresión en una específica y singular 'mutación existencial', como consecuencia de una 'crisis creencial' intensa, que ha de llevarle a establecer una 'nueva concepción del mundo' definitiva y permanente¹¹⁶".

Por último, en las páginas finales a modo de "Criterio conclusivo", volvía a insistir en el aspecto antropológico-existencial, a cuyo modelo de aproximación a las vivencias del esquizofrénico se mantendría fiel a lo largo del tiempo¹¹⁷:

"En todo caso el criterio antropológico que propugnamos, que es el de considerar al hombre-esquizofrénico —como objeto y sujeto, a la vez, de la esquizofrenia—, más que el de detenernos a considerar estas psicosis como una abstracción, como una pretendida enfermedad, nos conducirá a resultados más eficientes... tratando de comprenderlo —en lo que esto sea posible— en su totalidad e inmerso en su mundo. La alteración de esta relación hombre-mundo —'mutación existencial'— es tan específica y profunda, y a nuestro juicio, tan esencial, que sólo su captación con absoluta certeza nos llevará al diagnóstico de esquizofrenia... Pero para alcanzar esa comprensión hay que plantear el problema —el hombre-

¹¹⁶ CABALEIRO (1961), p. 161. Cursivas en el original.

¹¹⁷ "En sí, el hombre-esquizofrénico, es —en el sentido que implica la concepción antropológica orteguiana—, como cualquier otro hombre: su 'Yo' y su 'circunstancia'. Mas como quiera que su 'Yo' y su 'circunstancia' se hallan alterados, cambiados... el resultado es, pues, '*un hombre distinto*' y, por tanto, la expresión de su 'Yo', que es su realización a través de su vida, es totalmente diferente" (CABALEIRO, 1972a: 253). Cursivas en el original.

esquizofrénico— integralmente, totalmente, como la orientación antropológica, que venimos propugnando para la Psiquiatría del futuro, puede hacerlo¹¹⁸”.

6.1.7 Teorías bioquímicas de la esquizofrenia

El desarrollo de las teorías bioquímicas de la esquizofrenia fue consecuencia de, al menos, dos factores distintos: por un lado, al plantear la supuesta lesión causante de la enfermedad a una escala molecular, representaba la superación de las teorías biológicas de la esquizofrenia tal y como se habían formulado hasta entonces, una vez constatada la inespecificidad de los hallazgos obtenidos durante la afanosa búsqueda de la *somatosis* de la esquizofrenia¹¹⁹. Por otro, iniciaba la etapa de dependencia de los hallazgos provenientes de la psicofarmacología —vigente en la actualidad—, donde las hipótesis se planteaban en función del descubrimiento del mecanismo de acción de aquellos fármacos que demostraban su utilidad en el tratamiento de la enfermedad¹²⁰, enlazando con las distintas experiencias encaminadas a obtener un modelo experimental de psicosis, provocada a expensas de la utilización de compuestos químicos. En este sentido, el trabajo de Martí y Cardenal (1967), en cuya introducción hacían un repaso de las diferentes teorías bioquímicas como justificación de su peculiar ensayo¹²¹, puede ser representativo del estado de la cuestión a finales de la década de los sesenta.

De forma sintética, estos autores recogían cómo las primeras teorías que relacionaban el metabolismo de las monoaminooxidasas con la esquizofrenia databan de principios de los sesenta las cuales, unidas a estudios posteriores sugerían que “la esquizofrenia aparece por un trastorno del metabolismo de la dopamina, pero hasta ahora esta teoría no ha podido ser demostrada de una forma definitiva¹²²”. También hablaban de alteraciones en el metabolismo de la serotonina, del fosfato, de los proce-

¹¹⁸ CABALEIRO (1961: 259).

¹¹⁹ Véase el epígrafe *Exploraciones complementarias* del apartado 6.2 *Clínica y diagnóstico*.

¹²⁰ Volveremos sobre estas cuestiones en el apartado 6.3 *Terapéutica*, en especial al comentar el libro de HERNANDO (1958).

¹²¹ Véase el epígrafe sobre *Psicofarmacoterapia* en el apartado 6.3 *Terapéutica*.

¹²² MARTÍ y CARDENAL (1967: 221).

sos de transmetilación, de los niveles de ceruloplasmina¹²³..., dedicando cierto espacio a comentar el papel de la taraxeína —“enzima, de algún modo relacionado con la ceruloplasmina, pero cualitativamente diferente” —, como agente mediador en la producción de psicosis experimentales por su acción sobre el sistema límbico. De acuerdo con esta última hipótesis, “la esquizofrenia estaría producida por la liberación de grupos indólicos al oxidarse la adrenalina y producirse el adenocromo... El intento de Hoffer y colaboradores en el tratamiento de la esquizofrenia con NAD se basa precisamente en evitar por medio de esta sustancia (nicotinamida-adenina-dinucleótido) la oxidación excesiva de la adrenalina y por tanto la liberación de indol que en hipótesis sería responsable de la conducta psicótica¹²⁴”.

Tal vez debido a la falta de un conocimiento tan profundo de los mecanismos implicados en la neurotransmisión como la que se tiene hoy día¹²⁵, lo cierto es que, aparte de los citados, no encontramos ningún autor durante el periodo estudiado que suscribiera las teorías bioquímicas de la esquizofrenia tan fervorosamente como otros hicieron en relación con las demás teorías vigentes en la época.

¹²³ GINER (1969: 26) dedicó su tesis doctoral leída en 1968 al estudio de las relaciones entre ceruloplasmina y esquizofrenia, concluyendo, entre otras, que “La elevación en la concentración de ceruloplasmina de los esquizofrénicos habrá que buscarla en alteraciones más profundas, al estar relacionada con la patogenia de los brotes esquizofrénicos”.

¹²⁴ *Ibíd.* p. 224.

¹²⁵ A pesar de lo cual podemos leer en cualquier libro de psiquiatría frases como la que reproducimos a continuación: “A pesar de las múltiples incertidumbres, hoy en día existen hechos establecidos sobre la neurobiología de la esquizofrenia... Los estudios *in vivo* muestran diferencias en el metabolismo y otros parámetros del funcionamiento cerebral, con pautas indicativas de conexiones aberrantes entre áreas del cerebro. Tanto los sistemas dopaminérgicos, 5-HT y glutamatérgicos están afectados pero, lamentablemente, los detalles específicos de su implicación en la esquizofrenia, y cómo se relacionan con los hallazgos estructurales y funcionales, siguen sin esclarecerse” (GELDER *et al.* (ed.), 2003: 726-7).

6.1.8 El retorno del psicoanálisis

Una de las primeras referencias que se expresaba en términos psicodinámicos para hablar de la esquizofrenia fue la de Prieto R. Ponga¹²⁶ (1960), lo que dotaba a su artículo de cierto interés:

“... refiriéndose los delirios y alucinaciones al propio enfermo y a sus vivencias, pero sin llegar en su adaptación delirante al mundo a la formación de un verdadero sistema delirante o mejor a la formación de una fábula delirante. También en algunos de los casos tratados lo más probable es que no haya sido responsable la esquizofrenia, sino solamente distintas actitudes de la persona; así hemos visto en enfermos estados emocionales y alteraciones de la conciencia *en los cuales el elemento patógeno es casi siempre un conflicto interno crónico producido por un trauma, con la objetivación alucinatoria de disposiciones afectivas intensas y proyecciones de representaciones con carga afectiva, ligadas estrechamente con la personalidad del paciente, correspondiendo a veces en éstos, la vivencia de la insuficiencia ética humillante y la lucha contra tendencias homosexuales inconscientes*, suelen ser estos brotes en el fondo el curso de comienzo de una esquizofrenia” (cursivas nuestras).

Sin embargo, una gran mayoría de trabajos de esta orientación provenían de la Escuela de Barcelona, de algún modo emparentada con Sarró, pero sobre todo vinculada al Instituto de Medicina Psicológica. En este sentido, merece la pena hacer algunos comentarios a propósito de los trabajos de Ruiz Ogara, puesto que fue el autor que dedicó mayor número de publicaciones al abordaje de la esquizofrenia desde planteamientos dinámicos¹²⁷.

¹²⁶ Existen dudas respecto a la nacionalidad de este autor, si bien sabemos que trabajó en el servicio de Soto Yárritu.

Ruiz Ogara

En 1966 apareció una breve revisión crítica de *las concepciones psicopatológica, psicoanalítica y existencial del delirio esquizofrénico*, en la Ruiz Ogara, apoyándose en la condición de no estar “tendenciosamente adscritos a ninguna de las tendencias doctrinales analizadas” valoraba las aportaciones de ambos enfoques. Para lo que aquí nos interesa, sólomente comentaremos que, tras criticar la insuficiencia del psicoanálisis en la comprensión del hombre-en-relación¹²⁸, debido a la visión mecanicista de Freud al dividir el “aparato psíquico” en “instancias”, y al determinismo de la conducta que se derivaba de dicha concepción, terminaba reconociéndole que, “por encima de su insuficiencia teórica, ha permitido el entrar en relación con el enfermo esquizofrénico como persona, haciendo consciente al médico de que él también es protagonista de los fenómenos que aparecen en su relación con el enfermo”, y por tanto “eso sólo merece elogio y reconocimiento”.

Este trabajo, además, le permitía exponer la doctrina freudiana respecto a la génesis de la esquizofrenia, a saber: que la psicosis era concebida como un retorno masivo al ello, una regresión a modos primitivos de percepción, pensamiento y acción, y un fracaso del Yo para encontrar soluciones de compromiso entre el Ello, Súper-Yo y Realidad; que los síntomas de la psicosis eran a la vez manifestaciones de la angustia y defensas frente a la misma, representando tanto delirios y alucinaciones proyecciones externalizadas de conflictos inconscientes que eran tenidas como pertenecientes al mundo externo; y que la insuficiencia de la personalidad prepsicótica se debía a la imposibilidad de establecer una relación objetal debido, quedando el Yo a expensas de un funcionamiento simbiótico.

¹²⁷ No cabe duda que Ruiz Ogara fue una figura representativa, llegando a ser el máximo productor sobre esquizofrenia en nuestro periodo, así como uno de los más prolíficos durante el franquismo, como ya comentábamos en la nota 8 del *Capítulo 5. Aproximación estadística...*

¹²⁸ Recordando lo que López Ibor denominaba “herida interna del psicoanálisis”.

En cuanto a su adscripción sobre la etiología de la esquizofrenia, Ruiz Ogara (1967a) la ofrecía en un trabajo posterior, donde mantenía que su posición al respecto “no es meramente organicista, tampoco es la de defender una psicociogénesis de la esquizofrenia a ultranza. Nosotros creemos en la existencia de una constelación etiológica, en la que además de los factores heredo-constitucionales y posiblemente bioquímicos participan de un modo importante los factores psicosociales, como demuestra nuestro estudio”.

Sarró Burbano

A lo largo de la década de los setenta, Sarró y su escuela dieron forma definitiva al trabajo sobre el *Análisis mitologemático de los delirios esquizoparafrénicos*, teoría cuyos orígenes se remontan a 1931, con motivo de la realización de la que fuera tesis doctoral de aquél, *Pensamiento presimbólico y existencia mítica en la esquizofrenia*¹²⁹. Entre sus objetivos declarados estaba el de “sustituir los conceptos de *regresión* y *fijación* del psicoanálisis por otros más en consonancia con el carácter de fenómeno *adulto*

¹²⁹ Se trataba de un ambicioso proyecto destinado a actualizar la citada tesis doctoral, que debía ir seguido de otro trabajo sobre la cosmoantropología de lo numinoso, donde pretendía encontrar el marco teórico adecuado, desde una perspectiva antropológica, para interpretar los casos de pacientes diagnosticados de fantasiofrenia. El lector interesado puede consultar su obra póstuma al respecto, *De la teoría mitologemática al homo demens* (1994).

En realidad, el renovado interés por dicha teoría se inició—como el propio autor reconocía (SARRÓ, 1972: 308)—, en 1968, con una comunicación al Congreso de La Coruña, a la que siguieron cuatro de sus cinco artículos incluidos en esta tesis: SARRÓ y CODERCH (1965), SARRÓ (1970), que hemos utilizado para aclarar diversos aspectos teóricos y SARRÓ *et al.* (1972a, b) que es la exposición original en un número monográfico de la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. Igualmente hemos incluido otros tres trabajos de miembros de su escuela, TRUJILLO (1971), FABREGAS (1971) y TORRES y ALBERNI (1971), quienes publicaron sendas comunicaciones consecutivas presentadas al *Coloquio sobre Parafrenias* celebrado en Murcia en 1970. Además, como el propio SARRÓ *et al.* (1972: 305) indican en una nota a pie de página, “Los resultados de estas investigaciones y su interpretación teórica han sido expuestos durante el presente año en diversas tribunas de España y del extranjero con el fin primordial de someterlos a crítica y de hallar estímulo para desarrollarlas”, acompañándose de una relación de lugares que, entre otros, iban desde la Clínica Mayo a Charenton, pasando por Burghölzli.

que presenta la vida psíquica esquizofrénica¹³⁰ tanto en su esplendor (aparente o real) como en su ruina¹³¹”.

La tesis básica de la que partía Sarró era doble, pues consideraba que el delirio que presentaban los pacientes esquizofrénicos productivos era “antibiográfico en su esencia”, y estaba dotado de una estructura mítica. Lo primero, como Trujillo (1971: 73) expresaba claramente, significaba que “la vida anterior a la enfermedad del paciente esquizo-parafrénico no queda representada ni influye fundamentalmente en los contenidos de su pensamiento delirante”. De hecho, era ésta una característica excluyente, pues el término mitologema se reservaba para aquellos “temas en el delirio que *no son reducibles fenomenológicamente a una interpretación biográfica*”, hablándose, en caso contrario, de “*biologemas*¹³²”.

En cuanto a la estructuración como mito, respondía al hecho de que en tales temáticas, “en el destino individual se involucra el destino de la humanidad¹³³”. Pero Sarró ponía especial énfasis, sin entrar en el fondo de la cuestión, en diferenciar los mitologemas de los arquetipos de Jung¹³⁴, con los que guardaba una más que evidente

¹³⁰ Lo que estaba en abierta contradicción con las teorías psicoanalíticas. Sirva como ejemplo FENICHEL (1997: 466-8), a quien Sarró ya citara en su monografía de 1940: en la esquizofrenia habría una regresión hasta etapas infantiles del desarrollo, tan tempranas como las del narcisismo primario propio de los bebés.

¹³¹ SARRÓ *et al.* (1972a), p. 306. En toda la parte introductoria, a lo largo de siete apartados, se sucedían comentarios autovalorativos en los que, con escasa modestia, se equiparaban a un buen número de figuras representativas de la psiquiatría.

¹³² SARRÓ (1970), p. 374. Cursivas en el original.

¹³³ *Ibíd.* p. 375.

¹³⁴ El concepto de arquetipo está íntimamente ligado con el de inconsciente colectivo o arcaico. De acuerdo con Jung (1875-1961), éste sería el inconsciente común a toda la especie humana, la zona más profunda del inconsciente humano donde se hallaría no sólo el sedimento más animal de lo psíquico del hombre sino también todo lo más elevado y ancestral de la humanidad. Sus contenidos no serían propios del Yo individual ni de sus adquisiciones, sino que supondrían “la posibilidad heredada del funcionar psíquico,... la estructura cerebral heredada”. El contenido de dicho inconsciente colectivo serían aquellas imágenes o representaciones primordiales que reproducirían modos arcaicos de reacción, típicos de la humanidad desde su inicio: situaciones *míticas* como el miedo, el peligro, la lucha contra fuerzas superiores, la relación de los sexos, las actitudes frente al odio y al amor, frente al nacimiento y la muerte, etc. Los arquetipos serían, por tanto, formas típicas e instintivas de conducta pero, también, representaciones irracionales-espirituales —y, por

semejanza conceptual¹³⁵. Así, mientras los arquetipos eran inconscientes, los mitologemas eran “unidades descriptivas como las que emplean las ciencias morfológicas”, poniendo especial énfasis en esta cuestión, puesto que le permitía entroncar con la corriente fenomenológica, tanto de la escuela de Heidelberg como de la antropología existencialista¹³⁶. Por otro lado, atribuía a los arquetipos un “origen polémico”, pues consideraba que el trasladar los contenidos del inconsciente infantil al inconsciente colectivo no era más que una originalidad de Jung en su intento por superara a Freud.

Los mitologemas considerados alcanzaban la veintena, y recibían las idiosincrásicas denominaciones de: Hostilidad universal (delirio de persecución, infortunio inmerecido, mirada sartriana, sentimientos de amenaza); Fin del mundo (físico o moral, presagio de eskhatos, eskhatos actual, mundo allende el eskhatos); Hostilidad sobrenatural (dioses contrarios, psicomáquinas omnipotentes); Mesianicidad; Divinización (endiosamiento panteísta, creador universal, demiurgo, propietario universal, omnisciencia y omnipotencia divina, inmortalidad, héroes políticos); Sacralización en la historia individual y universal (nueva genealogía); Etnogeocentrismo; Muerte reversible (palingenesia); Pluralidad diacrónica y sincrónica de Egos; Metamorfosis de la corporeidad; Cosmología; Pluralidad de mundos; Expansión y retracción del espacio-tiempo¹³⁷; Ciclo de la destrucción y creación a escala sobrehumana; Seres del 5º reino (andrógino¹³⁸, seres a medio hacer, monstruos); Cosmogonía y antropogonía; Transformación de signos en símbolos (palabras, números, letras, colores); Homo Divinans

tanto, míticas—, que aparecerían simultáneamente con el instinto, constituyendo el espectro de una antropología psicológica. (BATTEGAY *et al.*, 1989: 409; CABALEIRO, 1959: 214).

¹³⁵ Valgan, para ilustrarlo, las palabras de FÁBREGAS (1971: 83): “Es en este sentido que entendemos el ‘novum’ esquizofrénico, el ‘neocosmos’ y ‘neoantropos’ surgido en la psicosis, no como la afloración de ‘remanentes arcaicos’, ‘arquetipos’, que ya preexistían en el inconsciente y que condicionan el vínculo jungiano entre mito y delirio, sino como la creación en el consciente del esquizofrénico de las categorías mitologemáticas”.

¹³⁶ Innumerables las citas a Schneider, Heidegger, Husserl, etc. Pero también a Freud y Jung. Y, en un ejercicio de síntesis, a Kleist y Leonhard.

¹³⁷ Que Sarró proponía dividir, con objeto de tratar separadamente espacialidad y temporalidad.

¹³⁸ Susceptible de separarse como mitologema independiente.

(pensamiento participante); *Intellectus Archetypus* (el tercer ojo); Filosofía y ciencias parafrénicas.

Además de las posibilidades psicoterápicas que llevaban implícitos¹³⁹, la función que cumplirían los mitologemas sería la de proporcionar al esquizofrénico la comprensión de la nueva situación en la que quedaba tras el debut de la enfermedad, pues esta tendencia a comprender el entorno mediante un intento de aprehensión intelectual era, siguiendo a Aristóteles y a Heidegger, innata en el hombre:

“Como ha dicho Aristóteles en la *Metafísica*: ‘El hombre por naturaleza apetece el conocimiento’. El hombre es por naturaleza intelectual, aun cuando no sea culto. ‘Arrojado’ —empleamos el término heideggeriano— el hombre a una nueva situación en que tiene que enfrentar una realidad radicalmente cambiada, se defiende con el poder de su Espíritu. Como la situación es totalmente nueva, no le sirven sus recursos habituales eficaces en el pasado, tiene que desarrollar una actividad creadora, auténticamente inteligente, tiene que orientarse, que interpretar y ordenar aquella nueva realidad inicialmente caótica. El producto de este *creacionismo* son los mitologemas. Estos son un ensayo de logificación, un mecanismo de defensa como dice Freud, si bien en un sentido distinto, puesto que la psicosis no es en su plano primario, expresión de una rebelión del instinto sino un cambio de la vivencia y la conciencia de la realidad¹⁴⁰”.

Esta peculiar concepción del delirio contrastaba notablemente con un trabajo previo donde Sarró y Coderch (1965: 144-5), en una sesión de la Escuela Profesional de Psiquiatría, exponían lo que denominaban “pensamiento paleológico en la esquizofrenia”, esto es, que el recurso a un pensamiento correspondiente a una etapa previa del desarrollo filogenético humano era una forma de regresión desencadenada ante la pre-

¹³⁹ Sobre las que prometía un futuro trabajo.

¹⁴⁰ SARRÓ (1970), p. 381-2.

sencia de una angustia, la psicótica, que no era posible tramitar de una manera más evolucionada:

“Por extravagante que, en ocasiones, pueda parecernos, el pensamiento esquizofrénico no es lógico e irracional [sic], sino que, simplemente, descansa sobre una lógica y una razón distintas a las propias del hombre civilizado. El conocimiento de esta lógica arcaizante posee un indudable interés por el hecho de facilitarnos la comprensión de los sentimientos e ideas del hombre esquizofrénico y, por tanto, posibilitarnos el establecimiento de una adecuada relación psicoterápica.

El uso del pensamiento paleológico por parte del esquizofrénico no es más que uno de los aspectos del mecanismo de regresión mediante el cual, si en una situación de severa angustia no es posible la adaptación al través de un comportamiento situado en un determinado nivel de integración intelectual, se produce la aparición de formas de comportamiento pertenecientes a un más bajo nivel de integración. Por medio de esta utilización de inferiores niveles de integración la mente retorna hacia mecanismos que fueron ya usados en el pasado, produciéndose, por tanto, un retroceso hacia estadios más precoces de la evolución filogenética¹⁴¹”.

Curiosamente, lo que según dicha concepción se entendió por “pensamiento paleológico” fue, entre otros, “el sistema de pensamiento de principios del siglo XVI, tomando como base la concepción del mundo de Paracelso¹⁴²”.

¹⁴¹ Esta referencia al adagio “la ontogenia es recapitulación de la filogenia”, que Freud tomó prestado de las teorías evolutivas, apareció en el sentido que lo querían utilizar estos autores en 1912, cuando FREUD (1998: 76), respaldando las ideas de Jung respecto a que “las potencias mitopoyéticas de la humanidad no han caducado, sino que todavía hoy producen, en las neurosis, lo mismo que en remotos tiempos”, afirmaba: “Hemos dicho: ‘En el sueño y en la neurosis reencontramos al niño, con las propiedades de su modo de pensar y de su vida afectiva’. Completaremos: ‘También hallamos al hombre *salvaje, primitivo*, tal como él se nos muestra a la luz de la arqueología y de la etnología’”. *Cursivas en el original.*

¹⁴² TORRES y ALBERNI (1971), p. 85.

La parte introductoria finalizaba, en un intento de enlazar con su ponencia de 1950, con unas palabras acerca de la unidad que se derivaba de la concepción mitologemática de los delirios, en oposición a la “pluralidad de configuraciones sindrómicas” que se obtenía con la clasificación de Kleist y Leonhard¹⁴³.

Gállego Meré

A propósito de la lectura del trabajo de Sarró sobre el análisis mitologemático, Gállego Meré (1974), a la sazón director científico del Instituto Psicoanalítico de Madrid, escribió un artículo de claro contenido psicoanalítico¹⁴⁴, donde establecía algunas diferencias con las ideas propuestas por aquel autor. Así, aún considerando que los delirios no correspondían a una experiencia biográfica directa, creía que “estaban condicionados por la particular estructura yoica del sujeto, y la forma en que este elabora tanto su situación de ‘humor delirante’, como el proceso mismo del delirio. Creemos, pues, que los delirios esquizoparafrénicos no son biográficos, pero sí expresión de la estructura yoica del paciente concreto”.

Ello daba pie a analizar las características de unos cuantos de los mitologemas propuestos por Sarró, en particular aquellos a los que se concedía más importancia. De este modo, el trabajo concluía, como era lugar común en los escritos dinámicos, que la finalidad del delirio respondía a “la capacidad yoica de controlar la angustia psicótica a diversos niveles de desarrollo del proceso delirante”, mientras que la forma que adquiría estaba relacionada con “las estructuras identificativas de que es portador el enfermo”. La significación de los delirios, por último, guardaría relación con “las circunstancias en las que está inmerso el paciente y de su capacidad de armonizar estos nú-

¹⁴³ Al respecto, véase el epígrafe 6.2.2.3 *Las formas finales de la esquizofrenia*.

¹⁴⁴ La formulación y la terminología empleadas correspondía al enfoque psicodinámico: “El proceso delirante tiene su punto de partida en el desinvertimiento masivo de los objetos del mundo externo, con la consiguiente sobrecarga del Yo... Cuando las circunstancias en que se mueve el paciente no permiten una reintegración de la estructuración del Yo, el sujeto pasa al delirio propiamente dicho, que se caracterizaría por la recreación de una nueva relación de objeto, que permitiría negar las fantasías de destrucción del mismo que está experimentando el paciente”.

cleos entre sí”, evitando en todo momento hacer una valoración de la “original” teoría de Sarró.

6.1.9 Las tesis sociológicas y la antipsiquiatría

Tesis sociológicas

Durante la década de los setenta aparecieron unos pocos trabajos que estudiaban la influencia del entorno familiar y social en la causación de la esquizofrenia. Se trató de apenas unos pocos estudios, elaborados por autores habitualmente relacionados con las corrientes de orientación psicodinámica¹⁴⁵, y en los que fundamentalmente se valoraba la influencia del entorno social en el debut y mantenimiento del cuadro, pero sin llegar en ningún momento a plantear la sociogénesis de la enfermedad¹⁴⁶, llegándose en algún caso a verter comentarios críticos y extemporáneos sobre esta orientación¹⁴⁷, posiblemente como reacción ante la incapacidad de adaptación a los nuevos tiempos que se avecinaban.

Morón (1974) iniciaba su artículo afirmando “Existen varias opiniones en la literatura psiquiátrica, respecto a la importancia de los factores sociopsicológicos para determinar la génesis, así como para el pronóstico de una psicosis esquizofrénica”.

¹⁴⁵ En concreto, los de FERRER RALDÚA y BARGALLÓ (1975) y GONZÁLEZ MONCLÚS y VALLS (1975) tenía relación con el departamento de Psiquiatría de la facultad de Medicina, y el de MORÓN (1974) apareció en los *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas*. De los dos restantes, AYUSO (1975) y CALVÉ y MONTEJO (1975), el primero se atenía a planteamientos más biologicistas. Por otro lado, VALBUENA (1973), que disponía de un diploma en *Psychological Medicine*, publicó una breve revisión, con fines divulgativos, sobre las distintas teorías psicológicas sobre la etiología de la esquizofrenia —psicoanálisis, estructura familiar, teorías socioculturales—, tema expuesto habitualmente en los cursos de formación de residentes del Hospital Psiquiátrico de Oviedo.

¹⁴⁶ Un interesante trabajo de TIZÓN (1972) revisaba la nosotaxia psiquiátrica desde un punto de vista epistemológico, con la particularidad de contemplar, entre otras muchas, los postulados foucaultianos.

¹⁴⁷ “La táctica represiva del delirio de algunos sedicentes ‘psiquiatras sociales’ no la creemos útil ni para la psicopatología ni para la psicoterapia. Un derecho, inicial por lo menos, a la expresión de su delirio debería reconocerse a los enfermos psíquicos como una etapa en el proceso de orientación de su nuevo ser-en-el-mundo. En este punto los ‘antipsiquiatras’ han manifestado mayor lucidez que algunos partidarios de la integración social a toda costa del psicótico. Una psiquiatría social, no guiada por las luces de la psicopatología, queda detenida en la mitad del camino de la rehabilitación” (SARRÓ, 1972a : 312).

Tras citar los dos extremos que suponían las tesis biologicistas por un lado, y los estudios de genética familiar que planteaban una hipótesis sociogénica, por otro, pasaba a reclamar la consideración de “otras influencias importantes, imponderables en su influencia, tales, como por ejemplo, los datos psicodinámicos, constitucionales, caracterológicos, y momentos condicionados por el desarrollo individual, el ambiente, las experiencias, antecedentes y la biografía en su totalidad”. El trabajo se extendía en consideraciones en torno a la influencia de las relaciones materno-filiales sobre la génesis de la enfermedad, descartando por completo un origen exclusivamente psicológico: “En el estadio actual, nosotros sostenemos la opinión anteriormente mencionada de la génesis multifactorial de la esquizofrenia infantil, en la que, por tanto, el factor ‘endógeno’, del que no conocemos nada todavía, domina”. Aún reconociendo la existencia de factores ambientales, citando críticamente a la mayoría de autores de orientación analítica, se mostraba remiso a admitir la influencia de los mismos en el curso de la enfermedad, concluyendo que “Ciertamente se puede constatar que las perturbaciones del ambiente familiar se han mostrado poco significativas en cuanto al curso y al pronóstico de las esquizofrenias infantiles y prepuberales, y que ellas no ejercían influencia sobre el desarrollo de la psicosis, aunque una desorganización grave de las estructuras familiares fuera bien manifiesta”.

Pero es el artículo de Ayuso (1971), sin lugar a dudas, el más representativo de la valoración que se hacía de las teorías sociales, especialmente por el auditorio al que iba dirigido, pues se trataba de la reproducción de una conferencia dictada en el Instituto de Psicoterapia Peña Retama, núcleo del movimiento psicoanalítico madrileño. El trabajo, que se iniciaba admitiendo cómo “el balance de cincuenta años de investigación somática en la esquizofrenia no puede ser más contradictorio y confuso”, pasaba repaso al impacto de los factores socio-culturales en la esquizofrenia “a través de las tensiones psicológicas creadas por una situación socio-cultural determinada; y a través de la estructura interna de la familia, que influencia al individuo de forma fundamental”.

Respecto a la primera cuestión, en el trabajo revisaba, a través de referencias a trabajos en su mayoría norteamericanos, los supuestos relativos a la existencia de una mayor incidencia de la enfermedad en función del área geográfica, del grupo social, del momento histórico de la sociedad, y de la estructura social, para afirmar que “tenemos suficientes datos para destruir diversos mitos en torno al papel evocador de los factores sociales en la génesis de la esquizofrenia, y como contrapartida, tenemos algunos datos para construir una formulación genética en la que intervienen factores socio-culturales”. Los “mitos” caídos eran que no existía una sociedad primitiva inmune a la esquizofrenia, que la actual sociedad “tecnológicamente desarrollada” no era una sociedad enferma y “psiquiátricamente esquizofrenógena”, que la sociedad era injusta y promotora de la enfermedad en los estratos oprimidos y, por último, que no era cierto que los cambios sociales, dramáticos y radicales, favorecieran el desarrollo de la enfermedad¹⁴⁸. La formulación genética, más simplista, proponía que “la esquizofrenia prospera en las situaciones socio-culturales ambiguas, contradictorias y ambivalentes”.

En cuanto a la influencia del factor familiar, tras criticar la falta de rigor metodológico de la mayoría de estudios al respecto¹⁴⁹, centraba su atención en el papel de la madre del esquizofrénico y en la calidad de la relación familiar, para privilegiar, tras citar de pasada las ideas de Bateson sobre la hipótesis de un trastorno de la comunicación, un “trabajo de trascendental importancia” elaborado por Wynne donde se demostraba que lo específico era la estructura formal de la comunicación, más que los

¹⁴⁸ “Del análisis de estos trabajos se desprende algo importante: solamente las situaciones sociales que tienen el carácter de persistentes y que sitúan al individuo en posiciones ambiguas y contradictorias pueden tener algo que ver con el aumento de la frecuencia de la esquizofrenia. Lo contrario, los cambios radicales, de carácter temporal, por muy dramáticos y radicales que sean, no son esquizofrénicos”. Y recordaba acto seguido las antiguas opiniones de López Ibor en su monografía sobre *Neurosis de guerra*, publicada casi treinta años atrás.

¹⁴⁹ Lo que hacía en dos ocasiones, con frases del estilo “Frente a la imprecisión, vaguedad, subjetividad y falta de validación rigurosa que exhiben la mayoría de los esquemas operativos formulados tanto por los autores de formación analítica como por los psicólogos sociales en el campo de la estructura familiar del esquizofrénico...” (AYUSO, 1971 : 48).

contenidos, desplazando el foco del problema desde los componentes del núcleo familiar a aspectos formales de relación dentro del mismo.

Al final, su concepción traslucía la postura “oficial”, es decir, una disposición hereditaria sin la cual la posibilidad de debut de la esquizofrenia no podía contestarse “con los actuales datos. En todo caso, esto depende de la definición que cada uno tenga de la esquizofrenia”. Y, para que no hubiera duda de la ausencia de responsabilidad por parte de la sociedad, se preguntaba “¿qué es lo que ha fallado en la persona y en la relación con la sociedad, dando lugar a este estado penoso que llamamos esquizofrenia?¹⁵⁰”.

Antipsiquiatría

La mención a la antipsiquiatría en los trabajos recogidos para nuestra tesis se hizo siempre en forma de refutación de sus postulados¹⁵¹, en ocasiones sin ni siquiera referirse a ella nominalmente. Pero no hemos encontrado ninguna exposición teórica de la misma referida específicamente a la esquizofrenia, a pesar de ser dicha enfermedad uno de los caballos de batalla sobre los que se erigió un movimiento que, entre otros, aglutinó las corrientes antisistema que luchaban contra el franquismo, como vimos en el *Capítulo 3. Revisión historiográfica*. Pensamos que se trata de una cuestión altamente significativa, máxime cuando numerosos relatos escritos y orales¹⁵² permiten confirmar cómo existió una auténtica movilización en torno a los postulados,—y también al abrigo— de la antipsiquiatría. Y dicha movilización debió ser importante a juzgar por el énfasis que algunos representantes de la psiquiatría oficial pusieron en

¹⁵⁰ *Ibíd.* p. 49.

¹⁵¹ “Cuando el movimiento ‘antipsiquiátrico’ supere sus infantilismos, entre ellos su propio nombre, y convierta su entusiasmo psicogenético y socigenético en *psicopatológico* (fenomenológico) podrá contribuir al progreso de la psicopatología más que los psiquiatras ‘somatólogos’ acérrimos” (SARRÓ *et al.*, 1972a : 305).

¹⁵² Entre los que se cuenta la experiencia vivida de dos de los directores de esta tesis.

contrarrestarla, desvirtuarla o, sencillamente, descalificarla, en ausencia de un debate y análisis crítico¹⁵³.

6.1.10 Otras teorías

Este epígrafe está dedicado al comentario de aquellas otras teorías que, de difícil encuadre teórico dentro de nuestro esquema expositivo, merecieron atención por parte de algunos autores españoles. Así, Álamos de los Ríos (1946) en un breve artículo en el que incluía los casos clínicos de dos parejas de gemelas para ilustrar su hipótesis, concluía “No hay más remedio que rendirse a la evidencia de que *el germen venía con el estigma esquizofrénico*. Si observamos el problema de una manera objetiva, todo lo que pueda pensarse que ha actuado como causa de dicha enfermedad es circunstancial y solamente desencadenante¹⁵⁴” recordando, durante la década de los cuarenta, la presencia de ideas próximas a la teoría degeneracionista.

Sarró Burbano

Aunque hayamos comentado su obra, no podemos dejar de valorar la producción de Sarró anterior a la década de los setenta, pues presentó unas características diferentes a las que comentábamos en el epígrafe 6.1.8 *El retorno del psicoanálisis*. Nos referiremos ahora a dos trabajos distanciados en el tiempo: *Tratamiento moderno de las esquizofrenias* (1940), por un lado; y el capítulo sobre *Enfermedades Mentales* que apareció en las sucesivas ediciones del *Tratado de Patología y Clínica Médicas* de Pedro Pons (1965)¹⁵⁵. A partir de la década de los setenta Sarró desarrolló, como dijimos, su teoría sobre el análisis mitologemático de los delirios esquizofrénicos, que representó la reelaboración de las ideas planteadas en su tesis doctoral de 1931.

¹⁵³ Como ejemplo, véase LÓPEZ-IBOR ALIÑO (1975), *La psiquiatría de hoy*.

¹⁵⁴ Destacado nuestro.

¹⁵⁵ La ponencia conjunta con O'SHANNAHAN (1950) al II Congreso Nacional de Neuropsiquiatría de Valencia, que apareció entre ambos trabajos, la veremos en el apartado siguiente a propósito de las formas terminales de la esquizofrenia.

En el capítulo dedicado al concepto de esquizofrenia de su libro sobre terapéutica de esta enfermedad, Sarró (1940: 20) la consideraba como un proceso de naturaleza orgánica, susceptible de influencia por métodos psicológicos, alineándose aparentemente con las ideas de Bleuler al respecto, por tratarse de un concepto “más evocador de la estructura psicológica en la enfermedad”. En cuanto a la naturaleza de la enfermedad, la definía como una alteración de la vida anímica en la que era característica la destrucción de la personalidad¹⁵⁶.

Veinticinco años después, Sarró (1965) volvía a escribir sobre la esquizofrenia, inspirado “en el ardiente deseo de despertar el interés del médico general por la psiquiatría y contribuir a forjar el nuevo perfil del médico de nuestra época, la cual exige y espera del asclepiade que no sólo sea docto en lo somático, sino también en lo psíquico”. Las primeras palabras, a modo de *Advertencia preliminar*, dejaban claro que los presupuestos de los que partía a la hora de distinguir las psicosis de las neurosis era la ruptura de la continuidad evolutiva y la supuesta etiología somática de la primera respecto a la segunda: “Por este motivo plantean problemas muy distintos, que justifican con creces su estudio en secciones separadas”, de modo que mientras el capítulo II de dicho volumen, escrito por Montserrat Esteve, se dedicaba a la *Medicina Psicosomática, Neurosis y Psicopatías*, Sarró elaboraba el capítulo titulado *Enfermedades Mentales*, con una parte dedicada a psicopatología general y otra para la psicopatología especial, dedicada por entero a las diferentes formas de psicosis, más un breve apéndice final sobre legislación relativa al internamiento y la imputabilidad de los enfermos mentales.

¹⁵⁶ “Es característico de la esquizofrenia que se exprese por una forma de vida anímica que difiere de la vida anímica normal... En la mayoría de los casos, la enfermedad se instaura lentamente bajo las apariencias de un cambio caracteriológico, de una neurosis o de una sintomatología neurasteniforme. Durante el comienzo de la enfermedad y a veces durante toda la fase de actividad del proceso, es frecuente una conciencia angustiada por la transformación destructiva que sufre la personalidad. Los enfermos se sienten amenazados en su integridad psicológica, y a veces describen con una lucidez aterradora los síntomas iniciales de la enfermedad” SARRÓ (1940), p. 21.

Siguiendo la tradición germánica, dividía las psicosis en tres grandes grupos: las reacciones agudas exógenas, donde predomina los trastornos del nivel de conciencia; los síndromes orgánicos, donde aparecía un déficit orgánico de la memoria, la afectividad y el pensamiento; y, por último, los síndromes endógenos, en los que incluía la psicosis maníacodepresiva, la esquizofrénica y la paranoia. De forma general, planteaba la complejidad de establecer un diagnóstico en psiquiatría, con afirmaciones contradictorias con su preocupación psicoterapéutica, al afirmar, a propósito de las enfermedades somáticas, que la reacción psíquica de la personalidad “no configura de un modo decisivo la enfermedad somática ni sus síntomas esenciales”, a diferencia de lo que sucedía en las psicosis, donde la patoplastia también estaba condicionada por la influencia del sexo, la raza, el ambiente sociológico y cultural, el momento evolutivo del individuo, lo que determinaba la necesidad de proceder a un diagnóstico pluridimensional o estructural.

Curiosamente, el apartado de psicosis esquizofrénica¹⁵⁷ no incluyó una definición del concepto, hablando de la importancia del factor hereditario que “figura en todos los casos”, para concluir que “La fórmula etiológica de la esquizofrenia es, por tanto, la de una interacción entre la constitución genotípica y el medio ambiente”, dando paso a los habituales comentarios sobre la constitución, las alteraciones somáticas o la anatomía patológica de la enfermedad, que hemos ido comentando a lo largo de este apartado en relación con otros autores.

6.1.11 La psiquiatría *oficiosa*

No hemos querido terminar este apartado sin hacer mención a las teorías de unos autores cuyos trabajos, aunque no estuvieron dedicados específicamente a la esquizofrenia, abordaron aspectos relacionados con cuestiones tan próximas a la misma como la nosología psiquiátrica o la teoría general de las psicosis. A pesar de que, en

¹⁵⁷ SARRÓ (1965: 1080-94).

algunos casos, representaron los intentos más consistentes de elaboración de una teoría propia, en cierto modo original, pero sobre todo más coherente que el *collage* conceptual de varios de los autores vistos hasta el momento, las citas que recibieron por parte de sus contemporáneos fue escasa. No en vano se trató de tres de los autores más significativos del llamado exilio interior: Sacristán, Llopis, y Rodríguez Lafora, éste último ya comentado a propósito del *Symposium*.

*Sacristán*¹⁵⁸

Apenas unas palabras para testimoniar la valiosa revisión que Sacristán (1946) publicó acerca de la evolución de la psiquiatría alemana a partir de la obra de Kraepelin, *Kraepelin y la psiquiatría clínica actual*. En dicho trabajo, que iniciaba con una frase del psiquiatra alemán —“Siempre nos encontramos en el principio”—, valoraba si el principio que había llevado a Kraepelin a establecer su clasificación de las enfermedades mentales estaba o no superado por las tendencias contemporáneas de la psiquiatría. A lo largo de varias páginas valoraba los logros del enfoque anatomopatológico, del derivado de la agrupación sintomatológica, de la contemplación del curso de la enfermedad, de las consecuencias derivadas de tales acercamientos, las limitaciones de algunas de las entidades propuestas, el diagnóstico estructural, etc. El trabajo finalizaba con unas palabras de admiración hacia quien fue uno de los psiquiatras más influyentes de todos los tiempos.

¹⁵⁸ Como recuerdan PÉREZ y LÁZARO (1999: 109-13), José Miguel Sacristán (1887-1957) fue una figura clave en la organización profesional de la psiquiatría española de primer tercio de siglo. Aunque su obra científica no supuso aportaciones originales relevantes, cumplió un importante papel en la asimilación en nuestro país de la psiquiatría científica alemana, especialmente con la obra de Kraepelin con quien tenía amistad personal. Sometido, tras la guerra civil, a un doble expediente personal y profesional a pesar de haberse mantenido al margen de las actividades políticas durante la Segunda República, fue desposeído de todos sus cargos y marginado socialmente. Con su círculo de amigos y colaboradores disperso o exiliado, y sin apenas dedicación previa a la consulta privada, hubo de subsistir con la traducción de libros y la publicación de artículos, aunque ello no evitó que se hundiera afectivamente y acabara sus días entre la amargura, la bebida y la soledad, esporádicamente interrumpida por actividades académicas en las que era solicitado.

Llopis

Posiblemente uno de los planteamientos más originales acerca de la patogenia de la enfermedad mental, el trabajo de Llopis (1906-1964) sobre *La psicosis única* fue, significativamente, el artículo que abrió el número con el que se reanudaba la publicación de *Archivos de Neurobiología*, en 1954, tras el paréntesis de diecisiete años iniciado durante la guerra civil. Dividido en dos partes, la segunda de las cuales apareció en el siguiente número, el artículo se iniciaba con la formulación de lo que consideraba el “problema crucial de la Psiquiatría”:

“¿Es peculiar a cada entidad nosológica una precisa y determinada sintomatología psíquica o, por el contrario, sólo es factible clasificar los síntomas en síndromes inespecíficos, es decir, capaces de presentarse en cualesquiera entidades nosológicas? O lo que viene a ser lo mismo: Los síntomas psíquicos, ¿son producidos y configurados, en cada caso, por la causa patogénica correspondiente o no representan más que posibilidades de reacción preexistentes, que pueden ponerse de manifiesto por las causas más diversas?¹⁵⁹”

La respuesta a esta cuestión, suscitada a propósito del estudio de los síntomas psicóticos en los estados carenciales que se sucedieron en el periodo de posguerra —la psicosis pelagrosa—, llevaba a Llopis (1954: 3-4) a resucitar el concepto de psicosis única referido al “conjunto de manifestaciones psíquicas de una enfermedad, con exclusión de la ‘somatosis’ o enfermedad somática fundamental”, expresando con ello que “los síntomas psíquicos son siempre los mismos en las más diversas enfermedades; que el cerebro, de cuya afección directa o indirecta dependen siempre aquellos síntomas, tiene, igual que los demás órganos, las mismas respuestas para todas las agresiones”, pero también que existiría una continuidad entre los distintos cuadros psicóticos, pues estos no representarían más que “grados diversos de intensidad del mismo tras-

¹⁵⁹ LLOPIS (1954), p. 3.

torno fundamental”. Puesto que la primera parte del trabajo estaba dedicada a la revisión histórica del citado concepto, mientras en la segunda recogía sus puntos de vista personales sobre el problema, será esta última la que comentaremos.

La exposición de su teoría se iniciaba con la formulación de los conceptos previos referidos a la conciencia. Definía, pues, la *conciencia* como la “capacidad de conocer”, lo que significaba establecer distinciones entre una cosa y aquello que no era dicha cosa, haciendo esta definición de conciencia sinónima de actividad psíquica, a la que negaba toda posibilidad de ser inconsciente. *Estado de conciencia* era el grado de claridad o lucidez, expresada en la mayor o menor capacidad de conocer. *Contenido de conciencia* era todo aquello de lo que la conciencia tenía noticia, todo lo “notado, sentido, percibido, aprehendido”.

A partir de estos supuestos, pasaba a explicar la patología psíquica recurriendo al símil clásico que comparaba la conciencia con un espejo, de modo que serían trastornos del estado de la conciencia aquellos en los que el espejo estaría empañado o deslucido, esto es, la claridad de la conciencia estaría alterada; mientras que serían trastornos del contenido de la conciencia las distorsiones del objeto reflejado en el espejo. El esquema se completaba al plantear la existencia de objetos tanto internos como externos, de modo que, estando el espejo en perfecto estado, el objeto defectuoso sólo sería patológico cuando perteneciera al mundo interno, pues los contenidos patológicos de la conciencia nunca podían provenir del exterior. “Lo patológico... no está nunca fuera, sino siempre dentro del propio organismo del enfermo”. Si la imagen que uno tiene del objeto externo está distorsionada, pero es una imagen fiel, no se puede hablar de patología; pero si el reflejo de la imagen no es fiel, entonces será atribuible a dos posibles causas: a una anormalidad del organismo que hace que la anormalidad interna se funda con la imagen del mundo externo; o a una anormalidad de la capacidad de conocer, del estado de la conciencia, que sería donde estaría entonces la patología.

Ahora bien, el contenido patológico de la conciencia no podía considerarse un trastorno psíquico pues eran, en realidad, trastornos *en* la conciencia pero no *de* la conciencia, distinción fundamental que afectaba a un grupo particular de tales contenidos: los sentimientos o afectos¹⁶⁰. Como más adelante aclaraba, estos trastornos del contenido tenían “una extraordinaria importancia en la configuración de los cuadros psicóticos”, denominados por Llopis “síndromes del cuadro psíquico”, por cuanto patológicos en su contenido, lo característico de ellos era que se acompañaban de la impronta dejada por el trastorno del estado de la conciencia, alteración imprescindible para poder hablar de un cuadro psicótico.

Los síndromes del cuadro psíquico eran las manifestaciones psicóticas tal y como se ofrecían al observador, proyecciones en el mundo externo de vivencias provocadas por estímulos internos. Descomponiendo el cuadro psicótico en sus dos factores constitutivos, las alteraciones en el estado y en el contenido de la conciencia, se obtenía que “La transformación de los contenidos patológicos o primarios (síndromes del contenido de la conciencia) en contenidos psicóticos o secundarios (síndromes del cuadro psíquico) se realiza, pues, bajo la acción de los verdaderos y únicos trastornos de la actividad psíquica, que son los que llamamos síndromes del estado de la conciencia¹⁶¹”. Dicha transformación estaba regulada por lo que denominaba principios del “como sí” y de la introversión, lo que daba pie a hablar de la conciencia de la realidad y la conciencia del yo.

A continuación pasaba repaso a los síndromes neuróticos, los afectivos, los paranoides, los alucinatorios, los confusionales y estuporosos, las analogías entre la psicosis y el sueño, para acabar comentando el valor nosológico de los síndromes psíquicos. En este último apartado, Llopis (1954: 158-61) planteaba una hipótesis localizacionista,

¹⁶⁰ LLOPIS (1954), p. 141-3.

¹⁶¹ *Ibíd.* p. 146-7. A pesar del recurso a los trastornos de la conciencia, Llopis sólo aparecía nombrado en el *Symposium* en una ocasión a cuenta de Llaveró, quien le respondía a una intervención

recurriendo a las ideas jacksonianas para explicar la fisiopatología de enfermedad. Así, “Los síndromes del contenido de la conciencia dependen de la *especial afinidad localizatoria* de la noxa patógena con respecto a las diversas partes del organismo¹⁶², mientras que los síndromes del estado de la conciencia dependen del *grado de nocividad psíquica de aquella noxa*¹⁶³”. Noxa que afectaría a la función unitaria y global del cerebro, determinando los distintos grados de alteración del estado de la conciencia “de lo que JACKSON llamaba ‘disolución uniforme del sistema nervioso’ en la que todo el sistema se halla bajo las mismas influencias perniciosas, aunque las partes más recientes, correspondientes a los rendimientos más elevados, ‘cedan’ en primer lugar, produciéndose una regresión progresiva y homogénea hacia niveles funcionales inferiores”.

De este planteamiento se seguía que entre los distintos síndromes del estado de la conciencia, las diferencias serían exclusivamente de orden cuantitativo, permitiendo “su ordenación en una serie continua (la psicosis única o el síndrome axil común a todas las psicosis, según se quiera entender el concepto de psicosis)”, mientras que entre los síndromes del contenido de la conciencia, las diferencias serían cualitativas, en función de las cualidades sensoriales afectadas.

De cara al diagnóstico, y a pesar de la inespecificidad de ambos tipos de trastorno, lo cual “no significa carencia total de valor diagnóstico”, serían los síndromes del contenido de la conciencia los que estarían dotados de mayor valor porque, en relación con la causa, la afinidad localizatoria era mucho más constante y característica que la nocividad psíquica¹⁶⁴. Todavía más específico que considerar ambos síndromes, de contenido y de estado de la conciencia, era atender a la combinación de ambos en el

en una reunión anterior con el recurso a un chiste con el que pretendía ridiculizar su postura (LLAVERO, 1957 : 85). Rojas, por su parte, no lo citaba en absoluto.

¹⁶² Entendido esto en sentido amplio como la afectación de los diversos receptores o sistemas sensoriales, tanto en el cerebro mismo como en cualquier lugar del organismo.

¹⁶³ LLOPIS (1954), p. 159. Cursivas en el original.

¹⁶⁴ De hecho, esta podía deberse a la masividad con que actuara el proceso, independientemente de su naturaleza.

llamado síndrome del cuadro psíquico, “unidades de orden más elevado y que, por guardar una doble relación con el proceso orgánico causal, servirán mucho mejor para determinarlo”. Y aún más específica sería la consideración de unidades de orden más elevado representadas por el *curso psicótico*, esto es, la sucesión en el tiempo de aquellos cuadros.

Este esquema resultaba insuficiente en el caso de las denominadas psicosis endógenas puesto que, ante la imposibilidad de descubrir síntomas somáticos objetivos, el diagnóstico quedaba a expensas de la sintomatología psíquica. Labor a la que tampoco ayudaban el curso ni el resultado de la terapéutica, puesto que no permitían confirmar o rectificar el diagnóstico con seguridad. El paradigma de este tipo de psicosis sería la esquizofrenia, considerada por Llopis (1954: 160) como “una serie de síndromes psicopatológicos sin bases somáticas determinadas”. En la medida en que los supuestos fundamentos somáticos vayan determinándose, “veremos, probablemente, disolverse el concepto nosológico de esquizofrenia en una multitud de enfermedades heterogéneas”, en lo que fue una apuesta por una concepción plural de la esquizofrenia.

6.2 Clínica y diagnóstico

El diagnóstico de esquizofrenia es siempre, prácticamente, el reconocimiento de nuestra incapacidad para descubrir la enfermedad orgánica fundamental; es como disimular nuestra ignorancia con una etiqueta. Muchas veces... somos... responsables de semejante incapacidad... porque atribuimos a un síndrome psíquico el valor de una entidad nosológica.

BARTOLOMÉ LLOPIS (1954), *La psicosis única*.

De los distintos enfoques posibles a la hora de abordar las numerosas cuestiones relacionadas con la clínica y el diagnóstico de la esquizofrenia, hemos dividido este amplio apartado en cuatro epígrafes con el intento de mostrar aquellos aspectos que

consideramos más significativos. Con un orden expositivo que sigue el derivado de la enumeración teórica del apartado anterior, vamos a pasar revista a los síntomas de la enfermedad, con especial atención a los denominados habitualmente síntomas fundamentales; dentro del epígrafe de las formas clínicas nos centraremos específicamente en el estudio de las infantiles, las pseudoneuróticas y, sobre todo, las formas finales, pues fue éste un aspecto que suscitó un gran interés tanto desde el punto de vista teórico como terapéutico; haremos también comentarios acerca del diagnóstico diferencial con otras entidades clínicas; y finalizaremos este apartado con una breve mención a las exploraciones complementarias.

6.2.1 La clínica de la esquizofrenia y los síntomas fundamentales

Vallejo Nágera

A la hora de clasificar los síntomas de la esquizofrenia, Vallejo Nágera (1954: 591-661) hacía una particular síntesis de las concepciones de Berze y Bleuler, haciendo de este modo comprensible la peculiar reestructuración de la sección de *Sintomatología* de la esquizofrenia, a la que hacíamos referencia en el apartado anterior a propósito de las modificaciones en las sucesivas ediciones de su tratado. Así, establecía cuatro grupos de síntomas: tomaba de Berze la oposición entre *síntomas procesuales* —de origen primario, psicológicamente incomprensibles e irreductibles, y manifestación del proceso básico de la enfermedad, que era la hipotonía de la conciencia—, y *síntomas defectuales*. En realidad, éstos no eran otra cosa que los síntomas fundamentales de Bleuler¹⁶⁵, cuyo grupo de síntomas accesorios redennominaba como *síntomas marginales*,

¹⁶⁵ Los síntomas fundamentales descritos por Bleuler (1857-1939) en la monografía de 1911 y su importancia para el diagnóstico (BLEULER, 1960: 21-103, 307-17), aparecían recogidos de forma más concisa y sintética en su *Tratado de Psiquiatría* (BLEULER 1971: 455-7, 471-2), donde encontramos: “Si se quieren resumir en primer término los trastornos elementales (apartados 1 a 6), se pueden agrupar en trastornos del *curso del pensamiento*, trastornos de la *afectividad* y trastornos de la *vivencia del propio yo*. Sin embargo, las manifestaciones aisladas que hemos enumerado en relación con cada una de estas alteraciones fundamentales no constituyen síntomas que existen de un mo-

con las excepciones de los síntomas de tipo catatónico, que incluía en el grupo de los defectuales, y los *síntomas somáticos*, que pasaban a conformar el cuarto grupo.

Desde el punto de vista diagnóstico, Vallejo Nágera (1954: 699-703) resaltaba insistentemente la importancia de los síntomas procesuales, cuya identificación constituía la labor esencial del clínico, repitiendo una y otra vez sus características: “la irreducibilidad, incomprendibilidad psicológica, organicidad y novedad que en la vida del enfermo representa la presentación de dichos síntomas”, destacando el hecho de que eran tanto más específicamente esquizofrénicos cuanto mayor claridad de conciencia hubiera. En este sentido, recordaba las definiciones de Mauz (vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva), Berze y Gruhle (estado de ánimo esquizofrénico), Hinrischen (amenaza del yo o de su unidad), Wermicke (pérdida de la individualidad), Berze nuevamente (*vivencia de insuficiencia de la actividad psíquica*), y Kronfeld (palidecimiento de la propia actividad y falta absoluta de conciencia de la actividad)

do independiente entre sí... Constituyen tan sólo manifestaciones diversas que corresponden a un único trastorno de la personalidad...

Parece, pues, que en la esquizofrenia —como este mismo nombre lo implica— la personalidad global se halla falta de consistencia, escindida, carente de su armonía natural, lo cual se manifiesta tanto por la incoherencia como por la paratimia y la despersonalización...

En la mayoría de los casos crónicos y en parte de los agudos el diagnóstico resulta fácil para el clínico experimentado. Tienen importancia para el diagnóstico: el trastorno del pensamiento, caracterizado por la incoherencia, especialmente cuando es posible demostrar que el pensamiento alterado puede coexistir o alternar con un pensamiento sano; la afectividad esquizofrénica, que dificulta en las situaciones habituales el contacto afectivo con el enfermo y hace que éste aparezca como impenetrable, raro, afectado o teatral; la escasa capacidad de modulación afectiva con respecto a las circunstancias exteriores, a pesar del mantenimiento de actividad intelectual; las manifestaciones graves de despersonalización; los trastornos catatónicos que coinciden con un estado de buena salud física y con un estado de humor indiferente; las alucinaciones más frecuentes en la esquizofrenia (voces, alucinaciones corporales) y las ideas delirantes (delirio de persecución y de referencia), con su peculiar colorido, especialmente cuando lo absurdo de sus contenidos se hallan en contradicción con una excelente capacidad intelectual por lo que se refiere a contenidos no personales. De entre las manifestaciones psicopatológicas que *no* resultan compatibles con el diagnóstico de esquizofrenia, las más importantes son: el psicossíndrome amnésico... y los enturbiamientos de conciencia en el sentido de la somnolencia y el precoma...

Al igual de lo que sucede con respecto a otros trastornos mentales, *tampoco en la esquizofrenia es asegurado jamás el diagnóstico por la presencia de un síntoma o de una suma de síntomas*. Lo importante es la relación existente entre los síntomas y la totalidad del cuadro, así como la situación vital del en-

respecto al cambio de significación que aparecía al debutar el cuadro, donde un siempre inquietante estado de ánimo esquizofrénico acompañaba, en los casos procesuales graves, la sensación de temerse “algo catastrófico y definitivo para la inteligencia”, máxime si se presentaba sin causa aparente o no podía establecerse una relación causal comprensible psicológicamente.

Y es que Vallejo Nágera (1954: 586-7) insistía en las ideas de Berze a la hora de entender el trastorno fundamental de la esquizofrenia como una *hipotonía esquizofrénica de la conciencia*¹⁶⁶, proceso psicológico amorfo del cual brotarían las alteraciones que provocaban una reducción en el dinamismo y contenido de la personalidad, de la cual resultaba la insuficiencia de la actividad psíquica. Todos los síntomas que indicaran la existencia de dicha insuficiencia de la actividad psíquica serían considerados como procesuales, primarios o fundamentales.

Ahora bien, a la hora de establecer la relación de síntomas procesuales, la tarea se hacía algo más difícil. Al igual que muchos otros autores, manifestaba la imposibilidad de mostrarse taxativo al respecto: “Apriorísticamente sentamos la afirmación de que ningún síntoma de los considerados procesuales permite por sí mismo y de manera aislada el diagnóstico de esquizofrenia, pues ninguno tiene el valor patognomónico, por muy evidente que parezca”, lo que le llevaba a formular una evidente tautología: “El signo más evidente de procesualidad de un síntoma es que *no tenga otra etiología o que no pueda tener otra etiología que la esquizofrénica*¹⁶⁷”, enumerando a continuación aquellos en los que dicha cualidad era aplicable.

Así, entre las alucinaciones, destacaba los fonemas de tipo impositivo y los diálogos en segunda y en tercera persona, así como las cenestésicas de influencia corporal, preferentemente sexuales. De los trastornos de la ideación —de difícil valoración

fermo... *La sintomatología esquizofrénica posee tanto mayor importancia diagnóstica cuanto más surja en estados de lucidez y de ánimo sosegado*”. Cursivas en el original.

¹⁶⁶ Semejante, pero no idéntico, al pensamiento de adormecerse descrito por Schneider. VALLEJO NÁGERA (1954), p. 586.

diagnóstica—, eran considerados procesuales aquellos que, con “perfecta lucidez de la conciencia”, adoptaban la forma de disgregación, interceptación en forma de robo del pensamiento, e influenciabilidad, siguiendo para todos ellos el criterio de Schneider. En cuanto a las ideas delirantes, eran procesuales por su incomprendibilidad, estando habitualmente relacionadas con las alucinaciones y otros síntomas esquizofrénicos primarios. La inadecuación afectiva, que no ausencia de afectividad, junto con la ambivalencia, eran los síntomas afectivos procesuales, mientras que de los trastornos de la actividad, había que considerar los fenómenos de imposición, y dentro de los de la expresión, habría que tener en cuenta a aquellos “finos matices... en la mímica, gestos y actitudes, como también en lenguaje y escritura”.

Sin embargo, concedía una importancia capital a los trastornos de yo, relacionados con la conciencia de la actividad del yo o, mejor dicho, con la conciencia de extrañeza del yo, al tratarse de síntomas que eran vividos como ajenos al sujeto: “Puede afirmarse con certeza que se trata de un proceso esquizofrénico... Aunque el diagnóstico nunca está supeditado a un solo síntoma, serían tales trastornos del yo los más utilizables, pero en la clínica suelen encubrirlos los psicógenos¹⁶⁸”. Todos ellos contribuían a generar la “impresión total” de encontrarse ante una esquizofrenia procesual, sin que hubiera una gran diferencia de los planteamientos de Kurt Schneider¹⁶⁹. Tam-

¹⁶⁷ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 701. Cursivas en el original.

¹⁶⁸ *Ibid.* p. 702.

¹⁶⁹ En su formulación original, Kurt Schneider (1887-1967) escribía: “Entre los múltiples modos anormales de vivencia que se presentan en el caso de la *esquizofrenia* hay algunos a los que nosotros llamamos *síntomas de primer rango*, no porque los consideremos ‘trastornos fundamentales’, sino porque tienen un peso especial para el diagnóstico, en contraste tanto con lo anormal psíquico, no psicótico, como con la ciclotimia. Esta valoración es, por lo tanto, una valoración que se refiere únicamente al *diagnóstico*. Mas con ella no se dice nada acerca de la *teoría* de la esquizofrenia, cosa que sí pretenden hacer los ‘síntomas fundamentales’ y los ‘síntomas accesorios’ de Bleuler o los síntomas ‘primarios’ y los síntomas ‘secundarios’ de ese mismo autor y de otros autores.

... Síntomas de primer rango son, en el orden en que los hemos tratado en nuestra investigación, los siguientes: *la sonorización del pensamiento, la audición de voces en forma de diálogo, la audición de voces que acompañan con observaciones los actos propios, las vivencias de influencias ejercidas sobre el cuerpo, la sustracción del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante, así como todo lo hecho e influido por otros en el campo de los sentimientos, tendencias (impulsos) y*

poco con lo sostenido por Bumke (1946: 701-33), para quien los síntomas fundamentales, “que más tarde o temprano se observan en casi todos los enfermos”, eran importantes para el diagnóstico, señalando “los peculiares trastornos del pensar” —elemento unificador dentro del polimorfismo de la enfermedad—, “ciertas seudopercepciones características, la singular conducta afectiva y los trastornos ‘catatónicos’ de la voluntad y de la acción”, que habrían perdido su peso específico en el diagnóstico con el paso del tiempo, en favor de los primeros.

Solé Sagarra

De acuerdo con Kleist, y en función de un doble criterio etiológico y evolutivo, Solé y Leonhard admitían la existencia de dos grandes grupos dentro de la esquizofrenia, de los que derivaban implicaciones pronósticas: por un lado estarían las formas típicas, sistematizadas —también denominadas nucleares—, en las que la herencia tenía un peso insignificante, y cuya evolución era progresivamente hacia el defecto;

voliciones. En aquellos sitios donde existen de manera inobjetable modos de vivencia de ese género y no cabe encontrar enfermedades fundamentales corporales nosotros hablamos de esquizofrenia con toda modestia... Tal vez sería posible admitir todavía otros síntomas esquizofrénicos de primer rango. Pero nosotros nos limitamos a aquellos que conceptualmente y en la investigación pueden ser aprehendidos sin demasiada dificultad.

Estamos lejos de sospechar una estructura común para estos síntomas de primer rango. Es cierto que *algunos* de ellos se los puede ver conjuntamente desde la perspectiva de la ‘permeabilidad’ de la ‘barrera yo-mundo circulante’, de la pérdida de contorno del yo. Es decir, aquello que es trastorno del yo: influencia ejercida sobre el cuerpo, sustracción del pensamiento, influencia ejercida sobre el pensamiento, difusión del pensamiento, así como todo lo ‘hecho’ de los sentimientos, impulsos y voliciones. Pero en esta fórmula no es posible incluir los mencionados engaños sensoriales, no ‘hechos’ (en modo alguno son todos los engaños sensoriales síntomas de primer rango), ni las percepciones delirantes.

Un significado mucho menor para establecer el diagnóstico de esquizofrenia tienen todos los demás modos de vivencia que aparecen en ella, a los que nosotros llamamos *síntomas de segundo rango*. De ellos forman parte los demás engaños sensoriales, la ocurrencia delirante, la perplejidad, las distimias depresivas y las distimias alegres, el empobrecimiento sentimental vivenciado y varias otras cosas. Si uno tiene ante sí únicamente estos síntomas de segundo rango, lo que importa enteramente para establecer el diagnóstico es el contexto clínico en su conjunto.

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia no es *necesario* que estén ahí presentes los síntomas de primer rango; al menos no siempre son *visibles*. A menudo nos vemos obligados a basar el diagnóstico de esquizofrenia en síntomas de segundo rango y, quizás excepcionalmente, incluso alguna vez en meros síntomas de expresión, con tal de que sean suficientemente abundantes y claros” (SCHNEIDER, 1997: 170-2). *Cursivas en el original.*

por otro, las atípicas, no sistematizadas, con bastante carga hereditaria y escaso defecto. Dentro de cualquiera de ellas, los síntomas a estudiar serían los trastornos del pensamiento y del lenguaje, que se relacionarían con la corteza; y los trastornos de la afectividad, del yo y psicomotores, que lo harían con el tronco cerebral¹⁷⁰, aunque quedaba pendiente de determinar una relación más precisa con la patología cerebral.

Desde un punto de vista clínico, Solé y Leonhard (1953: 499-501) consideraban, en el caso de las esquizofrenias nucleares, la existencia de tres grupos de síntomas, empleando en su descripción una terminología imbuida de organicismo: los procesales, derivados de la “*degeneración de sistemas psíquicos no bien conocidos aún*”, cuya afectación daría lugar a la sintomatología de debut de la enfermedad; los defectuales, refractarios a la psicoterapia, “recordando a lo cicatricial”; y la superestructura psicógena, es decir, las alteraciones formadas como reacción al defecto. Las posibles formas de manifestación de las esquizofrenias nucleares eran muy diversas puesto que, entendidas como “enfermedades de sistemas psíquicos” —que no se definían en ningún momento¹⁷¹—, no existía una relación unívoca con los síntomas a que daban lugar, aumentando todavía más las formas de presentación al poder afectarse de forma simultánea varios de tales sistemas.

A diferencia de lo que había manifestado Solé Sagarra en un artículo anterior¹⁷², en el texto conjunto con Leonhard en su *Manual...*, rechazaban la validez diagnóstica de los *síntomas fundamentales* bleulerianos, admitiendo que “Lo único, pues, seguro es que unos síntomas tienen más importancia que otros”. Señalaban, en primer lugar, el trastorno del pensamiento en el sentido del trastorno de la asociación de ideas de Bleu-

¹⁷⁰ SOLÉ SAGARRA y LEONHARD (1953). p. 105-6.

¹⁷¹ “Probablemente es cierto el concepto de KLEIST, de que el grupo central de las esquizofrenias tiene por base la *degeneración de sistemas psíquicos no bien conocidos aún*” *Ibid.* p. 499.

¹⁷² SOLÉ SAGARRA (1948: 132): “... entendiendo por tal enfermedad la alteración destructora de la personalidad cuyos síntomas fundamentales son la disgregación del pensamiento, pseudopercepciones claras, trastornos profundos de la afectividad y, finalmente, alteraciones incomprensibles de la voluntad y de la acción que abocan en las actitudes y extravagancias motrices que conocemos con el nombre genérico de manifestaciones catatónicas”.

ler; a continuación, el embotamiento afectivo, “que se observa con mayor constancia aún que el trastorno del pensar”; y, finalmente, la pobreza del impulso como falta de iniciativa superior, que “se observa siempre”.

Sin embargo, “las manifestaciones clínicas aisladas de la esquizofrenia no pueden derivarse todas de esos síntomas más constantes”, reconociendo que la descripción de tipos clínicos que hacían a continuación tenía únicamente fines expositivos. El apartado finalizaba recordando que el elemento unificador del grupo central de las esquizofrenias era “su curso progresivo e insidioso generalmente y su desenlace en forma de defecto grave”, mostrándose poco optimistas respecto al resultado terapéutico de las técnicas de choque y abogando por la laborterapia como forma de evitar la progresión de la superestructura psicógena.

Sarró Burbano

Para Sarró (1940: 21-24), las distintas funciones que podían alterarse como primer síntoma en la esquizofrenia eran: una disminución importante de la afectividad; la aparición de preocupaciones somáticas a modo de hipocondría, desencadenadas por la presencia de alucinaciones propioceptivas —“especialmente típicas de la esquizofrenia”—, y combinadas con las auditivas; la ideación delirante de diverso contenido, similar a la vida arcaica-primitiva que, siguiendo a Klages, interpretaba como “formas patológicas de vida biocéntrica”, determinada por la existencia de un pensamiento mágico-analógico distinto al lógico-analítico del pensamiento normal; el establecimiento de un pensamiento deficitario, con pérdida de la planificación encaminada a un objetivo y de la capacidad de síntesis; la incongruencia entre los afectos, la motricidad, el juicio —la disociación o ataxia intrapsíquica—, dando la impresión de incomprendibilidad respecto a las causas; y los trastornos del movimiento de la serie catatónica.

En cuanto a las formas clínicas, consideraba tres subtipos: hebefrénico, catatónico y demencia paranoide, admitiendo respecto a la parafrenia y la paranoia que “en los últimos años ha ganado terreno la tesis unitaria”.

A la hora de describir la sintomatología general de la esquizofrenia en el *Tratado...* de Pedro-Pons, Sarró (1965) afirmaba la ausencia de síntomas generales presentes en todos los casos de la enfermedad, prefiriendo hacer una descripción sintomatológica de los trastornos del pensamiento, la afectividad y la voluntad, a la que concedía menos valor que la descripción sindrómica que más adelante comentaba, hecha a expensas de tales grupos de síntomas, de modo que contemplaba las formas paranoide, hebefrénica y catatónica, subdivididas a su vez siguiendo los términos de Kleist y Leonhard.

López Ibor

Las ideas de López Ibor (1957: 213-23) en torno a la sintomatología de la esquizofrenia intentaban establecer un vínculo con su teoría timopática, aderezado con continuas referencias y alabanzas hacia los autores más representativos de la escuela de Heidelberg. Así, en su análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica, planteaba la evidencia de un estado de ánimo particular, para el que proponía el nombre de esquizoforia¹⁷³, como predecesor de la percepción delirante —aunque ello no determinaba el contenido de la misma—; y la mutación del “modo-de-estar-en-el-mundo” derivado de la inversión de la flecha intencional, para explicar las autorreferencias, relacionando el “estar” con el “estado de ánimo”. Esta “mutación existencial” que la enfermedad representaba para el enfermo sería un proceso que, partiendo de la

¹⁷³ “Su característica consiste en que es angustioso, pero con un colorido especial. No es la angustia vivencialmente sentida, sino que muestra la estructura de la angustia en la que transparece el carácter referencial del yo”, como expresaría López Ibor (1958) en un trabajo posterior. En realidad, no era otra cosa que el humor delirante de otros autores, o el *trema* del que habla CONRAD (1997), cuya obra, de 1958, se tradujo al español en 1963.

alteración de las funciones psicológicas, pasaría por la alteración cualitativa de las vivencias experimentadas, hasta llegar al establecimiento del defecto esquizofrénico.

En su trabajo de 1958, López Ibor insistía de nuevo en estos aspectos, en un artículo que comenzaba despachando “las interpretaciones psicoanalíticas... y las antropológico existenciales... [porque] amenazan los principios mismos del diagnóstico”. Como en ocasiones anteriores, repetía las características de la percepción delirante que la hacían cualitativamente distinta: bímembre, impuesta, numinosa, y con una actitud pasiva del sujeto en la aparición de la misma, añadiendo una nueva característica, la contaminación de las funciones psíquicas, es decir, la fusión no ya de contenidos, sino de funciones mismas¹⁷⁴.

El origen de tal contaminación residía, como no podía ser de otra forma en López Ibor, en el humor delirante: “La estructura del humor delirante lleva, por sí mismo, al absurdo y a la disparidad, precisamente porque la *unidad de sentido* de la vivencia del ser normal está quebrada, fisurada. No está quebrada sólo la unidad de sentido, sino la *unidad de la vivencia* misma, tal como se presenta en el hombre normal; de ahí el fenómeno de la mezcla o contaminación¹⁷⁵”. Humor para el que proponía el término, como hemos dicho, de esquizoforia, y al que también hacía responsable de los síntomas primarios, “*cristalizaciones, formalizaciones de un estado de ánimo fundamental*”.

Sin embargo, al hablar sobre los síntomas primarios y secundarios de la esquizofrenia¹⁷⁶, volvía de nuevo a estas cuestiones, de manera que para determinar los síntomas más específicos para el diagnóstico de la enfermedad recurría a los criterios schneiderianos:

¹⁷⁴ LÓPEZ IBOR (1958), p. 113.

¹⁷⁵ *Ibíd.* p. 114-5.

¹⁷⁶ A lo largo de todo el apartado confundía primario y secundario (origen de los síntomas), con fundamental y accesorio (importancia diagnóstica), a pesar de que en una nota al pie citaba textualmente unos pasajes de Bleuler en los que tal diferencia queda clara, como así lo comentaba el propio López Ibor (*Ibíd.* p. 112).

“En la descripción clínica debemos mantenernos en este segundo plano: buscar síntomas *característicos* por su validez diagnóstica, lo cual supone que sean síntomas no derivados comprensiblemente de otros. Con este criterio pragmático se ha establecido la lista de K. SCHNEIDER, y por eso prefiere la designación de ‘síntomas de primer orden’. Sería aún mejor utilizar vocablos clásicos, como el de síntomas *patognomónicos* o *patognósticos*. La validez en el diagnóstico de un síntoma de K. SCHNEIDER está bien probada¹⁷⁷”.

Dos de los discípulos más destacados de López Ibor, con quien posteriormente marcarían distancia, fueron Martín Santos y Castilla del Pino¹⁷⁸. Sus trabajos guardaron relación con el análisis fenomenológico de los síntomas presentes en la esquizofrenia, fundamentalmente las ideas delirantes primarias, como veremos a continuación.

Martín Santos

El estudio de la esquizofrenia en la obra de Martín Santos ofrece ciertas dificultades, pues solo dedicó al particular un trabajo, mientras que fueron más numerosos los que dedicó a las alucinaciones y delirios en el contexto del alcoholismo. En cuanto a su obra inédita *Patología General de la Vivencia*, ha sido imposible acceder a la misma, sin que los comentarios del artículo de Gorrotxategui (1994) permitan hacerse una idea precisa al respecto.

Martín Santos (1952: 322) suscribía los supuestos de la escuela de Heidelberg a la hora de formular sus ideas sobre la esquizofrenia, en especial acerca de las ideas delirantes primarias, manifestándose en términos igualmente descalificativos que los de su maestro respecto al enfoque analítico existencial y al psicoanálisis:

“La descripción de las ideas delirantes primarias, como en general toda la labor de la fenomenología psiquiátrica, tiene una utilidad inmediata para el clínico: el diagnóstico diferencial.

¹⁷⁷ *Ibíd.*

¹⁷⁸ CASTILLA DEL PINO (1999), p. 25.

La mayor precisión alcanzada hasta la fecha en esa labor corresponde indiscutiblemente al grupo de psiquiatras alemanes que conocemos bajo el nombre de 'Escuela de Heidelberg'. Su obra constituye la dirección psicopatológica que ha sabido seguir pisando el suelo firme de la realidad sin caer en la borrachera metafórica de la analítica existencial, ni en las filigranas contenutistas del psicoanálisis. Es para nosotros el Hilo de Ariadna que ha de seguir conduciéndonos dentro del laberinto de la vida psíquica enferma”.

Tras un repaso al “estado actual de la doctrina de las ideas delirantes”, que concluía con la referencia a los cambios terminológicos propuestos por López Ibor (1941) respecto a las distintas vivencias delirantes primarias¹⁷⁹, afirmaba que “la máxima validez diagnóstica se encuentra en las percepciones delirantes, a continuación seguirían las inspiraciones delirantes y finalmente seguirían las iluminaciones delirantes, que todavía no serían ideas deliroides¹⁸⁰”.

El trabajo seguía con la exposición de un caso clínico diagnosticado de psicosis alcohólica aguda superpuesto a una esquizofrenia, a propósito del cual establecía los caracteres diferenciales, desde el punto de vista fenomenológico, entre la esquizofrenia y la psicosis alcohólica aguda: “las percepciones delirantes auténticas son propias de la esquizofrenia exclusivamente (quizá también de algunas psicosis epilépticas)” mientras que las iluminaciones, pero no las inspiraciones delirantes podían encontrarse en

¹⁷⁹ Además de un discurso donde incluía varios comentarios de contenido ideológico, el artículo de LÓPEZ IBOR (1941) titulado *Modalidades psicopatológicas de las ideas delirantes* planteaba un cambio de denominación de algunos de los términos propuestos por Schneider por otros con una connotación religiosa: la percepción delirante pasaba a ser *revelación*, mientras la ocurrencia delirante, perteneciente al terreno de la cognición, se desglosaba en *inspiración* e *iluminación* delirantes, con distintos grados de certeza para el paciente y de valor para el diagnóstico.

¹⁸⁰ MARTÍN SANTOS (1952), p. 325. Apoyándose en estas ideas, COULLAUT y COLINA (1958) planteaban que el motivo por el que los pensamientos delirantes se criticaban con más facilidad que los otros fenómenos que los provocan era debido a que “es una creencia surgida de la intelectualización de las otras vivencias patológicas, y mantenida por el trastorno de la función afectiva, por eso es más susceptible de discusión... una vez perdida la carga emocional. En cambio, en las otras vivencias intervinieron el yo como objeto que las sentía y el yo como sujeto que las interpretaba; por eso entraron en su conjunto como unidad, por eso están más fijadas y es más difícil que sean razonadas”.

otros cuadros y, ante la duda, la confirmación de las segundas orientaría hacia el diagnóstico de esquizofrenia. Confirmación que también vendría dada al observarse la “alteración de la personalidad que denominamos defecto esquizofrénico o esquizosis, claramente diferenciable de la reducción de la personalidad de origen orgánico¹⁸¹”.

Castilla del Pino

Aunque los tres artículos que publicó Castilla de Pino dedicados a la psicopatología de las ideas delirantes estuvieron relacionados con nuestro tema de estudio, sólo uno hacía referencia expresa en su título a la esquizofrenia¹⁸². Veinte años más tarde, y ya fuera de nuestro periodo de estudio, Castilla del Pino (1977) volvería sobre el particular con *Sentido de realidad y psicosis*, donde ejemplificaba su investigación psicopatológica centrada en el análisis del lenguaje.

Partiendo de los supuestos de la escuela de Heidelberg y, más concretamente, de las ideas de Schneider, Castilla del Pino (1975: 14) concedía una gran importancia a la idea delirante primaria para el diagnóstico de la esquizofrenia:

“El análisis de la estructura delirante primaria, que por ahora caracteriza el síntoma clave de la enfermedad que llamamos esquizofrenia, tiene un interés práctico y diagnóstico, porque de su perfecta diferenciación se derivaría la delimitación (cuando menos en el terreno psicopatológico, ya que todavía no en el etiológico) del proceso, de la enfermedad esquizofrénica que lo suscita”.

Dicha estructura delirante, en la que hacía sinónimos los términos idea delirante y percepción delirante siguiendo la propuesta schneideriana¹⁸³, tendría como caracte-

¹⁸¹ *Ibid.* p. 333.

¹⁸² Motivo por el cual, de acuerdo con nuestros criterios de selección, ha sido el único que hemos contabilizado en el *Capítulo 5. Aproximación estadística...*

¹⁸³ Intentando deshacerse del término idea delirante por pertenecer a la formulación de la psicología de las facultades, “SCHNEIDER traslada el problema de las ideas delirantes primarias o verdaderas al de las percepciones delirantes, lo que supone, en todos los casos, la separación teórica cuando menos de todo estado de ánimo, y la reducción del acontecer delirante a un último extremo” (CASTILLA DEL PINO, 1954: 259).

ristica principal su significación anómala, entendida como la atribución de un significado anormal a una percepción, independientemente de su contenido, en lo que sería una “concepción de la percepción delirante primaria como disturbio gnóstico”, desprovisto de la influencia del estado de ánimo¹⁸⁴.

Desde un punto de vista psicopatológico, el estudio del proceso de degradación de las estructuras delirantes, bien de forma espontánea, bien merced a la acción de la terapéutica, permitía obtener un mejor conocimiento de la fenomenología de la enfermedad. Ahora bien, las remisiones espontáneas habitualmente obedecían a cuadros exógenos y solían curar con amnesia para el episodio, mientras que la resolución de la clínica delirante mediante las técnicas de choque se hacía a expensas de un psicósíndrome orgánico donde se atribuía a la amnesia la disolución de la estructura delirante. Por ello, la observación de las remisiones obtenidas mediante el empleo de psicofármacos, a los que se atribuía la provocación de un psicósíndrome local caracterizado por la “frenación impulsoafectiva” con menor resonancia emocional, ofrecía unas buenas condiciones de observación¹⁸⁵.

Partiendo de tales supuestos, las observaciones realizadas llevaron a Castilla del Pino (1957a: 17-8) a establecer los siguientes periodos característicos “en muchos casos de esquizofrenias paranoides”¹⁸⁶: Disminución de la tensión afectiva que acompaña o subyace bajo las seudopercepciones, percepciones o ideas delirantes primarias; desactualización de las vivencias morbosas; persistencia de los recuerdos delirantes puros, con nula actividad actual, seudoperceptiva o delirante; paulatina transformación de los recuerdos delirantes en recuerdo del delirio, hasta llegar al punto de recordar a este último con conciencia de falsedad. “Se trata, por lo general, de una crítica reflexiva que tiene lugar paso a paso, con avances y retrocesos, y que dura un tiempo variable”.

¹⁸⁴ *Ibíd.* p. 250-60.

¹⁸⁵ Máxime teniendo en cuenta la experiencia acumulado por otros autores de la escuela de López Ibor como Coullaut, al que nos referiremos a continuación (CASTILLA DEL PINO, 1957b: 28-30).

El análisis fenomenológico indicaba que la certidumbre de la experiencia morbosa era lo primero en modificarse, para luego restablecerse la integridad del yo, traducida en la aparición de la crítica de la referencia.

A partir de la década de los sesenta, Castilla del Pino introduciría, a propósito de su teoría sobre las alucinaciones, las nociones psicoanalíticas de la escuela Klein, en una considerable evolución conceptual respecto a los supuestos contemplados en los párrafos precedentes.

Cabaleiro Goás

En su primera monografía, Cabaleiro seguía un criterio netamente bleuleriano a la hora de establecer el diagnóstico de la esquizofrenia, aunque se mostraba bastante impreciso al respecto pues, tras el párrafo que transcribimos a continuación, dedicaba el resto del capítulo a las consideraciones sobre el diagnóstico diferencial:

“No existen realmente síntomas que puedan considerarse patognomónicos para el diagnóstico de las esquizofrenias. La presencia del síntoma aislado carece de valor para tal fin, debiendo fijarnos, en cambio, en el conjunto del cuadro y teniendo muy en cuenta siempre los factores hereditarios, constitucionales y la personalidad prepsicótica del enfermo¹⁸⁷”.

Este punto de vista variaría notablemente en el siguiente libro, de 1954, donde comenzaba a marcar ciertas distancias respecto a Bleuler, como comentábamos en el apartado anterior¹⁸⁸. Y así, mientras planteaba cómo “el curso no nos podía orientar ‘a priori’ ante un proceso que comienza y ante el que como clínicos tenemos que tomar postura”, elegía los síntomas primarios propuestos por Schneider, junto con su proce-

¹⁸⁶ Criterios que, curiosamente, no coinciden exactamente con los recogidos en el trabajo al que hace referencia, publicado ese mismo año (CASTILLA DEL PINO, 1957b: 43-4.)

¹⁸⁷ CABALEIRO (1947: 175).

¹⁸⁸ Hasta el extremo de citarlo en tan sólo una ocasión en el capítulo sobre “Síntomas primarios y trastorno fundamental esquizofrénico”, frente a las más de diez que dedicaba a Schneider, cuyo esquema expositivo adoptaba.

der, como la mejor forma de establecer el diagnóstico de la enfermedad en términos psicopatológicos¹⁸⁹.

En su última monografía, sin embargo, Cabaleiro (1961: 119) consideraría que no sólo los síntomas fundamentales, sino la peculiar actitud del paciente ante los mismos y también el curso evolutivo, serían los tres pilares fundamentales para el diagnóstico. En un artículo publicado cuatro años más tarde, el psiquiatra gallego resumiría satisfactoriamente su posición respecto al valor diagnóstico de los síntomas primarios y secundarios en la esquizofrenia.

Conforme a los planteamientos explícitamente schneiderianos, el síntoma primario era la expresión directa del trastorno fundamental, procesal, por lo que se consideraba inderivable, irreductible e incomprensible genéticamente como tal síntoma, siendo precisamente estas características las que los dotaban de un valor especial para el diagnóstico de esquizofrenia. Tal sería el caso, pues, de las percepciones delirantes, la sonorización del pensamiento, las alucinaciones auditivas que comentaban los actos del paciente, las vivencias de influencia corporal, el fenómeno de robo del pensamiento, y las vivencias de influencia en las esferas de la voluntad, los sentimientos y los impulsos.

A ellas, Cabaleiro (1965: 466) añadía los fenómenos de interceptación o bloqueo del pensamiento y de la acción¹⁹⁰, el más primario de los síntomas, y reflejo de la pérdida de conciencia de la actividad del yo, trastorno fundamental de la enfermedad. E

¹⁸⁹ CABALEIRO (1954: 135-51). Esta adscripción a los criterios de la escuela de Heidelberg también la mantendría, por ejemplo, a la hora de incluir la parafrenia dentro de las esquizofrenias y no la paranoia: "Nuestro punto de vista personal se halla identificado con el sostenido por la escuela de Heidelberg, tal y como hemos venido manteniendo en nuestros libros y trabajos sobre las esquizofrenias" (CABALEIRO, 1966: 1039).

¹⁹⁰ "algo o alguien le 'corta', le 'obstaculiza' su pensamiento y sus actos, material y físicamente... 'como si' se quedara detenido, 'parado' y hasta cortado el curso de su pensamiento, sin posibilidad real de poder 'ponerlo en marcha' partiendo del punto en que se 'detuvo'; lo mismo que ocurre con los movimientos, más o menos voluntarios, que intenta realizar para ejecutar una determinada acción" (CABALEIRO, 1965: 466-7)

insistía en la peculiar actitud del paciente ante los mismos, ya comentada páginas atrás en la exposición de su concepción teórica de la enfermedad.

En cuanto a la sintomatología secundaria, era aquella que expresaba un acontecer psíquico no elemental, de carácter reductible, derivable de un síntoma primario, y comprensible genéticamente a partir de la situación vital morbosa y de la historia previa del sujeto. Dicho de otro modo, sería “la reacción de la personalidad [del] hombre-esquizofrénico frente a sus síntomas primarios. Aunque clásicamente se consideraba que estos síntomas secundarios tenían menor valor para el diagnóstico, el artículo de Cabaleiro se orientaba, precisamente, a determinar cuál era dicho valor.

Ello le llevaba a distinguir, dentro de los síntomas secundarios, entre aquellos que revelaban de un modo indirecto la actividad procesal, que denominaba síntomas secundarios del proceso activo o procesales; y aquellos otros que eran expresión de un estado, de un proceso inactivado, por lo que les otorgaba el nombre de síntomas secundarios del proceso inactivo o de estado. La cuestión se complicaba un poco más al establecer la relación de síntomas secundarios pues, además de los privativos de cada grupo, los había que pertenecían a ambos. Y, al igual que con los síntomas primarios, era también preciso detectar la peculiar ‘actitud’ del paciente frente a los mismos¹⁹¹.

Actitud que era diferente de la descrita frente a los síntomas primarios y que tampoco ofrecía la misma seguridad diagnóstica. Cabaleiro (1965: 470) hallaba dificultades a la hora de describirla, indicando que se trataba de “la confluencia de la realidad y de la irrealidad a que le lleva su situación vital y que se nos manifiesta por una expresión pasiva o activa de su rostro o de toda su motilidad, pero que, en todo caso, revela en él una ‘ausencia’, una desconexión —aun cuando parezca contactar con el mundo externo— ante la realidad —ante la *nuestra*—; sin duda, por todo lo que en su mundo interno sucede y que le atrae hacia él intensamente”.

¹⁹¹ *Ibíd.* p. 470-1.

El trabajo concluía con una suerte de algoritmo diagnóstico en función de los síntomas secundarios, su combinación con alguno de los primarios, y la ineludible captación de la citada actitud ante los mismos.

6.2.2 Formas clínicas

La clasificación kraepeliniana de las enfermedades¹⁹², en su apartado *VIII. Esquizofrenias* las dividía, por un lado, en demencia precoz, que incluía la forma simple, la demencia precocísima (en la edad infantil), la hebefrenia, las formas depresiva y esturporea, las formas circular y agitada, la catatonia, la demencia, y la confusión del lenguaje; y, por otro, en parafrenias, con las formas sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica. Frente a ellas, Bleuler (1960: 240-57) ordenaba las formas clínicas en los cuatro grupos habituales —paranoide, catatonia, hebefrenia y esquizofrenia simple—, si bien admitía otras posibilidades de ordenación basadas en criterios como la periodicidad, la edad de debut, la etiología supuesta, y hasta la intensidad de la sintomatología. Bumke (1946: 733-50), por último, distinguía hasta cinco formas de curso, que enumeraba como catatonia letal, otras formas catatónicas, hebefrenia, simple devastación afectiva o demencia simple, y procesos parafrénicos.

Aunque la consideración de las formas clínicas bleulerianas no fue unánime, hubo tres cuestiones que despertaron un mayor interés en la literatura psiquiátrica española del franquismo: las esquizofrenias infantiles, las formas incipientes de debut y, sobre todo, las formas terminales de la esquizofrenia.

6.2.2.1 Esquizofrenias infantiles

Vallejo Nágera

Uno de los apéndices añadidos al *Tratado...* de Vallejo Nágera a partir de la segunda edición (1949) fue el de Psicosis Infantiles. Con una extensión relativamente corta —apenas once páginas—, dedicaba casi todas ellas a las esquizofrenias infanti-

¹⁹² Véase el apartado 9.1 *Clasificación psiquiátrica de Kraepelin*.

les¹⁹³, las más frecuentes¹⁹⁴, con sólo unos pocos comentarios generales, así como otros más referidos a la demencia infantil de Heller. Respecto a las primeras, tras el preceptivo recorrido histórico por las hipótesis en torno a la esquizofrenia infantil, concluía que “no puede ya hablarse de demencia precocísima como de una entidad nosológica distinta de la esquizofrenia, pues se trata, precisamente, de una esquizofrenia prepuberal”. De este modo, la única distinción que cabía hacer era en función de la edad de debut, pudiéndose hablar de esquizofrenia infantil y de esquizofrenia prepuberal.

Quizá lo más llamativo en la concepción de estas formas tempranas de la esquizofrenia, a diferencia de lo que vimos en el apartado anterior, fuera el hecho de que, aunque se reconocía el peso de lo hereditario y constitucional, se presuponía un papel relevante de los “factores exógenos, somáticos y psíquicos en le prematuro desencadenamiento de la esquizofrenia... Asimismo pueden influir en la presentación precocísima de la enfermedad ciertas motivaciones psíquicas, complejos psicoafectivos y vivencias desagradables que operen sobre niños tachados¹⁹⁵”.

El síntoma más característico de esta forma de esquizofrenia, determinado por el debut del cuadro, sería el “cambio en la dirección del desarrollo de la personalidad (LUTZ), traducido en *trastorno de las relaciones con el medio ambiente*” pues, en general, “Ha de contarse con una sintomatología pobre e indiferenciada, como lo es la per-

¹⁹³ Como recoge VALLEJO NÁGERA (1954: 995-6), aunque Kahlbaum (1828-1899) había planteado ya en 1883 la posibilidad de catatonias de presentación en la primera infancia, los autores posteriores franceses y alemanes —Kraepelin incluido— no habían señalado casos cuya presentación hubiera sido en sujetos menores de quince años. En 1905, Sancta de Santis publicó un trabajo sobre tipos infantiles de mentalidad inferior en el que hablaba de la mentalidad heboidofrénica o vesánica, que supone una forma anticipada de demencia precoz a la que decide denominar *demenza precocissima*. En trabajos posteriores, este mismo autor estudió un síndrome demencial peculiar de la infancia caracterizado por la presencia de síntomas catatónicos que en unos casos remitía por completo mientras que en otros, por el contrario, la desaparición de la clínica aguda dejaba un déficit más o menos profundo.

¹⁹⁴ “Tres cuartas partes de los casos de psicosis infantiles endógenas pertenecen a familias tachadas principalmente para la esquizofrenia y la psicosis maniácodepresiva, más para la primera... La psicosis maniácodepresiva es rara en la infancia” (*Ibid.* p. 993).

sonalidad del niño... La insuficiente diferenciación y falta de estructura de la personalidad hace que los síntomas aislados tengan distinto 'valoración funcional' que en el adulto... pues estructuralmente son mucho más simples e influyen para que se mantengan el aislamiento, el automatismo y el defecto intelectual¹⁹⁶".

En cuanto al tratamiento, "Están indicados en la esquizofrenia infantil idénticos métodos terapéuticos biológicos que en la edad adulta. El electrochoque y el método convulsivo de Meduna son eficaces en los síndromes catatónicos agudos puros, pudiendo atenuarse el defecto esquizofrénico cuando se interviene rápidamente. En todos los demás casos nos parece ineludible una cura de Sakel, entre quince y veinte comas insulínicos, para inactivar el proceso esquizofrénico activo. Las formas insidiosas y rastreras hebofrenoides son accesibles a las influencias educadoras, mientras que conducen a graves defectos inhipercompensables las formas catatónicas agudas o subagudas¹⁹⁷".

Claramunt López

Diez años después del anterior, apareció un completo artículo de Claramunt (1959) realizado durante sendas estancias en La Salpêtrière, en la segunda mitad de la década de los cincuenta. Tras pasar revisión a diferentes teorías, con consideraciones ponderadas respecto a las distintas orientaciones desde las que se abordaba el problema, incluyendo las psicodinámicas, pasaba a relatar una serie de cuestiones etiopatogénicas, que comenzaba de este modo: "En primer lugar han sido invocados los factores hereditarios cuya importancia indiscutible es recordada por todas las escuelas, a pesar de lo cual, dichos factores están lejos de explicarlo todo en esta cuestión", adoptando, tras un repaso de una serie de estudios, una "Hipótesis intermedia, ya que no

¹⁹⁵ "La miseria, la deficiente alimentación y las paupérrimas condiciones de vida acaso expliquen la frecuencia de la esquizofrenia en los niños rusos y polacos", en referencia al estudio de Horwitzova, autora rusa con abundante casuística al respecto (*Ibid.* p. 998).

¹⁹⁶ *Ibid.* p. 999-1000.

¹⁹⁷ *Ibid.* p. 1003.

existen pruebas sólidas de las dos opiniones anteriores, según la cual la esquizofrenia infantil consiste en un síndrome clínico al parecer debido a causas diversas, biológicas o meso-psicológicas”.

El trabajo describía los resultados obtenidos tras el estudio de veinte casos, siendo destacables de entre sus conclusiones, la existencia de carga familiar en casi dos tercios de la muestras; la identificación del abandonismo, los internamientos y la hiperprotección como causas meso-psicológicas de las dificultades entre los padres; la mayor frecuencia de síntomas como el comportamiento extravagante, el autismo infantil, la actitud oposicionista y la agresividad hacia los padres; y, en contraposición a lo afirmado por Vallejo Nágera, al escasa eficacia del electrochoque y la insulina en el tratamiento de los pacientes¹⁹⁸. Dejaba sin comentar la posibilidad de una intervención psicoterápica.

Otros autores

Algunos otros autores dedicaron cierto interés a la cuestión de las esquizofrenias infantiles, si bien no supusieron apenas aportaciones de interés respecto a lo ya comentado, tratándose habitualmente de artículos de divulgación más que de aportaciones personales¹⁹⁹, con la excepción de Poch (1973), cuyas particularidades sobre el empleo de musicoterapia veremos en el apartado 6.3 *Terapéutica*.

6.2.2.2 Esquizofrenias pseudoneuróticas o mitis

Marco Merenciano

Otra forma de presentación que suscitó el interés de los autores fueron las variantes atenuadas o abortivas de la enfermedad que, en virtud de los característicos sínto-

¹⁹⁸ Ese mismo, CLARAMUNT (1959a) año leyó un resumen de su trabajo en la Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Madrid, frente al que GUTIÉRREZ GÓMEZ (1967) pretendió “polemizar” con una comunicación basada en un solo caso.

¹⁹⁹ Así, PONS y CÓRDOBA (1959, 1970) publicaron el mismo artículo con trece años de diferencia, en dos revistas más bien marginales, *Informaciones psiquiátricas* y *Rapports de Psicología y Psiquiatría pediátricas*, revista en la que también apareció el trabajo de PARELLADA (1969).

mas que presentaban, recibieron la denominación de formas *mitis*²⁰⁰ o esquizofrenias pseudoneuróticas. El trabajo de referencia habitual era la monografía que publicara Marco Merenciano (1946), sugerentemente titulada *Psicosis mitis. Los enfermos mentales que consultan al intenista*.

De las cuatro formas de psicosis mitis consideradas por este autor, casi la mitad (45'71%) pertenecían al ciclo maníacodepresivo, una cuarta parte (26'53%) eran formas esquizofrénicas, mientras el cuarto restante se repartía entre unas pocas formas epilépticas (8'98%) y formas mixtas (18'78%). Conforme a los supuestos teóricos que vimos en el apartado anterior, Marco Merenciano consideraba que, como en cualquier otra forma de esquizofrenia, el trastorno fundamental de la enfermedad en estas formas mitigadas era la hipotonía de la conciencia, que daba lugar a cuatro clases de síntomas primarios: cambios en la conciencia de actividad con vivencias de empaldecimiento de la misma; una especial disposición del estado de ánimo esquizofrénico en forma de sentimiento de enfermedad con los caracteres de absurdidad y extrañeza, en términos de Weizäcker; robo del pensamiento e interceptación; y trastornos de la percepción y del curso del pensamiento.

De forma consecuente con esta división sintomática, dentro de las formas esquizofrénicas distinguía²⁰¹, tal y como había hecho con las maníacodepresivas, entre variantes depresiva —“cuando la conciencia de empaldecimiento de la actividad ha permanecido en primer término”—, hipocondríaca —“cuando la transformación es sentida predominantemente en la esfera corporal”—, y melancólica —“cuando el es-

²⁰⁰ Adjetivo latino que significa ligero, benigno, suave..., VALENCIANO (1933: 130-1) recuerda como Friedmann y Gaupp hablaban de paranoia mitis, calificativo que luego tomó Kronfeld para aplicarlo a aquellos “casos de transición entre los estados esquizoides y el desarrollo de francas esquizofrenias... que acuden al psiquiatra, que no precisan su ingreso en el Establecimiento y que encajan en la descripción de Bleuler de ‘esquizofrenia latente’”. Rosenstein realizó un estudio sobre tales *esquizofrenias mitis*.

²⁰¹ *Ibíd.* p. 121-2.

tado de ánimo fundamental²⁰² aparece en primer término” —. Los enfermos que presentaban síntomas representativos de los trastornos de la percepción y del pensamiento no entraban a formar parte de las psicosis mitis, “sencillamente porque las esquizofrenias con estos síntomas *por definición* las eliminábamos de nuestro grupo”²⁰³. Esta exclusión era importante, pues, en las consideraciones previas, Marco Merenciano reconocía lo fácil que resultaba diagnosticar erróneamente las formas mitis bajo la denominación de neurosis o de psicastenia.

Y es que lo característico de ellas era su origen “afectivo y orgánico²⁰⁴”, con un concurso de la psicogénesis en la formación de los síntomas de presentación, lo cual le llevaba a postular el empleo de la psicoterapia incluso como forma exclusiva de tratamiento pues, paradójicamente, estas formas no respondían al tratamiento electroconvulsivo²⁰⁵. Así, la terapéutica de las psicosis mitis debía seguir una triple dirección: la psicoterapia²⁰⁶; la valoración y tratamiento, cuando procediera, de procesos orgánicos causales de la clínica o intercurrentes con ella; y el tratamiento de la base orgánica de la psicosis, con las limitaciones respecto a la utilidad de los tratamientos de choque, con indicaciones referidas al consejo matrimonial y a los métodos de anticoncepción naturales.

Finalmente, Marco Merenciano (1946: 196-7) manifestaba su convencimiento de que las psicosis mitis, distintas de las neurosis y las psicopatías, debían constituir un grupo nosológico diferente al de las psicosis endógenas, puesto que se trataba de estados que “no son destructivos de la personalidad ni se convierten en formas masivas. No son pródromos larvados de las grandes psicosis”, debiéndose recurrir al diagnóstico estructural en caso de coincidencia sintomatológica con ellas. De hecho, la conser-

²⁰² Comentaba en una nota a pie de página que prefería traducir de este modo *Stimmung*, en lugar del término *temple* propuesto por Sarró. *Ibid.* p. 122.

²⁰³ *Ibid.* p. 120.

²⁰⁴ *Ibid.* p. 172.

²⁰⁵ Las explicación que ofrecía le llevaban a disquisiciones un tanto difíciles de seguir.

²⁰⁶ Cuyo estudio incluimos en el epígrafe 6.3.5 *Psicoterapia*.

vación de la personalidad permitía que el paciente “se coloque en posición crítica respecto a sus trastornos y trate de interpretarlos”, dándoles un significado psicológico si el nivel formativo era adecuado, o somático en forma de hipocondría si carecía de “finura espiritual”.

Cabaleiro Goás

El otro autor que también dedicó atención a esta cuestión, con la publicación de la monografía titulada *Esquizofrenias pseudoneuróticas*, fue Cabaleiro (1958)²⁰⁷. Definidas como “aquellas formas clínicas de la esquizofrenia que pueden presentar, en su comienzo o en la mayor parte de su curso, un ‘aspecto’, una ‘fachada’ o una apariencia neurótica, pero que la exploración detenida y meticulosa del enfermo y el curso de él nos ponen de relieve que se trata de un auténtico esquizofrénico²⁰⁸”, señalaba el recorrido habitual de estos pacientes por las consultas de los internistas, pues generalmente eran etiquetados de neuróticos debido a la naturaleza aparente de sus molestias.

Cabaleiro, a diferencia de Marco Merenciano, no consideraba que fueran psicosis autóctonas independientes de la esquizofrenia, sino que las incluía dentro de las formas simples²⁰⁹, “ya que no muestran durante su curso evolutivo manifestaciones típicas que permitan encuadrarlas definitivamente en la hebefrenia, en la catatonía o en la forma paranoide”. Organizaba la exposición diferenciando entre formas de comienzo, que no eran otra cosa que pródromos e inicios larvados de la enfermedad que, transcurrido un tiempo, mostraban las características propias de un estado esquizofrénico, habitualmente de defecto simple, aunque también susceptible de cualquier otra forma; y las formas de curso, donde el predominio del aspecto neurótico se mantenía prácti-

²⁰⁷ Nosotros hemos manejado un artículo publicado en *Informaciones psiquiátricas* al año siguiente (CABALEIRO, 1959), que pensamos fue la reproducción del citado libro o, cuanto menos, una síntesis de lo expuesto en él.

²⁰⁸ CABALEIRO (1959), p. 71.

²⁰⁹ Sin una delimitación tan clara, CABALEIRO (1958b) dedicó una ponencia al tema de las esquizofrenias simples, donde hacía referencia a alguna de las formas establecidas por Marco Merenciano.

camente hasta el final, si bien podía apreciarse un progresivo deterioro de la personalidad con el establecimiento de clínica defectual, refractaria a tratamientos biológicos y somáticos que únicamente conseguían atenuar temporalmente la actividad procesual.

Dentro de las formas de inicio, Cabaleiro (1959: 73-93) distinguía las pseudoneurosis histérica, psicasténica²¹⁰, obsesiva, de angustia, y pseudoorganoneurosis. Para las formas de curso (1959: 93-100) consideraba dos posibles evoluciones, insidiosa, propia de las formas psicasténica, obsesiva y organoneurótica; y brote que, a junto con las tres anteriores, también era propia de las pseudoneurosis de angustia.

Cabaleiro (1959: 100-5), por último, dedicaba unas cuantas páginas a estudiar la estructura del hombre-esquizofrénico pseudoneurótico desde una perspectiva antropológico existencial. Lo más destacable era la valoración que hacía de esta particular forma de presentación, a saber, que el proceso esquizofrénico encontraba en la reacción autodefensiva del paciente una resistencia importante en su desarrollo, lo que dificultaba que se manifestara claramente la sintomatología procesal, que únicamente se apreciaba conforme la progresión del proceso debilitaba la personalidad mermando la reacción de defensa.

6.2.2.3 Las formas finales de la esquizofrenia

El estudio de las formas finales de la esquizofrenia²¹¹ ocupó un espacio importante en la psiquiatría española del franquismo. Las referencias de los autores españoles

²¹⁰ A este respecto, las relaciones y distinciones con la psicastenia también habían sido señaladas por MARCO MERENCIANO (1946), mientras que ARRANZ (1957) realizó una breve revisión conceptual sobre las formas psicasténicas, obsesivas e histéricas de comienzo de la esquizofrenia, señalando las posibles relaciones existentes entre dicha psicosis y la neurastenia, así como también con las neurosis.

²¹¹ De los intentos llevados a cabo por los autores clásicos— de acuerdo con la síntesis recogida en los trabajos de BESADA (1961b) y COULLAUT (1961)—, los que habitualmente se nombraron fueron:

a) Kraepelin, quien describe seis formas terminales: demencia simple, demencia alucinatoria, paranoia alucinatoria, demencia disgregada, demencia paranoide y demencia afectiva.

b) Didé y Guiraud, con tres grupos: psicosis pasionales (las psicosis querulantes de Kraepelin y Bleuler), síndromes delirantes (paranoia, parafrenia, delirios de interpretación y psicosis alucinatoria crónica), y hebefrenias, con las subformas delirante, catatónica y simple.

que abordaron el estudio de las mismas remitían, ineludiblemente, al trabajo que presentaron Sarró y O'Shannahan (1950) en el II Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, de Valencia (figura X), única ponencia de contenido clínico de cuantas se leyeron, a diferencia de las comunicaciones²¹². Puesto que el punto de partida era la clasificación establecida por Kleist y Leonhard, serán estas dos las que veamos en primer lugar, a partir de los trabajos de Solé Sagarra.

Como ya vimos al hablar de las teorías de la Escuela de Frankfurt, en el apartado anterior, Kleist y Leonhard distinguían entre formas marginales, atípicas o asistemáticas, y formas centrales, sistemáticas o típicas. Atendiendo al cuadro clínico final de estas últimas —pues respecto a las marginales apenas se pronunció ni estableció subdivisiones—, Kleist admitía cuatro formas clínicas de terminación: hebefrénica, catatónica, paranoide y confusional, divididas a su vez en varias formas más, susceptibles de combinarse cada una de ellas entre sí²¹³.

c) Mauz contemplaba tres formas terminales o catastróficas de la esquizofrenia, que constituían el 15% del total de formas de esquizofrenia. Propia de sujetos jóvenes, producía en un periodo de tiempo no superior a dos años una destrucción total de la personalidad. Una de ellas la denominó esquizocaria que, como recuerda COLODRÓN (1990: 109) “Se manifiesta por una gran riqueza sintomática donde adquieren especial relevancia, sobre todo por su frecuencia, las delusiones de la transformación cósmica y de influencia. La desestructuración del Yo alcanza tal profundidad que los pacientes se refieren a sí mismos en tercera persona. Con el progreso de la enfermedad el lenguaje, más y más incoherente, acaba convirtiéndose en pura jargonofasia”. Como recogían TELLEZ y CARRASCO (1957: 228), las otras dos formas terminales eran la catatónica y la hebefrénica. En la catatónica dominaban los síntomas de la serie catatónica, marchando el enfermo hacia la demencia a partir de extravagancias, estereotipias, negativismo, estupor e hipercinesia, pudiendo ser ésta una terminación común de las restantes formas. En la destrucción hebefrénica, equiparable a la hebefrenia descrita por Haecker, sería característico el derrumbe de la afectividad, dominando el cuadro la vacuidad e improductividad.

d) Wyrsh, quien señala cuatro formas: paranoide, alucinatoria, hebefrénica y catatónica.

e) Kleist, f) Leonhard, y g) Sarró y O'Shannahan, comentadas en el texto.

²¹² Marco Merenciano y Linares Maza hablaron sobre la formación psiquiátrica del médico general y del especialista, Pérez López-Villamil sobre la organización de la enseñanza de la psicología médica, Sánchez Gómez, Rojas Ballesteros y Alberca sobre la creación de un cuerpo de psiquiatras forenses, Pérez de Petinto y Martínez sobre la profilaxis social del delito, Llopis y Morillas sobre la higiene mental y las oposiciones y, por último, Obrador, sobre los problemas quirúrgicos de la epilepsia.

²¹³ SOLÉ SAGARRA y LEONHARD (1953), p. 106-8; 483.

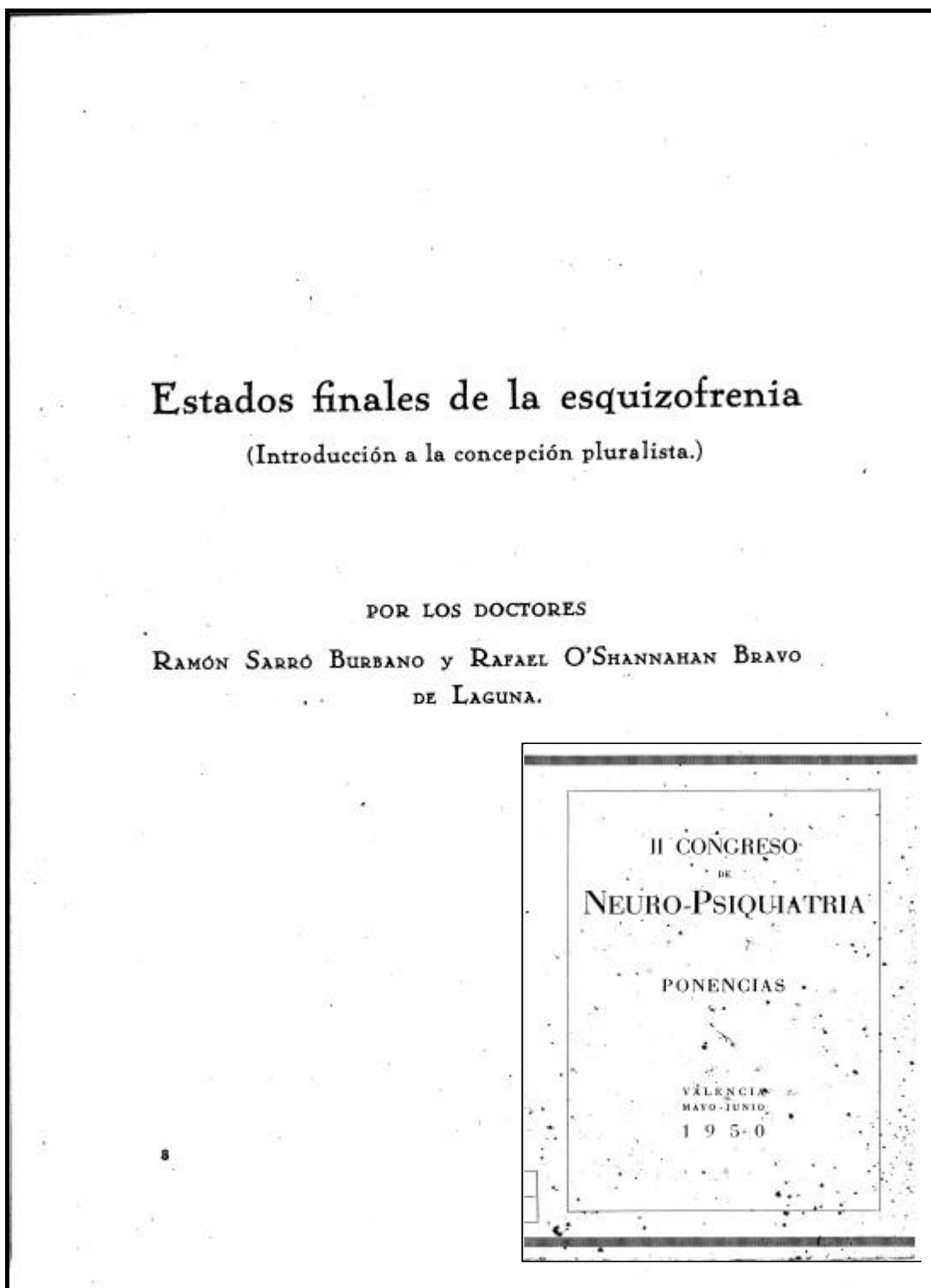


Figura x: SARRÓ BURBANO Y O'SHANNAHAN BRAVO (1950)
Ponencias del II Congreso de Neuro-Psiquiatría, Valencia, Mayo-Junio

Kleist y Leonhard

Dentro de las hebefrenias, donde el embotamiento afectivo estaría en primer término²¹⁴, se encontraban las formas necia, depresiva, apática y autista; dentro de las confusionales, la esquizofasia de Kraepelin y la confusional propiamente dicha; dentro de las paranoides, donde “el trastorno del lenguaje y del pensamiento está en segundo lugar”, dominando el trastorno del yo, la alteración del yo corporal, personal o religioso, y la alteración de la concepción del mundo, con delirios, consideraba la fantasiofrenia, la forma confabulatoria, la alucinosis progresiva, somatopsicosis progresiva, y autopsicosis progresiva; y, por último, dentro de las formas catatónicas, “con trastornos prevalentes de la *voluntad* y la *acción*”, incluía las variantes hipofémica, parafémica, acinética, paracinética, negativista, proscinética y estereotípica.

Leonhard, que sólo distinguía tres formas finales, sí que subdividía las esquizofrenias marginales, donde incluía las variantes de catatonia periódica, parafrenia y esquizofasia, pudiendo mezclarse los síntomas de una forma con los de las restantes. Desde el punto de vista etiológico, tales formas estaban “hereditariamente... más cargadas que las formas nucleares”, lo que servía para dotarlas de independencia como tales. Además, aunque susceptibles de acabar en defecto grave, en ellas lo que dominaba era el cuadro agudo de la enfermedad sin poder determinar nada acerca del pronóstico. Su respuesta a los tratamientos de choque era bastante buena, llegando incluso a modificar su pronóstico en el sentido de detener su progresión, evitando recaídas.

Las formas centrales, por su parte, incluían las restantes formas descritas, con la particularidad de aunar las formas paranoides y confusas en un solo grupo. Tales formas paranoides evolucionarían hacia el defecto paranoide con alteración paralógica del pensamiento —fantasiofrenia, alucinosis con defecto hipocondríaca, y alucinosis verbal—, o hacia el defecto paranoide con alteración alógica del pensamiento —

²¹⁴ Por lo que también incluían en este grupo la forma simple de Bleuler (*Ibid.* p. 483).

paranoides de defecto expansivo, incoherente y autista—. Las hebefrenias podían terminar de cuatro formas, necia, efectista, insulsa y autista. La catatonía, en último término, evolucionaba de seis formas posibles, a saber, amanerada, paracinética, negativista, proscinética, parafémica e hipofémica²¹⁵.

Para Solé Sagarra (1961), estos dos intentos representaban una aproximación taxonómica en constante evolución, que sustentaba una concepción pluralista de la enfermedad. Sin embargo, como el mismo reconocía en dicho artículo, el empleo de esta particular clasificación de las formas finales de las esquizofrenias sólo tuvo eco en España, fundamentalmente debido a la relación personal que tanto él como Sarró mantuvieron con los autores²¹⁶, al tiempo que su utilidad sería puesta en duda por miembros significativos de una escuela de mayor prestigio como la de Heidelberg, entre ellos el propio Schneider²¹⁷.

²¹⁵ *Ibid.* p. 499. Y también SOLÉ SAGARRA (1961: 18), en un artículo que sintetizaba el contenido de un *symposium* dedicado a la clasificación de las esquizofrenias —organizado en conjunción con Leonhard en el contexto del II Congreso Internacional de Psiquiatría—, donde señalaba, entre otras cosas, las “divergencias conceptuales y taxonómicas de no escasa importancia” entre Kleist y Leonhard

²¹⁶ “Después de Alemania, ha sido nuestro país el que con más entusiasmo y continuidad se ha ocupado de la problemática clínica de las psicosis endógenas kleistianas, exhibiendo el contingente mayor de enfermos españoles investigados en tal sentido en la región catalana, gracias a la labor inicial de Sarró en Barcelona y a la nuestra en el Instituto Pedro Mata, que tuvo el honor de tener unos días en 1950 como huésped al propio Kleist y posteriormente a Leonhard, los cuales aplicaron personalmente sus clasificaciones de las psicosis endógenas en enfermos hispanos y estimularon vivamente mediante sus enseñanzas y ejemplo el interés del grupo facultativo Reus-Barcelona por la directriz investigadora de tales maestros en dichas psicosis... Verdaderamente, fuera de la Clínica Universitaria Neuropsiquiátrica de Frankfurt en el largo tiempo que la dirigió Kleist, pocos centros psiquiátricos han adoptado prácticamente la clasificación de las psicosis endógenas tal y como se llevó a cabo en tal Clínica” (*Ibid.* p. 11).

²¹⁷ Similar valoración expresa COLODRÓN (1990: 112), cuando afirma que los intentos de ordenación de las enfermedades mentales llevados a cabo por Kleist y, posteriormente, Leonhard, “el intento más ambicioso después del kraepeliniano” se basaban en criterios diferenciales excesivamente prolijos que apenas se veían refrendados por las simples correlaciones localizacionistas que pretendían haber encontrado. En los mismos términos se expresan LANCZIK *et al.* (1995: 308-9), quienes recuerdan cómo la ausencia de una correlación entre los postulados y los hallazgos físicos debilitaron una teoría que apenas ejerció influencia en las clasificaciones modernas. La aportación de Kleist y Leonhard a la psiquiatría actual proviene, para estos autores, de su formulación del concepto de psicosis cicloide, entidad clínica independiente que se encontraría entre las psicosis

Sarró y O'Shannahan

Para estos autores, el interés por las formas finales de la esquizofrenia era comprensible por cuanto era necesario disponer de un marco teórico que permitiera establecer criterios pronósticos sobre la evolución de la enfermedad:

“El interés por conocer la terminación de las enfermedades mentales es consustancial a la Psiquiatría. Sin duda que a todos los alienistas de que se tiene memoria les interesa saber por anticipado si el curso sería favorable o desfavorable. De este impulso básico a pronosticar surgió la Psiquiatría kraepeliniana, que tiene en el concepto de *estado final* uno de sus pilares fundamentales. Buena prueba de ello es que el concepto de *demencia precoz* se define, tanto o más que por su sintomatología, por su terminación desfavorable²¹⁸”.

No en vano los esquizofrénicos crónicos constituían la población mayoritaria en las instituciones manicomiales, lo que les hizo subsidiarios de, prácticamente, todos los estudios que se realizaron sobre el empleo de psicofármacos con objeto de establecer comparaciones entre los efectos de los distintos tratamientos²¹⁹.

Pero, como recogían Sarró y O'Shannahan, la discusión en torno a las formas finales de la esquizofrenia tenía un gran valor desde un punto de vista teórico, pues constituía el núcleo de la polémica planteada en torno a la unidad de la esquizofrenia: mientras para la psiquiatría kraepeliniana “El *estado final* gozaba como criterio dife-

maníacodepresiva y la esquizofrenia. Y de ser los primeros, junto con Neele, en proponer la división de los trastornos afectivos en las categorías de uni y bipolar.

²¹⁸ SARRÓ y O'SHANNAHAN (1950), p. 117. Cursivas en el original. Curiosamente, a lo largo del trabajo evitaban comentar los cambios introducidos en la octava y definitiva edición, de 1908, del *Lehrbuch der Psychiatrie* de KRAEPELIN (1996) donde, en lugar de hablar de las variantes catatónica, hebefrénica y paranoide, las formas terminales se clasificaban en debilitamiento mental simple, alucinatorio, paranoide y un cuarto grupo variado que incluía las formas idiota, embotada, pueril, manierística y negativista, sin que en ningún momento fuera éste el criterio que gobernara el trabajo clasificatorio del alemán.

²¹⁹ Como recogía CABALEIRO (1947: 13), “Las esquizofrenias, en su concepción actual, resultan la más frecuente enfermedad mental, constituyendo, por ejemplo, en nuestra patria, la mitad de la población manicomial”. Véanse también los apartados 6.3.4 *Psicofarmacoterapia* y 6.6 *Asistencia*.

renciador nosológico de un procedimiento que sólo era comparable al que poseía la anatomía patológica en las psicosis orgánicas²²⁰, determinando el establecimiento de formas independientes y no etapas de un mismo proceso²²¹, la formulación del concepto de esquizofrenia por Bleuler desplazaba el criterio de diferenciación nosológica hacia la especificidad de la sintomatología psíquica, debiéndose buscar la distinción en los síntomas comunes y específicos de la enfermedad, dentro de la gran variabilidad de los mismos: “La unidad nosológica era para él reflejo de la unidad psicológica²²²”. Por dicho motivo —seguían Sarró y O’Shannahan—, Bleuler prefirió interesarse por las formas iniciales de la enfermedad, ya que le permitían captar mejor la esencia psicológica de la enfermedad al encontrarse los síntomas en *status nascens* y el paciente disponía de mayor capacidad de introspección.

En este contexto, cobraba interés el afán localizacionista de la escuela de Frankfurt, para quienes era preciso recurrir a “unidades psiquiátricas de más reducidos contornos... para las cuales tuviese sentido el planteamiento del problema de la localización”. La idea básica²²³ era que podían establecerse agrupaciones sintomáticas que no fueran fortuitas, sino que expresaran la aparición de manifestaciones paralelas del proceso, lo que permitiría posteriormente intentar correlacionarlas con localizaciones cerebrales concretas²²⁴. Con esta concepción, Kleist y Leonhard avanzaban considerablemente en la descripción de los estados finales de la esquizofrenia, “que había quedado detenida con Kraepelin²²⁵”, cuyas tres formas finales —paranoide, hebefrenia y

²²⁰ SARRÓ y O’SHANNAHAN (1950), p. 117.

²²¹ “Las formas últimamente citadas de demencia no constituyen etapas de un mismo proceso morboso, sino estados finales *independientes*. Por lo menos, mi impresión general es la de que *no se transforman unos en otros*, sino que una vez formados persisten *sin modificación* hasta el final de la vida” (*Ibid.* p. 119).

²²² *Ibid.*

²²³ Que reproducía en un trabajo posterior (SARRÓ *et al.*, 1960 : 687).

²²⁴ Entendido en el sentido de Berze, de quien recogían su diferenciación entre las formas activas o procesales de la enfermedad, y las pasivas o deficitarias.

²²⁵ *Ibid.* p. 120. Valdría la pena aclarar aquí que la escuela de Wermicke (1848-1905) y la de Kraepelin no representaban una tradición psiquiátrica “rival”, como sugieren LANCZIK *et al.* (1995: 306). Más bien se trató de enfoques hasta cierto punto compartidos, como recoge SACRISTÁN

catatonia— se multiplicaban hasta superar la treintena. De este modo, la esquizofrenia quedaba descompuesta “en pequeñas entidades nosológicas, una visión radicalmente pluralista²²⁶”.

La propuesta de división de Sarró y O’Shannahan (1950: 122-40), tras analizar “250 casos procedentes del Instituto Mental de la Santa Cruz y del Sanatorio Frenopático de las Corts... [con] una evolución superior a los cinco años; la mayoría llevaban más de diez años de reclusión”, les llevaba a incluir, dentro de las formas paranoides, la fantasiofrenia, en la que el “sello más característico es la nota de lo fantástico, tanto en la configuración como en las proporciones de la sintomatología”, existiendo tal variedad temática que le llevaba a hablar de la “pluralidad de mundos²²⁷”, cumpliendo el delirio la finalidad de “evitar la angustia existencial de llegar a ser nada, apartándose del mundo exterior y refugiándose autísticamente en un mundo interior en el cual no hay principio ni fin²²⁸”; junto a ella, estaban las variedades

(1946), de acuerdo con la opinión de GAUPP (1939): “... se ha querido situar a Kräpelin frente a Wermicke y su escuela, como adversario de un criterio que no compartía, pero precisamente Kräpelin desde sus primeros trabajos valoraba muy alto la asociación de la investigación anatómica cerebral y la psicopatológica, como reiteradamente hemos señalado. Claro es, advierte Gaupp, que Kräpelin jamás se hubiera resuelto a edificar su psiquiatría clínica sobre la base de las localizaciones cerebrales, sencillamente porque no lo consideraba posible”.

²²⁶ SARRÓ y O’SHANNAHAN (1950), p. 121. El interés de Sarró en relación con la concepción pluralista de la esquizofrenia le llevó a organizar en Tarragona y Reus, en el verano de 1956, un symposium dedicado específicamente a esta cuestión.

²²⁷ Tema al que autores de su escuela, como OBIOLS (1959), dedicaron algún artículo. En dicho trabajo, Obiols se limitaba a hacer un análisis fenomenológico, desde el punto de vista analítico-existencial, del estado final esquizofrénico correspondiente a la fantasiofrenia. Pero el interés del artículo radica en el argumento expresado al final del mismo en torno al concepto de libertad. Fue Ey quien introdujo en España —bien a través del ciclo de conferencias posteriormente publicado como Estudios sobre los delirios, bien durante el *Symposium*—, el tema de la patología mental como pérdida de libertad del individuo. Ello posiblemente diera pie a algunos autores a desviar el foco de atención del verdadero origen de la falta de libertad en la sociedad de la época. Así, Obiols afirmaba: “Si para poseer la libertad hace falta un alto nivel de conocimiento propio y del mundo circundante, tendremos que admitir que el fantasiofrénico ve menoscabada su auténtica libertad existencial. Pero si nos limitamos a expresar con ello la facultad de moverse con facilidad en el ámbito vital y el aumento de posibilidades en el terreno de las apetencias, debemos reconocer que se han ampliado enormemente estas posibilidades y esta movilidad”. Comentario que no dejaba de ser peculiar después de haber dedicado la ponencia a comentar cómo el fantasiofrénico no tenía más remedio que vivir en dos mundos, el fantaseado y el real, por la imposibilidad de hacerlo exclusivamente en el segundo de ellos.

no hay principio ni fin²²⁸”; junto a ella, estaban las variedades confabulatoria, delirio de influencia, alucinosis auditiva, megalómana o expansiva, disgregada alucinatoria y esquizofasia.

En la hebefrenia era característica la destrucción de la personalidad, pudiéndose distinguir entre las formas apática, risueña, plañidera (depresiva o amanerada), autista²²⁹ yseudoligofrénica. Por último, las formas catatónicas, cuyas características generales no describía, quedaban fragmentadas en bradifémica, negativista, proscinética o musitante, acinética y paracinética²³⁰.

Las diferencias de clasificación que los autores españoles establecían con la de Leonhard²³¹, a partir de los resultados comparativos sobre la casuística nacional, obedecía no sólo a un deseo de originalidad, sino también a cuestiones raciales y nacionales:

“Como no es concebible que las esquizofrenias en Alemania y en España deben interpretarse como dos enfermedades distintas, la explicación más verosímil es la de que se trata de la *intervención de factores raciales* que modificarían esencialmente la configuración de la enfermedad... Según uno de nosotros ha señalado reiteradamente, la psicología y la biología germánicas difieren profundamente de la española... Por otra parte no hay que olvidar que existen factores sociológicos que imprimen su sello a nuestro hábitos motores y nuestra sensibilidad, que podrían influir tanto o más que la diversa biología²³²”.

Sin embargo, lejos de constituir un problema, esta disparidad de resultados respecto a Leonhard servía de coartada para repudiar el enfoque de Bleuler:

²²⁸ SARRÓ *et al.* (1960), p. 690.

²²⁹ Cuya existencia, al igual que la parafémica, no reconocía pero incluía la descripción de Leonhard con fines comparativos (SARRÓ y O'SHANNAHAN, 1950: 123).

²³⁰ SARRÓ (1965), p. 1085-9.

²³¹ COULLAUT (1961: 119) incluía un completo cuadro sinóptico en el que establecía las identidades entre las diversas formas terminales propuestas, respectivamente por Leonhard, Kleist y Sarró.

²³² SARRÓ y O'SHANNAHAN (1950), p. 142. Cursivas en el original.

“Leonhard no se preguntó por la génesis de los síntomas; su actitud es puramente descriptiva²³³... Esta actitud nos parece especialmente acertada en lo que respecta a la diferenciación de síntomas primarios y secundarios de Bleuler, que ha subsistido como si fuese una evidencia, cuando es posible que nos sea más que un dogma. La derivación de unos síntomas de otros es tan aleatoria como la inquisición de los verdaderos modos de las acciones humanas... Bleuler utilizaba el trastorno asociativo como un ‘deus ex machina’ que todo lo explicaba y respecto al cual todo era secundario. El mismo Carl Schneider, en su profunda, originalísima y discutible teoría de la esquizofrenia, también hace caso omiso de la diferenciación de Bleuler²³⁴”.

Coartada que resultaba aún más manifiesta al rechazar el pluralismo derivado de los planteamientos de Leonhard, considerados incongruentes a la luz de los resultados de la experiencia española, que “hace más verosímil la interpretación de que algunas de ellas no sean más que distintas *configuraciones raciales de la misma enfermedad básica*”, negando que fueran entidades independientes con un valor nosológico, el cual sólo podía venir de la mano de la investigación somática²³⁵. Siete años después, tres miembros de la escuela de Sarró —entre los que encontraba uno de sus hijos—, reevaluaron 104 de los pacientes incluidos en la ponencia llegando, un tanto ambiguamente, la conclusión contraria²³⁶.

²³³ Como ya vimos al hablar de los mitologemas en el apartado anterior, así como también a propósito de la primacía concedida por López Ibor al enfoque clínico, el recurso a una orientación descriptiva permitía soslayar el siempre espinoso debate teórico, evitando argumentos que pudieran cuestionar aspectos fundamentales de la ideología del régimen.

²³⁴ SARRÓ y O'SHANNAHAN (1950), p. 143.

²³⁵ *Ibid.* p. 144-5, 148. SÁNCHEZ DE BORJA (1956), empleando los criterios clasificatorios de Sarró, llegaba a unas conclusiones similares. Autor de dos trabajos más (SÁNCHEZ BORJA, 1957; 1965), se trató de revisiones de conjunto sobre las teorías patogénicas de la esquizofrenia sin ninguna elaboración personal al respecto.

²³⁶ “Debemos decir, en primer lugar, que del análisis de los estados finales por nosotros estudiados resulta incontrovertible el hecho de que las diferencias entre ellos observadas son demasiado grandes como para no admitir como una realidad clínica la *concepción pluralista de la esquizofrenia*, y a considerar ésta como un *conjunto de enfermedades mentales de origen endógeno con unos caracteres comunes*”.

Como seguiremos viendo a continuación, este tipo de argumentos anuló la polémica en torno a la unidad de la esquizofrenia en nuestro país: los distintos autores rechazaron casi unánimemente cualquier intento de concepción pluralista de la enfermedad a expensas, no de suscribir los supuestos bleulerianos, sino de considerar verdaderamente esquizofrénicos sólo aquellos cuadros que asociaban un deterioro en su evolución o no obedecían a causas exógenas. Por otro lado, el establecimiento de diferentes subtipos evolutivos dentro de las esquizofrenias llamadas verdaderas no se consideró suficiente para establecer su existencia como entidades nosológicas distintas.

Vallejo Nágera

La exposición que hacía Vallejo Nágera (1954: 684-8) sobre *Formas finales de la esquizofrenia (Leonhard-Sarró)*, una vez descritas las formas clínicas de la esquizofrenia²³⁷, se limitaba a comentar las generalidades en torno a la concepción pluralista de la esquizofrenia que tenía Kleist, la multiplicidad de formas descritas por Leonhard, y el citado trabajo de Sarró, intentando equiparar las formas propuestas por ambos²³⁸. Se mostraba de acuerdo con este último al corroborar que “el reconocimiento de las formas de Leonhard en modo alguno implica la aceptación de la concepción pluralista de Kleist de las esquizofrenias²³⁹”.

A este respecto valdría la pena aclarar que, mientras Sarró planteaba la pluralidad de las esquizofrenias como la posibilidad de que las divisiones, dentro de las dis-

indiscutibles, pero con unos rasgos diferenciales lo suficientemente marcados para justificar la descripción por separado de las diversas formas clínicas” (CODERCH, COSTA y SARRÓ MARTÍN, 1957: 155). Cursivas nuestras.

²³⁷ Donde hacía una exposición de las consabidas cuatro formas, subdividiendo las hebefrénicas según los criterios de Kraepelin, añadiendo la esquizofasia, e incluyendo la descripción de las formas agudas de debut.

²³⁸ Destacando las implicaciones raciales derivadas de la disparidad de criterio con el autor alemán: “Le parece que la descripción de la esquizofrenia germánica no coincide con la esquizofrenia hispánica y atribuye las diferencias a la distinta composición étnica del pueblo alemán del español, y a los distintos hábitos sociales” (VALLEJO NÁGERA, 1954 : 684).

²³⁹ *Ibíd.* p. 684-8.

tintas formas finales de esquizofrenia descritas, representarían entidades nosológicas diferentes, Vallejo Nágera la entendía como la distinta “valencia genotípica” supuesta para cada uno de los tres grandes grupos descritos como procesual, constitucional y exógena²⁴⁰.

Alberca Lorente

Bajo el título *Sobre los cuadros finales esquizofrénicos*, Alberca (1957) realizó en el *Symposium* una exposición magistral sobre la cuestión, que centraba precisamente en el valor pronóstico de la clasificación de las formas finales de la esquizofrenia: “Yo quería saber solo qué les ha pasado a mis esquizofrénicos tratados, para atisbar qué les puede pasar los que haya de tratar en lo sucesivo... Yo querría saber solo, *arrancando del concepto bleuleriano de las esquizofrenias*, qué casos curan, hasta donde puede hablarse de curación, y qué pasa con los casos que no curan cuando empleamos métodos de tratamiento que han aliviado el pronóstico de la enfermedad, pero que no resuelven pareja y definitivamente todos los casos²⁴¹”.

La ponencia pasaba repaso a cuestiones como la amplitud o estrechez de los diferentes enfoques teóricos, la imprecisión de los términos manejados para referirse al desenlace de la enfermedad, los conceptos de curación, cuadro residual, y estado terminal. Respecto a estos dos últimos, señalaba que el primero representaba “cuadros de defecto leves, con algunos residuos del tiempo de actividad —como quería *Kraepelin*—, que tienen la dignidad de psicopatías, ligados a las remisiones, estacionarios o poco agresivos, incapaces de progresar por sí, pero propicios a dejarse empujar por brotes nuevos”. Los estados terminales, sin embargo, eran considerados como estados de de-

²⁴⁰ En términos similares se expresaban MARTÍNEZ PARDO, AMAT y LEAL (1966) en su trabajo de revisión quienes, adscribiéndose explícitamente a las ideas de Bellak, consideraban la esquizofrenia no como enfermedad única, sino como síndrome psiquiátrico común a múltiples causas que irían desde la debilidad puramente psicógena del yo, hasta factores constitucionales o genéticos, pasando por los estados debidos a factores tóxicos, infecciosos o metabólicos.

²⁴¹ ALBERCA (1957), p. 187. Cursivas nuestras.

fecto terminales que incluían “a los cuadros graves, permanentes, más o menos progresivos —para marcar el sentido de Kraepelin y C. Schneider— que tienen la consideración de demencia o casi, y a la demencia misma”. Esto último le llevaba a plantearse “el problema de la definición de la demencia esquizofrénica en cuanto a su naturaleza, su intensidad y su permanencia”, cuestiones todas ellas íntimamente relacionadas con la unidad o diversidad de las formas clínicas esquizofrénicas²⁴².

Al estudio de la demencia esquizofrénica dedicaba las siguientes páginas, considerando la histopatología, las relaciones con la edad y las diferencias con la demencia orgánica, que el propio Alberca establecía con base en su aspecto clínico —afectación no sólo de la inteligencia, sino también del afecto y la conducta, de manera cualitativamente distinta respecto a la orgánica por tener un carácter caprichoso, absurdo, abigarrado—; y en la posibilidad de detención²⁴³.

Entraba a continuación en la delimitación de los estados terminales, entendidos en el sentido arriba indicado, planteando la dificultad que representaba determinar cuándo un paciente había alcanzado el mismo, pues la concurrencia de síntomas procesales con aquellos otros propios de estados terminales, impedía mostrar una postura tajante al respecto. A dilucidar esta cuestión dedicaba el último y extenso apartado de su trabajo²⁴⁴.

En su aspiración por “precisar un cuadro terminal por su contenido y su sintomatología”, Alberca centraba acertadamente, como ningún otro autor hasta ese momento, el problema intrínseco a las formas finales de la esquizofrenia en los términos comentados un poco más arriba a propósito de Vallejo Nágera y Sarró:

“... podemos separar las opiniones en dos grandes grupos: los unicistas proponen —más bien que una sola forma—, un grupo compacto de subformas imprecisas, cambiantes, inimportantes, que tienen un aire común, lo que las acerca

²⁴² *Ibid.* p. 191-2.

²⁴³ *Ibid.* p. 199-200.

más entre ellas que, cada una, al cuadro de origen; los pluralistas proponen un número mayor o menor de subformas, correctamente limitadas, más o menos rigurosamente referibles al cuadro activo (*Leonhard* más; *Kraepelin* y *Sarró*, menos)...

En realidad, nadie sostiene que el cuadro clínico de las formas de defecto sea siempre el mismo. Mas bien de lo que se habla es de una cierta diversidad dentro de un grupo, de la posibilidad de transiciones, de la no individualización de los cuadros en subformas fijas, de la no correspondencia estricta con las formas agudas²⁴⁵.

Y es que las implicaciones que cada uno de dichos enfoques traía consigo afectaban no sólo al diagnóstico, sino también a la patogenia de la enfermedad:

“El problema no es un jugueteo, porque, en lo clínico, ha de ser más fácil definir el tránsito del cuadro activo al inactivo si este realiza un claro cambio de frente, si el cuadro postprocesal ni se parece al del proceso; y hereditariamente importa resolver si hemos de conformarnos con una investigación en bloque como la realizada por M. Bleuler cuando propone que los cursos continuos conducen a una demencia terminal más a menudo que los en brotes... o si cada subforma constituye, de la raíz a la copa, una unidad con marcha hereditaria independiente como sugiere *Leonhard*²⁴⁶”.

Tras una serie de consideraciones respecto a este último autor, cuya tentativa clasificatoria criticaba no sólo a expensas de los resultados de *Sarró*, sino también por cuestiones metodológicas y psicopatológicas sensiblemente más consistentes que las vertidas por este último, *Alberca* abordaba el estudio de su casuística de acuerdo con los parámetros nosotáxicos de *Leonhard*, “suficientemente sugestiva —cuando se arranca del cuadro terminal— para que uno se sienta atraído por ella. Y, en parte por-

²⁴⁴ ALBERCA (1957: 202-8).

²⁴⁵ *Ibíd.* p. 202-3.

²⁴⁶ *Ibíd.* p. 203.

que facilitaba la tarea, en parte tratando de confirmarla, empecé mi investigación tomando partido de antemano por la tesis de Leonhard²⁴⁷.

La conclusión final a la que llegaba Alberca, a pesar de las diferencias encontradas en sus casos respecto a la propuesta de Leonhard, le llevaba a aceptar la concepción pluralista, siendo el único autor que se mostró taxativo al respecto: “Yo no creo que haya un cuadro terminal unitario (aunque me parece que forman un grupo especial esos casos profundamente demenciados, que se engrasan o adelgazan inusitadamente, que apenas contestan con monosílabos y que no siempre derivan en un cuadro catatónico); pero temo que la construcción de Leonhard, como tantas otras, no sea definitiva y haya de ser retocada todavía”. Y, unas líneas más adelante, a propósito de la dificultad de separar con rigor de la esquizofrenia endógena los cuadros esquizofreniformes, concluía: “Yo conservo viva la esperanza de que, por lo menos, podamos precisar nuevos núcleos, y me parece que todavía en los cuadros de defecto apunta uno que —central o no— hay que reabrir a la investigación²⁴⁸”.

Cabaleiro Goás

A la hora de tratar “El problema de los estados finales esquizofrénicos”, Cabaleiro (1954: 183-93) planteaba tres cuestiones: ¿cuándo había de considerarse un estado esquizofrénico como final?, ¿cuáles eran las formas clínicas terminales de las esquizofrenias? y, por último, ¿por qué existía una pluralidad sindrómica tan acusada en los estados terminales?.

Respecto a la determinación del momento en que podía hablarse de estado terminal, Cabaleiro recurría a Berze para determinar la ausencia de síntomas procesales y la presencia manifiesta de los síntomas secundarios. El estado terminal carecería de los rasgos que, tal y como recogía Vallejo Nágera, caracterizaban al proceso: no habría actualidad, organicidad ni tendencia destructivo-progresiva. Obviamente, el

²⁴⁷ *Ibid.* p. 205.

²⁴⁸ *Ibid.* p. 208-9.

estado terminal sólo podía producirse en aquellos casos que evolucionaban de forma continua, pues la evolución en forma de brotes implicaba también la detención del proceso.

La tipificación de las distintas formas clínicas terminales la hacía siguiendo propuestas por Kleist, Leonhard y Sarró, aunque añadiendo a las mismas la esquizocaria, de Mauz²⁴⁹.

En cuanto a la debatida cuestión de la pluralidad sindrómica, tomaba partido por las tesis unicistas, apelando a que la variedad de formas era el resultado de las posibilidades ilimitadas de adaptación que tenía la personalidad post-esquizofrénica tras el proceso:

“a nuestro juicio, dentro de las formas clínicas kraepelinianas de la esquizofrenia, los síndromes terminales son tan varios como enfermos existen. Pero esta pluralidad sindrómica no se debe a que sean enfermedades o formas clínicas autónomas o independientes entre sí, como mantiene la escuela de Francfort, los distintos cuadros terminales. Esta multiformidad la dan las propias personalidades post-esquizofrénicas, lo que ha quedado después de la batalla entre el proceso y la personalidad. Las posibilidades de ésta para hacer su adaptación... son las que condicionan... el nuevo modo de ‘estar-en-el-mundo’ con características individuales, influidas por la propia biografía y por la especial postura del enfermo ante su psicosis²⁵⁰”.

Cabaleiro volvería a hablar sobre “El curso y la problemática de los estados finales esquizofrénicos”, en su monografía de 1961, al considerar el curso evolutivo de las psicosis uno de los tres pilares fundamentales para el diagnóstico de la enfermedad, junto con los síntomas primarios y la captación de la actitud especial que el hombre esquizofrénico presentaba frente a ellos, como veíamos anteriormente. Mantendría

²⁴⁹ Siete años más tarde, CABALEIRO (1961: 25-32, 135-42) analizaría extensa y críticamente la concepción pluralista de la esquizofrenia conforme a la propuesta de Kleist y Leonhard.

²⁵⁰ CABALEIRO (1954), p. 192.

una posición similar que en trabajos previos, repitiendo literalmente varios párrafos. Sin embargo, la aportación más interesante era la definición del estado final conforme a los postulados de la antropología existencial, tal y como comentábamos en el apartado 6.1 *Teoría psiquiátrica*.

En este sentido, el estado final o terminal —al que Cabaleiro se refería como esquizosis, para emplear el término de López Ibor— era aquella situación que se establecía de forma permanente sobre la base de las vivencias de transformación del Yo, de las vivencias de influencia y significación, de delirios de transformación cósmica..., sobre la cual el hombre-postesquizofrénico establecía su relación con la realidad: “A ese modo de ‘estar-en-el-mundo’ alterado y permanente —aunque diverso—, estructurado sobre una ‘nueva concepción del mundo’, es lo que denominamos estado final esquizofrénico²⁵¹”.

Las características de esa ‘nueva concepción del mundo’ serían: su permanencia o irreversibilidad, en el sentido de persistir a lo largo del tiempo; ser expresión de algo irreal, delirante y extraño, creado por el proceso, por lo que se descartaba una elaboración intelectual primaria del sujeto; poseer una estructura mixta, a expensas de elementos reales, imaginarios y esquizofrénicos que se corresponderían, respectivamente, con experiencias vitales prepsicóticas, procesales y postpsicóticas; y, derivado de lo anterior, carecer de unidad, de cohesión, representando la escisión psíquica de la personalidad²⁵².

Coullaut Mendigutía

Coullaut (1961), en su artículo más elaborado teóricamente de cuantos escribió sobre la esquizofrenia, evolucionaba respecto a trabajos previos en los que seguía los criterios schneiderianos, para adscribirse explícitamente a las ideas de Kleist y Leonhard sobre la nosotaxia de las psicosis endógenas, considerándolas “entidades nosoló-

²⁵¹ CABALEIRO (1961), p. 130.

gicas distintas”, expresándose en los términos propuestos por estos autores, así como por Sarró. Fue precisamente su experiencia clínica, extraída de una casuística abundante y diversa, lo que hizo valioso el trabajo de Coullaut.

Dicho artículo, sobre el tratamiento de las formas terminales de la esquizofrenia²⁵³, planteaba que no podía hablarse de las mismas basándose exclusivamente en la clínica, ya que el empleo de los fármacos, o de una combinación de éstos con el electrochoque, permitían una remisión de la sintomatología considerada clásicamente como defectual, lo que obligaba a replantearse los criterios pronósticos empleados hasta entonces: *“los estados avanzados de la enfermedad son situaciones complejas debidas a un conjunto de síndromes cualitativamente diferentes a juzgar por la distinta sensibilidad terapéutica... que intervienen en distinto número e intensidad²⁵⁴”*. Síndromes que, siguiendo a Kleist y Leonhard, clasificaba como genuino, extensivos y de déficit real de la personalidad, este último tomado de Mayer-Gross.

El síndrome genuino “Es el propio de cada forma clínica; sus síntomas pueden ser considerados como los activos por antonomasia. Vienen a coincidir aproximadamente con los síntomas que Schneider llama de primer orden y Bleuler síntomas primarios o fundamentales, pero no son los mismos, porque también pueden ser genuinos los de segundo orden, de Schneider, o los secundarios de Bleuler”. Cada forma no tiene síntomas propios pero sí agrupaciones sindrómicas características. Aunque no

²⁵² *Ibid.* p. 130-42.

²⁵³ Para COULLAUT (1961: 112), el término “estado terminal” en la esquizofrenia representa, en el sentido de Meyer y Schneider, “aquellos estados en los cuales la sintomatología está estabilizada desde hace años y, generalmente, se muestra como activa, aunque el enfermo se encuentre en una situación próxima a la demencia, pues tienen, por lo general, signos más o menos acentuados de los que hasta ahora teníamos como defectuales”. Por su parte, demencia serían “aquellos casos en los que la sintomatología no puede considerarse activa y cuyo grado más extremo son los caracterizados por un gran pobreza del lenguaje (mutistas, monosilábicos, inconexos, etcétera), una pérdida grande de contacto con el ambiente, una conducta anómala generalmente con pobreza de impulsos y un estado somático profundamente afectado (displasia, hirsutismo, trastornos tróficos, etc.)”. No obstante, reconoce la dificultad de establecer una diferencia tajante entre ambos estados al no ser fácil determinar que son síntomas activos procesuales, y cuáles propios del estado demencial.

especificaba ni el nombre ni los síntomas, el síndrome genuino podía ser paranoide, catatónico o hebefrénico y su presencia se consideraba habitualmente de buen pronóstico, pues respondía al tratamiento²⁵⁵.

Los síndromes extensivos (o derivados) recibían su nombre por ser “una extensión del proceso primitivo a otros sectores funcionales cuando el proceso avanza”, pudiendo ser de tres clases distintas: síndrome extensivo que afecta a la personalidad, “el que contribuye más a dar la impresión de que hay demencia o deterioro”, y caracterizado por empobrecimiento de la personalidad, rigidez de la actitud mental, del pensamiento en torno a las vivencias, actitud concreta, embotamiento afectivo, estrechamiento de los intereses, pensamiento paralógico...; síndrome extensivo catatónico, caracterizado por la pobreza de la impulsividad, la reducción de la motricidad, los gestos o el lenguaje, con manierismos y estereotipias; y el síndrome extensivo al pensamiento formal, con inconexión, incoherencia, disgregación. Se consideraban de buen pronóstico porque respondían a la medicación²⁵⁶.

En cuanto al síndrome de déficit real de la personalidad “su esencia está en los tres rasgos fundamentales que señala Mayer-Gross: *Fijeza de la actividad y de las reacciones mentales, pobreza de ideas, y limitación de los intereses*”. Las variaciones cuantitativas, puesto que el cuadro no admitía variaciones cualitativas, darían lugar a un defecto ligero en los casos leves, a un deterioro en el grado medio, y a un cuadro demencial en los casos graves. Este síndrome de déficit real de la personalidad se consideraba de mal pronóstico, pues no solía responder al tratamiento²⁵⁷.

Los cuadros terminales surgirían de las distintas combinaciones de los tres síndromes descritos —genuino, extensivo y de déficit real de la personalidad—, dando lugar a la aparición de cuadros similares en cuanto a su presentación pero distintos en

²⁵⁴ *Ibid.* p. 122. Cursivas en el original.

²⁵⁵ *Ibid.* p. 122-3.

²⁵⁶ *Ibid.* p. 123.

²⁵⁷ *Ibid.*

su origen, lo que explicaría el por qué de la distinta respuesta a la terapia combinada empleada, que era el punto de partida del autor para formular su teoría: “los cuadros de ‘estado terminal’ tienen que ser valorados no por el cuadro en sí, sino por un detenido estudio del curso evolutivo y un examen de los efectos del tratamiento durante las primeras semanas. Antes del tratamiento puede ser muy difícil predecir si los síntomas que llamamos activos mejorarán y si quedará la personalidad más o menos dañada²⁵⁸”.

Tras descartar los factores pronósticos establecidos hasta ese momento por los diferentes autores, concedía al efecto de la medicación el valor de ser el único predictor de la evolución de la enfermedad: “El estudio de la evolución de la enfermedad hasta llegar a dicho estado [terminal] puede aportar datos valiosos para deslindar los distintos componentes terminales, pero es fundamentalmente el estudio de la desestructuración progresiva bajo la terapéutica combinada lo que mejor aclara el papel que juega cada grupo sindrómico²⁵⁹”.

De forma un tanto incomprensible por el razonamiento que empleaba, en lo que parecía un ataque a la teoría bleuleriana, planteaba que la afectación de la personalidad “no puede considerarse en lo sucesivo... como la clave esencial o eje en que se base el diagnóstico de la esquizofrenia. El síndrome del empobrecimiento de la personalidad (autismo, vaciedad, enfriamiento afectivo, concretismo de la actitud y las reacciones mentales, etc.) puede desaparecer por el tratamiento... cuando se debe a un síndrome extensivo. El déficit... que persiste a pesar de la terapéutica combinada no parece lo esencial de la esquizofrenia, sino más bien una consecuencia del proceso en los casos graves: porque no es mucho más frecuente la persistencia de un déficit leve bajo el tratamiento en los casos que tenían un aspecto demencial, que en aquellos que presentaron una sintomatología activa sin grave afectación de la personalidad²⁶⁰”.

²⁵⁸ *Ibíd.* p. 117.

²⁵⁹ *Ibíd.* p. 122. En clara referencia a los trabajos de Castilla del Pino, ya comentados.

²⁶⁰ *Ibíd.* p. 139.

Consecuencia directa de todo ello era el establecimiento de nuevos criterios para determinar el juicio pronóstico, que no especificaba con claridad en el caso de las formas paranoides. En las catatónicas, en cambio, tendrían mejor pronóstico las formas amaneradas, negativistas y proscinéticas, o aquellas combinadas en las que predominaran tales rasgos, siendo de peor pronóstico las formas hipofémicas y acinéticas, aunque no era infrecuente en ellas que el estado demencial revirtiera hacia un defecto ligero. En las formas hebefrénicas, por último, siempre quedaba un déficit de la personalidad, imperceptible en algunos casos en función del estilo de vida y personalidad previos del sujeto, sin alcanzar nunca la remisión total²⁶¹.

Besada Varela

Besada Varela²⁶², obligado por el quehacer clínico a abordar la cuestión de la clasificación de las formas terminales de la esquizofrenia, optaba por una posición perso-

²⁶¹ *Ibíd.* p. 152-4. Remisión que, a diferencia de artículos anteriores (COULLAUT, 1956a,b; 1958), especificaba más claramente no como “curación”, sino como “crítica total y completa de todas las vivencias del periodo psicótico, pero remisión total de la sintomatología bajo el tratamiento no es igual a curación”, abogando ya definitivamente por un tratamiento de mantenimiento “ningún caso pido abandonar la medicación (pues si lo hacen, indefectiblemente, más o menos tarde, recaen)”.

²⁶² Apenas disponemos de información sobre Besada Varela. Ejerció de médico psiquiatra en Conxo, donde en 1964 ya ejercía como Jefe del Servicio Psiquiátrico (tal vez en la sección de mujeres, dada la casuística recogida en sus trabajos, consistente en población femenina). Años antes fue profesor ayudante de psiquiatría en la Facultad de Medicina de Santiago, cuya enseñanza estaba a cargo de José A. Pérez López Villamil, catedrático de Medicina Legal en Salamanca en 1934 que consiguió el traslado a la misma cátedra en Santiago en 1939, y con quien escribió en 1955 un artículo en colaboración sobre el precoma insulínico. En solitario publicó, además de los cuatro artículos recogidos en esta tesis, otros dos artículos sobre neurosis obsesiva y gerontopsiquiatría. GONZÁLEZ y SIMÓN (2001) no lo nombran en su artículo cuando hablan de Conxo en el periodo de posguerra y hasta la reforma de 1971, ni tampoco al hablar de Villamil y la cátedra de psiquiatría de Santiago, aventurándonos a pensar que se refieren a él cuando comentan que “Conxo pasa varios años con dos únicos psiquiatras” entre 1939 y 1971.

De igual forma, es posible suponer, a partir de las mismas fuentes, que la formación de Besada estuviera influenciada tanto por Villamil, quien había contactado con “los grandes maestros alemanes, austriacos y franceses (Bleuler, Biswanger, Maier, Claude, Clèrambault, Ey, Delay) así como con Río Hortega y Sanchís Banús “a quien considera su auténtico maestro en la psiquiatría”; como por la figura de quien fué director durante ese periodo, Ramón Rodríguez Somoza “el director más duradero de Conxo (1931-1971). Está muy bien formado y conectado con la oficialidad europea y española. Se formó con Bumke, con Foerster (pensionado 45 meses por la Junta de Am-

nal distinta a la de Kraepelin, pero también a la de Kleist y Leonhard, cuya “atomización pluralista de las esquizofrenias” descartaba puesto que “resulta aventurado admitir su autonomía e independencia, toda vez que abundan las formas de transición²⁶³”.

Consideraba que, por su evolución, había dos grupos diferenciados de esquizofrenias: el de las formas crónicas delirantes y alucinatorias, formado por los pacientes que, a pesar de los años de enfermedad, aún conservaban “ese grado de dignidad que les permite llevar una existencia netamente humana, diversa de la normal, por supuesto, pero ‘anormalmente humana’²⁶⁴”, y en donde incluía los delirios crónicos con o sin alucinaciones, los delirios alucinatorios crónicos de Serieux y Capgras, algunas parafrenias de Kraepelin y la antigua paranoia. Y el grupo mayoritario, de evolución catastrófica tanto en brotes como de forma continuada, formado por pacientes deteriorados, “inabordables a cuanto suponga un intento de penetración ambiental”, donde incluía los autistas de Bleuler, con deterioro en la higiene, alteraciones de conducta e indiferencia afectiva. En la casuística del trabajo, este grupo lo integraban, a su vez, los cuatro subgrupos de formas paranoide, hebefrénica (que incluía las formas hebefreno-paranoide y hebefreno-catatónica), catatónica y esquizocárca.

No parece posible, sin embargo, adscribir a Besada a una determinada corriente teórica pues, aunque de forma menos marcada que Coullaut, en su discurso empleaba criterios de diferentes escuelas según la cuestión que estuviera abordando. Así, en otro trabajo publicado ese mismo año, mientras conceptualizaba la esquizofrenia en términos bleulerianos, hablando de la misma como modo de enfermar²⁶⁵, agrupaba los sín-

pliación de Estudios) y en la clínica privada de Rodríguez Lafora. Además, como militante del partido gallegista está conectado con intelectuales y políticos gallegos. Poco después de entrar en Conxo abandona su línea de publicaciones punteras neuropsiquiátricas que venía realizando. Su tesis doctoral había sido dirigida por Cajal en 1924 (*la histopatología de la parálisis general*”).

²⁶³ BESADA (1961b), p. 178-9.

²⁶⁴ “En ellos, el ‘proceso esquizofrénico’ no es destructivo o bien tiene tan escaso poder deteriorante que permite al enfermo conservar un parte y una dignidad netamente humanas” (*Ibíd.*).

²⁶⁵ “Los resultados obtenidos con el ‘closerpil fuerte’ en la casuística de nuestro trabajo, los hemos valorado atendiéndonos [sic] a un criterio exclusivamente clínico, observando las variaciones habidas en las distintas enfermas. Es un problema espinoso y arduo el que ofrecen las esquizofre-

tomas de la esquizofrenia para valorar los efectos del tratamiento en “hiperquinéticos (impulsiones, crisis de agitación y excitación psicomotoras, estereotipias, etc.) e hipokinéticos (pasividad, mutismo, inercia, indiferencia, negativismo, etc.)... Los síntomas productivos de tipo delirante y alucinatorio, así como la disgregación psíquica y demás trastornos del pensamiento ceden o desaparecen²⁶⁶”. Y en un último artículo, volvía de nuevo a Bleuler²⁶⁷ para utilizar como criterios para la selección de la población de estudio los síntomas primarios y secundarios, haciendo la confusión característica con los fundamentales y accesorios.

6.2.3 Diagnóstico diferencial

Inevitablemente ligada a la cuestión del diagnóstico estuvo el establecimiento de criterios diferenciales, habitualmente entre los dos grandes grupos de psicosis establecidos por Kraepelin, la esquizofrenia y la psicosis maníacodepresiva, cuyas dificultades para establecer una delimitación clara entre ambas originó un debate sobre la existencia de formas atípicas, marginales o limítrofes, del que los autores españoles también se hicieron eco, así como de la presencia de sintomatología afectiva mayor concomitante con la clínica esquizofrénica y las cuestiones relativas al trastorno esquizoafectivo. Por exceder considerablemente los objetivos de este estudio, y requerir un enfoque conceptual notablemente más amplio, dedicaremos este apartado a realizar un breve comentario sobre aspectos generales.

nias crónicas al intentar valorar la eficacia de una terapéutica, pues a parte de los factores subjetivos del clínico que observa, cuentan los que provienen de la misma esencia del proceso esquizofrénico. *Cuando hablamos de remisiones o de francas mejorías no queremos decir que tales enfermas hayan curado; esto es, que hayamos conseguido una ‘restitutio ad integrum’ completa, sino tan solo que los factores determinantes de ese modo de enfermar que se llama ‘esquizofrenia’ pierden intensidad y vigencia, y dejan de expresarse a través de síntomas.* En ocasiones, este debilitamiento del ‘proceso’ esquizofrénico es tan marcado que permite la total desaparición de los síntomas psicóticos, y la reintegración del enfermo a su peculiar modo de existir que tenía con anterioridad a hacer eclosión su enfermedad. Hablamos entonces de remisiones. *Sólo el transcurso del tiempo nos podrá decir si tales remisiones se mantienen o no de un modo prolongado, y en caso afirmativo sí que podrá hablarse ya de curaciones*” (BESADA, 1961a: 30). *Curativas nuestras.*

²⁶⁶ *Ibid.* p. 36.

²⁶⁷ BESADA (1967: 148).

Vallejo Nágera

Para Vallejo Nágera (1954: 703), era tal la importancia de la sintomatología procesual a la hora de establecer el diagnóstico de la enfermedad, que concluía el apartado de diagnóstico con una afirmación que le permitía obviar esta siempre espinosa cuestión, aceptando sin más la posibilidad de error como un inevitable avatar del ejercicio clínico:

“Después de lo dicho acerca del diagnóstico de los síntomas procesuales, consideramos innecesario seguir a los autores en el diagnóstico diferencial con las psicopatías y restantes psicosis endógenas y exógenas, pues en el diagnóstico de la esquizofrenia aquello que tiene mayor importancia es el descubrimiento de los signos del proceso esquizofrénico, y mientras no se confirme su existencia son posibles toda suerte de errores diagnósticos, incluso de parte del más experto alienista”.

Cabaleiro Goás

Cabaleiro (1965), dentro siempre del marco teórico de la escuela de Heidelberg y, más concretamente, de los dictados de Schneider, recurría al análisis fenomenológico como clave para establecer el diagnóstico diferencial entre las distintas entidades. Como hecho distintivo, planteaba razonablemente la distinta cualidad fenomenológica entre la angustia timopática formulada por López Ibor, y la propia de la vivencia esquizofrénica.

En un sobresaliente trabajo posterior, *Las psicosis marginales y atípicas endógenas, el concepto de psicosis mixtas y los síndromes esquizofrenoides, maniformes y pseudo-depresivos*, Cabaleiro (1968) abordó con profundidad, desde un punto de vista clínico y nosológico, los problemas relativos a la delimitación de las mismas: en síntesis, planteaba una gradación que se iniciaría, partiendo de las psicosis manícodepresivas, con las formas típicas, seguiría con las marginales y acabaría en las atípicas; pasaría en-

tonces a las psicosis mixtas —las psicosis cicloides de Kleist—; y finalizaría, dentro ya de las esquizofrenias, en sentido inverso, pasando por las formas atípicas, las marginales y, por último, las típicas o esquizofrenias nucleares. En todas ellas, el adecuado análisis fenomenológico de la sintomatología de los pacientes permitiría una adecuada adscripción del caso individual a cada una de las entidades consideradas.

Sarró Burbano

Sarró (1965: 1075-80), de forma similar, mostraba su adhesión a las concepciones de Schneider, para quien era necesaria la presencia de un curso fásico, si bien disentía de este autor en cuanto a lo restringido de su descripción sintomatológica, que tomaba de Bumke y Kretschmer.

Coullaut Mendigutía

Coullaut (1960) consideraba la importancia de sentar bien un diagnóstico diferencial con los episodios depresivos del trastorno bipolar: “También es interesante para el pronóstico el arduo problema de distinguir entre las ideas delirantes pertenecientes al círculo manícodepresivo (tan frecuentes en edades avanzadas) y las ideas delirantes propiamente esquizofrénicas, pues la sensibilidad al tratamiento es muy distinta. Este diagnóstico diferencial es muy difícil cuando el cuadro no se complementa con otros síntomas pertenecientes a una u otra psicosis”.

Desde un punto de vista psicopatológico, planteaba que la sintomatología afectiva en la psicosis tenía un doble origen, a saber, primario “nace conjuntamente con el resto de la sintomatología psicótica”, y secundario, en forma de *reacción vivencial delirante* frente a las vivencias que asaltaban al sujeto (ideas delirantes secundarias determinadas del estado afectivo). Por dicho motivo, los narcobióticos actuarían sobre ellas al igual que lo hacían sobre las alteraciones afectivas de origen timopático²⁶⁸.

²⁶⁸ Esta opinión parece ser lugar común de la época, pues también la encontramos en BESADA (1967), para quien el cambio de actitud de los pacientes respecto a su delirio obedecía a “la modifi-

En esa línea llega a establecer una distinción entre los delirios sensitivos de referencia, al considerar que eran de naturaleza timopática aquellos que responden bien al tratamiento; y los esquizofrénicos, donde se daba el fenómeno de la esquizoforia, alteración angustiosa del estado de ánimo que respondía bien al tratamiento: “Los delirios de referencia puros que incluyo en este grupo, excluidos los delirios sensitivos de autorreferencia que indudablemente tienen otra naturaleza, creo que son formas leves de manifestarse la esquizofrenia, mientras que los que considero como delirios de referencia complejos son formas más graves que además de afectar al estado de ánimo trastocan el curso del pensamiento, las percepciones y, a veces, otros sectores funcionales”.

Sánchez Blanqué

Sánchez Blanqué *et al.* (1972) hacían lo propio con la parafrenia, considerando que algunas de las formas que se incluían dentro de la misma podrían pertenecer al círculo maníacodepresivo, si bien no especificaban cuáles y sólo mostraban tres casos ilustrativos en apoyo de su tesis. Sobre este particular, Vallejo Nágera (1954: 753-72) no modificó su punto de vista en las sucesivas ediciones, esto es, la pertenencia de la parafrenia al grupo de la esquizofrenia, si bien a partir de la segunda edición incluyó su exposición dentro de un capítulo especial titulado *Psicosis endógenas atípicas* donde, “con fines didácticos”, la agrupaba junto a todas aquellas formas que los diversos autores englobaban bajo la terminología de psicosis mixtas, degenerativas, episódicas y periódicas.

Marco Merenciano

Finalmente, Marco Merenciano (1942: 73-80), estudió las relaciones de la esquizofrenia con la psicosis epiléptica, adoptando una solución de compromiso, pues en lugar de plantear el diagnóstico diferencial —y, por tanto, la incompatibilidad entre

cación favorable del fondo afectivo esquizofrénico en el sentido de una neutralización de las cargas afectivas”.

ambas entidades—, contemplaba la concurrencia de ambas enfermedades, aunque supeditadas al diagnóstico de esquizofrenia, pues era renuente a admitir la existencia de formas mixtas. Dicha adscripción a favor de la supremacía del diagnóstico de esquizofrenia sobre el de epilepsia se basaba en las características fenomenológicas de los síntomas presentes, en concreto, “el carácter evidente, específico y procesual, de tres de ellos: estado de ánimo, interceptaciones y carácter primario de las vivencias delirantes”. Algo que no pareció tener en cuenta Solé Sagarra (1970: 389) cuando criticaba “Creo que nunca se le ocurrió a dicho autor valenciano tratar a tales enfermos como epilépticos, a pesar de verlos parcialmente como tales, como tampoco, seguramente, pensó que los cortos brotes de sus enfermos pudiesen ser episodios psicóticos breves (crepusculares), que podríamos encajar con los estados episódicos crepusculares de KLEIST”.

6.2.4 Exploraciones complementarias.

Los intentos por hallar el supuesto y aceptado sustrato biológico de la esquizofrenia, la llamada “somatosis” datan desde el inicio de la concepción misma de la enfermedad, siendo representativo de ello la hipótesis autotóxica de origen en las glándulas sexuales mantenida por Kraepelin hasta la última edición de su Handbuch. En el caso de la psiquiatría española, durante el primer tercio del siglo XX se publicaron varios artículos sobre el particular, intentado determinar la presencia de determinadas alteraciones orgánicas asociadas a la esquizofrenia, que pudieran servir de base para determinar el origen biológico determinante de la misma²⁶⁹, con el modelo de la pará-

²⁶⁹ Con razonamientos similares al expresado por SORIANO (1969: 201): “... hoy se recurre al sistema de ‘tipos clínicos’ como única diferenciación posible entre los síndromes psiquiátricos, y ello recurriendo siempre a un criterio fenomenológico-*formal*, que poco nos puede decir de la auténtica *estructura* que late bajo esas apariencias.

Creemos, por tanto, que es preciso un estudio profundo de esas estructuras determinantes del enfermar psíquico para así no ya sólo ordenar el ahora inseguro sistema sindrómico, sino sobre todo para poder aplicar una terapéutica lo más eficaz posible.

Naturalmente esa estructura, como una urdidumbre que es, se halla tejida en lo más profundo de la unión psicofísica del hombre. De ahí que su abordaje sea siempre difícil y comprometido.

lisis general progresiva como paradigma. De todos ellos, tanto por su contenido como por la fecha de su publicación, podemos citar como representativo el trabajo de Pelaz (1935), *Contribución al estudio de las alteraciones orgánicas en la esquizofrenia*.

Ya dentro de nuestro periodo de estudio, encontramos hasta veinticinco artículos dedicados a la realización de distintas exploraciones, cuyo nivel de complejidad fue evolucionando conforme hicieron los avances de la técnica, en una progresión hacia procedimientos cada vez más precisos que se continúan con los estudios actuales en el ámbito de biología molecular. Volviendo a los trabajos utilizados en nuestra tesis, los estudios realizados contemplaron la anatomía patológica²⁷⁰, el metabolismo basal²⁷¹, las alteraciones bioquímicas²⁷², las características del líquido cefalorraquídeo²⁷³, de la médula ósea²⁷⁴, la actividad inmunológica²⁷⁵, la actividad eléctrica cerebral²⁷⁶, el nivel de conciencia²⁷⁷, el tono del sistema nervioso vegetativo²⁷⁸, o el desarrollo somático durante la infancia²⁷⁹, hasta llegar a la valoración funcional mediante la psicometría en sus distintas variantes²⁸⁰.

Pensamos... que la *manifestación bioquímica* de esa estructura patológica fuese la más propicia, aunque no la única, para la investigación. Pero sin caer nunca en el error de creer que esa anomalía bioquímica fuera a ser la causa etiológica del proceso, como un 'primum movens', sino una manifestación más dentro de esa cadena patológica, que es precisamente la 'estructura' a que antes nos referíamos". En realidad, era una repetición de la propuesta de López Ibor quien, a su vez, se apoyaba en la doctrina de Hoche (CABALEIRO, 1961 : 19).

²⁷⁰ BORREGUERO e ÍÑIGUEZ (1965), JIMENO (1962, 1964).

²⁷¹ MARTÍ GRANELL (1943).

²⁷² SORIANO ORTEGA (1969) estudió el metabolismo de las aminas cerebrales, MARTÍ y PERMANYER (1943) las proteínas sanguíneas, GINER (1969) la ceruloplasmina.

²⁷³ CASTELLANOS y GINER (1969) sobre las proteínas, CASTRO *et al.* (1971) acerca de la actividad fermentativa.

²⁷⁴ PELAZ (1954).

²⁷⁵ REY *et al.* (1972).

²⁷⁶ BORREGUERO (1959), BORREGUERO e ÍÑIGUEZ (1965), con una variante técnica denominada electro-pneumoencefalografía, SOLÉ SAGARRA (1948) y SOLER VIÑOLO (1967).

²⁷⁷ PELAZ (1958).

²⁷⁸ REY ARDID (1943).

²⁷⁹ SAUMENCH (1957).

²⁸⁰ La mayoría de ellos se llevaron a cabo al final de nuestro periodo de estudio: CASTILLÓN *et al.* (1974, 1975) con el WAIS, CERDÁ (1957) con la Weschler-Bellevue, CODERCH y GILABERT (1975) y PERTELLANO (1975) sobre la expresión gráfica, GINER y LIÑERO (1969) con la escala de Wittenborn,

Obviaremos estos estudios pues las opiniones de dos autores provenientes de orientaciones distintas, Solé Sagarra (1957) desde posiciones conservadoras y Ruiz Ogara (1967) desde posicionamientos psicoanalistas, sintetizaron lo que cabía esperar de las mismas. El primero de ellos iniciaba su trabajo situando la cuestión:

“El grupo de las psicosis endógenas, en el cual se comprenden actualmente las distintas formas de psicosis maníaco-depresiva y de esquizofrenia, es el que tiene en el estado actual de la ciencia psiquiátrica menos características histopatológicas, hasta el punto de que, actualmente, todavía el nombre de psicosis endógena es sinónimo de enfermedad mental sin substrato anatómico demostrable. La anatomía patológica confirma este aserto, siendo cada vez más enfocadas hacia la patofisiología metabólica y endocrina las investigaciones que persiguen con ahínco el descubrir el fondo orgánico de estas enfermedades”.

El artículo, en realidad una actualización de otro publicado casi diez años antes y del que reproducía buena parte del texto²⁸¹, se extendía por espacio de treinta y siete páginas²⁸² para resumir los hallazgos histopatológicos tanto dentro como fuera del cerebro, fisiopatológicos —con alteraciones del metabolismo en general así como del de los hidratos de carbono y de los lípidos, y también del sistema circulatorio—, del tono muscular en relación con la catatonía, las alteraciones vegetativas, las disregulaciones endocrinas y, por último, otros trastornos somáticos, para terminar concluyendo, con una referencia a Manfred Bleuler, que “la hipotética, específica, ‘somatosis’ esquizofrénica de antaño debe sustituirse por la hipótesis de trabajo más importante que atribuye a la fisiología de la emotividad el *primum movens* del enfermar esquizofrénico. Los hallazgos... descritos anteriormente abonan en gran parte tal suposición, así como también los modernos hallazgos de la llamada psiquiatría psicofarmacológi-

LINARES *et al.* (1975) con el PFT de Rosenzweig y, finalmente, RUIZ OGARA y GALVE (1975) y SERRATE (1950), con el test de Rorschach.

²⁸¹ SOLÉ SAGARRA (1948).

²⁸² Cuatro de ellas dedicadas a bibliografía, con 110 referencias.

ca (clorpromacina, reserpina, etc.), y teorías médicas patogénicas actuales... de pura raigambre fisiológica”.

Por su parte, Ruiz Ogara (1967), en la primera nota a pie de página de un trabajo dedicado a psicoterapia, publicado diez años después del que acabamos de comentar, de Solé Sagarra, se mostraba igualmente categórico al respecto:

“La Medicina actual, destacando el papel del terreno, incluso en las enfermedades más exógenas, y abriéndose a la consideración de los factores psíquicos y sociales que intervienen en la enfermedad, coincide con el pensamiento científico moderno en rechazar la noción de causalidad lineal propia de la antigua Física y, en el campo de la Psiquiatría, concede poca confianza al valor de investigaciones de inspiración anatomoclínica, como han sido en su mayoría las que han tratado de evidenciar la existencia de un proceso. Incluso estas investigaciones, cambiando su objetivo, se orientan hacia la búsqueda de trastornos de regulaciones enzimáticas (alteraciones del metabolismo adrenérgico, del metabolismo intermediario de las catecolaminas, etc.), inhibiciones sinápticas, etc. Pero aun así siguen presentando los rasgos característicos del mecanismo que, como enseña EY, trata de explicar el todo por la parte, y lo superior por lo inferior. (Vgr., explicar la enfermedad mental por una alteración biológica). Por ello ya no puede concebirse como satisfactoria una investigación que se proponga descubrir el proceso responsable de la esquizofrenia, a menos que, cambiando su sentido, por proceso se entienda el desarrollo de un ciclo morboso, que se amplía del organismo (ser biológico), a la persona (ser histórico) y a la unidad familiar (ser social)”.

Así pues, ante la falta de unos hallazgos que permitieran determinar la verdadera naturaleza del origen biológico, en el más amplio sentido, de la esquizofrenia, no aportaron ningún dato realmente nuevo —aunque sí generaron cierta literatura—, por lo que no nos extenderemos más en este apartado.

6.3 Terapéutica

Los procedimientos terapéuticos propugnados y ensayados en las esquizofrenias son tan numerosos como diversos en su naturaleza. La razón de ello es el gran número de hipótesis existentes sobre la etiología y patogenia de la enfermedad, hipótesis a veces diametralmente opuestas.

De estos procedimientos terapéuticos, muchos, tal vez la mayoría, se han mostrado poco o nada eficaces, cayendo en gran parte en desuso. De todos modos, es indudable que en este punto del tratamiento, como en otros tantos de las esquizofrenias, existe una cierta confusión.

LUIS VALENCIANO (1933). *Tratamiento de las esquizofrenias*.

El punto de partida para el estudio de la terapéutica psiquiátrica de la esquizofrenia en nuestro trabajo está determinado por tres libros publicados al inicio de la época franquista. Nos referimos a las publicaciones de Vallejo Nágera (1940), *Tratamiento de las enfermedades mentales* (figura XI), una obra dividida en una parte general, dedicada al estudio de diferentes métodos terapéuticos, y otra especial dedicada al tratamiento específico de neurosis y psicosis; Sarró (1940) y su *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias* (figura XII), un texto que formaba parte de la serie “Colección Española de Monografías Médicas”, donde ofrecía una revisión sobre los diferentes métodos terapéuticos disponibles en aquellos momentos aplicados a la esquizofrenia, con especial detalle sobre las técnicas somáticas²⁸³; y Marco Merenciano (1942), autor de *Esquizofrenias paranoides (psicopatología y tratamiento)*, pequeña obra que formaba parte de la serie “Psiquiatría, Neurología y sectores afines”, de la colección de *Mono-*

²⁸³ Bajo la rúbrica de Apéndices del traductor, que sólo mencionaremos ocasionalmente en nuestro trabajo, incluyó Sarró en la traducción del manual de psiquiatría de Lange, en 1942, tres capítulos que versaban sobre *Tratamiento de las psicosis por shocks* (p. 447-52), donde exponía su “experiencia vivida” en el empleo del tratamiento convulsivante por cardiazol, el electrochoque y los comas hipoglucémicos, a pesar de que la ampliación de la edición de Lange que estaba traduciendo ya los incorporaba; *Apéndice terminológico* (p. 453-8); y *Legislación psiquiátrica* (p. 459-70), donde recogía el texto íntegro del decreto de asistencia de enfermos mentales de 1931, además de los artículos de interés psiquiátrico contenidos en los Códigos Penal y Civil.

*grafías Miguel Servet de Neurología, Psiquiatría y sectores afines*²⁸⁴, donde hacía un repaso de la cardiazolterapia y el electrochoque, con otros dos capítulos dedicados a nosotaxia y a la interpretación epiléptica de la esquizofrenia. Estos tres textos hay que ponerlos necesariamente en relación con *Tratamiento de las esquizofrenias*, un artículo de Valenciano (1933), de poco más de cincuenta páginas, escrito durante la época de la Segunda República, y publicado en *Archivos de Neurobiología*, que podemos considerar una síntesis de los conocimientos alcanzados hasta el momento en cuanto a su tratamiento.

En la década de los cincuenta, el capítulo de “Tratamientos biológicos” que Solé Sagarra incluyó en su *Manual de Psiquiatría*, escrito conjuntamente con Leonhard en 1953, no aportaba ninguna novedad respecto a la obra de Vallejo Nágera, con la que guardaba una importante similitud ideológica. Tal vez por ello, la celebración del *Symposium sobre Esquizofrenia* en Madrid, el año 1955, podemos considerarlo como un intento de actualización global en torno a esta enfermedad, incluido su tratamiento. De forma casi simultánea con la publicación de las actas del mismo, casi veinte años después de la publicación de los libros de Vallejo Nágera y Sarró, y seis después de la introducción en España del primer neuroléptico, apareció *Psicofarmacología y Remedios atarácticos*, de Teófilo Hernando (1958), primer compendio de estas características (figura XIII).

Durante los años sesenta sólo apareció el capítulo de *Terapéutica psiquiátrica* de Montserrat Esteve (1965), incluido en la tercera edición del tratado de *Patología y clínica médicas* de Pedro-Pons, por lo que habrá que esperar al libro de Llaveró y Conde (1970) *Tratamientos médico-psiquiátricos*, para volver a ver otra síntesis de farmacoterapia psiquiátrica (figura XIV), pues los dos volúmenes de los *Fundamentos de la psiquiatría actual*, de Alonso-Fernández, carecían de un apartado dedicado a terapéutica.

²⁸⁴ Colección dirigida por López Ibor y Sarró.

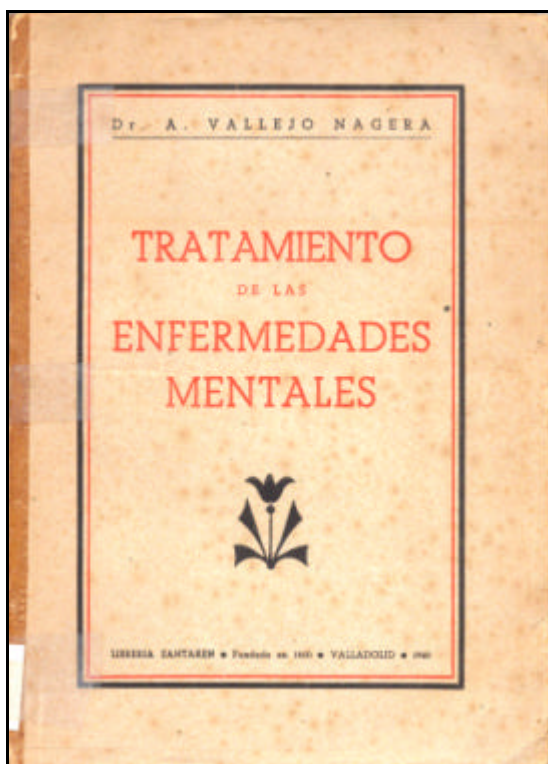


Figura XI: VALLEJO NÁGERA (1940)

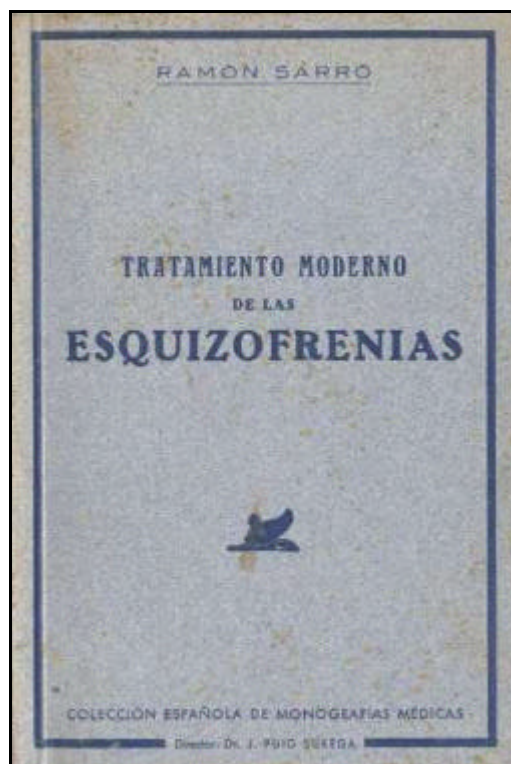


Figura XII: SARRÓ BURBANO (1940)

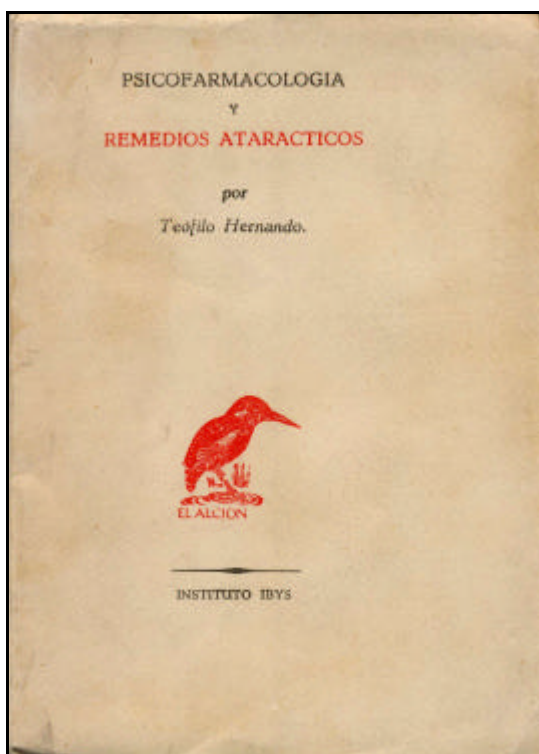


Figura XIII: HERNANDO (1958)

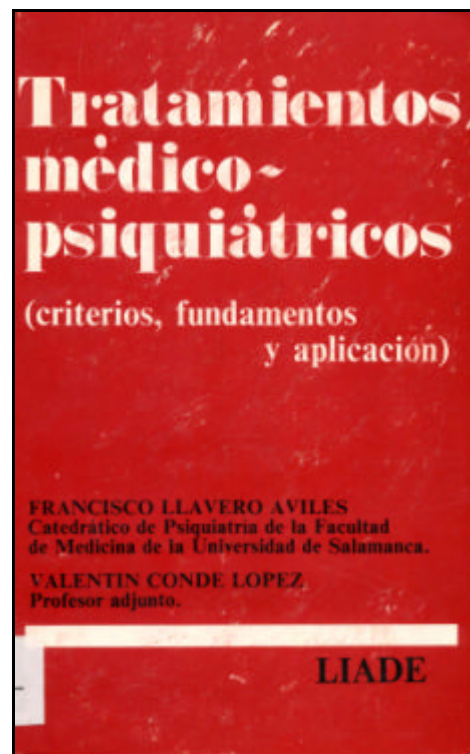


Figura XIV: LLAVERO y CONDE (1970)

En cuanto al artículo de Aldama (1975), es sólo un complemento que facilita una visión del papel de los neurolépticos en la terapéutica institucional, desde una perspectiva comunitaria. Como tantos otros, es representativo de la preocupación por reintegrar al paciente a su medio de la mejor forma y en las mejores condiciones posibles.

Por lo que respecta a la psicoterapia, apenas hubo información específica sobre la esquizofrenia disponible durante el periodo franquista pues, a parte de las pocas páginas que sobre el particular contenían los tratados y manuales generales, los textos dedicados exclusivamente al tema probablemente fueron de difícil acceso²⁸⁵, por ello quedó como referencia la ponencia de Durand en el *Symposium*, que no estudiaremos al tratarse de un autor extranjero; el apartado de psicoterapia que abría el capítulo de *Terapéutica psiquiátrica* escrito por Montserrat Esteve, antes citado, significativamente contenido en un libro de medicina interna; y el capítulo que Vallejo-Nágera Botas (1962-1974) dedicaba a psicoterapia en las sucesivas ediciones de su *Introducción a la Psiquiatría*.

Como hemos tenido ocasión de ver en el *Capítulo 5. Aproximación estadística...*, la información sobre los distintos aspectos del tratamiento de la esquizofrenia durante la época franquista se encontró dispersa entre los diferentes artículos de revista, y los correspondientes apartados de tratamiento que se incluían en las escasas monografías sobre esquizofrenia, o en los manuales y tratados de psiquiatría general que proliferaron durante ese periodo²⁸⁶. Esta distinción tiene su interés si tenemos en cuenta que los

²⁸⁵ Sendas obras de autores extranjeros, SAGREDO (1955) y HILL (1956), editadas en la Habana y Buenos Aires. En fecha tardía, DÍEZ MANRIQUE (1968) publicó una breve revisión sobre terapéutica de la esquizofrenia que no pretendió ser exhaustiva, centrándose en una relación somera de diversas formas de psicoterapia, mucho mejor recogida en el capítulo de *Terapéutica psiquiátrica* de Montserrat Esteve.

²⁸⁶ Sin *estar todos los que fueron*, hemos recogido 55 libros, folletos y capítulos de libro entre monografías sobre esquizofrenia, tratados y manuales de psiquiatría. Sin embargo, si descontamos las sucesivas ediciones que se hicieron de libros, esta cifra se reduce a 33. Sirva como ejemplo el *Tratado de Psiquiatría* de Vallejo Nágera, donde las modificaciones entre la segunda y tercera ediciones sólo afectaban a la redacción y puesta al día de la terapéutica, sin que el cuerpo teórico variara lo más mínimo: "Consecuentemente, consideramos que ninguna novedad teórica debemos introducir en nuestro TRATADO, cuya estructura queremos conservar, convencidos de

artículos de revista, por las características propias de la transmisión de la información, ofrecen una visión más actualizada de los conocimientos mientras que, a diferencia de ellos, las monografías y libros recogen el saber consolidado sobre un particular. Unos y otros han servido para la elaboración de este capítulo.

Por otra parte, quisiéramos advertir, como voces más autorizadas han hecho antes que nosotros²⁸⁷, que en cuestiones relacionadas con la práctica clínica, como es ahora el caso, el contenido de la bibliografía recogida no puede ser representativo del quehacer diario, sino tan sólo una aproximación al mismo que ha pasado por el tamiz de la crítica para su publicación²⁸⁸. Para obtener un fiel reflejo de lo que fue la práctica clínica durante cualquier época hay que recurrir a la imprescindible consulta de las historias clínicas²⁸⁹, además del estudio de otras variables como las relaciones entre los grupos de poder, la presión de las compañías farmacéuticas²⁹⁰, etc., tareas ambas que quedan fuera de nuestra tesis²⁹¹.

cir en nuestro TRATADO, cuya estructura queremos conservar, convencidos de que facilita el estudio de las materias al práctico y al especialista. Sin embargo, el progreso no puede negarse en aquello que concierne a la terapéutica de las psicosis, y por ello nos ocupamos en todas las novedades terapéuticas” (VALLEJO NÁGERA, 1954: XI, Prólogo a la tercera edición). Para una relación de los mismos, véase el apartado 8.1.2 del *Capítulo 8. Bibliografía*.

²⁸⁷ SCULL (1994), al hablar de *Tratamientos somáticos e historiografía de la psiquiatría*, repasa diferentes estudios, indicando distintas fuentes de conocimiento a considerar a la hora de realizar un trabajo sobre historia de la terapéutica: “Sólo en la década pasada hemos comenzado a ver la aparición de investigaciones más delicadas y definidas de lo que los médicos realmente hicieron sobre y por sus pacientes, examinando la evolución de las ideas médicas junto con el desarrollo de la práctica médica rutinaria, colocando ambas en un contexto social y cultural más amplio”.

²⁸⁸ Independientemente de lo elevado que se considere el nivel de dicha crítica (y autocrítica).

²⁸⁹ Aunque dedicado a una época anterior, una muy buena muestra de este tipo de trabajos es la tesis doctoral de LIVIANOS (1985), sintetizada en el trabajo conjunto de LIVIANOS y MAGRANER (1991). Desde una perspectiva distinta, a caballo entre el relato periodístico y la sociología, el libro de DE LERA (1974), permite hacerse una idea de la vida cotidiana en diecinueve manicomios españoles de finales del franquismo.

²⁹⁰ “... credulidad, entusiasmo terapéutico y los pronunciamientos oraculares de unas pocas figuras clave [se] combinaron para establecer la aceptación acrítica de un procedimiento peligroso con poco que alabar sobre sus bases clínicas o científicas”. Estas palabras, tomadas de Cramond, sirven a SHEPHERD (1994), en calidad de testigo histórico, para ilustrar en un artículo superficial la actitud excesivamente optimista que siempre ha acompañado al desarrollo de los tratamientos somáticos, incluidos los psicofármacos, sin evidencia clínica que lo justificara.

²⁹¹ De obligada consulta es el número monográfico que *History of Psychiatry*, 8(29), 1-119 dedicó al particular en 1997.

De entre las distintas agrupaciones posibles de los métodos terapéuticos empleados en la esquizofrenia, y de acuerdo con el material recogido, hemos optado por estructurar la exposición de este apartado conforme a los siguientes epígrafes: panorama general de la terapéutica de la esquizofrenia, con el comentario de los textos que hemos ido señalando a lo largo de esta introducción; terapias previas al desarrollo de los neurolépticos, que incluye tanto las consideradas estimulantes —piretoterapia, choque por cardiazol, coma insulínico, electrochoque, terapias combinadas...—, como las sedantes, fundamentalmente la cura de sueño prolongado; psicocirugía; psicofarmacoterapia; y psicoterapia, tanto de carácter individual como de tipo colectivo, principalmente la laborterapia. En las páginas que siguen sólo estudiaremos con detenimiento aquellas que dieron lugar a publicaciones en revistas, por entender que se hacía un uso de las mismas con asiduidad, mencionando brevemente las restantes técnicas. La contextualización histórica de la terapéutica psiquiátrica general de esta época y su relación con periodos anteriores está convenientemente recogida en sendas obras colectivas recientes²⁹², extensamente documentadas, además de la tesis de Plumed (2002), de obligada referencia.

6.3.1 Panorama general de la terapéutica de la esquizofrenia

Valenciano Gayá

El trabajo de Valenciano (1933), fuera de nuestro periodo de estudio, compendia los conocimientos alcanzados hasta el momento en cuanto al tratamiento de la esquizofrenia, sistematizando la aplicación de las diferentes técnicas en función del momento evolutivo de la enfermedad, en un planteamiento coherente que cayó por completo en el olvido. Su artículo (figura XV) sirve de inmejorable punto de comparación con el contenido de este capítulo, por lo que reproducimos íntegramente su introducción, continuación de las palabras introductorias de este capítulo:

²⁹² BARCIA (1998) y LÓPEZ-MUÑOZ y ÁLAMO (1998).

“... así, en general, al proponer o rendir cuenta de un procedimiento terapéutico se atiende poco a la diversidad existente dentro del gran grupo de las esquizofrenias; lo más que se suele tomar en cuenta es su división en las cuatro formas clásicas: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide. Es corriente emplear *todos* los procedimientos terapéuticos en *todas* las formas y periodos de las esquizofrenias. Tal modo de proceder está siempre justificado en un período de ensayo que, ciertamente, en este territorio, aún no podemos considerar cerrado; pero las investigaciones en el campo de las esquizofrenias han proporcionado ya resultados que permiten, a nuestro juicio, al menos un cierto orden en la terapéutica, estableciendo indicaciones y contraindicaciones para las principales terapias propuestas.

Para el tratamiento de las esquizofrenias hay que partir, en nuestra opinión, del hecho casi unánimemente admitido, de que la causa última de esta enfermedad reside en un ‘proceso orgánico’, proceso que, en la mayoría de los casos, se origina sobre la base de un factor constitucional manifiesto fenotípicamente en el carácter esquizotímico o en el psicópata esquizoide. Por otra parte, es indiscutible el valor de los factores psíquicos o influencias psicológicas externas que participan en la conformación del cuadro total de la psicosis y son capaces en ocasiones de originar una fase psicótico-reactiva en un esquizoide, y tal vez de desencadenar o activar un brote del proceso.

Por eso en nuestros esfuerzos curativos es preciso atender ante todo a aquellas medidas dirigidas a evitar que en individuos esquizoides se desarrollen síndromes psicótico-reactivos o se desencadene un brote procesal. Con razón han hecho notar KRETSCHMER y HOFFMANN que el concepto de constitucional no lleva consigo el de fatalidad, afirmando este último autor que es lícito hablar de una ‘terapia de la constitución’.

Una distinción a nuestro juicio esencial para la fijación de las indicaciones en la terapia de las esquizofrenias es la hecha por BERZE entre síndromes *procesales* y *postprocesales*, haciendo notar la necesidad de establecer una clara diferenciación entre los medios terapéuticos a emplear en ambos periodos. A su juicio, en tanto

REVISTA CRÍTICA

Tratamiento de las esquizofrenias

por

Luis Valenciano

Subdirector del Sanatorio Neuropático del Dr. Lafora (Carabanchel Bajo).

Los procedimientos terapéuticos propugnados y ensayados en las esquizofrenias son tan numerosos como diversos en su naturaleza. La razón de ello es el gran número de hipótesis existentes sobre la etiología y patogenia de la enfermedad, hipótesis a veces diametralmente opuestas.

De estos procedimientos terapéuticos, muchos, tal vez la mayoría, se han mostrado poco o nada eficaces, cayendo en gran parte en desuso. De todos modos, es indudable que en este punto del tratamiento, como en otros tantos de las esquizofrenias, existe una cierta confusión; así, en general, al proponer o rendir cuenta de un procedimiento terapéutico se atiende poco a la diversidad existente dentro del gran grupo de las esquizofrenias; lo más que se suele tomar en cuenta es su división en las cuatro formas clásicas: simple, hebefrénica, catatónica y paranoide. Es corriente emplear *todos* los procedimientos terapéuticos en *todas* las formas y períodos de las esquizofrenias. Tal modo de proceder está siempre justificado en un período de ensayo que, ciertamente, en este territorio, aún no podemos considerar cerrado; pero las investigaciones en el campo de las esquizofrenias han proporcionado ya resultados que permiten, a nuestro juicio, al menos un cierto orden en la terapéutica, estableciendo indicaciones y contraindicaciones para las principales terapias propuestas.

Para el tratamiento de las esquizofrenias hay que partir, en nuestra opinión, del hecho casi unánimemente admitido, de que la causa última de esta enfermedad reside en un "proceso orgánico", proceso que, en la

el proceso orgánico está en marcha, la terapia tendrá que ir ante todo dirigida a él, y está indicada, por tanto, fundamentalmente, una terapéutica orgánica; pero tan pronto como el proceso orgánico, después de dejar tras de sí un defecto duradero, ha cesado, no hay ya posibilidad de actuar sobre este defecto con una terapéutica somática, siendo lo indicado una psicoterapia, tomada ésta en un sentido amplio.

Claro es que una ordenación del tratamiento de las esquizofrenias apoyado en estas bases no puede ser de un esquematismo absoluto ni definitivo. MAYER GROSS le objeta a BERZE que, una vez demostrada la realidad de su separación entre síndromes procesales y postprocesales, sería preciso que nos enseñara a fijar el momento de transición de lo procesal a lo postprocesal para poder actuar terapéuticamente en un momento oportuno.

Es indiscutible la razón que en el terreno conceptual le asiste a MAYER GROSS al decir esto, y no puede tampoco dudarse que en ciertos casos la separación entre ambas fases es imposible: de hecho tiene que ser así por principio, puesto que, según la afirmación del propio BERZE, en la mayoría de casos la sintomatología procesal y la postprocesal se reúnen, ya que estando el proceso aún en marcha ha ido originando defectos cuya sintomatología se suma a la procesal. Aún se complican más las cosas por el hecho de que sobre la sintomatología procesal se desarrolla casi siempre una estructura psíquico-reactiva.

De todos modos, con todas las posibles limitaciones que la anterior exposición impone, nos parece posible, al echar una ojeada sobre el tratamiento de las esquizofrenias, establecer un cierto orden ateniéndonos a la citada clasificación de BERZE. En la práctica, la diferenciación de los casos, en su mayor parte, ha de ser posible ateniéndonos a la exposición de BERZE y de MAUZ sobre la sintomatología procesal.

Intentaremos, pues, a continuación esta ordenación, que tiende a evitar el inútil ensayo en un caso dado de aquellos procedimientos terapéuticos que por principio deben resultar inútiles. Con ello se evitarían sufrimientos y riesgos a los enfermos, y, por otra parte, nos permitiría a la larga una mejor cotización del valor

de los distintos tratamientos empleados en los casos en que realmente ofrecen probabilidades de éxito²⁹³“.

El artículo se divide a partir de estas palabras en tres secciones dedicadas al tratamiento del psicópata esquizoide (p. 125-32); del periodo procesal, tanto por medios somáticos (p. 132-50) como por psicoterapia (p. 150-7), entreteniéndose en ambos casos en detalles teóricos y en la descripción de diferentes técnicas, con las indicaciones apropiadas para cada una de ellas; y del periodo postprocesal (p. 157-65). El artículo finaliza con la *síntesis final* que reproducimos, en la que reúne lo expuesto a lo largo del trabajo, con indicaciones precisas en cada una de las fases de la enfermedad consideradas. Ello, junto con la abundante y variada bibliografía, lo hacen merecedor del calificativo de excepcional. En cuanto a la síntesis final, a excepción del primer párrafo que repite cuestiones conceptuales ya recogidas en la introducción, su contenido es el siguiente:

“En el *psicópata esquizoide*, por el mero hecho de considerar su alteración como constitucional, no hay que abandonar toda esperanza de modificación. HOFFMANN ha hablado de una terapia de la constitución que debemos practicar. Aquí, una vez diagnosticada la esquizoidia lo más tempranamente posible, lo fundamental serán las medidas educativas, elección de profesión, etc. Después, una adecuada psicoterapia (sobre la cual ha hecho KRETSCHMER interesantes sugerencias), individualizada según las características del esquizoide y las peculiaridades de sus complejos y mecanismos psicopatológicos. También para el análisis en estos casos da GARMA importantes reglas.

Procediendo adecuadamente podrá impedirse en muchos casos la presentación de reacciones psicóticas en los esquizoides y aun el desencadenamiento psicógeno de un brote procesal que seguiría luego su marcha propia.

²⁹³ VALENCIANO (1933), p. 123-5.

Para la psicoterapia de las formas de transición entre el esquizoide y la esquizofrenia procesal (esquizofrenia mitis) hacen interesantes indicaciones KRONFELD, BYCHOWSKI y, muy recientemente, ROSENSTEIN. Del empleo de la organoterapia y terapia medicamentosa puede esperarse poco en este estadio. Tal vez la endocrinoterapia podrá prestarnos algún servicio (WAGNER JAUREGG).

Es indudable que, a pesar de todos nuestros esfuerzos, en la mayoría de los casos en que ha de desarrollarse un proceso, éste salta por encima de todo y 'tenemos que capitular ante los síntomas primarios'.

En el *periodo procesal* es en donde están indicados la mayoría de los tratamientos orgánicos propuestos. Hay aquí un proceso orgánico en marcha y debemos esforzarnos en modificarlo lo más fundamentalmente posible, evitando su progresión y, en su consecuencia, limitando el defecto que tras de sí ha de dejar; para ello lo más indicado será una terapia orgánica. Es en este periodo en el que deben ser ensayados, con ciertas probabilidades de éxito, la piritoterapia en todas sus formas (nucleinato de sosa, proteinoterapia, tuberculina, vacuna tífica, anti-chancrosa, pyrifer, abscesos de fijación, fiebre recurrente, malaria, sulfosín, balneoterapia, baños de luz, etc.), así como la cura de KLAESI o sueño prolongado, métodos capaces de producir una 'Umstimmung' del organismo, que podrá influir el proceso orgánico. También los ensayos de endocrinoterapia; los que se justifican por las teorías de la inmunidad; los que suponiendo que la esquizofrenia sería una toxicosis pretenden combatirla, etc., hallan su indicación oportuna en este lugar y pueden ser eficaces.

La importancia concedida por algunos a los factores psicógenos en el desencadenamiento del brote y, en todo caso, la superestructura psíquico-reactiva que casi sin excepción se forma por encima de la sintomatología procesal, justifican el movimiento psicoterápico en este territorio. FENICHEL, psicoanalista ortodoxo, aconseja el análisis, pero con una técnica especial para procurar ante todo el establecimiento de un *rapport* con el enfermo. La mayoría de los autores (KRETSCHMER, SPEER, KOGERER) desaconsejan el análisis y aún lo creen peligroso; piensan que lo oportuno sería un análisis indirecto para comprender la sintomatología, en

la parte que tiene de comprensible, y después una psicoterapia general que cultive la extraversion del enfermo, sus relaciones con la realidad. Para ello, aparte el proceder que aconsejan, es fundamental ya en este período la terapia de ocupación.

Pero ésta tiene su mejor aplicación en el *estadio postprocesal*. Aquí no hay ya un proceso en actividad que combatir, sino un defecto que el proceso dejó tras de sí, una estructura anormal: la personalidad postprocesal. Este hecho, sin embargo, no debe inducirnos a un pesimismo absoluto. Como indica KRETSCHMER, 'todo proceso orgánico del sistema nervioso, lo mismo una esquizofrenia que una tabes dorsal, tan pronto como ha llegado a su detención, y mientras deje aún un resto de funciones, es asequible por principio a una terapia educativa o de entrenamiento'. Aquí debemos esperar muy poco de la terapia orgánica; sólo en ciertos casos nos será útil auxiliarnos de una moderada cura de sueño, una tonificación general, etc. Pero lo fundamental será una psicoterapia en amplio sentido. En primer lugar, el debido comportamiento y configuración del ambiente ('la conformación consciente y adecuada de las influencias del ambiente, de la esfera de las vivencias'. NITSCHKE). Después, el objetivo a lograr será la reeducación de la personalidad patológica, la 'compensación del defecto esquizofrénico'. Reeducar la motilidad y el lenguaje y procurar el 'encapsulamiento' de las formaciones delirantes, del mundo autístico del esquizofrénico. De un modo progresivo habrá que conseguir que estas formaciones delirantes queden cada vez más en el fondo, en la 'zona muda', incluso disimulándolas conscientemente (KOGERER), mientras que el enfermo intensifica sus relaciones con la realidad. También aquí el análisis —en el sentir de la mayoría de los autores— estaría contraindicado. No se trata en este momento de 'descubrir' sino de 'recubrir'. KLAESI, MAUZ, KRETSCHMER, SRANSKY y KOGERER indican los detalles de la técnica a seguir.

Y, como ya dijimos, la terapia de ocupación desempeña en este lugar un papel fundamental. Por este camino, el de la terapia de ocupación, conseguiremos, en muchos casos de esquizofrénicos vulgares, formar 'máquinas utilizables de trabajo' de los restos de su personalidad. Sin embargo, en otros enfermos, originales y por encima del término medio, no debemos empeñarnos en acercarlos forzosa-

mente al tipo medio, sino que les reeducaremos atendiendo a las propias directrices, finamente espirituales, de estas personalidades esquizoides²⁹⁴”.

Vallejo Nágera

El libro de Vallejo Nágera (1940), *Tratamiento de las enfermedades mentales* era un extenso tratado destinado a complementar su *Propedéutica clínica psiquiátrica* en la labor de “vulgarización de los conocimientos psiquiátricos”, considerados deficitarios en la formación del estudiante de medicina y del médico general. Recogía de este modo, de forma crítica en virtud de su propia experiencia, lo publicado hasta entonces “acerca de la etiopatogenia, pronóstico, profilaxia y tratamiento de las enfermedades mentales”, apoyando su exposición en consideraciones sobre la patogenia de las diferentes psicosis, endógenas y exógenas. Prescindía deliberadamente de la exposición de técnicas psicoterápicas, remitiendo para su consulta al texto de Birnbaum, *Métodos curativos psíquicos*, puesto que consideraba sus “ideas propias, acertadas o erróneas, todavía inmaduras”, aunque manifestaba su parecer de que era preferible no practicarla antes que hacerlo de forma imperfecta pues “los métodos de curación psíquica impropriamente aplicados resultan más peligrosos que los somáticos²⁹⁵”.

El libro estaba dividido en dos partes: la primera, genérica, se denominaba “Métodos y tratamientos generales”, y a lo largo de trece capítulos pasaba revisión a la historia de la asistencia y el tratamiento, los principios terapéuticos generales, la profilaxis, la asistencia, la técnica frenocomial, el régimen manicomial interno, la terapia de

²⁹⁴ VALENCIANO (1933), p. 166-8.

²⁹⁵ VALLEJO NÁGERA (1940), p. XVII-XIX. Significativamente, la introducción está datada el 1º de abril de 1940, I aniversario de la victoria nacional, e incluye en sus palabras comentarios ideológicos que reproducimos a continuación: “Habitualmente manifiesta el médico hispano cierto desapego hacia el enfermo psíquico, y en muy contadas ocasiones le prescribe terapéutica eficiente y oportuna... Y ello porque de ordinario pecamos los alienistas de pedantería, prolijidad y confusión en nuestra literatura, siendo culpables de que se haya engendrado esa especie de misteriosa ciencia caldea, desenvuelta en el terreno de la lucubración y de la utopía, reservada a contados iniciados... el material bibliográfico ajeno y el clínico propio que pude salvar del saqueo marxista de mi hogar”.

ocupación (figura XVI), la proteínoterapia —en la que incluía los abscesos de fijación y otros métodos piritoterápicos—, la nosoterapia o inoculación de patógenos, la narcosis prolongada, la hidroterapia²⁹⁶ —que describía con cierto detalle—, la alimentación de los enfermos mentales y, por último, el arsenal farmacoterápico del psiquiatra²⁹⁷, dividido en hipnóticos y sedantes²⁹⁸, anestésicos generales²⁹⁹, estupefacientes como el opio y sus derivados, estimulantes como la lobelina, y preparados fosfóricos³⁰⁰, arsenicales y ferruginosos. A lo largo de los distintos capítulos de la parte general no sentaba una indicación concreta para cada una de las técnicas, sino que remitía a los respectivos capítulos para cada una de las entidades consideradas en los que, además, describía otras técnicas.

La segunda parte, específica, versaba sobre el tratamiento de las psicosis endógenas y exógenas a lo largo de 24 capítulos, los once primeros dedicados al tratamiento de la esquizofrenia³⁰¹. Tras abordar cuestiones generales sobre la terapéutica de la enfermedad, que desarrolló con un soporte teórico algo más elaborado en su *Tratado...*, y la profilaxis, se entretenía en la descripción más detallada de los métodos de Sakel y Meduna, así como en el empleo combinado de ambos, con una prolija descripción de la técnica, donde recogía los antecedentes históricos que dieron lugar al desarrollo de cada una de ellas, la base teórica, el método de aplicación, la dosificación, los efectos de la administración, las modificaciones fisiológicas, las contraindicaciones, las complicaciones, y la comparación entre ambos métodos. En un capítulo siguiente

²⁹⁶ En concreto la envoltura húmeda termógena y el baño caliente. Véase la figura XVII.

²⁹⁷ Este último capítulo, excepción hecha de unos pocos remedios, fue reproducido textualmente en el apartado Indicación farmacológica de su *Tratado de Psiquiatría* de 1940, mientras que en la edición de 1954, esta misma sección se reducía notablemente a un párrafo, donde sólo nombraba los hipnóticos y sedantes, sin mayores explicaciones.

²⁹⁸ Hidrato de cloral, paraldehído, barbitúricos, bromuros y valeriana.

²⁹⁹ Alcohol tribromoetílico o Avertina®, ácido isobutil-bromopropenil-barbitúrico o Pernoctón®, empelados ambos en la narcosis prolongada; escopolamina.

³⁰⁰ Usados “en las neurosis más diversas, en el histerismo, epilepsia, espasmo de la glotis y como tónico nervioso y estimulante”.

³⁰¹ Varios años antes, VALLEJO NÁGERA (1927) había publicado un artículo sobre el particular en *El Siglo Médico*.



Figura XVI: VALLEJO NÁGERA (1940), *Tratamiento de las Enfermedades Mentales*, p. 86 bis.

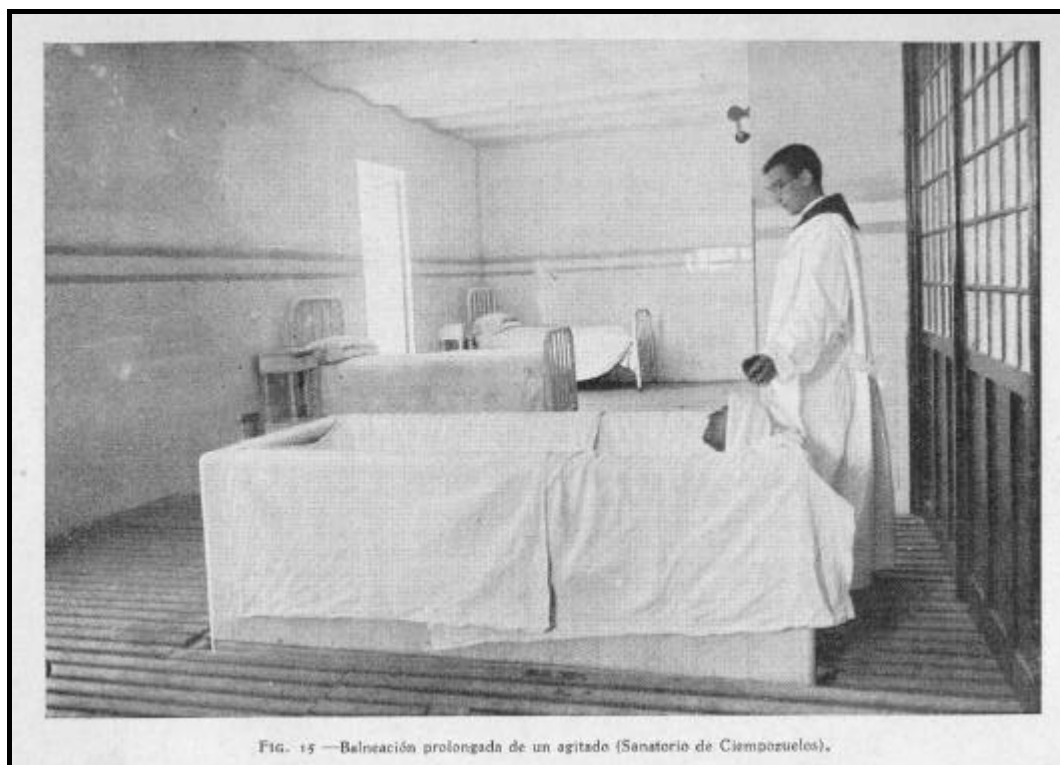


Figura XVII: VALLEJO NÁGERA (1940), *Tratamiento de las Enfermedades Mentales*, p. 140 bis.

enumeraba las teorías propuestas sobre el mecanismo de acción de ambos métodos, resultando más interesante la parte dedicada a valorar los resultados de las técnicas. Así, consideraba el aspecto económico, no ya del coste de los productos —que reconocía elevado hasta el punto de obligar a suspender el tratamiento, en algunas ocasiones, por al falta de disponibilidad de los mismos—, sino la posibilidad de abreviar la duración del internamiento manicomial y de la recuperación de la capacidad laboral del enfermo. En cuanto a la eficacia de las técnicas, aunque las cifras que incluía parecían indicar que el cardiazol era más eficaz, determinaba que en ambos casos las mejorías superaban de forma evidente las obtenidas por remisiones espontáneas, planteando que la discusión entre ambos métodos debía hacerse en cuanto a indicaciones y no en cuanto a superioridad de su efectividad, abogando por un uso combinado de ambas en cualquiera de las modalidades. La eficacia de los métodos era mayor en casos agudos y de corta evolución, sin poder valorar el efecto a largo plazo de ambas terapias debido a la corta experiencia en su aplicación que se tenía en la comunidad psiquiátrica.

Los capítulos restantes valoraban la utilidad e indicaciones de los diferentes tratamientos somáticos descritos en la parte general (narcosis prolongada, cuyas indicaciones “son hoy casi nulas exceptuados algunos casos de intensa agitación psicomotriz”, tratamientos proteínoterápicos, piretoterapia, tratamientos causales...). En cualquier caso, los tratamientos de elección cuando el proceso estaba activo, especialmente en casos agudos y recientes, eran las terapias de Sakel y Meduna, solas o por separado; si fallaban o había contraindicaciones, había que pasar a los métodos proteínoterápicos o a la narcosis prolongada. “Por lo que respecta a los métodos que denominamos *causales*, tienen hoy un interés exclusivamente histórico, y si los reseñamos ampliamente, no se debe al convencimiento que tengamos de su eficacia, ni a que deban

emplearse en todos los casos, sino a que pueden constituir el punto de partida de nuevas investigaciones que perfeccionen su aplicación³⁰²”.

El capítulo dedicado a psicoterapia, reproducido sin modificación alguna en las tres ediciones de su *Tratado...*, incluía unas consideraciones generales y un comentario sobre la aplicación de la laborterapia y el psicoanálisis³⁰³, al modo que hacía Sarró.

Finalizaba su exposición sobre la terapéutica particular de la esquizofrenia con un capítulo dedicado a las indicaciones terapéuticas en el curso de la esquizofrenia, completándolo con casi tantas referencias bibliográficas de otros autores como suyas propias. Dicho capítulo xxiv (1940: 278-87) pretendía, sin la claridad con que lo había hecho Valenciano (1933), sentar indicaciones para el tratamiento de la esquizofrenia en función de que se tratara de la fase aguda, para lo cual estarían indicados los métodos somáticos con el apoyo de la psicoterapia, o bien la fase de defecto establecido, en cuyo caso la laborterapia y la psicoterapia tenían su indicación, no mostrándose en esta ocasión beligerante con el psicoanálisis, más bien al contrario. Respecto al aislamiento, lo planteaba sólo como una necesidad en casos extremos, recalcando su nocividad en la evolución del paciente, haciéndose eco de las ideas de Bleuler —que atribuía erróneamente a Kraepelin—, por las cuales abogaba por un alta prematura del paciente, con una planificación de la actividad en su domicilio y un mantenimiento del contacto de forma ambulatoria.

Hablaba también en dicho capítulo sobre el tratamiento de la agitación, para la que estaría indicada la cura de sueño en lugar de los riesgos de la hidroterapia (figura

³⁰² VALLEJO NÁGERA (1940), p. 207.

³⁰³ Valorado de forma aparentemente aséptica en la parte general al hablar de Freud, “judío vienes” a cuyas ideas reconocía importancia en diversos campos de la medicina y la cultura occidental: “Del tronco del psicoanálisis han brotado frondosas ramas... la psicósíntesis, la psictarsis, la psicagogía, el análisis individual y otros muchos métodos, con positivo provecho de los enfermos, que así tienen ocasión de ponerse en comunicación con el médico... Ya no se trata de *convencer*, sino de que ahora usamos el método indirecto, que despeja el subconsciente, que descubre las hipercompensaciones, que destruye los refugios de la enfermedad, que elimina los complejos afectivos, que encauza las tendencias latentes, que despierta el deseo de sociabilidad” (*Ibíd.* p. 8). Sobre este capítulo hablaremos con más detalle en el apartado 6.3.5 *Psicoterapia*.

XVII), así como del manejo de las formas estuporosas, en las que planteaba la alimentación forzada. Bajo el término de cuadros neuróticos englobaba las esquizofrenias incipientes, por otros autores llamadas pseudoneuróticas o mitis, en el fondo propias de personalidades predispuestas a la psicosis, en las cuales “está indicado el psicoanálisis más que en otras formas y fases clínicas de la enfermedad. No todos los autores están conformes con la aplicación del método, si bien conceden la mayoría que es necesaria de alguna manera profundizar en el conocimiento del complot psicopatológico consciente o subconsciente próximo a traducirse en síntomas³⁰⁴”. Por último, para las alucinaciones, tras una discusión sobre su doble origen basado en las hipótesis de Bleuler, planteaba el empleo de la piritoterapia en el caso de las supuestamente orgánicas, o la acción psicoterápica conseguida mediante la cura de sueño, para las de una etiología psicógena. El capítulo finalizaba planteando el mayor número de remisiones obtenido con tratamiento frente a las resoluciones espontáneas, la conveniencia de instaurarlo precozmente para evitar la progresión de la enfermedad, y la recompensa de un buen proceder para el ego del psiquiatra³⁰⁵.

El planteamiento que acabamos de ver permaneció de forma similar, aunque en orden inverso, en las tres ediciones de su *Tratado de Psiquiatría* (1944, 1949, 1954): dentro de cada una de las entidades estudiadas había un apartado sobre terapéutica y, al final del libro, dedicaba un capítulo completo a los tratamientos en psiquiatría. En todos ellos, el capítulo dedicado a *Terapéutica de las psicosis* incluía la misma nota al pie,

³⁰⁴ *Ibid.* p. 283.

³⁰⁵ “La tarea terapéutica cerca de los esquizofrénicos ni es fácil ni es agradecida; pero una vez emprendida debe llevarse a cabo, siguiendo un método racional, fundamentado en el estudio de los resultados terapéuticos y mecanismo de acción. Empinada pendiente es la que tiene que subir el frenópata cuando se encarga de estos pacientes brutales, desagradecidos, variables de carácter, duros de mollera, indomables, caprichosos, inconsecuentes y mal educados; pero la energía en la aplicación de los principios psicoterápicos y el conocimiento psicopatológico del esquizofrénico y de sus reacciones llevan no pocas veces al triunfo, salvando a una familia de la ruina y la desdicha, devolviendo una madre a sus hijos, o un hijo a sus padres, y en la satisfacción que ello le procurará halla el médico la recompensa de sus titánicos esfuerzos y dará por bien empleados no pocos sinsabores” (*Ibid.* p. 286).

en la que indicaba que se trataba de un resumen “cuyos detalles pueden verse en nuestra obra *Tratamiento de las enfermedades mentales*”. Además de los capítulos dedicados específicamente al tratamiento de la esquizofrenia, hemos manejado los capítulos de terapéutica de la 1ª y 3ª ediciones del *Tratado...*, pudiendo comprobar cómo el texto del de la 1ª estaba reproducido íntegramente, incluidas las fotografías y con ligeras ampliaciones, en el de la 3ª edición, ocurriendo un fenómeno similar con algunas partes del *Tratamiento...*

En este sentido, el capítulo dedicado a las psicosis esquizofrénicas en la edición de 1944 sólo añadía, respecto al *Tratamiento...*, la descripción del electroshock y la combinación de éste con cualquiera de las otras dos terapias de choque. La edición de 1954 se ampliaba con la electronarcosis, el tratamiento hipotérmico, las transfusiones de sangre, las medicaciones radiactivas y el bombeo espinal, desplazando al capítulo de terapéutica general la carbonarcosis y la psicocirugía, que se ampliaba con algunas técnicas y con criterios para la valoración de resultados, como veremos en el apartado correspondiente. Esta puesta al día resultaba todavía más llamativa si tenemos en cuenta que, en dicha edición de su *Tratado de Psiquiatría*, la última, fue nula la atención dedicada a los psicofármacos, ahora reducidos a un sólo párrafo, constatándose la ausencia de toda referencia a la clorpromazina, la reserpina o los neurolépticos a lo largo de todo el libro, a pesar de haberse introducido en la clínica dos años antes.

Para Vallejo Nágera (1954: 1146-7), la terapéutica general de las psicosis resultaba fundamentalmente clínica y empírica debido a la concurrencia de cinco factores³⁰⁶: “a) ignorancia de la patogenia de la mayoría de las enfermedades mentales; b) inespe-

³⁰⁶ El capítulo dedicado a los principios terapéuticos generales de *Tratamiento...*, se iniciaba con el desmentido de lo que denominaba *dogmas refutables*, responsables del atraso en la terapéutica psiquiátrica: “la fatalidad de la herencia de la locura”, resultado de la teoría de la degeneración ya superada gracias a las ideas de Mendel y Galton; “la incurabilidad de la enfermedad psíquica, de tan funestos efectos”, rebatida por la eficacia de las terapias de choque así como por la psicoterapia; y, en tercer lugar, derivado del anterior, “el encierro de por vida del loco en el manicomio”, evitable al reconvertirlo, de lugar de asilo, en medio de rehabilitación para su reinserción (VALLEJO NÁGERA, 1940: 12-7).

cificidad etiológica de las psicosis; c) ineficacia del tratamiento que se supone causal; d) naturaleza psicofísica de los síntomas; y e) participación en las psicosis de componentes constitucionales biohereditarios”. Consecuentemente con el “análisis estructural³⁰⁷” de las mismas, establecía las siguientes indicaciones para el tratamiento de las enfermedades mentales: causal, a fin de evitar los factores de mantenimiento de sus reacciones patológicas mediante la higiene mental, o psicoprofilaxis, y en el internamiento sanatorial; patogénica, “contra las causas íntimas de las psicosis” llegando a modificar la “constitución biohereditaria” del individuo “y con ello curan la psicosis”, gracias al empleo de métodos biológicos que provocaban reacciones orgánicas generales; sintomática, encaminado a regular y devolver a su estado original las funciones cerebrales alteradas patológicamente, a través de remedios farmacológicos y fisioterápicos; constelacional, orientada a la resolución de las “superestructuras psicogenéticas y patoplásticas”, de naturaleza eminentemente psicógena, mediante el empleo de la psicoterapia; y reeducativa, encaminada a paliar el deterioro de la enfermedad mediante el recurso a la terapia ocupacional, el internamiento y la psicoterapia.

En el caso de la esquizofrenia, el tratamiento debía orientarse tanto al manejo del sustrato supuesta, pero aceptadamente, biológico de la enfermedad mediante el empleo de la terapéutica causal o específica; como a la resolución de las superestructuras

³⁰⁷ Birnbaum, basándose en la teoría de los síndromes preformados de Hoche, acuñó este término para significar que la enfermedad psíquica se entendía como el resultado de la actuación conjunta de una serie de factores diferentes, permitiendo establecer la distinción entre síndromes psíquicos *elementales constantes*, y aquellos otros *inconstantes y variables*. Esta distinción era especialmente útil en el caso de las psicosis sintomáticas, donde el cuadro clínico no era un resultado primario de la psicosis, sino su exteriorización. De este modo, los distintos factores que intervenían en la etiopatogenia de la enfermedad y que debían ser estudiados separadamente eran: patogénicos, derivados de la acción directa e inmediata del agente morboso sobre la personalidad del individuo, causantes de la enfermedad, idénticos en cada entidad clínica y difícilmente modificables; patoplásticos, derivados de las características propias del sujeto y de su intento de adaptación al proceso morboso, superficiales en comparación con los anteriores, cuya expresión modifican; predisponentes, relativos al patrón habitual de reacción de cada individuo; de provocación, o desencadenantes del cuadro; y de preformación, o existencia de procesos psicopatológicos elementales latentes en el cerebro y que configuran las tendencias determinantes de las psicosis. (VALLEJO NÁGERA (1954), 294-5).

psicógenas que secundariamente se desarrollaban, a través de cualquier modalidad de psicoterapia y, llegado el caso, la psicocirugía: “Sabemos que contra lo procesual debe instituirse un tratamiento biológico, variando las indicaciones de la insulino-terapia y convulsio-terapia según la experiencia personal del clínico; contra lo defectual está indicada en primer término la psicoterapia, unida a la terapéutica ocupacional, y en ciertos casos a la intervención quirúrgica llamada leucotomía³⁰⁸”. Puesto que los síntomas psicógenos enmascaran a los síntomas primarios, no hay que olvidar que además de tratar aquellos, era fundamental abordar también los primarios, puesto que equivalía al tratamiento de la enfermedad en curso. Y es que era importante un tratamiento precoz que evitara la evolución de la enfermedad, pues las remisiones sin defecto que se conseguían en tal caso eran muy superiores al 15-20% atribuible a remisiones espontáneas.

Respecto al mecanismo de acción terapéutico, Vallejo Nágera hablaba tanto de teorías biológicas a la hora de comentar las diferentes hipótesis sobre los efectos postulados para la cura de Sakel y las terapias convulsivas, considerados en cierto modo diferentes; como de teorías psicológicas, a las que concedía menor crédito aún, y cuya acción se ejercería independientemente del método somático empleado. Concluía que en modo alguno podía determinarse cuál era el mecanismo de acción por el que las distintas terapias ejercían su efecto, aunque lo más beneficioso era la combinación de las biológicas con las psicoterápicas³⁰⁹.

Sarró Burbano

A diferencia de Valenciano, la sistematización del tratamiento que hacía Sarró en su libro atendía a la técnica empleada, supeditando a la misma no sólo las indicaciones, sino también, y esto representó un cambio importante del punto de vista, la fase evolutiva de la enfermedad. Dividido en trece capítulos, la introducción se iniciaba con

³⁰⁸ *Ibid.* p. 704.

³⁰⁹ *Ibid.* p. 721-8.

una alabanza a la terapia ambiental desarrollada por Simon, que valoraba positivamente: “Si los manicomios han cambiado de aspecto o deberían haberlo hecho en un par de décadas, se debe exclusivamente a los avances realizados en el campo de la psicología y de la psicoterapia de la esquizofrenia³¹⁰”, describiendo luego, con el entusiasmo habitual con que lo harían después la mayoría de autores, la llegada de las terapias somáticas de choque: “El médico que ha podido presenciar una sola vez como las convulsiones por Cardiazol o unos shocks insulínicos, van seguidos de una remisión, inmediata y profunda de los trastornos esquizofrénicos, en virtud de una relación causal unívoca y rectilínea, comprende en seguida que se trata de métodos de eficacia superior a los hasta ahora conocidos y recobra o afirma la fe en la curabilidad de la esquizofrenia³¹¹”. Tras unas consideraciones sobre estas terapias, glosaba en las restantes páginas del capítulo las figuras de Pi i Molist, a quien dedicaba la monografía, y de Giné y Partagás, así como los logros de la ciencia española en asistencia manicomial³¹².

El capítulo dedicado al concepto de esquizofrenia confirmaba, como ya hemos visto anteriormente con detalle, la concepción que tenía Sarró de la misma como un proceso de naturaleza orgánica, susceptible de ser influenciado en su evolución y tratamiento por métodos psicológicos. Métodos a los que dedicaba los tres capítulos siguientes, iniciando la relación de técnicas disponibles con aspectos generales sobre la psicoterapia, para luego abordar la psicoterapia individual y, de forma más desarrollada, la colectiva —término que prefería al de ocupacional, laborterapia o ergoterapia—, mostrándose partidario de la misma frente a la terapia individual e, incluso, frente los tratamientos hipnóticos de tipo barbitúrico.

³¹⁰ SARRÓ (1940), p.8. El libro de SIMON (1937), *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*, había sido traducido por el propio Sarró, aunque ya era conocido en su versión original por autores españoles como Valenciano.

³¹¹ *Ibid.* p. 11.

³¹² Todo ello en el tono patriotero e hispanizante que, con tanta insistencia, ha denunciado GONZÁLEZ DURO (1978).

Los capítulos VI a X constituían el grueso de la obra y estaban dedicados a los tratamientos somáticos, describiendo con profusión de detalle los antecedentes históricos, la técnica y sus variaciones, modo de acción hipotetizado, condiciones de administración, indicaciones y efectos secundarios. De hecho, da la sensación que el libro era casi una excusa para poder difundir y dar a conocer estas técnicas al colectivo médico, con instrucciones precisas que permitieran su aplicación tras la lectura del manual, como explícitamente comentaba.

La parte final, dedicada en su capítulo XI a la profilaxis, y en el XII a las consideraciones finales, se lamentaba de la debacle de la investigación en España provocado por la guerra, y apostaba por estrechar los lazos entre la medicina y la psiquiatría³¹³. Sin embargo, los pasajes más interesantes son aquellos en los que introducía comentarios de contenido ideológico en los que se mostraba a favor de una eugenesia ambiental y del consejo prematrimonial, así como del empleo de la laborterapia como medio para que los enfermos mentales crónicos compensaran el gasto generado por su larga institucionalización.

Llegados a este punto resulta inevitable establecer comparaciones con el artículo de Valenciano antes citado. Valenciano escribió su artículo en la sección Revisión Crítica de *Archivos de Neurobiología* cuando contaba 28 años de edad, realizando una actualización verdaderamente digna de elogio que incluía 6 páginas de bibliografía con 132 referencias y ninguna autocita. Por el contrario, Sarró escribió su libro a los 40 años, incluyendo una sola página de bibliografía con sólo 10 referencias, y con alusiones en el texto a la traducción que él había hecho de la obra de Simon. Pero evidentemente, las mayores diferencias no se encuentran a escala formal, sino que la calidad del contenido es notablemente diferente y, mientras la revisión de Valenciano es ver-

³¹³ "...estrechar nuevamente *las relaciones de la psiquiatría con la medicina interna*. La psiquiatría queda ahora sólidamente *vinculada al resto de la medicina*, aun cuando conserve su *posición peculiar* dentro del sistema general de las ciencias" (SARRÓ, 1940: 133-4). Cursivas en el original. Nuevamente, estas palabras confirmarían lo que ha expresado GONZÁLEZ DURO (1978) al respecto.

daderamente “crítica”, seleccionando y estableciendo diferencias entre los distintos autores, y justificando la decisión de preferir a unos sobre otros, el libro de Sarró no llega a tener tanta profundidad y, en algunos momentos, adquiere un tono especulativo que se mezcla con juicios de valor de contenido racial y clasista, primando la descripción prolija de los efectos de las técnicas de choque en los pacientes sobre la selección crítica de la literatura. Aparentemente, la cuidadosa exposición de las técnicas de choque que hace Sarró iban encaminadas a facilitar su aplicación por parte de los profesionales, aunque da la sensación que lo hacía con excesiva fruición. Pero sin lugar a dudas, la diferencia más notable se da en el plano teórico, pues encontramos las mismas frases textuales comentadas de forma crítica, en el caso de Valenciano, y con matices políticos, en el de Sarró. Por último, la lectura del libro de éste evoca repetidamente el artículo de aquel quien, sin aparecer en la bibliografía, es citado elogiosamente³¹⁴.

Años más tarde, Sarró (1952, 1960, 1965) volvería a escribir sobre la terapéutica de la esquizofrenia, esta vez en el tratado de patología médica dirigido por Pedro Pons. Aunque Montserrat fue el encargado del capítulo dedicado a la terapéutica, Sarró incluyó un apartado sobre tratamiento de la esquizofrenia, como venía siendo habitual en otros autores, con la descripción de algunos métodos de choque —en concreto el coma insulínico de Sakel, el choque cardiazólico de Meduna, el electrochoque y la electronarcosis—, estableciendo las indicaciones en función de los complejos sintomáticos de Carl Schneider. A pesar de la brevedad del texto³¹⁵, ello no fue impedi-

³¹⁴ “Los lectores que quieran ilustrarse más extensamente sobre estos tratamientos pueden consultar en España el excelente resumen de Valenciano y el de Pons Balmes sobre piritoterapia” (SARRÓ, 1940: 62).

³¹⁵ “**Introducción al estudio de las psicosis.**— Aun cuando no es obligado que en un tratado de Medicina interna se incluya la descripción de los trastornos psíquicos, en esta obra se ha considerado pertinente hacerlo dada la creciente trascendencia que está adquiriendo para la Medicina la orientación psicológica. Pero la concepción general de este Tratado impide que la Psiquiatría se estudie con extensión análoga a las restantes materias [El volumen V dedicaba casi 1000 páginas a la neurología, frente a menos de 200 de la parte de psiquiatría]. Sólo es posible a título de compendio. No tienen otra aspiración las páginas que siguen. Es inevitable que la exposición resulte comprimida” (SARRÓ, 1965: 1029).

mento para dedicarle más de una página a la psicocirugía, a pesar de que Montserrat la describía también con detalle. Volveremos sobre el particular más adelante.

Marco Merenciano

Marco Merenciano (1942) incluía en *Esquizofrenias paranoides (psicopatología y tratamiento)* dos capítulos iniciales que, de forma coherente con el intento de establecer las relaciones entre la epilepsia y la esquizofrenia, estaban dedicados a exponer las bases teóricas, modo de aplicación, mecanismo hipotetizado de acción, valoración de resultados e indicaciones de dos técnicas convulsivantes, el cardiazol y el electrochoque. Con objeto de evitar repeticiones respecto a lo anotado para Sarró, únicamente nos limitaremos en este momento a comentar la existencia de este libro, del que habría que destacar los comentarios tremendamente sinceros que hacía sobre las técnicas, hasta el extremo de resultar cómico si no fuera porque hacían referencia a su aplicación sobre enfermos reales.

Solé Sagarra

Un caso similar ocurre con el *Manual de Psiquiatría* de Solé Sagarra y Leonhard, de cuyas dos ediciones sólo hemos podido consultar la primera de ellas, de 1953. Desde el punto de vista de la terapéutica, su importancia fue más bien escasa, puesto que su contenido era similar al de otros manuales y tratados disponibles durante la época. El mayor interés viene derivado porque este texto representaba la pervivencia de una de las visiones más conservadoras de la época, claramente influenciada por una psiquiatría alemana que había comenzado su decadencia. Por dicho motivo, apenas incluiremos comentarios esporádicos sobre el libro, siendo digna de mención respecto a la psicoterapia analítica su valoración positiva, sin mostrarse particularmente crítico, respecto a Freud³¹⁶. En cuanto al tratamiento de la esquizofrenia, sólo dedicaba dos pá-

³¹⁶ “No obstante las exageraciones unilaterales de FREUD y sus discípulos... el psicoanálisis ha permitido adentrarse extraordinariamente en la estructura de nuestra vida instintiva y de nues-

rrafos del capítulo correspondiente, mostrándose marcadamente pesimista respecto a su eficacia³¹⁷.

Symposium sobre Esquizofrenia

Celebrado en Madrid bajo los auspicios del CSIC en 1955, cinco fueron los trabajos que se publicaron en las actas de dicha reunión³¹⁸: uno dedicado a tratamientos biológicos, dos a psicocirugía, otro sobre cuestiones generales y uno más dedicado a la psicoterapia. Excepto este último, de autor extranjero, los otros cuatro tenían en común proceder de una misma institución, la Clínica de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, bajo la dirección de López Ibor, sin que pueda decirse que estas ponencias formasen una unidad temática compacta. Además, las limitaciones propias de su exposición en un espacio limitado de tiempo, así como el haberse visto prontamente superadas por la llegada de los psicofármacos, hace que, en cierto sentido, no puedan considerarse particularmente representativos.

En concreto, el trabajo de Coullaut sobre tratamientos biológicos consistía en una exposición del método, indicaciones y riesgos del electrochoque, en primer lugar, y el coma insulínico, a continuación, añadiendo con motivo de la publicación la parte de-

tra personalidad, en la cual no hay duda de que la sexualidad ocupa un papel destacado, aunque no tan exclusivo como dan a entender los psicoanalistas a ultranza.

... De lo dicho se infiere que el psicoterapeuta especializado debe conocer bien los textos de FREUD, ADLER y JUNG y demás autores que han escrito sobre las diversas tendencias psicoterápicas de la Psiquiatría actual... puede llevar a cabo curaciones de enfermos neuróticos en los cuales los tratamientos somáticos y psicoterápicos generales fracasan con frecuencia. En este caso están, sobre todo, las neurosis de angustia, las obsesivas y ciertas perversiones sexuales” (SOLÉ y LEONHARD, 1953: 228-9).

³¹⁷ “Referente al *tratamiento*, puede ensayarse también en el grupo nuclear esquizofrénico la terapéutica por *choques insulínicos* y la *convulsivante*. Pero ambos métodos fracasan casi siempre en estos casos.

A lo sumo los enfermos llegan a ser más asequibles, pasajera y momentáneamente. Cuanto menos experiencia se tiene en la delimitación de los diferentes grupos esquizofrénicos, tanto más hay que ensayar y convencerse de nuevo de los fracasos del tratamiento... En cambio, la *terapéutica por el trabajo* está indicada en todos los casos, para evitar la formación de superestructuras psicógenas sobre el síndrome orgánico central y facilitar el despliegue de fuerzas psíquicas en el resto sano de la personalidad” (*Ibid.* p. 524-5).

³¹⁸ LÓPEZ IBOR (ed.) (1957).

dicada a los psicofármacos, si bien las opiniones manifestadas en esta ponencia estuvieron recogidas en sus publicaciones posteriores. Las ponencias de López de Lerma y Peraita sobre los efectos psicológicos de las leucotomías y sobre las técnicas quirúrgicas, respectivamente, eran revisiones de conjunto en las que apenas había material propio que comentar. En cuanto a la intervención de López Ibor, se trataba de una visión general, de tipo ensayístico, sobre las distintas opciones existentes para el tratamiento de la enfermedad, sobre la que volveremos al final de este apartado.

Teófilo Hernando

El libro de Teófilo Hernando (1958), *Psicofarmacología y Remedios ataránticos*, recogía de forma bastante completa los conocimientos del momento en torno a la farmacología, farmacocinética, posología e indicaciones de tres de los psicofármacos más introducidos en la práctica psiquiátrica: la clorpromazina, la reserpina y el anaciclónol³¹⁹, e incluía interesantes cuestiones relacionadas con la patogenia de la enfermedad³²⁰. Ya en las palabras introductorias exponía que “La ‘Psicofarmacología’, Far-

³¹⁹ En adelante nos referiremos al mismo como azacyclonol, término empleado por los autores que realizaron los ensayos clínicos sobre el mismo.

³²⁰ Se trata de un librito muy curioso, publicado por el Instituto Iby en edición fuera de comercio, como específica en la contraportada, anticipando la ingente labor editorial de la industria farmacéutica que hoy día vivimos. El libro está dividido en cuatro apartados que reflejan los aspectos más señalados de la psicofarmacología, precedidos de unas palabras introductorias y culminado por tres comentarios finales de breve extensión. Además, incluye una abundante bibliografía de variados autores europeos y norteamericanos.

Divide la psicofarmacología en cuatro apartados: *Cuerpos químicos y enzimas que intervienen en las funciones psíquicas normales*, está dedicado al estudio de la significación de las sustancias químicas en el funcionamiento psíquico normal, explicando la modificación de la actividad neuronal y la fisiología cerebral mediada por iones, acetilcolina, adrenalininas, serotonina y otros cuerpos, describiendo su lugar y ritmo de secreción, modo de acción, etc. *Psicofarmacología experimental*, estudia las alteraciones experimentales y clínicas que producen ciertos medicamentos o venenos, ofreciendo Ofrece con cierto detalle los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos de la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), peyotl y su principio activo mescalina, haschís, ololiuqui, cohoba (rapé)-bufotenina y otros, sustancias que han servido de base para el establecimiento de la psicosis modelo; *Bioquímica de las psicosis*, donde estudia el papel que los cuerpos químicos desempeñan en la producción de las psicosis, interpretando el mecanismo íntimo de la enfermedad, su etiología y la causa de la alteración de la función, para distinguir entre las provocadas por estados carenciales, las genéticas disenzimáticas, las endocrinopatías y, por último las psicosis, aunque en realidad se limita en este último epígrafe a enumerar los distintos compuestos que se han postulado como

macología de la psique o de la mente', constituye un nuevo y amplio capítulo de la Fisiología y de la Terapéutica... ya que son recientes los descubrimientos acerca de los cuerpos químicos que intervienen en el funcionamiento normal del cerebro, la importancia de sus alteraciones en ciertos trastornos mentales y la posibilidad de influir en éstos por remedios farmacológicos". Ello le llevaba a entrar en consideraciones filosóficas sobre el problema de la dualidad alma y cuerpo, para decantarse por mantener esa dicotomía "... es indudable que los avances de la Fisiología y de la Farmacología están en el camino de demostrarlo, que todas las manifestaciones anímicas, normales o patológicas, se acompañan de modificaciones en la estructura, en la química o en la física del encéfalo; y, a su vez, que cualquier cambio de esta naturaleza repercute en el alma³²¹".

Se servía del recurso a la cibernética para admitir una visión mecanicista del ser humano: "Continuaremos empleando la palabra mecanismo con motivo de las funciones orgánicas, prendida de tal modo en el lenguaje médico que hasta los vitalistas más convencidos hablan de 'mecanismos psicológicos' y de 'traumas psíquicos'", dando un salto en el tiempo para refrendar las palabras de Fray Luis de Granada en su

responsables de la esquizofrenia, básicamente acetilcolina, serotonina y sus derivados, sin nombrar la dopamina, cuyas alteraciones en la transmisión se consideran hoy día responsables de la enfermedad a partir del mecanismo de acción de los neurolépticos. El cuarto capítulo, por último, es el más extenso y está dedicado a *Psicofarmacología terapéutica*, es decir, el estudio de los remedios farmacológicos utilizados en el tratamiento de las psicosis y las psiconeurosis, donde considera dos grandes grupos farmacológicos, los estimulantes o analépticos, y los tranquilizadores químicos o medicamentos atarácticos, a su vez agrupados en derivados de la fenotiazina (clorpromazina y otros), Rauwolfia y anaciclano, por un lado, y meprobamato, mebacticina, N-68, y clorhidrato de hidroxicina, por el otro. El libro finaliza con tres comentarios: el primero es un resumen de lo expuesto, recomendando proseguir con estudios para establecer mejor las indicaciones y evitar el abuso en el empleo de los fármacos; el segundo es de tono literario; y el último es una adenda de una página para hablar de los estudios recientes sobre un nuevo compuesto, la imipramina.

Así como para MUÑOZ CALVO (1998: 104), "No cabe duda que una de las grandes personalidades de la medicina española de posguerra es Teófilo Hernando. En psicofarmacología habría que considerarle como el autor que asienta las bases de la investigación actual", su obra sólo aparece nombrada por unos pocos autores, no muy representativos a excepción de Besada, pues los otros dos principales productores de artículos sobre psicofarmacoterapia, Coullaut y Cabaleiro, ni lo nombran. Tampoco aparece referenciado el otro manual de terapéutica psiquiátrica que luego comentaremos, de LLAVERO y CONDE (1970).

Símbolo de la Fe, de finales del siglo XVI, sobre “‘Este tercer principio [de la fábrica del cuerpo humano que] llamamos los sesos’”, con los hallazgos contemporáneos de la física y química cerebrales sobre la transmisión de impulsos en el sistema nervioso, a través de “Esos mediadores [que] se van conociendo últimamente y ya contamos con la acetilcolina, las adrenalinás, los iones minerales y otros...³²²”.

Paradójicamente, concedía valor a los avances provenientes del psicoanálisis, que nombraba abiertamente acto seguido: “Las aportaciones trascendentales de FREUD... [que] han adquirido una importancia indiscutible en el diagnóstico y tratamiento de la llamadas psiconeurosis y, sobre todo, en la investigación de la etiología de numerosas enfermedades incluidas en la ‘Medicina de los órganos’... Es en cambio más limitada, sin dejar de ser útil, la práctica de los métodos psicológicos puros en el tratamiento de las ‘psicosis’. LAFORA recordaba recientemente que, en una de las reuniones de la ‘Sociedad Psiquiátrica Americana’, no se presentó ni un solo trabajo sobre psicoterapia de la esquizofrenia, como tratamiento exclusivo, y numerosos, en cambio, acerca de los tratamientos somáticos”. Finalizaba el capítulo insistiendo nuevamente en la dicotomía con la que lo abría: “Numerosos hechos demuestran que el encéfalo no se limita a servir de instrumento a las manifestaciones del espíritu, sino que realiza la integración de las funciones de todos los demás órganos³²³”.

En el capítulo dedicado a la psicofarmacología experimental, realizaba lo que parece una actualización de las teorías autotóxicas de las esquizofrenia, aunque con el recurso a la neuroquímica: “El interés de estos cuerpos estriba en que algunos de ellos, si no reproducen por completo lo que se ha llamado la ‘psicosis modelo’, determinan por lo menos alteraciones que parcialmente tienen el aspecto de las observadas en las verdaderas psicosis y, al mismo tiempo, se dejan influir como éstas por remedios tranquilizadores. Todo ello ha conducido a sospechar la posible existencia de venenos en-

³²¹ HERNANDO (1958), p. 10-2.

³²² *Ibid.* p. 14-6.

dógenos, originados por diversas alteraciones metabólicas, que permitan interpretar el mecanismo de muchas psicosis³²⁴".

Por último, respecto a la clasificación y empleo de psicofármacos, caracterizaba a los tranquilizadores químicos o medicamentos atarácticos, como medicamentos que "no suelen deprimir ni producir gran sueño; no privan de una cierta actividad, ni suprimen las respuestas a estímulos exteriores, ni hacen desaparecer la situación de alerta, sino que producen la verdadera ataraxia³²⁵". Para su estudio, los dividía según se tratara de medicamentos "más activos, no siempre exentos de riesgo, y que se emplean en las psicosis con o sin alteraciones orgánicas demostrables; y otros, al que corresponde la denominación de ataráctico o eutímicos, menos enérgicos, y con menos riesgos, utilizados en el tratamiento de las psiconeurosis y de otras alteraciones emotivas que se observan en personas prácticamente normales³²⁶". Dentro de los primeros estaban los derivados de la fenotiacina (clorpromazina y otros), la Rauwolfia serpentina-reserpina, y el anaciclánol, sobre los que se extendía con detalle, si bien las indicaciones que sentaba —clorpromazina y reserpina en la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, anaciclánol en cuadros de naturaleza tóxica— provenían de los estudios de otros autores³²⁷, pues no podía ofrecer su experiencia personal por cuanto no era clínico.

Montserrat Esteve

No debió ser casualidad el hecho de que el *Capítulo IV, Terapéutica psiquiátrica*, del *Tratado de Patología y Clínica Médicas* de Pedro-Pons se iniciara con la descripción de las diferentes formas de psicoterapia, pues su autor, Montserrat Esteve, era a la sazón Jefe de Departamento de Medicina Psicosomática y Psiquiatría. Como ya comen-

³²³ *Ibíd.* p. 16-7.

³²⁴ *Ibíd.* p. 30.

³²⁵ Haciendo una concesión a los argumentos hispanizantes, citando palabras de Marías al respecto: "Esa ataraxia corresponde al sosiego español, que sería la calma que preconizaba Ortega".

³²⁶ HERNANDO (1958), p. 65-6.

tábamos al principio de este apartado, resultaba significativo que la mejor, y casi la única, relación de distintas técnicas psicoterápicas publicada durante el franquismo apareciera dentro de texto de medicina interna, y no en un tratado de psiquiatría.

El capítulo estaba dividido en dos grandes apartados, “Psicoterapia” y “Somatoterapia”. El primero³²⁸ se iniciaba con unas consideraciones acerca de la transferencia, para luego considerar que “los verdaderos problemas patógenos, en general, son inconscientes, y requieren técnicas especiales para que afloren al consciente y se puedan resolver”. A continuación, ofrecía una relación bastante extensa de técnicas, dividiéndolas de forma expositiva en aquellas al alcance de cualquier médico general o psicoterapia menor, y aquellas otras que requerían formación y un encuadre más reglado para su aplicación. Como psicoterapia menor incluía la persuasión, la psicagogía o pedagogía psicoterápica, la sugestión y autosugestión, la heterosugestión diurna o vigil, las técnicas de relajación —entrenamiento autógeno, relajación progresiva—, y la psicoterapia hipnótica, con sus distintas variantes incluida la sofrotErapia. En cuanto a las técnicas que requerían de formación especializada, comenzaba por el psicoanálisis, “la primera de las psicoterapias profundas, y la que ha dado origen en forma directa o indirecta a todas las demás. Según Freud, en la vida psíquica rige un determinismo que, a su vez, está íntimamente vinculado al componente biológico”, concediéndole un valor curativo exclusivo en algunos casos. Seguía luego con la descripción del autoanálisis, el narcoanálisis, el ensueño dirigido, la psicoterapia de Jung —“que más que médica es mítica o religiosa”—, la de Adler, en neopsicoanálisis de Schultz-Henke, la dialéctica de Künkel, la psicoterapia psicobiológica de Meyer, la no directiva de Rogers, la antropológica de von Weizäcker, la logoterapia de Frankel, el análisis existencial de Binswanger, las psicoterapias abreviadas, las diversas modalidades de psicoterapia de grupo y, por último, el psicodrama. Salvo las valoraciones

³²⁷ Entre ellos el trabajo de COULLAUT y COLINA (1956) en la *Revista Clínica Española*.

³²⁸ MONTSERRAT ESTEVE (1965), p. 1101-9.

que hemos transcrito, el capítulo era una descripción de los fundamentos teóricos de las mismas sin entrar en ningún otro tipo de consideraciones.

El apartado de somatoterapia (p. 1109-39), notablemente más amplio que el anterior por razón de los tratamientos descritos estaba, a su vez, dividido en distintos subapartados en función de la naturaleza de los mismos. Comenzaba con los psicofármacos, eligiendo la clasificación de los mismos de acuerdo con Delay —agrupación según su acción depresora, estimulante o tóxica—, por lo que hablaba de psicolépticos, psiconalépticos y psicodislépticos, encontrándose dentro del primer grupo los neurolépticos, de los que estudiaba con algo mayor detalle la clorpromazina y la reserpina, aunque llegaba a nombrar hasta veinticinco compuestos diferentes, completados con un apéndice sobre curas de desconexión. El subapartado de psicofármacos terminaba con otro apéndice sobre “tratamientos de choque y otras técnicas ‘stressantes’”, en el que se hablaba de los choques acetilcolínico, amfetamínico e histamínico, del neumochoque, de los tratamientos por inhalación y de la piretoterapia, pues el electrochoque y el coma insulínico estaban descritos en la parte correspondiente del tratamiento de la esquizofrenia, en el capítulo escrito por Sarró, como ya dijimos. Los restantes subapartados de Somatoterapia versaban sobre estupefacientes, reconstituyentes, vitaminas, medicación neurovegetativa, terapéutica metabólica, opoterapia, psicocirugía —a la que dedicaba más de dos páginas— y otros tratamientos. Como en el caso anterior, este apartado tenía el valor de ofrecer una relación extensa de las distintas opciones terapéuticas, sin hacer prácticamente ningún comentario valorativo de las mismas.

Llavero Avilés y Conde López

Tratamientos médico-psiquiátricos (criterios, fundamentos y aplicación), de Llavero y Conde (1970), fue el otro manual de psicofarmacología publicado durante el franquismo. De extensión y pretensiones notablemente mayores respecto al de Hernando, reunía la experiencia acumulada tras casi 20 años de empleo de psicofármacos.

Como aquél, el libro estaba editado por un laboratorio —Liade, en esta ocasión—, de escaso *vademecum* psiquiátrico, pero que aprovechaba la publicación para incluir propaganda de los diferentes fármacos de que disponía.

El libro se componía de dos partes claramente diferenciadas, escritas por cada uno de los autores. En la primera de ellas, Llaveró hacía un repaso de cuestiones teóricas básicas sobre los fundamentos de los tratamientos médico-psiquiátricos, las bases físicas de la enfermedad, las relaciones entre psicofármacos y psicoterapia, el proceso del enfermar psiquiátrico, el papel de factores ambientales en el desarrollo de la enfermedad mental y el tratamiento farmacológico en el retraso mental, para acabar con unas duras palabras sobre el estado de la asistencia psiquiátrica del momento. La segunda parte, escrita por Conde, revisaba la psicofarmacología de los diferentes compuestos, con indicaciones terapéuticas precisas que se acompañaban, en la tercera parte, de numerosas tablas sinópticas y escalas de valoración. De éstas dos partes hablaremos más ampliamente en el apartado 6.3.4 *Psicofarmacoterapia*.

En el primer capítulo, dedicado a las bases de los tratamientos médico-psiquiátricos, Llaveró (1970: 11-26) reivindicaba el enfoque neuro-psiquiátrico de la psiquiatría, encaminado a interpretar, explicar y comprender el acontecimiento psicofísico o psicosomático del enfermar psiquiátrico y las diversas terapéuticas. Curiosamente, las pretensiones de Llaveró conciliaban cuestiones tan dispares como el psicoanálisis —interpretar— y la dicotomía fenomenológica de la escuela de Heidelberg —explicar (*Erklären*) y comprender (*Verstehen*)—. Dicho enfoque pretendía superar tanto el materialismo derivado del positivismo científico-natural a ultranza, renovado inicialmente con la llegada de los psicofármacos, pero en decadencia una vez constataba al inespecificidad de acción de unos tratamientos meramente sintomáticos; como la tendencia contraria, “psicologista, existencialista y antropológica con el peligro de cultivar lo que hemos llamado, metafóricamente, ‘una psiquiatría y psicología clínica anencefálica’”. Respecto a la visión materialista insistía una y otra vez, acertadamente:

“El optimismo terapéutico que produjo la conocida y facilona pastilloterapia, con su enorme y extensa proyección social, indujo a pensar a muchos médicos que las psicoterapias, en sus múltiples aspectos, no serían ya necesarias. Es decir, con la droga psicotropa podía conseguir el médico tres posibilidades muy cotizadas en nuestra época cronopática y de medicina socializada; rapidez en la praxis, eficacia terapéutica sintomática, *a veces sorprendente*, y con ello tranquilidad de conciencia ante lo que se desconoce o ante el enfermo que no puede dedicarle el tiempo necesario. Este proceder terapéutico ‘podría’ disculparse en la Medicina somática y sintomática, cuya diana principal es el proceso patológico, la enfermedad corporal, como se procede, *mutatis mutandi*, en la Medicina mecanicista. Sin embargo, cuando el médico no se ocupa ni se preocupa del ‘hombre enfermo’ — como es obligado en Psiquiatría, es decir, también de su dimensión psíquica, y se deja esta otra ‘mitad’, precisamente lo más humano, en el tintero de los errores o de la comodidad, de la incompreensión—, entonces este proceder veterinario en la Medicina humana es a todas luces insuficiente cuando no inmoral, deontológicamente recriminable³²⁹”.

Todo ello daba pie, en el fondo, a que expusiera su versión actualizada de la doctrina de la causalidad, aparecida por vez primera en 1953 en una publicación en alemán, *Symptom und Kausalität. Grundfragen der Neurologie und Psychiatrie*. De forma resumida, la “concepción médica de la personalidad” con la que operaba Llavero postulaba la existencia de un “círculo bio-anímico” o “núcleo vital” de la personalidad que representaba “el primer ‘campo de resonancia’ para todo lo que acontece *en* el hombre o *con* el hombre sano o enfermo, que proviene de su cuerpo o de su ambiente, de lo noético o de lo anímico”. Dicho círculo bio-anímico sería “una dimensión originaria *donde todavía no existe una separación de cuerpo y alma*³³⁰” y estaría formado “de un lado, por el semicírculo de las corrientes anímicas: estados de humor, impulsos,

³²⁹ LLAVERO y CONDE (1970), p. 17.

³³⁰ Cursivas en el original.

afectividades, instintos y sentimientos primitivos, elementales; de otro lado, la dimensión de los sistemas neuro-endocrinos. Estos dos sistemas forman una unidad funcional permanente a través del cerebro. La causa instrumental cerebral de estas correlaciones mutuas se verifica mediante las estructuras (neuronas, vías y circuitos), es decir, a través de lo que venimos llamando ‘sinapsis psicofísica o psicosomática del tallo cerebral’, formaciones mesodiencefálicas”, entre las que la formación reticular desempeñaba un papel de importancia creciente.

Para no dejar sin integrar los aspectos psicológicos del individuo, postulaba la existencia de otra dimensión, concéntrica con el círculo bio-anímico, a la que denominaba “campo de resonancia”, lugar en el que “resonaban” cualquiera de las alteraciones del equilibrio del círculo bioanímico, bien por causas externas, bien por causas internas, entre las que se incluían aquellas que se encontraban inconscientes, siendo el primer lugar de detección del peligro o amenaza para el sujeto. Según esta concepción, que de algún modo recordaba a la formulación de López Ibor sobre la vitalidad, y que también tenía elementos similares a la teoría psicoanalítica, la medicación ejercería un efecto en el círculo bioanímico, lugar “donde se ‘cuece’ —por así decirlo— el enfermar psiquiátrico no orgánico”, aunque teniendo siempre en cuenta la inespecificidad de dicho enfermar y, por tanto, de la acción de los medicamentos. Al final, el esquema (figura XVIII), presentado quince años antes en el *Symposium*, resultaba un tanto críptico y, en cierta medida, ininteligible, como puede apreciarse a continuación:



Figura XVIII: LLAVERO (1957, 1970),
Círculo bio-anímico de la personalidad

“Resumiendo: podemos continuar afirmando que la experiencia clínica y el estado actual de nuestros conocimientos no obligan *todavía* a rectificar. Como era de esperar, con arreglo a la nueva doctrina de la causalidad, se va poniendo de manifiesto en todas las latitudes que la influencia del psicofármaco es tanto menos específica cuanto más se aleja el acontecer psiquiátrico de su origen fenoménico en la dimensión somática o bioanímica originaria descrita; es decir, de la esfera vital y apersonal del núcleo de la personalidad, donde las somatosis etiopatogénicas de las psicosis y la fisiopatogenia de las neurosis y las psiconeurosis tienen su campo de acción. Con otras palabras: los psicofármacos, como las terapéuticas biológicas en general, son tanto más eficaces cuanto más somatógeno y agudo es el origen de la manifestación psiquiátrica, como sucede en los brotes o fases psicóticas³³¹”.

Puesto que sobrepasa la finalidad de este trabajo, no nos extenderemos más en las ideas de Llaveró, entre otras cosas porque tampoco nos parece que ejercieran gran influencia en los autores que escribieron sobre esquizofrenia, a juzgar por las escasas referencias que hicieron al mismo en sus trabajos. Comentaremos, únicamente, que el resto de capítulos estaban dedicados a poner en relación su modelo con distintos aspectos de la enfermedad mental: los desencadenantes psicológicos y la psicoterapia, o la influencia del entorno y la sociedad. En las consideraciones finales, Llaveró (1974: 72-7) ofrecía una visión de conjunto en la que volvía sobre el conflicto entre aquellos planteamientos excesivamente organicistas, donde los psicofármacos serían capaces de curar la enfermedad mental —la “orgía de pastilloterapia”—, y una visión que tuviera en cuenta no sólo factores psicológicos, sino también la influencia del entorno, la llamada *noxa psíquica ambiental*, tal y como reconocían instituciones de ámbito internacional como la OMS a través de sus propuestas en torno a la psiquiatría social. Ello daba pie a las palabras finales, en las que abogaba por una reforma de la asistencia

³³¹ LLAVERO y CONDE (1970), p. 25. Destacado en el original.

psiquiátrica encaminada a rehabilitar al enfermo a expensas de modificar el panorama sombrío existente en aquellos momentos³³².

La segunda y tercera partes del libro estaban desconectadas de la primera, pudiendo incluso constituir una obra autónoma³³³. Conde, a diferencia de Llaveró, se escudaba en un cómodo pragmatismo con el que evitaba discutir los fundamentos teóricos de su proceder³³⁴, si bien podríamos asumir que adoptaba una posición ecléctica similar a la de tantos otros autores, es decir, la enfermedad mental tendría un sustrato biológico susceptible de ser influenciado por la medicación, que también resolvería los síntomas psicógenos, pero sin profundizar en la génesis de los mismos: “Partiendo de la base de que la esquizofrenia es un síndrome cuya etiología es multifactorial, representa un pseudoproblema preguntarse siquiera si los neurolépticos representan una terapéutica causal o sintomática³³⁵”.

La segunda parte se iniciaba con la preceptiva introducción histórica a la materia, para luego hablar sobre las bases metodológicas de la investigación en psicofarmacología —con especial atención al efecto placebo—, los fundamentos bioquímicos de funcionamiento del sistema nervioso central con la descripción de los diferentes

³³² Véase el apartado 6.6 *Asistencia*, donde volvemos brevemente sobre las palabras de Llaveró.

³³³ Como detalle curioso, en todo el texto de la segunda y tercera partes apenas se citaba a Llaveró en unas pocas ocasiones, habitualmente en relación con la causalidad en psiquiatría, empleando frases tan vagas como “problema éste de la especificidad que ha sido tratado repetidas veces por LLAVERO desde su polémica con RAUSCH hasta la actualidad”, “Sin entrar en la difícil cuestión de la ‘causalidad’ en psicopatología, tantas veces abordada (LLAVERO, 1954-69)...”, o bien “el problema de los síntomas y la causalidad en psiquiatría permanece aún irresuelto (LLAVERO, 1954; BLEULER, 1966, etcétera)...”, pero sin adscribirse a sus teorías ni dar la impresión de pertenecer a una misma escuela (LLAVERO y CONDE, 1970: 96, 223, 231).

³³⁴ “Discutir la importancia económica y socio-cultural de los psicofármacos... implicaría entrar de lleno en la sociopsiquiatría; y al entrar en el paradójicamente nebuloso terreno de los efectos secundarios, colaterales e indeseables de las drogas psicótropas exigiría proponer los postulados de una nueva ciencia aplicada, al menos en germen: la psicofarmacotoxicología. Por todo ello es preciso ser consciente de la imposibilidad de resolver los numerosos problemas planteados, aun en el ámbito clínico, por falta de tiempo y de datos objetivos suficientes. Como siempre, para el médico es la urgencia la que manda, y de aquí el exponer sucintamente las investigaciones más recientes sobre el mecanismo de acción de estos fármacos desde un punto de vista neurofisiológico y bioquímico” (*Ibid.* p. 97).

³³⁵ *Ibid.* p. 174.

neurotransmisores, las teorías sobre la enfermedad mental derivadas a partir de los mismos, el tratamiento y profilaxis de las depresiones endógenas, y la clasificación de los psicofármacos, abordando la complejidad y dificultad de establecer grupos farmacológicos. Había también tres capítulos dedicados a los neurolépticos, el primero de ellos puramente psicofarmacológico, el segundo encaminado a establecer las indicaciones y correcto empleo de los mismos, y el tercero, sobre asociación de psicofármacos en general, hablaba casi por completo de la asociación de diferentes neurolépticos. El último capítulo versaba sobre Psiconeurofarmacobiotoxicología clínica, neologismo que significaba la valoración de los efectos secundarios y reacciones adversas de los medicamentos empleados en psiquiatría.

La tercera parte del libro, denominada Tablas psicofarmacológicas, incluía un capítulo dedicado a los neurolépticos cuyo texto era, casi literalmente, el mismo del capítulo homónimo de la segunda parte, sirviendo de introducción a la relación de tablas en las que describía el nombre genérico, comercial y químico de los compuestos, el lugar de acción y efectos en el SNC, las indicaciones neuropsiquiátricas, la dosis diaria habitual, los principales efectos secundarios, y algunas observaciones de interés sobre los medicamentos.

Desde un punto de vista histórico, podemos considerar bastante representativa la opinión de Conde (1970: 95-6) sobre la modificación del ejercicio de la psiquiatría determinada por la aparición de los psicofármacos:

“Por otra parte, es evidente que los psicofármacos... se distinguen del resto de terapéuticas psiquiátricas existentes hasta su aparición por multitud de características... siendo las más importantes su enorme empleo masivo, no conocido por ninguno de los tratamientos anteriores; sus marcadas influencias sobre algunos síntomas psiquiátricos, considerados como clásicos y obligados —en especial la agitación y la agresividad en todas sus formas—, que al disminuir, desaparecer o, por lo menos, al ser bloqueados han modificado una serie de ideas inmovilistas

sobre el resto de las estructuras fenomenológicas, asistenciales y terapéuticas existentes, en relación con la enfermedad mental, y, por último, las dificultades de evaluación, tanto sobre los efectos psicotropos como sobre las dosis óptimas, que han de ser adaptadas sutilmente a cada caso, con una fineza mayor en su empleo que la exigida en las terapéuticas biológicas anteriores. Todo ello ha forzado a tomar posiciones más eclécticas y realistas, frente a las viejas escuelas psiquiátricas, cualesquiera que fuese su tendencia, por los resultados innegables obtenidos por la psicofarmacología. Al lado de actitudes de rechazo total... han aparecido otras de optimismo total, como si la psiquiatría no tuviera otro problema que el de bloquear los síntomas psicopatológicos... los medicamentos psicotropos, al lado de sus acciones terapéuticas profundas presentan nuevos problemas que resolver. Desde un punto de vista negativo, su uso abusivo, enmascarador de los verdaderos problemas psicopatológicos, yacentes en el fondo de numerosos trastornos; la comodidad de disponer de una 'camisa de fuerza química' más cómoda y menos espectacular, aunque no por ello menos nociva para el enfermo y la sociedad que la camisa de fuerza clásica; los efectos 'secundarios' o 'indeseables', mucho mejor denominados farmacotóxicos... Desde el punto de vista positivo, la desaparición de los llamativos enfermos alucinados, agitados, agresivos, apáticos, autistas, etc., ha influenciado sobre las relaciones médico-enfermo-sociedad, ha creado la necesidad de superar el irritante conflicto entre los 'organicistas' y 'psicologistas', de transformar las estructuras asistenciales y sociales, haciendo perder el carácter de 'alienado' y 'asilo' tanto en las propias biografías clínicas como en las planificaciones hospitalarias modernas".

Conde aceptaba que existía una correlación o "causalidad" entre los efectos de los psicofármacos y el metabolismo de las aminas biógenas en determinadas regiones cerebrales, que la formación reticular jugaba un papel importante en la acción y regulación del efecto de dichas sustancias, y que, de forma consecuente, existían "relaciones indudables entre algunas funciones del psiquismo, algunos trastornos psicopatológicos y el metabolismo cerebral", con lo que pasaba a describir la implicación de los

diferentes “agentes neurohormonales cerebrales” en la psicopatología. Sin embargo, no pasaba de estas generalizaciones a la hora de postular el hipotético mecanismo de acción, obviando tales cuestiones por considerarlas artificiosas, como veremos en el apartado 6.3.4. *Psicofarmacoterapia*.

Cabaleiro Goás

Queda finalmente por comentar la obra de tres autores, dos de ellos bastante significativos durante nuestro periodo de estudio aunque por distintos motivos. Nos referimos a Cabaleiro, López Ibor y Vallejo-Nágera Botas.

En el caso de Cabaleiro, lo es por méritos propios, pues fue el máximo productor de trabajos sobre esquizofrenia. Sin embargo, su dedicación a la terapéutica se centró únicamente en cuatro trabajos. Los dos primeros fueron sendos capítulos incluidos en las monografías publicadas en 1947 y 1954. En el primero de ellos ofrecía una síntesis de distintas técnicas disponibles —piretoterapia, insulino-terapia, choque químico y electrochoque, psicocirugía—, valorando su eficacia de acuerdo con la casuística personal, remarcando el cambio que supuso la introducción de la insulino-terapia para el pronóstico de la esquizofrenia. En el segundo de ellos incluía, además de las terapias de choque, dos capítulos especialmente significativos, dedicados a psicoterapia y a psicocirugía. Por tratarse de un contenido similar al incluido en otros manuales ya comentados, únicamente haremos alguna referencia a aspectos relacionados con la psicoterapia y la psicocirugía en los apartados respectivos.

El tercer trabajo considerado es un artículo escrito en 1955 donde valoraba la importancia de tres factores patogénicos de la esquizofrenia —morfología corporal, personalidad prepsicótica, y existencia de factores exógenos (somáticos y psíquicos) coincidentes con el inicio de la psicosis— en un intento por precisar, de la mejor forma posible, las indicaciones de las diferentes terapias de choque. A este respecto, su preocupación era similar a la de Marco Merenciano (1940) y otro autores, coincidiendo

con éste en la individualización de dos subformas clínicas dentro de la esquizofrenia paranoide susceptibles de tratamiento por electrochoque. El último trabajo, realizado en 1964 con la colaboración de varios miembros de su equipo, pretendía un objetivo similar, aunque en dicha ocasión establecía comparaciones entre diferentes psicofármacos, por lo que será en dicho apartado donde nos referiremos a él con algo más de detalle, pudiéndolo considerar como la síntesis de sus conocimientos sobre terapéutica de la esquizofrenia, no sólo por su extensión, sino porque tampoco volvió a escribir posteriormente sobre el particular³³⁶.

López Ibor

La inclusión de López Ibor obedece al criterio de autoridad, pues fue innegable su influencia en el panorama de la psiquiatría española de la época, si bien, como hemos comentado en apartados anteriores, dedicó escasa atención a la esquizofrenia. Por esta razón, apenas encontramos referencias de interés, salvo las consideraciones generales que ofrecía en una de sus tres intervenciones en el *Symposium*, así como las pocas páginas dedicadas a terapéutica psiquiátrica y profilaxis de las enfermedades mentales, que aparecían en el capítulo IV de su libro *Los problemas de las enfermedades mentales*.

En dicho libro dedicaba veinticinco páginas a terapéutica general, en las que no se contemplaba con detalle ningún aspecto concreto, excepción hecha de la psicocirugía, con cuyas consideraciones finalizaba el apartado de terapéutica. A este respecto, una visión en perspectiva de sus publicaciones recogidas para esta tesis ponen de manifiesto un inusitado interés sobre el particular, pues a lo anterior habría que añadir las elogiosas palabras introductorias al libro de Obrador (1947) sobre intervenciones quirúrgicas en patología psiquiátrica, y las dos ponencias del *symposium* que llevaron a cabo sendos miembros de su departamento, como veremos con más detalle en el apar-

³³⁶ Solamente trabajos en los que valoraba la acción de fármacos individuales, pero no un estudio

tado 6.3.3 *Psicocirugía*. Por lo que respecta a los tratamientos somáticos, planteaba que su acción se ejercía de forma inespecífica, afirmando que su eficacia en la esquizofrenia no dependía de la precocidad del empleo, sino de la forma clínica a tratar. En el apartado de la profilaxis ponía de manifiesto el valor de las medidas conductuales, en contra de lo expresado por Sarró, aunque consideraba que tales medidas eran de poca utilidad en las “enfermedades mentales propiamente dichas... endógenas y poco accesibles a la influencia del medio exterior³³⁷”. En cuanto a la laborterapia, la exposición que hace de la misma es similar a la que veremos en el caso de Vallejo Nágera o Sarró sólo que, a diferencia de ellos, estaba desprovista de comentarios ideológicos o de justificaciones más allá de lo puramente científico.

A lo largo de todo el texto se tiene la impresión de que López Ibor intentaba desmontar algunos de los puntos de vista expresados por Vallejo Nágera en otras obras: así, mientras en capítulos anteriores devaluaba el papel del análisis estructural de la enfermedad mental, que Vallejo Nágera empleaba para sistematizar el tratamiento de la esquizofrenia, en éste planteaba que la asistencia psiquiátrica social “no se concibe hoy día como una proyección o ampliación de la asistencia intramural, sino que tiene más altos vuelos y finalidades distintas. Aspira a ser un regulador de la comunidad social, ejerciendo una acción profiláctica individual y colectiva³³⁸”, en claro contraste con la propuesta de organización asistencial de Vallejo Nágera en la que el manicomio tenía un papel central³³⁹. Por otro lado, no desperdiciaba la ocasión para tergiversar la posible psicogenia e influencia ambiental en la causación de la enfermedad mental, reconvirtiéndola en la frase de inspiración orteguiana “En el enfermo mental existe un

de conjunto. Véase al respecto la relación de trabajos que incluyen SIMÓN y FERRER (1997).

³³⁷ LÓPEZ IBOR (1949), p. 288.

³³⁸ *Ibíd.* p. 285.

³³⁹ Propuesta que un poco más adelante valora como “más lleno de posibilidades teóricas que de realidades prácticas. Sus dificultades son tan grandes que sólo en muy pocas partes ha alcanzado el desarrollo deseado” (*Ibid.* p. 290). Véase el apartado 6.6 *Asistencia* para una exposición de las ideas de Vallejo Nágera al respecto.

mental existe un desajuste entre él y su circunstancia³⁴⁰". Y, al igual que Vallejo, recurrirá a citas de autores exiliados pero sólo a propósito de cuestiones anecdóticas, como el empleo del término *eubiatra* propuesto por Mira³⁴¹, sin ofrecer más explicaciones.

En cuanto a su intervención en el *symposium* dedicada a las *Líneas actuales de la terapéutica de la Esquizofrenia*, ésta estaba estructurada en dos partes. En la primera de ellas planteaba la respuesta a cinco cuestiones sobre la terapéutica de la enfermedad, mientras la segunda servía para explayarse con su concepto del trastorno axil de la esquizofrenia, ya comentado con anterioridad³⁴². La primera de las cuestiones consideradas hacía referencia a la posibilidad de mejorar los resultados con los métodos terapéuticos disponibles entonces, a lo que respondía que no ofrecía grandes perspectivas; en cuanto a la mejoría de las técnicas existentes³⁴³, consideraba que se había conseguido un avance notable, afirmando que en su servicio, a diferencia de otros, se empleaba el electrochoque bajo narcosis; en tercer lugar, abordaba la falta de conocimientos sobre las bases fisiopatológicas de los tratamientos, que consideraba tenían acción inespecífica; este aspecto lo debatía en cuarto lugar, planteando que no era posible sentar indicaciones específicas de los tratamientos, sino que su acción, por ser análoga —pero no equivalente—, obligaba a cambiar de un método a otro cuando fracasara el utilizado previamente, puesto que "La indicación de cada método habrá que hacerla en el curso evolutivo de la enfermedad, según la sintomatología de aquel momento y no según se trate de una de las clásicas formas de la esquizofrenia³⁴⁴"; las consideraciones a este respecto daban lugar al quinto apartado, excusa para la exposición de sus ideas sobre el trastorno axil, al que dedicaba la segunda parte de la

³⁴⁰ *Ibíd.* p. 285. En lo que sería una utilización de la teoría orteguiana como base para la elaboración posterior de una psicología española.

³⁴¹ *Ibíd.*

³⁴² Véase el apartado 6.1.4 *La escuela de Heidelberg*, en este mismo capítulo.

³⁴³ "Este perfeccionamiento técnico ha permitido compensar, en parte, los efectos terroríficos de unos comentarios y una propaganda mal dirigida, y que ha sido un ejemplo de cómo los psiquiatras, a veces, permiten que a su costa se violen los más elementales principios de la higiene mental" (LÓPEZ IBOR, 1957: 335).

³⁴⁴ *Ibíd.* p. 337.

sobre el trastorno axil, al que dedicaba la segunda parte de la ponencia. Ponencia que finalizaba de una forma genérica afirmando que “lo más importante en terapéutica actual de la esquizofrenia es el estudio de los cursos evolutivos para señalar los momentos oportunos para una eficaz intervención terapéutica³⁴⁵”, conclusión cuanto menos llamativa puesto que su intervención no la había planteado en tales términos, sino en los de establecer la indicación en función de los síntomas axiales y marginales. Nuevamente, el trabajo de Valenciano seguía siendo modélico.

Vallejo-Nágera Botas

Queda, por último, la revisión de la obra de Vallejo-Nágera Botas, cuyo libro *Introducción a la Psiquiatría*, alcanzó diversas ediciones que continuaron más allá de nuestro periodo de estudio (1962-1985), a pesar de lo cual seguían manteniendo el mismo prólogo de López Ibor de la primera edición. A diferencia del *Tratado...* escrito por su padre, la *Introducción...* venía a cumplir la función de las *Lecciones de Psiquiatría*, es decir, un compendio escolar destinado a la enseñanza de la asignatura, como así se especificaba en la introducción³⁴⁶. De hecho, entre la última edición de *Lecciones...* y la primera de *Introducción...* sólo pasaron cuatro años, durante los cuales Vallejo-Nágera hijo publicó dos ediciones de *Psiquiatría clínica*, compendio para estudiantes todavía más sintético. Pensamos, por tanto, que la influencia que este texto tuvo entre los psiquiatras no pudo ser tan importante como el *Tratado de Psiquiatría* de su padre, una obra concebida como “recapitulación completa de la doctrina psiquiátrica contemporánea³⁴⁷”. Debido a ello, pues, apenas comentaremos la *Introducción a la Psiquiatría*.

³⁴⁵ *Ibíd.* p. 341.

³⁴⁶ “En cambio, para los estudiantes, el libro [*Psiquiatría clínica*] resultaba menguado frente a las crecientes exigencias de los programas, y sigue sin cubrir la necesidad de un manual, a la vez útil académicamente, práctico y de estudio no excesivamente arduo. Estos son los requisitos que pretende satisfacer el presente volumen” (VALLEJO-NÁGERA BOTAS, 1964: 7).

³⁴⁷ VALLEJO NÁGERA (1949), p. IX.

Vallejo-Nágera Botas (1964: 281-5), sin tomar partido respecto a ninguna de las dos teorías, organicista y psicogenética, sobre el origen de la enfermedad, consideraba que el tratamiento de la esquizofrenia, siempre llevado a cabo por especialistas, incluía tres posibilidades: tratamientos somáticos, psicoterapia y la readaptación social. Respecto a este último, se limitaba a comentar las posibilidades de recaída cuando el enfermo retornaba al medio hostil del que provenía, así como las dificultades para reintegrarse al medio laboral debido al deterioro tras la enfermedad, destacando la labor de los servicios sociales en la búsqueda de un trabajo y ambiente adecuados. En el párrafo dedicado a psicoterapia en la esquizofrenia, sólo citaba la utilidad de la terapia colectiva así como la posibilidad de la individual, criticando aquellos hospitales en los que sólo se realizaba terapia analítica sin empleo de fármacos, privando al enfermo “sin razón alguna, de valiosas técnicas de tratamiento”. En cuanto al tratamiento somático, dedicaba la mayor parte del espacio a exponer las normas para el manejo de psicofármacos, que consideraba habían desplazado a los métodos de choque, en concreto la insulino-terapia y el electroshock, opinión que no mantendría unos años después, como veremos al hablar de la cura de Sakel. Esta exposición se completaba con el capítulo de terapéutica general³⁴⁸, donde añadía a las dos terapias de choque citadas la cura de sueño y la psicocirugía, sin contemplar el uso del cardiazol.

El otro capítulo con cierto interés del libro de Vallejo-Nágera Botas (1965: 493-509) era el dedicado a Psicoterapia el cual, a diferencia del de Terapéutica somática, no varió lo más mínimo a lo largo de sucesivas ediciones. Se iniciaba con unas consideraciones sobre la personalidad del médico, a las que seguían otras sobre la transferencia y el diálogo. Continuaba con la exposición de la hipnosis como representante de los tratamientos sugestivos, para luego hablar del entrenamiento autógeno de Schultz y el narcoanálisis. Respecto al psicoanálisis y otras formas de psicoterapia profunda, hacía una síntesis muy buena de la teoría freudiana, a la que dedicaba palabras elogiosas,

³⁴⁸ VALLEJO-NÁGERA BOTAS (1964), p. 473-92.

evitando hábilmente su valoración personal³⁴⁹, pero incluyendo sólo comentarios devaluadores al respecto. Sendos párrafos dedicados a Jung, Adler, el análisis existencial y la psicoterapia del médico general cerraban el capítulo.

6.3.2 Terapias previas al desarrollo de los neurolépticos

Bajo este epígrafe incluimos distintas terapias agrupadas de acuerdo con las teorías etiológicas que las sustentaron³⁵⁰, recordando que sólo hemos dedicado un apartado específico para aquellas técnicas que tuvieron una aplicación sobre la esquizofrenia durante nuestro periodo de estudio, extraída a partir de los trabajos publicados. En términos generales, puede decirse que casi todas ellas estaban consideradas como terapias *estimulantes*, en oposición a las *sedantes*, representadas por la cura prolongada de sueño.

Las teorías que postulan un *origen infeccioso* en la enfermedad pueden remontarse, al menos, hasta 1895, cuando Wagner von Jauregg hipotetizó que los enfermos mentales que reaccionaban con una mejoría psíquica a la tuberculina tenían un foco tuberculoso en relación genética con su psicosis. En línea con esta opinión, se desarrollaron otras teorías similares a lo largo del primer tercio del siglo XX, preconizándose el tratamiento etiológico destinado a eliminar el foco infeccioso, de diverso origen.

Un segundo grupo lo componen las teorías que atribuían un *desorden metabólico* en la enfermedad. Una línea estuvo caracterizada por el hallazgo de un descenso del metabolismo basal, lo que dio lugar a la aplicación de corrientes diatérmicas. La otra postuló un carácter autotóxico, describiendo alteraciones en distintas glándulas del sistema endocrino, lo que llevó al desarrollo de la llamada opoterapia endocrina, en la

³⁴⁹ “Como mi opinión personal no puede interesar demasiado en este avispero polémico, me limitaré a condensar las de los demás, que de todo tipo existen, y casi siempre expresadas con extremismo y apasionamiento” (*Ibid.* p. 507).

³⁵⁰ Según RUBIO y LÓPEZ-TRABADA (1998). Véase también el trabajo de VALENCIANO (1933), ya comentado, para una descripción más detallada.

que se administraba al paciente preparados de extractos tiroideos, paratiroides, hepáticos o de glándulas sexuales.

La teoría de la *diátesis psicocoloidoclástica*, sustentada por Pascal y Davesne, mantenía que las psicosis eran reacciones anafilácticas provocadas por estímulos traumáticos físicos o psíquicos sobre individuos predispuestos hereditariamente, estando caracterizadas por inestabilidad del equilibrio mental, neurovegetativo y coloidal, vulnerabilidad emocional, tendencia a reaccionar con shock anafiláctico a los agentes más diversos y, por último, curabilidad por la terapia de choques³⁵¹. Esto dio pie a la inoculación de las más diversas sustancias, la provocación de abscesos de fijación o la inoculación de la malaria.

Otros tratamientos ensayados fueron la producción de meningitis aséptica, la inyección subcutánea de sangre de placenta y otras formas de hemoterapia, la inhalación de mezclas oxicarbonadas, el empleo de remedios de la medicina antigua, la cerebrotoxina, la extracción de líquido cefalorraquídeo, el bombeo espinal, la exéresis de focos infecciosos ... De todos ellos, Sarró (1940), tras plantear que hacía falta una sistematización de las indicaciones de las distintas terapias irritativas para separar el grano de la paja, comentaba que en Barcelona se ensayó con hemoterapia placentaria y la extracción de líquido cefalorraquídeo, mientras Escudero (1954) refería un caso al que se administró acetilcolina por vía endovenosa (método de Fiamberti). Posiblemente estos y otros métodos se emplearan de forma más o menos habitual, pero su utilización no apareció reflejada en la literatura. Afortunadamente, la mayoría de ellos cayó en desuso debido a su constatada falta de efectividad³⁵².

³⁵¹ Existía desde principios del XVIII toda una tradición sobre el valor terapéutico de las impresiones para el tratamiento de las enfermedades mentales, como muestra el desarrollo de terapias con duchas frías, sillas giratorias y otras técnicas encaminadas a conmocionar al sujeto con intención curativa (RUBIO y LÓPEZ-TRABADA, 1998).

³⁵² “Es característico de muchos ensayos de tratamiento de la esquizofrenia que se basen en hipótesis poco cimentadas, a veces fantásticas. Pero sería injusto rechazarlos a priori y no ver en ellos más que meros ejemplos de lo que Bleuler llama ‘pensamiento autista indisciplinado’. Tanto el tratamiento de von Meduna, como el de Sakel, nos muestran como con hipótesis sumamente dis-

6.3.2.1 Piretoterapia

Considerada como técnica estimulante, la piretoterapia debe su aplicación a Von Jauregg quien en 1887, a partir de las experiencias previas de Roseblum, en Odessa, y Raggi, en Bolonia, planteaba la indicación de inocular enfermedades febriles en pacientes psicóticos, al haber observado en algunos de ellos curaciones después de haber padecido un proceso febril. Tras probar con el paludismo, la erisipela, la fiebre recurrente y la tuberculina, se decantó por la primera de ellas al encontrarlo como el método más seguro y eficaz, de ahí el nombre de paludoterapia o malarioterapia con el que también se conoció a esta técnica. Inicialmente aplicado a enfermos con parálisis general progresiva³⁵³, pasó posteriormente a administrarlo a pacientes afectos de demencia precoz.

Con el paso del tiempo, se probó con otros métodos artificiales para provocar fiebre. Unos fueron también de naturaleza infecciosa, como las vacunas antitífica y anti-variólica; el Pyrifér®, preparado a partir de proteínas bacterianas de *coli* no patógenos; o el Saprovitán®, consistente en la administración intravenosa de saprofitos vivos. Otros, en cambio, eran de origen químico: abscesos de fijación con trementina subcutánea, nucleinato sódico intramuscular, azufre, albúmina, leche o peptona endovenosas, etc. Un tercer grupo, por último, fueron métodos de carácter físico, aunque en general poco usados, como baños calientes precedidos de la inyección de cloruro sódico al 25% y seguidos de envoltura en sábanas calientes, baños de luz, corrientes diatérmicas, ondas cortas y hasta la punción cerebral en el núcleo estriado y en el tálamo.

cutibles pueden hacerse descubrimientos importantes. Algunos de los tratamientos que a continuación citamos se basan evidentemente en hipótesis más rebuscadas que las de los creadores de la insulina y la cardiazolterapia” (SARRÓ, 1940: 60). GÓMEZ DEL CERRO (1959) comenta el caso de una paciente había recibido choque con cardiazol, coma insulínico, técnica de Fiamberti, y bombeo intrarraquídeo, obteniéndose sólo mejorías parciales para luego caer en un estado de retracción y mutismo casi total. Tras varios meses de psicoterapia analítica, la paciente mejoró notablemente hasta el punto de iniciar su reintegración social.

³⁵³ Su trabajo de 1922, en el que trató a 9 pacientes afectos de PGP con esta técnica, le valió posteriormente el premio Nobel de Medicina.

Introducida en España por Rodríguez Lafora en 1924, tres años más tarde publicó Vallejo Nágera, en colaboración con González Pinto, la casuística más numerosa de la aplicación de esta técnica en enfermos psiquiátricos en su trabajo *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia* (1927). En general, como recoge Sarró, los resultados de estas técnicas distaron mucho de ser satisfactorios, como ya había adelantado Rodríguez Lafora, por lo que no es extraño que se abandonara su empleo al disponerse de técnicas más resolutivas³⁵⁴. Ello explicaría que en nuestro periodo de estudio únicamente hayamos encontrado el trabajo de Escudero, aún más llamativo por el hecho de propugnar el empleo de la piretoterapia en fecha tan tardía, cuando ya se comenzaba a disponer de fármacos, las técnicas de choque estaban ampliamente extendidas, y se habían publicado las traducciones españolas de los manuales de terapéutica psiquiátrica de Sargent y Kalinowsky, donde se daba sobrada cuenta de las mismas. Tal vez ello fuera debido al hecho de ejercer en un lugar como el Manicomio Provincial de Logroño, aunque Solé Sagarra (1953: 222) también reivindicaba su uso por “sus efectos inespecíficos útiles en diversas psicosis”, que empleaba en sus variantes atenuada y masiva de forma combinada con el electrochoque.

El interés del trabajo de Escudero (1954) que acabamos de citar reside en que representa la persistencia de teorías que comenzaban a estar obsoletas, a pesar de lo cual tenían lugar ensayos terapéuticos de dudosa consistencia científica, combinando en esta ocasión métodos diversos. En su caso, el supuesto de partida “nada original, por otra parte” planteaba que “... es la alteración de la función hepática y la pérdida de poder antitóxico del hígado uno de los agentes responsables, total o parcialmente, del trastorno esquizofrénico y su normalización la que influye, también con mayor o menor exclusividad, pero siempre en primer plano, en la curación de la enfermedad. Las

³⁵⁴ “El valor de estos procedimientos piretógenos es en general dudoso”. Y, tras repasar los estudios de distintos autores que valoran los resultados de estas terapias, concluye “Los procedimientos químicos como el Sulfosín nos parecen más eficaces que la malarioterapia”, admitiendo que se

investigaciones de varios autores contemporáneos muestran que es muy plausible esta manera de abordar el problema”. La técnica consistía en la provocación de accesos de fiebre entre 38’5 y 39°C mediante piretógenos comerciales a partir de azufre, con una cadencia de cinco días, distanciándose hasta suprimirlos a medida que se iba produciendo la mejoría. En el momento que aparecía la reacción febril, se administraba diariamente el preparado hepático en combinación con la vitamina B₁₂, para luego ir también espaciándolo, momento en el cual se iniciaba la administración de dinitrilo succínico.

Los resultados no podían ser mejores, con un 83’3% de “remisiones absolutas” para una casuística de 12 pacientes, en quienes habían fallado los métodos tradicionales de choque. Sin embargo, nos parece pertinente destacar que los argumentos que empleaba en la discusión fueron similares a los que los demás autores utilizaron para valorar la eficacia de las restantes técnicas, entre ellos el recurso a admitir la posibilidad de remisiones espontáneas de la enfermedad, para luego descartar que tal hubiera sido el caso de los pacientes del ensayo.

6.3.2.2 Choque químico por cardiazol (Meduna) y otras sustancias

Una de las clasificaciones clásicas de las terapias de choque³⁵⁵ agrupaba a las mismas en tres apartados: mecánicas, como la ducha helada o la silla giratoria; psicológica, tipo fustigaciones, golpes y duchas; y química, como el choque por cardiazol y el coma insulínico (figuras XIX y XX).

El choque químico debe su desarrollo a von Meduna, quien estudió las modificaciones que experimentaba el cerebro en el contexto de las intoxicaciones por alcanfor y en el saturnismo, observando un antagonismo entre las preparaciones de tejido cerebral de pacientes esquizofrénicos y epilépticos. Apoyado en ésta y otras evidencias co-

desconoce el modo de actuación de estos remedios. SARRÓ (1940) p. 57-8. Sobre la introducción de la malarioterapia en España es de obligada referencia el trabajo de VILLASANTE (2003: 175-88).

³⁵⁵ COURBON y PERRIN (1939).

incidentes³⁵⁶, y viendo cómo la esquizofrenia empeoraba en aquellos casos coincidentes con epilepsia en los que desaparecían las convulsiones, llegó a la conclusión de que existía un antagonismo clínico entre la epilepsia y la esquizofrenia³⁵⁷. Tras varios intentos con distintas sustancias como el alcanfor, la estricnina, la tebaína o la pilocarpina, un colega suyo le sugirió el empleo del cardiazol, un preparado sintético del alcanfor sin relación estructural con el mismo: 1 cc de solución al 10% por kilo de peso hasta un máximo de 3 gr., administrado por vía intravenosa en bolo rápido, hasta un total de 20-30 aplicaciones. Otros autores intentaron distintas modificaciones, encaminadas a reducir los efectos secundarios o la menor dosis de cardiazol a emplear, si se combinaba con estímulos luminosos e intermitentes (fotochoque). A diferencia de la cura de Sakel, que veremos a continuación, la facilidad de administración de esta técnica permitía su empleo ambulatorio y hasta domiciliario. Asimismo, se aconsejaba el uso combinado con psicoterapia, una vez el paciente se recuperaba de la confusión y la intensa amnesia que seguía al shock³⁵⁸. La técnica que proponía von Meduna, muy próxima a la “persuasión razonadora”, consistía en relacionar la mejoría del paciente

³⁵⁶ Como el tratamiento de la epilepsia con sangre de esquizofrénicos (Nyiro), el mejor pronóstico de los pacientes en caso de asociación de epilepsia y esquizofrenia (Jablousky), asociación que era muy poco frecuente (Glaus), o los casos anecdóticos de curación de esquizofrenia tras crisis convulsivas (Muller) (RUBIO y LÓPEZ-TRABADA, 1998: 166).

³⁵⁷ “Entre la epilepsia y la esquizofrenia existe un antagonismo biológico. Si se lograra desencadenar en un paciente esquizofrénico un acceso epiléptico, estos accesos modificarían el medio químico, humoral, hematológico, etc., del organismo en el sentido de crear un terreno desfavorable para el desarrollo de la esquizofrenia y constituirían una posibilidad biológica para la remisión de la enfermedad” (transcrito por SARRÓ, 1940: 95).

³⁵⁸ “Las conversaciones psicoterápicas suelen iniciarse después del cuarto o quinto acceso convulsivo. En el primer interrogatorio se efectúa un sondeo psíquico superficial para darnos cuenta de las modificaciones que va experimentando el estado psíquico del paciente. Por lo general, cuando el tratamiento tiene éxito, uno de los síntomas que primero cede son las alucinaciones, sigue el delirio de relación hasta que por último desaparece el estado esquizofrénico de hipotonía de la conciencia” (SARRÓ, 1940: 113). Este pasaje es interesante, además, por la referencia que hace a la hipotonía de la conciencia.

con la administración del tratamiento, estableciendo una relación causa-efecto que contribuía a vencer la resistencia del paciente al mismo³⁵⁹.

Durante esta época, sólo se publicaron en revistas psiquiátricas otros tres trabajos dedicados específicamente al empleo de estas técnicas en el tratamiento de la esquizofrenia³⁶⁰. En ellos, se manifestaban las discrepancias respecto al hipotético mecanismo de acción que planteaba von Meduna y así, Sarró planteaba que posiblemente los postulados sobre la incompatibilidad entre esquizofrenia y epilepsia fueran falsos, aceptando que “el Cardiazol no actúa por sí mismo, sino por el shock que produce”. En una línea similar se expresaba Morillas (1943), aunque introduciendo el componente de la modificación afectiva en línea con López Ibor. Más atrevido se mostraba Marco Merenciano (1942), quien aventuraba “una interpretación epiléptica de la esquizofrenia... en el sentido no de una oposición, como pretende Meduna, sino de una inversión del tiempo psicósico que hace que la lentitud esquizofrénica al intercalar en ella su accidente epiléptico evolucione con la velocidad específica de la propia epilepsia”, si bien en su libro reconocía de forma un tanto peculiar la inespecificidad del mecanismo de acción del cardiazol: “Debemos, pues, al cardiazol —procedimiento inespecífico y eficaz— la racionalización de una serie de procedimientos que por su brutalidad o peligrosidad nunca pudieron sistematizarse. Sobre el valor que representa su eficacia está

³⁵⁹ “Es indudable que la psicoterapia que se aplique al esquizofrénico en estos casos puede inspirarse en diversos procedimientos, pero de lo que no cabe duda es de que debe hacerse siempre y que como dice von Meduna el psiquiatra moderno no debe olvidar que no es simplemente un patólogo, sino que, en el restablecimiento del paciente la inteligencia y el alma del médico son tan importantes como el medicamento que suministra a su enfermo” (SARRÓ, 1940: 114).

³⁶⁰ Hubo, al menos, un cuarto trabajo, que queda fuera de nuestro estudio debido a los criterios de selección explicados en el *Capítulo 2. Material y métodos*. Escrito por LÓPEZ IBOR y VELA DEL CAMPO (1940), Tratamiento de la esquizofrenia por el cardiazol y la insulina, *Revista Clínica Española* I(3), 197-216, en dicho trabajo se exponía con detalle la metodología de ambas técnicas con sus efectos secundarios, comentando los resultados de su empleo en sendos grupos de pacientes, con indicaciones precisas para cada una de ellas y con una discusión final en la que se hipotetizaba sobre el mecanismo de acción de los mismos.

también el de su inespecificidad, que le sitúa crucialmente entre lo barbaroempírico y una serie de futuras realidades a las que ya no se les podrá tildar de inhumanas³⁶¹”.

Otros de los aspectos interesantes estaba relacionado con el empleo de sustancias distintas al cardiazol, motivado por la dificultad de suministro y por el coste económico del producto, como recogían Martínez y De la Vega (1940), y mientras Sarró aseguraba que no existía “ningún inconveniente en admitir [que el cardiazol] pueda ser substituido por un medicamento de estructura química completamente distinta”, como por ejemplo ciclexiletotriazol (azoman), acetilcolina, clorato amónico, y hasta choque eléctrico, aquéllos no eran de la misma opinión, pues planteaban la escasa eficacia terapéutica del empleo de sustancias distintas al alcanfor a pesar de ser menos agresivas que éste: “No hemos observado la menor incidencia en los 21 casos tratados, por lo cual creemos que no existe para el cloruro de amonio ningún género de complicaciones, siendo de lamentar que un proceder tan cómodo e inocuo no reporte mejores resultados”.

Entre los inconvenientes derivados de la aplicación de esta técnica destacaba la posibilidad de fracturas debido a la intensidad de la convulsión, que llevaba a algunos autores a considerar el cese de su empleo, aunque al parecer el porcentaje de pacientes que las presentaban eran mínimos³⁶². Menos peligroso para la integridad del paciente,

³⁶¹ MARCO MERENCIANO (1942), p. 26.

³⁶² El riesgo era ciertamente real, y MORILLAS (1943) comentaba respecto a un caso que “a la primera inyección hay que suspender el tratamiento por fractura de cuerpo vertebral por compresión comprobada radiológicamente”. De una casuística de 34 enfermos tratados, la fractura representaba un 3%. Años más tarde, SARRÓ (1965: 1091), hacía comentarios al respecto: “Generalmente se localizan entre la IV y VIII vértebras dorsales. Experimentalmente se ha comprobado que la V es la que más fácilmente se aplasta. Si estas fracturas tuvieran que diagnosticarse clínicamente, su frecuencia sería rarísima, pues en muchos casos no dan más que dolores radiculares no persistentes o bien no producen síntoma alguno. Existe la costumbre, cuando se diagnostica un caso de esta índole, de someter al paciente a embarazosos tratamientos ortopédicos, produciendo un estado de desmoralización en pacientes y familiares respecto a la posibilidad de continuar el tratamiento de la psicosis. En realidad, lo indicado en estos casos es continuar el tratamiento con curare después de dejar descansar al paciente breves días en decúbito prono. Antes de la introducción del curare, Schmieder ya había observado que si el tratamiento se reanuda después de unas semanas, las vértebras comprimidas son más resistentes que las sanas”. Mayor cinismo no cabe, máxime des-

pero igualmente temido, era la casi inevitable aparición de intensas crisis de angustia, que generaban resistencia por parte de los pacientes a recibir nuevas sesiones³⁶³, a pesar de lo cual Sarró (1940: 109) comentaba que

“Por nuestra parte reconocemos que la acción del Cardiazol es fundamentalmente somática y que en los casos en que no se producen convulsiones y aparece un estado ansioso, el paciente suele empeorar. Pero no obstante también es indudable que la inyección de Cardiazol convulsivante o no, puede actuar beneficiosamente como ‘trauma psíquico’, v. gr., en casos de mutismo. Recientemente conseguimos romper el mutismo y el negativismo general de un paciente procedente del frente, del cual se desconocían todos los datos de filiación, gracias al temor de recibir una segunda inyección de Cardiazol. (No debemos olvidar que antes de tratar a los enfermos con shocks somáticos los habían tratado los psiquiatras de antaño con ‘traumas psíquicos’ y que aun en la actualidad se habla de ‘tratamiento vivencial’ de la esquizofrenia, con innegable eufemismo, ya que siempre la vivencia suele ser de terror)“.

Más crudo aún, el testimonio ofrecido por Marco Merenciano (1942: 19-20):

“Esto es cierto: en muchas ocasiones, los enfermos nos suplican llorando que no les inyectemos, invocando la memoria de nuestros padres y la salud de nuestros hijos. Sólo quien ha tenido que provocar ataques en estas condiciones sabe del esfuerzo y de la entereza necesarios para hacerlo. También de nuestro sanatorio se fugó un enfermo después de la primera inyección de cardiazol ante el temor de que le dieran la segunda. Otro, al entrar en la sala obligado por los enfermeros, exclamó: ‘¡No, no y no. Esto es una salvajada!’ anteponiendo a su exclamación un

pués de reconocer la utilidad del empleo preventivo de succinilcolina e inducción barbitúrica previa a la administración.

En una línea similar, recurriendo a argumentos difícilmente justificables, estaba SOLÉ SAGARRA (1953: 217-8) “En España (personas menos musculadas que en las tierras del Norte) es mejor y más práctico prescindir del curare, porque las fracturas son rarísimas”.

³⁶³ Véase el apartado 9.1 del *Capítulo 9. Apéndice documental*, donde se encuentra la transcripción que hacía Sarró de esta técnica. También la figura XIX.

taco rotundo y redondo. Uno de los enfermos que más terror ha experimentado ante la inyección de cardiazol trató de sobornarnos para que no se la diéramos. Se trataba de un esquizofrénico paranoide, cuyo delirio, bien sistematizado, consistía en creerse jefe del Estado Español; cuando nos ofreció dinero para que no le diéramos cardiazol (millones de pesetas), le dijimos que únicamente lo haríamos a cambio de que renunciara a la jefatura del Estado. Aceptó inmediatamente, y así, a partir de aquel momento, a cuantos le hablaban de su supuesta jefatura, les decía que ya nada tenía que ver. Como el resto de su personalidad estaba bien conservada, al renunciar a su sistema delirante, prácticamente el enfermo estaba curado. Llegamos a pensar si el shock pánico ante el cardiazol habría obrado más eficazmente aún que el propio cardiazol. Tratamos de averiguar la profundidad de la renuncia al delirio y, al decirle si comprendía lo absurdo de sus ideas anteriores contestó muy indignado que él renunciaba a la efectividad, pero no a los derechos que dimanaban de sentencia firme del Tribunal Supremo. Esto demuestra la cantidad de miedo que sería necesaria para inhibir conscientemente nada menos que todo el sistema delirante única razón de existencia esquizofrénica de nuestro enfermo³⁶⁴.

El mismo Marco Merenciano (1942), esta vez en su artículo, ofrecía razones igualmente prosaicas para seguir justificando su empleo:

“Signo de nuestro momento histórico es el que las cosas envejecen rápidamente. Es posible que el descubrimiento de las sulfamidias sea tan trascendente como el del Salvarsán, pero es más que probable que la extensión abusiva de sus aplicaciones haga recaer sobre él una limitación en extremo temprana e injusta. Parece ser que el Cardiazol ha seguido esta suerte. En Alemania ha sido substituido por el proceder eléctrico, y en España más de un psiquiatra ha renunciado a su empleo mucho antes de disponer del electroshock. ¿Es justa esta actitud?... Respecto al aura angustiosa y al terror de las inyecciones, es evidente en muchos casos

³⁶⁴ Este pasaje es el que también reproduce GONZÁLEZ DURO (1978: 150).

debido a dos causas: 1º A las vivencias terroríficas del aura, y segundo a la específica testarudez de los esquizofrénicos. No cabe reputar como inhumano el procedimiento y a pesar de las ventajas relativas del electroshock, yo continué empleándolo... Vemos, pues en el electroshock ventajas de índole técnica, pero no de eficacia. El Cardiazol parece obligar más al psiquiatra a realizar el procedimiento personalmente, lo que facilita la psicoterapia; mientras se traten enfermos en sus domicilios el Cardiazol es el procedimiento más cómodo y más médico. La sencillez del electroshock invita a abandonarlo en manos subalternas y aunque despersonaliza la labor del psiquiatra, es excelente y económico para el tratamiento sanatorial”.

En general, se mantuvo un tono optimista respecto a la eficacia de esta técnica, llegándose en ocasiones a un triunfalismo injustificado: “Sin caer en un optimismo exagerado, creemos que el Cardiazol supone una reducción del tiempo de evolución de la enfermedad, lo que supone la rápida curación de las esquizofrenias que espontáneamente curarían con lentitud y la de aquellas otras que siendo intrínsecamente curables por la deteriorización que supone una larga evolución, se convierten en incurables³⁶⁵”. A pesar de que testimonios más cualificados hablaban en contra de esta técnica³⁶⁶, las referencias escritas al empleo del choque cardiazólico se mantuvieron, al menos, hasta mediados de la década de los cincuenta³⁶⁷, aunque su uso probablemente continuó durante más tiempo.

³⁶⁵ MARCO MERENCIANO (1942).

³⁶⁶ “No vamos a tratar aquí de la manera de producir convulsiones mediante el empleo del cardiazol o de cualquier otra sustancia química. Creemos que en todos los aspectos es superior el procedimiento eléctrico, que ha sustituido en la actualidad a aquellos”. Escritas en 1944, estas palabras corresponden a la edición española del libro de SARGANT y SLATER (1947: 104), al alcance, por tanto, de los psiquiatras de la época.

³⁶⁷ CABALEIRO (1955).

6.3.2.3 Coma insulínico o cura de Sakel³⁶⁸

La terapia del coma insulínico debe su origen al médico del que toma su nombre, aunque el empleo de insulina en la práctica psiquiátrica se inició en 1929, cuando Kempeler comprobó que la amnesia del deliro que producía en los cuadros de *delirium tremens* era más acentuada y el riesgo de un síndrome de Korsakov, menor. En 1932, Steck la aplicaba a los cuadros de agitación catatónica y en 1935 Sakel decidió probarla en la abstinencia de la morfinomanía, apreciando que si la dosis era excesiva y la hipoglucemia marcada, se producía un cambio psíquico y caracterológico muy importante. A partir de ahí, decidió poner a punto la técnica, que constaba de cuatro fases: administración de insulina a dosis crecientes hasta conseguir el choque hipoglucémico; producción de intensos choques subsiguientes; intercalación de días de descanso entre los de choque; y polarización, con la administración de dosis progresivamente decrecientes de insulina. En la práctica las cuatro fases se reducían a las dos primeras³⁶⁹. Con unas cifras bajas de mortalidad, la duración del tratamiento se estimaba en torno a los 3 a 6 meses, si bien eran los cambios conductuales los que determinaban su finalización. Sobre esta técnica el propio Sakel desarrolló distintas variantes, en un intento de adaptarlas a los diferentes subtipos de esquizofrenia, aunque también hubo otras variaciones, como la de provocar comas prolongados, en el caso de formas crónicas de esquizofrenia³⁷⁰; o la del subcoma insulínico, con hipoglucemias manifiestas pero sin llegar al coma, que permitían el tratamiento ambulatorio.

Sarró se consideraba a sí mismo como el primero en aplicar la técnica de Sakel en España, en 1936, jactándose de haberla aprendido de forma autodidacta³⁷¹. La jus-

³⁶⁸ Como en los apartados anteriores, véase las revisiones de VALENCIANO (1933), SARRÓ (1940), VALLEJO NÁGERA (1940, 1954), y RUBIO y LÓPEZ-TRABADA (1998).

³⁶⁹ SARRÓ (1940), p. 64-5.

³⁷⁰ “A pesar de sus peligros, parece ser el método de elección para influenciar terapéuticamente casos antiguos de esquizofrenia” (SARRÓ, 1940: 90).

³⁷¹ “Aun cuando el medio preferible de aprender la técnica es presenciar su aplicación en los centros psiquiátricos en que con mayor perfección se practica, puede también adquirirse mediante la lectura de alguna de las obras anteriormente citadas. Nosotros, sirviéndonos de única guía la

tificación que hacía del empleo de estas técnicas le llevó a compararla con la cura psicoanalítica, en una peculiar cita repetida por otros autores³⁷²:

Es característico de los nuevos tratamientos somáticos que impriman al organismo una conmoción que casi rebasa sus límites de reacción. Se diría que sólo llevando los esquizofrénicos hasta el umbral de la muerte se consigue despertar en ellos un impulso vital normal y que sólo puesto en una situación de máximo peligro biológico recupera el esquizofrénico un funcionamiento psicofísico normal.

Esta concepción de un mecanismo 'conmocional' de la nueva terapéutica somática presenta una curiosa analogía con la curación de las neurosis mediante la 'conmoción psicoanalítica' que provoca el médico con sus interpretaciones³⁷³.

Y acababa su razonamiento enlazando con los postulados de la psiquiatría de un siglo atrás: "Si se comparan estos conceptos de la psiquiatría antigua con los de la hipótesis de trabajo de Sakel para explicar la acción de la terapéutica insulínica, se verá que a pesar de que les separa casi exactamente un siglo, ambos se representan el efecto terapéutico de una manera análoga³⁷⁴".

En el capítulo que dedicaba al coma insulínico, y sobre la base de que "La técnica se halla todavía en periodo de formación como no puede menos de ocurrir dado lo reciente de su descubrimiento, pero, en sus líneas esenciales, da la impresión de una obra relativamente acabada, en la que todas las contingencias están previstas, y que puede aplicarse sin grave riesgo aun sin haberla aprendido por observación directa en

monografía de Sakel, creemos haber sido de los primeros en ensayar su método en España. En junio y julio de 1936, en colaboración con estimados compañeros del Sanatorio Frenopático de San Baudilio, donde tratamos seis casos simultáneamente sin que hubiese que lamentar otros accidentes que los habituales de la cura. En cuanto a la técnica de Meduna, es más fácil de adquirir" (SARRÓ, 1940: 11-2). BUMKE (1946: 759), parecía desmentir a su traductor, Sarró, en este sentido, al afirmar respecto a la técnica de Sakel: "Daremos tan pocos detalles de los fundamentos todavía hipotéticos por completo, de este tratamiento, como de los pormenores de la técnica que, por lo demás, sólo pueden aprenderse en una clínica donde se aplique este procedimiento".

³⁷² CABALEIRO (1954), p. 275.

³⁷³ SARRÓ (1940), p. 12.

³⁷⁴ *Ibíd.* p. 13.

los centros psiquiátricos en que se practica constantemente”, Sarró hacía una descripción detallada de la técnica por espacio de 15 páginas³⁷⁵, en la que incluía método de aplicación, variantes, complicaciones y manejo de las mismas, y efectos secundarios, ofreciendo detalles que daban idea de lo dramático y arriesgado de su empleo³⁷⁶.

Como era habitual en estos casos, consideraba la posibilidad de asociar una psicoterapia al tratamiento, si bien “representa un simple complemento de la acción somática de la cura”. Más concretamente:

“... el hecho esencial para la misma es el empaldecimiento progresivo de la vivencia psicótica y la recuperación gradual de la lucidez a medida que avanza la cura. Al desaparecer las sensaciones cenestopáticas se normaliza la actitud del enfermo frente a su propio cuerpo y frente al mundo. Quedan sin estímulo muchas ideas paranoides. La afectividad recobra su resonancia. Resurge el sentimiento de vitalidad. Las alucinaciones pierden su intensidad sensorial, el delirio queda privado de su significación, etc. Kronfeld ha formulado la diferencia esencial entre la remisión espontánea y la insulínica, indicando que mientras en la primera es necesario un esfuerzo activo de represión de los fenómenos psicóticos, en la segunda puede producirse una asimilación racional y consciente de los mismos³⁷⁷”.

Respecto a las indicaciones, Sarró suscribía la tendencia general según la cual debía intentarse en las formas agudas, independientemente del tipo clínico, pues en las formas evolucionadas “el tratamiento presenta más dificultades y son menores las probabilidades de curación³⁷⁸”, aunque era algo mejor si la afectividad del paciente estaba conservada y manifestaba alguna tendencia espontánea a la remisión. Respecto a ésta, al resultado del tratamiento a largo plazo y la eficacia entre diferentes formas, eran

³⁷⁵ *Ibid.* p. 65-80.

³⁷⁶ Véase el apartado 9.2 del *Capítulo 9. Apéndice documental*.

³⁷⁷ SARRÓ (1940), p. 81-2. A diferencia de VALENCIANO (1933), Sarró se quedaba satisfecho con esta explicación sin relacionarla con aspectos psicodinámicos del enfermo, como bien pudiera haber hecho al conocer la doctrina psicoanalítica y defenderla en la introducción del libro.

³⁷⁸ A diferencia de lo que planteaba CABALEIRO *et al.* (1964).

eran despachadas con un lacónico “Discutir menudamente estas cuestiones es incompatible con los límites de esta monografía”, para sólo comentar los resultados relacionados con las remisiones: “las cifras de remisiones obtenidas son extraordinariamente alentadoras. Según una encuesta reciente del Ministerio de Sanidad del Reich la cifra de conjunto de casos mejorados es de 66’6%”. Interesante comentario también por su implicación política.

En 1953, apareció un curioso artículo, *Sobre la dudosa eficacia de la insulina en el tratamiento de la esquizofrenia*, escrito por Alarcón quien, a la sazón, se encontraba en el Maudsley Hospital de Londres. Se trataba de un trabajo de “revisión de la experiencia y resultados obtenidos por los diversos autores que se han ocupado del tema, y se puede considerar asimismo como un esfuerzo por poner en claro este problema, que se presenta a los psiquiatras y que tiene que resolver cada uno de ellos personalmente³⁷⁹”. Básicamente, lo que llevaba al autor a plantearse dicha revisión era determinar si estaba justificada la utilización de un tratamiento que resultaba costoso a la luz de los resultados constatables en la literatura circulante³⁸⁰. Entre los elementos a tener en cuenta consideraba, de un lado, la desesperación terapéutica del médico, la necesidad de no dejarse llevar por el pesimismo, el coste económico, y la escasa disponibilidad del tra-

³⁷⁹ “De todos es conocida la escena de la pareja de campesinos que llega al hospital con el hijo esquizofrénico, dispuestos a vender lo que tienen y endeudarse mientras el médico les da a entrever una esperanza de mejoría. Ante un caso de éstos la pregunta de si la insulina es útil o no surge con toda su fuerza y exige una respuesta concreta. Es en estos casos donde se puede palpar la necesidad de tener ideas claras” (ALARCÓN, 1953).

³⁸⁰ “En los países que cuentan con abundantes medios el problema de la eficacia del tratamiento de Sakel es primordialmente un problema científico. No sucede así en las naciones menos favorecidas, donde los hospitales tienen que luchar contra la falta de recursos. Aquí el médico no percibe sólo el lado científico, se ve forzado también a tomar también en cuenta sus consecuencias económicas y sociales, que por lo común le llegan cargadas de un fuerte tono emocional. Tal es el caso de España, donde las salas de observación de los Hospitales Generales tienen una cuota muy reducida de insulina, y a pesar de las generosas contribuciones personales de los Jefes de Sala, son los familiares del enfermo quienes tienen que correr con la carga de los gastos del tratamiento. La insulina y el azúcar son caros, y en un tratamiento bien hecho se consumen buenas cantidades de ambas... En el New York State Veteran’s Hospital cada enfermo tratado con insulina sale costando un promedio de 1.200 dólares, cifra que no es de menospreciar aun en el país más rico del mundo” (ALARCÓN, 1953).

tamiento; de otro, la dificultad de comparar los estudios debido a la diferencia de criterio diagnóstico, de criterios de remisión, de técnica empleada, de selección muestral.

A diferencia de lo que pudiera sugerir el título, en su trabajo exponía críticamente los estudios que mostraban la falta de eficacia de la insulino-terapia, para luego hacer lo propio con los que ofrecían resultados favorables. Al igual que prácticamente el resto de autores de la época, consideraba que la calidad de las remisiones tras el tratamiento era superior a la obtenida incluso en las remisiones espontáneas estableciendo, entre otros factores de buen pronóstico, los que hoy día se consideran favorables para el curso de la enfermedad en general: inicio agudo, debut entre los 16 y los 40 años, y corta evolución desde el inicio de los síntomas. Tras explicar distintas formas de aplicación de la técnica, hablaba de la conveniencia y facilidad de asociar una psicoterapia encaminada a favorecer la introspección del enfermo a través del *rapport* con el médico. Concluía el trabajo mostrándose partidario de la técnica a pesar de reconocer sus limitaciones: “La insulina no es el tratamiento ideal de la esquizofrenia, pero mientras éste no se descubra, es una de las mejores armas con que contamos para luchar contra esa enfermedad que tanto dolor trae a las familias y decepciones a los psiquiatras³⁸¹”.

En general, no hubo prácticamente reparos por parte de los psiquiatras para el empleo del coma insulínico, a pesar del evidente riesgo derivado de la aplicación de la técnica, y de la espectacularidad de los fenómenos que se producían durante la misma. Su utilización comenzó a decaer con la introducción del electrochoque, debido principalmente al menor coste de la técnica, como ya hemos comentado, pues habitualmente su eficacia era considerada superior a la de éste³⁸². Sin embargo, a pesar de la llega-

³⁸¹ ALARCÓN (1953).

³⁸² “La enorme ventaja del método de Cerletti reside en la posibilidad del practicarlo ambulatoriamente, y con ello pueden beneficiarse de este tratamiento los desheredados de la fortuna... En términos generales, el tratamiento eléctrico es menos eficaz que el insulínico... La baratura del método es su principal ventaja, principalmente en nuestros frenocomios, insuficientemente dota-

da de los psicofármacos, hubo resistencia a abandonar definitivamente esta técnica, por lo que no resultaba extraño que, a mediados de la década de los sesenta, Cabaleiro *et al.* (1964) preconizaran su eficacia superior frente a la medicación en algunos casos determinados; que al final de nuestro periodo de estudio, todavía pudiera leerse en el manual de Rey Ardid (1974: 18/8) para la enseñanza de la asignatura que “la indicación principal de este método es la forma paranoide, y las restantes que no responden a otros tratamientos”; o que aún unos pocos años más tarde, Vallejo-Nágera Botas (1979: 411) todavía se mostrara favorable a la misma, cuando en ediciones anteriores no se había manifestado tan categóricamente en este sentido: “En contra de las distintas corrientes ‘antiinsulínicas’, mantenemos que existen indicaciones formales de la técnica en ciertas formas de la esquizofrenia y otras entidades nosológicas. *Aun cuando somos sensibles en atender a las motivaciones que se invocan para el abandono de la técnica, hasta ahora no nos han llegado a convencer; antes bien, sinceramente pensamos que conserva ciertas indicaciones precisas y en algún caso insustituibles*” (cursivas nuestras).

6.3.2.4 Terapia electroconvulsiva (TEC) o electrochoque

Aunque las primeras referencias al empleo de la corriente eléctrica en el tratamiento de las enfermedades mentales se remontaría a 1755, cuando se aplicó electricidad a un paciente con ceguera psicógena, y en las décadas posteriores haya referencias anecdóticas de experiencias similares, los antecedentes teóricos de esta técnica hay que buscarlos en los ya referidos sobre el efecto terapéutico de los tratamientos de choque y en las experiencias acerca de la inducción experimental de convulsiones en animales, llevadas a cabo a finales del siglo XIX. Sobre esta base, Cerletti y Bini diseñaron un aparato que les permitía controlar variables como el voltaje, la intensidad y la duración de las descargas. Tras distintas vicisitudes, en 1938 pusieron a punto su técnica para la aplicación en humanos, habiendo comunicado un año antes los resultados de

dos económicamente para aplicar el método de Sakel a todos los enfermos que lo precisan” (VALLEJO NÁGERA, 1954: 718; 732).

experimentación: una vez determinada la resistencia a la conductividad eléctrica de la calota craneal, se administraba un voltaje de entre 80 a 90 voltios, con una intensidad de 300 a 600 amperios, durante 2 décimas de segundo, provocándose una convulsión tónico-clónica generalizada; la duración del tratamiento llegaba hasta un máximo de 20 sesiones, en función de la evolución del paciente³⁸³.

Las modificaciones posteriores de la técnica fueron encaminadas a mejorar su eficacia y disminuir el riesgo de fracturas, lo que definitivamente se consiguió en 1952, con la introducción de relajantes musculares de manejo seguro en la farmacopea general, aunque en España seguía aplicándose sin ningún apoyo medicamentoso a finales de los años sesenta³⁸⁴ a pesar de que, ya durante el *symposium*, Coullaut (1957) había hecho referencia a la mejor tolerabilidad del choque cuando se administraba bajo los efectos de los barbitúricos. Hasta la irrupción de los psicofármacos, y tras la introducción de los mismos, su empleo se ha mantenido hasta la actualidad, perfilándose su utilización de una serie concreta de indicaciones tanto psiquiátricas como neurológicas.

Una variante de esta técnica era la electronarcosis, también denominada sueño eléctrico, electrocoma, choque eléctrico prolongado, electronarcochoque o narcochoque, por la similitud que tenían sus efectos con el estado de sueño provocado por el electrochoque, el coma insulínico o la narcosis de Klaesi. Consistía en administrar una corriente alterna, independientemente de su frecuencia, en dos fases sucesivas: una breve, que provocaba la pérdida de conciencia y una convulsión tónica generalizada; y otra más prolongada, que mantenía el estado de inconsciencia asegurando la inmovilidad del paciente. Aplicada en días alternos hasta un total de 20 a 30 sesiones, pre-

³⁸³ Recientemente, PASSIONE (2004), ha publicado un estudio sobre las vicisitudes de la introducción del electrochoque en la comunidad psiquiátrica internacional.

³⁸⁴ GARCÍA PARDO (1967), en una comunicación titulada significativamente *Prejuicios sobre el empleo del electrochoque. Un método sencillo para disipar el temor de los enfermos a tratar*, reflejaba los resultados de un estudio con 70 pacientes a los que administraba TEC sin y con administración conjunta de dia-

sentaba la complicación la aparición de espasmos laríngeos mantenidos con riesgo vital para el paciente³⁸⁵.

La introducción del electrochoque en España es, significativamente, una cuestión pendiente de estudio³⁸⁶. La primera publicación al respecto apareció en 1940, cuando Marco Merenciano y Rius Vivó publicaron su artículo *El electroshock en psiquiatría* (figura XXI). En él, hacían referencia a la invención de un aparato de electrochoque autóctono, con “características distintas, no ya de detalle, sino alguna de ellas esencial” —como el empleo de corriente continua en lugar de alteran—, y cuya descripción postponían a la espera de obtener resultados sólidos por haber iniciado recientemente su aplicación a enfermos esquizofrénicos³⁸⁷. Aseguraban que el tipo de convulsión que provocaba era diferente incluso a la del electrochoque habitual, y en cualquier caso mucho mejor tolerada que la inducida por cardiazol. El artículo finalizaba avanzando lo que más tarde se conocería como electronarcosis³⁸⁸. No deja de ser significativo que el artículo de Marco y Rius, nominalmente publicado en diciembre de 1940, hiciera referencia a un trabajo de Cerletti y Bini aparecido en *Annales Médico-Psychologiques* en enero de 1941³⁸⁹. En cualquier caso, lo que sí parece establecido es que aquéllos ini-

zepam tanto previo como posterior a la convulsión, concluyendo que el fármaco contribuía a disipar las sensaciones angustiosas que se asociaban en ambos casos a la técnica.

³⁸⁵ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 728-32. En este mismo capítulo el autor comentaba su experiencia en la aplicación de la técnica.

³⁸⁶ LÁZARO y BUJOSA (2000) sólo encuentran el trabajo de AGUIRRE (1972). *Breve nota sobre la introducción del electroshock en España*, que se dedica a comentar el artículo de MARCO y RIUS (1940), añadiendo unos pocos datos de gran interés al provenir de la documentación personal del primero de ellos.

³⁸⁷ Descripción que aparecería dos años después en el libro de MARCO MERENCIANO (1942: 32 y 37), donde recogía su aplicación a 87 pacientes.

³⁸⁸ “No solo puede substituir al cardiazol, sino que queda abierta una nueva vía con el tratamiento eléctrico. Puede resolverse el problema de intensidad óptima; cabe la posibilidad de realizar una verdadera cura de Klaesi eléctrica, con trastorno profundo de la conciencia, sin complicaciones técnicas y si peligros. Es posible, también, que estudios posteriores permitan provocar un coma eléctrico, añadiendo a la supresión de la angustia ya conseguida, la supresión de la brutalidad —por lo menos aparente— del ataque” (MARCO MERENCIANO y RIUS VIVÓ, 1940).

³⁸⁹ Pensamos que posiblemente existiera un desfase entre la fecha de portada de la revista española y la fecha real de publicación de la misma, como aún sucede hoy día con algunas publicaciones, y con más razón en 1940, por las restricciones y dificultades de suministro en general.

ciaron sus experiencias en septiembre de 1940, con notable repercusión en la prensa sensacionalista internacional, recibiendo, ya en febrero de 1941, peticiones de información desde distintos lugares del mundo³⁹⁰

De forma casi simultánea, se produjo la segunda publicación relacionada con la aplicación del electrochoque, esta vez a cargo de Prieto Vidal (1941) en la revista *Semana Médica Española* (figura XXII). Vallejo Nágera (1944: 746) concedería a ambas publicaciones la consideración de ser “los primeros sobre la materia” en nuestro país. Publicada en forma de Nota Terapéutica de la Semana, Prieto daba a conocer en ella sus experiencias llevadas a cabo en el Sanatorio Psiquiátrico San Luis para mujeres, de Palencia, desde otoño del año anterior³⁹¹, administradas con un aparato también desarrollado por el autor y sus colaboradores. Tanto por su extensión como por su contenido, la “Nota Terapéutica” de Prieto era de mayor calidad que la de Marco y Rius, puesto que hacía una detallada introducción histórica de los antecedentes y supuestos teóricos que permitieron el desarrollo del electrochoque, comentando las características técnicas del modelo ideado por Bini, los parámetros, método y modalidades de aplicación. Pasaba luego a describir los avatares de su empleo en el Sanatorio San Luis, con las modificaciones técnicas introducidas, las características de la crisis provocadas (figura XXIII), el manejo de las posibles complicaciones, los resultados del electroencefalograma, y las indicaciones. Por último, exponía sus resultados sobre 33 enfermos susceptibles de tratamiento³⁹², 27 de los cuales eran esquizofrénicos, comparándolos con

³⁹⁰ AGUIRRE (1972).

³⁹¹ CASCO SOLÍS (1999), p. 101 (n. 37) lo considera como las primeras experiencias, pero lo cierto es que en el artículo no queda claro, pues el pasaje dice “En octubre de 1940 comenzamos por nuestra parte los ensayos en colaboración con los Dres. LÓPEZ SÁIZ y DEL RÍO, sometiendo previamente conejos a la acción de la corriente eléctrica alterna y continua y con variaciones de potencial e intensidad”, acompañando la página tres fotos, dos de ellas mostrando la convulsión tónica primero, clónica después, de un conejo.

³⁹² “Ataques provocados: 346, distribuidos entre 105 enfermos sometidos al electroshock. De éstos solamente 33 ofrecían posibilidades de modificación de su estado mental. El resto lo constituían casos crónicos, en los que solamente nos interesaba probar el método desde el punto de vista de la tolerancia y de su posible influencia sobre la sintomatología” (PRIETO, 1941).

los de tres trabajos extranjeros, para finalizar estableciendo las indicaciones del electrochoque frente al cardiazol.

Como daban a entender Prieto (1941) en su artículo, y Marco Merenciano (1942) y Morillas (1943) en sendas publicaciones de comunicaciones a congreso, posiblemente por esa época López Ibor comenzara también a emplearlo³⁹³, aunque en su artículo conjunto con Vela del Campo (1940), sólo comentaba brevemente el electrochoque como una técnica aparentemente eficaz aunque pendiente de demostrar sus “pretenidas ventajas” sobre las restantes técnicas. Sarró (1940) también hacía una referencia similar a la técnica, a la que dedicaba cinco líneas³⁹⁴, si bien en un trabajo posterior³⁹⁵ describía los fundamentos del aparato y las pautas de aplicación, remitiendo a una monografía en colaboración con Carulla titulada *El electroshock. Estudio experimental y clínico*, publicada alrededor de 1942. Por su parte, Vallejo Nágera (1944: 746) la describía con detalle en la parte de terapéutica del capítulo dedicado a la esquizofrenia³⁹⁶, valorándola muy positivamente: “Actualmente, el método de Cerletti domina en la terapéutica psiquiátrica, y sus resultados son tan alentadores, que han motivado en España la creación en todas las provincias de Dispensarios de Higiene Mental, provistos reglamentariamente de un aparato de electrochoque”. A juzgar por estas palabras, habría que asumir que el empleo esta técnica se generalizó en el breve lapso de tiempo de los cuatro años

³⁹³ “El hecho de que López Ibor, que trabaja con nuestro aparato de electroshock, presente una Comunicación sobre el mismo, nos releva de tener que insistir sobre más detalles” (MARCO MERENCIANO, 1942: 214). Y también “Hace unos días la Radio Nacional nos dio la noticia de que el doctor López Ibor había provocado convulsiones eléctricas en enfermos de su clínica, mostrándose muy satisfecho de los resultados” (PRIETO, 1941: 601).

³⁹⁴ “Cerletti y Bini han introducido en terapéutica el shock eléctrico. Mediante electrodos adecuados aplicados sobre la cabeza se deja pasar durante 5/10 - 7/10 de segundo una corriente de 300-600 M.A. y 80-115 voltios. Los resultados obtenidos aconsejan al parecer una continuación de los ensayos” (SARRÓ, 1940: 107).

³⁹⁵ SARRÓ (1942), Apéndices del traductor: Tratamiento de las psicosis por shocks. En: LANGE, *Psiquiatría*, p. 450-1.

³⁹⁶ Pero no en el de terapéutica de las psicosis, resumen de su libro *Tratamiento...*, de 1940.



Figura 4
Preparación del enfermo y aplicación de los electrodos.

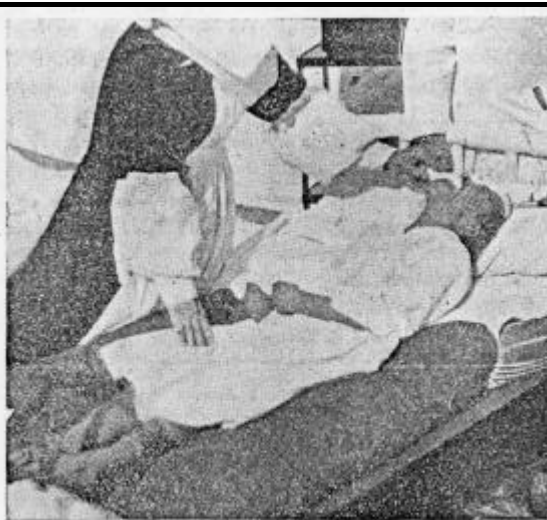


Figura 5
Ataque provocado. Extensión de la cabeza y miembros inferiores. Fuerte flexión de las manos.



Figura 6
Convulsiones clónicas. La enferma mantiene un rollo de goma en la boca.



Figura 7
Coma eléctrico post-accidental.

Figura XXIII: Fases del ataque convulsivo tras la administración del electrochoque
PRIETO VIDAL (1941), *Semana Médica Española*, 115, 591-602, p. 597-8.

que mediaron entre las primeras noticias sobre su aplicación, y su sanción por parte de las instancias oficiales como técnica eficaz, de fácil empleo y bajo coste. Razones éstas que, entre otras, debieron influir para que su introducción, de manera similar a las otras terapias, se hiciera sin que existiera ningún debate científico sobre la misma, pues había unanimidad de criterio en la valoración que hacían todos los autores.

A pesar de su reconocida eficacia, curiosamente sólo hemos encontrado un estudio dedicado a su aplicación específica sobre la esquizofrenia, aunque de forma conjunta con psicofármacos, y que más adelante comentaremos. En cambio, son algo más numerosos los que hay respecto a su empleo en psiquiatría en general³⁹⁷. Empleo que se verificará durante todo el periodo de estudio, sólo o en combinación, aunque cada vez más como segunda opción, perfilándose sus indicaciones como primera elección para el tratamiento de formas catatónicas agudas y en episodios de agitación, indicaciones que persisten en la actualidad³⁹⁸.

6.3.2.5 Terapias combinadas

En realidad, es este un grupo heterogéneo en el que se incluían las diferentes combinaciones posibles de distintas terapias de choque, así como entre éstas y los psicofármacos.

Una de las combinaciones iniciales se hizo sobre la base de la cura de Sakel. El método de sumación de Georgi consistía en producir un choque cardiazólico durante el coma insulínico; el método cruzado proponía cambiar de una técnica a otra cuando no se obtenía mejoría; el método alterno, por último, intercalaba choques de cardiazol en los días en que se descansaba del coma insulínico. En general, estaban indicadas en los estupores catatónicos cuando fallaba la técnica especial de Sakel, cuando ésta no era aplicable y “en todos los casos en que no se ha obtenido éxito con la técnica clásica

³⁹⁷ Unos 46 trabajos según nuestro repertorio (REY *et al.*, en prensa), pero que no hemos recogido por las razones expuestas en el apartado 2.2.1 del *Capítulo 2. Material y Métodos*.

³⁹⁸ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (1999), p. 6.

y no se han perdido las esperanzas de curación³⁹⁹. También se ensayó la combinación de piritoterapia con insulina, o la combinación de aquella con extractos hepáticos, vitamina B₁₂ y dinitrilosuccínico, así como su asociación con neurolépticos, con resultados aparentemente favorables, tal y como recogían Llaveró y Conde (1970: 187).

Durante más de una década, las diversas formas de tratamientos somáticos que incluían los libros de Vallejo Nágera y Sarró apenas sufrieron modificaciones que no fueran más allá de perfeccionamientos en la técnica de aplicación, así como una depuración en las indicaciones de las mismas, tal y como atestiguan la vigencia de otros dos textos significativos que se manejaron en ese intervalo de tiempo, el Sargent (1947) y las dos ediciones del Kalinowsky (1953, 1963). Común a todos ellos fue, no obstante, el clamar su empleo como forma de luchar contra el nihilismo terapéutico de épocas preteritas.

El empleo de las terapias de choque que acabamos de ver, fundamentalmente el electrochoque y, en menor medida, la cura de Sakel y el cardiazol, estuvo vigente desde el inicio de nuestro periodo de estudio⁴⁰⁰, decayendo progresivamente el empleo de la segunda, y manteniéndose el electrochoque, aunque con una disminución en su utilización, al tiempo que se perfilaba mejor su indicación supeditada al éxito o fracaso de la terapia psicofarmacológica. De hecho, hasta la llegada de esta última, las posibilidades terapéuticas estaban notablemente limitadas en su variedad, pues prácticamente todas ellas provocaban un choque más o menos intenso, independientemente del mecanismo empleado para ello.

³⁹⁹ SARRÓ (1940), p. 93.

⁴⁰⁰ "En España, la difusión normal de estas técnicas ha sido obstaculizada primero por la guerra española y después por la conflagración mundial. A esto se debe el que todavía no se haya alcanzado una experiencia nacional debidamente amplia y profunda. Aun cuando sería prematuro poner estas técnicas 'heroicas' en manos del médico general, al cual va dirigida principalmente la obra de Lange, conviene que este posea una noción general de las mismas y de sus indicaciones" (SARRÓ, 1942: 447).

A este respecto, el artículo de Cabaleiro (1955) era ilustrativo, pues pretendía establecer aquellos factores que mejor podían predecir la respuesta del enfermo a las diferentes terapias de choque, al comprobar como “esquizofrénicos de una misma forma clínica no respondían por igual a una determinada terapéutica de choque, para cuya manifestación clínica estaba, al menos teóricamente, indicada”. Ello le llevó a estudiar un total de 800 enfermos, cuyas formas clínicas eran hebefrénicas, catatónicas, simples, paranoides, esquizocáricas y parafrénicas, a los que aplicó las diversas técnicas de choque disponibles en ese momento, a saber, insulino-terapia, cardiazol-terapia, electrochoque, electronarcosis, choque acetilcolínico y las combinaciones de insulina con cardiazol, electrochoque (alternado) y electronarcosis (alternado). Para cada uno de ellas valoró tres factores que consideraba importantes: morfología corporal, personalidad prepsicótica, y existencia o ausencia de factores desencadenantes tanto somáticos como psíquicos coincidentes con el debut de la psicosis. El artículo, que no parece que ejerciera excesiva influencia fuera del ámbito de actuación del autor⁴⁰¹, es representativo del esfuerzo de esta época por sistematizar la terapéutica de la esquizofrenia, así como de la tenacidad respecto al establecimiento de indicaciones concretas de cada terapia para las distintas formas de la enfermedad⁴⁰².

Sin duda alguna, el perfeccionamiento de las técnicas referidas sirvió para evitar parte de la morbilidad asociada a las mismas, pero aún no dejaba de existir cierta peligrosidad en la creación de abscesos de fijación para la consecución de la piretoterapia,

⁴⁰¹ A pesar de la elevada casuística, las conclusiones a las que llegaba adolecían de escasa claridad expositiva, sin que tampoco mejoraran notablemente las indicaciones de partida que el autor recogía en el planteamiento del trabajo.

⁴⁰² Quince años antes, VALLEJO NÁGERA (1940: 248-9) también establecía las indicaciones de acuerdo con las técnicas disponibles: La insulino-terapia era eficaz en la sedación de pacientes agitados, en los que el cardiazol fracasaba. Aquella también era útil en las formas paranoides, angustiosas y algunas alucinatorias. El cardiazol fracasaba en catatónicos agitados, siendo por el contrario muy útil en catatónicos estuporosos, excepto en las formas aquinéticas, donde se desaconsejaba. Ambos métodos eran más eficaces para aquellos cuadros de naturaleza psicógena secundarios a un shock psíquico, mientras que los casos de evolución catastrófica, los que cursaban en brotes con síntomas procesales, y los de cariz maniaco-depresivo eran los menos influenciables por ambas terapias.

la intensa angustia desencadenada tras la administración de cardiazol, la provocación de repetidos comas insulínicos, o las fracturas provocadas por el electrochoque administrado sin anestesia ni relajación muscular. Con el tiempo, y sobre todo tras la aparición de los primeros fármacos, los detractores de estas técnicas las asociarían a los aspectos más oscuros de la especialidad, sólomente superados por la práctica de las leucotomías. A pesar de su extensión, no hemos podido resistirnos al impacto provocado por el dramatismo que acompañaba a la administración de las terapias de choque, por lo que reproducimos textualmente en el *Capítulo 9. Apéndice documental* algunos pasajes del libro de Sarró sobre el coma insulínico y el choque convulsivante por cardiazol, así como los de Vallejo Nágera sobre el electrochoque administrado sin anestesia. Tales textos permiten igualmente extraer interesantes conclusiones respecto a la actitud terapéutica de la época en relación con este tipo de tratamientos, y la infinitamente mayor bondad de actuación que trajeron consigo los psicofármacos en comparación con ellos.

6.3.2.6 Terapias diacéfalorraquídeas y bombeo espinal

La denominación de terapéuticas diacéfalorraquídeas propuesta por Boschi, como recoge Vallejo Nágera (1954: 1160-3), englobaba aquellas terapias basadas en alteraciones en la circulación del líquido cefalorraquídeo. Con el antecedente del tratamiento intrarraquídeo propuesto por Sicard para el tratamiento de la neurosífilis — que luego se demostró inespecífico—, Boschi postulaba el efecto depurador de toxinas cerebrales que se obtenía al estimular la producción de líquido cefalorraquídeo mediante el drenaje del mismo.

Desde un supuesto teórico diferente, Speransky proponía el bombeo espinal o *transfusion pumping*, al considerar que la enfermedad era una respuesta del organismo ante un estímulo, dirigida por el sistema nervioso central. De este modo, la estimulación de centros mesencefálicos mediante el bombeo originaría una respuesta endocrina, principalmente hipofisaria y suprarrenal, que determinaría un incremento de la

secreción de ACTH el cual, a su vez, estimularía la producción de glucocorticoides, con la consiguiente modificación de la fórmula sanguínea y el sistema reticuloendotelial, originando un aumento de fagocitos, anticuerpos y estimulando la neoglucogénesis.

La técnica consistía en la extracción de líquido cefalorraquídeo y su reemplazo por el mismo volumen de *líquido de Elliot* (de igual composición fisicoquímica que el LCR excepto las proteínas), si bien otras variantes proponían la inyección de aire o de oxígeno. Su indicación en la esquizofrenia incluía tanto formas agudas como crónicas.

El introductor de esta técnica en España fue Rey Ardid, prácticamente su único valedor, puesto que los demás autores comentaban resultados mucho menos satisfactorios⁴⁰³, por lo que no parece que fuera una técnica muy extendida.

6.3.2.7 Terapia psiquiátrica ortomolecular

A mediados del siglo XX, Hoffer y colaboradores plantearon que las psicosis eran debidas al exceso de dos metabolitos psicotóxicos de la epinefrina, basando su terapia en el empleo del ácido nicotínico y la nicotinamida, a las que posteriormente se añadirían las vitaminas B₆, B₁₂, C, ácido pantoténico, minerales, hormonas y una dieta hiperproteica e hipocarbonatada. A este enfoque terapéutico Pauling lo denominó, en 1968, *terapia psiquiátrica ortomolecular*, pues postulaba el tratamiento de la enfermedad mental “por la provisión del entorno molecular óptimo para la mente, especialmente la óptima concentración de sustancias que normalmente se encuentran presentes en el cuerpo⁴⁰⁴”. Sin que apenas pueda decirse que tuviera repercusión en la psiquiatría española de la época, durante el periodo de estudio se publicó un solo ensayo, que recogemos de forma anecdótica.

⁴⁰³ Así, CABALEIRO (1954: 306) manifestaba: “R. Lafora Zavala ha presentado al Congreso de Neuropsiquiatría de Santiago una comunicación en la que pone de relieve el fracaso de este procedimiento en esquizofrénicos crónicos... Nuestras primeras impresiones no son, desde luego, muy optimistas, por no decir desalentadoras”. LÓPEZ IBOR (1957: 336) afirmaba “En el fondo, se trata de una nueva modalidad de choque biológico. Pues bien, mi experiencia me ha convencido de que con ella no se obtienen los brillantes resultados que pretende *Rey Ardid* y otros”. Y VALLEJO NÁGERA (1954: 1163) no lo nombraba en absoluto.

En dicho ensayo, Martí-Tusquets y Cardenal (1967), de orientación marcadamente biologicista, y movidos por la falta de resultados alentadores en la investigación sobre las teorías bioquímicas de la esquizofrenia, que "... durante algunos años han permitido que las teorías psicológicas del origen de la esquizofrenia no encontraran prácticamente dificultades y razones científicas que significaran auténticas barreras para su desarrollo y florecimiento", hacían una síntesis bastante completa de las diferentes teorías bioquímicas planteadas hasta la fecha. Basándose en una evidencia endeble, intentaron replicar los resultados expuestos por Hoffer y colaboradores en un congreso reciente, en una experiencia con el NAD (Nicotinamida-Adenosín nucleótido), destinada al fracaso por realizarse en unas condiciones precarias: cuatro pacientes varones esquizofrénicos crónicos, a los que administraron una dosis de 1gr/día durante 8 días por no disponer de más dosis de medicamento. Tres de ellos empeoraron notablemente, mientras el cuarto únicamente presentó un incremento en las tareas de dibujo de una de las pruebas empleadas para valorar los resultados.

6.3.2.8 Narcosis permanente de Klaesi y narcoanálisis

Considerada "hoy como ayer un instrumento indispensable del arsenal terapéutico del psiquiatra", Valenciano (1933) ya la citaba como una técnica de uso extendido que era conveniente conocer, para lo cual ofrecía una puesta al día de la misma. En términos generales, la técnica consistía en la administración de fármacos sedantes —escopolamina, morfina, dietilamina y, en la década de los cuarenta, barbitúricos— por vía intravenosa o rectal, según las variantes del método, con objeto de inducir en el paciente un estado de sedación de varios días de duración, durante el cual era susceptible de ser despertado para hacer sus necesidades; o de iniciar una psicoterapia, eufemísticamente denominada narcoanálisis, como enseguida veremos.

Esta posibilidad de influencia sobre el psiquismo llevó a Klaesi a postular su posible mecanismo de acción psicológico, tal y como recogía Sarró (1940: 119): "Puesto

⁴⁰⁴ RUBIO y LÓPEZ TRABADA (1998), p. 164.

el enfermo en un estado en que no puede valerse por sí mismo, queda creada una situación psíquica favorable para que despierten espontáneamente, en parte por dictado imperativo del instinto de conservación, sentimientos de afecto y gratitud hacia el médico, iniciándose un rapport que convenientemente manejado sirve para romper el autismo. Según esta interpretación la función del sueño permanente consistiría simplemente en preparar el terreno para una acción puramente psíquica”. Sarró, sin embargo, primaba la hipótesis de que su efecto se ejercía a nivel somático, a modo de terapia estimulante que aspiraba a producir un cambio de tono en el organismo (*Ums-timmung*), de modo similar a como lo hacían el shock cardiazólico o el coma insulínico.

Respecto a sus indicaciones, “todos los autores coinciden en reconocer la eficacia de la cura de Kläsi para romper los autismos negativistas y en general toda la sintomatología de tendencia asocial que queda fijada en las fases postprocesales⁴⁰⁵”.

Una utilización particular de la técnica era el narcoanálisis, introducido por Horsley como método más rápido de solucionar las bajas por cuadros de naturaleza histérica en los combatientes de la segunda guerra mundial. De acuerdo con Puig (1953), autor del único trabajo publicado al respecto en pacientes esquizofrénicos, se trataba de un “procedimiento que, valiéndose de barbitúricos de administración intravenosa, tiende a abreviar el diagnóstico psíquico y la psicoterapia... Dejaremos aparte el objetivo médico-legal, pues no está admitido por la mayoría de los abogados”. A pesar de las reservas de los juristas⁴⁰⁶, y de su indicación en cuadros neuróticos, Puig

⁴⁰⁵ SARRÓ (1940), p. 115-21. Por extensión, se vulgarizaría la denominación de *cura de sueño* para aquellas técnicas que más tarde reproducirían un estado de sedación provocado, como por ejemplo la clorpromazina administrada a dosis intencionadamente elevadas en los primeros días de tratamiento. Aún hoy día es posible escuchar esta expresión refiriéndose a la necesidad de sedación de un paciente agitado, aunque carente de relación con cualquiera de estas dos técnicas.

⁴⁰⁶ VALLEJO-NÁGERA BOTAS (1964: 498-9) comenzaba el apartado de narcoanálisis con “Un proverbio latino dice *in vino veritas*”, para luego hacerse eco de las “violentas polémicas sobre su licitud moral”. CODÓN y LÓPEZ SÁIZ (1968: 9) también se manifestaban contrarios a la misma en la segunda edición de su *Psiquiatría jurídica penal y civil* de 1954: “... el respeto a la personalidad humana, que le hace rechazar medios de investigación de la verdad que esclavicen la mente de hombres

llevaba a cabo un disparatado ensayo sobre “nueve pacientes, todos ellos esquizofrénicos en estado defectual grave y con sintomatología inamovible desde hace años”, a los que practicaba dos sesiones. Con las lógicas reservas derivadas del tamaño de la muestra, el artículo planteaba la hipotética utilidad de la técnica para la resolución de la sintomatología secundaria de la esquizofrenia. Vallejo Nágera (1954: 1110), al hilo del tratamiento de las psiconeurosis, también comentaba su aplicación como coadyuvante de la psicoterapia en esquizofrénicos remitidos con la cura de Sakel.

Tanto en el caso de la cura de sueño, como en este otro del narcoanálisis, no parece que el empleo de las mismas estuvo tan extendido como las demás terapias.

6.3.3 Psicocirugía

Sin lugar a dudas, se trata de la técnica más controvertida de cuantas ha dispuesto la medicina para el tratamiento de la enfermedad mental, evocando las innumerables imágenes de tiempos pretéritos en las que se intentaba extraer la piedra de la locura, con la sutil diferencia de que en el caso que nos ocupa se llevaba a cabo una manipulación irreversible del cerebro, nuevamente sobre la base de una evidencia poco sólida acerca del funcionamiento cerebral y su relación con la patología mental. A pesar de formar parte de uno de los capítulos más sórdidos de la historia de la psiquiatría, su aplicación sigue vigente hoy día mediante técnicas más sofisticadas y, aparentemente, menos nocivas⁴⁰⁷, dándose la paradoja de que voces supuestamente encargadas de velar por el respeto de los derechos y libertades de los ciudadanos, reclaman la creación de unidades específicas para la realización de este tipo de intervenciones⁴⁰⁸.

libres y dueños de sus actos (el narco-análisis, por ejemplo)”, proponiendo en su lugar “el único instrumento de penetración en el alma del reo: los métodos de investigación psicométrica, psicológica y psicoanalítica, que no esclavizan un alma libre, sino que buscan la liberación del alma enferma”.

⁴⁰⁷ BURZACO (2004).

⁴⁰⁸ SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2003: 832): “OCTAVA.— Que en tanto no exista regulación sobre la psicocirugía, se designe una unidad de referencia y se confeccione un protocolo que incluya la supervisión de un organismo independiente, diferenciado del médico que vaya a practicar la intervención, de conformidad con las recomendaciones internacionales”.

Los antecedentes de la moderna psicocirugía pueden rastrearse hasta finales del siglo XIX, cuando el suizo Buckhardt practicaba la extirpación de pequeñas porciones de distintas regiones de corteza cerebral de enfermos mentales. Sin embargo, el desarrollo de esta disciplina obedece al neurólogo portugués Egas Moniz quien, sobre la base de que “en ciertos trastornos mentales, las relaciones funcionales entre las células corticales del cerebro se hacían fijas en lugar de permanecer libres y sujetas a variación, lo que tendría como consecuencia la persistencia de ideas de tales enfermos⁴⁰⁹”, ideó en 1935 la leucotomía frontal o prefrontal, consistente en la realización de pequeñas lesiones en la profundidad de la sustancia blanca de los lóbulos frontales.

A pesar de la endeblez teórica que sustentaba su hipótesis⁴¹⁰, la primera intervención fue llevada a cabo por el neurocirujano Almeida Lima, publicando Moniz un año más tarde su monografía. En unos pocos años se generalizaría rápidamente su práctica, apareciendo en 1941 un trabajo de revisión que incluía 500 enfermos y calculándose que en 1950 eran cerca de 10 000 los pacientes intervenidos⁴¹¹. Todo ello en medio de un debate sobre el proceder, donde no faltaban las referencias en pos del progreso de la ciencia⁴¹². En España, las primeras referencias a su realización que hemos encontrado otorgan a Estella, bajo el auspicio de Vallejo Nágera, el dudoso honor de haber sido el primero en llevarlas a cabo en nuestro país⁴¹³.

⁴⁰⁹ SARGANT y SLATER (1947), p. 204.

⁴¹⁰ Ya entonces podía leerse: “Pocos serán los que en la actualidad compartan esas suposiciones, que, desde luego, carecen de confirmación, siendo la realidad que, al igual que ocurre con el tratamiento convulsivante o por la insulina, se ha logrado un progreso empírico partiendo de una teoría equivocada... En el momento actual, toda conclusión sobre este asunto debe ser provisional, pero ello no quiere decir que haya que diferir el tratamiento de aquellos enfermos bien seleccionados, en espera de llegar a una conclusión definitiva. Esta manera de proceder llevaría en cirugía a la anulación del progreso... La leucotomía prefrontal debe incluirse al lado de estas intervenciones como una medida a realizar ‘a falta de otra mejor’ y dotada de eficacia práctica” (*Ibid.* p. 205).

⁴¹¹ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 1165.

⁴¹² SCULL (1994) hace comentarios interesantes sobre la historiografía de la psicocirugía existente.

⁴¹³ “En nuestro sanatorio de Ciempozuelos ha practicado el Prof. J. ESTELLA una serie de leucotomías, con una técnica modificada de la de MONIZ, cuyo resultado sería prematuro comunicar”, remitiendo a tres fotografías. VALLEJO NÁGERA (1944: 737). Y en la tercera edición “Fuimos los primeros en divulgar en nuestra patria el método de MONIZ, como también se practican en nues-

López Ibor

El mismo año en que se traducía el libro de Sargant y Slater, *Métodos somáticos de tratamiento en psiquiatría*, Obrador (1947) publicaba *Las modernas intervenciones quirúrgicas en psiquiatría*⁴¹⁴ (figura XXIVa), con un prólogo de López Ibor claramente favorable a su empleo:

“La leucotomía constituye un ejemplo simbólico de lo que es la investigación en la clínica humana. Partiendo de unas ideas sobre la patogenia de las psicosis y sobre el funcionamiento del lóbulo frontal, que se hallaban superadas en el momento de su enunciación, propone Egas Moniz esta intervención. Fue al principio recibida con extraordinario escepticismo en todo el mundo, y parecía ya destinada a caer en el olvido o en la inadvertencia, cuando empezaron a ensayar el método de los norteamericanos...

La experiencia tiene planos sorprendentes. Uno de ellos, por ejemplo, el comprobar cómo se puede realizar tan inocuamente una sección del cerebro, y precisamente en aquella zona donde se consideran ancladas las funciones superiores. ¿No hubiera sorprendido a Broca el experimento si lo hubiese podido contemplar? Y aún a nosotros mismo nos sorprende, si bien se miran las cosas. Otro de ellos es la voluntad de cura que supone en la Psiquiatría actual... Frente al enfermo crónico, destinado a convertirse en un artefacto manicomial, el psiquiatra actual aguza la imaginación y busca armas nuevas. Y una de ellas, la más curiosa y sorprendente, es la cirugía. De todos modos, bueno es consignar que no sólo a ellos se dirige, sino también a muchos casos fásicos, en el fondo de buen pronóstico, si bien aquí entra en colisión con otras terapéuticas menos mutilantes⁴¹⁵”.

tro Servicio de Ciempozuelos las primeras leucotomías por el Prof. ESTELLA, cuyos resultados en enfermos crónicos agitados animan a nuevos ensayos” (VALLEJO NÁGERA, 1954: 1165). Fuentes menos precisas (ANÓNIMO, 1958b: 361) afirman que fue Martí-Granell “el neuropsiquiatra que primero se ocupó en España de este... procedimiento curativo”.

⁴¹⁴ Pocos años más tarde, OBRADOR (1952: 446-70), publicaría un capítulo sobre psicocirugía en un libro de orientación psicósomática, *Cerebro Interno y mundo emocional*, de ROF CARBALLO (1952), describiendo hasta siete técnicas diferentes de intervención, incluida la hemisferectomía.

⁴¹⁵ LÓPEZ IBOR (1947), Prólogo, En: OBRADOR, *Las modernas intervenciones...*, p. 5

Tan sólo dos años después, López Ibor (1949: 297-302) se mostraría algo más moderado en *Los problemas de las enfermedades mentales*, al comentar que “En los últimos años ha surgido la *psicocirugía* como *ancilla minor* [esclava] de la neurocirugía. Es dudoso que alcance nunca los vuelos que ha logrado esta última”, para pasar a comentar con cierto detalle —dos páginas y media— las distintas indicaciones según los cuadros considerados: las depresiones y, en general, en los síndromes ansiosos, ciertas depresiones involutivas, neurosis obsesivas, esquizofrenia, cualquier enfermedad mental concomitante con lesión pulmonar tuberculosa, neuralgias, caquexias intensas... abandonando casi por completo el comentario de las terapias de choque, a las que sólo dedicaba seis líneas⁴¹⁶.

Respecto a las indicaciones en la esquizofrenia, aunque reconocía que su utilidad era escasa, ello no invalidaba la leucotomización tanto en las formas procesales como en las reactivas, aunque por motivos distintos, pues si en las primeras podía obtenerse la remisión del cuadro, en las segundas era válida para facilitar su adaptación social.

“También convendría elaborar unas líneas claras de indicación de la leucotomía en la esquizofrenia. En primer término, conviene afirmar que no importa que no tenga en esta enfermedad una acción curativa. Basta en muchos casos con que actúe sobre la enfermedad, de tal suerte que sea posible una mejor adaptación del enfermo al medio familiar o al medio institucional. Actuaría aquí la leucotomía como, por ejemplo, una amputación de una pierna en una gangrena. En la esquizofrenia nos encontramos con dos grupos fundamentales: los esquizofreniformes, de más o menos fácil remisión, y los auténticos cuadros esquizofrénicos, en el viejo sentido kraepeliniano (*morbus dementia præcox*). En los primeros se obtienen

⁴¹⁶ “No podemos entretenernos aquí en la descripción de sus técnicas, indicaciones y resultados, sino solamente indicar lo que significan para el avance de los conocimientos psiquiátricos. En primer término, tanto el cardiazol como el electrochoque y la insulina actúan de un modo inespecífico, a través de un miembro intermediario, quizá común a todas estas terapéuticas, y desconocido. Las teorías dadas hasta ahora para explicar los resultados son evidentemente insuficientes. Son terapéuticas de ‘mutación’, como lo es la proteinoterapia para muchas infecciones” (LÓPEZ IBOR, 1949: 297).

buenos resultados con la leucotomía, pero tan excelentes o mejores con la insulina o la electroconvulsión, y son menos peligrosos estos últimos. En cambio, en los casos nucleares no consiguen apenas resultados; por consiguiente, entre ellos deben elegirse los casos para leucotomía, no con la esperanza de obtener una curación, pero sí una readaptación social o institucional. Por consiguiente, la indicación del empleo precoz de una leucotomía no está fundada; sí lo está, en cambio, la indicación de una leucotomía extensa⁴¹⁷.

Estas ideas se completaron en su ponencia del *Symposium* dedicada a la terapéutica de la esquizofrenia, en la que volvía a reconocer su mecanismo de acción inespecífico —lo que la hacía intercambiable con el resto de tratamientos somáticos—, manifestado en dos planos: provocando una “amputación de la base anatómica de la personalidad... [que] reacciona de una forma distinta a los síntomas que presenta. La leucotomía es una especie de ortopedia psíquica”; y ejerciendo su acción como “terapéutica biológica *sensu stricto*”, no importando su localización sino simplemente el hecho de producir una lesión orgánica!⁴¹⁸.

Obrador Alcalde

A pesar de que queda fuera de nuestro tema de estudio, no podemos dejar de reflejar algunas cuestiones respecto al libro de Obrador (1947). Se trataba de una obra en la que exponía las bases teóricas sobre los procesos psíquicos y el funcionamiento de los lóbulos frontales y temporales, adscribiéndose a la “tendencia llamada ‘organicista’, que considera los trastornos psíquicos como expresión o manifestación del funcionamiento alterado de un órgano, que es el cerebro⁴¹⁹”, aunque ello no suponía negar los factores constitucionales y psicológicos que también confluían en la enfermedad. Seguidamente, describía las dos técnicas de intervención: leucotomía frontal (figura XXIVb), con los resultados de la misma sobre una casuística de 30

⁴¹⁷ *Ibid.* p. 300-1.

⁴¹⁸ LÓPEZ IBOR (1957), p. 337.

⁴¹⁹ OBRADOR (1947), p. 10.

XXIVb), con los resultados de la misma sobre una casuística de 30 pacientes sobre 47 intervenidos; y leucotomía temporal bilateral, con sólo dos pacientes, a uno de los cuales “se había efectuado meses antes una leucotomía prefrontal que no había cambiado el cuadro del enfermo⁴²⁰”.

No dejaba de ser llamativo que, a pesar de reconocerse que “... la mejor indicación de la leucotomía frontal es en los casos donde predominan los cuadros de un tipo emocional y componente afectivo muy destacados, y por este motivo en las psicosis afectivas y síndromes angustiosos se obtienen los mejores resultados. Las melancolías, agitadas y de involución; las depresiones, los cuadros obsesivos, las llamadas psicaste-nias ofrecen buenas posibilidades para el tratamiento quirúrgico”, se afirmara su utilidad para el tratamiento de la esquizofrenia. El propio Obrador la practicó en al menos 13 de los 30 casos que sometió a seguimiento para su estudio, constatando como tenían “mal pronóstico desde el punto de vista operatorio⁴²¹”.

Los efectos de la leucotomía sobre la personalidad del paciente eran significativos, por más que se disfrazaran como mejorías respecto a la situación previa:

“Los enfermos leucotomizados, después de pasado el periodo postoperatorio, quedan en un estado psíquico variable, pero dominando una cierta indiferencia afectiva con apatía y cierta falta de iniciativa. Este último síntoma de la disminución de iniciativa puede tener una gran importancia en el reajuste social de algunos enfermos con profesiones intelectuales... En otros enfermos con profesiones manuales o dedicados al cuidado del hogar la recuperación y reajuste sociales son más rápidos y completos.

FREEMAN Y WATTS (1944) describen la personalidad psíquica inmediata del leucotomizado como “inmadura”, con dos rasgos principales: pereza y falta de tacto social. Estas modificaciones básicas serían responsables de otros síntomas, como olvidos, distracciones en las diversas rutinas sociales y del trabajo, indolencia, pe-

⁴²⁰ *Ibid.* p. 92.

⁴²¹ *Ibid.* p. 74-5.

tulancia, puerilidad, tendencia a la risa, explosividad y otros signos de cierta falta de control. Algunos autores insisten en una disminución de la conciencia del yo y una menor sensibilidad para estímulos externos o internos (cenestésicos), que pueden ser fuente de preocupaciones (neurosis, quejas hipocondríacas, etc.). En otras palabras, dicen FREEMAN Y WATTS que el rasgo básico de los enfermos operados es la falta de la conciencia propia, en el sentido que son como niños en la expresión de sus deseos y actitudes. Así queda simplificada la vida psíquica por la desaparición de la necesidad de introspección. La actitud emocional de la proyección individual del yo en el futuro sufre una profunda reducción, y el enfermo operado vive en un presente perpetuo, con más intereses en el mundo externo que en sus reacciones frente a las diferentes contingencias del ambiente y de la incertidumbre del futuro. Insisten FREEMAN Y WATTS (1946) que con la leucotomía los enfermos han cambiado un cierto tipo de conducta anormal por otro, y así, durante la psicosis estaban demasiado preocupados con ellos mismos y con sus síntomas, para estar después de la operación, en cierto modo, a merced de los sucesos del mundo externo. La tonalidad afectiva y emocional de los síntomas psicóticos ha dado paso a cierta indiferencia postoperatoria, con reducción de la actividad imaginativa. Para GOLLA (1946) el rasgo postoperatorio más típico era una pérdida o disminución del sentido de responsabilidad; la conducta está objetivamente condicionada y los enfermos se conducen bien, pero falta el componente emocional y ansiedad causada por la conciencia⁴²²”.

Tras la intervención se producía una recuperación paulatina del sujeto, en ocasiones varios meses después de la intervención, que precisaba del apoyo de la psicoterapia y la reeducación para “rehabilitar la personalidad residual del enfermo”, e intentar recuperar parte del déficit intelectual establecido. Déficit que en ocasiones no se podía determinar con exactitud al carecerse de valoraciones previas a la intervención:

⁴²² *Ibíd.* p. 57-8.

En general se ha visto en los enfermos sometidos a leucotomía que después de pasado el período postoperatorio inmediato no existen trastornos intelectuales marcados, y las diferentes pruebas y tests psicométricos no demostraban tampoco grandes defectos... En nuestros sujetos leucotomizados los tests habituales para la medida de la inteligencia... son generalmente resueltos bastante correctamente... pero a pesar de resolver las pruebas mentales con perfección puede no ser capaz de conocer el valor que para su propia vida tiene la aplicación de dichos conocimientos. Prescindiendo de la cifra rígida que suministra la aplicación de un test, puede existir un déficit intelectual práctico en el medio social y profesional, pues la iniciativa y el impulso para llevar a cabo funciones psíquicas está disminuida, según ya hemos dicho antes, y esta iniciativa es un componente importante de la personalidad, que sirve especialmente para poner en movimiento otras funciones intelectuales... Conviene advertir que todos los estudios psicológicos de los enfermos leucotomizados tropiezan, en general, con el escollo de no conocer la personalidad prepsicótico antes de la enfermedad, y las respuestas que entonces se hubiera obtenido con las pruebas psicológicas y psicométricas, para poder hacer después un estudio comparativo cuidadoso con los resultado pre y postoperatorios. Únicamente así podríamos conocer exactamente las posibles diferencias que sean debidas a la leucotomía, puede otra forma y con los estudios actuales lo único que podemos decir es lo que ocurre después de la operación, pero desconocemos lo que se debe al proceso mental que llevó a la intervención⁴²³“.

Igualmente digno de mención era la selección de las imágenes puesto que, de forma probablemente intencionada con objeto de crear una opinión pública favorable, se incluían las de tres pacientes a las que se había practicado la intervención, resultando especialmente llamativo el caso nº 4 (figura XXV), aquejada de “pensamientos obscenos que la ligan con Dios y con los Santos”, cuya fotografía tras la leucotomía la mostraba con una apariencia virginal que realzaba el contraste con la angustia de su

⁴²³ *Ibíd.* p. 59-60.

rostro antes de la operación, así como con el contenido de sus síntomas. Huelga todo comentario tras su contemplación.

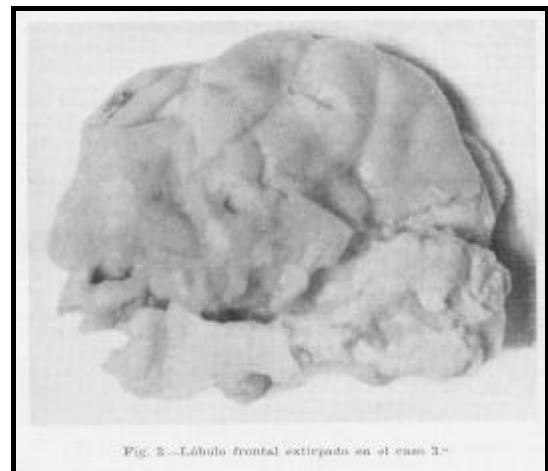
Por último, en el *Resumen general y perspectivas futuras*, quedaba de nuevo a las claras que la base fisiopatológica que justificaba el empleo de la leucotomía era por completo desconocida:

“Ha quedado resaltado repetidamente en el curso de las páginas anteriores la vaguedad de nuestros conceptos fisiopatológicos sobre los mecanismos funcionales que son responsables de la actividad psíquica, y esta oscuridad e imprecisión de nuestros conocimientos impide todavía establecer tratamientos psicoquirúrgicos bien definidos. Ya quedó dicho que aunque tenemos ciertas sugerencias e indicios de la forma como actúa la leucotomía todavía no podemos precisar exactamente su base fisiopatológica. Esta incertidumbre básica se refleja, naturalmente, en la imprecisión de la técnica quirúrgica, y así hemos visto cómo existen todavía diferentes modificaciones de la intervención y cómo los neurocirujanos no están de acuerdo en la extensión que debe tener el corte frontal⁴²⁴”.

Aunque parezca llamativa la extensión que estamos dedicando a la psicocirugía, no ha sido menos nuestra sorpresa al comprobar el interés que despertó en las dos figuras más representativas del periodo pues, de forma significativamente diferente al resto de autores estudiados⁴²⁵, abordaron la cuestión con mayor extensión que cualquier otra técnica terapéutica, como vimos anteriormente en el caso de López Ibor.

⁴²⁴ *Ibíd.* p. 95-6.

⁴²⁵ SOLÉ SAGARRA (1953: 219-21), sólo comenta las generalidades habituales, es decir, que se trataba de un tratamiento sintomático, útil para el manejo de la angustia y los impulsos agresivos y destructivos, quedando el paciente “con un nivel inferior de su funcionamiento cerebral, hablando en sentido jacksoniano”.



Figuras XXIVa y b: OBRADOR ALCALDE (1947: 29), *Caso n°3: Lóbulo frontal extirpado.*



Figura XXV: OBRADOR ALCALDE (1947: 71), *Caso n°4: Antes y después de la leucotomía.*

Vallejo Nágera

Por lo que respecta a Vallejo Nágera, el apartado de psicocirugía pasó de apenas unas líneas en el capítulo de esquizofrenia en *Tratamiento...*, a tener una extensión considerable en la primera edición del *Tratado...*, y acabar sufriendo una ampliación notable y pasar como apartado específico dentro de la terapéutica general de las psicosis, en la tercera⁴²⁶.

El lapso de tiempo transcurrido entre la primera y la tercera edición sirvió para que se desechara la hipótesis inicial de Moniz, según la cual la enfermedad mental estaría causada por los llamados grupos céluloconectivos, que determinarían la fijeza de las asociaciones entre las terminales nerviosas de distintas células, provocando que “ciertos estímulos originen siempre el mismo fenómeno psíquico al predominar sobre los restantes grupos neuronales, explicándose así la presentación de ideas fijas, raíz de ciertos estados psíquicos patológicos⁴²⁷”. Al mismo tiempo, dio lugar a que se desarrollara una cantidad importante de técnicas operatorias, que Vallejo Nágera, al igual que Obrador, recogía: leucotomía clásica, transorbitaria, prefrontal estandarizada, topectomías de distintas zonas de Brodman, incisión subcortical, talamotomía y girectomía. Enfrentado con el dilema de sentar indicación, Vallejo Nágera (1954: 1172) no se mostró categórico en esta tercera edición:

“La Psicocirugía no cura la enfermedad psíquica; sus efectos se reducen a la desaparición de ciertos síntomas angustiosos, molestos, degradantes, que infieren peligrosidad, y si bien es verdad que debe reservarse para aquellos pacientes psíquicos en que hayan fracasado otros tratamientos, no hemos de esperar para intervenir a que el enfermo se haya invalidado socialmente... No debe olvidarse que si es cierto que la Psicocirugía proporciona a los pacientes una nueva vida, en mu-

⁴²⁶ VALLEJO NÁGERA (1940: 271; 1944: 733-7; 1954: 1165-75).

⁴²⁷ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 1166. Sin embargo, sí que parecían mantenerse los principios neurofisiológicos del funcionamiento del cerebro que determinaban, por una parte, que los lóbulos

chos casos una vida feliz, dicha nueva vida desciende en nivel intelectual, en consistencia de la personalidad. La distensión emotiva conseguida con la leucotomía —su efecto más general— se logra a expensas de un empobrecimiento intelectual, moral y afectivo de la personalidad que impone una reeducación de la personalidad a beneficio de la terapéutica del trabajo y la psicoterapia. Por otra parte, no siempre se mantienen los resultados de la operación, y muchas veces son necesarias operaciones complementarias o proceder ulteriormente al tratamiento electroconvulsivante o al insulínico”.

Basándose en esta pérdida de nivel en distintas áreas, Vallejo Nágera planteaba, en términos que recuerdan a la teoría dinámica pero también a las ideas de Jackson, que con la leucotomía se producía una “regresión [que] puede compararse en sus aspectos exteriores a la sintonía que se observa en los ciclotímicos, en los ancianos en fase de involución, en los niños y en los pueblos primitivos. Considerando las psicosis como una regresión (disolución) disarmónica de las funciones psíquicas, podrían comprenderse los efectos de la leucotomía como una nueva disolución que intenta compensar la primera mediante una reintegración más armónica (sintonización)⁴²⁸”. Y así, tras pasar revista a teorías de diferente enfoque, postulaba que el efecto terapéutico de las leucotomías obedecía al intento del psiquismo por reorganizarse frente al daño infligido: “pensamos que los efectos principales se deben —por uno u otro mecanismo— a un esfuerzo de reintegración o de transformación de la personalidad como protesta biopsíquica al déficit originado en el funcionamiento cerebral por las lesiones fasciculares producidas”. El apartado finalizaba refiriendo los buenos resultados en cuanto a adaptación social, animando a perfeccionar la técnica y los criterios de selección de pacientes, pero sin establecer indicaciones concretas.

prefrontales eran el lugar de asiento de las funciones intelectuales del hombre y, por otro, que la pérdida de función de una parte era asumida por grupos celulares de áreas colindantes.

⁴²⁸ *Ibíd.* p. 1173. Cursivas en el original.

Compárese esta actitud, con las reservas que se quiera, con la mantenida por autores americanos que gozaban de prestigio internacional como Kalinowsky y Hoch (1953: 281), en la traducción española de la segunda edición *revisada y ampliada*⁴²⁹, quienes manejaron también la bibliografía citada por Vallejo Nágera:

“En resumen, puede informarse que se ha acumulado material suficiente para justificar la aplicación de los métodos psicoquirúrgicos en la esquizofrenia, la psicosis más frecuente y más grave. Los perjuicios de las modificaciones postoperatorias de la personalidad no pueden aceptarse como una objeción seria contra la cirugía del lóbulo frontal en este grupo de trastornos mentales donde es tan frecuente un permanente trastorno de la personalidad.

Es una equivocación retardar la cirugía en los esquizofrénicos hasta que el paciente esté deteriorado. Las operaciones precoces mejorarán los resultados futuros, pero los tratamientos más conservadores deben preceder siempre a la psicocirugía”.

Cabaleiro Goás

Conocedor también de estas palabras, puesto que las citaba casi textualmente, la postura de Cabaleiro respecto a la psicocirugía en la esquizofrenia puede considerarse como una excepción respecto a la mayoría de autores que comentamos. Si en su primera monografía se mostraba cauteloso al respecto por carecer de experiencia personal⁴³⁰, su toma de posición en la segunda se hacía con conocimiento de causa. Así, en *Problemas actuales...*, Cabaleiro (1954: 325-39) dedicaba todo un capítulo al particular,

⁴²⁹ Fechado en agosto de 1951, el Prefacio a la segunda edición comenzaba: “SEIS AÑOS después de la publicación de nuestro libro sobre *Tratamientos por choque y otros métodos somáticos en Psiquiatría*, se consideró necesario preparar una edición ampliada y revisada. Se cambió el título incluyendo la Psicocirugía que, junto con los tratamientos por choque, ha asumido un lugar preeminente entre los tratamientos somáticos en Psiquiatría. En el libro primitivo la Psicocirugía se trató en un capítulo comparativamente breve. Esta materia se presenta ahora de la misma manera en que son examinados y discutidos los tratamientos por choque, combinando una revisión objetiva de la literatura con una exposición de nuestra propia experiencia y puntos de vista personales sobre las muchas publicaciones en controversia” (KALINOWSKY y HOCH, 1954: X).

realizando una revisión de conjunto de los trabajos publicados para valorar los fundamentos psicobiológicos de la técnica, los resultados obtenidos por distintos autores, las indicaciones posibles y los inconvenientes de la técnica. Al no disponer de enfermos intervenidos, apoyaba su revisión con la experiencia obtenida en el Hospital Julio de Matos, “sede” de la escuela psiquiátrica de Lisboa, donde estudió a pacientes leucotomizados. Entre sus opiniones cabría destacar las siguientes, referidas a la ausencia de efecto de la intervención sobre el proceso básico de la enfermedad, y a la conveniencia de agotar previamente otras posibilidades terapéuticas, seleccionando a los enfermos:

“Desde luego que nada de esto justifica el que precisamente entre todos los enfermos leucotomizados el mayor número lo dé la esquizofrenia, ya que no existe un fundamento psicobiológico firme para ello, y el hecho real es que estos métodos psicoquirúrgicos tengan su mejor indicación en las psicosis afectivas y en ellas se obtengan también sus mejores resultados. El proceso esquizofrénico en un enfermo leucotomizado sigue su marcha inmodificable (aunque en algunos casos influya sobre él) y el deterioro de la personalidad llega igual que en los enfermos no intervenidos o incluso lo adelanta. La leucotomía no modifica la estructura básica esquizofrénica, los síntomas primarios se atenúan, pero no se alteran cualitativamente... el proceso sigue, salvo en ciertos casos, su curso indefectiblemente y en nada lo influye la leucotomía...

No debe indicarse ninguna leucotomía sin antes haber agotado en el enfermo esquizofrénico todas las posibilidades de éxito con las terapéuticas de choque... dando suficiente tiempo a la acción de los choques para que éstos puedan obrar o a que se produzca una remisión espontánea, pero sin prolongar demasiado todo esto, de modo que cuando el enfermo llegue a la intervención no se halle ya en un estado de deterioración acusado⁴³¹”.

⁴³⁰ CABALEIRO (1947), p. 287.

⁴³¹ CABALEIRO (1954), p. 326-7; 334.

En consonancia con lo anterior, finalizaba el capítulo concediendo mérito a su inventor, pero mostrándose muy escéptico respecto a su verdadera utilidad en la esquizofrenia:

“En fin, el problema de la psicocirugía en las psicosis esquizofrénicas tiene todavía muchas incógnitas y los éxitos de esta terapéutica no son lo brillantes que era de desear. Sin embargo, es un arma de reserva, como más atrás decíamos, que viene a sacar de los frenocomios a muchos enfermos, haciendo posible su vuelta al hogar o por lo menos a conseguir que en estos establecimientos puedan otros muchos esquizofrénicos vivir de un modo más útil para ellos mismos y para los demás. Mas como se trata de una intervención seria por sus consecuencias sobre la personalidad, ha de llevarse a cabo su indicación con el mayor cuidado, valorando todos los factores que puedan condicionar su éxito o por lo menos para lograr con ella un mal menor para el enfermo. Pese al laudable empeño del maestro Egas Moniz por abrir una nueva vía terapéutica en las enfermedades mentales, creemos, en el caso concreto de las esquizofrenias, que el tratamiento eficaz de ellas en el futuro no vendrá, seguramente, a través de la psicocirugía. Seguimos creyendo que su problema etiopatogénico es totalmente fisiopatológico, y por lo tanto la terapéutica eficaz no puede ser más que médica en este caso. Mas la psicocirugía nos ha llevado al conocimiento de una serie de funciones cerebrales que se nos ocultaban antes de su existencia. Ello unido al beneficio de muchos enfermos justifica la creación de esta vía por la genial intuición del profesor lusitano⁴³²”.

Sarró Burbano

A pesar de las reservas expresadas por Sarró (1940: 62) sobre esta técnica, “Algun autor ha llegado a recomendar intervenciones ‘neuroquirúrgicas’ sobre el lóbulo frontal evidentemente sin fundamento justificado”, palabras que años después cam-

⁴³² *Ibíd.* p. 337.

biaría por otras de signo contrario⁴³³, y de su reconocida ineficacia respecto al tratamiento farmacológico en algunos casos, como comentaban Téllez y Romero (1957) a propósito de un ensayo con reserpina⁴³⁴, la práctica de la leucotomía se extendió progresivamente en nuestro país, apareciendo bibliografía al respecto de forma regular hasta 1975⁴³⁵. Y así, aunque las indicaciones de psicocirugía no aparecían habitualmente en los trabajos dedicados a tratamientos sobre la esquizofrenia, ni hubo tampoco estudios dedicados exclusivamente a ello, se consideraba de forma sistemática su empleo en todos los tratados de psiquiatría, valorándose como una técnica de última elección, habitualmente para formas paranoides o en aquellas que asociaban una agitación importante, debido al distanciamiento emocional que provocaban. Por lo general, la descripción de las técnicas ocupaba más espacio que otras menos intrusivas a la par que más eficaces, expresándose los autores en los términos siguientes:

“Por todo ello, en la actualidad son excepcionales los casos a los que se aplican las técnicas psicoquirúrgicas. Sin embargo, en algunos pacientes en quienes las restantes técnicas han fracasado, todavía es posible abrigar esperanzas a través

⁴³³ “No obstante, aun cuando sea prematuro querer precisar exactamente el rendimiento de la operación, no cabe duda que constituirá un enriquecimiento de las posibilidades terapéuticas psiquiátricas cuando se consiga una fijación precisa de indicaciones” (SARRÓ, 1965: 1093). Sarró, a diferencia de las restantes técnicas también incluidas en el capítulo siguiente, no dudaba en incluir comentarios sobre la psicocirugía a pesar de reconocer al inicio del capítulo la falta de espacio de que disponía.

⁴³⁴ Estos autores comentan el caso de un paciente dado de alta el 3 de enero de 1957: “El enfermo se mantuvo bien en el medio familiar hasta hace dos meses, en que se reactivó su sintomatología delirante y se acentuaron sus trastornos de conducta. Hace seis días ha sido intervenido practicándosele una leucotomía frontal. En este caso, mediante la reserpina mejoró notablemente el enfermo en sus crisis de agitación, desapareciendo su impulsividad y agresividad”. Abundando en esta cuestión, respecto a otro paciente previamente leucotomizado, se comenta en ese mismo trabajo que “Contrasta esta mejoría obtenida con la medicación neuroléptica con la inmodificación lograda después de los tratamientos biológicos, electros e insulina, o la propia leucotomía”.

⁴³⁵ En nuestra base de datos (REY *et al.*, en prensa) hemos encontrado 26 trabajos al respecto durante el periodo de estudio, 17 de los cuales se publicaron en los 10 años siguientes al trabajo de Obrador, cesando entonces la aparición de estos trabajos hasta otros 10 años después, resultando especialmente significativa las referencias de POZA y GONZÁLEZ MARÍN (1967), *Revisión y estado actual de la psicocirugía*, y la del propio OBRADOR, también ese mismo año, sobre *Psicocirugía en el nivel diencefalo-hipotalámico*.

de la psicocirugía. Por eso consideramos de interés la exposición, aunque sucinta, de sus técnicas e indicaciones.

Por otra parte, la psicocirugía no sólo ha servido para rendir un efecto terapéutico en multitud de enfermos mentales, sino que, a la vez, ha hecho avanzar considerablemente la fisiología y fisiopatología cerebral a través de los muchos miles de pacientes operados y bien estudiados.

... Debe considerarse la psicocirugía más como una terapéutica cuantitativa que cualitativa (Kalinowsky), es decir, la intensidad del efecto se consigue mucho más en proporción a la amplitud quirúrgica que por el lugar en que se ha operado⁴³⁶”.

6.3.4 Psicofarmacoterapia

La aparición de la psicofarmacología en el panorama de la psiquiatría, con el cambio de paradigma que propició el desarrollo de diferentes teorías bioquímicas, obedeció a la confluencia de tres factores: la creciente complicación de los saberes en fisiología y química fisiológica, que explicaban la dinámica material de los procesos orgánicos; los avances en neurobiología y en el conocimiento de la estructura del sistema nervioso; y, en tercer lugar los logros de la farmacología experimental, a partir del ais-

⁴³⁶ MONTSERRAT ESTEVE (1965), p. 1136-8, quien, paradójicamente, era jefe del Departamento de Medicina Psicosomática y Psiquiatría. También, VALLEJO-NÁGERA BOTAS (1964: 491-2): “Hoy los neurolépticos han solucionado prácticamente todos estos casos, quedando las indicaciones de la neurocirugía mucho más reducidas, limitándose casi a neurosis obsesivas muy graves, resistentes a la psicoterapia, y estados hipocondríacos muy intensos e incurables, casos ambos en que la vida del enfermo es un constante martirio, que desaparece tras la leucotomía o topectomía. La neurocirugía tiene una mortalidad del 5 por 100, y deja un ligero deterioro mental no importante para la vida del enfermo, pero una deformación del carácter que sí lo es (apatía, indiferencia, pérdida de los hábitos de trabajo, y en las mujeres, un cierto desenfreno sexual)”. Y REY ARDID (1974: 18/9): “En los casos en que fracasan los tratamientos antes citados, en que la condición personal o social del enfermo es muy penosa (peligros de agresiones, de suicidio, etc.) queda el recurso de la neurocirugía (leucotomía y otras intervenciones análogas sobre el cerebro), que si bien no obtienen remisiones propiamente dichas, reducen al paciente a un nivel psíquico inferior (apatía, falta de reacción violenta ante los síntomas) que muchas veces le permite vivir fuera del Sanatorio, e incluso con cierta capacidad para el trabajo”.

lamiento de alcaloides y glucósidos⁴³⁷. Como recuerda Teófilo Hernando (1958: 10) en la introducción de su trabajo, "... son recientes los descubrimientos acerca de los cuerpos químicos que intervienen en el funcionamiento anormal del cerebro, la importancia de sus alteraciones en ciertos trastornos mentales y la posibilidad de influir en éstos por remedios farmacológicos".

Europa, incluida España, vivió en 1952 la introducción para uso médico de la clorpromazina (de nombre comercial Largactil®), sintetizada dos años antes. En 1954 lo hizo la reserpina (Serpasol®), aislada a partir de la *Rauwolfia serpentina*, apareciendo en pocos años las primeras publicaciones relativas a su empleo y los efectos beneficiosos de las mismas en el tratamiento de patología mental⁴³⁸, dando paso a lo que ha venido a denominarse "Psicofarmacología moderna"⁴³⁹. Poco a poco se fueron co-

⁴³⁷ MUÑOZ CALVO (1998), p. 79.

⁴³⁸ LÓPEZ-MUÑOZ y ÁLAMO (1998: 193). Como comentó en su época CABALEIRO (1958c), "... viene a nuestra memoria aquella magnífica discusión sobre la Clorpromazina en el IV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (Madrid 1954)". De alguna forma, esto iría en contra del atraso de España respecto al resto de Europa, aunque queda por determinar la influencia de la industria farmacéutica en esta cuestión. Como recuerdan LÓPEZ-MUÑOZ, ÁLAMO y CUENCA (1998: 217) citando a GONZÁLEZ MONCLÚS (1992), Sarró inició su experiencia con el empleo de clorpromazina en el Instituto Pere Mata de Reus ya en 1952, continuando posteriormente en la Clínica Universitaria de Navarra. En el trabajo de COULLAUT y COLINA (1956a), se afirma que "Hace casi dos años que comenzamos a tratar las depresiones endógenas con Largactil y poco después fuimos extendiendo su uso a todos los casos de agitación, al principio con dosis que hoy reconocemos que eran débiles, y posteriormente con dosis más fuertes lo empleamos en los más variados síndromes mentales. Desde hace unos meses usamos también con gran profusión la Reserpina", lo que resulta más preciso, por ser la misma fuente quien lo relata, que el aserto de MAZANA *et al.* (2002: 108) "En España, la clorpromazina fue utilizada por primera vez en el Servicio de Psiquiatría del Profesor Juan J. López Ibor, en el Hospital Provincial de Madrid. La persona que la utilizó con él fue el Dr. Juan Coullaut Mendiguchia".

⁴³⁹ También llamada por otros autores "revolución de la psicofarmacología" y calificada por GAYRAL (1972) como la segunda revolución de la psiquiatría tras el cambio que supuso la introducción del psicoanálisis. LÓPEZ-MUÑOZ y ALAMO (1998: 192-3, 199) justifican estas denominaciones por tratarse del momento en que se introducen "herramientas realmente eficaces en el manejo del paciente psiquiátrico": introducido el litio para el manejo de los cuadros maníacos en 1949, en el lapso de ocho años que alcanza hasta 1957 se sintetizó también el primer antidepresivo, la imipramina, y la primera benzodiazepina, el clordiazepóxido, completándose de esta forma las cuatro grandes categorías de agentes psicotrópicos vigentes actualmente. En términos similares se expresan RUBIO y LÓPEZ-TRABADA (1998: 169), aunque hay también opiniones encontradas que, ahora como entonces, se muestran más escépticas respecto al mérito atribuible a los psicofármacos en la devolución de pacientes manicomiales a la comunidad, tal y como recuerda SHEPHERD

mercionalizando en España diferentes neurolépticos: asociación de clorpromazina y reserpina (Closerpil®), tioridazina (Meleril®) y su derivado sulforidazina (Imagotán® o TPN 12), triflupromazina (Siquil® y Vesprín®, compuesto estructuralmente similar a la clorpromazina), trifluorperazina (Eskazine®), proclorperazina (Temactil®), tioproperacina (Majeptil®) y un compuesto estructuralmente similar llamado butaperazina o butirilperazina (Randolecti®), levomepromazina (Sinogán®), perfenazina, promazina, fluopromazina, clorpotixeno, triperidol, butaclamol, flufenazina, etc. El haloperidol, fármaco-patrón hoy día, de uso ampliamente extendido, se introdujo en clínica en 1958, encontrándose en 1960 las primeras referencias a su empleo⁴⁴⁰.

Como ya vimos en el apartado 5.1 *Resultados*, los trabajos sobre terapéutica representan algo más de un tercio del total de estudios publicados sobre la esquizofrenia, de los cuales casi dos terceras partes estuvieron dedicados a la psicofarmacoterapia. En su mayor parte, eran estudios observacionales, abiertos, en los que se pretendía valorar la eficacia de uno o más medicamentos determinados sobre una población de pacientes esquizofrénicos. Sólo hubo dos trabajos que, nominalmente, se definían como ensayos clínicos de diseños doble-ciego, aunque tras la lectura de los mismos, sólo uno

(1968: 2-3; 1994): la supuesta revolución psicofarmacológica obedeció en buena medida a “poderosos factores sociales que influyen el clima de la opinión clínica y la moda de la investigación. Retrospectivamente, parece claro que las nuevas drogas se introdujeron en el momento más oportuno”, cuando la terapia estaba casi huérfana, los defensores de la psicoterapia habían abandonado su euforia de antaño, y había una creciente desilusión con los tratamientos somáticos disponibles. Sobre este terreno abonado, la presión de los laboratorios, por un lado, y de una opinión pública favorable al empleo de medicaciones que aliviaran su tensión, por otro, hicieron el resto. En términos similares, Scull (1994) insiste en la necesidad de superar no sólo el tópico manido de las *revoluciones psiquiátricas* —tratamiento moral, psicoanálisis y psicofármacos, con un desmedido interés por estos últimos relegando el estudio con profundidad de los otros dos—, sino también asumir la paradoja del empleo de medios físicos por parte de los defensores de teorías psicológicas.

⁴⁴⁰ LEDESMA (1963). CABALEIRO *et al.* (1964) lo calificaron como “el mejor neuroléptico por su utilidad tanto en formas activas como en formas crónicas. Respecto a lo primero, es eficaz frente a alucinaciones, vivencias delirantes primarias, alteraciones de conducta y afectividad; en cuanto a lo segundo, útil frente a delirios elaborados más que frente a vivencias delirantes primarias y alucinaciones auditivas. Indicado en formas crónicas atípicas y tardías, así como en parafrénicas y paranoides, con distribución similar en las agudas”.

puede considerarse válido en este sentido⁴⁴¹. También se realizó un estudio retrospectivo⁴⁴², sobre el que volveremos más adelante, por ser ilustrativo de la persistencia de dificultades para una asistencia normalizada hasta el final de nuestro periodo de estudio.

La metodología de tales trabajos, aunque pretendía ser rigurosa, difícilmente lo conseguía, al reunir poblaciones de estudio heterogéneas en cuanto al tamaño muestral⁴⁴³, distribución por edad y sexo, formas clínicas⁴⁴⁴, tiempo de evolución de la enfermedad⁴⁴⁵, dosificación⁴⁴⁶ y duración del tratamiento administrado⁴⁴⁷... por lo que fácilmente incluían sesgos que restaban validez estadística a los resultados obtenidos. A este respecto fueron numerosos los autores que en distintos momentos manifestaron

⁴⁴¹ RUIZ (1974). El otro trabajo, de RUIZ *et al.* (1975), a pesar de describirlo como doble-ciego, por la forma en que los autores indican que se desarrolló, ofrece dudas respecto al diseño del trabajo y a la selección de pacientes, con unos resultados tan mal tabulados que no cuadran.

⁴⁴² VALBUENA *et al.* (1973).

⁴⁴³ Sin la pretensión de ser un meta-análisis, incluimos en el apartado 9.5 del *Capítulo 9. Apéndice documental* una tabla que recoge las características básicas y los resultados más notables de los estudios farmacológicos encontrados. De acuerdo con dicha relación, podemos ver cómo el tamaño muestral normalmente no superaba los 50 pacientes, con casos extremos de estudios con sólo... ¡cuatro! (MARTÍ-TUSQUETS y CARDENAL, 1967), y otro cercano al millar (CABALEIRO *et al.*, 1964), aunque si se desagregaba por formas clínicas o por fármacos, los grupos se reducían considerablemente.

⁴⁴⁴ ARRANZ *et al.* (1972) comentaban, no sin razón, que el largo tiempo de evolución de los pacientes crónicos, ayudado de los efectos nocivos propios de la institucionalización, les dotaba a los pacientes de un aspecto clínico similar, independientemente de cuál hubiera sido la forma de inicio de la enfermedad, por lo que la población se homogenizaba de algún modo: "Pese a esta delimitación diagnóstica, dado el índice elevado de cronicidad, las diferencias psicopatológicas eran prácticamente inexistentes, apreciándose, por tanto, una clara homogeneidad clínica".

⁴⁴⁵ No había un criterio establecido a la hora de determinar la cronicidad: unos consideraban como tal al paciente con año y medio de evolución, otros al que llevaba cinco...

⁴⁴⁶ El diseño de los trabajos tampoco estaba orientado a determinar cuál era la dosis óptima, por lo que se empleaban dosis variables, obtenidas de forma bastante empírica: "Hace casi dos años que comenzamos a tratar las depresiones endógenas con Largactil y poco después fuimos extendiendo su uso a todos los casos de agitación, al principio con dosis que hoy reconocemos que eran débiles, y posteriormente con dosis más fuertes lo empleamos en los más variados síndromes mentales" (COULLAUT y COLINA, 1956).

⁴⁴⁷ En la mayoría de los casos no se especificaba la duración del tratamiento o se hacía durante un tiempo indeterminado, mientras que en otros la tendencia era mantener el estudio por espacio de dos a tres meses, a pesar de reconocerse que podía ser tiempo insuficiente: COULLAUT y COLINA (1958) comentaban que había diferencias entre casos agudos y crónicos en cuanto a tiempo de

su preocupación por el rigor de los estudios⁴⁴⁸, lo que determinó, en la década de los setenta, la realización de una reunión para abordar los aspectos metodológicos en los estudios con fármacos⁴⁴⁹. Ello motivó la aparición de trabajos destacables a nivel formal, que incluían criterios estandarizados para la inclusión y exclusión de pacientes, así como escalas de valoración de síntomas —principalmente la BPRS⁴⁵⁰ y, en menor

respuesta y grado de mejoría obtenido, recordando las indicaciones de Kline “eran necesarios seis meses de tratamiento para que pudiera esperarse la mejoría en algunos enfermos crónicos”.

⁴⁴⁸ LEDESMA (1963), realizó un estudio con cuatro cohortes de pacientes en cuatro periodos distintos (1940, 1950, 1958 y 1960) de un año de duración que se iniciaban del 1 de julio de un año hasta el 1 de julio del año siguiente. Para evitar problemas con la fiabilidad diagnóstica entre investigadores, un mismo clínico fue el encargado de establecer el diagnóstico en todos los casos. MEZQUITA *et al.* (1972) manifestaban que “Conscientes de las limitaciones metodológicas de muchos trabajos de evaluación clínica de psicofármacos, hemos considerado esta oportunidad de ensayo clínico, en gran parte, a modo de desafío para tratar de ver si es posible aplicar una metodología ortodoxa en un hospital que, aunque en vías de renovación, sigue teniendo todavía muchas de las estructuras arcaicas características de la mayoría de los centros psiquiátricos del país”. Lamentablemente, el estudio se quedó en observacional sin doble ciego debido a problemas organizativos del servicio.

En la literatura anterior a nuestro periodo de estudio ya se hacía referencia a este problema. Así, VALENCIANO (1933) al hablar sobre los trabajos que valoraban la eficacia de los tratamientos medicamentosos y organoterápicos de la esquizofrenia, comentaba que “... antes hemos de hacer la advertencia de que casi todos los trabajos existentes sobre este punto pecan —como advierte MENNINGER LECHERTAL, en especial para la piritoterapia— de falta de ordenación de los ensayos y, sobre todo, hay que lamentar la escasez de casos que cada autor presenta”, citando las palabras de Carl Schneider que luego recogería SARRÓ (1940: 9): “Tomar un número de casos bien investigados, no inferior a 100 ni superior a 500 (por encima de este número no es posible seguir los casos con continuidad) a los cuales se trata sin previa selección un caso sí y otro no, prescindiendo del periodo de la enfermedad, de su intensidad y de la índole personal. Sólo después de seguirse estos casos con exactitud un mínimo de 10 años, puede afirmarse algo sobre el éxito de un tratamiento. En la actualidad (1930), no hay ningún ensayo que reúna estas condiciones”.

⁴⁴⁹ Se trató de la *Reunión sobre Metodología de la Investigación psicofarmacológica*, organizada por Carlos Ballús en Barcelona, en abril de 1970, bajo los auspicios de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (1970), y patrocinada por los laboratorios Geigy. A ella hacen referencia MEZQUITA *et al.* (1972) y RUIZ *et al.* (1975).

⁴⁵⁰ La BPRS (acrónimo de *Brief Psychiatric Rating Scale*, en español Escala Breve de Puntuación Psiquiátrica) es un instrumento de medida ampliamente elaborado por Overall y Godham en 1962, con modificaciones posteriores introducidas por Pichot, y difundido para caracterizar tanto las diferencias individuales como las modificaciones evolutivas de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Proporciona una representación cuantitativa de signos y síntomas importantes que intentan delimitar las características y las diferencias individuales de cada paciente. Los ítems que incluye se dividen entre los que se basan en la observación de la conducta (retraimiento social, tensión, manierismos y anomalías en la postura, inhibición motora, falta de cooperación) y los que dependen de las respuestas verbales del paciente (preocupaciones somáticas, ansiedad, desorganización conceptual, sentimientos de culpa, megalomanía o grandiosidad, humor depresivo, hostilidad, suspicacia, comportamiento alucinatorio, alteraciones del contenido o del curso del

medida, la CGI⁴⁵¹— para la evaluación del cambio de la situación clínica, que se añadían a la práctica ya habitual de realizar exploraciones físicas a los participantes en el estudio⁴⁵². Algunos autores, no obstante, soslayaron la rigidez que imponía el método científico con el recurso al carisma propio del lugar de trabajo⁴⁵³, mientras que en otros, las dificultades inherentes a la deficitaria red asistencial fueron devastadoras para el reclutamiento de pacientes⁴⁵⁴.

pensamiento, bloqueo afectivo, excitación o agitación, desorientación). La gravedad se puntúa en una escala ordinal de 1 (ausente) a 7 (extremadamente grave).

⁴⁵¹ La CGI (acrónimo de *Clinical Global Impression*, en español Impresión clínica global), contiene tres *items* que determinan la gravedad del trastorno, la mejoría o empeoramiento global del paciente, y la relación entre la eficacia global del tratamiento y sus efectos adversos.

⁴⁵² ABRINES *et al.* (1973), LÓPEZ IBOR (1973), MEZQUITA *et al.* (1972) y RUIZ *et al.* (1975) emplean los criterios diagnósticos de la OMS. GALLART (1975), al igual que LÓPEZ IBOR (1973), MEDINA (1969), PLANAS (1973) o RUIZ (1974; 1975) utilizan la BPRS y la CGI. Curiosamente, el mejor trabajo desde el punto de vista metodológico fue el de HERRERO (1964), diseñado para valorar la eficacia de la laborterapia en esquizofrénicos catatónicos crónicos, y al que haremos referencia en el apartado correspondiente.

⁴⁵³ Con la frase "... pese a ello la cuantificación de la eficacia del medicamento no se libra de la variabilidad individual del criterio", se despacha el sevillano GINER (1969) para disculpar la admitida falta de solidez metodológica de su trabajo tras comentar la existencia de ensayos que, como el doble-ciego, requieren de personal y material para su realización. Este mismo argumento es el que emplea SORIANO (1973) en la publicación de los resultados del seguimiento, al cabo de tres años, del grupo de pacientes estudiado por Giner: "Esta feliz coincidencia [mismo material y mismo fármaco, tres años después] da interés a estos trabajos por cuanto el matiz personal de la valoración de un fármaco es fundamental a la hora de emitir unos resultados". A partir de ahí, las incongruencias: Giner diagnostica 21 formas paranoides, 7 hebefrenias y 16 catatonias; Soriano, que cuenta con 13 pacientes menos porque se han perdido por los diferentes motivos que indica, habla de 17 formas paranoides, 3 hebefrenias, 6 catatonias, 4 injertadas y 1 simple! Además, a pesar de repetir que la casuística es la misma, habla de una paciente "de posterior ingreso" que sólo recibió el tratamiento 10 meses en lugar de 3 años. Pero lo más significativo llega a la hora de evaluar los resultados según un criterio clínico-fenomenológico: "Es notoria la simplificación exagerada de los criterios psicopatológicos. De hecho, llama la atención la ausencia de la evaluación del síntoma capital de la esquizofrenia, tal es el Autismo. Pero entendemos, con Minkowsky, que el autismo representa por sí solo el rango existencial del hombre esquizofrénico, y que nunca puede ser evaluado exclusivamente a través de una conducta autista; por ello hablar de esquizofrenia crónica, es hablar de autismo, y con él su implícito carácter de irreversibilidad".

⁴⁵⁴ VALBUENA *et al.* (1973) en un ensayo retrospectivo que buscaba valorar el efecto de la medicación neuroléptica *depot* en la evolución de esquizofrénicos crónicos, relatan como "Una vez establecida la pauta adecuada, el enfermo era dado de alta y controlado ambulatoriamente; si vivía en las cercanías de Oviedo se le aconsejaba acudir al hospital para ponerse la inyección; en caso contrario quedaba a cargo del enfermo y sus familiares". Por este motivo, la casuística del estudio se redujo notablemente: "De los cuarenta enfermos originales, un gran porcentaje no siguió el tratamiento indicado [52'5%]. En seis casos se presentaron síntomas incontrolables (parkinsonismo

Casi al mismo tiempo que se abordaban estas cuestiones metodológicas, se producía un notable cambio en el formato de los trabajos publicados en las revistas: era habitual que los artículos sobre psicofarmacología incluyeran un resumen más o menos pormenorizado de todos o parte de los casos clínicos que componían la muestra. En los trabajos publicados desde 1969, los resultados de las escalas de valoración de síntomas, convenientemente tabulados y acompañados de un somero análisis estadístico, se incorporaron junto con los de las exploraciones complementarias, eliminándose por completo los resúmenes de casos clínicos, lo que se tradujo en una mayor ligereza de las publicaciones.

Por lo general, todos los trabajos recogidos incluían comentarios psicofarmacológicos, en ocasiones bastante extensos y documentados, relacionados con los compuestos empleados, aunque la finalidad era establecer las pautas e indicaciones más adecuadas de cada fármaco sobre las diferentes formas clínicas, así como el perfil de efectos secundarios⁴⁵⁵. Con el paso del tiempo, los trabajos se realizaron sobre pacientes en los que la clorpromazina, la reserpina y demás neurolépticos habían fracasado y, tras la generalización de la noción de síntoma-diana⁴⁵⁶, las indicaciones se intentaron establecer sobre síntomas específicos de la enfermedad independientemente de la forma clínica considerada. Este importante cambio en el objeto de estudio, iniciado en

medicamentoso) que obligó a la suspensión del tratamiento. En un caso hubo un cambio de diagnóstico por lo que se suspendió la medicación; en otro hubo una remisión de la sintomatología. En tres casos ocurrió un cambio de médico con un cambio en la orientación terapéutica y en tres casos se interrumpió por orden médica, pero sin que se pudiera objetivar a través de la historia clínica las razones del cese. Un enfermo se negó a seguir la medicación y seis la dejaron a las semanas de ser dados de alta”.

⁴⁵⁵ Podemos considerar el artículo de BESADA (1961a) como modélico desde un punto de vista tanto formal, pues no sólo incluye una introducción teórica con revisión de bibliografía (bien es cierto que algunas citas no se acompañan de referencias), sino que ofrece una descripción del material y métodos sobradamente completas; como de contenido, con un manejo del método científico bastante apropiado que incluye el recurso a la estadística y a pruebas para el análisis de variables a la hora de comparar los efectos de las distintas medicaciones sobre los grupos de enfermos considerados.

⁴⁵⁶ Del inglés, *target-symptom*. Término propuesto por Freyhan en 1959 para referirse al síntoma sobre el que actúa primordial y selectivamente cada neuroléptico.

esta época, representará años más tarde una atomización de la clínica que hará perder la visión de conjunto que ofrecían las diferentes agrupaciones sintomáticas manejadas hasta entonces⁴⁵⁷. De este modo, las circunstancias que hicieron posible la formulación del concepto de síntoma-diana propiciaron, en mayor o menor medida, el abandono de especulaciones teóricas en los trabajos aparecidos en la segunda mitad de nuestro periodo de estudio, uniéndose al agotamiento de las posibilidades que podían ofrecer los diferentes enfoques psicopatológicos, fenomenológicos y analítico-existenciales que se habían desarrollado con el fin de soslayar las trabas ideológicas impuestas por el régimen, como ya se comentó en el *Capítulo 3. Revisión historiográfica*. De cualquier manera, común a todos ellos fue el esfuerzo por compartir una experiencia obtenida de forma principalmente empírica:

“El presente trabajo se basa —como el título indica— no en las ideas que aparecen en los libros o en los resultados obtenidos por otros colegas, por otros psiquiatras clínicos, sino en nuestras propias experiencias y observaciones. En él valoramos la acción de los diversos psicofármacos que hemos utilizado, de acuerdo con los buenos o malos resultados que con ellos hemos obtenido, exponiendo, a la vez, la metodología y las dosis empleadas, los inconvenientes encontrados, el tipo de enfermos esquizofrénicos en que fueron usados por nosotros e intentando señalar, con respecto a lo alcanzado, unas indicaciones, lo más precisas posibles, en las distintas formas clínicas esquizofrénicas⁴⁵⁸”.

Casi todos estos artículos transmiten la sensación de que, desde principios de la década de los sesenta, se disponía en España de información internacional actualizada

⁴⁵⁷ En este sentido cabe entenderse el concepto de *espectro* de enfermedades que se maneja hoy día, según el cual se hace una agrupación de entidades nosológicas en función de la coincidencia formal de un síntoma, por ejemplo la repetición de una conducta, sin que haya una base empírica de carácter psicogenético o bioquímico que verdaderamente lo justifique.

⁴⁵⁸ CABALEIRO *et al.* (1964). Consideramos que este artículo resumió la experiencia de Cabaleiro y su equipo de trabajo en el empleo de psicofármacos, puesto que no se dedicó más a ello en los cinco artículos que publicó hasta 1975 sobre cuestiones relacionadas con la psicopatología y la nosotaxia, ni en los libros posteriores a este trabajo.

y documentada sobre la utilización de psicofármacos, lo que daba pie a una experimentación personal que permitiera sentar las bases de una psicofarmacoterapia racional. Tal vez, y esto es opinión personal, la aparente facilidad para obtener información en este campo, en contraste con la restricción ideológica en el terreno de la teoría psiquiátrica, haya que buscarla en factores como la necesidad de disponer de una medicación que descongestionara la asistencia⁴⁵⁹, la presión de la industria farmacéutica o la inocuidad teórica que aparentemente llevaban implícitas las teorías biológicas que sustentaban la acción de los psicofármacos.

A nivel general, el empleo de fármacos no sólo dio lugar al desarrollo de distintas teorías sobre los supuestos déficits o alteraciones monoaminérgicos, sino que representó un espaldarazo a los planteamientos que postulaban un origen biológico de la esquizofrenia, posiblemente más sofisticados que las teorías autotóxicas de etapas anteriores, pero apoyadas en una evidencia igual de endeble que antaño, pues las diferentes exploraciones realizadas no ofrecían resultados concluyentes⁴⁶⁰. En la psiquiatría española de este periodo, se aceptaba por lo general las teorías de autores extranjeros respecto a lugar y mecanismos de actuación de los fármacos, sin apenas plantearse una revisión crítica de la literatura existente o, en ocasiones, en contra de ésta⁴⁶¹. Como mucho, se llegaba a manifestar desacuerdo con las indicaciones establecidas, puesto que los estudios únicamente podían servir para replicar experiencias similares realizadas previamente en el extranjero. De este modo, había cierta unanimidad en admitir que los neurolépticos provocaban una suerte de desaferentización afectiva del paciente que hacía que sus síntomas perdieran intensidad. Tal vez un poco más original fue Cabaleiro (1958), quien postulaba una suerte de síndrome psicotóxico, equiparable al

⁴⁵⁹ Besada recuerda la afirmación de COULLAUT y CARLES (1958) "la Psiquiatría es la rama de la Medicina en que más beneficio se puede aportar hoy al enfermo crónico".

⁴⁶⁰ Estas mismas palabras siguen teniendo validez a fecha de hoy.

⁴⁶¹ Como el trabajo de MARTÍ-TUSQUETS y CARDENAL (1967) ya comentado.

síndrome psicoorgánico de las terapias de choque, en especial las convulsivantes, que añadiría a la citada desconexión emocional una alteración del nivel de conciencia⁴⁶²:

“La acción de estos fármacos sobre los diferentes niveles de conciencia, sobre la percepción, por lo tanto, y el descenso de la tensión emocional o ‘neutralización emocional’ como dicen Delay y sus colaboradores, llevan al enfermo a un estado de disminución de la energía psíquica como señalan Staehlin y Kielholz. Ello ha de modificar no sólo las vivencias procedentes del mundo exterior, sino las del interior,... debilitándose...Ello permite a los restos sanos de la personalidad ‘encapsular’ el delirio y... establecer nuevos contactos con la realidad. En esta fase consideramos fundamental en estos casos, al igual que señalamos en repetidas ocasiones para las terapéuticas de choque, la acción psicoterápica”.

En cualquier caso, los trabajos sobre terapéutica sirvieron de excusa para plantear una serie de disquisiciones de carácter psicopatológico que, en la mayoría de ocasiones, no se correlacionaban con los resultados de los estudios. Tampoco podía ser de otro modo, puesto que, quienes escribían los artículos eran clínicos, y no farmacólogos.

Los autores más prolíficos en cuestiones psicofarmacoterapéuticas fueron Coullaut y Besada, los únicos en quienes puede encontrarse una continuidad en sus trabajos. También hay que reconocer el interés que tuvo la opinión de Cabaleiro por la importancia de su obra respecto a la esquizofrenia. El resto de autores, aunque productores ocasionales, permiten hacerse una idea del estado real de conocimientos sobre el empleo de los fármacos en diferentes lugares de España en distintos momentos⁴⁶³.

⁴⁶² Que recordaba el mecanismo de hipotonía de la conciencia que Rojas tomó de Berze para explicar algunos trastornos de la esquizofrenia, abogando al mismo tiempo por un origen afectivo de los síntomas.

⁴⁶³ Del total de 191 autores, 68 publicaron los 40 artículos recogidos sobre aspectos relacionados con la psicofarmacoterapia. Coullaut, con seis artículos, fue el más prolífico, seguido de Besada con cuatro y Colina con tres (que publicó como segundo autor de Coullaut). Dos artículos publicaron Cabaleiro, Fernández Vicente, Gómez-Reino, Mezquita Blanco y Ruiz Ruiz. Salvo Cabaleiro, esta fue la producción total de todos estos autores, y otro tanto puede decirse de la mayoría de los productores ocasionales, es decir, aquellos que publicaron un solo artículo.

Casi todos los trabajos sobre el tratamiento de la esquizofrenia lo hacían en relación con las formas crónicas de las mismas, incluyendo ocasionalmente en la casuística algunos pacientes cuya enfermedad tenía una duración inferior a seis meses⁴⁶⁴. De hecho, tan sólo cuatro⁴⁶⁵ de los 40 artículos dedicados a psicofarmacoterapia estuvieron dedicados exclusivamente al tratamiento de las esquizofrenias agudas, término que abarcaba tanto primeros brotes como cuadros crónicos con descompensaciones agudas, y únicamente el de Cabaleiro (1958c) incluía “esquizofrénicos paranoides que no llevaban más de un año de enfermedad; es decir, reunían condiciones óptimas para valorar los efectos terapéuticos en casos recientes y no cronificados”, de modo que sólo encontramos un trabajo dedicado en exclusiva al tratamiento de los primeros episodios de esquizofrenia. No obstante, en algunos otros trabajos era posible desagregar los resultados referidos a formas crónicas de los de las formas agudas, aunque en total no superaron la decena. La diferenciación que Valenciano (1933) había recogido de otros autores sobre las diferentes opciones terapéuticas en función del momento evolutivo de la enfermedad, quedó completamente en el olvido.

La escasez de trabajos, así como el distanciamiento temporal entre unos y otros, no permite establecer generalizaciones acerca de las pautas para el tratamiento de las esquizofrenias agudas. En este sentido vale la pena decir que los diferentes compuestos ensayados, casi todos los disponibles en el mercado, se consideraron por regla general eficaces en las formas agudas de esquizofrenia, recurriendo al empleo combinado con electrochoque para mejorar los resultados en aquellos casos sin respuesta satisfactoria. Únicamente Cabaleiro se mostraba escéptico respecto a la superioridad de los fárma-

⁴⁶⁴ Por ejemplo, PRIETO (1960) expone el resultado de la clorpromazina en el tratamiento de las psicosis agudas y crónicas sobre una población de 160 enfermos de los cuales 12 tienen una duración inferior a seis meses desde el comienzo de la enfermedad, 16 entre seis meses y año y medio, y 24 entre año y medio y cinco años. En total, 52 casos, el 32'5% de la población estudiada.

⁴⁶⁵ ABRINES *et al.* (1973), ALONSO (1969), CABALEIRO (1958c) y GALLART (1975).

cos sobre las terapias de choque⁴⁶⁶. Tampoco se dudaba de la necesidad de un tratamiento de mantenimiento, aunque la experiencia en este sentido provenía del tratamiento con enfermos crónicos, pues en el caso de los pacientes agudos la duración del ensayo no permitía retirar el tratamiento sin un elevado riesgo de reaparición de la clínica psicótica. Pero lo más significativo fue que apenas se hablaba de la posibilidad de remisiones espontáneas⁴⁶⁷, a diferencia de lo que había sucedido con las demás terapias, desvalorizándose incluso aquellos factores extrínsecos al tratamiento que podían influir en la mejora del enfermo⁴⁶⁸.

El verdadero interés de los distintos autores se encaminaba, por tanto, a determinar la eficacia de los fármacos en las formas crónicas y terminales de la esquizofrenia. No cabe duda que distintas razones apuntaban a ello, entre las que queremos señalar la mayor facilidad y seguridad respecto a las terapias de choque en el manejo de los

⁴⁶⁶ “De acuerdo con los conocimientos existentes en cuanto a la indicación concreta de los narcobióticos, el querer o pretender hoy supervalorarlos en cuanto a su acción beneficiosa sobre este tipo de enfermos, resulta totalmente prematura, falta de fundamento y, por lo tanto, ausente de un serio juicio crítico... Globalmente examinados los resultados de las terapias de choque frente a los neurolépticos en las esquizofrenias paranoides —casos recientes, no recientes y crónicos— la balanza todavía se inclina hacia las primeras, al menos en nuestra experiencia personal” (CABALEIRO, 1958c).

⁴⁶⁷ A este respecto cabría citar, aunque fuera brevemente, el trabajo de FIGUERIDO (1946) a propósito del *Problema de las remisiones espontáneas y terapéuticas de la esquizofrenia*. Para este autor, el diagnóstico de la esquizofrenia no podía establecerse únicamente en función de la clínica, puesto que la evolución de la enfermedad era tan variada que había desde cuadros típicamente esquizofrénicos que curaban sin defecto, como formas abortivas en las que la alteración de la personalidad quedaba establecida permanentemente tras el episodio, concediendo a la aparición del defecto un valor capital que determinaba que una esquizofrenia pudiera ser diagnosticada como tal. De este modo, más que la clínica habría que atender a la evolución, con especial interés por aquellas formas atípicas tanto en su clínica como en su curso. Ello obligaba forzosamente a cuestionar las cifras atribuidas a la acción de la terapéutica, previniendo Figuerido respecto a las altas cifras de “remisiones completas logradas terapéuticamente”, que llegaban hasta triplicar las atribuidas a una remisión espontánea, pues las “distancias de casos tratados-no tratados, parecen aminorarse si se tiene en cuenta un tiempo suficiente de observación, ya que con fechas posteriores al alta, se han obtenido cifras más elevadas de remisiones”.

⁴⁶⁸ “Puede objetarse que el hecho de dedicarle más atención a los enfermos durante la experimentación del fármaco puede también influir en la mejora de los pacientes. Sin embargo, quiero señalar que ensayos de este tipo ya se han hecho casi cada vez que aparece un medicamento nuevo. Por lo tanto, creo que las mejorías observadas, van a favor de atribuir al medicamento una nota-

pacientes en cualquier fase de la enfermedad; la aparición de renovadas esperanzas en el pronóstico a medio y largo plazo de estos pacientes, máxime cuando cabía la posibilidad de un tratamiento de continuación que permitía mantener la mejoría obtenida; y, en estrecha relación con la anterior, la necesidad de aligerar la carga asistencial de los centros hospitalarios, pero sobre todo de los manicomios, pues no hay que olvidar que, excepto Coullaut, casi todos los demás autores provenían del entorno manicomial.

Coullaut Mendigutía

Ya desde el principio de la introducción de los psicofármacos se constató la diferencia cualitativa entre estos tratamientos y las terapias de choque:

“A partir de la implantación de estas terapéuticas han ocurrido en el servicio varios hechos notables: así, el uso del electrochoque ha desaparecido totalmente, pues de unos 400 mensuales que se aplicaban hemos pasado a cero... Otro hecho digno de tomarse en cuenta es que el número de enfermas evacuadas⁴⁶⁹ con el diagnóstico de esquizofrenia ha disminuido al mínimo... El tercer hecho notable es que el servicio ha cambiado en varios aspectos: la sala de agitadas prácticamente ha desaparecido, pues el Largactil combinado o no con la Reserpina, seda mucho más rápidamente que el electrochoque las agitaciones de las enfermas recién ingresadas⁴⁷⁰”.

ble eficacia, más importante de lo que parecía, si no fuera un grupo de enfermos previamente seleccionados como muy graves” (PONS BARTRÁN, 1969).

⁴⁶⁹ Se refiere a aquellos casos en que, al no poderse obtener ningún tipo de mejoría, eran enviadas a instituciones manicomiales para su custodia. Respecto al papel de los psicofármacos en la descarga de los manicomios, véanse más adelante los juicios de BESADA (1961a).

⁴⁷⁰ COULLAUT y COLINA (1956a). El énfasis de este artículo y en otro posterior (1956b) sobre la hipotética desaparición del empleo de los métodos de choque por la mayor eficacia y seguridad que proporcionaba el empleo de psicofármacos se vio matizado por la ausencia de los resultados esperados en algunos casos, por lo que posteriormente recomendaban el empleo del electrochoque en tales casos, no así de la cura de Sakel.

A propósito del caso 14 comentan “Casos que padecen de defecto post-procesal⁴⁷¹ se recuperan rápidamente”, siendo ilustrativo de las ventajas que los psicofármacos marcan sobre las terapias de choque:

“Bastan catorce días de tratamiento con dosis de 250 a 375 miligramos de Largactil por vía oral para que estos síntomas desaparezcan totalmente. El rapport de la enferma se hace ahora fácilmente, se interesa por sus familiares y manifiesta deseos de volver a su trabajo, su conducta se hace normal y su modulación afectiva está perfectamente matizada.

No sabemos todavía lo que ocurrirá cuando la enferma se reintegre a sus ocupaciones, pero al menos en lo que hace a su comportamiento en la clínica hemos visto desaparecer en pocos días una sintomatología que desde hacía unos cinco meses se había acentuado bastante... A nuestro modo de ver esto prueba que el Largactil tiene un mayor poder de penetración o un más amplio espectro de acción que la electroterapia y los comas insulínicos sobre el proceso esquizofrénico⁴⁷²”.

Estas palabras de Coullaut podían estar suscritas por el resto de autores. Y es que era precisamente la respuesta al tratamiento lo que llevaba, en ocasiones, a mostrarse excesivamente optimista y categórico respecto al pronóstico de la enfermedad:

“A la vista de los resultados obtenidos hay que modificar el pronóstico de las formas crónicas. La mayor actividad terapéutica del método combinado se pone de manifiesto en estos casos rebeldes a las terapéuticas anteriores. Que estos resultados se obtengan en los casos que tienen una sintomatología clásicamente considerada como debida a actividad del proceso, parece una consecuencia natural de su mayor eficacia, pero resulta extraordinario que puedan mejorar o remitir casos

⁴⁷¹ Diagnosticado por bradifemia con un curso de pensamiento inconexo, superficial, desvaído, con una afectividad embotada y una conducta pueril.

⁴⁷² COULLAUT y COLINA (1956a).

diagnosticados de demencia o de deterioro profundo; aquí fallan los conceptos en que se basaba el pronóstico de incurabilidad⁴⁷³”.

Optimismo extraído tras observar a los pacientes en seguimiento, pero que no parecía del todo justificado a largo plazo. Posiblemente, el origen de dicho optimismo proviniera de la comparación con la situación previa, pues en apenas ocho años se pasó de no disponer de otro recurso más que las terapias de choque, a tener un arsenal terapéutico progresivamente creciente y eficaz.

Besada Varela

En una línea similar se encontraba Besada (1961a):

“Puede considerarse estos dos grupos como de resultados muy buenos, pues representan una favorable perspectiva para el futuro de los afectos de esquizofrenia en cuanto a la recuperación social y aun profesional de estos enfermos. En conjunto, el número de remisiones y de francas mejorías (30 casos) ofrece un porcentaje de 66’8 en nuestro grupo de 45 enfermas. Lo cual quiere decir que en más de la mitad de los esquizofrénicos crónicos aislados en nuestros Manicomios puede esperarse un alto grado de recuperación familiar y social”.

En las conclusiones, añadía: “La mejoría de los enfermos se traduce por el apaciguamiento general del ambiente manicomial, transformando radicalmente los otros departamentos de agitados, lo cual contribuirá a un cambio profundo en la concepción tradicional de manicomio”. Mejorías que permitían a los pacientes integrarse en los “diversos servicios ergoterápticos instalados en el Manicomio”. Cabe suponer que hablaba a favor de la combinación de ambas medidas y no sólo del éxito debido a los fármacos aunque, como era habitual en estos artículos, no se especificaba de qué tipo de ergoterapia se trataba. En cualquier caso, manifestaba la misma e inevitable sensa-

⁴⁷³ *Ibíd.* Dos años después ambos autores seguían expresándose en términos idénticos, apoyados por las impresiones recogidas de los familiares de los pacientes.

ción de optimismo: “En conjunto, los estados finales esquizocáricos, con intensa destrucción esquizofrénica, ofrecen unas perspectivas inmejorables con el empleo de las distintas medicaciones neurolépticas, obteniéndose remisiones y mejorías que no dudamos en calificar de espectaculares. Los resultados suelen mantenerse, a pesar de suspender periódicamente la medicación, posibilitando en muchas ocasiones las salidas temporales de enfermos asilados desde hacía años” y que en el grado máximo llegaban a preconizar la curación incluso de los síntomas más “nucleares” y “primarios” de la esquizofrenia⁴⁷⁴.

Llevó un tiempo unificar criterios a la hora de emplear los distintos fármacos, como planteaba Besada (1961a) a propósito del tratamiento de las esquizofrenias crónicas: “Sobre el problema de la dosificación de la clorpromazina en las psicosis esquizofrénicas crónicas puede afirmarse que no reina unanimidad de criterio entre los autores”, repasando lo que se hacía en Francia, Estados Unidos, Alemania o Suiza. En general, la falta de unanimidad se producía al iniciar el manejo de cualquier fármaco, aunque el problema, como hemos indicado anteriormente, era debido a la ausencia de trabajos diseñados para poder establecer conclusiones fiables sobre las dosis óptimas.

No obstante lo que acabamos de ver, un buen ejemplo del nivel alcanzado en el manejo de distintos neurolépticos, tanto en lo que se refiere a la posología como a la dosis, los tiempos de respuesta y la necesidad de un tratamiento de mantenimiento, fue lo que Coullaut (1961: 117-8) denominaba *método combinado* de psicofármacos y electrochoques en el tratamiento de las esquizofrenias crónicas, ofreciendo una pauta razonable para su utilización:

⁴⁷⁴ BESADA (1961a). Este optimismo contrasta con los datos ofrecidos por GONZÁLEZ FERNÁNDEZ (2001) y GONZÁLEZ y SIMÓN (2001) sobre el mismo lugar de trabajo desde donde se escribieron esas líneas: “Si se analiza el censo de Conxo durante todo el siglo XX se comprueba que la función curativa prácticamente no existe hasta 1968. Hasta esa fecha la evolución de ingresos-altas-defunciones es prácticamente similar a la de un asilo de ancianos con el que lo hemos comparado”.

“*Pauta terapéutica. Método combinado.*— Se comienza el tratamiento con fenotiacínicos y alcaloides de rauwolfia o reserpina en las dosis necesarias para conseguir lo que llamamos una ‘cura de sueño’. Conocida es la acción hipnótica de la clorpromazina con la que hemos tratado la mayor parte de nuestros casos. Algunos de los fenotiacínicos más modernos apenas producen hipnosis y, por tanto, con ellos no puede ser el sueño el índice de la profundidad del tratamiento. Las dosis de ambos medicamentos varían según los enfermos, pero por regla general son de 500-700 miligramos de clorpromazina (cuando he usado otros medicamentos las dosis fueron proporcionales, tomando como patrón la clorpromazina) y 4-5 miligramos de reserpina, o 10-20 miligramos si empleamos los alcaloides totales de la rauwolfia)⁴⁷⁵. Con estas dosis generalmente no aparecen síntomas extrapiramidales intensos; si los hay se aumenta la tolerancia con antiparkinsonianos. Considero que no hay relación entre síntomas colaterales parkinsonianos y resultados, y por ello no busco deliberadamente su aparición.

Este tratamiento se mantiene como mínimo durante cincuenta días antes de la aplicación de los electrochoques, pues la experiencia ha demostrado que multitud de esquizofrenias crónicas mejoran en dicho plazo, y entonces no hay necesidad del empleo de la convulsivoterapia, así como también que en los casos resistentes a los psicofármacos el empleo prematuro del método convulsivante no mejora los resultados. En algún caso el tratamiento previo se prolongó durante tres meses, porque se observaba una mejoría progresiva. Unos ocho días antes de la aplicación del electrochoque se suspende la administración de reserpina, y si el enfermo está muy siderado [sic] por la medicación se disminuye algo la dosis de fenotiacínicos. Se aplican entonces, en días alternos, un número de electrochoques,

⁴⁷⁵ La importancia de la combinación medicamentosa, como recuerda BESADA (1961a), se había puesto de manifiesto casi desde el inicio de la psicofarmacoterapia, citándose habitualmente al respecto el trabajo de Barsa y Kline sobre la asociación clorpromazina-reserpina. Otra cuestión era la técnica denominada neuroleptización rápida, consistente en administrar dosis elevadas de neuroleptico al inicio del tratamiento en un breve lapso de tiempo. Entre los defensores de esta técnica, hoy en desuso y entonces parcialmente cuestionada, estaba CABALEIRO *et al.* (1964): “somos más partidarios de la impregnación rápida que de la lenta por sus mejores resultados, especialmente en los procesos activos y en las formas agitadas”.

que varía según los casos en relación con el grado de mejoría que experimentan y con el grado del síndrome psicoorgánico que aparece. Este es mucho más intenso y precoz que cuando no hay un tratamiento previo por psicofármacos. A veces basta con 4-6 electrochoques para que el enfermo mejore o para que aparezca el síndrome psicoorgánico. Si la recuperación de este síndrome, después de los electrochoques es lenta, son estimulados con dosis fuertes (hasta 100 miligramos diarios) de ritalin. En los casos en que la sintomatología persiste y el enfermo está amnésico, los electrochoques son espaciados a uno o dos por semana. Si no se ha obtenido mejoría a los 15 electrochoques, es mejor suspenderlos y reanudar el tratamiento con reserpina y dosis más fuertes de fenotiacínicos, para volver a poner otra serie de electrochoques después de un mes. En algunos casos ha sido necesaria la aplicación de 3 ó 4 tandas de electrochoques para lograr la mejoría o la remisión; pero, por regla general, basta con una o dos tandas. Por tanto, el tiempo mínimo de estancia en la clínica rara vez es menor de tres meses. En los casos en que la mejoría no se obtuvo hasta la aplicación de 2-3 tandas de electrochoques la estancia duró de seis a nueve meses.

Una vez conseguida la mejoría puede ser mantenida con tratamiento ambulatorio. Durante los primeros meses las dosis son algo inferiores a las administradas durante la estancia hospitalaria; posteriormente pueden ser menores, aunque la dosificación en cada caso tiene que ser individual. Generalmente se pueden disminuir las dosis hasta 100-150 miligramos de clorpromazina y 1 ó 2 miligramos de reserpina; pero en otros casos las dosis tienen que ser mucho más altas. La tolerancia de dosis altas mantenidas puede conseguirse con antiparkinsonianos. Ninguno de los enfermos tratados ha podido abandonar definitivamente el tratamiento. Algunos casos permiten hacer suspensiones temporales (dos-tres meses) de la medicación, pero otros tienen que tomar dosis fuertes de modo continuo. En los casos más rebeldes (principalmente en las hebefrenias y formas demenciales simples) la mejoría no puede ser mantenida con sólo psicofármacos ni aun a dosis muy altas, siendo necesario la aplicación de 3-4 electrochoques cada dos-tres me-

ses. Esta aplicación episódica de electrochoques tiene la ventaja de que permite, en estos casos tan graves, mantenerlos con dosis menores de fármacos “.

Estas palabras sirven también para ilustrar el paso de las técnicas de choque a la segunda línea del tratamiento, siempre y cuando la necesidad de control del mayor gasto económico que suponían los fármacos, o su disponibilidad, no forzaran el empleo de las primeras. A pesar de lo cual no faltaron voces autorizadas que defendían lo contrario.

Cabaleiro Goás

Tal fue el caso de Cabaleiro (1964) quien, a pesar de su ingente producción y elaboración teórica sobre la esquizofrenia, mantenía una postura tremendamente incongruente, pues mientras ofrecía resultados satisfactorios en la casuística de enfermos medicados, insistía en la superioridad y solidez de efectos de la cura de Sakel:

“... tal como es el caso que hemos señalado como un resultado brillante al referirnos a la tioproperazina. En general, si comparamos la situación actual terapéutica de las esquizofrenias con la de hace años, cuando nos encontrábamos en pleno auge de los tratamientos de choque, podemos decir que la medicación neuroléptica ha venido a beneficiar, en proporción, más a los enfermos crónicos que a los que sufren un proceso en actividad. Estos eran ya influidos beneficiosamente por las terapias de choque —especialmente por la insulino-terapia—, mientras que los crónicos lo eran mucho menos. Sin embargo, alguno de nosotros, que ha vivido plenamente ambas etapas terapéuticas de las esquizofrenias —como tantos psiquiatras actuales más— ha observado algo que no puede olvidarse a la hora de valorar los resultados. *Que las remisiones de los procesos activos eran más sólidas cuando se lograban bajo la acción de la cura de Sakel, que las que hoy obtenemos por la acción neuroléptica exclusivamente.* Con los fármacos neurolépticos —cuando menos— necesitamos mantener en la mayoría de los casos su utilización durante largo tiempo, a dosis de sostenimiento, si es que

largo tiempo, a dosis de sostenimiento, si es que queremos que un alto porcentaje de enfermos no recaiga. *Por ello, en los procesos esquizofrénicos serios, venimos empleando la sumación de la cura de Sakel con los neurolépticos.* Esta asociación permite el que los comas hipoglucémicos no requieran ser tan profundos y prolongados y que no exijan tampoco el que tengan que ser tan profundos y prolongados y que no exijan tampoco el que tengan que ser tan numerosos como en el método de Sakel clásico. La eficacia terapéutica de esta sumación no sólo en cuanto al mejor logro de las remisiones, sino en cuanto a la consolidación de ellas es notablemente superior a la obtenida con el tratamiento neuroléptico exclusivamente. Criterio terapéutico este que en Europa, y aun en América, vienen manteniendo muchos clínicos con larga y profunda experiencia... nuestra impresión es que los psicofármacos actúan en las esquizofrenias procesales menos nuclearmente que lo hace la cura de Sakel; su actuación nos parece más periférica, más 'encubridora' y —si se quiere— más atenuadora sintomatológicamente... Pero la medicación neuroléptica tiene, en cambio, la ventaja de su mejor control, de su más cómodo empleo, de su menor peligrosidad y de que permite, incluso en muchísimos casos, que el esquizofrénico pueda tratarse ambulatoriamente, extrahospitalariamente. Estas son también ventajas que hay que valorar de un modo adecuado⁴⁷⁶.

⁴⁷⁶ CABALEIRO *et al.* (1964) (destacado nuestro). Como hemos dicho, consideramos este trabajo la síntesis de su experiencia de alrededor de 10 años del empleo de fármacos. Igual posición adoptaron en Toén discípulos suyos como GÓMEZ-REINO Y FERNÁNDEZ (1962), quienes, al fallar la tioridazina recurrían al empleo del coma insulínico en lugar del electrochoque: "También observamos en dos de nuestros casos —coincidiendo con lo visto por Besada Varela [en una comunicación personal]— que después del fracaso del Meleril, al volver a instaurar la cura de Sakel, se obtuvieron unos resultados tan buenos que permitieron la salida del Sanatorio de los citados pacientes", atribuyendo al tratamiento psicofarmacológico la posibilidad de sensibilizar al paciente para que las terapias de choque resulten más eficaces. Y aún unos años más tarde, RODRÍGUEZ Y PÉREZ (1968), del servicio de Soto Yárritu, mantienen la vigencia de las terapias de choque, aunque no tan radicalmente: "Después de la aparición de los nuevos fármacos para el tratamiento de las enfermedades mentales, hubo opiniones que creían quedarían relegados al olvido los tratamientos como el coma insulínico y el electrochoque; nosotros nunca compartimos esta opinión, y hoy seguimos convencidos que ambos métodos, los antiguos de choque y los actuales, con los nuevos fármacos, tienen sus indicaciones que, en algunos casos pueden tener hasta una indicación vital como ocurre con el electrochoque en la [catatonía] aguda de Stauder o en otros procesos que pueden resolver con rapidez una situación peligrosa". Por último, REY ARDID (1974: 18/8) escribía: "Las terapias modernas han venido a mejorar el pronóstico de las esquizofrenias, sobre todo en

Estos planteamientos tan conservadores son aún más llamativos si se comparan con Coullaut o Besada quienes, al margen de su entusiasmo desbordante, para entonces ya habían publicado todos sus artículos⁴⁷⁷, expresando claramente, como veíamos, la superioridad del tratamiento psicofarmacológico sobre las técnicas de choque. Pero así como Coullaut trabajaba en un medio hospitalario —la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid—, las diferencias de criterio que acabamos de señalar son aún más llamativas en el caso de Besada, psiquiatra en otro manicomio gallego⁴⁷⁸, y cuya experiencia posiblemente conocieran Cabaleiro y su equipo, como ilustra la imagen del *symposium* sobre Tratamientos Neuropsiquiátricos actuales “organizado por el Sanatorio Psiquiátrico de Toén, en 1961, con la colaboración de la casi totalidad de los neuropsiquiatras gallegos⁴⁷⁹”.

Aunque los trabajos publicados no permiten extrapolar resultados, pues fueron pocos los fármacos con posibilidad de comparación real, no parece que hubo unanimidad para determinar las indicaciones de los psicofármacos según las formas de esquizofrenia, aunque sí existió mayor concordancia en cuanto a su eficacia sobre los

sus periodos agudos... Los dos principales son la insulino-terapia y la convulsion-terapia (reducida casi exclusivamente al electroshock)... En algunas clínicas (sobre todo anglosajonas), los métodos citados han quedado suprimidos, sustituyéndose por la administración de drogas psicótropas, asociadas o no a la psicoterapia individual o colectiva”.

⁴⁷⁷ El ensayo de BESADA (1967) sobre la sulforidazina, no tuvo la importancia de los anteriores.

⁴⁷⁸ Besada trabajó en Conxo como subdirector en la sombra con Rodríguez Somoza. A diferencia de Toén, dirigido por Cabaleiro desde su apertura en 1959, en las instalaciones de lo que iba a ser una leprosería, con “150 camas, solo para varones, bien dotadas de psiquiatras y cuidadores” (figura XXVI), Conxo fue “Guerra, tuberculosis... en un espacio con capacidad real para 600... pasa varios años con dos únicos psiquiatras. Poco a poco... médicos... no psiquiatras como jefes de sala (un cardiólogo, un endocrinólogo, un internista, etc.) que se limitan a pasar una o dos horas por el manicomio. Los psicofármacos tardan mucho en generalizarse, en parte por la escasez de psiquiatras y en parte por el control del gasto farmacéutico... En los años 50 Conxo vuelve a producir beneficios... la función curativa prácticamente no existe hasta 1968”. Un año después es vendido por la Iglesia a la Diputación de A Coruña, con gran hacinamiento y miseria asistencial. Pues bien, es en ese Conxo tétrico donde Besada, en contra de los elementos, es capaz de ofrecer una visión más actualizada del empleo de psicofármacos. Tal vez sea esto a lo que se refieran GONZÁLEZ y SIMÓN (2001: 123) cuando dicen “Allí, en torno al saber y a la inquietud de Cabaleiro, *se va creando una auténtica escuela de psiquiatría que transmite modernización aunque con numerosas contradicciones*. Es un lugar de saber que se exporta. *La realidad de la asistencia y de las historias clínicas tal vez es cuestionable*”. Cursivas nuestras.

⁴⁷⁹ CABALEIRO *et al.* (1964). Véase la figura XXVII.

quizofrenia, aunque sí existió mayor concordancia en cuanto a su eficacia sobre los síntomas-diana. A este respecto, veamos lo que sucedió con cuatro fármacos:

La clorpromazina, sin lugar a dudas el más ensayado y del que se disponía más experiencia, se conceptuaba como un buen antiangustiante⁴⁸⁰ con eficacia y rapidez en las alucinaciones y los delirios⁴⁸¹. De la sulforidazina se destacaba su mayor utilidad en formas agudas que en crónicas⁴⁸², al tiempo que mejoraba la angustia y la agitación, favoreciendo la sociabilidad al mejorar el contacto y las relaciones interpersonales⁴⁸³. El sulpiride se caracterizaba por su efecto desinhibidor y timoanaléptico, que favorecía la integración en programas de rehabilitación aunque en ocasiones podía provocar reaparición de la sintomatología productiva⁴⁸⁴. Finalmente, había bastante unanimidad en considerar la trifluoperazina como fármaco útil en las formas crónicas, con notable mejoría de la afectividad⁴⁸⁵.

Por el contrario, si nos atenemos a las indicaciones concretas sobre las diferentes formas evolutivas, comprobamos como resultaba casi imposible obtener consenso, no ya entre las diferentes clasificaciones de las fases y tipos de la enfermedad, sino también entre la valoración individual de los fármacos que acabamos de comentar con su hipotética aplicación a las distintas formas. El trabajo de Besada (1961a), es un buen ejemplo de cómo se intentaban establecer las indicaciones de los diferentes fármacos:

“...en las formas paranoides de la esquizofrenia crónica la medicación de elección parece ser la asociación medicamentosa ‘clorpromazina-azacyclonol’. Cuando aparece intolerancia individual a la clorpromazina puede sustituirse esta droga por promazina con similares resultados... Consideramos la reserpina como el neuroléptico de elección en las formas catatónicas, confirmando en este aspecto

⁴⁸⁰ COULLAUT y COLINA (1956) y RUIZ (1974).

⁴⁸¹ CABALEIRO (1958) y COULLAUT y COLINA (1956).

⁴⁸² ALONSO (1969) y PÉREZ SANFÉLIX *et al.* (1969).

⁴⁸³ MEDINA y SAMANIEGO (1969), PÉREZ SANFÉLIX *et al.* (1969) y PONS BARTRÁN (1969).

⁴⁸⁴ ARRANZ *et al.* (1972), MEZQUITA *et al.* (1972) y PLANAS (1973).

⁴⁸⁵ CABALEIRO *et al.* (1964), GARCÍA GONZÁLEZ (1969), GINER (1969) y SORIANO (1973).



Figura xxvi: Vista general de Toén (Orense).

FUENTE: Asociación Galega de Saude Mental.

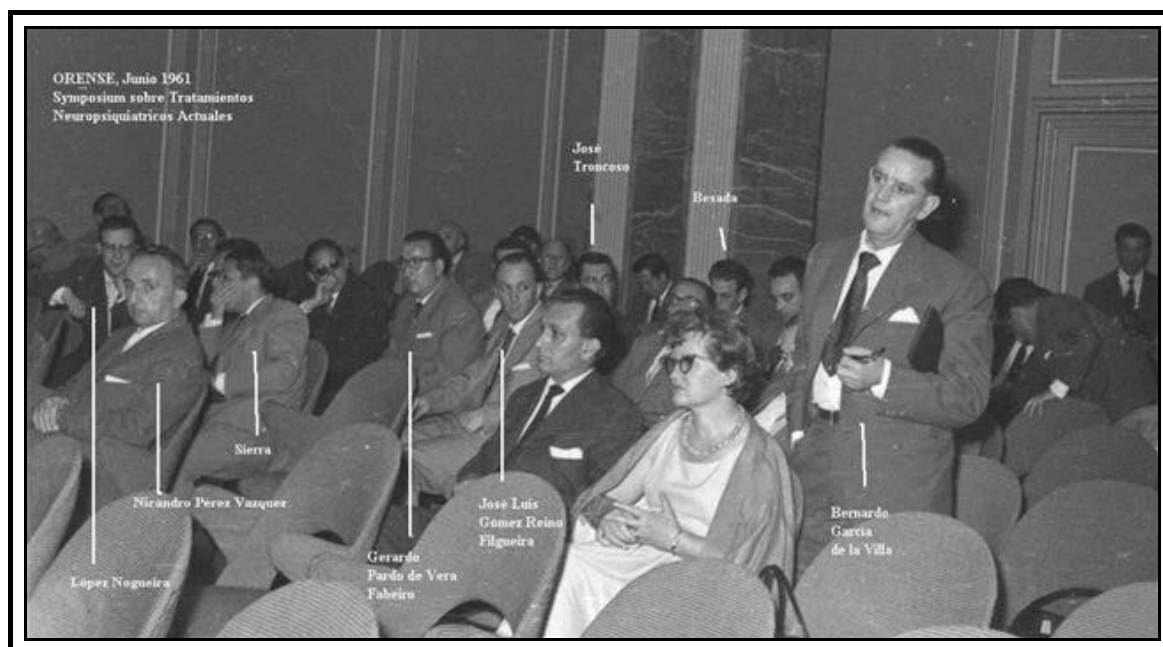


Figura xxvii: *Symposium sobre Tratamientos Neuropsiquiátricos Actuales*,
Toén (Orense), Junio de 1961.

FUENTE: Asociación Galega de Saude Mental.

el común sentir de los autores... En las hebefrenias la asociación “clorpromazina-reserpina” es la que reporta los mejores resultados, superando con mucho la eficacia de ambas drogas empleadas aisladamente... En las formas crónicas delirantes y alucinatorias no hemos podido comprobar los brillantes resultados que relatan algunos autores... Es también la clorpromazina y sus derivados el medicamento primordial de tratamiento en las formas esquizocáricas”.

De todas formas, como ya hemos indicado, ni los trabajos estaban diseñados en este sentido, ni la población era la adecuada para poder establecer comparaciones, ni tampoco fueron muchos autores quienes se dedicaron a ello⁴⁸⁶.

Llavero Avilés y Conde López

La situación descrita parece que cambió con el paso del tiempo de modo que, unos años más tarde, con la aparición del manual de Llavero y Conde a principios de la década de los setenta, se podía disponer de un texto bastante sistematizado de psicofarmacología con instrucciones genéricas, pero precisas, para el manejo de las psicosis. En él se resumía, de forma sencilla y apoyado por numerosos esquemas-resumen de gran utilidad, las características generales de los neurolépticos como grupo⁴⁸⁷, la gradación de los mismos en función de sus perfiles desde los sedantes a los incisivos, la dosificación, efectos secundarios, etc.:

“En primer lugar, se ha de intentar la cooperación del paciente y su adaptación al medio durante la primera semana, iniciando el tratamiento, bien en forma de choque o progresivamente; en segundo lugar, se deben aplicar todas las técnicas psicoterapéuticas, de rehabilitación y resocialización, tan pronto como hayan

⁴⁸⁶ Sólo BESADA (1961a, b; 1964) y CABALEIRO *et al.* (1964) publicaron trabajos con esta finalidad.

⁴⁸⁷ “Producción de un estado particular de indiferencia psicomotriz, con disminución y enlentecimiento de los movimientos, apatía, disminución de la iniciativa, neutralización afectiva... Eficacia en estados de agitación, excitación, agresividad e impulsividad, tanto de tipo endógeno como exógeno... Reducción de los trastornos psicóticos, agudos y crónicos, en especial por sus acciones anticonfusionales, antialucinatorias y antidelirantes —con las debidas limitaciones psicopatoló-

desaparecido los síntomas causantes de una mayor inadaptación, continuándose al menos durante un par de meses; en tercer lugar, y después de las fases anteriores, se comienza la terapéutica de sostén con la dosis mínima eficaz, evaluando el grado de remisión total o intrahospitalaria del paciente⁴⁸⁸”

Más adelante, ampliaba un poco más este particular, en un proceder que podríamos considerar perfectamente aplicable hoy en día⁴⁸⁹, dejando constancia de la existencia de un criterio establecido en cuanto a pautas de administración, necesidad de mantenimiento para evitar recaídas y pautas alternativas ante la falta de respuesta al tratamiento:

“En conjunto, puede decirse que existe para cada neuroléptico y para cada individuo una posología óptima, que es preciso determinar en cada caso y en cuya evaluación entra siempre un contexto de factores apreciables únicamente por una experiencia prolongada y rígidamente controlada. Todo clínico conoce como a dosis mínimas de un neuroléptico determinado pueden responder positivamente pacientes que han sido resistentes a grandes dosis de fármacos semejantes, tanto en su estructura química como en efectos psicofarmacológicos. La duración de la administración de un neuroléptico es también individual, aunque es posible establecer unas pautas aproximadas globales. Una vez obtenida la mejoría se debe bajar el neuroléptico progresivamente, a veces incluso durante algunas semanas, hasta alcanzar la dosis de mantenimiento, que se debe mantener durante largo tiempo, a veces incluso indefinidamente, de tal forma que es una experiencia común el tener pacientes psicóticos crónicos hospitalizados bajo tratamiento neuroléptico desde su aparición en 1952 y 1958. Gross y col. (1962-1965), entre otros, han llamado la atención sobre el hecho de que las posibilidades de recaída en el espacio de 6 meses son tres veces más grandes en caso de suspensión de la medicación

gicas—, a las que se añaden en el caso de las esquizofrenias las acciones desinhibidoras y estimulantes del psiquismo y facilitadoras del contacto interpersonal” (LLAVERO y CONDE, 1970: 139) *Ibid.* p. 163.

⁴⁸⁹ MC EVOY, SCHEIFER y FRANCES (eds.) (1999) y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (2000).

que cuando ésta se mantiene durante largo tiempo... En este sentido es preciso tener en cuenta que cuando se produce una recaída es prudente dar una medicación de mantenimiento más elevada y estudiar las posibilidades e pasar a otro neuroléptico⁴⁹⁰.

Respecto a la eficacia de los psicofármacos en las psicosis agudas, las valoraban en un 75%, muy superior al del 23% aceptado para el placebo, mientras que en las crónicas sólo se llegaba al 25%, puesto que para vencer el “síndrome hospitalario”, necesitan algo más que psicofármacos”.

En la línea de pragmatismo que hemos comentado en el apartado 6.3.1 *Panorama general de la terapéutica de la esquizofrenia*, sobre la adscripción teórica de Conde, la explicación del mecanismo de acción se limitaba a aceptar su acción sobre el metabolismo de las aminas biógenas a nivel del sistema reticular y el sistema límbico, influenciando “las manifestaciones del psiquismo, incluso las más superiores”, sin que pudiera excluirse “una acción sobre un plano psíquico más profundo”, motivos que justificaban la denominación genérica de estos fármacos como “antipsicótico⁴⁹¹”. Cualquier planteamiento alternativo era reducido a la categoría de pseudoproblema. El único fallo estaba en no explicar cómo la acción sobre determinadas estructuras cerebrales conseguía modificar los síntomas y hasta la evolución de la enfermedad en curso⁴⁹².

Sin embargo, era a la hora de establecer las indicaciones donde volvía a aparecer un concepto crucial sobre el que ya hemos hablado: el síntoma-diana. Tras enumerar las indicaciones generales de los neurolépticos en psicosis agudas, esquizofrénicas — agudas, crónicas, simples, hebefrénicas, catatónicas, paranoides, mixtas y marginales—, psicosis crónicas —alucinatorias, delirantes, confusionales y parafrénicas—, y neurosis graves, se especificaba: “Hay que tener en cuenta que han sido precisamente

⁴⁹⁰ *Ibid.* p. 175-6.

⁴⁹¹ Término que sólo ha comenzado a emplearse de forma genérica en los últimos años, tras la introducción de la generación de los fármacos que hoy día empleamos.

⁴⁹² *Ibid.* p. 174.

los neurolépticos los que han mostrado tanto a los clínicos como a los farmacólogos la mayor utilidad de trabajar con “*conjuntos de target symptoms*” que con entidades nosológicas⁴⁹³”, estableciendo como síntomas preferentes para el tratamiento neuroléptico los síndromes de agitación psicomotriz, de angustia-ansiedad psicóticas, de auto y heteroagresividad, los delirios agudos y los síntomas paranoides, mientras que eran menos favorables los síndromes de indiferencia-apatía-bradibulいた, delirante crónico, hebefrénico, catatónico y el estupor catatónico. En el capítulo siguiente, Psicofarmacología y psicosis, volvía a insistir sobre el particular:

“El primer módulo conceptual sobre los psicofármacos en general y los neurolépticos en especial, dentro del campo de las psicosis, y más específicamente del llamado síndrome esquizofrénico, postula que éstos actúan selectivamente sobre ciertos síntomas, signos, síndromes o complejos sintomáticos⁴⁹⁴, de tal forma que en una objetivación experimentalista y pragmática se denominan “síntomas diana” o “síntomas clave”, por su relativa facilidad de conseguir en ellos aciertos terapéuticos. La aparición de numerosas “escalas de evaluación” o “Rating-Scales”... cada vez más cortas, perfeccionadas y precisas, dan una prueba objetiva de esta tendencia. Su fundamento es eminentemente pragmático: los psicofármacos son experimentados en relación a sus efectos reductores sobre los items, que representan un síntoma o conjunto sintomático, a través de formularios sometibles a análisis factorial o cuantificables, y que evalúan electivamente la semiología modificada por la medicación.

Las ventajas de este método son obvias, en especial su humilde intento de poner un cierto orden, dentro de amplios límites, en lo que numerosos autores han llamado “la situación babélica de la Psiquiatría”. Por otra parte, es posible

⁴⁹³ *Ibíd.* p. 164.

⁴⁹⁴ En concreto tres, “que pueden presentarse en distintas proporciones en todas las enfermedades mentales, y especialmente en las esquizofrenias: síndrome de agitación psicomotriz,... efectos antipsicóticos,... y efectos antideficitarios” (*Ibíd.* p. 173).

comparar casi internacionalmente los resultados obtenidos por diferentes experimentadores y clínicos de diferentes medios⁴⁹⁵".

Respecto a los inconvenientes de este método, consideraba tres desventajas a tener en cuenta, aunque nuevamente las minimizaba para restarles su valor crítico. Así, despreciaba la subjetividad implícita que "las escuelas de orientación científico-espiritual" achacaban a este proceder por no poder controlarse ni siquiera con la metodología doble y triple-ciego, al tiempo que otras variables más sutiles, como las "influencias micro y macrosociales, la dinámica de cada caso, las sutiles tramas de las relaciones interpersonales" eran difícilmente evaluables en la clínica. En cuanto al argumento de los "antiquimioterapeutas" respecto a que la acción ejercida por los fármacos sería sólo sobre aspectos externos de la enfermedad, como la agitación —las "camisas de fuerza químicas"—, pero no sobre la parte nuclear de la misma, lo despachaba como "pseudoproblema" al afirmar que no había experiencia suficiente para determinar cuál era el verdadero efecto de los psicofármacos; la otra acusación de éstos, en el sentido de que los efectos secundarios de la medicación se añadían a los de la enfermedad confundiendo con la psicopatología propia de ésta, lo solucionaba admitiendo que ello era resultado del uso extensivo y masivo de los neurolépticos, pero sin discutir el fondo de la acusación. Finalmente, al considerar que los psicofármacos favorecían una aproximación transversal a la enfermedad en detrimento de la consideración longitudinal del proceso en su evolución, simplemente respondía con que los fármacos ejercían su acción por mecanismos aún desconocidos, estando justificada la asociación de los mismos con objeto de conseguir aún mayores efectos.

Conde (1970: 172-3), finalizaba la controversia recordando la acción sintomática de la farmacoterapéutica psiquiátrica, poniendo de manifiesto la ausencia de una terapéutica causal de la enfermedad mental, cuestión no resuelta hoy día:

⁴⁹⁵ *Ibíd.* p. 165.

“Desde otro punto de vista, no hay que olvidar que los efectos psicotropos no son etiológicos, sino patogénicos. Consecuentemente, y como ejemplo, un psicofármaco aplicado a un conflicto neurótico no actuará sobre él, aunque facilitará las relaciones psicoterapéuticas interpersonales; lo mismo puede decirse de los tratamientos neurolépticos en psicóticos esquizofrénicos, cuya acción principal — actuar sobre un conjunto de “síntomas diana”—, produce una remisión, pero no una verdadera curación en el sentido habitual de la palabra”.

Otros fármacos

Para finalizar, unas breves palabras sobre otros fármacos empleados en el tratamiento de la esquizofrenia. Para el manejo de los efectos secundarios extrapiramidales provocados por los neurolépticos se extendió el empleo de medicación antiparkinsonizante: biperideno (Akinetón®), trihexifenidil (Artane®), etibenzatropina (Ponalid®) y otros (Benadryl®, Solventol®). Por otra parte, como ya hemos comentado, pasado el entusiasmo inicial de los primeros resultados se vio que había pacientes en los que los diferentes tratamientos, como ya ocurriera en la época preneuroléptica, no resultaban eficaces. Tales casos sirvieron para ensayar los nuevos neurolépticos que aparecían en el mercado y, ocasionalmente, otros compuestos. Así sucedió con algún tranquilizante “menor”⁴⁹⁶ como el azacyclonol (Frenquel®), cuyo empleo se abandonó pronto al no obtenerse los resultados esperados. Más interés despertó el tratamiento con antidepresivos (imipramina y clorimipramina), donde los tres ensayos que hemos encontrado⁴⁹⁷ postulaban su utilidad en los síntomas afectivos de la esquizofrenia, en las depresiones postpsicóticas, en las formas inhibidas y acinéticas, en los estados defectuales o en el subtipo hebefrénico y hebefrénico catatónico de la enfermedad.

⁴⁹⁶ Terminología clásica para denominar a la benzodiazepinas y otros agentes sedantes en oposición a la intensidad del efecto producido por los neurolépticos sedativos, denominados tranquilizantes “mayores”.

⁴⁹⁷ JIMÉNEZ ESPINOSA (1962), JIMÉNEZ (1969) y GONZÁLEZ LÓPEZ (1974). Distanciados en el tiempo, el primero valoraba la utilidad de la imipramina y, los otros dos, el de la clorimipramina. La calidad de todos ellos fue discutible, y los resultados poco valorables.

En general, estos estudios fueron anecdóticos y se encuadraron dentro del intento de valorar la utilidad de la clorimipramina en las enfermedades mentales en general⁴⁹⁸. En la bibliografía no encontramos que su uso fuera muy extendido, y en los libros apenas se cuenta con indicaciones al respecto, al recogerse el posible empeoramiento de los síntomas productivos en pacientes hasta entonces inactivos. Posiblemente, el objetivo que se perseguía cumplir vino a satisfacerlo parcialmente los ensayos realizados con sulpiride, al que igualmente se atribuía un efecto desinhibidor y estimulante al poseer una estructura no emparentada con los neurolépticos ya conocidos. Incluso se llegó a producir un fenómeno curioso, cual fue la acumulación de estudios sobre el mismo en el transcurso de un año, quien sabe si relacionado con intereses comerciales del laboratorio distribuidor⁴⁹⁹.

6.3.5 Psicoterapia

El abordaje psicoterapéutico de la esquizofrenia ocupó la quinta parte de los trabajos sobre terapéutica. En este apartado encontramos trabajos dedicados tanto a cuestiones psicodinámicas como a terapias de otra orientación, divididas para su estudio, de acuerdo con los autores que escribieron sobre ellas, en psicoterapia individual y psicoterapia colectiva. Salvo excepciones como la de Cabaleiro (1954), en la primera mitad del periodo franquista, los distintos autores que preconizaron el empleo de la primera, siempre en combinación con los métodos biológicos, no especificaron a qué modalidad se referían, asumiendo una acción inespecífica e intercambiable entre las diferentes técnicas, de modo similar a lo que sucedía con los tratamientos biológicos; o bien elaboraron un discurso, en ocasiones especulativo o de corte ensayístico, desconectado de cualquier adscripción teórica concreta. En cuanto al empleo de la psicoterapia colectiva, habitualmente dirigida a pacientes residuales, se tendía por regla gene-

⁴⁹⁸ Como el ya citado estudio de RODRÍGUEZ y LÓPEZ IBOR (1967).

⁴⁹⁹ Dos de los tres trabajos se publicaron en 1972. Algo similar ocurrió con la sulforidazina, pues cuatro de los cinco trabajos aparecieron en 1969.

ral a la prescripción de ergoterapia, con algunas menciones a la terapia de grupo, aunque sin especificar las técnicas aplicadas⁵⁰⁰, haciendo válida la sugerencia de Sarró de que “La aplicación de la terapéutica ocupacional es un verdadero arte⁵⁰¹”.

Puesto que la concepción de la esquizofrenia era la de una enfermedad mental con un sustrato biológico sobre la que se desarrollaba una superestructura psicógena⁵⁰², el efecto terapéutico de la psicoterapia, cuyo hipotético mecanismo de acción nunca se especificaba, iba encaminado a la supresión de dicha superestructura, facilitando al mismo tiempo el contacto del paciente con el mundo. Ello no era óbice para que, en algún caso⁵⁰³, se planteara que la psicoterapia tenía una acción eminentemente biológica.

A partir de la década de los sesenta, la imprecisión que caracterizaba a los capítulos sobre psicoterapia contenidos en los manuales y tratados de psiquiatría dio paso a una producción especializada que, aunque incipiente, mostraba una mayor calidad. Sin embargo, la escasez de artículos al respecto —diecinueve en total—, la mayoría de ellos de orientación psicoanalítica en el sentido en que lo plantea Corcés⁵⁰⁴, no permite extraer conclusiones al respecto, aunque sí comprobar cómo participaron de los mismos fenómenos que describen Carles *et al.* (2000) acerca de la institucionalización de la disciplina en nuestro país.

⁵⁰⁰ BESADA (1961b) ofrece un sucinto comentario al respecto, refiriéndose a ellas como “diversos servicios ergoterápicos instalados en el Manicomio”.

⁵⁰¹ Así, GARCÍA GONZÁLEZ (1969) comentaba: “Son extraños unos porcentajes tan elevados [85%], en comparación con otras estadísticas; nosotros lo achacamos a nuestra fase intensiva de rehabilitación del enfermo mental, en la que todos los pacientes tienen a disposición un trabajo a realizar y un contacto interpersonal más productivo, en una estructura como la nuestra de comunidad terapéutica”.

⁵⁰² Aunque algunos autores, como Sarró, fueran propensos a emplear conceptos psicodinámicos para explicar el defecto esquizofrénico, recurriendo a Freud y su concepto de regresión narcisística de la libido.

⁵⁰³ CABALEIRO (1954; 1961).

⁵⁰⁴ “... un discurso específico con leyes propias, tanto de inclusión como de exclusión y que, a su vez, se establece nítidamente diferenciado del conjunto de los discursos científicos y culturales, formando un determinado y específico paradigma o programa de investigación” (CORCÉS, 1997: 143).

Quisiéramos hacer ahora un inciso para comentar alguna de las dificultades por las que atravesó la institucionalización del psicoanálisis en España, de acuerdo con lo recogido por Carles *et al.* (2000: 253-62). Aunque la oposición al desarrollo del psicoanálisis no existió de forma oficial, sí que se produjo de manera oficiosa, con tácticas como la de López Ibor, que invitaba a su servicio a psicoanalistas extranjeros aprovechando su estancia con fines formativos en España, al tiempo que mostraba una actitud de ridiculización y hasta amenaza hacia los profesionales que la ejercían⁵⁰⁵, creándose un ambiente de oposición respecto al psicoanálisis de forma que, como afirmaba Acosta “los jefes en aquel momento de la psiquiatría española (...) eran partidarios en contra del psicoanálisis⁵⁰⁶”.

A pesar de ello, no deja de ser tremendamente paradójico el hecho de que un psicoanalista, Ruiz Ogara⁵⁰⁷, fuera el segundo máximo productor sobre esquizofrenia durante el franquismo, con siete artículos. Considerado por Molina Núñez (1968) como experto en análisis de esquizofrénicos, Ruiz Ogara también se vio obligado a emplear lo que algunos denominaban “la estrategia de la prudencia y la evitación de confrontaciones directas para lograr si no su aceptación por parte de la psiquiatría oficial, al menos su respeto⁵⁰⁸”, y así citaba en sus trabajos a López Ibor, hacía referencias a la fenomenología, como se aprecia en su trabajo de 1963, o recurría al subterfugio de utilizar el término *psicoterapia* en lugar de psicoanálisis, cuando era obvio que el contenido del artículo expresaba conceptos psicodinámicos. Igual estratagema utilizó Gómez del Cerro (1959) quien además, aprovechando los motivos que dieron pie a la redacción del artículo —la posibilidad de modificar el modelo de asistencia del hospital

⁵⁰⁵ Como recogen CARLES *et al.* (2000: 254), Frutos recordaba las palabras de López Ibor jactándose de lo poco que le costaría destruir el grupo psicoanalítico, mientras Gállego personalizaba en él la oposición de la psiquiatría oficial al desarrollo de la disciplina.

⁵⁰⁶ CARLES *et al.* (2000), p. 254.

⁵⁰⁷ Aunque Ruiz Ogara no aparece, el capítulo III del libro citado (2000: 227-95) da cumplida cuenta de los avatares del movimiento psicoanalítico desde la década de los cuarenta hasta 1968, con datos que permiten valorar la labor llevada a cabo por la escuela de Barcelona.

⁵⁰⁸ *Ibíd.* p. 262.

donde trabajaba, a propósito de la creación de un servicio de psicoterapia de las psicosis—, exponía las críticas a la institución y al modo de actuar, quedando la impresión de que también establecía notables paralelismos con la sociedad franquista⁵⁰⁹.

Los trabajos que hemos encontrado se dividen en aquellos en los que se exponía un caso clínico acompañado de comentarios sobre las intervenciones realizadas⁵¹⁰; y aquellos otros en los que se abordaban cuestiones teóricas referidas al tratamiento de la esquizofrenia⁵¹¹. La falta de conocimientos al respecto no nos permite hacer un análisis exhaustivo, si bien podemos decir que la mayoría de autores estaba de acuerdo en la posibilidad de llevar a cabo un análisis de los pacientes a expensas de establecer una transferencia con la parte conservada del yo y trabajar sobre la misma, realizando modificaciones sobre la técnica clásica aplicada en las neurosis, con diferencias de escuela en cuanto a la adopción de una actitud más distante y fría con el paciente o, por el contrario, mostrarse afectuoso y maternal con el mismo⁵¹². En unos casos se compaginará el análisis con la terapia farmacológica, mientras que en otros no se hará referencia a la misma, aunque tampoco se militará en contra de ella.

⁵⁰⁹ “En principio, estudiamos el sentido psicoterápico de la asistencia tal como se venía prestando, y hallamos que ésta se fundaba en la existencia de un Super-yo, omnipotente y tiránico, dotado de extraordinarios poderes y con unos pocos claros principios de fácil expresión y aceptación. Estos pueden resumirse en el lema ‘Lucha contra los síntomas y expresión psíquica anormal’. El enfermo no debe ni puede comportarse como un ‘loco’, el Super-yo, con los medios a su alcance, no lo permite; él con sus tratamientos y medicinas, lo evitará; él con su autoridad no se lo permitirá; él con su seguridad y fortaleza, le protegerá de los ataques del Yo y del Ello personal del enfermo. Que éste se entregue al Súper-yo, que obedezca, que se someta, que se adocene, y así el enfermo se librará de la angustia... Pero el precio que ha de pagar es excesivo, es el precio de la libertad y de su verdadera curación. El enfermo se convierte entonces en aislado. Ese modo de ser persona (infrapersona si se quiere) normal dentro del Sanatorio, que no puede salir de él y que enferma tan pronto lo abandona (Dictadura del Súper-yo)” (GÓMEZ DEL CERRO, 1959).

⁵¹⁰ FILOMENO MAYANS (1975), PARELLADA (1967), POCH (1963), RUIZ OGARA (1963) y RÍSQUEZ (1970).

⁵¹¹ BERDALA (1968), BUÑUEL (1960), CABALEIRO (1961), GARCÍA Y LÓPEZ (1969), HERRERO ALDAMA (1964), MÁRQUEZ BALIN (1968), con un notable trabajo de revisión sobre orientaciones de las diferentes escuelas, MARTÍ-TUSQUETS y RUIZ OGARA (1960) MOLINA NÚÑEZ (1968), OBIOLS (1959), PUIG GINER (1959), REY ARDID (1960) y RUIZ OGARA (1967).

⁵¹² Los artículos de BERDALA (1968) y RUIZ OGARA (1967), por ejemplo, dan indicaciones y orientaciones generales sobre cómo manejar la transferencia, qué tipo de conflictos abordar, cómo hacerlo y sus posibles consecuencias.

Desde el punto de vista técnico, unos pocos trabajos se dedicaron a relatar experiencias con terapia de grupo mientras que los restantes estuvieron referidos a la terapia individual. En cuanto al contenido, desaparecerá la inespecificidad en cuanto a descripción de la técnica y mecanismo de acción que caracterizaba a los trabajos de la primera mitad del franquismo, para dar paso a artículos estructurados donde se explicaba —en ocasiones con notable detalle—, el proceder terapéutico y la base teórica que lo sustentaba⁵¹³. Además, la actitud ante el enfermo será, ciertamente, más humana y preocupada por la mejoría del paciente en diferentes áreas de funcionamiento, sin comentarios valorativos, a diferencia de lo expresado por Vallejo Nágera o Sarró.

En cuanto a las revistas que sirvieron de medio de difusión habría que citar, además de la *Revista Española de Psicoterapia Analítica* y la *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*⁵¹⁴, el *Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*. Dirigido por Farré, Grañén (director también del Instituto) y Otaola⁵¹⁵, y con Murcia-Valcárcel como redactor-jefe, esta revista se caracterizó por la difusión de las ciencias afines a la psiquiatría, en su vertiente psicológica y psicoterápica, y fue órgano de expresión su institución patrocinadora, el *Instituto de Medicina Psicológica*. El papel que jugó esta publicación en la difusión del psicoanálisis está pendiente de un estudio con profundidad.

La conclusión que se extrae tras una mirada rápida a la evolución de los artículos sobre psicoterapia, mayoritariamente psicoanalítica, es la de una progresiva normalización y profesionalización en la difusión de la misma aunque, como bien expresan

⁵¹³ Como por ejemplo el artículo de MARTÍ TUSQUETS y RUIZ OGARA (1960).

⁵¹⁴ Bajo la égida de Sarró, cuya actitud frente al psicoanálisis fue más tolerante que la de López Ibor.

⁵¹⁵ “Otaola y Grañén, se quedaron y crearon el Instituto de Medicina Psicoanalítica, y siguieron haciendo una psiquiatría de corte dinámico. Aunque no entraron nunca en la ortodoxia del psicoanálisis ni fueron reconocidos como psicoanalistas, tuvieron un papel destacado en la difusión de las ideas freudianas dentro de la psiquiatría oficial organizando la mayoría de actividades que en la cátedra de Barcelona tuvieron relación con el psicoanálisis. Mientras el grupo se formaba en

Carles *et al.* (2000: 308), “La plena normalización, no exenta de polémicas, como en el resto de la psiquiatría occidental, sólo viene con el advenimiento de la democracia en nuestro país, a partir de 1975”.

6.3.5.1. Psicoterapia individual

Vallejo Nágera

Una de las primeras tomas de posición respecto al empleo de la psicoterapia la encontramos en el libro de Vallejo Nágera (1940: 272), *Tratamiento de las Enfermedades Mentales*, quien reprodujo sin ninguna variación el mismo texto en las tres ediciones de su *Tratado de Psiquiatría*, comenzado con la siguiente exclamación: “¡Complejo capítulo el de la psicoterapia en la esquizofrenia!”, para seguir

“Capítulo más complejo que en cualquiera otra psicosis o neurosis, más embrollado y confuso todavía que el de los tratamientos fisioterápicos, punto en el que se contradicen los prácticos, ensalzando uno lo que el otro anatematiza, problema terapéutico propicio a las divagaciones y fantasías doctrinales. *He aquí por qué descendemos de la lucubración doctrinal al terreno de la clínica y preferimos limitarnos a unas cuantas normas prácticas sancionadas por la experiencia, en lugar de redactar una revista crítica sobre el problema, luciendo una erudición que, fácilmente adquirible, redundaría en escaso beneficio para los esquizofrénicos*⁵¹⁶”.

Consideradas en conjunto las distintas formas de psicoterapia como similares entre sí y de acción inespecífica, de forma parecida a lo expresado sobre los distintos tratamientos somáticos, iniciaba su exposición con algunas cuestiones generales, donde planteaba la psicoterapia como complemento, que no tratamiento principal, en cualquier fase de la enfermedad; que su objetivo era poder establecer un contacto afectivo con el enfermo “complacidamente sumergido en su mundo autístico, porque le re-

Suiza, ellos mantenían el terreno en condiciones de ser abonado” (CARLES *et al.*, 2000: 242. También, 263-95 para la historia de las instituciones difusoras del psicoanálisis en España).

pugne o tema la realidad”; y que era imprescindible la terapéutica ocupacional, a la que estaban supeditadas el resto de psicoterapias.

La finalidad que debía tener la psicoterapia era triple: la ruptura del autismo “en que se ha encerrado” el enfermo, restableciendo así el vínculo con la realidad; el hallazgo de soluciones a los conflictos intrapsíquicos y la destrucción de los complejos productores de sintomatología⁵¹⁷; y la conversión de la elaboración psicótica de vivencias en una elaboración normal, “disolviendo los ‘artefactos’ psíquicos que se hayan formado como producto de las vivencias psicóticas y las ‘psicosis de fachada’ residuales de los brotes agudos⁵¹⁸”.

Antes de comenzar a hablar de las dos posibilidades de psicoterapia, la colectiva —fundamentalmente la laborterapia derivada de los planteamientos de Simon—, y la individual —entendida de forma ecléctica—, realizaba una serie de disquisiciones sobre la personalidad del terapeuta y el manejo que éste debía hacer de la relación establecida, todo ello en términos de tinte autoritario:

“¡La personalidad del terapeuta! En ella radican muchos de los éxitos y fracasos. No es la sabiduría, no es la experiencia lo que nos permite adueñarnos del esquizofrénico, sino ciertas dotes físicas, cierto tacto, cierta habilidad intuitiva para sintonizar afectivamente, unidos al acento suasorio o enérgico, a la elegancia en el ademán, a algo indefinible que irradia de la personalidad... Empero, el afecto psicoterápico de las relaciones afectivas entre psiquiatría y esquizofrénico no en todos los casos representa la rotura del encapsulamiento autístico, sino a condición de que el último comprenda al primero como su salvador y figura del mundo real, pues si le comprende morbosamente como un pelele o fantasma dentro de un mundo esquizofrénico, en este caso fallarán los efectos psicoterápicos⁵¹⁹”.

⁵¹⁶ El texto en cursiva se suprimió en las tres ediciones del *Tratado...*

⁵¹⁷ Parece que se refiere a los complejos sintomáticos de Carl Schneider, aunque sin nombrarlo.

⁵¹⁸ VALLEJO NÁGERA (1940), p. 273.

⁵¹⁹ *Ibíd.* p. 273-4.

A partir de este punto, el capítulo comentaba de manera bastante resumida las ideas de Simon expuestas en la parte general, y sobre las que volveremos más adelante, con una referencia al registro de los logros del paciente y la devolución posterior de los mismos, que recuerda a las técnicas actuales de autorregistro de las terapias cognitivo-conductuales.

Sin embargo, era en la parte de la psicoterapia individual donde se explayaba en su crítica al psicoanálisis, con el recurso a citas de autores extranjeros de reconocida autoridad entre los profesionales. Así, si unos párrafos antes advertía que “en la psicoterapia de los esquizofrénicos, constituye formidabilísimo error la fidelidad a las ortodoxias de Escuela”, aprovechaba ahora para enfrentarse “con el tan discutido método psicoanalítico”. Tomaba las opiniones de Freud sobre la imposibilidad de análisis al tratarse de una neurosis narcisista en la que, por definición, no era posible obtener una transferencia, y las ponía en contraste con las de Fenichel, sobre las dos fases de la psicoterapia —establecimiento de transferencia, en un primer término, y resolución de la misma al modo en como se hacía en las neurosis, en una segunda fase, sin provocar una regresión narcisista—. Sin embargo, ofrecía el inmejorable contrapunto de las opiniones de Kretschmer, en realidad vaguedades ya apuntadas por los psicoanalistas, con el remate de las palabras de Speer “es cierto que el enfermo presta atención a este trabajo psicoterápico; pero el proceso en que radica la enfermedad no se ocupa de estas cosas⁵²⁰”.

El capítulo finalizaba con la referencia a las psicosis de fachada, concepto propuesto por Kretschmer para denominar la sintomatología secundaria residual que algunos pacientes presentaban tras el brote, cuyo mantenimiento atribuía al propio paciente quien, consciente de lo devastada que había quedado su personalidad tras el brote y considerando que no valía la pena construir nada nuevo sobre esos restos, “gustoso se refugia en el edificio vacío de su autismo barroco, que le sirve para defen-

⁵²⁰ *Ibíd.* p. 275-6.

derse de la realidad, estableciéndose así una especie de esgrima entre el médico y el enfermo. Objetable el concepto de Kretschmer, es indiscutible que nos ofrece una orientación práctica para las indicaciones de la psicoterapia en los distintos periodos de evolución de la esquizofrenia⁵²¹”, lo que en modo alguno se deducía de la exposición de ideas que acababa de realizar, aunque lo intentaba sistematizar en el capítulo siguiente, ya comentado en el apartado 6.3.1 *Panorama general de la terapéutica de la esquizofrenia*.

Así pues, inespecificidad, supeditación a los métodos somáticos de tratamiento, y sumisión a la figura del terapeuta fueron las características más sobresalientes de la psicoterapia planteada por Vallejo Nágera.

Marco Merenciano

Otro de los posicionamientos significativos respecto a la psicoterapia fue el de Marco Merenciano (1946: 175-9), en esta ocasión aplicada a las formas atenuadas de la enfermedad, para las que aceptaba un concurso importante de la psicogenia en la conformación del cuadro clínico, hasta el extremo de afirmar que “todo cuanto se haga a estos enfermos es tratamiento; quiere esto decir que la parte psicoterápica es fundamental. Debe comenzarse con la psicoterapia, y en algunas ocasiones no es posible hacer otra cosa que psicoterapia” Y lo apoyaba con el comentario respecto a una paciente que, negándose a someterse a un tratamiento convulsivante, “el reducir sus conflictos y el desbrozar su caparazón neurótico le produce el suficiente alivio para compensar su trastorno psicótico, aunque sólo sea temporalmente.”

Aún reconociendo su convicción de que una psicoterapia “no podrá curar una psicosis” y manifestando su descrédito hacia la interpretación psicoanalítica de la es-

⁵²¹ *Ibíd.* p. 277. Es inevitable, e imprescindible, contextualizar el momento histórico en que se desarrolla el fenómeno que deseamos estudiar. En este caso, los condicionamientos ideológicos propios del franquismo estuvieron presentes de forma más patente en las publicaciones del inicio, especialmente en lo referente a la psicoterapia, desapareciendo a partir de la segunda mitad de nues-

quizofrenia, reconocía el valor de la psicoterapia en el encapsulamiento y compensación “en su totalidad” de una psicosis mitis, aunque siempre expuesta a descompensarse.

Pero sin lugar a dudas, lo más significativo eran las normas generales que ofrecía para llevar a cabo una psicoterapia, que reproducimos casi por completo a continuación, donde aceptaba el empleo del psicoanálisis con los mismos matices generales que para otras técnicas, mantenía la inespecificidad en la selección de la técnica, o expresaba su particular visión sobre una variante confesional de terapia:

“1º El primer postulado de la psicoterapia es de tipo negativo. *No hacer lo que no se debe hacer...*

2º La psicoterapia puede constituir el tratamiento exclusivo, bien porque la psicogenia sea lo dominante o porque no haya posibilidad de aplicar ningún tratamiento físico o farmacológico eficaz o porque éstos hayan fracasado.

3º La psicoterapia solo es un tratamiento causal cuando lo psicógeno constituyera exclusivamente el cuadro patológico.

4º Lo psíquico tiene influencia sobre todo lo somático y, por consiguiente, la psicoterapia en mayor o menor medida tiene aplicación siempre.

5º Todo lo psicógeno no es influenciado por la psicoterapia. Por lo menos teóricamente, hay conflictos —vitales o simplemente sociales— cuya mejor y a veces única solución es la enfermedad.

6º Todos los procedimientos psicoterapéuticos (desde el hipnotismo y toda clase de sugestión vigil, el entrenamiento autógeno de SCHULTZ... y el método suasorio de DUBOIS, pasando por todas las direcciones psicoanalistas —FREUD, ADLER, JUNG, dialéctica vital de KÜNDEL—, hasta la psicagogía en el sentido de KRONFELD y la psicoterapia antropológica existencial tal como la concibe SARRÓ y LÓPEZ IBOR), no sólo han tenido éxito en manos de sus autores, sino que son métodos

tro periodo de estudio. Las razones aportadas por GONZÁLEZ DURO (1978), ya comentadas, se ven confirmadas por pasajes como los que acabamos de transcribir.

aprovechables en cierta medida utilizados por cualquier psiquiatra que no trate de traducirlos íntegramente y emplearlos sistemáticamente.

7º No puede actuar eficazmente el psicoterapeuta que no es capaz de dar un sello de originalidad a los procedimientos de los demás...

8º La psicoterapia que requiere cada enfermo depende en gran manera de la idea que éste tiene de la enfermedad (imagen autoplástica), e incluso algunas veces de la idea que tiene del mundo. Es necesario que el médico capte globalmente la personalidad del enfermo.

9º La psicoterapia religiosa es eficaz en tanto en cuanto el fondo del conflicto del enfermo puede llegar a la problemática de su destino ultraterreno, y además, en el caso concreto de nuestra confesión, porque también desde el punto de vista meramente existencial, el catolicismo es lo mejor⁵²².

10º Aun cuando la psicoterapia no sea el tratamiento *de fondo* en los procesos psicóticos mitigados, siempre tiene alguna participación⁵²³.

Sarró Burbano

Sarró (1940) abordaba a lo largo de tres capítulos la validez e indicación de las diferentes formas de psicoterapia. De formación psicoanalítica⁵²⁴, planteaba que tanto la sintomatología secundaria —reacción del psiquismo del paciente a la sintomatología primaria—, como ésta —"expresión directa del proceso orgánico"— eran accesibles al

⁵²² Y seguía en una nota a pie de página: "No me es posible entrar en el fondo de esta cuestión. Precisamente en los días en que redactaba estas notas, un enfermo dolido agudamente en su espíritu, acude a mí y comienza así su confesión: 'Yo no soy creyente ni me importa la religión, pero acudo a usted porque sé que es profundamente católico'. Yo no admito la posibilidad de que un enfermo católico busque un médico marxista, no por su ciencia, sino por la mejor razón de su marxismo" (MARCO MERENCIANO, 1946: 178, n. 3).

⁵²³ Entre las razones que daba estaban la de poder dar respuesta a las preguntas existenciales que suscitaba el sentimiento de enfermedad, el servir de rehabilitación del posible defecto que quedara tras el debut del cuadro, y la función del médico de acuerdo con la concepción diádica de la relación terapéutica según Laín Entralgo.

⁵²⁴ Véase al respecto CARLES *et al.* (2000), en especial el capítulo II.3, así como las vicisitudes de la formación de Sarró en psicoanálisis, recogidas de forma un tanto jocosa por BARCIA (1998). Sarró no publicó artículos entre 1942 y 1953, haciéndolo a partir de entonces sobre cuestiones mayoritariamente relacionadas con la psicoterapia de orientación antropológico-existencial, de las que ya había hablado en 1936.

empleo de la psicoterapia, aunque las posibilidades de influenciar la sintomatología primaria eran poco importantes. De las dos posibilidades, la terapia individual —con sus técnicas de naturaleza “descubridora” y “recubridora”— y la colectiva, sugería que era esta última, en su modalidad de laborterapia, el método de elección pues “... se aproxima, por su tendencia a los métodos “recubridores”, pero dista mucho de coincidir con ellos” siendo aconsejable una terapia que favoreciera la “represión de la sintomatología patológica prescindiendo de la comprensión de sus causas”. A pesar de lo cual, sentenciaba que “No obstante, en la práctica no existe oposición entre ellos, pudiendo simultanearse y con más frecuencia sucederse, ocurriendo casi siempre que un tratamiento iniciado con matiz individualizador, desemboca en la psicoterapia colectiva⁵²⁵”.

La indefinición de Sarró sobre la técnica a emplear era manifiesta: “la actuación psicoterápica individual en la esquizofrenia requiere, pues, un técnica *sui generis*, no coincidiendo plenamente con ninguna de las técnicas psicoterápicas empleadas en las neurosis, aunque se sirva más o menos de ellas. La mayor semejanza la presenta con los métodos psicagógicos (Kronfeld), pero en todo caso no creemos posible una sistematización algo rigurosa de la técnica⁵²⁶”. Y planteaba el manejo del *rapport* del esquizofrénico como medio para poder desarrollar una psicoterapia de corte analítico pero sin ofrecer mayor explicación⁵²⁷.

Para Sarró, el objetivo de la psicoterapia individual en la esquizofrenia era reprimir las producciones del inconsciente que inundaban al sujeto alejándolo de la realidad, pues su yo “minúsculo o... en trance de desaparición ahogado por las neoformaciones psicóticas exorbitantes” no era capaz de asimilar los contenidos inconscientes:

⁵²⁵ SARRÓ (1940), p. 29.

⁵²⁶ SARRÓ (1940), p. 34.

⁵²⁷ REY ARDID (1960) repetía en su artículo los argumentos ya referidos por otros representantes de la psiquiatría oficial, sin suponer ningún aporte nuevo respecto a lo visto hasta el momento.

“Lo que hay que hacer con la actividad biocéntrica patológica, es hundirla de nuevo en lo inconsciente donde tiene su asiento normal; no hay que atraer pues, lo inconsciente a la conciencia; no se trata de descubrir, sino de recubrir, de reprimir. Las *técnicas analíticas están contraindicadas* en la psicoterapia de la esquizofrenia. Por otra parte, las de sugestión directa, que como la *hipnosis* actúan sobre planos de vivencia primitiva, son también peligrosas, porque pueden provocar vivencias de influencia.

En todo caso unas y otras son difícilmente aplicables por no darse las condiciones psíquicas necesarias, principalmente capacidad de concentración suficiente⁵²⁸”.

Supeditando la técnica empleada al momento evolutivo de la enfermedad, planteaba que, en el estado agudo, había que intentar reinsertar al paciente a la realidad mediante la transferencia, alejando la vivencia de la enfermedad hacia zonas alejadas del núcleo de la personalidad. Ello se conseguía ayudando a la parte normal del paciente para que comprendiera a la parte enferma, manteniendo el vínculo con una realidad “representada por sus familiares, por otros enfermos, por paseos, juegos, ocupaciones, prácticas religiosas, lectura”. No obstante, en esta fase “el Cardiazol y la insulina que constituyen sin duda los tratamientos de elección en el periodo agudo, no permiten en modo alguno prescindir del tratamiento psíquico. En muchos casos, dichos tratamientos se limitan a crear unas potencialidades de reacción normal que es misión de la psicoterapia ir actualizando oportunamente⁵²⁹”.

En la fase de transición, hasta el establecimiento del defecto postprocesal, había que evitar los estímulos considerados nocivos —excitación de cuestiones que tienen que ver con la actualidad: en palabras de Mauz “política, religión, erotismo, acontecimientos sensacionales; en suma, todo lo que los periódicos nos facilitan”; movilización

⁵²⁸ SARRÓ (1940), p. 33. VALENCIANO (1933: 153-5), había ofrecido una explicación más plausible desde un punto de vista psicodinámico, debido a la imposibilidad conceptual de establecer una transferencia que permitiera el análisis, por tratarse de una neurosis narcisista.

intensa de afectos; exploración de las vivencias esquizofrénicas; y fatiga intensa psíquica o corporal—, mientras que era conveniente fomentar otros: atmósfera afectuosa “y todavía mejor con una tonalidad afectiva neutra e impersonal”; contacto con la naturaleza; trato indulgente con la individualidad.

En la fase post-procesal era “donde radica el más importante campo de acción para la actuación psicoterápica”, aunque había que prestar atención a tres posibilidades distintas de evolución, según se hubiera establecido un deterioro cualitativo con destrucción de la personalidad, con persistencia de síntomas, o un deterioro cuantitativo: “El tratamiento psíquico de la esquizofrenia post-procesal, tiene una norma general que en cada uno de los casos o aspectos citados se aplica en forma distinta. *Dicha norma es la de que el esquizofrénico, incluso remitido, es un hombre distinto para siempre de los normales, como si hubiese pasado a pertenecer a una nueva raza y que por consiguiente le corresponde lógicamente un estilo de vida, una forma de existencia también nueva*”.

Como podemos ver, se producía un deslizamiento por el que introducía la noción de raza para referirse a una cuestión totalmente ajena, cual es el cambio cualitativo permanente en la vida psíquica del paciente que le dificulta para hacer las tareas que previamente realizaba con normalidad. Y continuaba: “*En la práctica se prescinde muchas veces de estas finezas y se encamina al esquizofrénico hacia el tipo de vida del hombre medio como suele hacerse en la psicoterapia de las neurosis. Sobre todo cuando se inspira en una orientación individual-psicológica o psicoanalítica ortodoxa. Pero esto es erróneo. El esquizofrénico post-procesal es comparable a los heridos de cráneo...⁵²⁹*”. Heridos de cráneo a quienes, a diferencia de los esquizofrénicos, no consideraba una raza distinta.

⁵²⁹ SARRÓ (1940), p. 34.

⁵³⁰ *Ibíd.* p. 36. Cursivas nuestras en ambos entrecomillados.

La terapia de aquellos sujetos en los que había una destrucción de la personalidad que los asemejaba a los esquizoides, debía orientarse a potenciar aquellos aspectos conservados que les permitieran una mejor adaptación a la realidad, intentado aproximarse a la normalidad. Entablaba entonces una dialéctica que, apoyándose en Kretschmer, planteaba: “Para nosotros deben considerarse como *normales* no los esquizoides que imiten la ‘normalidad’ del hombre medio, sino aquellos que realicen sus posibilidades esenciales o, lo que es lo mismo, *que estén adaptados a las situaciones existenciales que les corresponden*”⁵³¹. Para aquellos sujetos en los cuales el estado defectual consistía en la persistencia de síntomas positivos, la terapia debía ir encaminada a su encapsulamiento de los mismos y, de no ser, a posibilitar la convivencia con los mismos, instruyéndoles en su ocultación⁵³².

Por último, cuando en lugar de un deterioro cualitativo como en los dos casos anteriores, se había establecido un déficit, la ergoterapia era la medida más adecuada. Retomando las palabras que sobre su concepto de normalidad hemos visto, concluía: “Para antiguos catatónicos con tendencia al automatismo, el convertirse en ‘máquinas utilizables de trabajo’, es alcanzar la máxima ‘normalidad’ que para ellos puede existir. No siendo capaces de vivir como individuos, no han dejado de serlo de vivir como elementos de una masa. En estos casos la psicoterapia individual debe ceder paso a la

⁵³¹ *Ibíd.* p.37. Cursivas nuestras.

⁵³² *Ibíd.* p. 37. En este sentido, las ideas de VALENCIANO (1933: 158), tenían mayor amplitud de miras: “Detenida la evolución del proceso e inmodificable por principio el defecto postprocesal en sí, no podremos, en nuestros intentos terapéuticos, pretender la modificación del substratum somático que sirve de base a la nueva situación, sino que nos contentaremos y dirigiremos nuestros esfuerzos a encauzar, fundamentalmente mediante una psicoterapia tomada ésta en su sentido más amplio, la ‘nueva personalidad’, a disminuir en intensidad y dirigir ciertos mecanismos y a reforzar y estimular otros rasgos; en definitiva, intentaremos la ‘compensación del defecto esquizofrénico’”. Nuevamente recogía las ideas de otros autores y hablaba, en términos psicodinámicos, de la conveniencia de mantener la represión sobre los conflictos del sujeto; de rehabilitar aspectos psicomotrices y del lenguaje perdidos a causa de la enfermedad; de reestimar la afectividad; etc. Todo ello mediante el empleo tanto de terapias individuales como del recurso a la laborterapia, aunque aplicada a la medida del paciente.

psicoterapia colectiva⁵³³“, en lo que no dejaba de ser una interpretación *sui generis* de un pasaje de Kretschmer⁵³⁴.

Cabaleiro Goás

El planteamiento de Cabaleiro respecto a la psicoterapia individual en la esquizofrenia también tenía en cuenta el momento evolutivo del proceso, aunque sus indicaciones eran bastante más precisas —dentro de la inespecificidad de acción admitida para todas ellas—, dando además la impresión de estar inspiradas en una preocupación real por la recuperación del enfermo, sin culpabilizarlo de su situación. Posiblemente en ello influyera su orientación analítico-existencial en cuanto a terapia se refería, en contraposición a su proscripción del psicoanálisis por motivos clínicos relacionados con la dinámica de la enfermedad.

De modo bastante más explícito que en sus artículos, Cabaleiro (1954: 315-23) dedicaba un capítulo completo a la psicoterapia y la laborterapia, que iniciaba recordando su concepción organicista de la enfermedad mental, para acto seguido conceder un papel “muy valioso” a las mismas “como complemento de las terapéuticas somáticas y más, si cabe, de las psicoquirúrgicas. La creemos completamente indispensable”. De acuerdo con su punto de vista, la psicoterapia debía encaminarse a “la restauración total del núcleo de su Yo desintegrado” por el proceso de la enfermedad, reintegrando el psiquismo desintegrado.

⁵³³ *Ibíd.* p. 38.

⁵³⁴ Véase, en comparación, las palabras de VALENCIANO (1933: 165) sobre el mismo pasaje: “La terapia del postprocesal en todo caso no debe ser algo sistemático y ajustado a un esquema único. Se precisa aquí toda la habilidad y capacidad individualizadora del terapeuta. De especial interés es, como ya indicábamos al hablar del esquizoide, no obstinarse en acercar de un modo forzado al esquizofrénico postprocesal al hombre medio. Ya hicimos antes constar sus inconvenientes. Kretschmer insiste en que, si bien es verdad que en la mayoría de los postesquizofrénicos vulgares debemos aprovechar su capacidad de automatización para de las ruinas de su personalidad fabricar ‘máquinas utilizables de trabajo’, en algunos casos originales, que sobresalen por sus cualidades del término medio, procuraremos hacer de nuevo ‘personalidades’, mas no pálidas imitaciones de seres normales, sino personalidades esquizofrénicas específicas con todas las finuras espirituales de este tipo”.

Enfrentado al tratamiento de una reacción esquizoide, la psicoterapia aparecía como tratamiento exclusivo, si bien “a veces ésta no basta, y hay que recurrir a las terapéuticas de choque”, evitando entrar, en cualquier caso, en el terreno de la psicología profunda por el riesgo de desencadenar reagudizaciones de la enfermedad al movilizar el inconsciente⁵³⁵.

Cuando se tratara de un paciente en periodo agudo⁵³⁶, la psicoterapia individual aparecía como complemento de los tratamientos de choque, con los que habitualmente se combinaba para potenciar los efectos de ambos, adquiriendo más importancia aún una vez remitido el episodio. Nuevamente contraindicaba el psicoanálisis en todo el proceso, manifestando su acuerdo con una orientación existencialista “a nuestro juicio, utilísima en este caso”, aderezada por una actitud un tanto paternalista destinada a ofrecer el mejor apoyo y contención posibles para el paciente: “paciencia, comprensión, afectuosidad y estimular al enfermo a interesarse por lo que alrededor de él sucede”. Para ello, cualquiera de una pequeña serie de métodos⁵³⁷ podía ser de utilidad “y no podemos decir que unos u otros caminos se aventajen para llegar al objetivo propuesto”. Además, de cara a la reintegración del paciente a su medio habitual, mostraba su preocupación por educar a familiares y amigos íntimos con objeto de evitar “estrindencias afectivas... hipervaloración de su episodio psicótico [...] sobre todo, la memoración de actitudes, hechos y dichos del enfermo durante su brote”.

Por último, en aquellos casos en los que el paciente había llegado a un estado defectual⁵³⁸, la modalidad de psicoterapia individual más adecuada era la técnica de enquistamiento de Kretschmer, método de naturaleza “encubridora” encaminado a faci-

⁵³⁵ CABALEIRO (1954), p. 316.

⁵³⁶ *Ibid.* p. 316-8.

⁵³⁷ “El utilizar para esta tarea el momento de la salida del coma insulínico o el de la recuperación del choque convulsivante (KRETSCHMER, WYRSCH, BRAUNMUEHL, etc.), el empleo del hipnoanálisis (BESSIERE y FUSSWERK), el ‘método del enquistamiento’ de KRETSCHMER, el de REICHNER que trata de organizar las disposiciones de la personalidad externa, el método ‘encubridor’ de MAUZ, la simple labor psicagógica, la logoterapia de FRANKL o la sustitución de la compensación delirante o mágica por la ‘realización simbólica’ (SECHEHAYE) podrán conducir a la meta” (*Ibid.* p. 318).

litar al enfermo su compensación a expensas de las porciones sanas de su personalidad, sin permitir que “su mundo interior” afectara en exceso sus relaciones con la otra realidad, la exterior. Apoyando a la citada técnica, Cabaleiro nuevamente otorgaba gran valor a la analítica existencial, pasando entonces a exponer la laborterapia, especialmente indicada en esta fase de la enfermedad aunque también válida en el periodo agudo, como veremos en el siguiente apartado.

En un artículo posterior, Cabaleiro (1961) completará estas ideas, otorgando importancia al papel coadyuvante y facilitador de la psicoterapia en esquizofrénicos paranoides, abogando por el empleo conjunto con psicofármacos, al igual que hiciera con las terapéuticas de choque siguiendo la orientación de Sakel y Meduna en este sentido.

Para Cabaleiro, la psicoterapia, cuya técnica seguía sin especificar, era útil “para desmontar la estructura psicógena o neurótica del hombre-esquizofrénico y en la reconstrucción de la personalidad”. Psicoterapia que movilizaba “los restos sanos de la personalidad del enfermo para ‘encapsular’ su delirio y para establecer nuevos contactos con la realidad”.

A propósito de la importancia concedida a la conservación de parte de la afectividad de los pacientes, “que muchos tratadistas antiguos casi negaban”, Cabaleiro aprovechaba para vincular los “estímulos psíquicos emocionales” con la modificación del “sustrato cerebral”, encontrando la psicoterapia “un fundamento neurofisiológico de su acción en el hombre esquizofrénico que viene a justificar plenamente su indicación terapéutica en él”, en una necesidad constante de vincular lo psicológico con lo biológico. Es lo que hacía al inicio de la ponencia, al hablar de la acción de los fármacos “sobre la estructura fundamental somatósica del proceso esquizofrénico” (en lo que denominaba síndrome psicoterápico en lugar de psicotóxico), que provocaba la desestructuración del nivel de conciencia, lo que alteraba la percepción de las vivencias

y disminuía su tensión emocional. Esta alteración de la certeza y la autorreferencia de las mismas, como ya sucediera con la laborterapia, era lo que permitía la reintegración del enfermo en su medio en las mejores condiciones. La psicoterapia debía seguir dispensándose tras el alta hospitalaria con el objeto de evitar recaídas y mejorar el progreso del paciente.

Ruiz Ogara

Ruiz Ogara publicó tres trabajos dedicados a terapéutica de la esquizofrenia. El primero de ellos, en colaboración de Martí Tusquets (1960), era una comunicación a congreso donde hacían una breve revisión de los conceptos contemporáneos sobre psicoterapia de grupo en pacientes esquizofrénicos, desde una perspectiva analítica, y proponían una forma de proceder coherente con los presupuestos psicodinámicos y expresado en tales términos: “En resumen, nuestro criterio para la P.G. de esquizofrénicos es: Grupos reducidos (todo lo más 6); intensivos (3 horas por semana ó 2 sesiones de 1'30 horas); introducción del 'productor de ambiente'⁵³⁹; actitud permisiva, no crítica, y poco interpretativa del terapeuta; vigilancia y mantenimiento de la comunicación (que muchas veces se desarrollará en niveles preverbales); fortalecimiento del Ego; evitar los análisis 'impactantes', directos; procurar el desarrollo de un buen contacto con la realidad (por lo cual no alentamos el análisis de sueños, etc.)”. El segundo, de 1963, mostraba un caso clínico con las intervenciones realizadas, los cambios evolutivos del paciente, y los comentarios de los asistentes a la sesión clínica en la que se presentó.

Sin embargo, tal vez sea el último de ellos, publicado en 1967, el más interesante. En dicho trabajo planteaba algunas cuestiones en torno a la realización de psicoterapia analítica en esquizofrénicos dentro del medio hospitalario, para lo cual estructuraba la exposición en tres apartados. En el primero de ellos hacía una breve revisión del estado

⁵³⁹ Otro paciente esquizofrénico de un grupo más avanzado, cuya misión era la de crear un clima favorable al desarrollo de la terapia, sin actuar como terapeuta adjunto, sino como uno más con los restantes pacientes aportando su experiencia en el funcionamiento del grupo.

del problema, determinando que para el abordaje terapéutico del esquizofrénico era conveniente “dejar entre paréntesis todas aquellas cuestiones referentes a organogénesis, psicogénesis y sociogénesis... [para] conceder un valor humano de comunicación a las manifestaciones del esquizofrénico sin reducirlas a la consideración de síntomas de una entidad clínica”. Esta postura determinaba, como repetía en varias ocasiones en el segundo apartado, la adopción de una actitud fenomenológica, según la cual todo cuanto acontecía en la relación terapéutica poseía un sentido —independientemente de que fuera o no comprensible— que no era posible reducir a sus “condiciones antecedentes” —organogénesis, psicogénesis, sociogénesis—, y que estaba dado por el terapeuta, en una suerte de psicoterapia *aquí y ahora* donde “la relación terapéutica comporte en sí misma la posibilidad de un principio de actuación, que surge del contenido concreto de este encuentro”.

Desde ese punto de vista, la técnica indicada en el tercer apartado, por cuestiones metodológicas —y no económicas o de otra naturaleza— sería la terapia de grupo, puesto que evitaba rivalidades entre los distintos pacientes al seleccionar a unos frente a otros como sucedía en la terapia individual, permitía integrar al personal médico y auxiliar en la labor terapéutica y, sobre todo, ponía en evidencia “una serie de aspectos de las reacciones de los enfermos ante la situación y sus dificultades de relación interpersonal, que constituyen una verdadera ‘Semiología de Grupo’, donde se aprecia muy bien... [el] ‘núcleo esquizoide’ de su personalidad”, al tiempo que había menor posibilidad de adoptar una actitud de “maternage”, sobreprotectora, que dificultara el contacto con la realidad. En dicho contexto, el análisis se producía sobre las “proyecciones distorsivas sobre el papel y la persona del terapeuta” a medida que se iban produciendo durante la interacción con el grupo, debiendo siempre mantener la “adecuada *distancia*” como forma de manejar adecuadamente la relación ambivalente con la realidad característica de estos pacientes. Y es que precisamente la función del terapeuta tenía por finalidad devolver al enfermo a la realidad.

Molina Núñez

En cuanto a Molina Núñez (1968), figura significativa en la introducción del psicoanálisis en nuestro país, con sus luces y sombras⁵⁴⁰, su único trabajo al respecto sirve para ilustrar la existencia de un ambiente en el que comenzaba a ser posible la expresión y el debate de las ideas psicoanalíticas. En este caso, su artículo abordaba cuestiones relacionadas con la transferencia y contratransferencia en el tratamiento de la esquizofrenia, concluyendo que la enfermedad debía entenderse como una alteración de toda la personalidad y no de una faceta determinada, lo que hacía que careciera de sentido la distinción estructural establecida por Freud, especialmente cuanto más afectada estuviera la personalidad. De este modo, las interpretaciones actuarían sobre la personalidad en su conjunto, abogando Molina por una pauta ecléctica libre de prejuicios de escuela⁵⁴¹. Sin embargo, al igual que con tantas otras terapias, y de forma un tanto injustificada de la que no participaban los demás autores vistos, planteaba la posibilidad de curación de la enfermedad “cosa jamás lograda por la psiquiatría académica”. Su concepción de la esquizofrenia como alteración de la capacidad de contacto y comunicación era congruente con la misión de la terapia: restablecer dicha comunicación, para lo cual unía a los métodos basados en el análisis y el manejo de la transferencia, un ambiente adecuado y abundante introyección de objetos totales positivos.

⁵⁴⁰ Tal y como recogen CARLES *et al.* (2000: 274) al hablar de Peña Retama, “La difícil personalidad de su fundador, Molina Núñez, ha marcado este grupo en un sentido ambivalente: creador y destructivo. Por un lado, Molina impulsó la formación y la aglutinación de los miembros del grupo inicial, pero su personalidad dominante impidió que éste alcanzara la madurez y autonomía suficiente, provocando su disolución en corto espacio de tiempo, antes de que se hubiese alcanzado objetivos más estables... cabe reclamar para él el papel de precursor e impulsor del movimiento psicoanalítico español”. En las primeras páginas del artículo que comentamos en el texto se encuentran comentarios que ilustran lo que aquellos (p. 290) referían como “actitudes personales de Molina [que provocaron] dificultades de relación interpersonal que se van intensificando y llevarán a la separación de cuatro miembros fundadores”.

⁵⁴¹ Aunque por motivos distintos, y razonados, de los que argumentaban los representantes de la psiquiatría oficial.

6.3.5.2 Psicoterapia colectiva

Sarró Burbano

Sarró tradujo, en 1937, el libro de Simon destinado a ser el texto de referencia sobre terapia activa de los enfermos mentales en los manicomios, citado por todos los autores españoles. Sarró definía la Psicoterapia colectiva⁵⁴² por oposición a la individual, considerando aquella más adecuada para el tratamiento de la esquizofrenia, pues “es innegable que la forma de tratamiento que se sirve de la ocupación como de su principal instrumento prescinde de las diferencias individuales y acentúa los factores colectivizantes de la personalidad en un grado mucho mayor que la psicoterapia que hemos descrito como individual⁵⁴³”.

De acuerdo con tales principios, la terapéutica activa exigía disponer de:

“personal médico y auxiliar convencido de la posibilidad de hacer trabajar un 95% de enfermos y numerosas posibilidades ocupacionales (huerta, jardín, granja, trabajo doméstico del establecimiento, diversas industrias manuales). Todo lo que en un establecimiento puede ser elaborado por los enfermos no debe adquirirse fuera⁵⁴⁴... El trabajo impuesto a cada enfermo debe mantenerse dentro de los límites de su capacidad, variándolos al compás de la misma y con tendencia a mantenerse dentro del límite superior... En general, el trabajo no debe ser ni demasiado unilateral, ni excesivamente variado para lograr que se ejerciten todas las

⁵⁴² Término insatisfactorio que prefería al de terapia ocupacional “el más utilizado en España”, terapia por el trabajo, ergoterapia o laborterapia, y que servía para englobar al conjunto de terapias en las que la realización de un trabajo era “un simple instrumento dentro del vasto campo de la psicoterapia colectiva” (SARRÓ, 1940: 40).

⁵⁴³ *Ibíd.* p. 39. Nótese al respecto la diferencia de argumentación que había expresado VALENCIANO (1933: 156-7), quien hacía una revisión de la opinión de diferentes autores, extendiéndose por espacio de tres páginas en el comentario detallado de las ideas psicoanalíticas de Fenichel al respecto y concluía que “... si echamos una ojeada sobre los procedimientos psicoterápicos que acabamos de citar, encontraremos en ellos un factor común: se trata en todos de conseguir que el enfermo venza su autismo y establezca contacto con la realidad, tomando como medio para que este contacto se establezca, el *rapport* con el psicoterapeuta... Por eso tiene tanto éxito en el tratamiento de la esquizofrenia la terapia de ocupación”.

⁵⁴⁴ No hemos tenido acceso al original de Simon, pero esta frase recuerda a la autarquía económica en que se vivía.

facultades y al propio tiempo se favorezca la creación del hábito. No deben consentirse las ocupaciones delirantes como escritos, dibujos, etc.⁵⁴⁵ La ocupación debe tener carácter de verdadero ‘trabajo’, no de pasatiempo. Los conocimientos profesionales del enfermo deben naturalmente ser tenidos en cuenta; en muchos casos no hay inconveniente en emplearlos en su trabajo profesional, pero si se quiere actuar más intensamente sobre la personalidad del esquizofrénico es preferible una nueva actividad. Entre los trabajos intelectuales sólo están indicados los de carácter auxiliar⁵⁴⁶... La aplicación de la terapéutica ocupacional es un verdadero arte. No existen todavía reglas precisas que nos digan cómo debemos abordar a determinado enfermo, qué trabajo debemos encomendarle, en qué ambiente vital y social debemos situarle⁵⁴⁷“.

Para explicar el mecanismo por el cual la laborterapia ejercía su acción terapéutica, Sarró recurría, sin nombrarla explícitamente, a la teoría psicoanalítica. Así, denominaba *hábito* al dominio del impulso, y consideraba al hábito del trabajo como un impulso más: “Sea por los motivos que fuere, el hombre tiene el hábito del trabajo equiparable a una fuerza primaria y elemental de su psique y tan fuerte como un ‘instinto’. Que así ocurre lo demuestran los casos en que se manifiesta incluso en perjuicio del individuo (situaciones de la vida civil y militar en las cuales el individuo da un rendimiento exclusivamente ‘por hábito’ y en modo alguno ‘por convicción’). Posición que complementaba con referencias al esquema de las tres dimensiones de la existencia del hombre de Heidegger, que serviría para explicar cómo la conservación de la

⁵⁴⁵ Cuán diferentes los juicios de VALENCIANO (1933: 161): “No habrá pues inconveniente en tolerar algunos restos de alucinaciones y delirios que el viejo esquizofrénico conserva para su uso privado; también toleramos a diario a nuestros amigos otras excentricidades, como, por ejemplo, el uso de mascotas. Haremos que cada vez adquiera más contacto con la vida y la realidad mientras estos restos van cristalizando interiormente. Así aprende el esquizofrénico a no exteriorizar los restos psicóticos que pueden causarle nuevas reclusiones. Recordaremos —dice KRETSCHMER— aquella frase de W. BUSCH: ‘Todos tenemos nuestras chifladuras, pero sólo los locos las dicen; los cuerdos las callan’”. Precisamente, SARRÓ (1940: 38), comenta esta misma frase pero con un sentido peyorativo.

⁵⁴⁶ Compárese con lo reseñado por Valenciano en la nota 533.

capacidad de relación con objetos inanimados, tras haber perdido la posibilidad de una relación normal consigo mismo y con los demás, facilitaba la adscripción del esquizofrénico a una actividad laboral que le permitiría recuperar las capacidades de relación perdidas⁵⁴⁸.

Respecto a las indicaciones, prescindiendo ya de cualquier relación con el momento evolutivo de la enfermedad, planteaba que “La psicoterapia ocupacional está indicada en todos los enfermos esquizofrénicos... Sobre todo debe emplearse en enfermos a los que no sólo cabe conservar su nivel mental, sino a los que se crea posible mejorar⁵⁴⁹”. En cuanto a los resultados de la terapia, como era habitual en la mayoría de autores, “son sencillamente extraordinarios; gracias a ella ha cambiado totalmente el aspecto de los manicomios. En vez del desorden, suciedad y agitación, se respira en ellos un ritmo de trabajo ordenado⁵⁵⁰”. De este modo se evitaba no sólo la clínica demencial propia de la institución, sino que incluso se reprimía la clínica productiva de mejor forma que con la terapia individual, restringiéndose el uso de medicación⁵⁵¹.

Ello, además, redimía al enfermo de su culpa por no ser útil para la sociedad:

“Las energías encuentran mejor empleo y en general los enfermos son más felices. Pues una de las cosas más amargas que le pueden acontecer en la vida al hombre normal, pero también al hombre esquizofrénico, es ser un ‘sin trabajo’, es

⁵⁴⁷ SARRÓ (1940: 50-1). Nuevamente, un discurso con tintes autoritarios.

⁵⁴⁸ *Ibíd.* p. 53.

⁵⁴⁹ *Ibíd.* p. 51.

⁵⁵⁰ En un comentario que recuerda a la capacidad de paz social que defendían los regímenes fascistas, el falangismo y el franquismo, consecutiva a una organización pacífica del trabajo.

⁵⁵¹ A propósito del empleo de hipnóticos, principalmente barbitúricos, ofrecía una serie de argumentos que bien hubieran podido aplicarse a los neurolépticos: “En muchos manicomios se ha llegado a practicar una verdadera asistencia química, principalmente barbitúrica, y se han dejado de emplear una serie de procedimientos de una acción menos inmediata, pero en cambio menos nociva y sobre todo más persistentemente beneficiosa... Por último, como dice Simon, al recibir una inyección de escopolamina para calmar un estado de agitación, el médico reconoce a un tiempo su impotencia psicoterápica y la irresponsabilidad del enfermo. Con la terapéutica ocupacional se ha demostrado que el consumo de hipnóticos puede disminuir enormemente en beneficio del enfermo. No hay que decir las cuantiosas sumas que ahorra el establecimiento y en último término la nación” (*Ibíd.* p. 44).

decir, verse vedada la posibilidad de ‘convertir las energías naturales en energías culturales’. Los esquizofrénicos agradecen en el fondo a la terapéutica ocupacional el nivel superior de dignidad humana que les proporciona y un número importante de ellos puede ser reintegrado nuevamente a la sociedad⁵⁵²”.

En la línea de lo que acabamos de ver, a lo largo del capítulo había otras muestras del tipo de argumentos que Sarró empleaba para la justificación de la aplicación de este tipo de terapias, abandonando la discusión teórica para entrar en el terreno de la retórica entre el hombre “normal”, es decir, no enfermo, y el psicótico, considerado “anormal”, a quien se le podía restringir sus derechos, convirtiéndose en poco menos que una coartada para justificar la laborterapia:

“De la enfermedad ni el enfermo ni el médico tienen la culpa, pero de los síntomas psicógenos ambos son responsables y deben luchar juntos por combatirlos... El enfermo es responsable porque ningún ser vivo puede considerarse exento de una responsabilidad biológica elemental [que no define en ningún momento]... En la asistencia psiquiátrica *se había confundido la irresponsabilidad judicial de los alienados con su irresponsabilidad biológica* y se había creado una situación sin precedentes en la biología y en la sociología... El esquizofrénico es además responsable en un sentido más concreto en tanto se considera que gran parte de sus trastornos de conducta derivan de la parte relativamente sana de su personalidad... Del reconocimiento de la responsabilidad del enfermo se deriva que debe tener derechos y deberes como los del hombre normal, si bien proporcionados a sus fuerzas y situación. Es lícito exigirle que trabaje y también lo es que caso de no hacerlo se vea privado de ciertas ventajas e incluso tenga que soportar alguna incomodidad. Así queda restablecida una relación biológicamente ‘normal’ entre individuo y ambiente aun en el seno de la psicosis⁵⁵³”

⁵⁵² *Ibid.* p. 54.

⁵⁵³ *Ibid.* p. 48-50 (Destacado en el original).

en lo que sería el refrendo de un darwinismo social donde el débil debía pagar por su desventaja, y que no aparecía de forma tan manifiesta en los libros de Vallejo Nágera que comentaremos a continuación. De los derechos, Sarró, nada hablaba.

Vallejo Nágera

No obstante lo que acabamos de ver, era en el libro de Vallejo Nágera (1940), *Tratamiento de las Enfermedades Mentales*, donde podía encontrarse un capítulo que ofrecía un extenso resumen, fotografías incluidas, de las ideas de Simon. Dicho capítulo estaba precedido de otros dos: el primero de ellos⁵⁵⁴, dedicado a la técnica frenocomial⁵⁵⁵, se hacía eco, como tantos otros autores, de la nocividad inherente a un ambiente poco estimulante debido a la falta de recursos, especialmente en el caso de las esquizofrenias, por la tendencia al aislamiento y el deterioro propios de la enfermedad, ocupándose “de las indicaciones del internamiento⁵⁵⁶, del discutido problema del aislamiento y de la contención, del reposo en cama, y del suicidio y automutilación de los mentales”; el segundo⁵⁵⁷, por su parte, trataba cuestiones relacionadas con la clasificación sanatorial de los enfermos mentales —para lo cual planteaba la organización en secciones de Tratamiento de Agudos, Reeducción y Psicoterapia—, la enfermería psiquiátrica, y la disciplina frenocomial. Ambos capítulos eran, sin lugar a dudas, interesantes, aunque el estudio con profundidad que merecen, excede los límites de nuestro trabajo, por lo que aquí simplemente los mencionamos.

El capítulo titulado “Terapéutica de Ocupación⁵⁵⁸” se iniciaba con la definición de *ambiente psiquiátrico*⁵⁵⁹, dando paso al enunciado de las dos máximas sobre el

⁵⁵⁴ VALLEJO NÁGERA (1940), p. 54-65.

⁵⁵⁵ Puesto que para el alienista “es conveniente que sepa cómo y cuando debe ordenar determinadas prácticas”.

⁵⁵⁶ VALLEJO NÁGERA (1940: 55), consideraba indicado el ingreso, por este orden de redacción, para “tratamiento adecuado de los síndromes agudos, peligrosidad social del enfermo a causa de su agresividad y peligrosidad para el mismo enfermo tendencia al atentado contra la propia vida”.

⁵⁵⁷ *Ibíd.* p. 66-74.

⁵⁵⁸ *Ibíd.* p. 75-91.

mismo, a saber, “1º. Todos los enfermos con su tratamiento y a cada enfermo su tratamiento. 2º. A enfermedad crónica, tratamiento perpetuo”, queriendo significar con esto último la necesidad de emplear cuantos recursos hubiera disponibles para facilitar la remisión del episodio agudo e hipercompensar el defecto de los síndromes residuales crónicos. El resumen de las ideas de Simon se extendía por espacio de varias páginas, siendo los principios en que se basaba, de forma sucinta: el trabajo exigido debe ser proporcionado a las capacidades físicas y mentales de cada paciente, estudiadas previamente; se iniciará la terapia con trabajos simples para ir subiendo en escala de dificultad, en función del rendimiento del paciente; hay que distinguir entre trabajo y ocupación (este último entendido como ocio en contraste con la ociosidad), y entre salario y remuneración, no percibiendo el primero porque debe servir para pagar su estancia en el manicomio, pero sí el segundo a modo de lo que posteriormente sería la economía de fichas; de forma similar al segundo principio, hay que incrementar progresivamente la dificultad de las tareas; la ocupación debe llenar todas las indicaciones psicoterápicas, esto es, debe resultar beneficiosa en su recuperación y no servir meramente como una ocupación del tiempo; y, por último, hay que estimular la responsabilidad personal. Como consecuencia de ello, Simon preconizaba tres efectos derivados de la terapia: el impedimento o amortiguación de la formación de superestructuras psicógenas, la mejoría de la sociabilidad, y la mejora del autocuidado por parte del enfermo.

Los trabajos que podían desarrollarse eran manuales —domésticos, agrícolas, manufacturas, construcciones e industrias—, intelectuales —de difícil realización por el deterioro y la falta de instrucción de los pacientes—, y las distracciones. Todo ello organizado en cuatro grados de dificultad, y acompañado de indicaciones precisas para su aplicación.

⁵⁵⁹ “Entendemos por ambiente psiquiátrico la orientación de la totalidad de los servicios frenocomiales, médicos y administrativos, en el sentido de proponerse a todo trance la curación de los enfermos mentales” (*Ibid.* p. 75).

La valoración que hacía del método no podía ser más elogiosa, aunque reconocía el inconveniente de su elevado coste para poner en práctica, al precisar de personal abundante y bien remunerado:

“Indiscutibles las ventajas del trabajo de los enfermos mentales, hemos encontrado los psiquiatras en el sistema de Simon el más adecuado para una acción totalitaria, conjunta, metódica de utilización científica del trabajo con fines terapéuticos, además de que el método forma un ambiente psiquiátrico frenocomial perfecto en sus efectos sobre la disciplina y educación de los enfermos. Ahora bien, la clave reside en el nutrido personal que es necesario, personal facultativo y auxiliar numeroso, y bien remunerado, que precisa educar especialmente y que no se consigue, por motivos económicos, de las administraciones de nuestros establecimientos. De todas suertes y en la medida de lo posible, se esforzarán todos los directores de frenocomios en la implantación de la terapéutica por el trabajo, cuyos elogios no repetiremos⁵⁶⁰”.

Cabaleiro Goás

Como ya dijimos al hablar de la psicoterapia individual, Cabaleiro (1954: 319-22) tenía en alta estima la laborterapia, que propugnaba como medio para la rehabilitación de los esquizofrénicos defectuales y de aquellos otros intervenidos psicoquirúrgicamente, pues proporcionaba “un gran beneficio al hacerles útiles, cada uno en su medida y dentro de sus posibilidades, para sí mismos y para los que con ellos conviven”. Beneficio que también hacía extensivo, aunque en menor medida, a los enfermos durante la fase aguda de la enfermedad. Partidario de la aplicación del método de Simon, sus diferencias respecto a los autores precedentes eran tanto ideológicas, evitando comentarios peyorativos ya comentados; como teóricas, al admitir que la terapia tenía una acción eminentemente biológica⁵⁶¹.

⁵⁶⁰ *Ibid.* p. 91.

⁵⁶¹ CABALEIRO (1954: 320): “la laborterapia o ergoterapia es una terapéutica biológica en su más amplio sentido”.

Herrero Aldama

Desde un planteamiento conservador, y al modo en que se intentaron hacer los estudios psicofarmacológicos posteriores, el trabajo de Herrero (1964) valoraba en una muestra de cuarenta enfermos catatónicos crónicos (bien de inicio, bien con aparición posterior de dicha sintomatología), el efecto de la terapia ocupacional simple — elaboración de bolsas de papel— con y sin administración de medicación neuroléptica concomitante, enfrentado a pacientes control con su actividad habitual con y sin tratamiento. Para la valoración de los resultados recurría a escalas desarrolladas en EE.UU. a propósito de este tipo de estudios. El trabajo, que se acompañaba de una revisión crítica introductoria y un cumplido análisis estadístico, notablemente mejor que cualquier de los que aparecían en los trabajos psicofarmacológicos, determinaba la mejoría en seis apartados distintos: símbolos, naturaleza de las asociaciones, afectividad patológica, ideas delirantes, alucinaciones y adaptación social respecto a otros pacientes. Independientemente de los resultados alcanzados —clara mejoría en los tres primeros apartados con la laborterapia, mejoría estadísticamente significativa en alucinaciones y delirios, difícil de valorar— el artículo es valioso desde el punto de vista metodológico y como ejemplo casi aislado, en especial por la época de publicación, de un enfoque apropiado de la cuestión:

“Consideramos estas conclusiones sugerentes, aunque con valor relativo, dado el escaso número de enfermos que pudieron ser estudiados, el tiempo de observación y, sobre todo, el limitado atractivo motivacional de la laborterapia corriente en nuestros manicomios usada en ellos; pero pensamos que en este tipo de enfermos defectuales esquizofrénicos parecen indicar objetivamente, aparte de una eficacia real, la utilidad superior de la terapéutica ocupacional a otras medicaciones de validez indiscutible en enfermos menos evolucionados (aunque la asociación de una y de otras, aun en ellos, tienda a aumentar la mejoría global del cuadro), y representa para nosotros la esperanza de que sirvan, aunque debiera parecer obvio, para crear el ambiente propicio para que los que estamos encarga-

dos de la asistencia de este tipo de enfermos psicóticos podamos realizarla de una forma más científica, eficaz y también más humanitaria, aunque las ventajas no repercutan en aumentos espectaculares de número de altas, ni de curaciones totales, ni de otros resultados llamativos”.

García Sánchez y López Sánchez

Otro intento por desarrollar una terapia grupal fue el recogido en el trabajo de García Sánchez y López Sánchez (1969), de la cátedra de psiquiatría de Granada, cuyo titular era entonces Rojas Ballesteros. El artículo estaba dividido en tres partes: en la primera de ellas, los autores criticaban la situación de la psicoterapia, quejándose del oscurantismo con que se venía practicando, y que la hacía subsidiaria de mala praxis y de falta de credibilidad entre los profesionales de la psiquiatría y, más aún, de la medicina; aprovechaban esta parte para definirse como de orientación “no analítica, no psicagógica, no de apoyo, no psicodramática, no directiva”, amplitud y eclecticismo tales que daban la sensación de ser un *pout-pourri* heterodoxo. La segunda parte consistía en la publicación de una gráfica, con las consiguientes explicaciones de los *items* incluidos en la misma, para reflejar diversos aspectos del trabajo con esquizofrénicos en el contexto de una terapia de grupo en el ámbito hospitalario, de forma que diera lugar a poder establecer comparaciones con validez estadística entre distintos grupos y observadores. La tercera parte intentaba establecer “un método de control de los fenómenos primordiales y aprehensibles que se dan en la trayectoria del grupo y su relación con la terapia”, que en el trabajo sólo se aplicaba a esquizofrénicos paranoides.

Poch Blasco

En contraposición con los anteriores, el trabajo de Poch Blasco (1973) hacía referencia a una terapia aplicada a un grupo, reconociendo lo inapropiado que podía ser, por razones técnicas, emplear esta técnica en pacientes esquizofrénicos, y mostrando su experiencia personal en el empleo alternante de musicoterapia y arteterapia aplica-

das en el contexto grupal a una paciente esquizofrénica joven. Este artículo, con el que cerramos el apartado, fue también un buen ejemplo del esfuerzo personal de algunos terapeutas por desarrollar un trabajo sólido a expensas de una formación obtenida en el extranjero.

6.4 Profilaxis: eugenesia y consejo matrimonial

Distinto es el caso, ciertamente, cuando se trata de esquizofrenias reactivas, pues la fase de remisión favorece el matrimonio del esquizofrénico, más todavía el libertinaje sexual de la hembra esquizofrénica, con peligro de procreación de hijos naturales, futuros hospicianos, que, como los legítimos, están amenazados de herencia de la enfermedad mental... empero los casos de esta naturaleza no son tan numerosos que justifiquen una medida general. VALLEJO NÁGERA (1940). *Tratamiento de las enfermedades mentales*

Aceptada la naturaleza orgánica de la enfermedad y su carácter transmisible se seguía, como consecuencia lógica, la necesidad de establecer una profilaxis para evitar su propagación⁵⁶². Sin lugar a dudas, estas cuestiones eran delicadas desde un punto de vista ideológico, por cuanto los comentarios acerca de la conveniencia o no de esterilizar a los esquizofrénicos, entre otros enfermos mentales, o la pertinencia de desaconsejar el matrimonio en aquellos casos considerados de riesgo para la transmisión de la enfermedad, se hacían aduciendo tanto a argumentos científicos como otros de índole ética o, más específicamente, de moral católica. Las referencias obligadas siempre eran la ley alemana, de 14 de julio de 1933, sobre prevención de la herencia morbosa; y la *Medicina Pastoralis* de Antonelli, alrededor de 1930, en época del Papa Pío XII, por la cual la Iglesia católica manifestaba su postura contraria a la esterilización eugenésica.

⁵⁶² Sobre la eugenesia en España, véanse los excelentes trabajos de ÁLVAREZ PELÁEZ (1988, 1998, 1999, 2003).

Los dos textos principales que se dedicaron a estas cuestiones durante la primera mitad de nuestro periodo de estudio, pusieron crudamente de manifiesto el posicionamiento ideológico de sus respectivos autores: Vallejo Nágera y Sarró. A partir de la década de los sesenta, posiblemente en relación con los diversos cambios que experimentaba el sistema, pero también por la distancia temporal con el movimiento eugenésico, ya no aparecerán referencias a la profilaxis, entendida ésta como la aplicación de medidas de esterilización o como consejo prematrimonial, cambiándose el término por el de Higiene Mental⁵⁶³. Higiene encaminada a la detección precoz de la enfermedad y a una educación en la salud, como recogía Vallejo-Nágera Botas (1964: 521-6), con la aparición de cada vez menos referencias específicas a la esquizofrenia.

Vallejo Nágera

Sin que pueda hablarse de una evolución en el pensamiento de Vallejo Nágera sobre tan espinosa cuestión, sí que resulta llamativa la diferencia de contenido que se observa en *Tratamiento...* frente a la simplificación de motivos que encontramos en las sucesivas ediciones de su *Tratado...*, hasta el punto de dar una impresión equivocada. Así, en su libro de terapéutica, Vallejo Nágera (1940: 18-35), se extendía ampliamente en la parte general sobre la asexualización de los psicópatas, la relación de la psicosis con el embarazo, las indicaciones del aborto terapéutico, y el matrimonio en los enfermos mentales, remitiendo al lector a las respectivas monografías en las que había

⁵⁶³ En realidad, el interés en nuestro país por estas cuestiones se remonta a principios del siglo XX, culminando en 1927 con la creación de la Liga Española de Higiene Mental, reforzada durante la Segunda República, al hilo del decreto de 1931, con la creación de los Dispensarios de Higiene Mental. Estos últimos fueron adscritos durante los primeros años de la posguerra a los Institutos provinciales de Higiene, llevándose a cabo distintas convocatorias para cubrir las plazas de médico encargado hasta 1955. Respecto a la Liga Española de Higiene Mental, su existencia se revitalizó en 1954, tras unos tímidos intentos de hacerlo desde 1947, si bien no puede afirmarse que su función fuera más allá de la organización de la Semana pro Salud Mental de Barcelona en 1954, contando con el activo papel de Sarró. Con la llegada del PANAP, la Liga se acompasó al pausado ritmo de este organismo, por lo que no puede decirse que hubiera una política seria por promover la higiene y salud mental hasta finales de nuestro periodo de estudio. Véase CASCO SOLÍS (1999: 110-4) para una cronología de la asistencia sanitaria durante la época.

abordado con más detenimiento estas cuestiones⁵⁶⁴. Todo ello iba precedido por la definición del concepto de higiene mental, entendida como el estudio de las causas de las enfermedades mentales con el fin de evitar su acción sobre el individuo, protegiéndole de ellas mediante el recurso a diferentes métodos:

“Constituye el fin primordial de la higiene mental la neutralización de la totalidad de los factores que pueden dañar la salud psíquica del pueblo, compitiéndole variadas y múltiples funciones. Señala los rumbos de la educación infantil con el fin de modificar las tendencias afectivas perversas del niño y substraerle a vivencias perniciosas. Inculca al joven principios éticos y estéticos que lo aparten de la sífilis, el alcohol y del libertinaje. Dirige la educación sexual de la juventud en evitación de complejos psicoafectivos, futuras espinas psíquicas causa de las neurosis. Eleva el nivel cultural del pueblo y dulcifica las relaciones sociales como medio de paliar los conflictos incesantemente creados en la lucha por la vida. La higiene mental influye poderosamente sobre el porvenir de la raza en cuanto pretende fundamentar la salud del pueblo en principios de severa moral, cultiva sentimientos altruistas y mantiene un ambiente espiritual que permite la evolución hacia lo perfecto⁵⁶⁵”.

En la parte de terapéutica especial, Vallejo Nágera planteaba, en el caso de la esquizofrenia, tres aspectos de interés preventivo, argumentados desde un punto de vista científico y haciendo referencia en solo dos ocasiones, y de pasada, a motivos de naturaleza religiosa. El primero de ellos, la esterilización de los esquizofrénicos, comentaba de forma crítica de los trabajos de Beringer, Rüdín y Zoller, fundamentando su “oposición a la medida mutiladora ante la esquizofrenia, primeramente en que la transmisión de la enfermedad se haga con carácter recesivo, y en segundo lugar, que en el caso más desfavorable un 40 por 100 de los hijos de padres bilateralmente esquizofrénicos sean sanos. A ello debe agregarse que la heredabilidad es muy diferente para

⁵⁶⁴ VALLEJO NÁGERA (1933, 1934a, b, 1937 y 1938a, b).

cada forma clínica, y que las formas heredables de la esquizofrenia tienden a la desaparición espontánea en el transcurso de las generaciones⁵⁶⁶". Por todos estos motivos, carecía de sentido la esterilización, que de acuerdo con lo que Rüdín planteaba, debería extenderse a la mitad de toda la población europea. Además, puesto que la medida sólo alcanzaría a los enfermos procesales, se añadía la dificultad del diagnóstico diferencial entre estos y aquellos otros casos de reacción esquizofrenoide. Por si fuera poco, en el caso de las formas de evolución catastrófica, el importante defecto que generaban hacía a los enfermos subsidiarios de internamiento sanatorial, "con escasas probabilidades de matrimonio, por lo que sería inhumano agravar su desgracia con la operación privativa de una función que ya no representa peligros para la raza⁵⁶⁷".

Finalizaba el apartado haciendo referencia a su libro *La asexualización de los psicópatas*, de 1934, manifestando taxativamente que "*la esterilización de los esquizofrénicos no está justificada plenamente como medida profiláctica de la enfermedad, además de tropezarse con graves obstáculos religiosos y sociales para llevarla a cabo*⁵⁶⁸".

El segundo aspecto, relativo al consejo sobre el matrimonio de los esquizofrénicos, sentaba la indicación de evitarlo, pues no sólo algunos cuadros se desencadenaban con motivo de los esponsales⁵⁶⁹, sino que en las mujeres se añadía el riesgo de debut de la enfermedad en relación con los cambios hormonales de embarazo, puerperio y lactancia. Además, parecía una medida más eficaz y menos cruenta que la esterilización

⁵⁶⁵ VALLEJO NÁGERA (1940), p. 19.

⁵⁶⁶ *Ibíd.* p. 200.

⁵⁶⁷ *Ibíd.* p. 201. Destacado nuestro.

⁵⁶⁸ *Ibíd.* p. 202. Cursivas en el original

⁵⁶⁹ "Consideramos este lugar apropiado para ocuparnos de la llamada catatonía de los esponsales o psicosis de la luna de miel. Trátase de reacciones esquizofrénicas o de la puesta en marcha del núcleo constitucional de la esquizofrenia, consecutivamente a las vivencias sexuales del matrimonio. En la generalidad de los casos se trata de esquizoides cuya inmadurada constitución sexual incítales a sumergirse bruscamente en una excitación erótica ante la realidad concreta de los problemas sexuales que anteriormente se habían planteado; o que heridos en lo íntimo de su yo ante la grosera realidad del acto conyugal, reaccionan con síntomas catatónicos. Los episodios esquizofrénicos del viaje de bodas son aparatosos, de breve duración y remiten sin síntomas procesales o de defecto en la generalidad de los casos" (*Ibíd.* p. 203). Cursivas en el original.

para evitar la transmisión de la enfermedad, por lo que “la prohibición de esponsales entre parientes próximos constituye una medida eugenésica positiva que debe imponerse legislativamente, como lo tiene prescrito la Iglesia, aunque concede demasiado fácilmente las dispensas⁵⁷⁰”. En cualquier caso, recordaba que la conducta sexual de los afectos de esquizofrenia ejercía por sí misma de factor protector⁵⁷¹, sumándose a la reducción de la fertilidad de las mujeres respecto a la población normal.

El tercer punto hacía referencia a la higiene mental del esquizoide, esto es, a aquellos factores encaminados a evitar el desencadenamiento de la enfermedad o, una vez puesta en marcha, su mejor adaptación al medio, reconociendo que no era posible ofrecer pautas generales, sino que era preciso adaptarlas a cada caso. Entre los elementos a considerar, apoyados de comentarios tendenciosos, se encontraban, la educación⁵⁷², la detección precoz de los primeros síntomas, la evitación de los factores desencadenantes reconocidos como tales (básicamente los afectos sexuales y religiosos), y la elección adecuada de la ocupación⁵⁷³.

A diferencia de este planteamiento, en las sucesivas ediciones de su *Tratado...*, y dentro de los remedios incluidos en la *indicación causal* del tratamiento de las psicosis, Vallejo Nágera (1954: 1148-50) resumirá los argumentos que acabamos de ver, manteniendo la postura ponderada sobre la esterilización, pero mostrándose más taxativo respecto al consejo prematrimonial. En el primer caso, sin embargo, dará la sensación de que las razones científicas son bastante más simples, aduciendo únicamente la in-

⁵⁷⁰ *Ibid.* p. 202.

⁵⁷¹ “Los esquizoides graves llegan al matrimonio en mínima proporción, pues generalmente carecen de espíritu emprendedor, de ambición. Suelen tratarse de tímidos sexuales, que huyen del sexo contrario, abundando los esquizoides entre los solterones, protegiéndose así indirectamente a la raza, puesto que disminuyen las posibilidades de casamiento las propiedades y reacciones caracterológicas de los esquizoides y esquizofrénicos”. *Ibid.* p. 202-3.

⁵⁷² “... estimulando en ellos la idea de que el trabajo es un deber y una necesidad, como también el cumplimiento de los deberes morales y sociales”. *Ibid.* p. 204

⁵⁷³ “Los padres se resignan pocas veces a que su hijo se convierta en un simple obrero, o que se coloque en un empleo burocrático que, por su misma modestia, le aleje de los conflictos vitales. Cuando se trata de muchachas ya es más fácil persuadirles que su misión está en el hogar, y que los trabajos caseros son su natural ocupación”. *Ibid.* p. 204.

eficacia de esta medida a corto plazo⁵⁷⁴, para resaltar los motivos de adscripción religiosa y moral⁵⁷⁵. Por otro lado, especificará mejor las indicaciones del consejo prenupcial, basado en el estudio de tres generaciones, para desaconsejar el matrimonio cuando hubiera una carga evidente en alguno de los novios o también en el caso de que ambas familias estuvieran afectas, pero no por motivos de transmisión sino, en un contexto de darwinismo social, por las consecuencias negativas en la convivencia familiar y la educación de los hijos⁵⁷⁶.

Sarró Burbano

Por su parte, Sarró, en el capítulo final de su libro que dedicaba a psicoprofilaxis, planteaba que el inicio de la enfermedad se producía por la confluencia de factores propios del individuo, junto con la presencia de desencadenantes externos de naturaleza psicológica: “La prevención debe tomar como punto de partida el estudio de las causas de la enfermedad. Según la concepción actual, el factor endógeno es indispensable pero también debe reconocerse un poder de acción complementario a los factores exógenos⁵⁷⁷”, lo que daba pie a comentar las clásicas cifras de Luxemburger sobre la incidencia de la enfermedad en familiares de distinto grado; y a la valoración de distin-

⁵⁷⁴ “El argumento contrario a la esterilización lo suministran psiquiatras modernos de la altura de LANGE y BOSTROEM... ‘las psicosis endógenas *no desaparecerán* (subrayamos nosotros), puesto que la mayoría siguen una marcha hereditaria recesiva, y que los heterocigotos no están afectados por la ley’. Es la conclusión a que habíamos llegado nosotros cuando estudiamos el problema desde un punto de vista científico” (VALLEJO NÁGERA, 1954: 1149).

⁵⁷⁵ Recoge las palabras de Antonelli, para quien la vasectomía hacía perder la función reproductora y daba pie a “toda suerte de excesos venéreos sin riesgo de fecundación”; y de Vermersch, quien calificaba la esterilización de ilícita, injusta, bárbara, absurda y degradante. *Ibid.* p. 1149.

⁵⁷⁶ “Prudentemente se desaconsejará el matrimonio cuando uno de los pretendientes haya sufrido un episodio psicótico endógeno, sobre todo esquizofrénico, en particular si se aprecian evidentes síntomas defectuales, y no por las posibilidades más o menos remotas de transmisión a la prole, sino porque descartadas las más que probables recidivas, la personalidad del sujeto que ha padecido una enfermedad mental perturba la convivencia conyugal, dificulta la lucha por la vida e impide la adecuada educación de los hijos. El padecimiento de psicosis endógenas por uno de los padres o hermanos es motivo suficiente para desaconsejar el matrimonio, como también cuando en tres generaciones próximas de la comparte se hayan dado varios casos de enfermedad psíquica” *Ibid.* p. 1150.

⁵⁷⁷ SARRÓ (1940), p. 123.

tos traumas psíquicos implicados en el desencadenamiento de la enfermedad, mostrándose más partidario de considerar los de naturaleza religiosa y erótica, que otros aparentemente más traumáticos, como la experiencia de la guerra: “Las personalidades esquizoides parecen dotadas de cierta inmunidad ante los traumas de la guerra. El ‘estoicismo’, tan típicamente español, es un rasgo caracterológico esquizoide. Por otra parte, la guerra puede disminuir otro tipo de traumas ante los cuales presente menos resistencia el candidato a la esquizofrenia, por ejemplo los religiosos y eróticos y tal vez de valoración social⁵⁷⁸”.

De acuerdo con este planteamiento Sarró consideraba, citando a Vallejo Nágera, dos posibilidades de prevención: la genetista y la conductista. De la última apenas hablaba, al considerar que las posibilidades de modificación del ambiente casi no ofrecían resultados satisfactorios que sirvieran de contrapeso a la carga genética, por lo que se extendía en el comentario de la prevención genetista, concretamente la citada ley alemana sobre prevención de la herencia morbosa. Era precisamente en los comentarios sobre la misma cuando Sarró se mostraba favorable a la eugenesia, sólo matizada merced a la influencia de la confesionalidad del régimen franquista, pues nombraba los argumentos científicos sólo de pasada y hacia el final del texto:

“Hay, pues, que seguir el camino de la eugenesia geneticista. Pero esto no es practicable en nuestra patria, bajo la forma de las esterilizaciones por oponerse a ello razones considerables expuestas muchas de ellas por los propios autores alemanes antes de 1933... El triunfo de la ideología racista elevó en la jerarquía valorativa, los valores de la sangre y de la raza. *Desde el punto de vista racista la esterilización resulta lógica e incluso ‘ética’.* En cuanto está al servicio de los valores que se consideran supremos, la argumentación alemana sólo peca por no separar con suficien-

⁵⁷⁸ *Ibíd.* p. 125.

*te claridad las razones 'científicas' de las razones 'político-filosóficas' de la esterilización*⁵⁷⁹.

En España la situación es muy distinta. Ninguna de las fuerzas históricas que han contribuido a crear la nación y el estado español puede llevarnos a un 'racismo'. El pueblo español tiene una composición biológica sumamente heterogénea. Su escala de valores consuetudinaria no desdeña los valores raciales, pero les asigna un lugar completamente distinto en su jerarquía valorativa.

Por otra parte, en España no existe otra religión que la católica, y la Iglesia ha declarado sin ambigüedades que rechaza la esterilización eugénica (en 1930, por boca de su más alto representante el Papa Pío XII). Esta es juzgada como un atentado del Estado a los derechos más intangibles del individuo, como son la integridad corporal y la fecundidad.

Es decir, que en España militan razones políticas y filosóficas antagónicas en esta cuestión de las que reinan en Alemania y que por consiguiente la esterilización debe ser desechada.

Esto es tanto menos lamentable cuanto que, como ya señalábamos hace algunos años, también puede hacerse a la esterilización objeciones 'científicas', cual es la de que la transmisión hereditaria de la esquizofrenia es de carácter recesivo, que los individuos heterocigotos escapan a la esterilización, que la fecundidad de los esquizofrénicos es sumamente escasa, que los límites y composición del grupo de las esquizofrenias es sumamente problemática, que esquizofrenia y talento e incluso genio no se excluyen mutuamente, antes al contrario, y que el hombre 'esterilizado' se convierte en un neurótico, etc.⁵⁸⁰.

El capítulo finalizaba con unas breves palabras a favor del consejo prematrimonial, que apenas requieren comentario: "Pues todo lo que contribuya a exaltar en el

⁵⁷⁹ *Cursivas nuestras.*

⁵⁸⁰ *Ibid.* 127-9. Compárese estos tres últimos párrafos con las palabras en cursiva del párrafo que inicia la transcripción, pues Sarró comete el mismo "pecado" que los teóricos alemanes al primar los argumentos éticos sobre los científicos, que deja para el final, con el remate de la neurotización tras la castración.

individuo un sentido de responsabilidad eugenésica redundará tarde o temprano en beneficio del individuo y de la colectividad”.

Marco Merenciano y Solé Sagarra

Otros autores también trataron cuestiones referidas a la eugenesia, generalmente en los primeros años del régimen, por razones posiblemente relacionadas con la necesidad de exaltación nacional, al objeto de dotar de una identidad determinada al régimen franquista. Entre ellos se encontraba Marco Merenciano, miembro de la Falange, de quien reproducimos un párrafo muy significativo que introducía en su artículo sobre electrochoque: “En orden a la eugenesia es motivo de preocupación este nuevo tratamiento de la esquizofrenia... En este sentido es posible que el tratamiento de las esquizofrenias facilite una serie de matrimonios que sin él no hubieran podido realizarse. Es decir, cabe que una mejoría transitoria del individuo enfermo ocasione un aumento considerable de esquizofrénicos. Aquí pues, el psiquiatra tiene un campo de acción social, y este problema de higiene mental debe abordarse valientemente⁵⁸¹”.

De la misma manera, Solé Sagarra (1953: 249-67), en el capítulo dedicado a psicoprofilaxia dentro de la parte de psiquiatría general de su *Manual...*, expresaba sus pareceres sobre esta cuestión, admitiendo la concurrencia de factores endógenos y exógenos en la causación de las enfermedades mentales en general, desmintiendo la presencia constante de los factores exógenos “el inveterado dogma de la incurabilidad de todo proceso heredado, dogma fatalista que, en Psiquiatría, condujo antaño al nihilismo terapéutico de muchos trastornos psíquicos”. Ello, sin embargo, no evitaba la transmisión “de desgraciadas herencias”, entrando en argumentos que hacían pensar en un planteamiento muy próximo a las teorías degeneracionistas, lo que justificaba la promulgación de medidas eugenésicas en distintos países. Puesto que la esterilización

⁵⁸¹ MARCO MERENCIANO (1940). Dos años más tarde este comentario textual se incluía en el capítulo donde valoraba el tratamiento con el cardiazol! (MARCO MERENCIANO, 1942: 16-7), si bien añá-

estaba condenada por la Iglesia, quedaba la solución del consejo matrimonial. En general, el contenido del capítulo era bastante similar al de Vallejo Nágera en sus opiniones, hasta el punto de expresar comentarios igualmente parciales al abordar cuestiones raciales o quejarse, en idénticos términos, de las dispensas de la Iglesia en los matrimonios consanguíneos. El resto del capítulo, dedicado a la “Higiene Mental”, se expresaba en términos muy conservadores, sin que en ningún momento hiciera mención específica a la profilaxis en la esquizofrenia.

6.5 Aspectos médico-legales

Artículo 8º.— Están exentos de responsabilidad criminal:

1º El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado a propósito.

Para que la embriaguez exima de responsabilidad ha de ser plena y fortuita.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los hospitales destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

CÓDIGO PENAL ESPAÑOL (vigente desde 1944)

De todos los textos encontrados sobre esquizofrenia a los que hemos tenido acceso, sólo dos de ellos abordaban específicamente cuestiones médico-legales relacionadas con ella. Nos referimos al capítulo que Cabaleiro (1947) incluyó en su primera monografía sobre *Psicosis Esquizofrénicas*, y a las distintas ediciones de *Psiquiatría Jurídica Penal y Civil*, de López Sáiz y Codón (1951, 1954, 1968-9), de la que hemos manejado su tercera y última edición, que es la más completa. Por el contrario, no hemos podido tener acceso a la otras dos obras en las que, casi con toda seguridad, hubiéramos podido encontrar material de estudio. Nos referimos a *Medicina Legal y Psiquiatría Forense*,

día la conveniencia de “dar nuestra opinión contraria al matrimonio, esperando por lo menos los tres años señalados por MAUZ, tras los cuales, la aparición del nuevo brote es muy improbable”.

de Uribe Cualla (1957), de la que tenemos noticia sobre su séptima edición, pero no de las seis anteriores; y al *Manual de Psiquiatría* de Pérez-López Villamil (1941), obra destinada a aparecer en dos volúmenes, de los que sólo hemos localizado el primero, dedicado a la psiquiatría general —concretamente a psicopatología—, pero no al segundo, que desconocemos si llegó a publicarse. No cabe duda que hubiera sido un buen texto de referencia por la doble condición de su autor como psiquiatra y catedrático de Medicina Legal.

Por regla general, los tratados y manuales de psiquiatría solían incluir un capítulo dedicado a cuestiones médico-legales, pero hemos obviado su consulta debido al carácter general de su contenido, pues lo habitual era que incluyeran el texto íntegro del decreto de asistencia de enfermos mentales de 1931, además de los artículos de interés psiquiátrico contenidos en los Códigos Penal y Civil. Tal era el caso del apéndice sobre *Legislación psiquiátrica* que Sarró (1942) incluía en su traducción del manual de psiquiatría de Lange, (p. 459-70), donde se reproducía también la legislación alemana sobre eugenesia y defensa de la raza⁵⁸²; o del *Tratado...* de Vallejo Nágera en sus distintas ediciones⁵⁸³, cuya valoración sobre el estado de aplicación de una norma avanzada a su tiempo no era precisamente positiva:

“La legislación psiquiátrica española es rancia y adolece de defectos, dimanados del escaso conocimiento por parte de los políticos de los problemas de nuestra especialidad. Los progresos logrados con gran esfuerzo por los alienistas, verbi gracia, el Decreto de julio de 1931 que regula la entrada y salida de los enfermos mentales en los sanatorios, inmediatamente suele tergiversarse por una burocracia ávida de gajes y emolumentos. Además, es frecuente que se crucen las jurisdicciones gubernativa y judicial, y un enfermo ingresado en un sanatorio previo cumplimiento de todas las prescripciones legales, puede salir por orden judicial, a pe-

⁵⁸² “... no sólo por respeto a elementales derechos intelectuales, sino por considerar que el enfoque a estas cuestiones da el pueblo alemán no puede dejarnos indiferentes” (SARRÓ, 1942: XVI).

⁵⁸³ VALLEJO NÁGERA (1944: 1231-46) y (1954: 1176-84).

sar del perjuicio que causa al propio paciente la interrupción del tratamiento y su peligrosidad social. Todavía prosperan en nuestro país absurdas denuncias por secuestro y se cree por las gentes la posibilidad de que retengan en los manicomios a personas que gozan de la integridad absoluta de facultades psíquicas. Asimismo la tutela de los enfermos psíquicos, eficazísimo medio de protección para ellos, tropieza con rémoras e incomprensiones que muchas veces llevan a la ruina al enfermo y parientes. Se imponen en nuestra legislación fundamentales reformas que respondan a los progresos científicos de la ciencia psiquiátrica y faciliten el tratamiento y asistencia de los enfermos mentales, así como su protección social⁵⁸⁴.

En otras ocasiones, estos textos se acompañaban de unas pequeñas disquisiciones sobre imputabilidad, enajenación y trastorno mental transitorio⁵⁸⁵ y aspectos relacionados. Así sucedía con el “Capítulo IX.— Psiquiatría y Derecho (Con especial atención a la legislación española)”, del *Manual...* de Solé y Leonhard (1953: 269-90), que también incluía indicaciones para el tratamiento de la delincuencia; y con los tres capítulos del libro de Vallejo-Nágera Botas (1964: 527-44), quien ampliaba el estudio, incluyendo cuestiones en torno a la delincuencia juvenil o el derecho del trabajo, pero no incluía el texto del decreto⁵⁸⁶. Por lo general, la referencia que se hacía a la esquizofrenia era para indicar la condición de enajenados que tenían estos pacientes y, por tanto, casi nunca imputables por los distintos actos delictivos que pudieran cometer⁵⁸⁷.

También hubo textos más especializados, de los que únicamente citaremos la obra conjunta de Alberca, Valenciano, Sánchez Pedreño y Ros, publicada en 1965. En

⁵⁸⁴ VALLEJO NÁGERA (1954), p. 1176.

⁵⁸⁵ Como recuerdan APARICIO y SÁNCHEZ (1997: 34), “*Lafora* [hizo] un análisis crítico del Código Penal y opina doctrinalmente sobre el concepto de Peligrosidad. *Sanchís Banús* profesor de psicopatología de la Escuela de Estudios Penales, diputado y miembro de la comisión Parlamentaria de codificación de la Ley Penal de 1932 será el responsable del concepto de ‘Trastorno mental transitorio’ aún vigente en nuestro código”.

⁵⁸⁶ Algo similar ocurría con *Las lecciones...*, de REY ARDID (1974: 25/1-4).

⁵⁸⁷ “En la esquizofrenia la criminalidad es variadísima: asesinatos, agresiones, destrucciones, desacato a la autoridad, deserciones, calumnias, etc.; siendo estos enfermos completamente irrespon-

realidad, se trataba de la publicación, en forma de libro, de un ciclo de sendas conferencias, pronunciadas en abril de 1964 en la cátedra de Derecho penal de la Universidad de Murcia, destinada a “interesar a los juristas en problemas psiquiátricos y de contribuir así a su formación en Psiquiatría forense⁵⁸⁸”. Posiblemente, este fuera el motivo por el cual la parte impartida por Alberca, la más abultada del libro, estuviera fundamentalmente dedicada a la paranoia, haciendo una pequeña referencia a la esquizofrenia, a propósito de la comprensibilidad de los actos del esquizofrénico desde un punto de vista psicopatológico:

“En la esquizofrenia la situación es algo diversa. Hay casos en que la comprensibilidad alcanza a grandes trozos del cuadro clínico; en otros, todo parece incomprendible, desde el primer momento. Y, sin embargo, desde que Bleuler, apoyado en Freud y Jung, investigó la psicopatología profunda en el esquizofrénico, para buscar sentido a lo aparentemente sin él ese esfuerzo de comprensibilidad se lleva cada vez más lejos. Así lo hace Binswanger, que considera también lo esquizofrénico como un acaecimiento histórico-vital y procurar penetrar en lo más hondo de la modalidad existencial del paciente, a su proyecto de mundo para comprender las extravagancias, los manierismos, el delirio. Desde nuestro mundo, en sus formas habituales, el esquizofrénico resulta incomprendible; desde su propio mundo, como desviación radical de las bases del existir, el cuadro se ilumina como más ampliamente comprensible. Precisamente la mostración del tema de lo terrible independizado como raíz del delirio la ha hecho Binswanger, apoyado en cuatro casos de esquizofrenia paranoide, reunidos más tarde en un libro. En la esquizofrenia, por tanto, la comprensibilidad más difícil que en la paranoia y en la psicosis maniaco-depresiva, puede ser seguida también en gran medida hasta que se tropieza con la frontera de lo incomprendible, con el modo especial de apertura del enfermo al mundo.

sables de sus actos. Es fácil conseguir la incapacitación, que en las remisiones procede ser levantada. También es factible la rescisión de un contrato” (SOLÉ y LEONHARD, 1942: 279).

⁵⁸⁸ ALBERCA *et al.* (1965), p. 33.

Si en el establecimiento nosológico de las tres psicosis endógenas los fundamentos eran análogos, en lo que a la comprensibilidad y sus límites se refiere la situación, con matices, es también semejante⁵⁸⁹.

En una línea similar, por último, el *Curso de Neuropsiquiatría forense y Criminología*, impartido por la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Central, cuyas conferencias se publicaron en 1954.

Cabaleiro Goás

El capítulo de Cabaleiro (1947: 225-33) se iniciaba con el aserto de la baja frecuencia de actos delictivos cometidos por esquizofrénicos, debido a la pronta reclusión hospitalaria, derivada de las alteraciones conductuales. Ello daba pie a describir distintas modalidades de los mismos: agresiones hacia familiares motivadas por la alteración afectiva en forma de ambivalencia y la falta de control de impulsos, unido a la frialdad posterior en la apreciación de los hechos; fugas domiciliarias incomprensibles para el observador, aparentemente inmotivadas, y distintas de las histéricas —con una finalidad— o las epilépticas —con alteración de la conciencia—; autoagresiones en forma de suicidio y automutilaciones; actos delictivos de naturaleza impulsivos llevados a cabo de forma solitaria o, más frecuentemente, en compañía de otros, instigadores necesarios ante la falta de iniciativa del enfermo. De alguna forma, cada uno de estos actos sería propio de formas clínicas determinadas y así, los paranoides tenderían a la agresión hacia familiares, los hebefrénicos a las fugas, y los actos impulsivos serían propios de catatónicos.

A la hora de considerar las cuestiones médico-legales relacionadas con los esquizofrénicos, Cabaleiro establecía la distinción en función del momento evolutivo, de manera que el *esquizoide compensado* sería responsable de sus actos si bien, por “las características anormales de su carácter —pero no patológicas— de su personalidad,

⁵⁸⁹ *Ibíd.* p. 118-9.

merece indulgencia⁵⁹⁰". Cuando el esquizoide estuviera *iniciando una descompensación*, pero aún conservara un vínculo con la realidad, "como aún tiene un relativo control de sus actos, tampoco podemos considerarlo plenamente irresponsable, es decir, es incluíble en el núm. 1º del artículo 9º del Código Penal⁵⁹¹", referido a las circunstancias atenuantes. Sin embargo, cuando el paciente estuviera claramente *psicótico*, "esquizofrénico en la amplia extensión de la palabra... no se puede menos de afirmar la irresponsabilidad de él", siendo aplicable el artículo 8º del Código Penal, referente a la exención de responsabilidad penal, con el que abríamos este apartado. Para la valoración de la responsabilidad de los pacientes post-procesales, Cabaleiro proponía asimilarlos a los dos supuestos aplicados a los esquizoides, según el paciente presentara un defecto compensado, en cuyo caso sería como un esquizoide compensado, aunque "merecedores de una mayor indulgencia"; o bien a los descompensados en casos de defecto no recuperable⁵⁹².

El capítulo finalizaba retomando la referencia a la peligrosidad del esquizofrénico con que lo iniciaba, considerando los casos incipientes en los cuales podían tener lugar la comisión de graves y violentos delitos bajo la aparente normalidad que presentaban, "fruto de la ambivalencia sentimental y afectiva, de los trastornos aún ligeros del pensamiento, de ideas delirantes de persecución y de influencia y respuestas impulsivas ante las vivencias". Sin embargo, el enfermo claramente productivo, por mor de su rápida reclusión en un centro, debido a las alteraciones de conducta y a su tendencia a aislarse del ambiente, apenas resultaba peligroso: "El esquizofrénico es inintimidable como no sea frente a un castigo intenso y directo, y su peligrosidad dis-

⁵⁹⁰ CABALEIRO (1947), p. 230-1.

⁵⁹¹ *Ibíd.* p.231. "Art. 9º Son circunstancias atenuantes: 1º Todas las expresadas en el capítulo anterior cuando no concurrieren los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos" (transcrito de VALLEJO NÁGERA, 1954: 1183).

⁵⁹² *Ibíd.* p. 232-3.

minuye a medida que la disgregación aumenta, haciéndose casi nula en los periodos finales⁵⁹³”.

Codón y López Sáiz

La *Psiquiatría jurídica penal y civil*, de Codón y López Sáiz —abogado el primero, psiquiatra el segundo—, pretendía suplir la carencia de “una psiquiatría jurídica completa... referida al Derecho Español⁵⁹⁴”, lo que de algún modo consiguieron, pues hubieron de ampliar su obra en dos ocasiones. Dirigida “al abogado, al notario, al juez y a todos y cada uno de los juristas en los problemas de la Psiquiatría⁵⁹⁵”, estaba escrita desde los presupuestos conservadores, tal y como se desprende de las citas hechas en la introducción⁵⁹⁶, y en el tono patriotero del nacional-catolicismo⁵⁹⁷, pretendía ayudar a superar el “problema jurídico universal de honda gravedad y enorme trascendencia”, cual era las relaciones entre Derecho y enfermedad mental⁵⁹⁸, de ahí la importancia concedida a los conceptos de trastorno mental transitorio y enajenación mental,

⁵⁹³ *Ibíd.* p. 233.

⁵⁹⁴ CODÓN y LÓPEZ SÁIZ (1968), p. 32.

⁵⁹⁵ *Ibíd.* p. 29.

⁵⁹⁶ “Cierto que en las salas de nuestras Audiencias afloran con cada señalamiento tragedias humanas, pero tragedias de verdad, no representaciones histriónicas, juzgadas y defendidas por hombres en los que la toga es un hábito sacerdotal, no un traje carnavalesco, y contempladas desde las alturas de un estrado por el Hijo de Dios, Crucifijo, que dota a nuestras salas de justicia de un hondo sentido reverencial de templo, personificando las garantías judiciales establecidas a favor del reo por Dios desde la lejanía de los albores genesíacos: ‘Quien matare (por autoridad privada) a Caín, recibirá un castigo siete veces mayor’” (*Ibíd.* p. 31). Además, todos los prefacios y prólogos hacían referencia al santoral del día en que estaban escritos.

⁵⁹⁷ No sólo dedicaba cuatro páginas (*Ibíd.* p. 32-5) a demostrar como “nuestro país tiene la honra de haber encabezado en la historia las inquietudes relativas a los problemas psiquiátricos, sobre todo respecto al Derecho” (*Ibíd.* p. 32) —para lo cual citaba a Séneca, las *Partidas* de Alfonso X el Sabio, el *Directorium Inquisitorum* de Cimeric, Carlos V, y hasta el mismísimo Quijote como precursor de los biotipos asténico y pícnico—, sino que la proyección de la obra pretendía alcanzar “las tierras hermanas de América, en las cuales alienta aún vigorosamente la voz científica de lo que allí se llama con una rúbrica general ‘escuela española’” (*Ibíd.* p. 7), llegando al extremo de fechar el *Prefacio a la segunda edición* el 12 de octubre, día de la Hispanidad.

⁵⁹⁸ “Sin un Derecho Penal iluminado por la ciencia de los trastornos patológicos del alma humana, la Psiquiatría, es fácil cometer una de las mayores abominaciones imaginables: condenar a un inocente. Sin un derecho Civil impregnado de ciencia psiquiátrica en sus capitales instituciones,

ampliados en cada edición de la obra⁵⁹⁹. Sirva como orientación respecto a su posicionamiento teórico, la concepción de delito a la que hacían referencia estos autores en el prefacio, donde planteaban en última instancia la responsabilidad del individuo para detraerla del ambiente o de la propia constitución biológica: "... el delito, pese a que se considere producto de causas biológicas o de influencias ambientales de tipo social, sigue siendo y será siempre un fenómeno humano fundamentalmente individual. Se admiten las relaciones de interdependencia de las tendencias delictivas de la persona, de su resistencia psíquica, de su peculiar situación, etc. pero las relaciones de interacción, de signo marcadamente positivista, no derogarán nunca la base del verdadero Derecho Penal que es la teoría de la causalidad⁶⁰⁰".

Codón y López Sáiz (1968: 243-80) dedicaban ocho de los veintitrés epígrafes de su capítulo VI *Psicosis endógenas*.— *Esquizofrenia* a cuestiones médico legales; un capítulo que se iniciaba con estas palabras:

"Las psicosis endógenas forman un numeroso grupo de enfermedades psíquicas que, en el sentir popular, se identifican con las enfermedades mentales; los que las padecen son vulgarmente llamados *locos* o *enajenados*.

Las psicosis endógenas están caracterizadas porque sus causas, aunque actualmente desconocidas, radican en el propio organismo del enfermo, interviniendo en su producción factores arraigados en la constitución individual.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las psicosis endógenas constituyen el apartado más importante.

La predisposición a padecer éstas enfermedades se transmite por herencia en mayor o menor cuantía. Es asimismo típica de este grupo la presencia de síntomas

los enajenados pueden andar sueltos por la vida, jugando peligrosamente con el patrimonio, la tranquilidad familiar o las palancas de la economía" (*Ibid.* p. 27-8).

⁵⁹⁹ *Ibid.* p. 10; 12.

⁶⁰⁰ *Ibid.* p. 12.

psicopatológicos, a los que hemos denominado cualitativos, muchos de ellos incomprensibles para el hombre sano de mente⁶⁰¹”.

El primero de los epígrafes que ahora nos interesa, el número 16, valoraba la esquizofrenia como factor de delito⁶⁰², apoyando el texto con jurisprudencia al respecto. De forma muy parecida a como hacía Cabaleiro, planteaban que debido a “la pérdida de contacto con la realidad, la inafectividad y la tendencia a los impulsos”, los esquizofrénicos eran susceptibles de contravenir la ley, si bien no solían hacerlo con frecuencia, debido a que las alteraciones de conducta motivaban su internamiento antes de tener ocasión de cometer un delito. En general, eran las formas iniciales y las personalidades esquizoides las que habitualmente transgredían las normas, llegando a ser el delito la primera manifestación de la enfermedad, que sólo se determinaba tras un periodo de observación. “A estos estados iniciales o las formas ligeras de comienzo insidioso se las ha designado como período ‘médico-legal’ de la esquizofrenia por los médicos forenses, y ciertamente es así, pues en él acaecen la inmensa mayoría de las infracciones observadas en estas psicosis⁶⁰³”.

Respecto a las modalidades de delito, aunque cabía cualquier posibilidad, había dos de ellas “dotadas de un matiz especial: así, las fugas y los actos de resistencia”, que comentaban con algo de detalle, añadiendo también el suicidio y las automutilaciones, con referencias a los respectivos artículos y figuras jurídicas relacionados con cada una de ellas, destacando en general la frialdad mostrada hacia los actos cometidos.

En el epígrafe 17 se ponían en relación las distintas formas esquizofrenias con las variedades delictivas⁶⁰⁴, mostrándose en este sentido más categóricos que Cabaleiro. Así, la forma simple se relacionaba con los delitos de vagabundeo, abandono de familia y omisión; la hebefrenia, con cualquier clase de infracción, destacando conductas

⁶⁰¹ *Ibíd.* p. 243.

⁶⁰² *Ibíd.* p. 268-71.

⁶⁰³ *Ibíd.* p. 269.

⁶⁰⁴ *Ibíd.* p. 271-2.

de riesgo, vagabundeo y delitos contra la honestidad⁶⁰⁵; la forma catatónica, “con sus impulsos imprevistos y violentos”, provocaba generalmente delitos contra las personas; los paranoides, por último, “son los enfermos más peligrosos”, motivado por las características de sus síntomas, que les llevaban a cometer delitos de cualquier naturaleza.

El apartado siguiente, de imputabilidad y responsabilidad⁶⁰⁶, pretendía establecer las mismas en función de la “fase o situación de la enfermedad”, recogidas en el resumen de un epígrafe posterior, Dedicaban un apartado especial al caso de las remisiones aparentes, es decir, a aquellos pacientes cuya mejoría les permitía un alta manicomial o un permiso terapéutico para quedar al cuidado de las familias, contemplando que era baja la frecuencia de comisión de delitos, y que “la imputabilidad suele considerarse como disminuida y más frecuentemente como abolida”. El apartado anterior se extendía en el siguiente, donde se abordaba la responsabilidad en los esquizoides y las formas larvadas de enfermedad⁶⁰⁷, con las consideraciones ya expuestas por Caba-leiro, y que no servían para el esquizotímico, “sujeto negligente e inadaptado, pero normal... Puede dominarse, y de hecho se domina; es capaz de inhibirse y de actuar, y por eso apenas influye su propensión a la inadaptación en su imputabilidad y responsabilidad”. Así pues, la conservación de la capacidad volitiva y ética servían para determinar la responsabilidad.

Los dos siguientes apartados⁶⁰⁸ incidían sobre lo ya comentado, concluyendo con el siguiente resumen:

⁶⁰⁵ Recordemos, en este sentido, la existencia de una Ley de peligrosidad que perseguía este tipo de conductas.

⁶⁰⁶ *Ibid.* p. 272-4.

⁶⁰⁷ *Ibid.* p. 274-6,

⁶⁰⁸ *Ibid.* p. 276-7; 277-8.

“El *biotipo esquizotímico*, forma de ser normal con ciertas particularidades, es terreno abonado para la esquizofrenia, pero no constituye más que predisposición a padecerla y no afecta en lo más mínimo a la imputabilidad.

La constitución esquizoide es causa de atenuación cuando va acompañada de manifestaciones patológicas, siquiera sean éstas leves.

La esquizofrenia endógena, sobre todo en los periodos agudos o activos, es por lo general, salvo contadas excepciones, causa de exención. En las esquizofrenias residuales la atenuación guardará proporción con la cuantía del defecto.

La esquizofrenia defectual que ha llegado al grado de *demencia* es siempre causa de inimputabilidad.

En la esquizofrenia reactiva o de situación la imputabilidad es proporcional al trastorno psíquico consecutivo, pudiendo ser plena después de un cierto tiempo pasado el acceso, pues la personalidad suele conservarse perfectamente sin ningún defecto⁶⁰⁹”.

El capítulo finalizaba con las consideraciones sobre el esquizofrénico y el Derecho Civil⁶¹⁰, así como la situación de aquel ante las diversas instituciones civiles⁶¹¹ — matrimonio, tutela, testamentaría y capacidad contractual—, poniéndolas en relación a la jurisprudencia relativa a la debilidad mental y a la demencia. Ambos epígrafes guardaban relación con el argumento “La incapacitación es proporcional a la intensidad de la esquizofrenia”, lo que implicaba aplicaciones parciales de la misma para poder revocarla una vez alcanzada la remisión, y totales en casos graves y establecidos, no siendo viable ni aconsejable en las formas parciales ni en las reactivas.

⁶⁰⁹ *Ibíd.* p. 277-8.

⁶¹⁰ *Ibíd.* p. 278-9.

⁶¹¹ *Ibíd.* p. 279-80.

6.6 Asistencia

De momento, únicamente indicaré que lo más curioso es la 'reacción en cadena' que provoca el intento de modificar un mínimo toda esta situación increíble —vista por dentro— en un país como el nuestro, portador de cultura. Es algo así —y no exagero— como meterse en un auténtico avispero de intereses bastardos, de rutinas fosilizadas, sin tener en cuenta un mínimo de las necesidades del enfermo psíquico, como enfermo y como persona. Lo más curioso de todo este avispero, con ramificaciones y complicidades aquí y allá, es que para defender o prolongar esta situación denunciada en las Cortes se dan cita, más o menos abierta y a distintos niveles, la incomprensión, la ignorancia, la falta de sensibilidad y de educación, la 'omisión estratégica', la picaresca, la coacción y el cerrilismo — repito, el cerrilismo— y todo ello con un denominador común: la falta de seriedad y un mínimo de conciencia de responsabilidad, a veces insospechada.

LLAVERO y CONDE (1970), *Tratamientos médico-psiquiátricos*.

No es este lugar apropiado para tratar un tema tan complejo como el de la asistencia, por lo que remitimos al lector interesado a las lecturas que ya indicábamos en el apartado 3.2.7 *Asistencia*. Nuestra intención es simplemente hacer algunos comentarios que hemos podido extraer a partir del estudio de nuestro material, pues es llamativa la ausencia casi total de artículos dedicados a la asistencia psiquiátrica de los esquizofrénicos. Una primera impresión es que su tratamiento se hacía mayoritariamente en el medio manicomial y, si era posible, en un entorno hospitalario, haciéndose referencia al seguimiento ambulatorio habitualmente tras el paso por cualquiera de estos dos recursos. Por otro lado, hemos visto cómo la mayoría de textos sobre el tratamiento, lo hacía en relación con las formas crónicas y cómo eran los profesionales de estas instituciones los que hacían la mayor parte de comentarios.

Marco Merenciano

Si ya era deficitaria la asistencia psiquiátrica durante la Segunda República, tras la guerra civil la situación empeoró aún más. La actitud de los profesionales osciló entre la denuncia de las condiciones de trabajo, la elaboración de propuestas que se demostraron inviables y la manifestación de los numerosos déficits que ponían de manifiesto la actitud voluntariosa como mejor medio de superar tales carencias. Sirvan unas palabras de Marco Merenciano (1942: 13) para hacerse una idea de la magnitud del problema asistencial asociado a la esquizofrenia:

“Aun cuando estos números no pueden hacerse extensivos a la totalidad de enfermos mentales, puesto que no todos tienen necesidad de ser reclusos, sí tiene trascendencia saber que, el 52'66 por 100 de la totalidad de enfermos ingresados en uno de los manicomios de mayor población de España son esquizofrénicos⁶¹².

De aquí que toda actuación —tanto en el terreno terapéutico como en el profiláctico— que no se dirija directamente a la esquizofrenia resuelve muy en parte el problema psiquiátrico. Y, a la inversa, proponer un procedimiento que actúe eficazmente sobre la misma, es resolverlo casi en su totalidad”.

En este contexto, Marco Merenciano, en un trabajo posterior, a propósito de la clasificación de las formas mitigadas de psicosis en función de su adscripción nosológica a cada una de las psicosis endógenas, realizaba un comentario que pensamos era clarificador de cómo debió realizarse la asistencia a los pacientes esquizofrénicos, dentro de la dicotomía psiquiatría de gabinete — psiquiatría manicomial, con las implicaciones sociales y económicas que ello suponía, tal y como se recogen en el texto que reproducimos a continuación:

⁶¹² Se refería a una casuística de 300 pacientes, distribuidos entre hombres y mujeres en una proporción similar, ingresados en el Sanatorio Psiquiátrico Provincial *Padre Jofré* en los tres primeros trimestres de 1940. Ninguna otra patología considerada alcanzaba cifras más allá del 10%.

“Los enfermos a que me refiero en esta monografía pertenecen a mi consulta privada. He tomado un grupo de mil historias (las más recientes), y de ellas he obtenido *doscientas cuarenta y cinco*, a las que conviene el título de *Psicosis mitis*, con las características antes apuntadas. Esto representa el 25 por 100 del total de los enfermos que acuden a mi consulta, y si se tiene en cuenta que en ese total hay cerca de un 30 por 100 de enfermos *puramente neurológicos*, resulta que el 35 por 100 de los enfermos mentales asistidos privadamente pertenecen a este grupo de psicóticos mitigados más o menos típicos. La cifra es bastante elocuente para justificar un estudio concentrado y detenido.

He querido revisar también los diagnósticos de los enfermos ingresados en los últimos años en el Manicomio Provincial de Valencia, y he encontrado que en un total de mil historias sólo a cinco casos se les puede adjudicar esta denominación (es decir, $\frac{1}{2}$ por 100). Si se comparan estas cifras, casi se encuentra justificado que hablemos de psicosis de *dentro* y de *fuera* del Manicomio; pero esto no sería justo, por cuanto el material es muy distinto y es muy posible que los casos mitigados de psicosis sean mucho más abundantes en las clases altas de la sociedad, y, por otro lado, algunos de mis enfermos han aceptado el tratamiento sanatorial, algunos exigiendo que no fueran ‘sanatorios para enfermos mentales’. De todas formas es un dato muy elocuente este de la permanencia del enfermo mental en la sociedad. Ello implica otra circunstancia de suma trascendencia; en más del 80 por 100 de los casos yo no era el primer médico que consultaban. Casi todos ellos procedían de clínicas de Medicina interna, una o varias, no siendo raros los enfermos que acudían al psiquiatra, no sólo cuando habían fracasado los internistas, sino después de haber sido manejados por varios curanderos ⁶¹³”.

Vallejo Nágera

La primera referencia de interés sobre asistencia hay que hacerla al capítulo correspondiente del ya comentado libro de Vallejo Nágera (1940: 36-53) sobre terapéuti-

⁶¹³ MARCO MERENCIANO (1946), p. 81-2. Destacado en el original.

ca. Tras criticar el estado de la asistencia al enfermo mental de la época, y haciendo una consciente negación de los proyectos reformistas de la Segunda República o de los planes puestos en marcha por la Generalitat Catalana antes de la guerra, Vallejo Nágera aspiraba a que “la revolución nacionalsindicalista emprenda enérgicamente la reforma de la asistencia de los enfermos psíquicos, y dentro de breves años cuente otra vez España entre las naciones más adelantadas en la asistencia psiquiátrica⁶¹⁴”. En este sentido, planteaba un sistema concéntrico de atención psiquiátrica organizado en torno al frenocomio, con “una doble misión centrípeta y centrífuga”: centrípeta en el sentido de recibir los pacientes del resto de estructuras encargadas de la atención; y centrífuga al regir “la asistencia familiar médicamente vigilada, la asistencia extramanicomial y la totalidad de las actividades psiquiátricas de la nación”, en especial las relacionadas con la higiene mental. Todo ello de titularidad estatal, aunque apoyado por las administraciones locales, y perfectamente coordinado.

Sin plantearlo en los términos en que los vamos a describir, establecía tres niveles de asistencia: la *ambulatoria*, a través del “Dispensario de Higiene Mental, Consultorio Neuropsiquiátrico, o simple consulta de enfermedades nerviosas y mentales en cualquiera policlínica”, radicada en el casco urbano, tendría por misión la atención extramanicomial y la educación en higiene mental de “enfermos mentales incipientes, psicópatas, neuróticos y anormales”, lo que llegaría a favorecer un descenso de la población manicomial hasta del 8%. La *Clínica Neuropsiquiátrica*, sala de hospitalización de agudos ubicada en los hospitales generales y, por tanto, más fácilmente accesible desde el punto de vista burocrático; se encargarían de la atención de enfermos agudos, toxicómanos leves, reacciones psicopáticas, neuróticos e histéricos precisados de una cura de reposo... Y un tercer nivel, constituido por el *frenocomio*, destinado a albergar a los enfermos crónicos, y considerado como “la célula más importante del sistema de asistencia graduado, pues convergen a él, y se irradian de él las restantes células de la

⁶¹⁴ VALLEJO NÁGERA (1940: 37).

asistencia del enfermo psíquico⁶¹⁵”; las distintas secciones incluirían la atención de cuadros orgánicos, alcohólicos y toxicómanos, psicópatas⁶¹⁶, epilépticos, niños...

Dedicaba a continuación un apartado para describir la asistencia psiquiátrica familiar, comentando los modelos concentrado —al estilo de la colonia de Gheel—, disperso —como el modelo escocés—, y anexial, similar a lo que hoy entenderíamos como consultas externas hospitalarias. Sobre este particular se extendía en un apartado específico, calificando a los dos anteriores como un ideal a conseguir en la organización de la asistencia.

El capítulo finalizaba con sendos apartados referidos a la reeducación de los psicópatas, la atención a los toxicómanos, y la construcción de hospitales, de los que apenas haremos dos comentarios que ofrecen una noción de la ideología del autor. Referidos a las toxicomanías, planteaba el tratamiento obligatorio de los adictos “delincuentes más que enfermos; pero como la toxicomanía tiene algo de enfermedad, los ingresaríamos en los sanatorios en lugar de encerrarlos en las cárceles”, por espacio no inferior a seis meses, llegando incluso a “la incapacitación civil y la inhabilitación para cargos públicos”. Al fin y al cabo, “El único tratamiento eficaz de la toxicomanía es el moral y forzado, puesto que ya no tiene remedio el toxicómano que ha perdido el sentido moral. Tales amoraes, incapaces de redención, deben recluirse a perpetuidad en campamentos de trabajo, pues dañan a la Sociedad y a la Raza, sin que, por otro lado, reporten provecho alguno a la comunidad⁶¹⁷”. En cuanto a la construcción de hospitales, no deja de ser llamativa que en las referencias incluyera el trabajo de Rodríguez Lafora y Hernández-Briz sobre el particular, en b que posiblemente fue una táctica habitual de citar trabajos ajenos a cuestiones ideológicas o teóricas de autores de prestigio internacional contrarios al régimen, posiblemente con la intención de aparentar

⁶¹⁵ *Ibid.* p. 40.

⁶¹⁶ A quienes califica de “La fauna psiquiátrica de más difícil tratamiento... lindantes en la salud y en la enfermedad mental, individuos perversos, criminoideos, explosivos, asociales... indeseables en todas partes” (*Ibid.* p. 41).

un estado de normalidad científica, que respondería al discurso cínico de la reconciliación lanzado tras la victoria.

Apenas cuatro años más tarde, Vallejo Nágera (1944: 1201), valoraba positivamente el establecimiento de los Dispensarios de Higiene Mental⁶¹⁸, “dotados de todos los elementos para el tratamiento ambulatorio de las psicosis, dispensarios de los cuales esperamos eficazísima lucha contra las enfermedades psíquicas”, no mostrándose tan partidario de los sanatorios manicomiales, encuadrados también dentro de la indicación causal, con objeto de apartar al paciente de los estímulos ambientales que mantenían o fomentaban las reacciones patológicas del paciente.

Sarró Burbano

Sarró, sin dedicar un apartado específico al respecto, ofrecía en su libro algunos detalles de interés en relación con la asistencia manicomial. Así, en el capítulo de psicoterapia colectiva, hacía un repaso histórico al desarrollo de la misma, inspirado por el clima de demonización del liberalismo, sentenciando, a propósito de una cita de Giné y Partagás

“Mi impresión personal basada en datos históricos, que no es posible exponer aquí, es la de que en Cataluña determinó una exacerbación de los medios de represión. *El no restraint provocó una agravación del restraint*. Esto resulta comprensible teniendo en cuenta que el espíritu que animaba la idea terapéutica de Conolly era la filantropía liberal cuya cuna filosófica es la época de las luces. Se concedió a los alienados una libertad superior a la que podían soportar... La asistencia psiquiátrica parecía condenada a oscilar entre los sistemas autoritario y liberal, sin encontrar la salida del dilema⁶¹⁹”.

⁶¹⁷ *Ibid.* p. 50.

⁶¹⁸ Instituidos durante la Segunda República, como cuidadosamente olvidaba decir.

⁶¹⁹ SARRÓ (1940), p. 42.

A continuación, enumeraba una serie de técnicas como la clinoterapia, el baño permanente, los hipnóticos y la asistencia extramural. Sarró consideraba que esta última era siempre subsidiaria de un tratamiento iniciado previamente en la clínica o en el manicomio, y en ningún caso panacea de la atención al enfermo, siendo su valoración positiva al evitar el deterioro asociado a la situación de reclusión institucional: “Es el complemento indispensable de todo tipo de asistencia y con mayor motivo de la más eficiente que es la regida por el principio ocupacional... Pero evidentemente por grande y justificado que sea el entusiasmo que despierte la asistencia extramural, ésta sólo puede abreviar la reclusión, en modo alguno eliminarla, ni resolver los problemas internos de la asistencia intramural⁶²⁰”.

Sin embargo, esta aparente bondad se tornaba insolidaridad en las palabras finales del libro, donde toda su perorata a favor de la psicoterapia ocupacional parecía no ser más que un alegato a favor de que los enfermos crónicos pagaran los gastos que generaban, a expensas de emplearlos como mano de obra barata, sin tener apenas opción a recibir tratamientos de choque:

“Forzosamente esta nueva terapéutica modificará considerablemente la concepción de la *asistencia psiquiátrica*. El Estado y los familiares de los enfermos deberán hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a los esquizofrénicos los nuevos tratamientos y con este fin tendrán que transformarse adecuadamente muchas instituciones psiquiátricas. Pero no puede exigirse que este esfuerzo se haga también para los crónicos incurables. Para éstos hay que aspirar a que mediante la psicoterapia ocupacional den un rendimiento económico equivalente a los gastos que ocasionan a la población normal. Los resultados de Möckbel en Baden demuestran que esto es perfectamente posible⁶²¹”.

⁶²⁰ *Ibid.* p. 44-6.

⁶²¹ *Ibid.* p. 134.

Las denuncias de la situación

El estado de la asistencia psiquiátrica no pareció prosperar mucho a lo largo de los años y así, a finales de la época franquista, podíamos encontrar cómo psiquiatras afectos al régimen denunciaban la situación de la misma:

“Desgraciadamente no podemos decir ni aportar gran cosa respecto a este tipo de asistencia en relación con nuestras necesidades crecientes, a pesar de la elevación del nivel de vida y el aumento creciente de las perturbaciones psíquicas. Excepto esbozos y esfuerzos aislados, pero de pocos vuelos, una asistencia psiquiátrica con las exigencias mínimas —como funciona en otros países— no existe entre nosotros; carecemos de los medios imprescindibles. Esta clase de asistencia moderna, ‘de manicomio para fuera’, es algo así como un ‘fantasma’, del cual todo el mundo habla y escribe sobre el papel, pero nadie consigue verlo. No se ha tenido todavía en cuenta —o no se ha obrado en consecuencia— que de esta clase de asistencia depende en gran parte *la recuperación precoz del enfermo mental; que se convierta en alta definitiva el alta provisional, condicionada; que se eviten muchas recaídas; la rápida incorporación a la vida familiar, social y laboral, con lo que todo ello supone de humano, de caridad, sin olvidar la proyección económica positiva que para la nación supone esta resocialización precoz del enfermo mental, psíquico*⁶²²”.

Ello daba pie a que defendieran las tres características que debieran tener las clínicas psiquiátricas modernas: ambiente terapéutico, orientación del ingreso al alta precoz, y coordinación con los recursos extrahospitalarios. Al hilo de las mismas, recordaba las iniciativas legislativas recientes —mayo de 1968—, pero se mostraban poco optimistas sobre las posibilidades reales de llevarlas a cabo, como vimos en las palabras reseñadas al principio de este apartado⁶²³.

⁶²² LLAVERO y CONDE (1970), p. 75-6. Destacado en el original.

⁶²³ El capítulo de la memoria para las oposiciones a profesor agregado de Psicología Médica, que LÓPEZ-IBOR ALIÑO (1975) publicaría luego como libro, es un texto de corte ensayístico, sin apenas

A las dificultades derivadas del déficit de infraestructura, se añadían otras propias de una economía poco boyante, en la que la asistencia psiquiátrica no estaba incluida en las prestaciones habituales de la Seguridad Social. Y así —casi sin pretenderlo—, como ponían de manifiesto algunos ensayos clínicos, se constataba la existencia de dificultades para obtener medicación para los mismos, provocando un sesgo de selección de naturaleza humanitaria, al tener que escoger a aquellos pacientes en quienes se esperaba obtener mejoría y racionar así la poca medicación disponible, quedando de este modo a expensas de la “generosidad” de los laboratorios⁶²⁴. En tales circunstancias, no resultaba extraño que la carestía también se extendiera al tratamiento habitual de los pacientes, determinando la interrupción de los mismos con el consiguiente riesgo de recaída⁶²⁵; o provocando que todavía en algunos lugares, al final del periodo de estudio, se siguiera con un modelo manicomial de asistencia.

Coincidiendo con el final del periodo de estudio se daban a conocer los resultados de tímidos intentos por mejorar la asistencia psiquiátrica en la comunidad, a través de experiencias piloto puestas en práctica habitualmente en el norte de España, posiblemente en relación con el movimiento antipsiquiátrico. Mezquita *et al.* (1975), por ejemplo, diseñaron un método de trabajo en el que una ATS se desplazaba al domicilio o al lugar de trabajo del paciente para administrar el tratamiento y valorar su grado de adaptación:

“Mención especial merece la participación de una enfermera visitadora que se encargaba de inyectar a los pacientes en su domicilio o lugar de trabajo, según

interés para nuestro trabajo, aunque útil para los historiadores de la asistencia. Asimismo, el PANAP publicó toda una serie de estudios al respecto, recogidos por SIMÓN y FERRER (1997).

⁶²⁴ Ya en la década de los cuarenta VALLEJO NÁGERA (1940: 38) había comentado: “Todos estos clientes benefician del Dispensario, donde se prescribe el adecuado tratamiento, proporcionándoles muchas veces las medicinas, gracias a la competencia industrial que pone en nuestras manos abundantes muestras de productos farmacéuticos”.

⁶²⁵ Tal y como COULLAUT y COLINA (1956a) ponían de manifiesto en el resumen de la historia de dos pacientes, casos 6 y 10. A propósito del primero, comentaban: “los días 5, 6, 7 y 8 la enferma está sin tratamiento por carecer del medicamento”. Algo similar sucedía con el segundo, aunque por espacio de más tiempo.

la periodicidad fijada por el equipo correspondiente. Esta enfermera dedicaba su atención a los enfermos más problemáticos en cuanto a disposición para una toma continuada de medicación, así como a aquellos cuyas familias tampoco eran muy de fiar en este sentido, bien por desinterés o por incomprensión hacia la enfermedad mental... Pero las funciones de la enfermera... comprendía también entrevistas con los familiares para explicarles en qué consistía la pauta de tratamiento, insistir en la conveniencia de una regularidad en la toma de medicación, aclarar cuál debía ser la conducta a seguir con el paciente de cara al trabajo, las actividades sociales y el comportamiento en general, así como para tratar de conseguir una mejor comprensión de la enfermedad por parte de las familias. Una actividad similar era seguida en relación con las empresas adonde la enfermera acudía a inyectar a los pacientes, pudiendo constatar que éstos evolucionaban favorablemente en aquellos lugares de trabajo en que había una buena disposición, al tiempo que pudo comprobar —en relación con el trabajo— que los pacientes del medio rural tenían siempre ciertas facilidades para desarrollar algún tipo de tareas, en tanto que la ocupación era un problema grave para los enfermos con cualquier clase de invalidez a efectos laborales: estos detalles nos permiten insistir, aunque sea de pasada, en la ineludible necesidad de poner en marcha centros de empleo protegido para enfermos mentales⁶²⁶”

Lo que pasó a partir de entonces ya fue *otra* historia.

⁶²⁶ Esta experiencia recordaba a una propuesta similar, realizada dos años antes VALBUENA *et al.* (1973) en Oviedo, mediante el empleo de fármacos de liberación prolongada para reforzar el tratamiento ambulatorio. A pesar de reconocer la acción positiva en mayor o menor grado sobre los síntomas activos o positivos, apreciaban que la conducta defectual apenas se modificaba, volviendo a poner énfasis en la raíz del problema: “esto no es característico de esta medicación, sino que ocurre con los neurolépticos en general... Estos estudios llevarían a frenar entusiasmos terapéuticos en poblaciones de enfermos crónicos hospitalizados. El problema varía considerablemente cuando se trata de mantener a dichos enfermos en su medio socio-familiar”.

7. Conclusiones

La presente tesis doctoral se ha centrado en la revisión del concepto de esquizofrenia que manejaron los autores españoles, durante el periodo comprendido entre 1939 y 1975, a través del estudio de las publicaciones científicas.

- 1^a Los distintos psiquiatras españoles que escribieron sobre la esquizofrenia durante el periodo que hemos estudiado no realizaron ninguna aportación original al concepto de la misma. Su elaboración teórica se limitó a asimilar, con distinta rigurosidad, determinadas corrientes teóricas de la psiquiatría europea del momento. En muchos casos, las teorías circulantes representaron la continuidad de las ideas presentes en la psiquiatría española de principios de siglo.
- 2^a Las dos figuras más representativas de la psiquiatría oficial, Vallejo Nágera y López Ibor, apenas influyeron sobre el concepto de esquizofrenia manejado por diferentes autores españoles. A diferencia de ellos, otros autores desarrollaron una concepción teórica propia sobre esta enfermedad, aunque su trabajo no gozó de la difusión que tuvo la obra de los primeros. Tal fue el caso de figuras representativas del exilio interior, como Llopis; disidentes de la línea oficial, como Castilla del Pino y Martín Santos; pero también de Alberca y de Cabaleiro, este último el autor más prolífico sobre esquizofrenia.
- 3^a Tres escuelas alemanas ejercieron gran influencia e impregnaron el discurso de la psiquiatría académica y profesional: la de *Frankfurt*, introducida por Solé Sagarra y Sarró, a propósito de la clasificación de las formas terminales de esquizofrenia, cuyo estudio despertó gran interés. La de *Heidelberg*, representada

por López Ibor, con los criterios schneiderianos para el diagnóstico de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia, así como el concepto de agrupaciones sintomáticas. Y el *análisis existencial*, que sirvió como enfoque fenomenológico y como abordaje psicoterápico. A partir de la década de los sesenta, se sentaron las bases de la teoría bioquímica de la esquizofrenia que dominó, casi por completo, el debate teórico en torno a la enfermedad.

- 4^a La predilección por las anteriores teorías fue en detrimento de las corrientes de orientación psicoanalítica, sociológica y antipsiquiátrica, que habitualmente fueron devaluadas, proscritas y hasta ridiculizadas. De este modo, se impidió una asimilación crítica de los diferentes puntos de vista existentes durante este periodo en torno al concepto de esquizofrenia.
- 5^a El concepto de esquizofrenia casi unánimemente aceptado durante el periodo estudiado fue el de una enfermedad *constitucional* de base *somática*, con una *predisposición* a la misma *determinada genéticamente*, caracterizada por la presencia de unos síntomas directamente relacionados con el *proceso* de la enfermedad, a los que se añadía la *superestructura psicógena* que elaboraba el psiquismo del enfermo como reacción al mismo, y en la que los *factores psicológicos, sociales o culturales* únicamente jugaban un papel *desencadenante*.
- 6^a Las fuentes consultadas nos han resultado especialmente fecundas en el caso de la terapéutica, pues nos han permitido estudiar la evolución desde la introducción, auge y declive de los tratamientos de choque, hasta el nacimiento de la actual era psicofarmacológica, pasando por el desarrollo de las controvertidas técnicas psicoquirúrgicas. Todas ellas pretendían incidir sobre la supuesta base orgánica de la enfermedad.
- 7^a Al igual que en los países occidentales, la terapéutica se sistematizó en función de la técnica aplicada, en lugar de atender al momento evolutivo de la enfermedad. Uno de los principios que guió el desarrollo de las mismas fue el empi-

rismo. La adquisición de experiencia en el manejo de las terapias de choque, la psicocirugía o los psicofármacos se obtuvo de un modo más próximo al método de ensayo-error que al de la experimentación científica.

- 8^a Las tres principales técnicas de choque para el tratamiento de la esquizofrenia, el coma insulínico de Sakel, el choque cardiazólico de von Meduna, y el electrochoque de Cerletti y Bini, llegaron a España de forma casi simultánea a su desarrollo. Sarró introdujo la primera de ellas, y Marco Merenciano y Prieto Vidal, la última. Durante casi una década, estas tres técnicas convivieron sin que se estableciera una indicación precisa para su aplicación. Su acción inespecífica y la imposibilidad de predecir la respuesta al tratamiento en función de la forma clínica, contribuyeron a generalizar su uso indiscriminado. La selección del método de tratamiento se hizo, en muchos casos, en función de las circunstancias económicas y asistenciales del entorno.
- 9^a Conforme se generalizó el empleo de psicofármacos, los psiquiatras dejaron de considerar las remisiones espontáneas de la enfermedad. En esta evolución tuvo una importancia especial el concepto de síntoma-diana, que también contribuyó a la atomización del concepto de esquizofrenia.
- 10^a La psicoterapia casi siempre estuvo supeditada a los tratamientos somáticos. En general, fue considerada como una técnica de acción inespecífica, independientemente de su orientación teórica. Sus objetivos fueron la resolución de la superestructura psicógena secundaria al proceso de la enfermedad, la prevención del deterioro del paciente debido tanto a la enfermedad como a la institucionalización, y la rehabilitación del enfermo una vez establecido dicho deterioro.
- 11^a Habitualmente, se identificó la terapia individual con la analítico existencial y, en menor medida, con la psicoanalítica. La terapia ocupacional, cuyas directrices había establecido Simon durante el primer tercio de siglo, se mantuvo

como el método psicoterápico más prescrito pues permitía, al mismo tiempo, paliar las carencias del sistema.

12^a Las ideas en torno a la profilaxis de la enfermedad que hacían referencia a la eugenesia y al consejo prematrimonial, sólo perduraron hasta la década de los cincuenta, y se apeló expresamente a motivos de naturaleza religiosa para rechazar la aplicación de las primeras.

13^a Las cuestiones médico-legales se centraron en el establecimiento de criterios para determinar el grado de imputabilidad de los esquizofrénicos, en función de la fase de la enfermedad en la que se encontraban.

14^a La mayoría de trabajos sobre esquizofrenia se hizo desde el entorno manicomial, medio habitual de tratamiento de estos pacientes y lugar de trabajo de la mayoría de autores, independientemente de su orientación teórica. Desde allí partieron las primeras iniciativas de asistencia comunitaria. La asistencia ambulatoria, debido al escaso desarrollo de la misma, quedó prácticamente restringida a las formas iniciales y mitigadas de la enfermedad.

8. Bibliografía

La bibliografía que incluimos a continuación se ha dividido en dos apartados. El primero de ellos se compone de la relación alfabética de las fuentes cuyo análisis ha permitido elaborar la presente tesis doctoral, y tiene la doble finalidad: constituye la base sobre la que se ha hecho el estudio estadístico incluido en el *Capítulo 5. Aproximación estadística a los trabajos españoles sobre esquizofrenia (1939-1975)*; y sirve de apoyo a la exposición del texto del *Capítulo 6. El concepto de esquizofrenia en los autores españoles (1939-1975)*.

Por sus características diferenciales, hemos dividido dichas fuentes en artículos de revista, por un lado; y libros, folletos y capítulos de libro, por otro. Aquellos se han agrupado en dos series, una para los artículos seleccionados en el estudio estadístico conforme los criterios de selección establecidos en el apartado 2.2.1 del *Capítulo 2. Material y métodos*; y otra para aquellos otros que, aun siendo objeto de estudio de esta tesis, no cumplían los citados criterios. En cuanto a libros, folletos y capítulos de libro, los hemos dividido en tres grupos según su contenido, clasificándolos como monografías sobre esquizofrenia, manuales y tratados de psiquiatría, y obras relacionadas de carácter general —psicopatología, psicoanálisis, psiquiatría legal y terapéutica— que incluían capítulos sobre la esquizofrenia. Para el segundo subgrupo -manuales y tratados de psiquiatría-, conviene recordar la convención hecha en el apartado 2.2.1 del *Capítulo 2. Material y métodos*, por la que referenciamos la obra completa en lugar del capítulo específico sobre esquizofrenia, excepto en las actas del *Symposium sobre Esquizofrenia*.

El segundo apartado, dedicado a la bibliografía secundaria, recoge los textos consultados que han permitido elaborar el apartado crítico que compone los cuatro primeros capítulos, así como los llamados *libros de referencia*, es decir, libros de consulta y manuales de estilo empleados para dar una estructura general y una corrección sintáctica y semántica a la tesis.

Todas las referencias se han consignado siguiendo las normas Autor-Año.

8.1 Fuentes

8.1.1 Artículos de revista

8.1.1.1 Fuentes seleccionadas para el estudio estadístico

1. ABRINES ALCALÁ, A.A.; ESPARZA G. TRUJILLO, J.; ESTEVAN ALBERTO, I.; GARCÍA REVERTER, E.; MARTÍN GARCÍA, M.C. y VERDEJO SITGES, J. (1973), Experiencias con la asociación levopromazina-tiopropazina en 30 casos de esquizofrenia aguda, *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría*, 4(17), 21-30.
2. ÁLAMOS DE LOS RÍOS, F. (1946), Contribución al estudio de la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 28-30.
3. ALARCÓN TRIGUEROS, R.D. (1953), Sobre la dudosa eficacia de la insulina en el tratamiento de la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 12, 308-319.
4. ALARCÓN TRIGUEROS, R.D. (1973), Diagnóstico y tratamiento de los desórdenes afectivos de la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, I, 521-527.
5. ALDAMA DE LLANO, J.M. (1975), Neurolépticos, esquizofrenia y terapia institucional, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, III, 181-188.
6. ALONSO GARCÍA DEL MORAL, J. (1969), Psicosis esquizofrénicas agudas tratadas con Imagotán, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 28, 335-338.
7. ARRANZ MUÑECAS, T. (1957), Sobre las formas psicasténicas y pseudoneuróticas del comienzo de la esquizofrenia, *Informaciones Psiquiátricas*, II, 91-96.
8. ARRANZ MUÑECAS, T.; ECHE, J.; GANOZA, C.; GISPert, D.A.; GURRIA, M.; JIMÉNEZ, E.; MORALES, M.; KISHIMOTO PERISE, J. y SERRAT, A. (1972), Estudio de la actividad desinhibitoria y timoanaléptica del sulpiride, en las esquizofrenias crónicas, *Informaciones Psiquiátricas*, XIV(51), 39-45.
9. AYUSO, J.L. (1971), Factores socio-culturales de la esquizofrenia, *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 4(1), 39-50.
10. BERDALA, J. (1968), Evolución del tratamiento de psicoterapia de la esquizofrenia, *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 1(2), 45-50.
11. BERMEJO CIRAC, J. y GÁLVEZ MORENO, M. (1975), Estudio de actitudes en los pacientes esquizofrénicos hospitalizados, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 12(1), 25-47.
12. BESADA VARELA, L. (1961a), Contribución al estado de la terapéutica de los esquizofrénicos crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20, 22-37.
13. BESADA VARELA, L. (1961b), Los medicamentos neurolépticos en la terapéutica de los esquizofrénicos crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20, 178-192.
14. BESADA VARELA, L. (1964), Valoración clínica de la tioridazina en el tratamiento de los esquizofrénicos crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23, 241-259.

15. BESADA VARELA, L. (1967), Experiencias clínicas con el T.P.N. 12 en los delirios esquizofrénicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26, 148-163.
16. BORREGUERO, A.D. (1959), Estudio encefalográfico seriado de la esquizofrenia de forma hebefrénica, *Archivos de Neurobiología*, 22(2), 147-164.
17. BORREGUERO, A.D. e ÍÑIGUEZ DE ONZOÑO, A. (1965), Estudio clínico, electropneumoencefalográfico seriado y anatomopatológico de un caso de esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 28(4), 415-439.
18. BUÑUEL MIR, J. (1960), Algunos puntos de vista sobre la actitud ante el enfermo de Esquizofrenia, *Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, I(4), 7-14.
19. CABALEIRO GOÁS, M. (1955), Valoración de algunos factores que conducen a una más concreta indicación de las terapéuticas de choque en los esquizofrénicos, *Archivos de Neurobiología*, 18(3), 823-862.
20. CABALEIRO GOÁS, M. (1958a), Encefalitis víricas y síndromes esquizofrenoides, *Archivos de Neurobiología*, 21(1), 10-13.
21. CABALEIRO GOÁS, M. (1958b), Formas simples esquizofrénicas, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 3(6), 500-503.
22. CABALEIRO GOÁS, M. (1958c), Resultados comparativos de los tratamientos con clorpromacina, reserpina y azacyclonol en esquizofrénicos paranoides, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 17(1), 1-5.
23. CABALEIRO GOÁS, M. (1959), Esquizofrenias pseudoneuróticas, *Informaciones Psiquiátricas*, 4(16), 71-107.
24. CABALEIRO GOÁS, M. (1961), Las relaciones interpersonales de los esquizofrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 5(1), 50-57.
25. CABALEIRO GOÁS, M. (1961), Psicoterapia bajo la acción narcobiótica en esquizofrénicos paranoides, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 5(3-4), 359-362.
26. CABALEIRO GOÁS, M. (1965a), Diagnóstico diferencial psicopatológico de la esquizofrenia y de la psicosis maniaco-depresiva (excepto delirios), *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 24, 74-81.
27. CABALEIRO GOÁS, M. (1965b), Los síntomas primarios y secundarios esquizofrénicos y la valoración de estos últimos para los diagnósticos, *Archivos de Neurobiología*, 28(4), 455-474.
28. CABALEIRO GOÁS, M. (1968), Las psicosis marginales y atípicas endógenas, el concepto de psicosis mixta y los síndromes esquizofrénicos, maniformes y pseudodepresivos, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, III(1), 25-49.
29. CABALEIRO GOÁS, M. (1972a), La estructura psicopatológica de los hombres-esquizofrénicos paranoides y parafrénicos y la de sus "mundos" respectivos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 10(5), 247-257.
30. CABALEIRO GOÁS, M. (1972b), La "pérdida de la conciencia de la actividad del Yo" como "trastorno fundamental" psicopatológico de las esquizofrenias, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, VII(3), 185-198.

31. CABALEIRO GOÁS, M.; GÓMEZ-REINO FILGUEIRAS, J.L.; FERNÁNDEZ VICENTE, L.; PINO DELGADO, C.; CARRERO MARTÍNEZ, P. y PENZOL DÍAZ, J. (1964), Nuestra experiencia personal en el tratamiento psicofarmacológico de las psicosis esquizofrénicas, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 23, 31-47.
32. CALCEDO ORDÓÑEZ, A. y RENDUELES OLMEDO, G. (1974), Esquizofrenia en el medio militar, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 11(6), 343-358.
33. CALVÉ PÉREZ, A. y MONTEJO IGLESIAS, L. (1975), Factores sociales en el tratamiento y pronóstico de la esquizofrenia, *Informaciones Psiquiátricas*, XVII(62), 53-57.
34. CASTELLANOS MATEOS, F. y GINER UBAGO, J. (1969), Estudio electroforético de las proteínas del L.C.R. en las psicosis esquizofrénicas, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, V(1), 41-45.
35. CASTILLA DEL PINO, C. (1957a), Para la psicopatología de la remisión esquizofrénica, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 3(1), 14-28.
36. CASTILLÓN ZAZURCA, J.J.; LINARES FERNÁNDEZ, J.L.; UDINA ABELLÓ, C.; ESPEZEL OLIVELLA, M.I. y ROMEU ANFRUNS, J.M. (1974), Un estudio con el WAIS en esquizofrénicos crónicos, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29(129-130), 743-749.
37. CASTILLÓN ZAZURCA, J.J.; LINARES FERNÁNDEZ, J.L.; UDINA ABELLO, C.; ESPEZEL OLIVELLA, M.I. y ROMEU ANFRUNS, J.M. (1975), Un estudio con el WAIS en esquizofrénicos crónicos, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 30(136), 851-869.
38. CASTRO DEL POZO, S.; BENITO ARRANZ, S.; FERNÁNDEZ SANDONIS, J.; RODRÍGUEZ NAVARRO, I.; MARTÍNEZ RIVERA, L. y GUERRERO CERRATO. (1971), La actividad fermentativa del líquido cefalorraquídeo en pacientes esquizofrénicos crónicos, *Archivos de Neurobiología*, 34(3), 219-230.
39. CERDÁ, E. (1957), Estudio del deterioro mediante la escala Wechsler-Bellevue, forma I, en un grupo de esquizofrénicos paranoides, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 3(3), 251-259.
40. CLARAMUNT LÓPEZ, F. (1959a), Esquizofrenias infantiles (Resumen), Quinta sesión ordinaria, 29 de mayo de 1959, *Anales de La Sociedad de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría de Madrid*, I, 111-114.
41. CLARAMUNT LÓPEZ, F. (1959b), El síndrome de la esquizofrenia infantil. A propósito de 20 observaciones, *Archivos de Neurobiología*, 22(2), 118-146.
42. CODERCH, J.; COSTA MOLINARI, J.M. y SARRÓ MARTÍN, A. (1957), Contribución al estudio de la concepción pluralista de la esquizofrenia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 3(2), 137-157.
43. CODERCH, J. y GILABERT, A. (1975), Características del dibujo y pintura de los enfermos esquizofrénicos. Aspectos formales y de contenido, *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, III(2), 57-68.

44. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. (1960), La asociación de fenotiacínicos y reserpina en el tratamiento de la esquizofrenia. Estudio de 249 casos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 19, 308-335.
45. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. (1961), El tratamiento de los esquizofrénicos crónicos por un método combinado de psicofármacos y electrochoque, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20, 111-177.
46. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. y CARLES EGEA, F. (1959), Contribución al empleo del azacyclonol en la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 18, 24-33.
47. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. y COLINA LEONES, M.J. (1956a), El tratamiento de la esquizofrenia con reserpina y largactil, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 15, 119-56.
48. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. y COLINA LEONES, M.J. (1956b), Resultados obtenidos en el tratamiento de la esquizofrenia con clorpromazina y reserpina, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 15, 301-317.
49. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. y COLINA LEONES, M.J. (1958), El curso evolutivo de algunos tipos clínicos de esquizofrénicos crónicos tratados con la asociación de clorpromacina y reserpina, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 17, 6-37.
50. DELGADO ROIG, J. (1942), Medicina Legal militar en la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 147-151.
51. DÍEZ MANRIQUE, J.F. (1968), Tratamiento de la esquizofrenia, *Informaciones Psiquiátricas*, XI(42-43), 93-100.
52. ESCUDERO ORTUÑO, A. (1954), Ensayos terapéuticos en la esquizofrenia. Nota previa, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 13, 121-131.
53. FÁBREGAS POVEDA, J.L. (1971), Cosmogonía y cosmología en el campo mitologemático de los delirios esquizoparafrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 10(2), 75-83.
54. FERRER RALDÚA, J. y CATARINA BARGALLÓ, M. (1975), Estado actual de una investigación en curso sobre la existencia o no existencia de caracteres significativos específicos de las familias de los enfermos esquizofrénicos, *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, III(1), 35-46.
55. FIGUERIDO, C.A. (1946), El problema de las remisiones espontáneas y terapéuticas en la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 30-43.
56. FILOMENO MAYANS, A. (1975), Consideraciones sobre la progresiva recuperación de una enferma aquejada de esquizofrenia hebefrénica mediante psicoterapia, *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, III(2), 69-76.
57. FUSTER, J. (1943), El nuevo síntoma de la reacción sintónica de primer contacto en la exploración psíquica de los brotes esquizofrénicos. Su valoración pronóstica, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 133-136.
58. GALLART CAPDEVILLA, J.M. (1975), El butaclamol en la esquizofrenia aguda, *Archivos de Neurobiología*, 38(6), 545-586.

59. GALLEGO MERÉ, A. (1974), Estudio psicoanalítico de los delirios esquizoparafrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 11(5), 295-300.
60. GARCÍA GONZÁLEZ, J. (1969), Nuestra experiencia con Trifluoperazina en enfermos esquizofrénicos crónicos, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, IV(3), 183-186.
61. GARCÍA SÁNCHEZ, M. (1966), Problemática del esquizofrénico en la reintegración a su ambiente, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España*, I(3), 50-53.
62. GARCÍA SÁNCHEZ, M. y LÓPEZ SÁNCHEZ, J.M. (1969), Proyecto de gráfica para el control evolutivo de la Psicoterapia de Grupo de esquizofrénicos paranoides, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, IV(3), 189-206.
63. GINER UBAGO, J. (1969), Estudio bioquímico en Psiquiatría: Ceruloplasmina y Esquizofrenia, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, IV(1), 5-30.
64. GINER UBAGO, J. (1969), La trifluoperazina en los esquizofrénicos crónicos. Evaluación clínica y escala de Wittenborn, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, IV(4), 371-385.
65. GÓMEZ DEL CERRO, J. (1959), Nuestra experiencia en psicoterapia de la esquizofrenia. Ponencia al 6º Cong. Inter. de Psicoterapia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 4(3), 187-192.
66. GÓMEZ-REINO FILGUEIRAS, J.L. y FERNÁNDEZ VICENTE, L. (1962), Nuestras experiencias con el "meleril" en la manía endógena y en los esquizofrénicos paranoides crónicos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 21, 159-164.
67. GONZÁLEZ LÓPEZ, J.L. (1974), La monoclormipramina en la esquizofrenia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 11(5), 315-320.
68. GONZÁLEZ MONCLÚS, E. y VALLS BRUNAT, J.M. (1975), Esquizofrénicos en la comunidad. Revisión del concepto de remisión social en algunos esquizofrénicos bajo tratamiento psicofarmacológico continuado, *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, III(1), 47-56.
69. GUTIÉRREZ GÓMEZ, D. (1967), Un caso de esquizofrenia infantil delirante, *Archivos de Neurobiología*, 30(1), 24-29.
70. HERENCIA. (nc), La herencia biológica: VI. Problemas especiales: 4. La esquizofrenia, *Cuadernos Para La Educación En Salud Mental*, (1), 37-46.
71. HERRERO ALDAMA, P. (1964), Valoración estadística de resultados de laborterapia en un grupo de enfermos con estado residual esquizofrénico, *Archivos de Neurobiología*, 27(3), 220-240.
72. JIMÉNEZ, F. (1969), Experiencia clínica con clorimipramina, Anafranil (R) Geigy, en enfermos psiquiátricos (depresivos, obsesivos y esquizofrénicos), *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, III(3), 189-211.
73. JIMÉNEZ, F. y LARA PALMA, L. (1966); Comunidad matrimonial en dos enfermos parafrénicos, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 1(1), 65-70.
74. JIMÉNEZ ESPINOSA, L. (1962), Tratamiento con Imipramina de cuadros esquizofrénicos defectuales de aspecto catatónico, *Archivos de Neurobiología*, 25(4), 388-397.

75. JIMENO VALDÉS, A. (1962), Algunas consideraciones clínicas y teóricas en un caso de esquizofrenia, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 17(62), 247-262.
76. JIMENO VALDÉS, A. (1964), Estudio clínico y anatómico cerebral de las formas esquizofrénicas sintomáticas, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 6(8), 585-598.
77. JIMENO VALDÉS, A. (1972), Estudio clínico y anatómico cerebral de las formas esquizofrénicas asintomáticas, *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría*, 3(15), 1.
78. LEDESMA JIMENO, A. (1963), Revisión del concepto de esquizofrenia a la luz de los nuevos psicofármacos, *Archivos de Neurobiología*, 26(4), 325-342.
79. LINARES FERNÁNDEZ, J.L.; PERICAY HOSTA, J.M. y COLL ROSELL, E. (1975), Agresividad y esquizofrenia. Un estudio con el P.F.T. de Rosenzweig, *Archivos de Neurobiología*, 38(5), 425-438.
80. LÓPEZ DE LERMA, J. (1974), Valor pronóstico de los síntomas de comienzo en la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, II, 187-202.
81. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.M. (1973), Sobre la dinámica y el tratamiento de la tendencia a la enronización de las psicosis esquizofrénicas, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, I, 377-388.
82. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.M. (1974), La evolución hacia la cronicidad de las esquizofrenias y su tratamiento, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, II, 447-452.
83. LÓPEZ IBOR, J.J. (1958), Estudios sobre la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 17, 107-123.
84. LÓPEZ ZANÓN, A. y PÉREZ FERNÁNDEZ, F. (1970), Esquizofrenias nucleares. Comentarios a dos observaciones de presentación familiar, *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría*, 1(4), 3-14.
85. MARCO MERENCIANO, F. (1942), Estudio comparado del tratamiento de las esquizofrenias por el cardiazol y el electroshock, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 214-216.
86. MARCO MERENCIANO, F. (1946), Interferencias esquizoepilépticas, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 57-64.
87. MARINO FORILLIERE, D. (1972), Sobre la psicopatología de la esquizofrenia, breve revisión, *Cuadernos Madrileños de Psiquiatría*, 3(16), 29.
88. MÁRQUEZ BALÍN, J.M. (1968), Técnicas de tratamiento en la psicoterapia de la esquizofrenia, *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 1(2), 3-11.
89. MARTÍ GRANELL, A. (1943), Contribución al estudio de las alteraciones del metabolismo basal de la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 136-138.
90. MARTÍ GRANELL, A. y PERMANYER, J.J. (1943), Estudio de las alteraciones de las proteínas sanguíneas en los esquizofrénicos, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 173-182.
91. MARTÍ-TUSQUETS, J.L. y CARDENAL GONZÁLEZ, J. (1967), Primeras experiencias clínicas con N.A.D. (Nicotinamida-Adenina-Dinucleótido) en enfermos esquizofrénicos crónicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 8(4), 219-229.

92. MARTÍ-TUSQUETS, J.L. y RUÍZ-OGARA, C. (1960), Nuestra técnica en psicoterapia de grupo de esquizofrénicos. Ponencia al 6º Cong. Inter. de Psicoterapia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 4(5), 416-419.
93. MARTÍN SANTOS, L. (1952), Ideas delirantes primarias, esquizofrenia y psicosis alcohólica aguda, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 11, 322-333.
94. MARTÍNEZ DÍAZ, J.R. (1953), Consideraciones clínicas sobre etiopatogenia de la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 12, 346-347.
95. MARTÍNEZ, P. y DE LA VEGA, P. (1940), Tratamiento convulsivante de la esquizofrenia por el cloruro de amonio y el alcanfor-éter, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 79-84.
96. MARTÍNEZ PARDO, F.; AMAT, E. y LEAL, C. (1966), En torno a las psicosis esquizofrénicas. Reflexiones sobre 58 casos de nuestra experiencia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 25, 178-187.
97. MARTÍNEZ-PINA, A. (1964), Evolución de un Proceso Catatónico, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 6(6), 444-451.
98. MARTÍNEZ PINA, A. (1966), La preesquizofrenia (para una psicología y diagnóstico precoz de la enfermedad), *Revista de Psicología General y Aplicada*, 21(82-83), 345-364.
99. MEDINA GIL, C. y SAMANIEGO RODRÍGUEZ, C. (1969), Estudio clínico del T.P.N.-12 en veinticinco enfermos esquizofrénicos crónicos, *Archivos de Neurobiología*, 32(4), 559-573.
100. MEZQUITA BLANCO, J.; CUBILLA SÁNCHEZ, J.; AIZPIRI DÍAZ, J. y ZUBÍA ZUBÍA, B. (1972), Ensayo clínico con sulpiride y placebo en esquizofrénicos crónicos, *Archivos de Neurobiología*, 35(5), 453-472.
101. MEZQUITA BLANCO, J.; GONZÁLEZ ROA, G. y URRESOLA, M. (1975), Neurolépticos "retard" y asistencia comunitaria en la esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 38(5), 455-470.
102. MOLINA NÚÑEZ, J. (1968), La transferencia y la contratransferencia en el tratamiento de la esquizofrenia, *Revista Española de Psicoterapia Analítica*, 1(2), 13-34.
103. MORA TERUEL, F. (1970), Poesía y esquizofrenia (A propósito de un caso clínico), *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, V(2), 127-150.
104. MORILLAS, D. (1943), Experiencia en el tratamiento ambulante de la esquizofrenia y psicosis maniaco-depresivas, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 213-215.
105. MORÓN, J.A. (1974), Nocividad o inocuidad del ambiente familiar en el proceso de las esquizofrenias infantiles y prepuberales, *Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátricas*, Mayo-Junio(34), 50-52.
106. OBIOLS VIÉ, J. (1959), Posibilidades psicoterapéuticas del análisis de la pluralidad de mundos en la Fantasiofrenia. Ponencia al 6º Cong. Inter. de Psicoterapia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 4(4), 330-334.
107. OBIOLS VIÉ, J. (1969), Fenomenología de los mecanismos de simbolización en el hombre normal y en el esquizofrénico, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 9(3), 127-141.

108. ORDÓÑEZ SIERRA, J. (1959), Esquizofrenia y forma de transmisión, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 18, 343-366.
109. PARELLADA, D. (1967), Comentarios a una Psicoterapia de Grupo elaborada sobre base caracteriológica en enfermas esquizofrénicas, *Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, VIII(93), 11-33.
110. PARELLADA, D. (1969), Los nueve puntos que pueden orientarnos hacia un diagnóstico de esquizofrenia infantil, *Rapports de Psychologie y Psychiatrie Pédiatriques*, Nov-Dic(7), 20-23.
111. PELAZ, E. (1958), Modificaciones experimentales del tono de conciencia en los esquizofrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 3(5), 436-441.
112. PELAZ, E. (1963), El Randolectil en el tratamiento de las esquizofrenias catatónicas crónicas, *Paz y Caridad*, 14(108), 239-254.
113. PELÁZ, E. (1974), La envidia en el esquizofrénico, *Paz y Caridad*, 25(175), 7-9.
114. PELAZ, E. y APARICIO GARRIDO, J. (1954), El Mielograma en los esquizofrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 1(5), 348-353.
115. PÉREZ SANFÉLIX, J.; GUARDIOLA PLÁ, J.; NOS LLOPIS, J.; ESCUDERO MORALES, R. y MIRALLES DE SANTAMARÍA, F. (1969), Estudio clínico del TPN-12 (Imagotan) en cuarenta esquizofrénicos hospitalizados, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 9(3), 160-165.
116. PLANAS CASAS, P. y BAQUES REBULL, J. (1973), Dogmatil en las psicosis esquizofrénicas. Aspecto clínico-terapéutico. *Informaciones Psiquiátricas*, XV(56-57), 51-58.
117. POCH BLASCO, S. (1973), "Ben". Un caso de esquizofrenia infantil, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, I, 603-617.
118. PONS BARTRAN, R. (1953), Contribucion casuística al estudio de la esquizofrenia gemelar, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 1(4), 294-297.
119. PONS BARTRÁN, R. (1956), Conciencia de personalidad y algunos de sus trastornos en la esquizofrenia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 2(6), 591-606.
120. PONS BARTRÁN, R. (1969), Ensayo del neuroléptico Imagotan (TPN-12) en un contingente de enfermos esquizofrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 9(1), 42-50.
121. PONS BARTRÁN, R. y CÓRDOBA FERREIRO, J. (1957), Observaciones clínicas sobre la esquizofrenia infantil, *Informaciones Psiquiátricas*, II, 21-32.
122. PONS BARTRÁN, R. y CÓRDOBA FERREIRO, J. (1970), Observaciones sobre la esquizofrenia infantil, *Rapports de Psychologie y Psychiatrie Pédiatriques*, Marzo-Abril(9), 47-52.
123. PORTELLANO PÉREZ, J.A. (1975), La expresión gráfica en la esquizofrenia, *Paz y Caridad*, 26(184), 8-11.
124. PRAT HOMES, J. y ROM FONT, J. (1965), Revisión del concepto de catatonía, su posible interpretación fisiológica y su tratamiento con la tioridazina, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 24, 28-43.

125. PRIETO R. PONGA, R. (1960), La Clorpromacina en el tratamiento de las psicosis agudas y crónicas y en especial de las esquizofrenias paranoides, *Informaciones Psiquiátricas*, V(18-19), 69-80.
126. PUIG GINER, L. (1953), El narcoanálisis y su aplicación a los esquizofrénicos, *Paz y Caridad*, 4(22), 153-158.
127. REGO, A. y CALLE DE FRUTOS, P. (1962), Empleo del 'Closerpil fuerte' en las esquizofrenias crónicas, *Informaciones Psiquiátricas*, VII(26-27), 45-56.
128. REY ARDID, R. (1943), Datos obtenidos con la exploración del tono y de la excitabilidad del sistema nervioso vegetativo, según la técnica de Danielopu, en las diversas formas clínicas de la esquizofrenia, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 4, 125-127.
129. REY ARDID, R. (1955), Contribución a la genética psiquiátrica. Sobre algunos casos de esquizofrenia familiar múltiple, *Archivos de Neurobiología*, 18(1), 603-629.
130. REY ARDID, R. (1960), Sobre algunos aspectos de la psicoterapia en la esquizofrenia. Ponencia al 6º Cong. Inter. de Psicoterapia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 4(7-8), 684-687.
131. REY CALERO, J.D.; OTERO PUIME, A. y GONZÁLEZ RODRÍGUEZ-SALINAS, M.C. (1972), Estudio de los aspectos inmunológicos en la catatonia y otras formas de esquizofrenia mediante el M.I.T. (Migration Inhibition Test), *Archivos de Neurobiología*, 35(3), 225-248.
132. RÍSQUEZ, F. (1970), Psicoterapia directa en una esquizofrenia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 9(5), 312-315.
133. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1956), Los aspectos somáticos, fisiopatológicos y psicodinámicos de la esquizofrenia (la problemática actual de la esquizofrenia), *Archivos de Neurobiología*, 19(1), 1-49.
134. RODRÍGUEZ NIEVES, P. (1971), Epilepsias que cursan solamente con síntomas esquizofrénicos, *Archivos de Neurobiología*, 34(6), 437-452.
135. RODRÍGUEZ NIEVES, P. (1975), Descripción de un caso de encefalitis esporádica espontánea con sintomatología esquizofrénica, *Archivos de Neurobiología*, 38(2), 177-188.
136. RODRÍGUEZ SUÁREZ, F.J. y CONCEPCIÓN PÉREZ, A. (1968), Tratamiento de esquizofrénicos antiguos con dosis altas de reserpina, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 27, 556-592.
137. ROJAS BALLESTEROS, L. (1958), Consideraciones generales sobre el problema de la esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 21(1), 1-9.
138. ROJAS BALLESTEROS, L. (1975), Locura y Lenguaje (En torno al fenómeno de la Esquizoafasia), *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, X(único), 91-108.
139. ROJAS MONTES (1974), Conciencia y Esquizofrenia, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, IX(3-4), 181-186.
140. ROJO SIERRA, M. (1960), Curioso efecto de un proceso esquizofrénico: Poner al enfermo en relación con la trascendencia. Ponencia al 6º Cong. Inter. de Psicoterapia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 4(7-8), 748.

141. ROJO SIERRA, M. (1966), El aspecto biopositivo de la enfermedad en un proceso esquizofrénico, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España*, I(1), 7-10.
142. ROJO SIERRA, M.; FERNÁNDEZ, P.; LLORET, E.; MEDINA, A. y BEDATE, J. (1973), Aportación sobre la selección de psicofármacos en relación con el rendimiento laboral de esquizofrénicos crónicos, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, VIII(4), 273-.
143. RUÍZ OGARA, C. (1963), Evolución de la Psicoterapia de un enfermo esquizofrénico (y discusión), *Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica*, IV(39), 16-21; 22-30.
144. RUÍZ OGARA, C. (1966), Análisis de las concepciones Psicopatológica, Psicoanalítica y Existencial del Delirio Esquizofrénico, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 7(5), 319-325.
145. RUÍZ-OGARA, C. (1967a), Características y modos de interacción del grupo familiar de los esquizofrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 8(1), 18-26.
146. RUÍZ OGARA, C. (1967b), Sobre la psicoterapia de los esquizofrénicos en el hospital psiquiátrico, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26, 277-286.
147. RUÍZ OGARA, C. (1975), Estudio del pensamiento esquizofrénico: Lo deficitario, lo mítico, lo onírico, lo delirante, la incomunicación, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 12(1), 1-17.
148. RUIZ OGARA, C. y GALVE MORENO, M. (1975), Estudio sobre el Rorschach en los esquizofrénicos. Una modificación técnica: la referencia personal simbólica, *Revista del Departamento de Psiquiatría de La Facultad de Medicina de Barcelona*, III(3), 121-130.
149. RUIZ RUIZ, M. (1974), Estudio doble ciego comparativo entre clozapina y clorpromacina en las esquizofrenias, *Archivos de Neurobiología*, 37(2), 169-180.
150. RUIZ RUIZ, M.; MIRÓ QUINTANA, L. y SENTÍS VILALTA, J. (1975), Estudio clínico con pimocide en las esquizofrenias de evolución crónica, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 12(4), 247-256.
151. SÁNCHEZ BLANQUÉ, A.; ROJAS, E. y GUTIÉRREZ ARIZA, J. A. (1972); Problemas que plantea el concepto de parafrenia, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 7(3), 157-162.
152. SÁNCHEZ BORJA, E. (1956), Ensayo de interpretación pluralista de la personalidad postprocesal esquizofrénica, *Informaciones Psiquiátricas*, I(4), 23-32.
153. SÁNCHEZ BORJA, E. (1957), Algunas de las aportaciones más esenciales para el estudio etiopatogénico de la Esquizofrenia, *Informaciones Psiquiátricas*, II, 33-46.
154. SÁNCHEZ BORJA, E. (1965), Aspectos etiopatogénicos y terapéuticos de las esquizofrenias (La teoría de Bellak), *Informaciones Psiquiátricas*, X(40-41), 11-56.
155. SANTO-DOMINGO CARRASCO, J. (1974), Sobre un caso de delirio de Capgras o de sosias, *Archivos de Neurobiología*, 37(2), 163-168.
156. SARRÓ, R. (1970), Psiquiatría Oriental - Occidental (Desde el punto de vista de la concepción mitologemática de la esquizoparafrenia), *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 9(6), 367-382.

- 157.SARRÓ, R.; ALBERNI, J.; FÁBREGAS, J.L.; TORRES, J. y TRUJILLO, A. (1972), Análisis mitológico en los delirios esquizoparafrénicos (II parte), *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 10(7), 363-390.
- 158.SARRÓ, R.; ALBERNI, J.; FÁBREGAS, J.L.; TORRES, J. y TRUJILLO, A. (1972), Análisis mitológico de los delirios esquizoparafrénicos. (I y II), *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 10(6), 298-390.
- 159.SARRÓ, R. y CODERCH, J. (1965), El pensamiento paleológico en la esquizofrenia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 7(2), 144-153.
- 160.SARRÓ, R.; PONS-BARTRÁN, R. y SARRÓ-MARTÍN, A. (1960), El ser-para-la-muerte en la fantasiofrenia. Ponencia al 6º Cong. Inter. de Psicoterapia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 4(7-8), 687-690.
- 161.SAUMENCH, D. (1956), Esquizofrenia y ulcus gastroduodenal, *Informaciones Psiquiátricas*, I(5), 79-2.
- 162.SAUMENCH, D. (1957), Valoración del desarrollo somático infantil de la esquizofrenia, *Informaciones Psiquiátricas*, II, 55-66.
- 163.SERRATE TORRENTE, A. (1950), El psicodiagnóstico de Rorschach en los estados finales esquizofrénicos, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 5(15), 555-559.
- 164.SOLÉ SAGARRA, J. (1948), Fisiopatología de la esquizofrenia (probable acción de los tratamientos convulsivantes), *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 131-144.
- 165.SOLÉ SAGARRA, J. (1957), Estado actual de la investigación somática en la esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 20(1), 5-42.
- 166.SOLÉ SAGARRA, J. (1961), En torno al concepto y división de las esquizofrenias según Kleist, *Archivos de Neurobiología*, 24(1), 1-20.
- 167.SOLÉ SAGARRA, J. (1965), Esquizofrenia y epilepsia temporal en la práctica neuropsiquiátrica, *Archivos de Neurobiología*, 28(4), 580-589.
- 168.SOLÉ SAGARRA, J. (1970), Comicialidad y esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 33(4), 385-396.
- 169.SOLER VIÑOLO, M. (1967), Estudio sobre el síndrome catatónico (Experimental y clínico), *Folia Neuropsiquiátrica del Sur de España*, II(1), 55-63.
- 170.SORIANO ORTEGA (1969), Posible manifestación bioquímica de la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 28, 201-207.
- 171.SORIANO ORTEGA (1973), Resultados del tratamiento con Trifluoperazina durante tres años en un grupo de esquizofrénicos crónicos, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, VIII(1), 41-48.
- 172.SUÁREZ DE PUGA, C. (1958), Clasificación clínica del grupo de las esquizofrenias a la vista de las nuevas drogas neurolépticas, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 3(5), 420-435.

173. TÉLLEZ CARRASCO, P.J. y ROMERO-VALDESPINO, A. (1957), El tratamiento de las formas crónicas de la esquizofrenia con la reserpina, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16, 227-238.
174. TIZÓN GARCÍA, J.L. (1972), Notas sobre la nosotaxia psiquiátrica, a partir de los síndromes esquizofrénicos, *Informaciones Psiquiátricas*, XIV(51), 5-25.
175. TORRES, J. y ALBERNI, J. (1971), Antropocosmología en Paracelso y en los delirios parafrenicos. Intento de aproximación comparativa, *Revista de Psiquiatría Psicología Médica de Europa y América Latina*, 10(2), 85-97.
176. TRUJILLO, A. (1971), Valoración crítica de la biografía en el contenido de los delirios esquizo-parafrénicos, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 10(2), 65-74.
177. VALBUENA BRIONES, A. (1973), Teorías psicológicas sobre la teoría de la esquizofrenia. Revisión, *Archivos de Neurobiología*, 36(2), 93-104.
178. VALBUENA BRIONES, A.; GIL, J.A. y CABEZUDO, A. (1973), Experiencia clínica de la medicación neuroléptica de acción prolongada (enantato de flufenacina) en la esquizofrenia crónica, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 11(1), 43-50.
179. VALBUENA BRIONES, A.; GONZÁLEZ IZQUIERDO, I. y KHALIL HAMAD, H. (1975), El síndrome de Capgras. Consideraciones sobre dos casos, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, III, 333-338.
180. VEGA, P.D.L. (1949), Consideraciones sobre los complejos sintomáticos esquizofrénicos en psiquiatría, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 8, 98-111.

8.1.1.2 Otras fuentes

181. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUATRAS (1925), Reunión nacional de Neuropsiquiatras, *Archivos de Neurobiología*, 5 (1), 79-84.
182. CALVO CRIADO, V. (1927), Sobre el problema de la esquizofrenia, *Revista de Especialidades Médicas y Cirugía*, 10, 524-9.
183. CASTILLA DEL PINO, C. (1954), Para la estructura de la idea delirante primaria, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 13 (4), 257-62.
184. CASTILLA DEL PINO, C. (1957b), Sobre el proceso de degradación de las estructuras delirantes en el curso de la terapéutica, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16 (1), 28-44.
185. FERNÁNDEZ SANZ, E. (1908), Un caso de demencia precoz catatónica, *Revista Frenopática Española*, 6, 235-42.
186. FERNÁNDEZ SANZ, E. (1924), Observaciones polémicas sobre el psicoanálisis, *Archivos de Cirugía y Especialidades Médicas*, (XI), 311-8.
187. LLOPIS, B. (1954), La psicosis única, *Archivos de Neurobiología*, 17 (1; 2), 3-41; 141-63.
188. LÓPEZ IBOR, J.J. (1941), Modalidades psicopatológicas de las ideas delirantes, *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 14-24.

189. MARCO MERENCIANO, F. y RIUS VIVÓ, J.M. (1940), El electroshock en psiquiatría, *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, 1(3-4), 193-8.
190. OBRADOR ALCALDE, S.; DIERSEN, G. y PELAZ, E. (1967), Psicocirugía en el nivel diencefalohipotalámico, *Archivos de Neurobiología*, 30(3), 275-86.
191. PELAZ MARTÍNEZ, E. (1935), Contribucion al estudio de las alteraciones organicas en la esquizofrenia, *Archivos de Neurobiología*, 15(4), 457-504.
192. POZA, M. y GONZALEZ MARIN, M. (1967), Revision y estado actual de la psicocirugia, *Ciencias Neurológicas*, 1(1), 49-57.
193. PRIETO VIDAL, A. (1941), La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos), *Semana Médica Española*, 115, 591-602.
194. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1925), Sobre el tratamiento de la parálisis general por el paludismo y la fiebre recurrente, *Archivos de Neurobiología*, 5 (2), 101-28.
195. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1952), La persona del esquizofrénico, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 7 (21), 87-94.
196. SACRISTÁN, J.M. (1946), Kraepelin y la psiquiatría clínica actual, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5 (1), 3-28.
197. SANCHÍS BANÚS, J. (1924), La cuestión del psicoanálisis, *Archivos de Cirugía y Especialidades Médicas*, (XV), 136-42.
198. SANCHÍS BANÚS, J. (1928), Diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y la psicosis maníacodepresiva, *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 29, 607-24.
199. SARRÓ BURBANO, R. (1936), Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia, *Archivos de Neurobiología*, XVI(3-6), 405-33.
200. VALENCIANO GAYA, L. (1933), Tratamiento de las esquizofrenias, *Archivos de Neurobiología*, 13I(1), 123-74.
201. VALENCIANO GAYÁ, L. (1936), Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia, *Archivos de Neurobiología*, XVI(3-6), 435-54.
202. VALLEJO NÁGERA, A. (1927), Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos, *El Siglo Médico*, 80, 341-9.

8.1.2 Libros, folletos y capítulos de libro

8.1.2.1 Esquizofrenia

203. ALBERCA LORENTE, R. (1957), Sobre los cuadros finales esquizofrénicos. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 185-209.
204. CABALEIRO GOÁS, M. (1947), *Psicosis esquizofrénicas*, La Coruña, Moret, 303 p.
205. CABALEIRO GOÁS, M. (1949), *Psicosis esquizofrénicas*, 2ª ed., Madrid, Reus.
206. CABALEIRO GOÁS, M. (1954), *Problemas actuales de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 339 p.

207. CABALEIRO GOÁS, M. (1958), *Esquizofrenias pseudoneuróticas*, Orense, Gráficas Iberia.
208. CABALEIRO GOÁS, M. (1961), *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*, Madrid, Paz Montalvo, 283 p.
209. CONDE LÓPEZ, V. ET AL (1974), *Esquizofrenia e Institucionalismo en psiquiatría*, Madrid, Sandoz.
210. COULLAUT MENDIGUTÍA, R. (1957), Tratamientos biológicos y bionarcosis en la esquizofrenia. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 293-310.
211. DELGADO ROIG, J. (1957), La vida cotidiana del esquizofrénico. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 279-92.
212. LÓPEZ DE LERMA, J. (1957), Efectos psicológicos de la leucotomía y sus indicaciones en la esquizofrenia. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 311-9.
213. LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), (1957), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 399p. Las referencias de las ponencias comentadas en texto se encuentran en el apartado 8.2 *Bibliografía secundaria*.
214. LÓPEZ IBOR, JJ (1957a), Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 211-23.
215. LÓPEZ IBOR, JJ (1957b), Líneas actuales de la terapéutica esquizofrénica. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 333-41.
216. LÓPEZ IBOR, JJ (1957c), Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 377-84.
217. MARCO MERENCIANO, F. (1942), *Esquizofrenias Paranoides: Psicopatología y Tratamiento*, Barcelona, Miguel Servet, 94 p.
218. OBIOLS VIÉ, J. (1958), *Investigación fenomenológica sobre la comprensibilidad del delirio esquizofrénico (Resumen de la tesis doctoral)*, Barcelona, Frontis, 22 p.
219. PELAZ MARTÍNEZ, E. (1957), Trastornos somáticos en la esquizofrenia. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 243-51.
220. PERAÍTA, P. (1957), Técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la esquizofrenia. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 321-31.
221. PORTUONDO ESPINOSA, J. A. (1973), *El psicodiagnóstico de Rorschach y la esquizofrenia*, Madrid, Biblioteca Nueva.
222. PRODUCTOS ROCHE (1973), *La entrada en la esquizofrenia*, Madrid, Roche, 36 p.
223. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1957a), Los aspectos somáticos, fisiopatológicos y psicodinámicos de la esquizofrenia. En: LÓPEZ IBOR, J. J. (ed), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 253-78.
224. ROJAS, L. (1957), Los trastornos formales y nucleares de la Esquizofrenia. En: LÓPEZ IBOR, J.J. (dir), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 43-62.
225. SARRO BURBANO, R. (1940), *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*, Barcelona, Colección española de monografías médicas, 135 p.

226. SARRÓ BURBANO, R. y O'SHANNAHAN (1950), Estados finales de la esquizofrenia. En: *II Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Valencia, mayo-junio 1950. Ponencias*, Madrid, Afrodiseo Aguado, S.A., p. 113-48.
227. TURÓ GELIS, P. (1962), *Contribución al estudio de los síntomas primarios en la psicosis esquizofrénicas (Resumen de la tesis presentada por Pedro Turó Gelis)*, Barcelona, Universidad de Barcelona, Secretaría de Publicaciones, Facultad de Medicina, 16 p.
228. VALLEJO NÁGERA, A. (1929), *La demencia precoz y sus manifestaciones*, Madrid, Siglo Médico.

8.1.2.2 Manuales y Tratados de Psiquiatría

229. ALONSO FERNÁNDEZ, F. (1968), *Fundamentos de la Psiquiatría actual*, 2 vols, Madrid, Paz Montalvo, 858+968 p.
230. ALONSO FERNÁNDEZ, F. (1972), *Fundamentos de la psiquiatría actual*, 2ª ed., 2 vols, Madrid, Paz Montalvo.
231. BORDÁS JANÉ, R. (1955), *Manual del auxiliar psiquiátrico*, Barcelona, Científico-médica.
232. CLARAMUNT, F. (1964), *Psiquiatría y asistencia social*, Madrid, Euramérica, 412 p.
233. CLARAMUNT, F. (1966), *Psiquiatría y asistencia social*, 2ª ed., Madrid, Euramérica, 421 p.
234. CLARAMUNT, F. (1970), *Psiquiatría y asistencia social*, 3ª ed., Madrid, Euramérica, 362 p.
235. CLARAMUNT, F. (1974), *Psiquiatría y asistencia social*, 4ª ed., Madrid, Euramérica, 367 p.
236. CLARAMUNT LÓPEZ, F. (1967), *Manual para auxiliares psiquiátricos*, Madrid, PANAP.
237. CODERCH DE SANS, J. (1975), *Psiquiatría Dinámica*, Barcelona, Herder, 378 p.
238. COLEGIO OFICIAL DE PRACTICANTES AYUDANTES TÉCNICOS SANITARIOS (1965), *Temas psiquiátricos para Ayudantes Técnicos Sanitarios*. Albacete, (no consta), 177 p.
239. FUERTES PÉREZ, F.(1958), *Lecciones de Psiquiatría*, Madrid, 196 p.
240. FUSTER, J. ET AL (1964), *Psiquiatría de urgencia en la práctica médica*, Barcelona, Ariel, XVI+261 p.
241. LÓPEZ ZANÓN, A.; CAMPOY GUERRERO, A; GONZÁLEZ-ELIPE, J. y NIETO SANDOVAL, J. (1961), *Psiquiatría*, Madrid, Constestaciones Pons, 2 vols.
242. PAREJO MORENO, M.; CERVIÁ, J. ET AL (1956), *Primer curso monográfico de iniciación psiquiátrica para el médico general*, Santa Cruz de Tenerife, Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife.
243. PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL, J. (1941), *Manual de psiquiatría*, 2 vols., Santiago de Compostela, Compostela.
244. REY ARDID, R. (1974), *Lecciones de la Cátedra de Psiquiatría*, Zaragoza, Rey Ardid, 170 p.
245. SABATER SANZ, A. (1975), *Prontuario de Psiquiatría Clínica*, Murcia, Imprenta Nogués, 227 p.
246. SANTO-DOMINGO CARRASCO, J. (1968), *Elementos de Psiquiatría y asistencia psiquiátrica para asistentes sociales, auxiliares técnicos sanitarios, criminólogos, etc*, Barcelona, Científico-Médica, XX+645 p.
247. SARRÓ BURBANO, R. (1952); Enfermedades mentales. En: PEDRO-PONS, A. ET AL *Tratado de*

patología y clínica médicas, tomo IV, Barcelona, Salvat.

248. SARRÓ BURBANO, R. (1960); Enfermedades mentales. En: PEDRO-PONS, A. *ET AL Tratado de patología y clínica médicas, tomo IV, 2ª ed., Barcelona, Salvat.*
249. SARRÓ BURBANO, R. (1965); Enfermedades mentales. En: PEDRO-PONS, A. *ET AL Tratado de patología y clínica médicas, tomo IV, 3ª ed., Barcelona, Salvat, p. 1027-98.*
250. SOLÉ SAGARRA, J. y LEONHARD, K. (1953), *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Morata, 695 p.
251. SOLÉ SAGARRA, J. y LEONHARD, K. (1957), *Manual de Psiquiatría*, 2ª ed., Madrid, Morata.
252. VALLEJO NÁGERA, A. (1944), *Tratado de Psiquiatría*, 3 vols., 1ª ed., Barcelona, Salvat, 1278 p.
253. VALLEJO NÁGERA, A. (1948), *Lecciones de Psiquiatría*, Madrid, Gráficas Estadas, 173 p.
254. VALLEJO NÁGERA, A. (1949), *Tratado de Psiquiatría*, 2 vols., 2ª ed., Barcelona, Salvat, 1139 p.
255. VALLEJO NÁGERA, A. (1950), *Lecciones de Psiquiatría*. 2ª ed., Madrid, Apodaca, 205 p.
256. VALLEJO NÁGERA, A. (1951), *Lecciones de Psiquiatría*. 3ª ed., Madrid
257. VALLEJO NÁGERA, A. (1952), *Lecciones de psiquiatría*, 4ª ed., Madrid, Científico-médica, 238 p.
258. VALLEJO NÁGERA, A. (1954), *Tratado de Psiquiatría*, 3ª ed., Barcelona, Salvat, 1223 p.
259. VALLEJO NÁGERA, A. (1955), *Lecciones de psiquiatría*, 5ª ed., Madrid, Científico-médica, 316 p.
260. VALLEJO NÁGERA, A. (1958), *Lecciones de psiquiatría*, 6ª ed., Madrid, Científico-médica, 234 p.
261. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1958), *Programa para los exámenes de psiquiatría*, Madrid, Tipografía Coullaut.
262. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1959), *Psiquiatría clínica*, Madrid, Jauve.
263. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1967?), *Psiquiatría clínica*, 2ª ed., Madrid, Jauve.
264. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1962), *Introducción a la Psiquiatría*, 1ª ed., Madrid, Jauve.
265. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1964), *Introducción a la Psiquiatría*, 2ª ed., Madrid, Jauve, 557 p.
266. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1968), *Introducción a la Psiquiatría*, 3ª ed., Barcelona, Científico-médica, XIX+453 p.
267. VALLEJO-NÁGERA, J.A. (1969), *Introducción a la Psiquiatría*, 4ª ed., Barcelona, Científico-médica, XIX+453 p.
268. VALLEJO-NÁGERA, J. A. (1970), *Introducción a la Psiquiatría*, 5ª ed., Barcelona, Científico-médica, XXIII+499 p.
269. VALLEJO-NÁGERA, J. A. (1971), *Introducción a la Psiquiatría*, 6ª ed., Barcelona, Científico-médica, XXII+489 p.
270. VALLEJO-NÁGERA, J. A. (1974), *Introducción a la Psiquiatría*, 7ª ed., Madrid, Científico-médica, XIX+511 p.

8.1.2.3 Psicopatología, psicoanálisis, psiquiatría legal y terapéutica psiquiátrica

271. ALBERCA LORENTE, R.; VALENCIANO GAYÁ, L.; SÁNCHEZ-PEDREÑO, J. y ROS DE OLIVER, B. (1965), *Psiquiatría y Derecho penal*, Madrid, Tecnos, 189 p.
272. AA.VV. (1972), *Mesa redonda sobre terapéutica y rehabilitación del enfermo psicótico crónico*, Barcelona, Sandoz.
273. CABALEIRO GOÁS, M. (1955), *Disquisiciones sobre el concepto y esencia de la enfermedad psíquica*, Orense, La Región.
274. CABALEIRO GOÁS, M. (1959), *Temas psiquiátricos I. Cuestiones generales y direcciones de investigación*, Madrid, Paz Montalvo, XX+1157 p.
275. CABALEIRO GOÁS, M. (1966), *Temas Psiquiátricos II. Algunas cuestiones psicopatológicas generales*, Madrid, Paz Montalvo.
276. CABALEIRO GOÁS, M. (1970), *Aportaciones a la fenomenología psicopatológica: (Posibilidades actuales y futuras de la investigación fenomenológica en psiquiatría La estructura psicopatológica de la depresión vital. La problemática de las alucinaciones auditivo-verbales esquizofrenicas)*, Madrid, Paz Montalvo, 474 p.
277. CANO HEVIA, J. R. (1975), *Nueva Psicopatología (un estudio del acontecer psíquico y sus alteraciones)*, Valladolid, Gráficas Martín, 278 p.
278. CASTAÑO LÓPEZ-MESAS y DURA LLOPIS (1972), *Psiquiatría*, Madrid, Pons
279. CASTILLA DEL PINO, C. (1971), *Vieja y nueva psiquiatría*, Madrid, Seminarios y Ediciones, 236 p.
280. CODÓN, J. M. (1951), *Psiquiatría jurídica, penal y civil*, Burgos, Imprenta Aldecoa, 604 p.
281. CODÓN, J. M. y LÓPEZ SAIZ, I. (1954), *Psiquiatría jurídica, penal y civil*, 2ª ed., Burgos, Imprenta Aldecoa.
282. CODÓN, J. M. y LÓPEZ SAIZ, I. (1968), *Psiquiatría jurídica, penal y civil*, 3ª ed., Burgos, Imprenta Aldecoa, vol. 1.
283. CODÓN, J. M. y LÓPEZ SAIZ, I. (1969), *Psiquiatría jurídica, penal y civil*, 3ª ed., Burgos, Imprenta Aldecoa, vol. 2.
284. ECHALECU Y CANINO, F. J. D. (1946), *Psicopatología*, Madrid, Publicaciones del patronato de protección a la mujer, 350 p.
285. ESCUELA DE MEDICINA LEGAL (1954), *Curso de Neuropsiquiatría forense y Criminalología: Conferencias*, Madrid, Escuela de Medicina Legal de la Universidad Central-Marban, 685 p.
286. HERNANDO, T. (1958), *Psicofarmacología y remedios atarácticos*, Madrid, Instituto Ibys, 105 p.
287. LLAVERO, F. y CONDE, V. (1970), *Tratamientos médico psiquiátricos*, Madrid, Eiade, 174 p.
288. LLOPIS, B. (1970), *Introducción dialéctica a la psicopatología*, Madrid, Morata, 440 p.
289. LLOPIS, B. (1946), *La psicosis pelagrosa*, Madrid, Científico-médica.
290. LLOPIS, B. (1947), *La psicosis pelagrosa*, Barcelona, Ed. Científico-Médica
291. LÓPEZ IBOR, J. J. (1949), *Los problemas de las enfermedades mentales*, Barcelona, Labor, XV+282 p.

292. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. (1975), *La psiquiatría de hoy*, Barcelona, Toray, X+261 p.
293. MALABIA NAVARRO, P. (1954), *Teoría orgánica de las psicosis*, Valencia, Diputación Provincial de Valencia, 162 p.
294. MARCO MERENCIANO, F. (1946), *Psicosis Mitis. Los enfermos mentales que consultan con el internista*, Madrid, Diana, 200 p.
295. MARCO MERENCIANO, F. (1947), *Psicopatología de la adolescencia*, Valencia, Metis.
296. MARTÍ GRANELL, A. (1950), *Lobotomía frontal*, Barcelona, Byp.
297. MOLINA NÚÑEZ, J. (1950), *Observaciones psicoanalíticas*, Madrid, Estades, 110 p.
298. MONTSERRAT ESTEVE, S. (1952), *Terapéutica psiquiátrica*. En: PEDRO-PONS, A. ET AL *Tratado de patología y clínica médicas, tomo IV*, Barcelona, Salvat.
299. MONTSERRAT ESTEVE, S. (1960), *Terapéutica psiquiátrica*. En: PEDRO-PONS, A. ET AL *Tratado de patología y clínica médicas, tomo IV, 2ª ed.*, Barcelona, Salvat.
300. MONTSERRAT ESTEVE, S. (1965), *Terapéutica psiquiátrica*. En: PEDRO-PONS, A. ET AL *Tratado de patología y clínica médicas, tomo IV, 3ª ed.*, Barcelona, Salvat, p. 1099-139.
301. NIETO NIETO, G. (1948-9), *Ideas sobre Psiquiatría forense, 2ª ed., 2 vols*, Soria, Tip. Moderna, 171 p.
302. OBRADOR ALCALDE, S. (1947), *Las modernas intervenciones quirúrgicas en psiquiatría*, Madrid, Paz Montalvo, 103 p.
303. OBRADOR ALCALDE, S. (1952), *Técnicas y perspectivas de la psicocirugía*. En: ROF CARBALLO, J., *Cerebro interno y mundo emocional*, Barcelona, Labor, p. 446-70.
304. PRODUCTOS ROCHE (1971), *Psicosis alucinatoria crónica*, Madrid, Roche, 16 p.
305. RIOBÓ GONZÁLEZ, M. (1966), *Psicopatología y pedagogía terapéutica*, Madrid, Morata, 127 p.
306. RODRÍGUEZ REYES, J. ET AL (1972), *La terapéutica ocupacional y la laborterapia en las enfermedades mentales*, Madrid, PANAP.
307. SERRA DESFILIS, E. (1975), *Psicología y psicopatología de la adopción. Investigación psicossociológica*, Madrid, (no consta), 45 p.
308. SOLÉ SAGARRA, J. (1951), *Fisiopatología psiquiátrica*, Barcelona, José Janes.
309. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (1970), *Reunión sobre metodología de la investigación psicofarmacológica*, Barcelona, Geigy, 109 p.
310. URIBE CUALLA, G. (1957), *Medicina Legal y Psiquiatría Forense, 7ª ed.*, Madrid, Guadarrama, 763 p.
311. VALENCIANO GAYÁ, L. (1970), *La tesis de la psicosis única en la actualidad*. En: LLOPIS, B., *Introducción dialéctica a la psicopatología*, Madrid, Morata.
312. VALLEJO NÁGERA, A. y GONZÁLEZ PINTO, R. (1927), *Nuestra experiencia clínica sobre la malaria interterapia en la Parálisis General Progresiva*, Madrid, Enrique Teodoro.
313. VALLEJO NÁGERA, A. (1939), *La locura y la guerra. Psicopatología de la guerra española*, Vallado-

lid, Santarén, 252 p.

- 314.** VALLEJO NÁGERA, A. (1941), *Psicosis sintomáticas*, Barcelona, Miguel Servet, 143 p.
- 315.** VALLEJO NÁGERA, A. (1942), *Psicosis de Guerra*, Madrid, Morata.
- 316.** VALLEJO NÁGERA, A. (1947), *Biotipología*, Barcelona, Modesto Usón.
- 317.** VALLEJO NÁGERA, A. (1940), *Tratamiento de las enfermedades mentales*, Valladolid, Santarén, XIX+559 p.
- 318.** VALLEJO NÁGERA, A. (1936), *Propedéutica clínica psiquiátrica*, Barcelona, Labor, XIII+335 p.
- 319.** VALLEJO NÁGERA, A. (1944), *Propedéutica clínica psiquiátrica*, 2ª ed., Barcelona, Aldus, XVII+337 p.
- 320.** VALLEJO NÁGERA, A. (1952), *Propedéutica clínica psiquiátrica*, 3ª ed., Barcelona, Salvat, XIX+390 p.
- 321.** VALLEJO NÁGERA, A. (dir) (1958), *Symposium de psiquiatría*, Madrid, CSIC, 253 p.

8.2 Bibliografía secundaria

- 322.** ÁLVAREZ MARTÍNEZ, J.M. (1999), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, S.L., 464 p.
- 323.** ÁLVAREZ MARTÍNEZ, J.M. y ESTEBAN ARNÁIZ, R. (eds) (2004), *Crimen y Locura. Actas de las IV Jornadas de la Sección de Historia de la Psiquiatría de la AEN*, Madrid, AEN, 295 p.
- 324.** ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (1988), Origen y desarrollo de la eugenesia en España. En: SÁNCHEZ RON, J.M. (dir), *Ciencia y Sociedad en España: de la Ilustración a la Guerra civil*, Madrid, El Arquero-CSIC, p. 178-204.
- 325.** ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (1998), Ciencia y fascismo en la España de los años treinta. En: HUERTAS, R. y ORTIZ, C. (eds), *Ciencia y fascismo*, Aranjuez, Doce Calles.
- 326.** ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (1999), La eugenesia española a lo largo del siglo XX. En: ROMEO CASABONA, C.M. (ed), *La Eugenesia hoy*, Granada, Comares.
- 327.** ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (2003), Higiene mental, evolucionismo y eugenesia en la España de los años veinte y treinta. En: FUENTENEbro, F.; HUERTAS, R. y VALIENTE, C. (eds), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias, Actas del V congreso de la European Association for the History of Psychiatry*, Madrid, Frenia, p. 491-514.
- 328.** ANÓNIMO (1954), F. Marco Merenciano, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 13 (3), 244.
- 329.** ANÓNIMO (1958a), López Ibor, Juan José. En: MASSÓ, J.M. (ed.), *Enciclopedia Biográfica Española*, Barcelona, Massó, 2ª ed., 337.
- 330.** ANÓNIMO (1958b), Martí-Granell Granell, Antonio. En: MASSÓ, J.M. (ed.), *Enciclopedia Biográfica Española*, Barcelona, Massó, 2ª ed., 361.
- 331.** ANÓNIMO (1958c), Sarró Burbano, Ramón. En: MASSÓ, J.M. (ed.), *Enciclopedia Biográfica Española*, Barcelona, Massó, 2ª ed., 492.

332. ANÓNIMO (1958d), Solé Sagarra, José. En: MASSÓ, J.M. (ed.), *Enciclopedia Biográfica Española*, Barcelona, Massó, 2ª ed., 502.
333. ANÓNIMO (1978), Sesión necrológica de homenaje póstumo al doctor Cabaleiro Goás, *Informaciones Psiquiátricas*. (70), 56-8.
334. ACKERKNECHT, E.H. (1993), *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 134 p.
335. AGUIRRE, J.L. (1972), Breve nota sobre la introducción del electroshock en España, *Boletín de la Sociedad Castellonense de Cultura*, 48, 180-9.
336. ALEXANDER, F.G y SELESNICK, S.T. (1970), *Historia de la psiquiatría*, Barcelona, Espaxs.
337. ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (1991), The history of psychiatry in Spain, *History of Psychiatry*, 2(3:7), 303-13.
338. ÁLVAREZ PELÁEZ, R. (1995), La psiquiatría española en la Segunda República, En: SOCIEDAD DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infirmierie. Certificateur*, Madrid, Extra Editorial, p. 89-108.
339. AMENABAR BEITIA, J. M. (1996), Ramón Sarró, explorador de los delirios, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 31(1), 15-37.
340. ANGOSTO SAURA, T. (1985), Entrevista a José Pérez-López Villamil, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, V(15), 484-92.
341. ANGOSTO SAURA, T.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A. y SIMÓN LORDA, D. (comps), (2001), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, Actas de las III Jornadas nacionales de Historia de la Psiquiatría, Orense, AEN - Asociación Galega de Saúde Mental, 329 p.
342. APARICIO BASURI, V. y SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A.E. (1997), Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVII (61), 125-45.
343. AROZENIUS, S. (1977), Schizofrenibegreppet i historiskt perspektiv, *Nordisk Medhistorisk Arsbok*, 228, 181-8.
344. BALAGUER PERIGÜELL, E. (1969), *Las ideas psiquiátricas en la Valencia del siglo XIX (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
345. BARCIA, D. (Comp) (1997), *Esquizofrenia. Cuadros afines y cuadros delirantes*, Madrid, ELA, 550 p.
346. BARCIA, D. (1998a), *Diccionario de personalidades ilustres de la psiquiatría*, Barcelona, Editorial Médica JIMS, SL, VIII+177 p.
347. BARCIA, D. (1998b), Introducción histórica de la Psicofarmacología moderna. Su significación para la psiquiatría actual. En: BARCIA, D. (ed), *Historia de la psicofarmacología*, Madrid, Pfizer, p. 449-507.
348. BARCIA, D. (ed) (1998), *Historia de la psicofarmacología*, Madrid, Pfizer, 653 p.
349. BARK, N.M. (1988), On the history of schizophrenia. Evidence of its existence before 1800, *New York State Journal of Medicine*, 88 (7), 374-83.

350. BARONA VILAR, J. L. (1979), *Los libros españoles de psiquiatría (1901-1930), Inventario y estudio bibliométrico (Tesis de Licenciatura)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
351. BARONA VILAR, J.L. (1998), Institutos de investigación, utopía científica y reduccionismo epistemológico. En: BARCIA, D. (ed), *Historia de la psicofarmacología*, Madrid, Pfizer, p. 421-47.
352. BARSA y KLINE (1955), Combined Reserpine-Chlorpromazine in the treatment of disturbed psychotics, *Archives of Neurology and Psychiatry*, 43.
353. BARUK, H. (1974a), La révision de la schizophrénie, *Annales Médico-Psychologiques*, 2, 261-77.
354. BARUK, H. (1974b), La révision de la schizophrénie, *Encéphale*, 62, 56-77
355. BARUK, H. (1990), La Bataille de la Schizophrénie, *Bulletin de la Academie Nationale de Médecine*, 174 (2), 191-6.
356. BATTEGAY, R.; GLATZEL, J.; PÖLDINGER, W. y RAUCHFLEISCH, U. (1989), *Diccionario de psiquiatría*, Barcelona, Herder, 679 p.
357. BEDATE VILLAR, J. (1984), *La literatura española (1928-1936): inventario, estudio bibliométrico, semántico-documental y prosopográfico, 2 vols (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
358. BERCHERIE, P. (1980), *Les fondements de la clinique. Histoire et structure du savoir psychiatrique*, París, La Bibliothèque D'Ornicar.
359. BERCOVITZ, R. (1976), *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus.
360. BERRIOS, G.E (1984), Descriptive psychopathology: conceptual and historical aspects, *Psychological Medicine*, XIV, 303-13.
361. BERRIOS, G.E. (1994), Historiography of mental symptomss and diseases, *History of Psychiatry*, 5 (2:18), 175-190.
362. BERRIOS, G.E. (1996), *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press, XVI+565 p.
363. BERRIOS, G.E. (1997), Avances recientes en la historia de la psiquiatría, En: APARICIO BASAURI, V (ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España, Actas de las I Jornadas de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, ELA, p. 13-20.
364. BERRIOS, G.E. y FERNÁNDEZ, L.J. (1996), Problemas conceptuales en la investigación de trastornos esquizofrénicos, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15 (59), 451-67.
365. BERRIOS, G.E. y FUENTENEbro, F. (1996), *Deliro. Historia, clínica, metateoría*, Madrid, Trotta, 230 p.
366. BERRIOS, G.E. y PORTER, R. (eds.) (1997), Biological treatments in Psychiatry (Special Issue), *History of Psychiatry*, 8 (1:29), 1-119.
367. BERTOLÍN GUILLÉN, J. M. (1990), *Literatura psiquiátrica en España en el periodo 1901-1931. Inventario, estudio semántico-documental, bibliométrico y prosopográfico, 3 vols (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.

368. BLÁZQUEZ GARRUDO, J.M. (1990), Rasgos de la vida y obra del Neuropsiquiatra palentino Antonio Vallejo Nájera, *Informaciones Psiquiátricas*. (121), 285-93.
369. BLEULER, E. (1960), *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Hormé, 539 p. A pesar de que la monografía original, *Dementia præcox oder Gruppe der Schizophrenien*, apareció en 1911 formando parte del *Lehrbuch der Psychiatrie* dirigido por Ashcaffenburg, esta traducción de Daniel Ricardo Wagner sobre una edición inglesa permitió, cincuenta años después de la publicación original, leer por primera vez en español el texto de Bleuler.
370. BLEULER, E. (1971), *Tratado de Psiquiatría*, 3ª ed. española sobre la 10ª edición alemana del *Lehrbuch der Psychiatrie* (1960), Madrid, Espasa Calpe, 764 p.
371. BLEULER, M. (1963), Conception of schizophrenia within the last fifty years and today, *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 56, 945-52.
372. BLEULER, M. (1965), Conception of schizophrenia within the last fifty years and today, *International Journal of Psychiatry*, 1 (4), 501-23.
373. BLEULER, M. (1966), Conception of schizophrenia within the last fifty years and today (cont.), *International Journal of Psychiatry*, 2 (1), 135-7.
374. BLEULER, M. (1973), Today's concept of schizophrenia in the light of clinical experience, changing theories, changing theoretical errors and of research progress of 75 years' duration, *Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia*, 41, 69-80.
375. BLEULER, M. (1984), Eugen bleuler and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 144, 327-8.
376. BLEULER, M. (1988), Zur Entstehung und Bedeutung von Eugen Bleuler Werk: "Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien". Ein Beitrag zur Geschichte der Zürcher Psychiatrie von Manfred Bleuler, *Schweizerische Rundschau für Medizin. Praxis*, 77 (48), 1322-6.
377. BLEULER, M. y BLEULER, R. (1986), Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien: Eugen Bleuler, *British Journal of Psychiatry*, 149, 661-4.
378. BOYLE, M. (1990), Is schizophrenia what it was? A re-analysis of Kraepelin's and Bleuler's population, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 26 (4), 323-33.
379. BRADFORD SC (1948), *Documentation*, Londres, Crosby Lockwood & Son.
380. BRISSET, C. (1965), Evolution des idées sur la schizophrénie, *Revue du Praticien*, 15, 3235-46.
381. BUJOSA HOMAR, F. (1983), *Los orígenes históricos del concepto de afasia*, 2vols (Tesis doctoral), Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
382. BUMKE, O. (1946), *Nuevo tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona, Seix, XLVI + 850 p. Traducción de Ramón Sarró sobre la 5ª edición alemana de 1942. Antes de la guerra civil circuló otra traducción, de Emilio Mira y López, sobre la 2ª edición alemana.
383. BURZACO, J. (2004), Las técnicas actuales en psicocirugía. En: SERVICIOS DE NEUROCIROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE, *La psicocirugía en el siglo XXI*, Valencia.

- 384.** CALATAYUD NOGUERA, T. (1975), *La producción e información sobre neurociencias en España durante la primera mitad del siglo XIX. Inventario y análisis bibliométrico (Tesis de Licenciatura)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
- 385.** CALVÉ PÉREZ, A. (1971), *El manicomio de Valencia en la primera mitad del siglo XIX. Contribución al estudio de sus fuentes documentales (Tesina de Licenciatura)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
- 386.** CANCRO, R, PRUYSER, P. (1970), A historical review of the development of the concept of schizophrenia, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 34, 61-70.
- 387.** CARLES EGEA, F. (1981), La recepción del psicoanálisis en España, *Estudios de Historia Social*, (16-17), 27-39.
- 388.** CARLES EGEA, F.; MUÑOZ GONZÁLEZ, I.; LLOR MORENO, C. y MARSET CAMPOS, P. (2000), *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 341 p.
- 389.** CARPENTER, P.K. (1989), Schizophrenia before 1800, *British Journal of Psychiatry*, 154, 412.
- 390.** CARRERAS PANCHÓN, A. (1986), Los psiquiatras españoles y la Guerra Civil, *Medicina e Historia*, (13), I-XVI.
- 391.** CASCO SOLÍS, J. (1995), Autarquía y Nacional-catolicismo, En: SOCIEDAD DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infirmier. Certificateur*, Madrid, Extra editorial, p. 197-226.
- 392.** CASCO SOLÍS, J. (1999), Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960), Con un prólogo y un epílogo como homenaje a Luis Martín-Santos. En: FUENTENEbro, F.; BERRIOS, G.E.; ROMERO, I. y HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, p. 85-129.
- 393.** CASTILLA DEL PINO, C. (1977), La psiquiatría española (1939-1975), En: CASTELLET, J.M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, de Bolsillo-Anagrama, p. 79-102.
- 394.** CASTILLA DEL PINO, C. (1999), Recuerdo de Luis Martín-Santos. En: FUENTENEbro, F.; BERRIOS, G.E.; ROMERO, I. y HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, p.17-27.
- 395.** CHANDRASENA, R.D. (1983), Phenomenology and nosology of schizophrenia: historical review, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 8 (2), 17-24.
- 396.** CHASLIN, P. (1995), Is 'psychiatry' a well made language. Classical Text nº 23 (Traducido y con Introducción por Berrios, G.E. y Fuentenebro, F.), *History of Psychiatry*, 6 (3:23), 395-405.
- 397.** CÍSCAR VILATA, C. (1983), *Estudio de los ingresos del Departamento de Locos del Hospital General de Valencia durante el siglo XVIII (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
- 398.** CLARAMUNT, F. (1977), Recuerdo del Dr. D. Manuel Cabaleiro Goás, *Archivos de Neurobiología*, 40 (3), 217-20.
- 399.** CLONNINGER, C.R. (1997), Multilocus genetics of schizophrenia, *Current Opinion in Psychiatry*, 10, 5-10.

400. COLODRÓN ÁLVAREZ, A. (1990), *Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler*, 2ª Ed., Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.; XIII+457 p.
401. COMELLES ESTEBAN, J. M. (1983), *Psiquiatría y Estado en la España contemporánea*, Seminario sobre Historia de la Psiquiatría Española, Valencia, Cátedra de Historia de la Medicina.
402. COMELLES ESTEBAN, J. M. (1988), *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias, XV+293 p.
403. CONRAD, K (1997), *La esquizofrenia incipiente*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 334. La edición española divulgada durante el franquismo fue (1963), *La esquizofrenia incipiente. Intento de un análisis de la forma del delirio*, Madrid, Alhambra. Ambas son traducciones del original (1958), *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag.
404. CORCÉS, V. (1995), La introducción del psicoanálisis: posibilidad de una institucionalización. En: SOCIEDAD DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infirmier. Certificateur*, Madrid, Extra editorial, p. 141-64.
405. COURBON, P. y PERRIN, J. (1939), Les sismotherapies anciennes et modernes en psychiatrie, *Annales Médico-Psychologiques*, 5.
406. DE LERA, A.M. (1972), *Mi viaje alrededor de la locura*, Barcelona, Planeta, 215 p.
407. DE PRINS, L. (2000), *Psychotropics 2000/2001*, Dinamarca, Lundbeck, 776 p.
408. DELION, P. (1981), Aperçu historique clinique sur la schizophrénie. Etat des différentes recherches à son sujet, *Soins Psychiatrie*, 14, 3-5.
409. DER, G.; GUPTA, S. y MURRAY, R.M. (1990), Is schizophrenia disappearing?, *Lancet (The)*, 335, 513-6.
410. D'ESTRUBE, P. (1966), Diagnosis labels in the history of schizophrenia, *Canadian Psychiatric Association Journal*, 11, 356-7.
411. DIRECCIÓN GENERAL DEL LIBRO Y BIBLIOTECAS. CENTRO DE COORDINACIÓN BIBLIOTECARIA. (1988), *Catálogo Colectivo Nacional de Publicaciones Periódicas. Medicina*, Madrid, Ministerio de Cultura.
412. DUALDE BELTRÁN, F. (1996), The Bleulerian Classification of the Symptoms of Schizophrenia in the Reviews by Fox, Menuck and Raskin: Diagnostic Criteria versus Patogenic Criteria. En: VISTOSKY, H ET AL (comp), *Abstracts of the Xth World Congress of Psychiatry*, Madrid, 23-28 agosto, p. 210.
413. DUALDE BELTRÁN, F.; JORDÁ MOSCARDÓ, E. y REY GONZÁLEZ, A. (2000), Estudio descriptivo de las revistas psiquiátricas españolas (1939-1975), *Archivos de Psiquiatría*, 63(1), 57-80.
414. DUALDE BELTRÁN, F.; JORDÁ MOSCARDÓ, E. y REY GONZÁLEZ, A. (2002), Los trabajos españoles sobre la esquizofrenia en las revistas psiquiátricas españolas (1939-1975): una aproximación estadística, *Archivos de Psiquiatría*, 65(3), 225-42.

415. DUALDE BELTRÁN, F.; JORDÁ MOSCARDÓ, E.; REY GONZÁLEZ, A. y SALAVERT FABIANI, V.L. (2003), Apuntes metodológicos para la historiografía de la psiquiatría española. En: FUENTENEbro, F.; HUERTAS, R. y VALIENTE, C. (eds), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Actas del V congreso de la European Association for the History of Psychiatry, Madrid, Frenia, p. 759-72.
416. DUALDE BELTRÁN, F. y REY GONZÁLEZ, A. (2003), A propósito de Hare: una revisión sobre la hipótesis de la *receny*, *Archivos de Psiquiatría*, 66(4), 255-68.
417. EDITORIAL (1925), Editorial, *Archivos de Neurobiología*, 5(2), 83-4.
418. EDITORIAL (1987), Dr. Ramón Sarró: investigación y análisis óptico de la temática del delirio endógeno. Visión antropológica. Psicopatológica y Terapéutica: El 'Homo Demens', *Anthropos, Revista de Documentación Científica de la Cultura*, (69), 2-7.
419. EGUÍLUZ URUCHURTU, J.I. (ed) (2001), *Introducción a la psicopatología*, Madrid, IM&C, 456 p.
420. ELLARD, J. (1987), Did schizophrenia exist before the eighteenth century?, *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21 (3), 306-18.
421. ERNST, C. y ANGST, J. (1994), Eugen blerler's schizoprenias, *American Journal of Psychiatry*, 151 (6), 914.
422. ESCUDERO VALVERDE, J. (1960), Ha muerto el Coronel Médico Dr. A. Vallejo Nágera, *Archivos de Neurobiología*, 23 (1), 74-7.
423. ESPINO, A. (1997), La formación del psiquiatra en España: Apuntes a modo de introducción. En: APARICIO BASAURI, V (ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*, Actas de las I Jornadas de Historia de la Psiquiatría, Madrid, ELA, p. 107-43.
424. ESPINOSA IBORRA, J. (1966), *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
425. ESTALRICH CANET, J. V. (1993), *Emilio Mira y López: su vida y su obra científica (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
426. EY, H. (1957), La esquizofrenia según la concepción organodinámica. En: LÓPEZ IBOR, J.J. (dir), *Symposium sobre Esquizofrenia*, Madrid, CSIC, 225-41.
427. EY, H. (1998), *Estudios sobre los delirios*, Madrid, Triacastela, 199 p. La edición española que circuló durante el franquismo fue de 1950, editada por Paz Montalvo.
428. FENICHEL, O. (1993), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Méjico, Paidós, 816 p.
429. FERNÁNDEZ DE CÓRDOBA, E. y LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J. J. (1967), La monoclorimipramina en enfermos resistentes a otros tratamientos, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 26, 119-47.
430. FERNÁNDEZ MONTAÑA, M. A. (1983), *Estudio de la revista Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines (originales, notas clínicas y clásicos) desde su fundación en 1940 hasta 1982 (Tesis de licenciatura)*, Salamanca, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina.

431. FERNÁNDEZ MONTAÑA, M. A. (1994), *La neuropsiquiatría y la psicología clínica en la prensa médica española contemporánea, 2 vols (Tesis doctoral)*, Salamanca, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina.
432. FERNÁNDEZ MONTAÑA, M. A. y LEDESMA JIMENO, A. (1986), Estudio de la revista Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines (Originales, Notas clínicas y Clásicos) desde su fundación en 1940 hasta 1982, *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines, XIV(1)*, 19-28.
433. FOERSTL, J. (1989), Schizophrenia before 1800, *British Journal of Psychiatry, 154*, 411-2.
434. FOURNIER, J.M. (1963), L'evolution du concept de la schizophrénie, *Montréal Médecine, 14 (5)*, 7-11.
435. FOX, H.A. (1978), Bleuler, Schneider and schizophrenia, *Journal of Clinical Psychiatry, 39 (9)*, 703-8.
436. FREEMAN, T. (1977), On Freud's theory of schizophrenia, *International Journal of Psychoanalysis, 58*, 383-8.
437. FREEMAN, T. (1972), *Psicopatología de las psicosis*, Barcelona, Toray.
438. FREUD, S. (1998), Apéndice (1912 [1911]). En: *Obras completas, volumen XII*, Buenos Aires, Amorrortu, p. 74-76.
439. FREYHAN, F.A. (1959), *Clinical and investigative aspects. Psychopharmacology frontiers*. Boston, Kline, Little, Brown & comp.
440. FREYHAN, I.A. (1958), Eugen Bleuler's concept of the group of schizophrenia at mid-century, *American Journal of Psychiatry, 114*, 769-79.
441. FUENTENEbro DE DIEGO, F.; BERRIOS, G. E.; ROMERO, A. I. y HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (eds) (1999), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio: Luís Martín Santos, Actas de las I Jornadas de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, Necodisne Ediciones, 269 p.
442. FUSTER POMAR, J. (1926), Asociación Española de Neuropsiquiatras. Plan moderno de asistencia a los alienados, *Archivos de Neurobiología, 6(5)*, 188-218.
443. GARCÍA, R. (1995), *Historia de una ruptura. El ayer y el hoy de la psiquiatría española*, Barcelona, Virus.
444. GARCÍA GONZÁLEZ, J. (1979), *Psiquiatría y cambio social. Análisis sociohistórico de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la España de Franco: el caso del Hospital Psiquiátrico de Oviedo (1962-1972)*, (Tesis doctoral), Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina.
445. GARCÍA-PARDO GONZÁLEZ, M. (1967), Prejuicios sobre el empleo del electrochoque. Un método sencillo de disipar el temor de los enfermos a tratar. En: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA, *Comunicaciones y actas del IX Congreso Nacional de Neuro-psiquiatría (homenaje al Profesor Alberca)*, Murcia, 27-30 de septiembre de 1967, p. 285-93.
446. GARRABÉ, J. (1996), *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, Méjico, Fondo de Cultura Económica.

447. GAYRAL, L. (1972), Historia, límites y perspectivas de la quimioterapia moderna de las enfermedades mentales, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 27(118), 643-55.
448. GELDER, M.G.; LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J. y ANDREASEN, N. (eds.) (2003), *Tratado de Psiquiatría*, 3 vols., Barcelona, Ars Médica.
449. GLICK, T.F. (1981), Psicoanálisis, reforma sexual y política en la España de Entreguerras, *Estudios de historia social*, 16-17, 7-25.
450. GLICK, T.F. (1982), The naked science: psicoanálisis in Spain (1914-1948), *Comparative Studies in Society and History*, 24, 533-571.
451. GLICK, T.F. (1988), El impacto del psicoanálisis en la psiquiatría española de entreguerras. En: J.M. SÁNCHEZ RON (dir): *Ciencia y Sociedad en España*, Madrid, El Arquero-CSIC, p. 205-221.
452. GLICK, T.F.; RUIZ, R. y PUIG-SAMPER, A (eds) (1999), El darwinismo en España e Iberoamérica, Madrid, UNAM-CSIC-Doce Calles, colección Actas, 333 p.
453. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (2003), La generación de la democracia: de la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría, *Frenia*, III(1), 87-114.
454. GONZÁLEZ DE PABLO, Á. (1995), La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En: SOCIEDAD DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infirmier. Certificateur*, Madrid, Extra editorial, p. 229-49.
455. GONZÁLEZ DURO, E. (1975), *La asistencia psiquiátrica en España*, Madrid, Miguel Castellote.
456. GONZÁLEZ DURO, E. (1978), *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975*, Madrid, Akal, 323 p.
457. GONZÁLEZ DURO, E. (1996), II República española. En: *Historia de la locura en España, III. del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de Hoy, p. 241-63.
458. GONZÁLEZ DURO, E. (1997), Las instituciones psiquiátricas durante la época franquista. En: REY GONZÁLEZ, A. (ed.), *La locura y sus instituciones. II Jornadas de Historia de la Psiquiatría*, Valencia: Diputación de Valencia, p. 425-52.
459. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. (2001), Galicia Tola, (no consta), (no consta).
460. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. y SIMÓN LORDA, D. (2001), Una historia de la psiquiatría gallega en el siglo XX, *Archivos de Psiquiatría*, 64(2), 101-36.
461. GONZÁLEZ MONCLÚS, E. (1992), Tratamientos farmacológicos y biológicos en los inicios de la clínica psiquiátrica universitaria del Profesor Sarró. En: ANTÓN, P. (coord), *Medio siglo de psiquiatría en España*, Madrid, ELA, p. 81-3.
462. GORROTXATEGI GORROTXATEGI, P. (1994), El estudio de la esquizofrenia en la obra de Luis Martín-Santos, *Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas*, (3), 71-82.
463. GRACIA GUILLÉN, D. (1990), El enfermo mental y la psiquiatría española de la posguerra, *Informaciones Psiquiátricas*, (120), 161-171.
464. GUEGUEN, J.P. (1988), Histoire du concept de schizophrénie, *Soins Psychiatrie*, 89, 4-6.

465. HANKINS, T.L. (1979), In defence of biography: The use of biography in the history of science, *History of Science*, 17, 1-16.
466. HARE, E. (1988), Schizophrenia as a recent disease, *British Journal of Psychiatry*, 153, 521-31.
467. HENNE, M. (1979), La schizophrénie n'est plus ce quelle était, *Annales Médico-Psychologiques*, 137 (3-4), 256-60.
468. HISTORICAL (1954), Historical note. Earliest use of the term "dementia praecox" (a translation from B.A. Morel's 'traite des maladies mentales', 1860), *American Journal of Psychiatry*, 111, 470.
469. HOEING, J. (1983), The concept of schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider, *British Journal of Psychiatry*, 142, 547-56.
470. HORNBY, A.S.; COWIE, A.P. y GIMSON, A.C. (1984), *Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English*, Oxford, Oxford University Press, XLI+1037 p.
471. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (1995), La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización. En: SOCIEDAD DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA PSIQUIATRÍA, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infirmier. Certificateur*, Madrid, Extra Editorial, p. 21-42.
472. HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (2002), *Los médicos de la mente: Lafora, Garma y Vallejo Nágera*. Tres Cantos (Madrid), Nivola Libros y Ediciones, 128 p.
473. JAMES, R.L. y MAY, P.R. (1981), Diagnosing schizophrenia: Professor Kraepelin and the Research Diagnostic Criteria, *American Journal of Psychiatry*, 138 (4), 501-4.
474. JANZARIK, W. (1986), Geschichte und Problematik des Schizophreniebegriffes, *Nervenartz*, 57 (12), 681-5.
475. JASPERS, K. (1996), *Psicopatología general*, 2ª ed. sobre la 5ª edición alemana de *Allgemeine Psychopathologie* (1946), Méjico, Fondo de Cultura Económica, x + 963 p.
476. JENIKE, M. A.; BAER, L. y MINICHIELLO, W. E. (eds) (1998), *Obsessive-Compulsive Disorders*, 3ªed., Massachusetts, Mosby.
477. JESTE, D.V.; DEL CARMEN, R.; IOHR, J.B. y WYATT, R.J. (1985), Did Schizophrenia Exist Before the Eighteen Century?, *Comprehensive psychiatry*, 26 (6), 493-503.
478. JORDÁ MOSCARDÓ, E. (1984), *La producción, el consumo y las noticias en la literatura neuropsiquiátrica durante el periodo franquista, 2 vols (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
479. JORDÁ MOSCARDÓ, E. (1997a), Las instituciones productoras del 'saber psiquiátrico' durante el período franquista. En: APARICIO BASAURI, V (ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España, Actas de las I Jornadas de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, ELA, p. 265-85.
480. JORDÁ MOSCARDÓ, E. (1997b), Instituciones psiquiátricas catalanas durante el franquismo a través de la Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina. En: REY GONZÁLEZ, A. (ed.), *La locura y sus instituciones. II Jornadas de Historia de la Psiquiatría*, Valencia: Diputación de Valencia, p. 357-452.

481. KALINOWSKY, L.A. y HOCH, P.H. (1953), *Tratamientos por choque, psicocirugía y otros tratamientos somáticos en Psiquiatría*, Barcelona, Científico-médica, X+428 p.
482. KIRCHER y DAVID (2003), Self Consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. En: KIRCHER, T. y DAVID, A. (eds.) *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press, VIII + 487 p.
483. KLAF, F.S. y HAMILTON, J.G. (1961), Schizophrenia - a hundred years ago and today, *Journal of Mental Science*, 107, 819-27.
484. KOUPERNIK, C. (1966), Schizophrénie. 1. Le concept Bleulerian, la psychodynamique, *Concours Médical*, 88, 769-76.
485. KRAEPELIN, E. (1996), *La demencia precoz*, [fragmentos tomados de la 8ª edición del *Lehrbuch der Psychiatrie* de 1908], 2 vols., Buenos Aires, Polemos, XIV + 203; 183.
486. KRAGH, H. (1989), *Introducción a la historia de la ciencia*, Barcelona, Crítica, p. 227-236.
487. KRIS, A.O. (1972), A reappraisal of the dementia praecox concept. I. Developmental arrest and regression, *International Journal of Psychiatry*, 10, 7-17.
488. KRIS, A.O. (1972), Developmental arrest and regression. I. A reappraisal of the dementia praecox concept, *Archives of General Psychiatry*, 26, 321-5.
489. LAÍN ENTRALGO, P. (1958), Prólogo al amigo muerto. En: MARCO MERENCIANO, F. *Ensayos médicos y literarios. Antología*, Madrid, Ediciones Cultura hispánica, p. 7-18.
490. LAÍN ENTRALGO, P. (1961), *La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, 2ª ed., Barcelona, Salvat Editores, XV+668 p.
491. LANCZIK, M.H.; BECKMANN, H. y KEIL, G. (1995), Wermicke. En: BERRIOS, G.E y PORTER, R. (dir), *A History of Clinical Psychiatry*, Londres, Athlone, p. 302-12.
492. LANTERI-LAURA, G. y GROS, M. (1982), Historique de la schizophrénie, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37281 C10, 9-1982.
493. LÁZARO, J. (1995), Archivos de Neurobiología: Los setenta y cinco años de la psiquiatría española, *Archivos de Neurobiología*, 58(1), 13-30.
494. LÁZARO, J. (1996a), The concept of 'delusion' in Spanish psychiatry, *History of Psychiatry*, 7(1:25), 113-135.
495. LÁZARO, J. (1996b), El concepto de delirio en la psiquiatría española (siglos XIX y XX), *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24(4), 191-203.
496. LÁZARO, J. (1997), La significación de Archivos de Neurobiología en la psiquiatría española de 1936, *Archivos de Neurobiología, (Suplemento 1)*, V-XIX.
497. LÁZARO, J. y BUJOSA, F. (2000), *Historiografía de la Psiquiatría*, Madrid, Triacastela, 194 p.
498. LEWIS, A. (1973), Manfred Bleuler's "The schizophrenic mental disorders: an exposition and a review", *Psychological Medicine*, 3, 385-92.
499. LEWIS, N.D. (1966), History of the nosology and the evolution of the concept of schizophrenia, *Proceedings of the American Psychopathological Association*, 54, 1-18.

500. LIVIANOS ALDANA, L. (1985), *Teoría y práctica psiquiátrica en la Valencia de mediados del siglo XIX, 2 vols (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
501. LIVIANOS ALDANA, L. y MAGRANER, A. (1991), *Historias clínicas psiquiátricas del siglo XIX*, Valencia, Ajuntament de València, 163 p.
502. LÓPEZ DE BRIÑAS Y BANACLÓS, E. (1996), *La presencia de la psiquiatría y las neurociencias en las revistas históricas médicas de 1992 a 1995 (Tesina de Licenciatura)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
503. LÓPEZ IBOR, J.J. (1958), Prólogo. En: MARCO MERENCIANO, F. *Ensayos médicos y literarios. Antología*, Madrid, Ediciones Cultura hispánica, p. 21-31.
504. LÓPEZ IBOR, J. J. (1960), Antonio Vallejo Nágera, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 19 (2)*, 217-9.
505. LÓPEZ IBOR, J.J. (1971), Los Bleuler y la esquizofrenia, *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 30*, 117-20.
506. LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J.; CARBONELL, C. y GARRABÉ, J. (2001), *Anthology of Spanish Psychiatric Texts*, París, World Psychiatric Association, 598 p.
507. LÓPEZ-MUÑOZ, F. y ÁLAMO, C. (eds) (1998), *Historia de la Neuropsicofarmacología*, Madrid, Eurobook-Universidad de Alcalá, 544 p.
508. LÓPEZ-MUÑOZ, F. y ÁLAMO, C. (1998), Psicofarmacología: el nacimiento de una nueva disciplina. En: LÓPEZ-MUÑOZ, F. y ÁLAMO, C. (eds), *Historia de la Neuropsicofarmacología*, Madrid, Eurobook-Universidad de Alcalá, p. 191-206.
509. LÓPEZ-MUÑOZ, F.; ÁLAMO, C. y CUENCA, E. (1998), Fármacos antipsicóticos. En: LÓPEZ-MUÑOZ, F. y ÁLAMO, C. (eds), *Historia de la Neuropsicofarmacología*, Madrid, Eurobook-Universidad de Alcalá, p. 207-43.
510. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1960), *Orígenes históricos del concepto de neurosis (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
511. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1963a), Juan Bautista Peset y Vidal y las “generaciones intermedias” del siglo XIX médico español, *Medicina Española, 46*, 183-203, 321-7.
512. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1963b), *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Valencia, Universidad de Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.
513. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1964), El saber médico en la sociedad española del siglo XIX. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GARCÍA BALLESTER, L. y FAUS SEVILLA, P., *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, p. 31-108.
514. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1971), La contribución de las “generaciones intermedias” al saber anatómico del siglo XIX, *Asclepio, 23*, 95-130.
515. LOPEZ PIÑERO, J.M. (1972), *El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica*, Valencia, Facultad de Medicina, 82 p.
516. LOPEZ PIÑERO, J.M. (1973), *Ciencia y técnica en la sociedad española de los siglos XVI y XVII*, Barcelona, Labor.

517. LÓPEZ PIÑERO, J.M. (1985), *Orígenes históricos del concepto de neurosis*, Madrid, Alianza Editorial.
518. LOPEZ PIÑERO, J.M. (1987), Los modelos de investigación históricomédica y las nuevas técnicas. En: LAFUENTE, A. y SALDAÑA, J.J. (coords.), *Historia de las ciencias*, Madrid, CSIC, p. 125-150.
519. LÓPEZ PIÑERO J.M. (1989), *Lecciones de historia de la medicina*, Valencia, Instituto de Estudios Históricos y Documentales sobre la Ciencia, p. 223-4.
520. LÓPEZ PIÑERO, J.M. y MORALES MESEGUER, J.M. (1970), *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Madrid, Espasa Calpe.
521. LÓPEZ PIÑERO J.M. y TERRADA FERRANDIS M.L. (1991), *Bibliographia Medica Hispanica, 1475-1950. Volumen IX. Bibliometría de Las Revistas, 1736-1950*, Valencia, Instituto de Estudios Históricos y Documentales sobre la Ciencia.
522. LÓPEZ PIÑERO J.M. y TERRADA FERRANDIS M.L. (1992), Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica, *Medicina clínica*, 98, 64-9, 101-6, 142-7, 384-8.
523. LÓPEZ PIÑERO J.M. y TERRADA FERRANDIS M.L. (1993), *Veinte años de investigación bibliométrica en el Instituto de Estudios documentales e históricos sobre la ciencia*, Valencia, Instituto de Estudios Históricos y Documentales sobre la Ciencia.
524. LOTKA, A.J. (1926), The frequency distribution of scientific productivity, *Journal of the Whashington Academy of Sciences*, 16, 317.
525. MAHER, B.A. (1974), *Introducción a la investigación en Psicopatología*, Madrid, Taller de Ediciones Josefina Betancor.
526. MARSET CAMPOS, P. (1971), *El punto de partida en la obra psiquiátrica de Pinel (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
527. MARSET CAMPOS, P. (1983), Condicionantes socioeconómicos en la psiquiatría española de la postguerra. En: *I Seminario sobre Historia de la Psiquiatría Española*, Valencia, Cátedra de Historia de la Medicina.
528. MAZANA, J.S.; PEREIRA, J. y CABRERA, R. (2002), Cincuenta años de clorpromazina, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 101-13.
529. MC EVOY, J.P. ; SCHEIFER, P.L. y FRANCES, A. (1999), Guías de consenso y recomendaciones de expertos : tratamiento de la Esquizofrenia 1999, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(supl. 11), 80 p.
530. MENUCK, M. (1979), What did eugen Bleuler really say?, *Canadian Journal of Psychiatry*, 24 (2), 161-6.
531. MICÓ CATALÁN, F. (1971), *Historia de la Legislación Psiquiátrica Militar en España (Tesis de Licenciatura)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
532. MIDENET, M. (1972), La conception de la schizophrénie dans la psychiatrie allemande des années 1920 á 1933, *Encéphale*, 61, 333-49.

533. MORRISON, J.R. (1974), Changes in subtype diagnosis of schizophrenia: 1920-1966, *American Journal of Psychiatry*, 131, 674-7.
534. NAVARRO PÉREZ, J. (1986), *Los orígenes de las neurociencias en España, 2 vols. (Tesis doctoral)*. Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
535. NEUMÄRKER, K.J. y BARTSCH, A.J. (2003), Karl Kleist (1879-1960) – a pioneer of neuropsychiatry, *History of Psychiatry*, 14 (4:56), 411-58.
536. NOGUERA, E. (1960), Profesor Antonio Vallejo Nágera, *Gaceta Médica Española*, 34 (402), 53.
537. ORME, J.E. (1974), *Introducción a la psicología patológica*, Madrid, Morata.
538. PALAU CLAVERAS, A. (1981-1990), *Índice alfabético de títulos-materias, correcciones y adiciones del Manual del librero hispano-americano, 8 vols*, Barcelona-Oxford, Palau-Dolphin Book.
539. PALAU Y DULCET, A. (1948-1977), *Manual del librero hispano-americano, 2ªed., 28 vols*, Barcelona-Oxford, Palau-Dolphin Book.
540. PAO, P.N. (1973), Notes on Freud's theory of schizophrenia, *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 469-76.
541. PASSIONE, R. (2004), Italian psychiatry in an international context: Ugo Cerletti and the case of electroshock, *History of Psychiatry*, 15 (1:57), 83-104.
542. PELAZ MARTÍNEZ, E. (1960), El Profesor Dr. Antonio Vallejo Nágera, *Archivos de Neurobiología*, 23 (1), 73-4.
543. PESET LLORCA, V. (1943), *Nuevos datos sobre la psiquiatría española del siglo XIX (Tesis doctoral)*. Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
544. PESET LLORCA, V. (1950a), Nuevos datos sobre la psiquiatría española del siglo XIX (Una Patología psicológica de 1859), *Gaceta Médica Española*, 6, 199-216.
545. PESET LLORCA, V. (1950b), Sobre la psiquiatría española del XIX, *Archivo Iberoamericano de Historia de La Medicina*, 2, 622-627.
546. PLUMED DOMINGO, J. (2002), *La introducción del concepto de esquizofrenia en España a través de las revistas médicas españolas (1851-1931) (Tesis doctoral)*. Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
547. PLUMED DOMINGO, J.; DUALDE BELTRÁN, F. y REY GONZÁLEZ, A. (1997), El debate en torno a la demencia precoz a través de las revistas médicas españolas (1902-1928), En: REY GONZÁLEZ, A. (ed.), *La locura y sus instituciones. II Jornadas de Historia de la Psiquiatría*, Valencia: Diputación de Valencia, p. 481-96.
548. PLUMED DOMINGO, J. y DUALDE BELTRÁN, F. (2001), El concepto de esquizofrenia en las publicaciones psiquiátricas españolas. En: ANGOSTO SAURA, T.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A y SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999), III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría*. Orense, AEN - Asociación Galega de Saúde Mental, p. 141-50.
549. POLO GRIÑÁN, C. (1999), *Crónica del Manicomio. Prensa, locura y sociedad*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 334 p.

550. POSTEL, J. y QUÉTEL, C. (comp.) (1993), *Historia de la psiquiatría*, Méjico, Fondo de Cultura Económica, 792.
551. PRESENTACIÓN (2001), Presentación. *Frenia, I(1)*, 7.
552. PRICE, J.D.S. (1971), *Little science, big science*, New York, Columbia University Press.
553. PRICE, J.D.S. (1973), *Hacia una ciencia de la ciencia*, Barcelona, Ariel.
554. PUERTA LÓPEZ-CÓZAR, J.L. y MAURI MAS, A. (1995), *Manual para la Redacción, Traducción y Publicación de Textos Médicos*, Barcelona, Masson, 445 p.
555. RASKIN, D.E. (1975), Bleuler and schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 127, 231-4.
556. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (1992), *Diccionario de la Lengua Española*, 2 vols., Madrid, Espasa Calpe, XXXI+1513 p.
557. RENDUELES OLMEDO, G. (1997), De la Coordinadora Psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría. En: APARICIO BASAURI, V (ed.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España, Actas de las I Jornadas de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, ELA, p. 287-309.
558. REY GONZÁLEZ, A.M. (1979), *La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX, 2 vols (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
559. REY GONZÁLEZ, A.M. (1982a), La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del siglo XIX, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2 (4), 4-26.
560. REY GONZÁLEZ, A.M. (1982b), Clásicos de la Psiquiatría Española de siglo XIX: Juan Giné Partagás (1836-1903), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2 (4), 99-110.
561. REY GONZÁLEZ, A.M. (1982c), Clásicos de la Psiquiatría Española de siglo XIX: Zacarías Benito González Navas (1809-1877), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2 (5), 111-24.
562. REY GONZÁLEZ, A.M. (1982d), El concepto de histeria en la prensa médica española del siglo XIX (1801-1854), En: *Estudios dedicados a Juan Peset Aleixandre*, Valencia, Universidad de Valencia, p.389-98.
563. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983a), Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX (III): Emilio Pi y Molist (1824-1892), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3 (6), 111-21.
564. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983b), Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX (IV): José María Esquerdo y Zaragoza (1842-1912), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3 (7), 103-15.
565. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983c), Clásicos de la Psiquiatría Española de siglo XIX (V): Francisco Castellvi y Pallares (1812-1879), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3 (8), 103-16.
566. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983d), Esquerdo Zaragoza, José María. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, T.F.; NAVARRO BROTONS, V y PORTELA MARCO, E. (dir), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 1, 309-10.

567. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983e), Giné y Partagás, Juan. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, T.F.; NAVARRO BROTONS, V y PORTELA MARCO, E. (dir), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 1, 400-2.
568. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983f), Mata Fontanet, Pedro. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, T.F.; NAVARRO BROTONS, V y PORTELA MARCO, E. (dir), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 2, 42-3.
569. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983g), Pi y Molist, Emilio. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, T.F.; NAVARRO BROTONS, V y PORTELA MARCO, E. (dir), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 2, 170-1.
570. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983h), Rodríguez Lafora, Gonzalo. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, T.F.; NAVARRO BROTONS, V y PORTELA MARCO, E. (dir), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 2, 253-6.
571. REY GONZÁLEZ, A.M. (1983i), Vera y López, Jaime. En: LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GLICK, T.F.; NAVARRO BROTONS, V y PORTELA MARCO, E. (dir), *Diccionario histórico de la ciencia moderna en España*, Barcelona, Península, 2, 407-8.
572. REY GONZÁLEZ, A.M. (1984a), Clásicos de la Psiquiatría Española de siglo XIX (VI): Antonio Pujadas Mayans (1811-1881), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4 (9), 73-91.
573. REY GONZÁLEZ, A.M. (1984b), Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX (VII): José Rodríguez Villargoitia (1811-1854), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4 (10), 264-75.
574. REY GONZÁLEZ, A.M. (1984c), Clásicos de la psiquiatría española del siglo XIX (VIII): Mariano Cubí y Soler, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4(11), 395-410.
575. REY GONZÁLEZ, A.M. (1985a), Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX (IX): Juan Bautista Peset y Vidal (1821-1885), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5 (12), 87-98.
576. REY GONZÁLEZ, A.M. (1985b), Clásicos de la Psiquiatría Española del siglo XIX (X): Arturo Galcerán Granés (1850-1919), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 5 (13), 223-33.
577. REY GONZÁLEZ, A.M.; JORDÁ MOSCARDÓ, E.; DUALDE BELTRÁN, F. y BERTOLÍN GUILLÉN, J.M. (en prensa), *Trescientos años de psiquiatría en España*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
578. RIEDER, R.O. (1974), The origins of our confusion about schizophrenia, *Psychiatry*, 37, 197-208.
579. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1960), Nuestros recuerdos personales del Dr. A. Vallejo Nágera, *Archivos de Neurobiología*, 23 (1), 77-9.
580. ROIG MOLINER, A. (1999), Análisis del delirio en la obra de Luis Martín-Santos. En: FUENTENEbro, F.; BERRIOS, G.E.; ROMERO, I. y HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, p. 225-42.

581. ROMERO, A. I.; CASCO SOLÍS, J.; FUENTENEbro DE DIEGO, F. y HUERTAS GARCÍA-ALEJO, R. (EDS). (1999), *Cultura y Psiquiatría del 98 en España, Actas de las II Jornadas de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, Necodisne Ediciones, 273 p.
582. ROSEN, G. (1944), *The Specialization of Medicine*, Nueva York, Froben Press.
583. ROSSI, P. (1990), *Las arañas y las hormigas. Una apología de la historia de la ciencia*, Barcelona, Crítica.
584. ROUSSELOT, Y. (1981), La conception de la schizophrénie chez Langfeldt, *Annales Médico-Psychologiques*, 139 (8), 879-92.
585. RUBIO VALLADOLID, G y LÓPEZ-TRABADA, J.R. (1998), Historia del tratamiento biológico de los trastornos psiquiátricos, antes de la era psicofarmacológica. En: LÓPEZ-MUÑOZ, F. y ÁLAMO, C. (eds), *Historia de la Neuropsicofarmacología*, Madrid, Eurobook-Universidad de Alcalá, p.155-90.
586. RUBIO VALLADOLID, G. (1985), *La Neuropsiquiatría en el Tratado de Calenturas y en las obras más selectas de Hipócrates de Andrés Piquer*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
587. RUÍZ OGARA, C. (1982), Prof. Ramón Sarró Burbano, *Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 17 (1), 89-90.
588. RUIZ RUIZ, M.; PORRAS TORRES, A. y TORRES OJEDA, J. (1995), Estudio bibliométrico de la producción científica de la 'Revista Española de Psicoterapia Analítica', *Anales de Psiquiatría*, 11(10), 358-362.
589. SÁEZ BUENAVENTURA, C. (1978), Conflictos psiquiátricos en la última década española. En: BUGALLO ET AL., *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*, Madrid, Dédalo, p. 9-40.
590. SARGANT, W.; SLATER, E. (1947), *Métodos somáticos de tratamiento en psiquiatría*, Madrid, Espasa Calpe, 252 p.
591. SARRÓ BURBANO, R. (1946), La evolución de la Psiquiatría desde 1924 a 1946. Prólogo del traductor. En: BUMKE, O. *Nuevo tratado de las enfermedades mentales*, Barcelona, Seix, p. XVII-XLVI.
592. SARRÓ BURBANO, R. (1981), La aportación del profesor Juan Obiols (1919-1980) a la investigación fenomenológica de los delirios endógenos. Comentarios al caso Julia, *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 15, 119-22.
593. SCHARFETTER, C. (1973), Streifzüge in die Geschichte der Schizophreniebegriffs, *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 112, 75-85.
594. SCHNEIDER, K. (1997), *Psicopatología clínica*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 299 p. Traducción de (1992), *Klinische Psychopathologie*, 14ª edición, Stuttgart, Georg Thieme Verlag. La edición española divulgada durante el franquismo fue (1951), *Patopsicología clínica*, Madrid, Paz Montalvo, traducida por A. Guera Miralles.
595. SCULL, A. (1994), Somatic treatments and the historiography of psychiatry, *History of Psychiatry*, 5(17), 1-12.

596. SEMPERE SOLER, E. (1996), *El Archivo de Historias Clínicas del Servicio de Neuropsiquiatría, del Hospital Provincial de Valencia, en el periodo 1931-1936 (Tesis doctoral)*, Valencia, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina.
597. SHAPIN, S. y THACKRAY, A. (1974), Prosopography as a research tool in history of science: the British Scientific Community, 1700-1900, *History of Science*, 12, 1-28
598. SHEPHERD, M. (1994), Neuroleptosis and the psychopharmacological revolution: myth and reality. *History of Psychiatry*, 5(17), 89-96.
599. SHEPHERD, M.; LADER, M y RODNIGHT, R. (1968), *Clinical psychopharmacology*. Londres, English University Press, p. 2-3.
600. SIMÓN LORDA, D. (2002), *Médicos ourensáns represaliados na Guerra Civil e na Posguerra. Historias da "longa noite da pedra"*, Santiago de Compostela, Fundación 10 de marzo.
601. SIMÓN LORDA, D. y FERRER I BALSEBRE, L. (1997), La asistencia psiquiátrica en Orense y el Dr. Manuel Cabaleiro Goás. En: SIMÓN LORDA, D. (coor), *III Congreso da Asociación Galega de Saude Mental: Esquizofrenia (Homenaje al Dr. Cabaleiro Goás)*, Orense, Asociación Galega de Saude Mental, 15-30 p.
602. SIMÓN LORDA, D. y GONZÁLEZ, E. (1997), Una visión de la asistencia psiquiátrica gallega en el siglo XX: Manuel Cabaleiro Goás, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 17 (62), 305-9.
603. SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2003), *Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias. Informe especial a las cortes valencianas*, Valencia, Generalitat Valenciana, 853 p.
604. SMITH, C.; BERMEJO MARCOS, M. y CHANG RODRÍGUEZ, E. (1986), *Collins Diccionario Español-Inglés, Inglés-Español*, Barcelona, Grijalbo, XXXVIII+640 p.
605. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (1999), *Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva*, Madrid, Emisa, XII+71 p.
606. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA (2000), *Consenso español de expertos para Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia*, Madrid, Aula Médica, 54 p.
607. SOLÉ SAGARRA, J. (1991), In Memoriam, Juan José López Ibor, *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18 (4), 158.
608. Solé Sagarra, J. (2001), Impresiones y recuerdos personales de neuropsiquiatras importantes que he conocido. En: ANGOSTO SAURA, T.; RODRÍGUEZ LÓPEZ, A y SIMÓN LORDA, D. (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999)*, III Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría. Orense, AEN - Asociación Galega de Saúde Mental, p. 153-77.
609. STENDEL, E. (1957), Concepts of schizophrenia, *British Medical Journal*, 1, 1174-6.
610. STIERLIN, H. (1967), Bleuler's concept of schizophrenia: a confusing heritage, *American Journal of Psychiatry*, 123, 996-1001.
611. TERRADA M.L.; PORTELA E.; CUEVA A.D.L. ET AL (1981), *Bibliometría de la producción y el consumo de literatura médica en España, 1973-1977*, Valencia, Centro de Documentación e Informática Biomédica.

612. TOMLINSON, W.K. (1990), Schizophrenia, the history of an illness, *Psychiatric Medicine*, 8(1), 1-19.
613. TUÑÓN DE LARA, M. (1980), Cultura e Ideología. En: BIESCAS FERRER, J.A. y TUÑÓN DE LARA, M. *España bajo la dictadura franquista (1939-1975)* Barcelona, Labor, p. 433-526.
614. TURNER, T.H. (1992), Schizophrenia as a permanent problem: some aspects of historical evidence in the receny (new disease) hypothesis, *History of Psychiatry*, 3 (4:2), 413-29.
615. VAILLANT, G.E. (1964), An historical review of the remitting schizophrenias, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 138(1), 48-56.
616. VALENCIANO GAYÁ, L. (1974), Origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 29 (126), 43-61.
617. VALENCIANO GAYÁ, L. (1977), *El doctor Lafora y su época*, Madrid, Morata.
618. VALLEJO NÁGERA, A. (1933), *El aborto terapéutico en Neuropsiquiatría*, Madrid, Siglo Médico.
619. VALLEJO NÁGERA, A. (1934a), *La asexualización de los psicópatas*, Madrid, Medicina.
620. VALLEJO NÁGERA, A. (1934b), *Higiene mental de la Raza*, Madrid, Vacas.
621. VALLEJO NÁGERA, A. (1937), *Eugenesia de la Hispanidad, regeneración de la Raza*, San Sebastián, Editorial Española.
622. VALLEJO NÁGERA, A. (1938a), *Política racial del nuevo Estado*, San Sebastián, Editorial Española.
623. VALLEJO NÁGERA, A. (1938b), *Eugamia, Selección de novios*, San Sebastián, Editorial Española.
624. VALLEJO-NÁGERA, J. A. (1979), *Introducción a la Psiquiatría*, 10ª ed., Madrid, Científico-médica, XIX+501 p.
625. VERA FERRÁNDIZ, J. A. y QUIÑÓNES VIDAL, E. (1996), La psicología de Luis Valenciano Gayá: un modelo de antropología orteguiana para la interpretación del delirio paranoide. En: SÁIZ ROCA, M. y SÁIZ ROCA, D. (eds), *Personajes para una historia de la psicología en España*, Madrid, Pirámide, p. 447-65.
626. VIDAL PÉREZ, F. (1979), Factores sociales y psicopatología delirante en la obra de Cabaleiro. *Toén, Revista del Sanatorio Psiquiátrico 'Dr. Cabaleiro Goas'*, 0, 55-61.
627. VILLASANTE, O. (2003), La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España. En: FUENTENEbro, F.; HUERTAS, R. y VALIENTE, C. (eds), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias, Actas del V congreso de la European Association for the History of Psychiatry*, Madrid, Frenia, p. 175-88.
628. WENDER, P.H. (1963), Dementia praecox: the development of the concept, *American Journal of Psychiatry*, 119, 1143-57.
629. WINDHOLZ, G. (1993), Pavlov's concept of schizophrenia as related to the theory of higher nervous activity, *History of Psychiatry*, 4 (4:16), 511-26.
630. WYRSCH, J. (2001), *La persona del esquizofrénico*, Madrid, Triacastela, 316 p. Durante el franquismo, circuló una traducción de Bartolomé Llopis (1952).

9. Apéndice documental

Incluimos en este apartado aquellos testimonios documentales que complementan la Exposición pero que, con objeto de evitar una mayor extensión del texto, hemos considerado oportuno reunir en este capítulo.

9.1 Clasificación psiquiátrica de Kraepelin¹

- I. Alteraciones en los traumatismos craneales.
 - a) Delirio traumático.
 - b) Epilepsia traumática.
 - c) Defectos psíquicos traumáticos.
- II. Alteraciones psíquicas en otras encefalopatías orgánicas.
 - a) Tumores, abscesos, cisticercosis.
 - b) Esclerosis lobar y esclerosis múltiple.
 - c) Enfermedades germinales. Corea de Huntington, esclerosis tuberosa, idiotismo amaurótico, enfermedad de Merzbacher, enfermedad de Wilson, seudoesclerosis.
 - d) Encefalitis (incluida la encefalitis epidémica), hidrocefalia.
 - e) Insolación.
- III. Alteraciones mentales en las intoxicaciones.
 - A. Intoxicaciones exógenas.
 1. Alcoholismo.
 - a) Embriaguez.
 - b) Embriaguez agitada.
 - c) Alcoholismo crónico.
 - d) Delirio de celos alcohólico.
 - e) Delirium tremens.
 - f) Alucinosis alcohólica.
 - g) Psicosis de Korsakow.
 - h) Epilepsia alcohólica.

¹ Tomada de PÉREZ LÓPEZ-VILLAMIL (1941-42. 501-7), SOLÉ SAGARRA y LEONHARD (1953. 84-9) y VALLEJO NÁGERA (1954: 349-53).

2. Intoxicaciones crónicas por alcaloides.
 - a) Morfinismo, opiomanía, codeinismo, heroínismo, dioninismo.
 - b) Cocainismo (con morfinismo y sin él).
 3. Otras intoxicaciones crónicas.
 - a) Intoxicaciones por cloroformo, petróleo, bencina, hidrato de cloral, paraldehído, bromo, trional, veronal, plomo, mercurio, sulfuro de carbono, hashisch, etc.
 - b) Ergotismo, pelagra, beriberi (con síntomas mentales).
 4. Intoxicaciones agudas.
 - a) Gases. óxido de carbono, gas del alumbrado, óxido nítrico, ácido sulfúrico, etc.
 - b) Medicamentos. atropina, yodoformo, quinina, ácido salicílico, tropacocaína, etc.
 - c) Otros tóxicos. hongos, anilina, dinitrotolueno, toluidina, etc.
- B. Intoxicaciones endógenas.
1. Por productos del recambio nutritivo.
 - a) Delirio urémico.
 - b) Delirio eclámsico.
 - c) Psicosis en la diabetes.
 - d) Delirio en la colemia (ictericia grave).
 - e) Delirio en los trastornos circulatorios.
 - f) Delirio en las caquexias (carcinoma, anemias graves, etc.).
 - g) Asfixia por el calor.
 - h) Delirios por el hambre y por la sed, delirios por colapso (neumonía, erisipela).
 2. Intoxicaciones endocrinas (enfermedades endocrinas).
 - a) Psicosis tirogénicas.
 1. Enfermedad de Basedow.
 2. Mixedema.
 3. Cretinismo.
 - b) Debilidad mental en enfermedades.
 1. De la hipófisis (gigantismo, distrofia adiposogenital, enanismo).
 2. De la epífisis (macrogenitosomía precoz, obesidad).
 3. De las cápsulas suprarrenales (pseudohermafroditismo, enfermedad de Addison).
 4. De las glándulas sexuales (eunocoidismo, gigantismo, virilidad).
 5. Del timo (idiotismo tímico, estado tímicolinfático).
 6. Insuficiencias pluriglandulares.
- IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas (tifus, viruela, poliartritis, neumonía, gripe, corea, fiebre intermitente, paludismo, sepsis, tisis, rabia, lepra, tripanosomiasis).
1. Delirio febril e infeccioso.
 2. Estados confusionales (después de enfermedades, infecciosas, amencia).
 3. Estados de debilidad infecciosos.

V. Sífilis.

1. Sífilis cerebral.

- a) Neurastenia sifilítica.
- b) Seudoparálisis sifilítica (cuadros clínicos análogos a los de parálisis general progresiva).
- c) Lúes cerebral apoplética (debilidad mental sifilítica simple con parálisis).
- d) Epilepsia sifilítica.
- e) Formas paranoides.
- f) Sífilis congénita (parálisis cerebral infantil, debilidad mental).

2. Parálisis general progresiva.

- a) Demencial.
- b) Depresiva.
- c) Expansiva.
- d) Formas agitada y galopante.
- e) Taboparálisis.
- f) Formas atípicas (Lissauer).
- g) Parálisis juvenil.

3. Psicosis tabéticas.

VI. Procesos arterioescleróticos y de regresión.

1. Arteriosclerosis.

- a) Debilidad mental arterioesclerótica.
- b) Encefalitis subcortical (diagnóstico anatómico).
- c) Epilepsia tardía.
- d) Debilidad mental apoplética.

2. Alteraciones mentales seniles y preseniles.

A. Procesos preseniles.

- a) Formas perniciosas (enfermedades de la edad de la regresión que conducen rápidamente a la muerte con lesiones anatómicas características).
- b) Formas catatónicas (catatonía tardía).
- c) Formas paranoides (en tanto no presentan síntomas esquizofrénicos).

B. Psicosis seniles.

- a) Demencia senil.
- b) Presbiofrenia.
- c) Enfermedad de Alzheimer.
- d) Delirio de persecución senil.

VII. Epilepsia genuina (imbecilidad epiléptica, demencia epiléptica, estados crepusculares, *status epilepticus*).

VIII. Esquizofrenias.

A. Demencia precoz.

- a) Formas simples.
- b) Demencia precocísima (en la edad infantil).
- c) Hebefrenia.
- d) Formas depresiva y estuporosa.
- e) Formas circular y agitada.

- f) Catatonía.
 - g) Demencia paranoide.
 - h) Confusión del lenguaje.
- B. Parafrenias.
- a) Sistemática.
 - b) Expansiva.
 - c) Confabulatoria.
 - d) Fantástica.
- IX. Psicosis manícodepresiva.
- A. Predisposición manícodepresiva.
- 1. Predisposición irritable.
 - 2. Predisposición maníaca.
 - 3. Predisposición depresiva.
 - 4. Predisposición ciclotímica.
- B. Psicosis manícodepresiva.
- a) Manía.
 - b) Melancolía.
 - c) Estados mixtos.
- X. Psicopatías (incluidas las personalidades histéricas).
- a) Nerviosos.
 - b) Neuróticos obsesivos.
 - c) Excitables (con y sin rasgos histéricos).
 - d) Inestables (con y sin rasgos histéricos).
 - e) Débiles de voluntad (con y sin rasgos histéricos).
 - f) Impulsivos (aumento de los impulsos normales). Epilepsia afectiva.
 - g) Impulsivos patológicos.
 - h) Perversos sexuales (homosexuales, sadistas, masoquistas, fetichistas y exhibicionistas).
 - i) Discutidores.
 - J) Extravagantes retorcidos.
 - k) Mentirosos.
 - l) Personalidades histéricas (carácter histérico, histeria degenerativa).
 - m) Camorristas.
 - n) Asociales.
- XI. Reacciones psicógenas (incluidas todas las reacciones histéricas).
- A. Psicosis y neurosis de situación.
- a) Depresión psicógena (causa externa).
 - b) Locura inducida.
 - c) Psicosis de prisión de origen psicógeno (delirio de inocencia; de indulto, litigantes, de prisión).
 - d) Psicosis de espanto (estados confusionales pasajeros a causa de impresiones muy fuertes).
 - e) Neurosis de guerra (actitud de rechazo ante el servicio en el frente).
 - f) Neurosis traumáticas (actitud de repulsa ante la vuelta al trabajo).

- g) Neurosis de renta.
 - h) Delirio de los litigantes.
- B. Estados nerviosos.
- a) Agotamiento nervioso (por exceso de trabajo y emociones).
 - b) Neurosis de angustia.
- C. Reacciones histéricas.
- a) Historia de desarrollo (en la edad juvenil).
 - b) Histeria alcohólica.
 - c) Histeria traumática.
 - d) Estados crepusculares histéricos.
 - e) Estados crepusculares de Ganser.
 - f) Estupor histérico de prisión.
- XII. Paranoia.
- a) Personalidades paranoides.
 - b) Formas atenuadas y abortivas de la paranoia.
 - c) Delirio de persecución de los sordos.
 - d) Paranoia clásica (delirio de persecución, de celos, de descendencia, de grandeza, religioso, de los inventores y erótico).
- XIII. Oligofrenias.
- 1. Grados diferentes.
 - a) Idiocia.
 - b) Imbecilidad.
 - c) Debilidad.
 - 2. Mongolismo.
 - 3. Infantilismo.
- XIV. Casos oscuros.

9.2 Tratamiento convulsivante por Cardiazol²

... El acceso se presenta 5 ó 10 segundos después de la inyección, a veces durante la misma. Su aparición es tan fulminante, que el operador puede quedar sorprendido y hasta emocionado las primeras veces. Las medidas oportunas deben haberse tomado previamente. Un enfermero estará preparado para interponer entre los dientes, con el fin de evitar mordeduras de lengua y labios, un tubo de caucho en forma de herradura recubierto de gasa, lo cual es preferible a un objeto duro como una espátula o cuchara de madera a la que con tanta frecuencia suele recurrirse. Además deben adoptarse las precauciones de rigor en los ataques epilépticos.

² SARRÓ (1940, 99-105; 108-9; 111-4). Véase también la figura XIX, en la página 409 de este trabajo.

El acceso, precedido por algunos golpes de tos, se inicia con gran palidez facial, la mirada queda fija, las extremidades ejecutan algunos movimientos clónicos o de huída. En este momento el paciente ya está inconsciente. Los movimientos de huída se suspenden súbitamente, el cuerpo semiincorporado del enfermo cae hacia atrás a causa de la progresiva contracción tónica de la musculatura dorsal, a continuación todo el cuerpo queda con rigidez tónica, abriéndose simultáneamente la boca en todos los casos durante 8 ó 10 segundos que se aprovechan para introducir sin prisa la goma de protección.

La boca se cierra lentamente sobre el tubo, evitándose las mordeduras. Las extremidades quedan en extensión, los brazos ejecutan un movimiento de rotación interna y de adducción, quedando las manos en flexión, las piernas en adducción y los pies en posición de punta. Seguidamente empieza la fase clónica. En este momento se produce emisión de orina o eyaculación sin erección. La expulsión de heces no se observa casi nunca. El rostro adquiere un matiz cianótico a veces sumamente intenso. Los miembros ejecutan sacudidas simétricas y sincrónicas según un ritmo corto de tipo pendular o nistagmiforme (es decir, con una fase larga y otra corta). Las pupilas presentan dilatación máxima y rigidez a la luz. Con gran frecuencia se observa clonus del pie y rodilla y en muchos casos también Babinski. Al cesar la fase clónica se retira la goma y se sujeta al enfermo a la cama o simplemente se le vigila. La duración total del acceso es de 40 a 70 segundos, siendo siempre la fase clónica más prolongada que la tónica (según criterio, no generalmente compartido, de von Meduna).

Después del acceso cae muchas veces el enfermo en un sueño comatoso de 5 ó 10 minutos. Es conveniente no interrumpirlo; si se despierta el enfermo en estos momentos algunas veces lo hace aterrorizado. En muchos casos después de un cuarto de hora el enfermo ya puede ingerir alimento. Existe amnesia para el acceso; algunas veces la amnesia es retrógrada y no se recuerda haber recibido una inyección...

Los autores húngaros von Angyal y Gyárfas admiten otros dos tipos de accesos con los cuales pueden reaccionar los enfermos a la inyección de cardiazol, el

uno *psíquico* y el otro *abortivo motor*. El acceso psíquico consiste en gran sensación de angustia, intensos trastornos vasomotores y un estado crepuscular de un minuto de duración. El acceso abortivo se caracteriza por inquietud motora, rubicundez, taquicardia y taquipnea que por lo general desaparece con rapidez, pero en otros casos va seguido de una inquietud psicomotriz de 15 a 20 minutos de duración que algunas veces debe interrumpirse con preparados barbitúricos. Si la acción del cardiazol es más intensa, se observan contracciones mioclónicas de labios y párpados con movimientos incoordinados de las extremidades mientras el enfermo se revuelve en la cama con expresión extraviada.

Sobre si los accesos abortivos son o no de carácter epiléptico existe menos acuerdo que sobre si el acceso de la epilepsia cardiazólica es o no idéntico al ataque epiléptico general. De lo que no cabe duda es de que estos mal llamados 'equivalentes psíquicos', salvo casos excepcionales que ya señalaremos más adelante, tienen una acción terapéutica nula o contraproducente.

Estos 'estados abortivos' empeoran las relaciones del paciente con la realidad, pero muy particularmente constituyen un obstáculo para la continuación del tratamiento. Incluso en los pacientes en que logran evitarse se produce tarde o temprano una reacción de temor ante las inyecciones. Aun cuando el ataque sea amnesiado, la suspensión brusca de la actividad de la conciencia es experimentada subjetivamente como un 'trauma'. Si se producen los mencionados 'equivalentes' la reacción de angustia y oposición al tratamiento es mucho mayor y el efecto terapéutico es nulo...

Los ataques deben provocarse con una frecuencia media de dos veces a la semana...

El tratamiento se continúa en tanto se sigue mejorando. Von Meduna ha llegado hasta 30 y 35 ataques. Como cifra mínima señala la de 20-25 accesos, pero hay pacientes que como el propio von Meduna reconoce, mejoran después de 2 ó 3 accesos, a los cuales es difícil persuadirles que continúen el tratamiento. También recomienda von Meduna provocar tres accesos convulsivos como mínimo después de una remisión completa.

Las *complicaciones* atribuibles al tratamiento son en su mayoría de escasa importancia. Se han registrado casos de luxación de la mandíbula inferior o de un brazo, fácilmente corregibles. Algunos pacientes se quejan de raquialgia transitoria...

En la actualidad son objeto de especial interés las fracturas que han señalado algunos autores (Müller, Wespi, Schneider). Se trata de fracturas del cuello del fémur, de la cavidad cotiloidea del húmero, e incluso de la columna vertebral que se producen en el momento de la convulsión tónica. En los casos en que las fracturas de cuello de fémur se consolidan viciosamente, puede producirse un trastorno importante de la marcha, que adquiere mayor importancia si el enfermo logra curarse de su trastorno mental.

Pero sin duda los casos más graves los constituyen las fracturas vertebrales...

Dada la probada eficacia terapéutica del Cardiazol, el riesgo que representa este porcentaje mínimo de fracturas, la mayoría de las cuales son de buen pronóstico, debe aceptarse como un inconveniente más de un tratamiento, que como tantos otros de la medicina (v. gr., el Salvarsán) tiene sus ventajas y sus dificultades...

Según von Meduna los síntomas psicógenos que pueden participar en el cuadro clínico carecen de importancia para la obtención de una remisión. El criterio general de von Meduna es el de que una enfermedad somática como la esquizofrenia los factores psíquicos no influyen la intensidad del proceso.

Por nuestra parte reconocemos que la acción del Cardiazol es fundamentalmente somática y que en los casos en que no se producen convulsiones y aparece un estado ansioso, el paciente suele empeorar. Pero no obstante también es indudable que la inyección de Cardiazol convulsivante o no, puede actuar beneficiosamente como 'trauma psíquico', v. gr., en casos de mutismo. Recientemente conseguimos romper el mutismo y el negativismo general de un paciente procedente del frente, del cual se desconocían todos los datos de filiación, gracias al temor de recibir una segunda inyección de Cardiazol. (No debemos olvidar que antes de tratar a los enfermos con shocks somáticos los habían tratado los psiquiatras de antaño con 'traumas psíquicos' y que aun en la actualidad se habla de 'tratamiento vivencial')

de la esquizofrenia, con innegable eufemismo, ya que siempre la vivencia suele ser de terror).

En cambio reconoce von Meduna un influjo importante en la marcha de la remisión a la actitud psíquica asténica o esténica de la personalidad prepsicótica. Mientras para los primeros la enfermedad representa un acontecimiento particularmente penoso que se recuerda como una pesadilla, para los segundos el recuerdo de la enfermedad es comparable al de una curiosa aventura...

El tratamiento por el Cardiazol a diferencia de la cura de insulina, no requiere apenas instalaciones especiales. Von Meduna trata a todos los enfermos en una misma sala de tratamiento, la *sala de Cardiazol*, en la que 15 ó 20 enfermos esperan que les llegue su turno para la inyección. La única precaución importante consiste en evitar que puedan presenciar la convulsión los restantes compañeros del enfermo. Esto se evita mediante un biombo de lienzo sostenido por barras de hierro que se fijan en unas vainas de hojalata de 30 centímetros de que disponen todas las camas. Uno de los tabiques de separación se monta al costado de la cama vecina a aquélla en que va a realizarse el tratamiento, y el otro a los pies. Estos biombos son fácilmente transportables de una cama a otra.

Es evidente que ni aun recurriendo a esta instalación puede evitarse en absoluto que los pacientes se vayan enterando de lo que ocurre. Pero el aislamiento en una habitación independiente también tiene sus inconvenientes, intensificando muchas veces la vivencia angustiosa y terrorífica a la que los esquizofrénicos procesales tienen excesiva propensión (sentimiento de amenaza de Mauz). A juicio nuestro la posibilidad de que el tratamiento convulsivante quede coloreado por un matiz angustioso debe aceptarse resignadamente. Ya hemos dicho que a pesar de la amnesia no suelen olvidarse las sensaciones premonitorias ni la interrupción brusca de la conciencia.

El mejor recurso para combatir la angustia ante el Cardiazol es la atmósfera psíquica general. Se ha de evitar toda espectacularidad y alarma en la preparación de la inyección, que debe ser puesta como si se tratara de una inyección banal.

La *psicoterapia* tiene un campo de acción verdaderamente importante como complemento del tratamiento convulsivante durante el proceso de remisión consecutivo de los accesos. El objetivo que actualmente persigue von Meduna es más ambicioso que el que señaló al principio. En su monografía publicada en 1937 no exigía como ahora para admitir una remisión completa 'que el paciente haya llegado a un *concepto claro de la enfermedad* y que haya logrado una *posición crítica* clara respecto a sus vivencias patológicas'; temía entonces que un interrogatorio retrospectivo pudiera influenciar desfavorablemente la marcha de la remisión.

Adquirir un 'concepto claro de la enfermedad' no quiere decir que deban recordarse los detalles de la misma... Pero en cambio entiende que debe alcanzarse una 'conciencia retrospectiva de la enfermedad', para lo cual basta que el enfermo rectifique sus líneas generales de reacción patológica, que reconozca, en una palabra, que ha alucinado y que ha delirado...

La técnica psicoterápica de von Meduna se parece mucho a la de la persuasión razonadora. Si el paciente da a conocer que van desapareciendo las alucinaciones, von Meduna le estimula a buscar la causa de este cambio. 'Les explica que no pueden haber oído voces reales, puesto que si hubiesen existido tales voces tendría que oírlas también ahora, que las inyecciones no podrían tener influencia alguna sobre ellas'. Así se establece una relación de causa a efecto entre la mejoría y la inyección, lo cual es sumamente ventajoso para ir venciendo la resistencia al tratamiento; además, se estimula en el paciente la tendencia a reflexionar y la conciencia de enfermedad psíquica... Así consigue que el enfermo reconozca que tenía alucinaciones, que estaba enfermo de la 'cabeza', etc...

Es indudable que la psicoterapia que se aplique al esquizofrénico en estos casos puede inspirarse en diversos procedimientos, pero de lo que no cabe duda es de que debe hacerse siempre y que como dice von Meduna el psiquiatra moderno no debe olvidar que no es simplemente un patólogo, sino que, en el restablecimiento del paciente la inteligencia y el alma del médico son tan importantes como el medicamento que suministra al enfermo.

9.3 Tratamiento por shocks insulínicos³

... La 'técnica clásica' del método de Sakel consta de cuatro fases: En la fase primera se administran dosis crecientes de insulina hasta desencadenar el primer shock hipoglucémico, somáticamente perceptible. La fase segunda está caracterizada por la producción de intensos shocks hipoglucémicos. En la fase tercera se intercalan uno o más días de descanso entre los 'días de shock'. En la fase cuarta, o de polarización, se inyectan dosis menores de insulina, sin traspasar el umbral de producción del shock hipoglucémico. En la práctica, estas cuatro fases se reducen a las dos primeras. Fase de introducción y fase de shocks...

FASE DE INTRODUCCIÓN- Sakel administraba inicialmente tres inyecciones de insulina separadas por intervalos de cuatro a cuatro horas y media, aumentando gradualmente la dosis hasta obtenerse el shock. Este procedimiento, en la actualidad, sólo se considera recomendable en los casos de agitación catatónica, en los cuales el objetivo inmediato es la sedación del paciente (véase más adelante). Salvo estos casos, resulta preferible administrar una sola inyección de insulina al día...

En esta fase debe prestarse especial atención, primero, a la temperatura; segundo, a las manifestaciones del aparato circulatorio; tercero, a las 'excitaciones del hambre', y al despertar espontáneo, y cuarto, al comportamiento del paciente durante la ingestión de azúcar...

La *excitación del hambre* se presenta cuando todavía no ha sido hallada la dosis adecuada para la producción del shock. La sensación imperiosa de hambre desencadena una excitación de intensidad variable; en algunos casos de extraordinaria violencia (Hungerkrawall de Sakel). En muchos casos el progreso de la hipoglucemia abole la sensación de hambre y se vence la dificultad sin interrumpir el tratamiento. Si la agitación es más intensa se administra alimento y al día siguiente se inyecta una dosis más alta de insulina. Sobre todo deben evitarse a toda costa las 'excitaciones de hambre' de carácter intenso al final del tratamiento, que pueden anular todos los progresos obtenidos y retrotraer el tratamiento a su comienzo. La agitación intensa provocada no debe confundirse con 'agitación psicótica activada',

³ SARRÓ (1940, 64-76; 87-8). Véanse también las figuras XIX y XX, en la página 409 de este trabajo.

en cuya fenomenología faltan las manifestaciones de hambre o sólo tienen carácter marginal. Según C. Schneider, si los enfermos han pasado por una fase de terapéutica ocupacional, las excitaciones de hambre casi nunca se presentan.

En el *despertar espontáneo*, el organismo, simplemente gracias a sus propios mecanismos biológicos, sale de la hipoglucemia e incluso del shock. Según la intensidad de la lucidez y de los restantes síntomas de shock se administra alimento o se espera que transcurra algún tiempo para que cese la acción de las hormonas antiinsulares y vuelva a prevalecer la hipoglucemia.

El *comportamiento* del paciente *durante la ingestión de azúcar* es importante, porque en esta fase ya puede esbozarse un trastorno que revestirá gran importancia en la fase siguiente: la dificultad o imposibilidad de interrumpir el coma en el momento en que se juzga conveniente.

FASE DE SHOCKS.- El 'shock' insulínico es en realidad un 'coma'. Entre la iniciación de síntomas hipoglucémicos y el coma completo, se atraviesan una serie de fases o grados que han sido clasificados esquemáticamente por Angyal.

I. a) Estado de excitación tipo moria, euforia. b) Inquietud psicomotora (sudoración, bradicardia, taquicardia)...

II. Fase de transición, somnolencia, leve hipotonía, posición de sueño, sudoración más intensa...

III. a) Lesión piramidal incipiente, convulsiones clónicas, anomalías de tono, de actitud y de reflejos (exaltación y diferencias de los reflejos, aparición de reflejos patológicos como Babinski, Oppenheim. Los síntomas piramidales en los dextros aparecen primero en el lado derecho). Movimientos primitivos de la boca, presión forzada; b) Sopor, movimientos espontáneos como contracciones fasciculares y coreiformes; reparticiones cruzadas de tono; desaparición de los movimientos simétricos de la boca, sudor profuso, sialorrea; c) Espasmos generales de torsión en una misma dirección; espasmos piramidales, desaparición de la presión forzada...

IV. Desaparición de los movimientos espontáneos; espasmos disociados de torsión...

v. Disminución del tono y de los reflejos. Desaparición de los reflejos patológicos.

vi. Coma profundo con arreflexia; trastornos cardíacos y respiratorios de tipo bulbar, convulsiones generales con predominio de elementos de extensión (Esta última fase se halla según Angyal más allá del límite de las posibilidades terapéuticas)...

En circunstancias 'normales', el enfermo debe ser despertado cuando ha transcurrido $\frac{1}{2}$ hora, o todo lo más $\frac{3}{4}$ de hora desde el comienzo del shock. En cuanto al primer shock hipoglucémico, no debe durar más de 10 a 15 minutos...

Una duración más prolongada del shock (Sakel cita casos de 6 y 7 horas) no es recomendable, salvo en casos que indicaremos más adelante, porque pueden producirse alteraciones nerviosas irreversibles. El paciente tarda entre 7 y 15 minutos para iniciar su despertar. Rara vez transcurre media hora sin que despierte por completo. Durante el proceso de despertar se repiten a la inversa y con mayor velocidad las fases del coma ya enumeradas... De la marcha que sigue la suspensión y recuperación de las funciones nerviosas en los estados hipoglucémicos se saca la convicción de que los centros nerviosos superiores son los más vulnerables y los que más necesitan una cantidad normal de azúcar en la sangre para su funcionamiento...

En todas las fases de la hipoglucemia pueden aparecer *ataques epilépticos*, que unas veces revisten la forma clásica; otras van precedidos de intensas contracciones mioclónicas y se acompañan de manifestaciones vasomotoras muy acentuadas y de convulsiones rítmicas intermedias entre las mioclónicas y las clónicas (acceso específico del shock); y en otros, por último, faltan las convulsiones, se observa pérdida general del tono y graves fenómenos vasomotores que aparentan una insuficiencia circulatoria aguda. (Acceso silencioso)...

Una de las más graves complicaciones que pueden surgir en el tratamiento insulínico consiste en la dificultad o *imposibilidad de despertar* al enfermo del coma.

Pueden distinguirse tres tipos que obedecen a mecanismos distintos y que Braunmühl denomina de adaptación, de hiperinsulinosis y de sensibilización...

Más importante es el *tipo de hiperinsulinosis* caracterizado por la descarga insulínica al administrar los hidratos de carbono. En estos casos, los fenómenos de shock aumentan en vez de disminuir a partir del momento de la ingestión de azúcar. Las pupilas que en el coma estaban contraídas se dilatan y no reaccionan, el pulso se hace hipotenso y frecuente, aparece ligera cianosis, dominan el cuadro violentos espasmos de extensión, especialmente de las extremidades, puede existir arreflexia y por último se instauran trastornos cardíacos y respiratorios centrales (respiración de Kussmaul)...

En casos desfavorables, cada nueva administración de azúcar puede intensificar el shock, incluso en casos muy raros la vía intravenosa que por lo general soslaya el peligro de respuesta hiperinsulínica. Entonces es mejor recurrir a una sangría, calcio intravenoso, inhalación de oxígeno e incluso punción lumbar...

El tercer tipo de prolongación del shock por *sensibilización* es el más grave. Los enfermos suelen despertar de un modo normal después de la administración de azúcar, pero súbitamente recaen en un estado soporoso o comatoso. Adquieren un color pálido, el pulso se vuelve pequeño y acelerado (110) las pupilas dilatadas y sin reacción, los reflejos rotulianos débiles o abolidos, el Babinski primero positivo, desaparece después de un cuarto de hora. Al cabo de algún tiempo se inician hiperquinesias primitivas (convulsiones tetánicas, movimientos atetoides, coreiformes, de torsión). En ocasiones se producen ataques epilépticos que pueden reproducirse varias veces. En los casos de curso favorable los enfermos van calmándose y el coma es substituido por un estado de obnubilación que puede durar algunos días. Los enfermos presentan pequeños trastornos del lenguaje, están apáticos, decaídos, aquejan cefalalgia. A veces se observan elevaciones térmicas. Antes de continuar el tratamiento deben intercalarse unos días de pausa, por lo menos tres.

El coma prolongado puede terminar mortalmente bajo tres formas distintas: a causa de un estado epiléptico, acompañado de manifestaciones focales cerebrales o con insuficiencia circulatoria aguda.

Tanto desde el punto sintomatológico como histológico, se dan toda clase de transiciones entre los casos favorables y los de curso fatal. Existe general acuerdo de

que estos últimos deben atribuirse a la sensibilización. Braunmühl supone que en estos casos la prolongación del coma determina una lesión cerebral incipiente, pero como dice Dussik, habla en contra de esta suposición el hecho de que los comas prolongados voluntariamente (véase) vayan seguidos de curaciones asombrosas en procesos crónicos...

Las camas tienen barandillas acolchonadas para prevenir las caídas y los golpes en los accesos epilépticos. Para cada enfermo debemos disponer de medios de sujeción para el tórax y los pies...

Siempre hay que advertir *previamente* a los familiares de los riesgos del tratamiento y en algunos casos obtener el *consentimiento por escrito*. Según Sakel, el tratamiento debe continuarse hasta que la conducta del paciente sea normal fuera y dentro de la hipoglucemia. Debe vigilarse si en el momento del despertar se presentan síntomas de activación de fenómenos psicóticos. La *duración mínima* del tratamiento es de dos meses. En los estupores catatónicos se calcula el tratamiento en unos cuatro meses. Si durante el curso del tratamiento aparecen síntomas esperanzadores debe continuarse hasta cinco y seis meses. Según Müller, 60 días de tratamiento resultan siempre insuficientes para saber si todavía puede obtenerse una remisión y establece la regla de que debe tratarse durante un período mínimo de tres meses antes de dar un caso por perdido...

Discutir menudamente estas cuestiones es incompatible con los límites de esta monografía. Baste decir que las cifras de remisiones obtenidas son extraordinariamente alentadoras...

9.4 Tratamiento electroconvulsivo (electrochoque)⁴

Los electrodos usados por nosotros son circulares; de unos 20 centímetros cuadrados de superficie, ligeramente excavados, recubiertos de tejido de algodón y montados sobre mangos, uno de los cuales lleva el interruptor del circuito. (Fig. 3.)

Hemos empleado este sistema en sustitución del arco metálico de los autores italianos por la simplificación que suponía para nuestro objeto.

Aunque la *cuffia* o pinza del dispositivo original lo consideramos como más perfecto, el sistema de mangos usado por nosotros ofrece también algunas ventajas, como es la de poder realizar una presión tan fuerte como se quiera, inmovilizando, en parte, la cabeza del enfermo en algunos agitados o que se resisten. (Fig. 4.)

La sujeción del enfermo se hace con la colaboración de enfermeros, que mantienen adosados los miembros contra el plano de la cama y la cabeza contra la almohada, sostenida por las dos manos de otro ayudante cuando esto sea necesario, por ofrecer demasiada resistencia. En otros casos, basta con sujetar la cabeza por el mentón.

Se recomienda por los autores italianos que, como para la cardiazolterapia, los enfermos estén en ayunas, o, por lo menos, que no hayan tomado alimento desde tres o cuatro horas, precaución que es necesario observar rigurosamente para evitar el vómito.

Se comienza por medir la resistencia del circuito externo con arreglo a las instrucciones generales, de las que se ha hecho exposición. A este fin, si no se dispone de los dos circuitos en el mismo aparato, puede llevarse a cabo con cualquiera de los procedimientos usuales, siendo el método de BERGONIÉ, por su facilidad de empleo, preferible a los otros procedimientos.

Una vez determinada esta medida y lanzada la corriente adecuada a la cabeza del enfermo, se produce el ataque, que, como los desencadenados por otros medios, es idéntico al de epilepsia. La pérdida del conocimiento sigue inmediatamente al paso de la corriente, lo cual supone, como ya hemos dicho, una ventaja sobre los

⁴ PRIETO VIDAL (1941). Véase también la figura XXIII, en la página 412 de este trabajo, donde se encuentran las figuras a las que se hace referencia en el texto.

otros métodos, por suprimir el período de angustia que se extiende entre la inyección y el comienzo de la pérdida del conocimiento.

El accidente convulsivo se inicia, a veces, con grito, se produce un cambio de coloración de la cara, que llega a ponerse, a veces, cianótica, a causa de un corto período de apnea. Los globos oculares se desvían fuertemente, las pupilas se dilatan y la boca se abre, en cuyo momento se introduce un pequeño rollo de goma dura con objeto de evitar las mordeduras. Los autores italianos emplean el modelo de la clínica romana, consistente en un soporte metálico en arco con dos trozos de goma fuerte en los extremos, destinado una para cada arcada dentaria. El enfermo se enva fuertemente, con extensión forzada de los miembros, que en ocasiones se elevan; flexión violenta de las manos y extensión de los pies, con rotación interna. (Figs. 5 y 6.) A continuación de esta fase tónica, suceden las contracciones clónicas, que se extienden a todo el cuerpo, entrando finalmente el sujeto en la fase de resolución, con respiración ruidosa y estado soporoso, que puede pasar al sueño normal, reponiéndose el enfermo más pronto que en los ataques de otra naturaleza, hasta el extremo que en nuestra práctica hemos provocado ataques a gran número de enfermas que, al poco tiempo de despertar del shock, podían salir por su propio pie.

La emisión de orina es rara, aunque nosotros la hemos observado. El despertar es suave, produciéndose una amnesia que se extiende hasta los preparativos del ataque, borrando todo recuerdo durante un tiempo variable (diez, veinte minutos y más).

El período de excitación acompañado algunas veces de náuseas o vómitos que sigue al ataque por Cardiazol, es raro de observar; pero no falta en absoluto, como afirman los autores del método, si bien esta excitación es, en general, de poca intensidad.

La crisis parece, en general, menos brutal, no habiéndose observado hasta el presente las fracturas de maxilares, de columna vertebral, cuello de fémur, etcétera, tan frecuentes en las estadísticas de otros autores cuando se refieren a la cardiazóli-

ca. Tampoco se quejan los enfermos de los dolores del dorso y demás molestias que acusan con aquel método convulsivante.

Si por cualquier causa, para provocar el ataque fuera necesario tener que aumentar la tensión de la corriente, se hará solamente de ésta en relación al aumento de los valores en ohmios. Las variaciones hasta de 100 ohmios, cuando la resistencia inicial es baja, y hasta 200 ohmios, si es alta, no son de tener muy en cuenta. Las variaciones más altas autorizan a aumentar la tensión en proporción de unos cinco voltios por cada 100 ohmios de más. El aumento de la tensión no debe pasar, en ningún caso, de 20 a 25 voltios.

Como regla general, y cuando sea preciso aumentar el tiempo del pasaje de la corriente, se calcula de forma que por cada 10 voltios se aumente el tiempo en 0,025 de segundo.

De todos modos es siempre una buena práctica para estos cálculos tener en cuenta la característica del shock precedente.

Respecto a la forma de administrar el tratamiento eléctrico, aunque los autores no dan, como es natural, una pauta fija a que poder sujetarse, puede decirse que, en términos generales, se administra a los enfermos de manera análoga al de la cardiazolterapia, esto es, dos veces por semana, aunque en algunos casos puede hacerse en días alternos e incluso excepcionalmente y dependiente del estado del enfermo se han repetido en el mismo día.

9.5 Relación y características de interés de los estudios publicados sobre psicofármacos (1939 – 1975).

Autor (año)	PRN ¹⁸	HB ¹⁹	CTT	SMP	PRF	EA	O	Total	BN	RG	ML	Sexo	Fármaco	Tipo	Duración
1º episodio															
CABALEIRO (1958)	10	0	0	0	0	0	0	10	30	40	30	Mx	Clorpromazina	Obs	Variable ¹⁹
CABALEIRO (1958)	10	0	0	0	0	0	0	10	40	20	40	Mx	Reserpina	Obs	Variable ²⁰
CABALEIRO (1958)	10	0	0	0	0	0	0	10	20	30	50	Mx	Azacyclonol	Obs	Variable ²¹
Agudos															
COULLAUT (1960) ²²	72	6	33	0	0	0	12	123	65'0	-	-	M	Varios fármacos	Obs	45-50 días
PRIETO R. (1960) ²³	28	0	0	0	0	0	0	28	100	0	0	50%	Clorpromazina	Obs ²⁴	90 días
CABALEIRO (1964) ²⁵	125	37	6	38	5	0	47	258	74	9	17	Mx	Perfenazina	Obs	1 mes a 1 año ²⁶
CABALEIRO (1964) ²⁵	21	8	2	9	10	0	16	66	40'9	18'2	40'9	Mx	Tioridazina	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	31	15	8	21	17	0	27	119	63	9'2	27'8	Mx	Haloperidol	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	16	8	2	5	4	0	11	46	54'3	10'9	34'8	Mx	Butirilperazina	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	12	5	3	6	4	0	11	41	61	9'7	29'3	Mx	Trifluoperazina	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	15	6	2	9	5	0	14	51	62'7	7'9	29'4	Mx	Tioproperezina	Obs	N/e
ALONSO (1969) ²⁷	10	7	24	0	0	0	21	62	75'8	14'5	9'7	Mx	Sulforidazina	Obs	90 días
ABRINES (1973)	23	1	0	4	0	2	0	30	66'5	26'6	6'6	M	Levopromazina + Tioproperezina	Obs	N/e ²⁸
GALLART (1975)	18	2	1	1	0	0	0	22	71'4	19'0	9'5	50%	Butaclamol	Obs	56 días

¹⁸ PRN=formas paranoides, HBF=formas hebefrénicas, CTT=formas catatónicas, SMP=formas simples, PRF=formas simples, EA=episodio agudo sin especificar, O=otras. BN=resultado bueno (remisiones completas, e incompletas con buen funcionamiento), RG=resultado regular (síntomas presentes con pobre adaptación), ML=resultado malo (fracaso terapéutico).

Sexo: Mx=mixto, H=Hombres, M=Mujeres, NC=No consta. Tipo: Obs=observacional, Dbc=doble ciego, Rts=retrospectivo. N/e=no especificado.

¹⁹ Entre 45 y 120 días; media, 80'2.

²⁰ Entre 40 y 100 días; media, 67'8.

²¹ Entre 48 y 90 días; media, 66'8.

²² Ofrece por separado la casuística de casos agudos, crónicos y demencias, por lo que lo desglosamos en un trabajo de agudos y dos de crónicos.

²³ Permite desagregar los resultados en agudos y crónicos de dos tipos.

²⁴ Estratifica la muestra por sexo y duración de la enfermedad.

²⁵ Permite desagregar los resultados en procesos en actividad (agudos y agudizados) y en inactividad (crónicos).

²⁶ Media, 5 meses.

²⁷ Clasificación *sui generis*: "... eligiendo una terminología sincretista estudiada por nosotros" ALONSO (1969).

²⁸ Habla de tiempos de hospitalización.

9.5 Relación y características de interés de los estudios publicados sobre psicofármacos (1939 – 1975) (cont.)

Autor (año)	PRN ¹⁸	HBF	CTT	SMP	PRF	EA	O	Total	BN	RG	ML	Sexo	Fármaco	Tipo	Duración
Mixtos															
ESCUDEIRO (1954)	-	-	-	-	-	-	-	12	83'3	8'3	8'3	Mx ²⁹	Asociación ³⁰	Obs	N/e
COULLAUT (1956b)	0	1	11	0	0	27	38	77	72'7	20'8	6'5	M	Clorpromazina + Reserpina	Obs ³¹	N/e
COULLAUT (1959)	0	0	0	0	0	0	0	?	-	-	-	M	Azacayclonol	Obs	N/e
COULLAUT (1960) ²²	56	10	13	0	0	0	0	79	59	14	25	M	Varios fármacos	Obs	45-50 días
COULLAUT (1960) ²²	21	12	10	4	0	0	0	47	0	0	100	M	Varios fármacos	Obs	45-50 días
PRIETO R. (1960) ²³	52	0	0	0	0	0	0	52	80	9	11	50%	Clopromazina	Obs ⁶	90 días
PRIETO R. (1960) ²³	0	0	6	2	0	0	72	80	75	12'5	12'5	Mx	Clopromazina	Obs	90 días
CABALEIRO (1964) ²⁵	41	16	5	15	18	0	30	125	56'8	13'6	29'6	Mx	Tioridazina	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	42	22	10	17	21	0	19	131	69'4	12'2	18'4	Mx	Haloperidol	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	21	7	2	6	8	0	15	59	61	11'9	27'1	Mx	Butirilperazina	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	14	5	3	8	6	0	7	43	58'1	11'6	30'3	Mx	Trifluoperazina	Obs	N/e
CABALEIRO (1964) ²⁵	17	7	3	8	5	0	17	57	59'7	10'5	29'8	Mx	Tiopropoperazina	Obs	N/e
PSANFÉLIX (1969)	0	0	0	0	0	0	0	40	55'0	12'5	32'5	H	Sulforidazina	Obs ³²	120 días
PONS (1969)	0	16	0	0	0	0	40	56	0	66'6	33'3	Mx	Sulforidazina	Obs ³³	N/e
RUIZ (1974)	10	1	2	3	0	18	6	40	45/25	0	55/75	Mx ³⁴	Clozapina / Clorpromazina	DbC	60 días
PRAT (1965)	0	0	7	0	0	0	0	7	100	0	0	Mx	Tioridazina	Obs	Variable ³⁵
PLANAS (1973)	39	23	7	0	0	0	31	100	26	43	0	Mx	Sulpiride	Obs	Variable

²⁹ 10 hombres.³⁰ "medicamento piretógeno (azufre) más hepatoterapia intensiva, Vitamina B12 y dimitrilosuccínico" ESCUDEIRO (1954).³¹ 33 casos agudos; emplea la clasificación Kleist.³² 50% agudos.³³ 15 casos agudos; 16 hombres, todos los pacientes son hebefreno-catatónicos.³⁴ hombre:mujer = 4:1.³⁵ 6 mujeres y 1 hombre. Mínimo 20 días, máximo 40 meses.

Autor (año) Crónicos	PRN ¹⁸	HBF	CTT	SMP	PRF	EA	O	Total	BN	RG	ML	Sexo	Fármaco	Tipo	Duración
BESADA (1961a)	13	14	9	0	0	1	8	45	66'8	24'5	8'7	M	Clorpromazina - Reserpina	Obs	N/e
BESADA (1961b)	74	29	27	0	0	0	50	180	69'4	18'3	12'3	M	Varios ³⁶	Obs	N/e
BESADA (1964)	28	29	9	0	0	0	0	66	54'5	10'6	34'8	M	Tioridazina	Obs	N/e
BESADA (1967)	21	0	0	0	19	0	2	42	33'5	16'6	50'0	M	Sulforidazina	Obs	2 a 8 meses ³⁷
COULLAUT (1956a)	16	0	8	0	0	0	0	24	80'0	0	20'0	M	Clorpromazina, Reserpina, ambos	Obs	N/e
COULLAUT (1961)	31	6	12	4	0	0	0	53	9'3	43'3	47'3	M	Clorpromazina + Reserpina	Obs	N/e
TÉLLEZ (1957)	3	2	8	0	0	0	12	25	20'0	12'0	68'0	Mx ³⁸	Reserpina	Obs	N/e
GÓMEZ (1962)	19	1	0	1	0	0	0	21	33'3	14'3	52'4	NC	Tioridazina	Obs	2 a 6 meses
PELAZ (1963)	6	1	9	0	0	0	0	16	50	31'3	18'7	H	Butirilperazina	Obs	2+3 meses
MARTÍ (1967)	1	1	1	0	0	0	1	4	0	25'0	75'0	H	Nad	Obs	8 días
RODRÍGUEZ (1968)	16	11	2	1	0	0	0	30	50'0	23'3	26'6	H	Reserpina + Prometazina	Obs	N/e
GARCÍA (1969)	7	4	9	0	0	0	0	20	85	5	10	NC	Trifluorperazina	Obs	30-45 días
GINER (1969)	21	7	16	0	0	0	0	44	63'6	20'5	15'9	M	Trifluorperazina	Obs	2 meses
MEDINA (1969)	9	3	3	0	0	0	10	25	16'0	36'0	48'0	H	Sulforidazina	Obs	Variable
ARRANZ (1972)	28	5	7	0	0	0	0	40	20'0	27'5	52'5	M	Sulpiride	Obs	3 meses
MEZQUITA (1972)	39	27	22	1	0	0	0	89	-	-	-	NC	Sulpiride	Obs	3 meses
VALBUENA (1973)	9	4	0	1	0	0	26	40	25'0	33'2	41'6	50%	Flufenazina	Rts	7 a 24 meses ³⁹
SORIANO (1973)	17	3	6	1	0	0	4	31				M	Trifluorperazina	Obs	3 años ⁴⁰
MEZQUITA (1975)	24	10	1	3	1	0	14	53	56	-	-	H	No especificado	Obs	Variable
RUIZ (1975)	23	5	1	3	0	0	7	39	53	-	-	Mx	Pimocide	DbC	N/e ⁴¹

³⁶ Clorpromazina, reserpina, azacyclonol, combinados.³⁷ Media, 4 meses.³⁸ 21 hombres.³⁹ Media, 12 meses⁴⁰ Incluye un caso de 10 meses.⁴¹ Hay fallos en las tablas, con dudas respecto al rigor del método.

9.6 Decreto de 3 de julio de 1931 de asistencia a enfermos mentales⁵

La asistencia del enfermo psíquico exige en nuestro país con gran urgencia una transformación íntegra de la legislación vigente, reguladora de las relaciones entre aquél y los Establecimientos públicos y privados exclusivamente dedicados a éste objeto. Los errores tan fundamentales en las disposiciones hoy en vigor, barreras interpuestas sin justificación social o científica alguna a la rápida asistencia del enfermo psíquico por una parte, y, la cantidad de trabas inútiles y vejatorias para el paciente y sus familiares por otra, impidiendo asimismo una eficaz actuación profesional, agravada con el concepto equivocado y muy extendido sobre el carácter y funcionamiento de los manicomios, prisiones mas que propias clínicas médicas, requieren e imponen modificaciones inmediatas que, corrigiendo aquella anómala situación, adapten nuestra legislación, sin caer en meras copias de disposiciones extranjeras en la materia, a la altura que las exigencias de la ciencia psiquiátrica demanda.

Por todo ello, se decreta lo siguiente:

I

Disposiciones generales. — Asistencia obligada familiar y en Establecimientos psiquiátricos. — Definición de éstos. — Número mínimo de enfermos que han de tener. — Construcción y organización técnica. — Baño permanente. — Prohibición de medios coercitivos. — Servicios abiertos y cerrados: definición. — Clínicas y hospitales psiquiátricos oficiales. — Ambulancias para el transporte de enfermos. — Dispensario y Consultorio psiquiátricos. — Reglamento de régimen interior. — Vigilancia e inspección de la asistencia psiquiátrica nacional. — Inspección de los Hospitales psiquiátricos. — Patronatos provinciales para enfermos externos. — Organizaciones privadas o públicas de asistencia familiar.

ARTÍCULO PRIMERO. Todo enfermo psíquico debe recibir en España asistencia médica, bien privada en medio familiar, o bien en Establecimiento psiquiátrico, público o privado, cuya organización técnica corresponda al estado actual de la ciencia psiquiátrica.

ART. 2º La asistencia psiquiátrica podrá prestarse en Establecimientos adecuados *oficiales o privados*. Se entiende por Establecimiento psiquiátrico (llámese Mani-

⁵ Tomado de SARRÓ (1942: 459-68) y VALLEJO NÁGERA (1954: 1176-82).

comio, Casa de Salud o Sanatorio) todo aquel que admita enfermos psíquicos en número mayor de cinco y cuya dirección técnica esté encomendada a un especialista de probada o reconocida competencia, en posesión del título médico expedido por una Universidad española.

a) Se entiende por Establecimiento psiquiátrico *oficial* todo aquel que sea sostenido directamente por el Estado, las Diputaciones provinciales o los Ayuntamientos.

b) Se entiende por Establecimiento psiquiátrico *privado* todo aquel que sea de propiedad particular o de persona jurídica (laico o religioso).

ART. 3º La construcción y organización técnica de cada Establecimiento psiquiátrico oficial o privado deberá atenerse estrictamente a los preceptos que la Psiquiatría moderna exige, y someterse a la aprobación del ministro de la Gobernación, previo informe de la Sección Psiquiátrica del Ministerio.

Es condición indispensable para el funcionamiento de todo Establecimiento de esta naturaleza, oficial o privado:

a) Que toda Sección dedicada a la asistencia de enfermos agudos o crónicos en estado de agitación se halle dotada de una instalación de baño permanente.

b) Que en ningún caso, y sin orden explícita del médico, se utilicen medios físicos coercitivos (camisas de fuerza, ligaduras, etc.).

ART. 4º Todo Establecimiento psiquiátrico, público o urbano, deberá, a ser posible, tener un carácter mixto con un servicio *abierto* y otro *cerrado*.

a) Se entiende por *servicio abierto* el dedicado a la asistencia de enfermos neuróticos o psíquicos que ingresen voluntariamente, con arreglo al artículo 9º del presente Decreto, y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 10, y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

b) Se entiende por *servicio cerrado* el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica o de orden gubernativa o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

En casos especiales, el Ministro de la Gobernación, previo informe de la Dirección General de Sanidad, podrá autorizar el funcionamiento de Clínicas y Hospitales psiquiátricos oficiales, emplazados en centros urbanos, con un carácter exclusivamente *abierto*, es decir, no sujetos a la legislación especial para la asistencia del enfermo psíquico, sino al Reglamento general de asistencia hospitalaria.

Los Establecimientos psiquiátricos alejados de los centros urbanos podrán conservar, si así lo prefieren, un carácter exclusivamente *cerrado* (o de asilo).

ART. 5º Los Hospitales psiquiátricos oficiales dispondrán, a ser posible, de una ambulancia con personal idóneo para que se haga cargo de los enfermos en el lugar de su residencia, a requerimiento de la Autoridad correspondiente. Cuando sea posible, utilizarán la de otros centros oficiales que se la faciliten.

Las Diputaciones que cuenten con Hospital psiquiátrico fuera de los centros urbanos organizarán en las capitales un Dispensario psiquiátrico (Consultorio), que funcionará, por lo menos, tres veces por semana.

ART. 6º Todo Establecimiento psiquiátrico, público o privado, tendrá un Reglamento propio informado por la Dirección General de Sanidad, aprobado por el ministro de la Gobernación, que podrá ser revisado cada cinco años a propuesta del Director médico del establecimiento, según dispone el artículo 44 del reglamento de Sanidad provincial. En este Reglamento constará todo lo referente a régimen interior de los distintos servicios y a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones.

ART. 7º Dependiente de la Dirección General de Sanidad, se creará en el Ministerio de la Gobernación, y en la forma que se considere más adecuada, una Sección que, integrada por personas de reconocida competencia, tenga a su cargo la vigilancia e inspección en cualquier momento de todo cuanto se refiere a la asistencia psiquiátrica nacional, así como de los cometidos de la higiene mental en su más amplio sentido.

La inspección de los Hospitales psiquiátricos se realizará, por lo menos anualmente, recogiendo el inspector las proposiciones y quejas del personal y de los

enfermos para aconsejar las reformas que fuesen justas y convenientes⁶.

Esta Sección dispondrá también la organización de Patronatos provinciales para la asistencia y protección de los enfermos que salgan de los Establecimientos psiquiátricos y la vigilancia y reglamentación de las organizaciones privadas o públicas de *asistencia familiar* que puedan crearse.

II

De la admisión de enfermos psíquicos en los Establecimientos psiquiátricos. — Ingreso voluntario o involuntario. — Trámites y documentos. — Admisión forzosa, gubernamental, judicial y urgente. — Plazo máximo de observación. — Expedientes de incapacitación civil. — Aislamiento involuntario en asistencia familiar organizada. — Responsabilidad civil de familiares o representante legal.

ART. 8º Todo enfermo psiquiátrico podrá ingresar en un Establecimiento oficial o privado en las siguientes condiciones:

Por propia voluntad.

Por indicación médica.

Por orden gubernativa o judicial.

ART. 9º El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

a) Un certificado, firmado por un médico colegiado, cuya firma sea legalizada por el Subdelegado de Medicina de su distrito⁷, o, en ausencia de éste, por el Alcalde o por el Juez Municipal. En dicho certificado se hará constar la indicación de asistencia en un Establecimiento psiquiátrico o Casa de Salud. Podrá igualmente servir para el ingreso un certificado del Médico del Establecimiento donde es admitido el enfermo, caso en el cual la legalización de la firma no será precisa⁸.

⁶ “Por Decreto de 16 de julio de 1935 (*Gaceta* del 17) quedaron suspendidos todos los proyectos de reforma en la reglamentación y servicios psiquiátricos oficiales” (VALLEJO NÁGERA (1954), p. 1178).

⁷ “El visado de los Subdelegados de Medicina fue suprimido por el artículo 3º del Decreto de 3 de septiembre de 1933 (*Gaceta* del 6), por lo que deberán dichos certificados ser visados por el Alcalde o Juez municipal” *Ibid.*

⁸ SARRÓ (1942: 462) incluye una redacción ligeramente distinta “a) Un certificado, firmado por un médico colegiado y legalizado por el inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina), por el Colegio de Médicos o delegados de éste, en el cual se declara la indicación de la asistencia en el establecimiento elegido (podrá servir también un certificado de un médico del establecimiento donde es admitido el enfermo)”.

b) Una declaración firmada por el propio paciente en la que se indique su deseo de ser tratado en el Establecimiento elegido.

c) La admisión del enfermo por el Director médico del establecimiento.

En los Establecimientos públicos deberá ser justificada por un certificado médico, cuya firma sea legalizada por el Subdelegado de Medicina del distrito y por los documentos de identidad (cédula, huellas dactilares, carnet, etc.) que se consideren necesarios por la Dirección facultativa⁹.

ART. 10º La admisión por indicación médica o involuntaria de un enfermo psíquico sólo podrá tener el carácter de 'medio de tratamiento' y en ningún caso de privación correccional de la libertad. Exige las siguientes formalidades:

a) Un certificado firmado por un médico colegiado, cuya firma sea legalizada por el Subdelegado de Medicina de su distrito, o, en ausencia de éste, por el Alcalde o por el Juez municipal; en este certificado se hará constar la existencia de la enfermedad y la necesidad del tratamiento, y se expondrá brevemente la sintomatología y resultado de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales que publicará la Dirección de Sanidad y que será adicionado al documento oficial de certificación¹⁰.

b) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal, o por las personas que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director médico del establecimiento, que si pertenece a Establecimientos provinciales lo participará después al Presidente de la Diputación.

⁹ "d) En los Establecimientos públicos deberá ser justificada por un certificado médico, legalizado por el inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina), Colegio de Médicos o delegados de éste, más los documentos de identidad (cédula, huellas dactilares, carnet, etc.) que se consideren necesarios por la dirección facultativa" *Ibid.*

¹⁰ "a) Un certificado firmado por un médico colegiado, subdelegado de Medicina, Colegio de Médicos o delegados de éste, debidamente legalizado en el cual se hagan constar la existencia de la enfermedad y la necesidad de la reclusión. Este certificado expondrá brevemente la sintomatología y resultado de la exploración somática y psíquica del paciente, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Se hará con arreglo a un formulario sencillo y especial para enfermos mentales que publicará la Dirección de Sanidad y que será adicionado al documento oficial de certificación" *Ibid.*

En dicha declaración familiar se harán constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en Establecimientos psiquiátricos, en Sanatorios o en aislamientos privados.

Las razones para certificar la admisión de una persona en un Establecimiento psiquiátrico serán:

- a) la enfermedad psíquica que aconseje su aislamiento.
- b) la peligrosidad de origen psíquico.
- c) la incompatibilidad con la vida social, y
- d) las toxicomanías incorregibles que pongan en peligro la salud del enfermo o la vida y los bienes de los demás.

Los médicos ajenos al Establecimiento psiquiátrico donde es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado civil, de la persona que formule la petición, de ninguno de los médicos del Establecimiento donde deba efectuarse la observación y tratamiento, ni del propietario o administrador.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, el Médico director está obligado a comunicar al Gobernador de la provincia la admisión del enfermo, remitiendo una nota-resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Dicha Autoridad dispondrá el reconocimiento del enfermo y remisión del informe correspondiente en el plazo máximo de ocho días, oficiando para ello al Jefe provincial de Sanidad, el cual designará al Subdelegado de Medicina del término en que está situado el establecimiento, o, en su ausencia, a uno de los funcionarios médicos de la Administración pública central, provincial o municipal, con residencia igualmente en el Municipio donde radique el establecimiento, y en casos especiales, a un facul-

tativo que reúna las condiciones técnicas que exijan las circunstancias¹¹.

Dentro también de las veinticuatro horas que siguen al ingreso del enfermo, remitirá el Médico director al Juez de primera instancia de la última residencia del enfermo, y si ésta fuera desconocida al Juez de primera instancia del distrito del Manicomio, un parte duplicado en el que se hagan constar la filiación del enfermo y el nombre y domicilio del médico que certificó el ingreso, siendo de obligación del Juzgado devolver sellado al Establecimiento en ejemplar duplicado al día siguiente de su recepción¹²

ART. 11º Cuando un enfermo ingresado voluntariamente presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morbooso, o manifestaciones de peligrosidad, el Director del Establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representante legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y formalidades oficiales correspondientes que señala el artículo 10 para los enfermos ingresados por prescripción médica.

ART. 12º En casos de urgencia, el enfermo podrá ser admitido inmediatamente, bajo la responsabilidad del Médico director del establecimiento, el cual, en el término de veinticuatro horas, comunicará al Gobernador de la provincia el ingreso del enfermo acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del Establecimiento o por otro ajeno a éste, debidamente legalizado. En el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro firmado por un psiquiatra ajeno al Establecimiento o, en su defecto, por un médico general. En los casos en los cuales el servicio psiquiátrico constituya un departamento ajeno a un Establecimiento hospitalario, podrá el certificado ser firmado por

¹¹ “Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, el médico director está obligado a comunicar al gobernador de la provincia la admisión del enfermo, remitiendo una nota-resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Dicha autoridad ordenará de oficio al inspector provincial de Sanidad, el cual encomendará la inspección a un subdelegado de Medicina o al inspector municipal de Sanidad que habiten en la población donde radica el establecimiento” *Ibid.* p. 463.

¹² “También remitirá el médico director, dentro de dicho plazo...” *Ibid.*

un médico cualquiera de dicho Establecimiento. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el artículo 10 referente a ingreso voluntario. El Gobernador, en este caso, procederá también a tenor de lo dispuesto en el expresado artículo 10¹³.

ART. 13º En el caso de que el Gobernador de la provincia lo considere oportuno, podrá, sin previo aviso, comprobar, mediante el Jefe de Sanidad o la persona que él designe¹⁴, la situación de cada uno de los pacientes dentro de éste atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas al Juzgado correspondiente para que exija las responsabilidades que señala el Código penal.

ART. 14º Estas denuncias por internamiento indebido de presuntos sujetos normales, podrán presentarse ante el Juzgado de instrucción correspondiente a la última residencia del enfermo o ante el Gobernador de la provincia donde asiente el Establecimiento psiquiátrico que admitió al enfermo. Ambos oficiarán a la Autoridad judicial correspondiente para que incoe el expediente.

ART. 15º Los departamentos hospitalarios oficiales destinados a la admisión de enfermos psíquicos están obligados a remitir a los Establecimientos psiquiátricos adonde se trasladen los enfermos una copia del certificado de ingreso (artículo 10, a) y un resumen del curso de la enfermedad observado durante la estancia del paciente en el citado departamento.

ART. 16º La admisión por *orden gubernativa o judicial* puede tener lugar:

- a) Para observación, en el primer caso.
- b) Con arreglo al artículo correspondiente del Código penal vigente, en el segundo caso.

¹³ “ART. 12º En casos de urgencia, el enfermo podrá ser admitido inmediatamente, bajo la responsabilidad del médico director del establecimiento, el cual, en el término de veinticuatro horas, comunicará al gobernador de la provincia el ingreso del enfermo acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del establecimiento o por otro ajeno a éste, debidamente legalizado. En el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro firmado por un psiquiatra ajeno al establecimiento o, en su defecto, por un médico general. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el artículo 10 referente a ingreso voluntario. El gobernador, en este caso, procederá también a tenor de lo dispuesto en el expresado artículo 10” *Ibíd.* p. 463-4.

ART. 17º La admisión por *orden gubernativa* para observación podrá ser dispuesta por el Gobernador civil o el Jefe de Policía en las capitales de provincia, y por el Alcalde en las poblaciones menores. Tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo. No podrá prolongarse más de un día sin que sea justificada por el certificado del Médico director del establecimiento, y, en casos de duda, por el del médico forense correspondiente¹⁵, precisándose sólo para este último certificado las formalidades establecidas en el artículo 10 del repetido Decreto.

ART. 18º Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un Establecimiento psiquiátrico, será admitido sin dilación alguna en los departamentos de observación habilitados en los Hospitales provinciales o municipales, y será considerado como *caso urgente* con arreglo al artículo 12, para los efectos de su ingreso, completándose después los demás requisitos del artículo 10.

ART. 19º La admisión por *orden judicial* podrá ser dispuesta por la Autoridad judicial correspondiente.

ART. 20º Los enfermos psíquicos sujetos a procedimiento criminal que son ingresados en un Establecimiento por *orden judicial*, deberán, igualmente, ir provistos de un informe médico ordenado por la Autoridad que dispuso su ingreso, en el cual se indiquen con detalle preciso los resultados del examen psiquiátrico o que han sido sometidos con anterioridad por uno o diversos médicos.

ART. 21º Es pública la acción para solicitar de la autoridad gubernativa o judicial la orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un Establecimiento psi-

¹⁴ "... mediante el inspector médico del distrito (subdelegado de Medicina), donde esté emplazado el establecimiento" *Ibid.* p. 464.

¹⁵ "... y con arreglo a las formalidades estatuidas en el artículo 10, que se cumplirá como en los casos de urgencia" *Ibid.* p. 463.

quiátrico. En consecuencia, a todo español o extranjero mayor de edad, residente en territorio nacional, compete dicha acción.

El procedimiento para el ingreso forzoso de un enfermo psíquico en estado de peligro, por ser de interés público y estar reclamado tanto para el adecuado tratamiento del enfermo como para la seguridad general y la conveniencia social, *se ha de tramitar de oficio* con la mayor urgencia y supliéndose, por la Autoridad o funcionario ante quien se inicie las faltas o deficiencias de la petición formulada. Bastará la petición de cualquier persona para decretarse la observación, previo informe médico, reclamando con urgencia de los funcionarios sanitarios por la Autoridad ante quien se formule la solicitud.

No existiendo petición, la autoridad que tenga conocimiento de un caso comprendido en el artículo 17, procederá de oficio a decretar la observación, previo el informe de que habla el párrafo anterior. En casos de *notoria urgencia* por inmediata peligrosidad, se podrá ordenar el ingreso gubernativo sin informe previo y con arreglo a los artículos 12 y 18.

ART. 22º En el plazo máximo de *seis meses de observación*, el Médico director de todo Establecimiento psiquiátrico esta obligado a remitir al Juzgado de primera instancia correspondiente (apartado final del artículo 10) un informe en el que consten los resultados del estudio del enfermo ingresado por indicación médica u orden gubernativa o judicial¹⁶.

Este informe no implica que dicha Autoridad judicial debe decidir de la continuación o no del enfermo en el Establecimiento, ya que el llamado expediente de reclusión definitiva de la legislación anterior queda derogado por el presente Decreto.

La finalidad de este informe de dar cuenta al Juzgado de primera instancia correspondiente de los síntomas psíquicos que justifican la permanencia del enfermo en el Establecimiento, con objeto de que puedan ser comprobados en el caso de denuncia por reclusión ilegal o por orden gubernativa.

¹⁶ SARRÓ (1942) no incluye los dos párrafos siguientes del artículo 22.

ART. 23º El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta se efectuará mediante los mismos requisitos que el ingreso (véase artículo 10) salvo en los casos de enfermos que tuviesen su antiguo expediente de reclusión definitiva terminado antes de la publicación de la legislación vigente. Dichos enfermos se sobrentiende que no precisan nuevo certificado para su ingreso¹⁷.

ART. 24º Los expedientes de *incapitación civil* y sujeción a tutela de enfermos psíquicos admitidos en Establecimientos psiquiátricos públicos o privados, se solicitarán al Juzgado de primera instancia de la residencia del enfermo por su representante legal, con arreglo a los artículos correspondientes del Código civil, y el Juzgado oficiará al Médico director del Establecimiento para que certifique respecto al tiempo de su observación como trámite complementario a los informes medicolegales de otros facultativos. La responsabilidad penal por certificados falsos de esta índole le incumbe al Médico director o a su sustituto.

ART. 25º Los Médicos directores de los Establecimientos psiquiátricos podrán delegar en los otros médicos del Establecimiento en caso de ausencia o enfermedad.

ART. 26º Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de *aislamiento* involuntario en asistencia privada o familiar organizada, lo comunicará al Gobernador civil de la provincia dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a su intervención médica, notificando que se han tomado las medidas convenientes de custodia. La familia o representante legal de un enfermo psíquico peligroso que, a pesar de los consejos médicos, no haya tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida de los demás.

¹⁷ SARRÓ incluye un texto totalmente distinto: “ART. 23º Los enfermos psíquicos sujetos al servicio militar recibirán asistencia en los servicios correspondientes, y una vez dados de baja en los cuerpos respectivos, serán entregados a sus familias y, en su defecto, a la autoridad civil correspondiente para que disponga su ingreso en Establecimientos psiquiátricos, como si se tratase de un caso común. Cuando el enfermo mental esté procesado militarmente, la entrega se hará sólo a la autoridad civil que haya sido designada previamente por la militar” *Ibíd.* p. 465-6.

III

Salidas o altas de enfermos. — Altas voluntarias, altas de los enfermos ingresados por indicación médica y orden gubernativa o judicial. — Documento que se acompañará al alta. — Fuga de enfermos. — Permisos o licencias temporales. — Salidas provisionales. — Recogida de enfermos. — Quejas de enfermos, familiares y deudos. — Visitas de familiares

ART. 27º La salida o alta de un enfermo psíquico tendrá lugar:

a) En los enfermos ingresados voluntariamente, cuando éstos lo soliciten del Médico director y cuando lo disponga este último. Sólo constituirá excepción la circunstancia señalada especialmente en el artículo 11.

b) En los enfermos ingresados por indicación médica o por orden gubernativa, cuando a juicio del Médico director haya cesado la indicación de la asistencia en el Establecimiento.

c) Ningún enfermo ingresado por orden judicial podrá salir del Establecimiento sin permiso de la Autoridad que decretó su admisión, a la cual se le notificará previamente la curación del enfermo.

d) Cuando los familiares de un enfermo o su representante legal lo soliciten en debida forma del médico director. En el caso de que la salida del enfermo se halle contraindicada por cualquier circunstancia, los familiares del paciente o su representante legal firmarán una declaración en la cual hagan constar que, bajo su responsabilidad (según el artículo 26), y a pesar de la opinión en contra de los facultativos, se llevan al enfermo.

Si el Director considerase al enfermo en estado de *peligrosidad*, podrá oponerse a su salida hasta tanto que la Autoridad gubernativa, a la que se habrá notificado el deseo del representante legal, disponga el alta del enfermo.

ART. 28º Todo enfermo psíquico que sea *dado de alta* de un Establecimiento psiquiátrico recibirá un documento del Director médico del mismo que así lo haga constar. El Médico director comunicara al Gobernador civil de la provincia y al Juez de primera instancia el domicilio del enfermo, la salida de éste y las circunstancias de esta salida.

ART. 29º En casos de fuga se notificará a la Autoridad gubernativa o policíaca para que se proceda a la busca del enfermo y su reingreso en el Establecimiento.

ART. 30º Cuando el Médico director de un Establecimiento psiquiátrico oficial o privado lo considere oportuno, podrá conceder como ensayo permisos o licencias temporales, que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder salidas provisionales de una duración máxima de dos años, al final de cuyo plazo se canjearán por el alta extendida en documento especial por el Director. Las condiciones de estos permisos o salidas provisionales son:

a) Los enfermos que salen del Establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase.

b) Sus familiares están obligados a remitir al Médico director del Establecimiento una relación mensual del estado del enfermo.

c) No podrán negarse los familiares del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del Establecimiento o sus representantes si el Director del mismo lo estimase oportuno para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

ART. 31º Si la familia de un enfermo dado de alta con licencia temporal no se presentase a recogerlo en el término de cuatro días siguientes a la notificación podrá aquél ser entregado a la Autoridad gubernativa para que sea conducido a su residencia familiar

ART. 32º Tanto los familiares del paciente como este mismo podrán elevar sus quejas y reclamaciones relativas a las altas, permisos u otros motivos al Gobernador de la provincia o a la Dirección general de Sanidad

ART. 33º El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta se efectuará mediante los mismos requisitos que el ingreso, salvo en los casos que ya tuviera su expediente de reclusión definitiva terminado (véase el artículo 10).

ART. 34º La reorganización interior de cada Establecimiento en lo que a las relaciones de los enfermos con sus familiares se refiere, queda al prudente criterio del Director médico del establecimiento, así como la forma y técnica de la asistencia prestada en aquél. Dicha organización será especificada convenientemente en el reglamento propio del Establecimiento según dispone el artículo 6º de este Decreto.

ART. 35º El presente Decreto deroga todas las disposiciones referentes a la asistencia de enfermos mentales publicadas con anterioridad.

Vigente desde 3 de julio de 1931