

MEDICAMENTA

REVISTA DE ESTUDIOS
Y TRABAJOS PROFESIONALES DE CIENCIAS MEDICAS



DIRECTOR

Prof. Dr. Pedro Lain Entralgo.

Rector de la Universidad de Madrid. De la Real Academia de Medicina. Instituto de España.

Redacción y Administración: Ríos Rosas, 37, Madrid. - Central telef. 33 47 00 (8 líneas). Franqueo concertado.

Editada por el Instituto Farmacológico Latino, S. A. - Sección de Información Científica y Propaganda. - Número suelto, 1,50 pts.

Se publica cada veinte días en dos ediciones simultáneas, una de contenido esencial de investigación y clínica médicas y otra que atiende fundamentalmente los problemas químicos y farmacéuticos que plantea el arte de curar.

TRABAJOS ORIGINALES DOCTRINA E INVESTIGACIÓN-PRÁCTICA CLÍNICA

LA ESTRUCTURA DE LAS NEUROSIS Y SU BASE VITAL (NEUROSIS Y TIMOPATÍAS)

por el

Profesor Dr. J. J. LÓPEZ IBOR

Catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.
Jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid.

El ámbito de la Psiquiatría no se halla enteramente ocupado por la psicosis, sino que buena parte de él pertenece a la *neurosis*. ¿Qué son las neurosis? La palabra viene rodando desde los tiempos de CULLEN. La introducción de la anatomía patológica en la Medicina segregó negativamente un grupo de enfermedades constituido por las que carecían de lesión. A este grupo se llamó *neurosis*. Constituido de un modo negativo, estaba destinado a perder continuamente terreno, pues era lógico suponer que, a medida que avanzasen los conocimientos, iban a ser descubiertos nuevos substratos materiales sobre los que apoyar los trastornos hasta entonces tenidos por «esenciales». Si la enfermedad de Parkinson, la epilepsia misma y tantas otras fueron etiquetadas de neurosis en un tiempo, pronto hubieron de engrosar las filas de la patología orgánica.

Era, pues, necesario buscar características positivas al grupo de las neurosis o renunciar definitivamente a él. En esta tesitura, GOLDSCHNEIDER describió el caso de un enfermo con alteraciones del ritmo cardíaco, en quien la autopsia descubrió un amasijo ganglionar que irritaba el vago. A partir de esta observación, se estableció que las neurosis eran enfermedades no de los órganos mismos, sino de los *nervios de los órganos*, si bien éstas podían ser, y en la mayoría de los casos lo eran, de naturaleza irritativa. Con esto se abrían las puertas a la patología funcional. Pero por entonces, estudiando las neurosis gástricas, se vino a caer en la cuenta de que en su aparición intervenía un cierto factor ajeno a la patología orgánica, que era un

factor psíquico. De ahí, pues, que las neurosis tenían ya un contenido positivo: *la intervención de un factor psíquico*. Esto revelaba la expresión *psiconeurosis* que se introdujo por entonces.

Esta revelación acerca de la psicogenia neurótica se debió principalmente—casi es innecesario recordarlo—a los trabajos de FREUD. Sus primeras publicaciones se referían a la histeria, a la neurosis de ansiedad y a la que él llamaba «*neuropsicosis de defensa*». La histeria, cuya evolución histórica es una de las más instructivas en Medicina, se había mantenido como enfermedad independiente. Cuando CULLEN hablaba de neurosis no incluía entre ellas la histeria. En la histeria de entonces se comprendían los cuadros angustiosos, fóbicos, obsesivos, depresivos y unos cuantos más. Era una enfermedad más multiforme que pintoresca, aun siéndolo mucho. La aproximación entre histeria y neurosis se hizo, tras los primeros trabajos psicoanalíticos, a través de las neurosis gástricas. Es natural que así fuera si se piensa en algunos de los síntomas comunes a ambos cuadros, tales como el bolo hístico, el mericismo, la aerofagia, el meteorismo, etc. Pero como en el fondo, aun habiendo tantos rasgos comunes, se mantenían unas ciertas diferencias, el gran grupo de las neurosis se dividió en *psiconeurosis* y *órgano-neurosis*. Ambos se hallaban unidos por la comunidad etiológicopatogénica: el trauma psíquico, y separadas por el plano en que se realizaban o vertían las manifestaciones: psíquico en las *psiconeurosis* y visceral en las *órgano-neurosis*.

Las neurosis se definen, pues, por hallarse de-

terminadas por un motivo psíquico. A cualquier observador le llamaba, empero, la atención que unos mismos motivos psíquicos eran capaces de determinar en unos casos un trastorno y en otros no. El factor patógeno se hallaba, en el modo de elaborar el impacto traumático, en el camino que tomaba el interior, en el *metablenma*, como diría Unamuno. Las neurosis se transforman en *reacciones vivenciales anormales*. La histeria es su ejemplo más típico.

La anormalidad en el *trayecto vivencial* puede acaecer por dos razones: porque la personalidad sea anormal o porque se enciendan, como un circuito reverberativo, cargas psíquicas anómalas. El primer punto introduce el problema de la personalidad, de tan gran importancia, que para muchos autores absorbe todo el grupo morboso. En el conocido libro de Bumke se incluyen todos estos trastornos bajo el nombre de «disposiciones, reacciones, actitudes y desarrollos psicopáticos». Dejando ahora aparte las personalidades psicopáticas propiamente dichas, el grupo se subdivide en nerviosidad, cuadros hipocondriacos, estados obsesivos, reacciones psicógenas, actitud histerica y desarrollo paranoide. La Psiquiatría que podríamos llamar canónica o académica, tiende siempre a alzaprimar el factor constitucional.

El segundo punto, la adhesión a contenidos psíquicos especiales depositados en el subconsciente, constituye la vía abierta por el psicoanálisis. En el enfermo, pues, pesaba no tanto la vivencia próxima, sino las experiencias anteriores, es decir, su historia interna. La neurosis es el resultado de un conflicto entre el «yo» y el «ello» (FREUD).

La neurosis resulta así como un punto culminante, una crisis, en una biografía. Posteriormente, v. WEIZSÄCKER ha llegado a formular el principio con mayor amplitud: *la enfermedad, lo mismo que sea somática que psíquica, es una crisis biográfica*. He aquí, pues, cómo han evolucionado los puntos de vista con respecto a las neurosis. Siguiendo estos diversos tramos evolutivos, no causa extrañeza que JUNG haya definido las neurosis como la «enfermedad del alma que ha perdido su sentido». Esta definición, en la agudeza plástica de su formulación, nos plantea irrevocablemente el problema que constituye el punto de partida de la definición de la Psiquiatría.

Si la neurosis es la enfermedad del alma que ha perdido su sentido, ya no podemos decir que los trastornos mentales tienen siempre una base somática y que el concepto de enfermedad en Psiquiatría sea el mismo que el de la Medicina somática. Cabría la evasión de decir que las neurosis son anomalías, como las personalidades psicopáticas, y no verdaderas enfermedades. En tal caso, ¿hasta qué punto el médico debe ocuparse de ellas?

La importancia de esta pregunta emerge, indudablemente, en cuanto nos dirigimos a algunas de sus consecuencias. En las neurosis, hoy día se incluyen las llamadas «situaciones de conflicto». Y ¿qué es una situación de conflicto? El hombre vive en conflicto constante con los demás, con el mundo y consigo mismo. ¿Es que todos los conflictos pertenecen al psiquiatra? Esta imagen del psiquiatra convertido en un mago de las relaciones humanas ha sido lanzada por algunos sectores del público americano. Los psiquiatras mismos no son ajenos a esta exageración. Quien asistió al Congreso de Higiene Mental de Londres pudo darse cuenta de que la ambición del mismo era ilimitada: llegar a resolver los grandes conflictos humanos por la terapéutica psiquiátrica del instinto de agresión. Yo ya sé cuánto hay de generosidad en tales propósitos, pero también cuán-

to hay de inocente confianza en los recursos de la Psiquiatría y cuánto—esto es peor—de desconocimiento de lo que suele llamarse naturaleza humana. ZUTT, en un trabajo reciente, dirige un ataque a fondo contra la psicoterapia en cuanto se propone resolver conflictos y abrogarse una tarea que rebasa el área de la competencia médica.

Si los conflictos no pertenecen al psiquiatra, ¿a quién pertenecen? Dejando a un lado, de momento, la posible adjudicación al pastor de almas, un nuevo personaje ha aparecido en la contienda: el psicólogo, y en verdad que ha ganado algunas batallas. Los conflictos psíquicos deben ser resueltos por aquellos que de un modo especial se dedican al estudio de la dinámica anímica. De la orientación profesional, de la psicotecnia, se ha saltado a la *psicología clínica*. A los psicoanalistas se les planteó hace años un problema parecido. Sobre el análisis profano publicó FREUD páginas muy sabrosas.

¿Qué decisión se debe tomar en esta encrucijada?

Los americanos hablan de las neurosis como «desajustamientos». En el lenguaje popular español diríamos, más bien, que los neuróticos son «descentrados». El problema del descentrado es volver a su centro. Esta es, llanamente expuesta, la fórmula de JUNG, el mismo que define la neurosis como enfermedad del alma que ha perdido su sentido. El centro buscado es el centro de la persona, el *Selbst* en el lenguaje de JUNG. Este centro personal es una totalidad psíquica donde confluyen lo consciente y lo inconsciente. Se trata del lugar donde se logra la *unión múltiple* de la persona, es decir, donde todas las contradicciones, todas las paradojas, se revuelven en la unidad. La unidad de los contrarios no puede ser un principio racional.

El *Selbst* de JUNG es, en otras psicologías, el centro de la persona humana. Y ahora, para saber con rigor científico a quién pertenece el estudio y cuidado de las neurosis en tantos conflictos, tenemos que saber qué es la persona humana o, simplemente, qué es el hombre.

No voy a intentar una exposición de los supuestos antropológicos de las neurosis, sino, simplemente, iluminar unos cuantos aspectos que nos permitan responder a las preguntas anteriormente planteadas. El hombre es naturaleza e historia, consciente o inconsciente, cuerpo y alma. Su vida participa siempre de este carácter dual y contradictorio. Para mantenerse en su nivel humano, ni puede descender a la pura naturaleza ni ascender al puro espíritu. Existe, pues, en su conducta un *plano natural* y un *plano personal*. Los conflictos que acaecen en su plano natural pertenecen a la Medicina. En el fondo, una enfermedad de cualquier órgano es un conflicto en su naturaleza.

Pero del plano natural del hombre hay que tener una idea completa y no reducida a su mecanismo. Como biología pura, el hombre tiene ciertas características, de las cuales me he ocupado detenidamente en un trabajo reciente (1). Los conflictos pueden ocurrir, no sólo en sus órganos, sino en sus instintos. En las neurosis existe siempre un conflicto instintivo. En tanto conflicto instintivo, la neurosis permanece en la biología, y corresponde al psiquiatra.

Pero, ¿son los instintos humanos biología pura, aun en sentido amplio? ¿No tienen los instintos una vertiente personal, al mismo tiempo que una vertiente natural? El instinto sexual, el de poder, el de

(1) Véase mi libro *Descubrimiento de la intimidad*. Aguilar Madrid, 1952.

perfeccionamiento, el de agresión, etc., todos ellos, o la instintividad general, o la libido, si se quieren evitar enumeraciones, poseen su plano personal. Sobre el hambre primaria flota el apetito diferenciado, la necesidad sexual se convierte en erótica, y así ocurre con todos. El desarreglo, el conflicto, surge en un punto de la vida instintiva que unas veces se halla más próximo al plano de la naturaleza y otros al de la persona. No existe una línea tajante que los separe. Es un espectro. ¿Cuándo entregar un conflicto al médico y cuándo al amigo, al confesor, al psicólogo o al padre? Yo no veo más que una respuesta a esta pregunta; alguien toma en cada caso su decisión, y este alguien es el hombre mismo. El busca de qué lado le puede venir la ayuda, y cuando ésta le puede venir del médico, automáticamente se declara enfermo. La enfermedad es aquí tanto como trastorno, sufrimiento, y sufrimiento que puede aliviar o curar precisamente el médico.

Hablamos, naturalmente, de casos límites. En el neurótico, en el cual su conflicto se vierte hacia el plano somático, como en la histeria, la decisión no es difícil. En la dinámica interna del conflicto existe ya una cierta decisión autónoma, puesto que un conflicto puede convertirse en desarreglo visceral o sensorial o motor o mantenerse en el plano personal. Estas emigraciones de uno a otro plano se observan cotidianamente en la evolución de las neurosis. El estudio de este trayecto interno, de este metalema neurótico, nos plantea nuevos problemas.

Una enferma es toxicómana por sus dolores de vientre. No hay lesión alguna. Los dolores son muy fuertes los días que preceden a la menstruación. Para evitarlos cayó en el tóxico, y ahora vive en la oscuridad vital que produce toda toxicomanía. En la oscuridad aparece un rayo de luz, y decide suprimirla. Al quedarse desintoxicada emerge brutalmente el conflicto al que ella escapaba con la intoxicación. La casaron joven con un hombre al que no amaba y al que ahora tiene asco. El, muy inteligente, responde con una conducta fría y calculadora, que, en el fondo, la impele a la toxicomanía. La supresión de ésta—la intoxicación, el trastorno natural—pone en la superficie el problema personal. Este es un ejemplo muy claro. En otras ocasiones, este desplazamiento no aparece con esa nitidez, pero muchas veces existe. Cuando el conflicto ha emigrado de sus trayectos viscerales al plano personal, ¿debe el médico desentenderse de él? Ciertos médicos que profesan un puritanismo de la ciencia natural, así lo piensan. El trabajo anteriormente aludido de ZUTT es una muestra de esta actitud. El médico no tiene armas para acometer los problemas personales, se dice; su formación neutra científico-natural se lo impide.

Error y falsedad. Falsedad, porque el médico rebasa continuamente el plano científico-natural en su actuación. ¿Provoca un aborto o no? ¿Da morfina al moribundo o no? ¿Descubre al simulador o no? Cien preguntas como éstas podríamos alinear. ¿En virtud de qué principio científico-natural responde a las anteriores preguntas? ¿Es un problema matemático o físico-químico? No; habitualmente se deja llevar de las convenciones de la sociedad donde vive o de los reglamentos. Que esto no basta, lo demuestran muchas cosas que han ocurrido en Europa durante la guerra. *El médico, pues, necesita actuar a partir de una cierta imagen del hombre, cuyo primer principio consiste en el reconocimiento de los valores personales.* El psiquiatra lo necesita imprescindiblemente, y es él, precisamente él, por la

especial coyuntura intelectual en la que le sitúa su especialidad, el que debe enseñarlo a sus colegas.

He hablado en la exposición anterior del plano apersonal o natural y del plano personal, así como de la síntesis de ambos en el centro de la persona (*Selbst* de JUNG). Constituiría un grave error creer que tal síntesis es una suma, una pura adición. Ni siquiera la imagen de fusión, ni aun la de totalidad, basta. Porque la síntesis es en el fondo un problema, que etimológicamente quiere decir un proyecto. La síntesis está dada en la existencia humana, y la existencia es algo que existe a medida que se hace. El hombre es el ser que vive, montado sobre el tiempo, haciéndose problema de su circunstancia y de sí mismo. Por eso nos encontramos siempre con esas dualidades. El hombre es su cuerpo, porque sin él no puede existir; pero el hombre tiene su cuerpo, porque de él o de partes de él puede desprenderse. Esta conjunción de ser y tener convierten a la vida en un perpetuo descubrimiento de uno mismo. «Après tout, ce que j'appelle *mon corps*, c'est le fruit d'une quantité de découvertes: A-t-on jamais fini de s'explorer? Parfois, un geste improvisé, un mouvement qu'on fait pour ne pas tomber, vous donnent la sensation de *tout nouveau* en vous» (VALÉRY).

Proyectemos estos principios sobre el plano morboso; al mismo tiempo que se está enfermo se toma una actitud sobre la enfermedad. El principio resulta, si se quiere, más claro al hablar de las graves enfermedades somáticas. El enfermo lucha, se descorazona o se entrega, según los casos. Como veremos más adelante, la relación no es tampoco tan simple. Pero la neurosis se aproxima al plano personal, al plano de la decisión. de tal suerte que el ser y el tener se funden. La enfermedad y la actitud ante ella se fusionan. Esto ocurre, por ejemplo, con alguna histeria. Cuanto más próximo al centro personal se realiza ese encuentro, mayor autenticidad tenemos. Si la decisión se dispara hacia la periferia personal, se va aproximando al puro querer estar enfermo sin sentirlo, al puro *hacerse* el enfermo, a la simulación.

La disponibilidad es mayor en el terreno de los instintos. Sólo así se comprende que JULIEN GREEN haya podido escribir: «La verdad a la cual he llegado después de años de lucha y reflexión es que odio el instinto sexual. Reconozco su importancia, admiro esa fuerza enorme que produce tantas obras, pero odio el deseo, esa fuerza que arroja tantos hombres sensatos a los pies de tantos imbéciles y los hace delirar como niños lujuriosos. Yo quisiera que no fuese así.» (Pero así es, como reveló FREUD.) De aquí que los conflictos instintivos sean tan variados; *realmente, no hay neurosis, sino que cada hombre tiene su fórmula personal de convertirse en neurótico.* Toda la diversidad de clasificaciones, en la gran balumba de descripciones, tiene esta raíz. Cuando en una neurosis aumenta su ingrediente natural, se aproxima a ciertos tipos primarios; pero en su desarrollo, en su proyecto, la divergencia aumenta. En el fondo de las neurosis se descubren siempre los mismos mecanismos: evasión, regresión, proyección, racionalización, segregación, represión, disociación, conversión, complejo de inferioridad, sublimación, transferencia emotiva, identificación, etcétera; pero el edificio que con ellos se construye llega a ser muy distinto.

Muchas veces hablamos en la clínica de *sobrecarga psicógena* de un cuadro. Es una expresión que uso mucho en mis coloquios con mis colaboradores. Pero conviene darse cuenta del peligro que encierra. La sobrecarga supone una actitud. El adjetivo im-

plica una cierta distinción entre la enfermedad auténtica y la que se le agrega, es decir, entre la enfermedad que se tiene y el modo que se tiene. Distinción lleva implícita la idea de distancia. Tal distancia puede existir cuando se trata de una enfermedad netamente orgánica; pero, como hemos dicho antes, la distancia se acorta a medida que la enfermedad es menos orgánica, más funcional, y se aproxima al centro de la persona. Hablar en las timopatías de sobrecarga psicógena, es forzar la designación en muchos casos, porque la sobrecarga es una carga interna que surge del mismo centro personal alterado, de la misma disfunción vital. A veces ésta no es visible al propio análisis del enfermo, y entonces sólo se proyecta como tal sobrecarga psicógena. Es pura apariencia. El cuadro histérico que vemos es una maraña que nos oculta el trastorno vital del fondo.

Las neurosis son, en virtud de su coeficiente personal, más o menos complicadas, según la personalidad del enfermo. Una personalidad primitiva ofrecerá un cuadro más simple que una complicada. La plastia depende de las circunstancias ambientales, de lo que el enfermo ha visto, de lo que el médico cree. ¡Cuán importante es que el médico se convenza de que la enfermedad en estos casos es algo que está en sus manos, por así decirlo!

En toda neurosis existe, según hemos visto, un ingrediente apersonal y un personal. Precisamente buena parte de mis últimos trabajos se han dedicado a llamar la atención y destacar la importancia del ingrediente apersonal. En mi timopatía ansiosa he recogido una serie de cuadros, considerados como puramente psicógenos, y que, a mi juicio, no lo son puramente.

En la enumeración de los principios básicos que determinan la anormalidad en el modo de vivenciar los conflictos he dejado de citar uno, a mi juicio esencial. Creo que es conveniente, por la claridad de la exposición, insistir algo más en este punto. Las bases de toda reacción neurótica, o, más precisamente, de toda reacción vivencial anormal, son:

A) Factores dados, es decir, de tipo constitucional. En este concepto deben incluirse tanto las variantes físicas como las psíquicas del ser humano. Entre las primeras debemos situar, por ejemplo, la labilidad vegetativa. Entre las segundas, los rasgos caracterológicos. No cabe duda de que una cierta insuficiencia reactiva de la personalidad se halla en la base de muchos conflictos neuróticos. FREUD se defiende, en las primeras publicaciones psicoanalíticas, del reproche de descuidar los factores constitucionales, diciendo que el psicoanálisis no los ignora, sino que no los toma especialmente bajo su lupa, porque ya otros lo hacen.

B) La historia interna, adquirida, por consiguiente. El psicoanálisis ha sido el gran revelador de la importancia de esta «base histórica» en la formación de la neurosis. Al principio se pensó en la acción de un trauma psíquico, que preferente o casi exclusivamente era sexual. Después FREUD señaló que no se trataba de un trauma único, sino que los síntomas se hallaban sobredeterminados, siendo la expresión de varias situaciones traumáticas anteriores. Cada una de ellas emanaba una carga de *cathexis* que servía de soporte al síntoma. Así se fue pasando de las neurosis como conflicto a las neurosis como trastorno evolutivo de la personalidad. En el plano terapéutico, el traslado se hizo de la catarsis a la transferencia. Tan es así, que en una discusión reciente sobre que las neurosis se convertían en crónicas, SCHULTZ-HENCKE ha podido decir que la discusión era baldía, porque todas las neurosis eran

crónicas, puesto que arrancaban de la edad infantil.

C) Existe un factor hasta ahora no tomado en cuenta en la base de muchas neurosis. Se trata de un factor fásico, de carácter vital, al cual conviene que dediquemos alguna atención.

II

El examen de algunos casos de agorafobia, mantenidos durante largo tiempo en tratamiento psicoterapéutico, me permitió observar que tenían un curso fásico. Recuerdo especialmente el caso de un médico cuyos grandes acontecimientos psicológicos permitían un análisis especial de todas las experiencias morbosas, y en el cual vi crecer y decrecer su agorafobia, como una marea que sube y baja, independiente en el fondo del resultado del análisis psicoterapéutico.

La agorafobia es considerada clásicamente como una forma de neurosis obsesiva, y en los diversos trabajos dedicados a ella predominan dos tendencias interpretativas. Una de ellas, más clásica, la considera como manifestación de una personalidad obsesiva, y en el fondo todo el problema se reduce al estudio de las personalidades obsesivas consideradas como una variante de las personalidades psicopáticas. Intimamente enlazados con esta tendencia se muestran los estudios psicopatológicos que consideran la obsesión primariamente determinada por un trastorno del pensamiento.

El otro camino interpretativo procede fundamentalmente del psicoanálisis. Las fobias, como las obsesiones, deben su origen a complejos reprimidos, a conflictos exteriores o interiores, que se manifiestan de una manera literal o simbólica en un determinado síntoma, que sería la fobia o la obsesión. La diferencia entre fobias y obsesiones se funda, según esta interpretación, en el carácter más o menos simbólico que ofrecen las manifestaciones sintomáticas en relación con las vivencias o complejos determinantes.

La observación del curso fásico de algunos casos de agorafobia me llevó a pensar en la posibilidad de encontrar un camino intermedio entre las dos tesis anteriores. Este camino intermedio permitiría aproximarlas a otras enfermedades coincidentemente fásicas de la Psiquiatría. Bien conocido es el hecho de que la manía y melancolía se presentan fundamentalmente con carácter fásico, y aunque la enfermedad tenga una base constitucional desde el punto de vista clínico, en la inmensa mayoría de los casos prevalece su carácter fásico. En un enfermo, por muy constitucional que sea la enfermedad, por muy estricto que sea el carácter hereditario de la misma, lo cierto es que la fase melancólica puede aparecer como episodio morboso único en el curso de una larga vida.

Posteriormente pude observar que en numerosos enfermos, diagnosticados con arreglo a un criterio clásico como de neurosis o reacciones de ansiedad, el estudio psicogenético de los mismos, por muy profundo y detenido que fuese, no ponía siempre de manifiesto la existencia de un mecanismo psicógeno, ni mucho menos su resolución terapéutica por el descubrimiento del mismo. Además, estas supuestas neurosis de ansiedad o ansiedades reactivas presentaban también un carácter fásico como la agorafobia antes citada.

La tarea, pues, propuesta a la investigación clínica, podía compendiarse en estos tres puntos:

1.º Agrupamiento de todos aquellos casos de ob-

sesiones, fobias y reacciones angustiosas que tuviesen tener todos estos casos.

2.º Estudio de la estructura psicológica común que pudiesen tener todos estos casos.

3.º Referencia de éstos a una base biológica que explicaría su «fasicidad», es decir, la autonomía evolutiva independiente de los diversos acontecimientos de la historia individual externa o interna.

El modelo para estos estudios se ofrecía claro en la psicosis maniaco-depresiva. Las fases maniacas o melancólicas se caracterizaban clásicamente por la presencia de estos tres síntomas establecidos fundamentalmente por KRAEPELIN, y que recuerdan la clasificación que WUNDT hizo de los sentimientos:

MANÍA	MELANCOLÍA
Euforia.	Tristeza o depresión.
Fuga de ideas.	Inhibición del pensamiento.
Excitación psicomotora.	Inhibición psicomotora.

El análisis psicopatológico posterior demostró que en la melancolía, por ejemplo, la inhibición del pensamiento y la inhibición psicomotora eran una simple expresión de la experiencia fundamental del melancólico, que era la tristeza. Lo mismo ocurría en la manía. El problema, pues, se reducía a averiguar si la tristeza morbosa del melancólico ofrecía algún carácter que la distinguiese cualitativamente de la tristeza normal. Las opiniones de los psiquiatras se hallan prácticamente divididas; pero poco a poco va adquiriendo mayor volumen la de los que consideran que hay una diferencia cualitativa entre la tristeza del melancólico y la tristeza del hombre normal producida por el conocimiento de una noticia triste. De todos modos, debo dejar consignado que esta aceptación no es general, ya que, por ejemplo, cuando KRETSCHMER considera que se puede establecer una graduación entre la ciclotimia, como variedad de una constitución psíquica normal, la cicloidea como variante de una personalidad psicopática en el sector de las personalidades psicopáticas, y la psicosis maniaco-depresiva como neta enfermedad, en esta graduación va implícita la idea de que el tránsito entre uno y otro extremo se hace sólo cuantitativamente.

Sin embargo, es evidente que la tristeza del melancólico es *inmotivada*, en tanto que la tristeza del hombre normal está determinada por un acontecimiento exterior. Y es que existen dos planos en la vida sentimental, fundamentales desde el punto de vista psicopatológico: uno es el de los *sentimientos reactivos* o *dirigidos*, es decir, que dependen de la aparición de sucesos o acontecimientos que acometen al sujeto procedentes del medio que le rodea, y otro, constituido por sentimientos que emanan de la propia corporalidad del ser, a los cuales, siguiendo a SCHELER, podemos llamar *sentimientos vitales*.

Los sentimientos vitales vienen a concordar, si bien la significación no es absolutamente coincidente, con lo que desde otro punto de vista se ha llamado *cenestesia*. Cada uno tiene noticia de cómo se encuentra el cuerpo en un momento determinado, noticia que a él le llega en forma de frescura, cansancio, malestar, fatiga. En esta misma serie de sensaciones globales deben incluirse otras dos, fundamentales desde el punto de vista patológico, que son la tristeza y la angustia, que para distinguirlas de las que se hallan determinadas por acontecimientos procedentes del medio exterior se pueden llamar *tristeza vital* y *angustia vital*. Su caracterís-

tica fundamental consiste en tratarse de experiencias internas emanantes de una disfunción de la propia corporalidad.

Se puede discutir si estas experiencias globales responden a una suma de los miles de percepciones aisladas que integran la cenestesia, o si se trata de experiencias primarias, es decir, no dadas a nuestra conciencia como resultado de un progreso integrativo, sino como una experiencia inmediata más. El melancólico, al mismo tiempo que se encuentra triste, refiere sensaciones de opresión precordial o abdominal, a veces dolores difusos de los miembros, es decir, una serie de sensaciones que ofrecen un carácter cenestésico más evidente que la propia tristeza.

Sin embargo, según mi modo de ver, ésta se presenta a la conciencia primariamente, y no como el resultado de una asociación del resto de las sensaciones cenestésicas. Lo mismo ocurre, y con mayor claridad aún, respecto a la angustia vital. La significación de vital tiene, además, como fundamento el que todos estos sentimientos expresan la vitalidad del ser tal como se siente por el mismo.

El síntoma fundamental de la timopatía ansiosa es la *ansiedad vital*. El enfermo la describe de muy diversas maneras. Un problema muy interesante es el de este proceso de la verbalización de la ansiedad, del que no me puedo ocupar ahora. Un campesino, por ejemplo, acude a mi consulta hospitalaria quejándose de temblor y de respirar de prisa, síntomas que aumentaban en presencia del médico. En este caso, estos síntomas corporales, que se podrían interpretar como psicógenos a primera vista, realmente eran la expresión de un estado de ánimo pleno de angustia y que él no sabía verbalizar. Existen otros casos en los que la ansiedad puede estar presente y manifestarse por otras proyecciones sintomáticas sin ser reconocidas como tales por el enfermo. Todos estos casos, sin embargo, son la minoría. La mayoría de los enfermos expresan su sentimiento de inquietud, de intranquilidad de que les va a pasar algo. Es la sensación de un peligro difuso, que les amenaza y que no saben de dónde viene. En la descripción de la misma podríamos aludir al lenguaje de la filosofía existencial diciendo que el peligro no viene de ninguna parte. En realidad, es una experiencia interna, y la sensación de peligrosidad proviene de sí mismo. Los enfermos hablan de su miedo a la locura o a que les pase algo en la cabeza. Ambas formas de expresión aluden a la experiencia interna que el análisis psicológico descubre siempre representado por el peligro de que el yo pierda el control de sus actos. La angustia pues, es *el temor a la disolución del yo*, y en esta disolución aparece siempre la posibilidad de obrar dejándose llevar por las incursiones de los instintos, especialmente del instinto de agresión.

El psicoanálisis sostiene, por ejemplo, que la fobia de los objetos puntiagudos es una fobia de tipo sexual, y que el objeto puntiagudo es un símbolo fálico. Mi interpretación es otra. Una madre, por ejemplo, tiene miedo a los objetos puntiagudos, cuchillos, tenedores, lápices, etc., porque teme que en plena crisis de ansiedad pierda el control del yo sobre sus actos y pueda realizar una agresión contra sus hijos. En los agorafóbicos, el miedo a cruzar las plazas es el miedo a la posibilidad de que les dé la crisis en medio y no saber lo que puede ocurrir. Esta incógnita va implícita siempre en toda sensación angustiosa.

La otra manera de interpretar la angustia es el miedo a la muerte. Nos ocuparía demasiado tiempo

el análisis psicopatológico de este miedo; pero basta afirmar que la muerte se presenta en estos casos también como muerte personal y como experiencia de la nada.

La crisis de angustia es, en el fondo, una desintegración percibida en el plano psíquico y en el cenestésico. Un enfermo, por ejemplo, relata su crisis de la siguiente forma: lo primero que siente es que al tocarse a sí mismo, por ejemplo, al cruzar las manos, tiene una sensación especial distinta de la táctil habitual, algo así como si no tuviera piel. Después siente como una tendencia al desvanecimiento, pero de una forma rara y especial. Más bien es como si fuera a salirse de sí mismo, a desdoblarse. Inmediatamente después le aparece ya la taquicardia con la ansiedad o cualquier otro de los síntomas suyos vegetativos. Al final tiene una gran sensación de quebrantamiento.

En la crisis de angustia, de la misma manera que en el plano subjetivo existe esta experiencia de disgregación de la conciencia de la unidad del yo, en el plano cenestésico ocurre también una percepción de disgregación de la cenestesia, y por el mismo mecanismo que puede aparecer una fobia, puede manifestarse una disregulación vegetativa determinada; por ejemplo, una palpitación u otro síntoma de una neurosis cardíaca. Siempre en el cuadro clínico se sitúa, en primer plano, un síntoma que posee una carga ansiosa más evidente o exclusiva. Por ejemplo, un enfermo tiene miedo a la apoplejía porque en él se proyecta la vivencia angustiosa misma. Lo que pasa en su cabeza pasa en su yo, y es la ruptura del yo lo que le preocupa. En cambio, la presencia de unos extrasístoles o de unas palpitaciones no le preocupa lo más mínimo. En otra enferma aparece de cuando en cuando una taquicardia cargada de ansiedad que alcanza 100 a 120 pulsaciones, y que la atormenta cruelmente. El tratamiento con pequeñas dosis de insulina le suele producir a la media hora la misma taquicardia sin que vaya cargada de ansiedad. La localización de la carga ansiosa tampoco está determinada por experiencias anteriores de la enferma. En un caso mío, el enfermo, cuyo padre había muerto de angina de pecho en sus brazos, tras varios episodios anginosos anteriores, y cuya madre, que todavía vive, tiene una neurosis cardíaca, cuya crisis angustiosa se presentó por primera vez un día en que, sin que él sepa por qué, le metieron en la cárcel en una celda muy estrecha; sin embargo, lo que a él le preocupa fundamentalmente es lo que pasa en su cabeza, que no es un dolor propiamente dicho, sino «una pesadez, una sensación rara de que algo extraño me va a suceder».

Para el psicoanálisis, las tres fuentes de angustia son:

- 1.^a Conflicto entre los instintos y el yo.
- 2.^a Conflicto entre los instintos y el mundo exterior.
- 3.^a Conflicto entre los instintos y el super-yo.

En cambio, según mi opinión, la fuente primordial de la angustia se halla en el yo amenazado de desintegrarse. Los conflictos entre el yo y el mundo exterior corresponden a la angustia reactiva típica. También puede admitirse la presencia de una angustia reactiva ante una situación instintiva o de conciencia. Pero la fuente principal de la angustia morbosa se halla, como digo, en el yo. *El yo es lo que constituye el centro de la persona, la unidad en la multiplicidad.* Si el yo llegara a explotar, todo lo que forma la unidad de la personalidad quedaría suelto. Ésta se convertiría en un monstruo. Los instintos controlados se desmandarían. Y no es tanto

el desmande de la sexualidad lo que teme el enfermo, sino el desmande de la agresión.

El otro síntoma fundamental es el vértigo. El sujeto siente que se va a caer, que las piernas se le doblan, que el suelo pierde su estabilidad u otras sensaciones parecidas. En otras ocasiones ni siquiera llega a sentir tales sensaciones, sino el miedo a que todo esto pueda ocurrir.

La interpretación de las crisis vertiginosas como equivalente angustioso deriva de una larga serie de razones. Muy importante es en este sentido el engarce en la misma historia clínica de ambas series de crisis como supliendo o representando unas a otras, según la fase en que se encuentre el enfermo.

Otras veces, la equivalencia entre la crisis angustiosa y vertiginosa se demuestra porque se imbrica la sintomatología respectiva. Una enferma, por ejemplo, nota que la crisis se inicia con una alteración de la percepción visual, «como si le bailasen las cosas delante de los ojos»; en seguida, «el bailoteo de las cosas» se hace más rápido, hasta que todo llega a desaparecer del campo perceptivo, y entonces irrumpe como un tercer acto, más dramático que los anteriores, la sensación de angustia, «como si le apretasen el corazón». En algunas crisis llega la enferma a quedarse traspuesta por breves segundos, y al volver en sí «sigue notando opresión en el pecho y ganas de llorar». Otra enferma tenía con frecuencia una sensación vertiginosa de día o de noche. A veces se le presentaba aun estando sentada, y entonces se levantaba y echaba a correr, como en un «amok». A pesar de su miedo al mareo, nunca se había caído.

Como se ve, el tejido de los síntomas en las crisis es tan complicado, que sólo artificialmente llegan a diferenciarse unos de otros. Los enfermos hablan de mareo; pero si se les obliga a precisar la sensación, no saben si transportarla al plano de la angustia o al plano del vértigo. La comunidad expresiva se establece unas veces a través de las sensaciones que se sienten en la cabeza y otras a través de las que se sienten en la región gástrica (sensación de vacío en el estómago). La sintomatología vegetativa se halla incrustada en el vértigo timopático dentro de las mismas crisis vertiginosas. El enfermo habla de un estado de malestar impreciso, de «intemperies nervosa», de temor a la ruptura en cualquier momento del estado de equilibrio, temor que a veces toma un carácter más difuso, como temor a que le pase algo, como dice el angustiado. Pues bien, enlazado con este estado de «borrachera emotiva» («ivresse émotive», como diría FÉRÉ), siente las piernas flácidas, el estómago vacío, sudores en las manos, palpitaciones, etc.

Con los cuadros de la ansiedad anclada en la vitalidad, y no reactiva o psicógena, propongo constituir un tipo clínico que podría llamarse *timopatía ansiosa*, y que sería uno de los varios grupos morbosos que están producidos por los desórdenes de la vitalidad de origen endógeno, y que luego describiremos. Este grupo absorbe la mayoría de las llamadas neurosis de ansiedad, muchos casos de neurosis obsesivas y algunos otros enfermos desperdigados en grupos nosológicos distintos. La agrupación de los enfermos se establece a través de la comunidad de la sintomatología, de la aceptación de una unidad patagónica y de su adecuación a un tratamiento farmacológico, como corresponde a su síndrome biológico y no psicógeno.

Desde el punto de vista clínico, la ordenación de

todas las enfermedades que integran lo que podríamos llamar círculo timopático es la siguiente:

1.º En un extremo de la serie debíamos situar la *psicosis maniaco-depresiva* en sentido estricto. De ella, los cuadros más frecuentes son los melancólicos. Existen, aparte de la melancolía típica, dos formas sobre las cuales debíamos llamar la atención: la *inhibida* y la *ansiosa*. Ambas plantean el problema de sí, aparte de la tristeza vital, debemos considerar como elemento primario en el cuadro clínico la inhibición y la angustia. Para mí es evidente que así es. Esto explicaría por qué existen depresiones inhibidas típicas, en las que la enfermedad no tiene sentimiento de tristeza.

Las *depresiones angustiosas* forman el puente de transición con los cuadros de angustia vital, y que yo propongo llamar *timopatía ansiosa*. LEONHARD ha pretendido aislar una «melancolía ansiosa *idiopática*», que clínicamente se distingue de la melancolía clásica por la presencia de la ansiedad, y que, además, presenta unos caracteres hereditarios y constitucionales peculiares. Sin embargo, existen enfermos en los que unas veces la fase se presenta como típicamente angustiosa y otras en las que aparece como depresión pura y aun como depresión inhibida, lo que demuestra que el criterio que debemos utilizar para el aislamiento de estos cuadros clínicos no es el de constituir entidades morbosas independientes en el sentido de la posología de SYDENHAM, sino tipos clínicos constituídos por acentuaciones características e indeterminadas estructuras sintomatológicas.

2.º La *timopatía ansiosa*. La expresión timopatía significa enfermedad de la afectividad, y el calificativo de ansiosa responde al deseo de señalar la ansiedad vital como su síntoma fundamental. La timopatía ansiosa no destruye totalmente el concepto de neurosis de ansiedad. De la misma manera que existen melancolías reactivas, es decir, tristezas debidas a un acontecimiento exterior, y, por consiguiente psicógenas en su determinación, existe también una ansiedad reactiva. El conflicto determinante puede ser consciente o inconsciente, exterior o interior; pero siempre se ha de encontrar, para establecer este diagnóstico, la presencia de una situación o conflicto determinante. Con el aislamiento de la timopatía ansiosa montada sobre la presencia de un núcleo de ansiedad vital, el perímetro de la neurosis de angustia queda muy reducido. Evidentemente existen formas de transición, y un problema muy importante en el análisis individual de los casos clínicos consiste en discriminar hasta qué punto es vital una ansiedad y hasta qué punto en ella se imbrican factores personales y reactivos.

3.º En este grupo propongo situar los casos llamados de *fatiga crónica*. Los enfermos se sienten dominados por una sensación indefinida de fatiga, que no se debe a ninguna causa exterior. Este problema de la fatiga ha sido abordado desde diversos puntos de vista, cada uno de los cuales encierra una parte de verdad. Indudablemente existen los casos de fatiga por agotamiento, especialmente cuando el organismo se encuentra situado ante circunstancias extraordinarias, por ejemplo, la guerra. Existe también la fatiga constitucional, manifestación de una variante constitucional de la personalidad, que se conoce con el nombre de personalidad asténica. Esta variante no hay que concebirla como proyectada solamente en el plano somático, como en la vieja astenia constitucional de STILLER, sino también en el plano psíquico. Pero, aparte de estos dos grupos de enfermos, existen otros, probablemente la mayoría,

constituídos por casos de fatiga que se presenta de una manera fásica. Es decir, que duran un cierto período de la vida, para luego desaparecer y quizá repetir al cabo de unos años. Aparte de sus características sintomatológicas, la fatiga ofrece otras características de curso que la aproximan a las enfermedades fásicas. Es una fatiga que se presenta por las mañanas, después del reposo nocturno, y decrece en el curso del día, aun cuando el enfermo haya desempeñado cualquier género de actividad. Las primeras horas de la noche son las mejores para él. Si la fatiga fuese exógena, debería ser lo contrario. Si se somete a un análisis detenido de la manera cómo el enfermo siente la fatiga, éste nos llevaría de la mano inmediatamente a reconocer el carácter vital de la misma.

4.º En el círculo timopático propongo incluir los casos típicos de *neurosis orgánica o visceral*. Ahora bien: de la misma manera que las depresiones típicas y la timopatía ansiosa, las neurosis orgánicas forman por su parte el puente de transición entre la timopatía ansiosa o ansiedad vital típica y la verdadera neurosis. Existen dos razones fundamentales para aproximar las neurosis viscerales a la timopatía ansiosa: la primera se refiere a su curso fásico en muchos casos; la segunda se refiere a la prevalencia de la ansiedad como síntoma fundamental del cuadro clínico. En la mayoría de los casos de neurosis cardíacas, gástricas, respiratorias, etc., figura la ansiedad como uno de los síntomas fundamentales. En cualquiera de las descripciones de la llamada astenia neurocirculatoria, uno de los síntomas básicos es la ansiedad. El análisis detenido de la génesis de esta ansiedad demuestra que es, en la mayoría de los casos, una ansiedad primaria, inmóvil, irreferible a cualquier situación exterior o conflicto interior. Naturalmente que en muchos enfermos puede presentarse, además, una ansiedad secundaria producida por la enfermedad misma o, mejor dicho, por la reacción del yo o de la personalidad, ante la propia experiencia ansiosa, y que entre ambas puede constituirse un verdadero círculo vicioso.

El tercer carácter fundamental está constituído por el hecho reiterado de que una sintomatología visceral, ligada a un cierto órgano, se manifiesta en otra fase en otro órgano o plano somático distinto. Este es un punto a cuyo análisis me he dedicado ahincadamente en estos últimos tiempos, si bien el hecho es evidente y reconocido por numerosos clínicos. Un enfermo, por ejemplo, sufre una colitis mucomembranosa que le dura unos meses y cesa para ser sustituida después de un período intercalar, o sin él, por otra fase de palpitaciones o ansiedad precordial, o viceversa. Hemos de leer la historia del enfermo enteramente, sin detenernos en cortes transversales. El diagnóstico de neurosis cardíaca, intestinal, etc., es un diagnóstico transversal. El diagnóstico de timopatía ansiosa es un diagnóstico que tiene la pretensión de interpretar la historia del enfermo en un corte longitudinal. En muchos enfermos existe una sintomatología vegetativa caótica y abigarrada, sin que prevalezca nada referido a ningún órgano especial. Aparte de ello, flotan por encima de los demás síntomas algunos que corresponden a disregulaciones vegetativas centrales, como las distermias, el insomnio, los trastornos del peso, etcétera. Muchas veces estos casos suelen ser diagnosticados de «diencefalosis». Sus relaciones con el grupo anterior son evidentes, y, aparte de las disregulaciones vegetativas, a veces detectables por procedimientos especiales de exploración, por ejem-

plo, la medida de las temperaturas cutáneas, van acompañadas siempre de síntomas subjetivos que pertenecen a este mismo círculo.

Por otra parte, por vía de hipótesis, he formulado la idea de que las alteraciones vitales *se hallan ligadas en una u otra forma a las regulaciones diencefálicas*. Las razones en pro de esta tesis derivan de los hechos experimentales, de la observación clínica y de las deducciones terapéuticas. Con frecuencia aparecen en todos estos círculos alteraciones de la vida instintiva, cuya regulación diencefálica es evidente. La sensación de sequedad de la boca de los melancólicos es una expresión mitigada de una dis-regulación del instinto de la sed en su plano subjetivo. Las alteraciones sexuales son evidentes. En muchas ocasiones he observado alteraciones en el peso de carácter cíclico, cuyo origen diencefálico también resulta claro. Por otra parte, los estudios de HESS han descubierto la presencia de una motilidad que llama ereísmática, es decir, basal, y que se halla regulada por el diencefalo. Pues bien: desde el primer momento me llamaron la atención algunos cuadros clínicos en los que la ansiedad fué acompañada de torticolis, que también ofrecieron un curso fásico. Existe una observación de CHARCOT en una de sus famosas lecciones del martes, llamando la atención sobre esta coexistencia de un síntoma ansioso, un torticolis, y sobre su desaparición espontánea tras algunos meses de evolución.

La doctrina fundamental de la neurosis queda, pues, para mí resumida en los siguientes postulados.

La neurosis es un modo de «vivir» una determinada situación psíquica. El punto fundamental se halla en ese trayecto interno de las experiencias psíquicas que rodean el sujeto y que constituyen su circunstancia. Sólo en casos extremos, lo *primario* es la circunstancia externa.

El trayecto interno de la vivencia se halla conformado por *constitución*, por *factores fásicos* de naturaleza biológica (base vital o timopática de la neurosis) y por la *personalidad*. Lo que caracteriza a las neurosis, lo que les imprime un sello propio, es precisamente su *coeficiente personal*. De ahí la importancia del desarrollo previo de la personalidad, de la anamnesis neurótica.

El centro de la persona se halla en aquel punto o capa ideal donde el espíritu se inserta en la vitalidad. Allí comienza la vida personal, allí comienza el desarrollo neurótico propiamente dicho. Lo que hace difícil la comprensión, la interpretación y la curación de la neurosis es precisamente la intrincada estructura que forman en ella los factores apersonales y personales, conscientes e inconscientes, lo que son automatismos y lo que son decisiones. *Comprender una neurosis es siempre comprender una personalidad*. Y como tal tarea, es siempre ilimitada e inagotable, porque el alma humana no tiene límites.



EXTRABÉ

Terapéutica específica de las carencias vitamínicas mixtas

EXTRABÉ

Frasco de 20 grageas



EXTRABÉ "Fuerte"

Tubo de 20 grageas

INSTITUTO FARMACOLÓGICO LATINO S. A. - MADRID