

LA IMPORTANCIA DEL MEDIO Y DE LA HERENCIA EN LAS MANIFESTACIONES DE LOS TRASTORNOS PSIQUICOS

Prof. JUAN JOSÉ LÓPEZ IBOR

Cátedra de Psiquiatría
Departamento de Investigaciones Psicosomáticas - C. S. I. C.
Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas
Madrid

La psiquiatría moderna pretendió alcanzar su estatuto científico estableciendo y describiendo las analogías existentes entre la medicina somática y la medicina psicológica. Esta fue, sobre todo, la obra de KRAEPELIN, si bien hubo, como es natural, muchos intentos anteriores a él sobre los que se apoyó. El objetivo consistía en aislar "entidades morbosas", "enfermedades" como las que existen en medicina somática. El desconocimiento y la ausencia de lesiones anatomopatológicas que sirvieran de base a esta propuesta nosológica indujo a KRAEPELIN a buscar la "unidad morbosa" a través de un conjunto de caracteres, tales como la unidad de causa, la similaridad de curso y de pronóstico y, naturalmente, la lesión anatomopatológica cuando existiera. Estas coincidencias permitieron establecer la actual clínica psiquiátrica que, a pesar de numerosas correcciones, todavía manejamos.

El conjunto de estas condiciones representa un ideal nosográfico que tampoco cumple, salvo excepciones, la medicina somática: con idéntica unidad etiológica, los cursos son distintos en las enfermedades somáticas y KREHL puso de manifiesto la influencia de la personalidad en la forma de enfermar. La medicina psicosomática, con su actual expansión no hace más que subrayar este punto de vista. La definición de enfermedad no ofrece menos dificultades en medicina somática que en psiquiatría.

BONHOEFFER llamó la atención sobre el hecho de que el organismo tuviese una respuesta unívoca, desde el punto de vista psicopatológico, a

multitud de agentes externos: infecciones, intoxicaciones, traumas y enfermedades somáticas diversas, etc. El "síndrome exógeno" se caracteriza, sobre todo, por trastornos de la conciencia. HOCHE, por otra parte, afirmaba que el empeño nosológico resultaba baldío y que la enfermedad no hacía más que liberar una serie de síndromes preformados, es decir, modos de respuesta a las agresiones externas o a los desequilibrios internos. La gravedad de la importancia de tales objeciones no pasó desapercibida para KRAEPELIN, quien, en los últimos años de su vida, volvió sobre el tema tratando de describir las formas en las cuales la "locura" podía manifestarse.

Estas formas eran, para KRAEPELIN, las siguientes: 1. *Delirante*, coincidente con el "síndrome de reacción exógena" de Bonhoeffer y en el cual los síntomas tienen una cierta analogía con las vivencias del ensueño. 2. *Paranoide*, que se presenta en la paranoia, en los querulantes, en las diversas formas de psicosis carcelarias, en las formaciones delirantes de los alcohólicos y cocainómanos, en la demencia precoz, en la psicosis maniaco-depresiva y en la demencia senil. Su base se halla en la falta de confianza que cada uno debe tener con el mundo que le rodea. 3. *Alteraciones afectivas morbosas* que dominan el cuadro de la locura maniaco-depresiva, pero que aparecen también en las parálisis, en la demencia precoz, en los psicópatas y, en general, en cualquier trastorno mental. Una parte de las formaciones delirantes tienen aquí su fundamento, tales como las formaciones delirantes catatímicas. 4. Síntomas *histéricos* basados sobre la reacción de conversión, aunque KRAEPELIN no utiliza esta expresión. Los movimientos afectivos se descargan no sólo por las vías expresivas sometidas a la voluntad, sino por otras habitualmente sustraídas a ella. 5. Manifestaciones *instintivas*. Sobre todo se refiere a los actos impulsivos. 6. *Esquizofrénica* cuya esencia la ve en la imposibilidad de mantener el timón de la personalidad. Las manifestaciones esquizofrénicas no se limitan al área de la demencia precoz, sino que aparecen en otras enfermedades como la parálisis, los traumas cerebrales y la demencia senil. 7. *La alucinosis verbal*: su ejemplo típico está constituido por las voces dialogadas (esquizofrenia, alucinosis alcohólica, delirio cocaínico, parálisis y otras afasias sifilíticas, delirio de persecución de los sordos y de los presos). 8. Los procesos *destructivos*, como las arteriosclerosis, la parálisis, la encefalitis, etc., producen lo que KRAEPELIN llama el síndrome *encefalopático*. 9. Las *oligofrenias*. 10. Los síndromes *epilépticos* o *epileptoides*.

En KRAEPELIN se manifiesta, pues, un desplazamiento de la enfermedad hacia el síndrome y este desplazamiento subsiste muy insistente en la psiquiatría actual. Así resulta que el autor que con más pureza y rigor descriptivo intenta el aislamiento de los diversos trastornos psíquicos, K. SCHNEIDER ofrece una clasificación que mantiene ese carácter sindrónico para muchas de ellas. *La enfermedad*, dice, *es sólo corporal*. Existen trastornos psíquicos con base corporal y que resultan definidos por ella. En otros, la base corporal es *supuesta* (ciclotimia y esquizofrenia). Describe la ciclotimia y deja un grupo de trastornos no incluidos en ella; a esto, dice, *llamo esquizofrenia*. Aparte se hallan las *anomalías* o *variaciones psíquicas* (psicopatías y neurosis).

Ante esta problemática no extrañará que cada vez hayan tomado más cuerpo los intentos opuestos, cuyo punto de vista podemos resumir así:

no es posible aislar enfermedades mentales en el mismo sentido que las somáticas. Tampoco importa, porque esta actitud descriptiva no sirve para nada. No hay que hacer diagnósticos, lo importante es comprender a cada enfermo en su singularidad. *El trastorno mental es psicodinámico*. La interpretación psicodinámica es la que lleva consigo la curación de la enfermedad. *La enfermedad mental no es tanto un hecho biológico como un hecho social*.

La influencia que en este punto de vista ha tenido el psicoanálisis es evidente. El psicoanálisis empieza por describir unos cuantos casos de histeria, descubriendo la génesis traumática de los mismos. El trastorno se debe a una serie de impactos vivenciales ocurridos en la infancia del sujeto. Ya no se trata de una disposición más o menos heredada, sino de una alteración adquirida durante la vida (histeria traumática). Esta interpretación en la génesis de la histeria se extiende después a las neurosis y posteriormente —a pesar de ciertas reticencias del mismo FREUD— a las psicosis. Hoy existen muchas escuelas psiquiátricas para las que las psicosis endógenas se constituyen con el mismo esquema que las neurosis. Se trata de alteraciones en el desarrollo de la personalidad producidas por los influencias del medio ambiente. En esta línea se ha ido tan lejos que algún autor, como SZASZ, llega a hablar del “mito de las enfermedades mentales”. Las enfermedades mentales —dice— no son enfermedades como las del cuerpo. Son “trastornos de la comunicación” y no tienen nada que ver con el resto de la Medicina. Las enfermedades mentales son *sociosis*, según el citado autor. CHARCOT y FREUD son los responsables —insiste SZASZ— de esta mitologización del “trastorno en la comunicación” bautizándolo con el nombre de enfermedad, como si se tratara de una parálisis orgánica o de una cirrosis hepática. Por otra parte, todo el edificio nosológico que con tanto esfuerzo inició KRAEPELIN y que después fue elaborado y desarrollado por psiquiatras especialmente del área lingüística alemana, es vivamente atacado desde perspectivas distintas. Sería un grave error creer que lo que se llama “esquizofrenia” en Munich o en Heidelberg o en Madrid es lo mismo que en Topeka o en Buenos Aires. Al no tomar en cuenta la posible presunta base somática de los trastornos, éstos no se aceptan como enfermedades en sentido estricto, sino como grados de perturbación en las relaciones del individuo con la sociedad. MENNINGER ha publicado un libro con el nombre de *Vital balance*, en el cual la patología mental se interpreta como un tránsito gradual y creciente de la normalidad al trastorno grave y más desintegrador. Para MENNINGER no debe haber diagnósticos.

* * *

Podemos establecer, para ver con claridad la cuestión, el siguiente esquema: existen trastornos mentales cuya presentación se halla ligada evidentemente a lesiones anatómicas o a alteraciones funcionales del

cuerpos (psicosis orgánicas en general). Otros, en los que las alteraciones somáticas son supuestas o postuladas ("psicosis endógenas"). Otros, finalmente, en los que la base somática no existe, ni se postula y parecen sólo ligadas a la condición psíquica humana (neurosis y psicopatías). Sobre un punto es necesario insistir: aun en los trastornos psíquicos más ligados a una lesión corporal, junto con esta obligatoriedad sintomática existe una cierta independencia. La lesión determina la presentación de la psicosis, pero no *su forma de aparecer*. Aun en la misma parálisis general, modelo de las psicosis orgánicas, no se sabe, a la vista de las lesiones, cuándo un paralítico ha presentado un síndrome depresivo y cuándo uno expansivo. Existe una sintomatología cuya dependencia de la lesión somática es más evidente, la demencia; pero hay otra sintomatología que depende de la personalidad y aun del medio. Ahora son menos frecuentes que antes los delirios de grandeza. Esta *plasticidad* del enfermar psíquico en relación con la personalidad y con el medio es mayor a medida que nos alejamos más de los trastornos estrechamente ligados a la presencia de lesiones corporales, especialmente de las cerebrales. Desde BIRNBAUN se distingue en psiquiatría entre factores *patogénicos* y *patoplásticos*; pero esta distinción es clave sólo teóricamente, ya que es necesario ahondar, en cada caso, en una u otra vertiente. Por ejemplo, el trabajo realizado en una serie de 174 pares de gemelos alcohólicos demuestra que el deterioro mental no depende de la cantidad de alcohol consumido. Es decir, el deterioro que ocurre en algunos casos de alcoholismo no es por efecto del alcohol, sino de un factor etiológico en el establecimiento del abuso. Por otra parte, en las neurosis y en las reacciones vivenciales anormales, las circunstancias ambientales actúan no sólo patoplásticamente, sino patogénicamente. Esta interpretación psicodinámica de los trastornos se tiende a extender por muchos autores a las depresiones y a la esquizofrenia. Hoy es frecuente hablar de "madres esquizofrenógenas". El problema necesita ser, pues, más detenidamente analizado.

* * *

Examinemos primeramente la situación actual de la genética psiquiátrica.

La idea que impulsaba las investigaciones de la época que podríamos llamar kraepeliniana era muy distinta de aquellas vagas afirmaciones de los tiempos de MOREL y KRAFT-EBBING sobre el origen de las enfermedades mentales. No se trataba de explicar la presencia de la enfermedad mental como una "degeneración" de la especie humana, sino de hallar relaciones genéticas claras, de carácter mendeliano, que permitiesen aislar determinados tipos de trastornos a los que conceder el nombre de enfermedades. De la misma manera que el primitivo esquema nosológico

se cumplía en la parálisis general, este esquema genético se cumplía en alguna enfermedad de perfiles tan circunscritos con el corea de Huntington.

Así se iniciaron, primero por la escuela de RÜDIN, y después por una amplia serie de investigadores, numerosos trabajos sobre la herencia de los diversos tipos de trastornos mentales; pero ni las psicosis endógenas, ni las anomalías de la personalidad, ni los trastornos vivenciales se mostraron aptos para que las reglas mendelianas pudiesen ser aplicadas a su transmisibilidad hereditaria. Una enorme y admirable serie de trabajos vieron la luz. En el "Kraepelin Institut" se creó entonces un departamento genético. Después de la última guerra han continuado las investigaciones en diversos países. En el Hospital Maudsley de Londres, por ejemplo, bajo la dirección de SLATER, en la Universidad Columbia, bajo la dirección de KALLMAN. En los países escandinavos ha existido siempre una especial inclinación a estos estudios, precisamente por la estabilidad de la población a lo largo de los años, permite la realización de investigaciones genealógicas de una singular precisión.

Como el primitivo intento de encontrar el esquema mendeliano de la transmisión se frustró, los investigadores se dirigieron, sobre todo, a averiguar la probabilidad de enfermar en las familias con una determinada psicosis, por ejemplo la esquizofrenia, comparada con la frecuencia de enfermedad en la población media. Así, por ejemplo, para esta enfermedad las probabilidades de enfermar son las siguientes (término medio de varios estudios):

Probabilidad de enfermar en la esquizofrenia.

Población general	0,85 (1)
Hermanastros	7-8
Hermanos	5-15
Padres	5-10
Hijos (de un solo padre esquizofrénico)	8-16
Hijos (cuando los dos son esquizofrénicos)	53-58

Esta progresión en la probabilidad de enfermar a medida que se estrecha el parentesco con el probando psicótico demuestra la existencia de la base hereditaria del trastorno. Análogamente se ha podido establecer esta base para la psicosis maniaco-depresiva.

ANGST, en un interesante trabajo sobre las depresiones, en las que parte de 331 probandos, encuentra que cuanto más tarde aparece la psicosis endógena, tanto más psicosis se encuentran en la parentela y tanto más se demuestran factores provocados psíquicos o somáticos en la apa-

(1) La mayoría de los investigadores concuerdan en que la probabilidad de enfermar es de más del 10 por 100.

Combinación entre los padres	Núm. de parejas	Cifras de hijos		Número psicosis en hijo				Psic. endog. en total números absolutos y probab. enfermar
		Según Stromgen esquiz.	Según Stromgen Winbergg PMD	Esqz.	PMD	Atip. endog.	Endog. insufic. conocidas	
Esquiz. por esquiz.	34	61,3	23,1	20 8/2	—	—	1	20 8/2 = 39,2 %
PMD por PMD	20	37,1	27,5	1	9 1/2	2	1	13 1/2 = 44,4 %
PMD por esquiz.	19	61,4	42,5	6 2/2	6 2/2	1	2	15 1/2 = 31,2 %
Psic. endógena atípica por esquiz.	23	68	41,3	8	1 1/2	3	2/2	12 3/2 = 21,3 %
Psic. endógena atípica por PMD	21	43,3	27,2	—	4 1/2	4 1/2	—	8 3/2 = 28,8 %
Psic. endógena atípica en los dos	17	58	43,6	5	5 1/2	10 1/2	2/2	20 4/2 = 41,3 %

rición de la enfermedad. Si la enfermedad aparece más precozmente la influencia de éstas disminuye. Las depresiones endógenas afectan más a las mujeres que a los hombres, lo cual se halla genéticamente determinado.

La frecuencia de psicosis endógenas en hijos de esquizofrénicos o de maniacodepresivos es mayor que en el término medio de la población como se ve en el esquema anterior.

Dicho cuadro está compuesto de 134 parejas de padres psicóticos, según las cifras de KAHN, SCHULZ y ELSÄSER, número absoluto de casos de psicosis y probabilidad de enfermar los hijos (PMD = psicosis maniacodepresiva) en los casos de psicosis dudosa computados como 1/2.

Para precisar más hasta qué punto y forma el trastorno es hereditario o es influenciado por el medio se ha apelado al método de los gemelos. Los procedentes de un solo óvulo se parecen entre sí como la mitad derecha e izquierda del cuerpo. Los que proceden de dos óvulos se parecen como dos hermanos. La comparación entre ambas series gemelares podría considerarse como una medida del "quantum" hereditario del trastorno psicótico estudiado. Las series gemelares estudiadas han sido numerosas. Para elegir un ejemplo citaremos la de KALLMANN. La probabilidad de enfermar de los gemelos dizigóticos esquizofrénicos es de 14,5 por 100, en tanto que la de los gemelos monoigóticos es del 86 por 100. Es decir, la probabilidad entre los dizigóticos es la misma que entre hermanos, a pesar de que por regla general han crecido en el mismo medio, mientras que el medio en el que han crecido los hermanos de los probandos esquizofrénicos es mucho más variable. El cálculo de variabilidad en estas series permite establecer una serie de consideraciones sobre la penetración, la expresividad, el carácter letal del supuesto gen conductor de la esquizofrenia, etc.; pero, precisamente, las numerosas variables existentes no permiten establecer otras afirmaciones que las de una cierta base genética de los trastornos. Estudios análogos se han hecho para la psicosis maniacodepresiva.

Probabilidad de esquizofrenia para los gemelos cuando el probando es esquizofrénico.

A U T O R	Año	Número de los pares		Concordancia en %	
		Dicóricos	Monocóricos	En dicr.	En monoc.
LUXEMBURGER	1930	69	21	3,3	66,6
ROSANOFF	1934	101	41	10,0	67
ESSEN-MÜLLER	1941	24	7	16,7	71,4
SLATER	1951	115	41	14,0	76,0
KALLMANN	1952	685	268	14,5	82,2

Probabilidad de psicosis maniaco-depresiva en gemelos cuando el probando es maniaco-depresivo.

A U T O R	Año	Número de los pares		Concordancia en %	
		Dicóricos	Monocóricos	En dicr.	En monoc.
LUXEMBURGER	1930	13	4	0,0	75,0
ROSANOFF	1934	67	23	16,4	69,6
SLATER	1951	30	6	23,3	66,7
KALLMANN	1952	55	27	23,6	82,6

TIENARI ha realizado una investigación exhaustiva en Finlandia. Del registro civil, período comprendido entre 1920 y 1929, se han extraído todos los pares gemelares. El material comprende 1.053 pares, de los que el autor ha investigado 903. De ellos, 49 tenían trastornos psíquicos, de los cuales 16 eran esquizofrénicos. De los 16 hermanos de los gemelos monocóricos en ninguno se encontró una esquizofrenia. Otros tres se diagnosticaron de personalidad neurótica. En tres se diagnosticó una neurosis En 12, carácter esquizoide. Sólo cuatro se mostraban indemnes. Según esta serie la concordancia entre los pares masculinos es menor que los femeninos y menor que en los enfermos procedentes de un establecimiento psiquiátrico.

Desde la publicación del libro *Verbrechen als Schicksal* ("Crimen como destino"), por LANGE, ha persistido el propósito de utilizar los estudios gemelares como método para determinar lo que se debe a la herencia y lo que se debe al medio ambiente en la personalidad psicótica. En una de las más recientes investigaciones, SHIELD seleccionó una serie de gemelos de la población general a través de un programa de televisión. Eligió 42 pares de MZ que habían vivido separados desde los primeros pasos en la vida y los comparó con igual número de pares DZ que habían vivido juntos siempre, los cuales a su vez fueron comparados con 28 pares de DZ que habían vivido separados. Ese estudio demostró, como ya se conocía por muchos trabajos anteriores (NEWMANN, FREEMAN, HOLZINGER), la similitud entre los gemelos MZ, hubiesen vivido juntos o separados, frente a la disimilitud de los gemelos DZ. La similitud fue comprobada por los coeficientes de correlación entre los tests de inteligencia verbal y no verbal y el test de extraversión y neurotismo de EMPI (Eysenck-Maudsley Personality Inventory). La única excepción fue el peso corporal en las mujeres cuya correlación fue menor en los grupos MZ que vivían separados que en los otros grupos. Se pudo comprobar claramente la influencia de medio ambiente. Los gemelos que vivían en hogares psicológicamente desfavorables mostraron una menor puntuación en la escala de salud mental. Los gemelos MZ, por el contra-

rio, se mostraron similares en maneras, timbre de voz, temperamento, gustos y otros aspectos de la conducta, incluso la sexual. Las personalidades que mostraban características especiales, tales como la tendencia a la ansiedad, a la inestabilidad emocional y a las variaciones ciclotímicas al borde de la normalidad se mostraron igualmente concordantes entre los MZ, aunque hubiesen crecido en medios distintos.

Las más recientes investigaciones gemelares (JUEL-NIELSEN) tienden a confirmar la herencia de la inteligencia, si es que por inteligencia entendemos lo que se mide por los tests. También la personalidad —y la neurosis— se hallan poligenéticamente condicionadas.

ROSENTHAL y colaboradores han tenido ocasión de estudiar un caso excepcional de gemelos cuádruples esquizofrénicos con un genotipo común (Genian quadruplets). Después de un estudio exhaustivo de la personalidad y medio de los mismos proponen los siguientes esquemas de interacción entre ambos: 1) El genotipo proporciona la base física, el anclaje para la reacción esquizofrénica, pero esta reacción no ocurre si no existen otras condiciones de medio que la pongan en acción (teoría de la "diátesis-stress"). 2) El factor endógeno es latente y el exógeno lo pone de manifiesto. 3) En otros casos hay que pensar en una activación, es decir, no en una manifestación de lo endógeno por "stress", sino en un acúmulo de ambas acciones. 4) Ambos factores producen el mismo efecto fenotípico. Este es el modelo que ROSENTHAL considera más adecuado para los "genian quadruplets. Estos "quadruplets", de pequeños, tenían un carácter inhibido, poco comunicativo. El régimen familiar era del mismo tipo. Cuando los niños enfermaron la inhibición extrema se manifestó mediante síntomas catatónicos. 5) El otro modelo consiste en "facilitación-resistencia": se aplica mejor a la teoría monogénica-bioquímica. No se necesitan factores que favorezcan la aparición de una enfermedad, sino la ausencia de las que la inhiban. Esta no se considera de carácter psicológico, sino constitucional. 6) Finalmente, el otro esquema es el de la acción recíproca en el cual cada factor intensifica al otro.

En resumen, lo único específicamente somático que se puede encontrar —desde el punto de vista etiológico— es esta *disposición genética* demostrada por la investigación familiar y gemelar; pero el genotipo está sometido a numerosas influencias en sus manifestaciones, tales como la de otros genes y el medio ambiente. Existe otra posibilidad conocida en genética humana, la de la "genocopia", es decir, que sólo por los factores de medio se obtenga el mismo cuadro que por factores ambientales. En cualquier caso la "penetración" del gen no es absoluta, sino que puede ser muy relativa. Y lo mismo ocurre con la "expresividad". Tampoco cabe duda de que en alguno o muchos casos el gen puede quedar latente.

El estudio de los enzimas y cromosomas ofrece grandes perspectivas. COPEN y COWIE no han podido confirmar el hallazgo de un aumento en

el yodo proteínico, indicador de una anomalía tiroidea, en los niños con síndrome de Down. En cambio, ha demostrado que las madres que han tenido un niño mongólico a los veintisiete años o aún más jóvenes, se distinguen de los de madres viejas por una cuota elevada de hormonas andrógenas. También se ha demostrado este hallazgo en madres con múltiples abortos. Estas observaciones movieron a la investigación de la secreción de esteroides en las madres de niños mongoloides, confirmando la existencia de diferencias en el quimismo entre las madres jóvenes y viejas. Las jóvenes que habían dado a luz un mongólico presentaban un aumento de dehidroepiandrosterona con respecto a la cifra total de 17-cetoesteroides. Muchas explicaciones se pueden dar de este hecho. Unas de ellas es que las madres viejas son normales, en tanto las jóvenes son portadoras de una desviación cromosómica insuficiente para manifestarse patológicamente, pero sí para producir una diferencia en el metabolismo de los esteroides.

THEO LANG sostuvo que la homosexualidad humana era una forma de intersexualidad. Se apoyaba en el predominio de varones en las familias de homosexuales masculinos. PASE ha demostrado, por el contrario, que los homosexuales son cromatino-negativos, es decir, que en ellos la ausencia de corpúsculos de Barr es la misma que en los varones corrientes. En los homosexuales la edad media materna es de 31,3 años, en la población media de 28,5 años, en los mongólicos de 36,7 años.

* * *

En resumen, creo que la acción de los dispositivos hereditarios puede concebirse de la siguiente manera:

1. Existe una gradación entre formas hereditarias estrictas como en el síndrome de Down y otras en las que sólo se puede hablar de una base de predisposición hereditaria como en las psicosis endógenas. Aun en las formas morbosas más típicamente hereditarias, como es el corea de Huntington, existe una cierta variabilidad en sus manifestaciones que llega desde los síntomas neurológicos a los psíquicos pasando por los metabólicos.

2. Supuesta una base genética, el camino hasta su manifestación es complejo. o sólo existen modelos diversos, sino que éstos pueden coexistir. La zona más llena de incógnitas es, como siempre, la de las relaciones entre las disposiciones genéticas y las manifestaciones fenotípicas de carácter psíquico.

3. Es necesario buscar perspectivas nuevas en genética psiquiátrica. Aparte del estudio de las bases genéticas de las formas clínicas, tal como se describe en la actualidad, es necesario abordar las bases genéticas del pronóstico. En definitiva, la cuestión más importante es la de la evolución de los trastornos. Sintomatologías clínicas análogas siguen cursos distintos. La terapéutica actual de la esquizofrenia y de las de-

presiones tienen una franja común y otra diferencial. En la acción farmacológica también se ha descubierto una cierta afinidad familiar, por ejemplo, familias de depresivos que responden bien, familiarmente, a una o a otra medicación (Angst). Lo importante sería estudiar la base genética de la cronificación del trastorno psíquico y del deterioro de la personalidad.

4. Tanto los estudios genéticos como los referentes a factores externos están influidos por la distinta manera de establecer los diagnósticos en los diversos países y en las diferentes áreas psiquiátricas. Cuando el diagnóstico de esquizofrenia se dilata tanto como en la escuela americana que califican así a enfermos que nosotros diagnosticamos de neuróticos, psicópatas y aun puramente homosexuales, los hallazgos serán evidentemente distintos. Los estudios de KALLMANN constituyen una excepción, porque los inició en Europa y prosiguió en Estados Unidos con el mismo criterio. ZUTT llama la atención sobre la similaridad de las cifras de concordancia entre los gemelos equizofrénicos y los tuberculosos según los estudios de VERSCHUER; pero esta similaridad no va en contra de la demostración de la existencia de una disposición, porque precisamente ésta se admite para la tuberculosis basándose en los mismos y considerando la ubicuidad de la exposición al contagio.

5. No se pueden ignorar las "cargas interpretativas" que existen en todos estos trabajos. HIRSCH, en uno dedicado a la genética conductista, dice que la uniformidad en los medios educativos a la que se va llegando en cada país y aun en el conjunto de los países desarrollados, con el intento de crear la "gran sociedad", constituye el mayor experimento de selección natural, puesto que podríamos producir un sistema más rígido de castas basado en las disposiciones genéticas, ya que el medio social se uniforma. Sin embargo, agrega, la mutación, las combinaciones genéticas, la selección neurótica y la inhabilidad para transmitir sólo una pequeña parte de la experiencia individual, garantiza la presencia de variantes en la nueva generación y la persistencia de la movilidad social.

6. El punto importante de si la genética demuestra que las psicosis endógenas son realmente endógenas, no debe en modo alguno "absolutizarse" como hacen algunos genetistas. La somaticidad de las mismas es un postulado. En cualquier caso son distintas de las psicosis orgánicas y yo agregaría que como formas de *enfermar* son también diferentes de éstas. Sobre su mayor o menor influenciabilidad o provocación por el medio la cuestión queda abierta en cada caso. Los tratamientos nos sirven en algunos casos para poder intuir lo que hay de disposición en la personalidad en el sentido de algo *dado*, permanente y lo que hay de fáscico o transitorio, a pesar de estar *dado*; además, lo que hay de histórico-determinante y lo que hay de histórico-plástico en cada enfermo.

* * *

Sin embargo, todas estas investigaciones genéticas no se hallan sin contrapartida. Dejando aparte algunas enfermedades como las ya citadas (corea de Huntington, mongolismo, etc.), en el resto de las manifestaciones de los trastornos psíquicos se ha venido concediendo gran importancia a los factores procedentes del medio ambiente. En los últimos años de su vida KRAEPELIN organizó una expedición a Java para estudiar la influencia del medio en la aparición de los trastornos mentales. Por cierto que la ausencia de trastornos metasifilíticos, que fue uno de sus hallazgos, no fue después comprobada por BERINGER. El estudio de las variaciones en la presentación de las enfermedades mentales en las diversas áreas culturales constituyen la llamada "psiquiatría transcultural o crosscultural". Su importancia se reconoce en cuanto se piensa que la enfermedad psíquica es, muy especialmente, una enfermedad social. Pero esta nota de "social" de la enfermedad ofrece varios aspectos. Uno muy claro es el de la plastia de la enfermedad: su morfología o manifestación sintomatológica según la estructura de la sociedad en la cual vive. Este aspecto es evidente. El tema de un delirante depende de las circunstancias de su vida personal o de la estructura de la sociedad en la cual vive. Se comprende fácilmente que un delirio de invención tuviera los submarinos por tema hace cincuenta años y ahora lo tengan los "misiles".

Pero este esquema resulta demasiado simple para interpretar todo el espectro patológico. Para poder arrojar más luz a toda su extraordinaria complejidad tomemos el ejemplo de las neurosis. Las neurosis son reacciones vivenciales anormales o reacciones conflictivas. De ahí su gran plasticidad histórica. No es lo mismo la histeria de Sydenham que la de Charcot, ni que la de nuestros días. La diferencia no se debe sólo al cambio de opinión de los médicos, sino a las *diferencias en la manera de expresarse los enfermos*. Se establece aquí un círculo vicioso. El enfermo construye, en parte, su sintomatología, como respuesta al esquema que el médico se hace de la misma. Y viceversa. Esta enorme plasticidad aleja la neurosis de todo posible sustrato material y las convierte en "sociosis". De ahí que las fronteras entre lo normal y lo patológico sean distintas según las áreas culturales en las que nos situemos.

* * *

Así ha surgido la "psiquiatría comparada" una de cuyas ramas es la "etnopsiquiatría". La comparación puede hacerse apoyándose en las evoluciones del material histórico. Es evidente el cambio de fisonomía de las neurosis en el curso de los últimos cien años, como acabo de subrayar. Por eso se puede hablar de una *concordancia entre el estilo de enfermar y el estilo de vivir*. La angustia, que se halla en la base de las neurosis se manifiesta de un modo u otro, según la atmósfera que la envuelva, aunque sus radicales sean los mismos. *La secularización de la*

angustia contemporánea ha modificado no sólo su máscara, sino también el nivel de sensibilidad frente a ella. Las neurosis se han somatizado. Buscan más los canales vegetativos para expresarse que los canales senso-motores.

Con respecto a las depresiones los problemas que plantea una psiquiatría comparada son varios, de los cuales sólo destacaré los más importantes:

1. En primer lugar, se halla la presencia o ausencia de depresiones en las diversas áreas culturales. En numerosos trabajos se afirma que en los pueblos primitivos apenas existen depresiones. Las depresiones apenas se ven —dicen— en los pueblos africanos y muy poco en los asiáticos, comparando con su frecuencia en los pueblos europeos. Se señala, en cambio, la frecuencia de las manías en los pueblos asiáticos (GOLD, CAROTHER, HOCH, PFEIFFER, LAMBO, BENEDICT y JACKS). KLUGE dice que en Java e Indonesia hay pocas depresiones y raros suicidios. ARI KIEV tampoco encuentra psicosis maniaco-depresivas en las Indias Orientales. También señala la mayor frecuencia de las manías con respecto a las depresiones (CAROTHER, HSIEN RU, etc.). A mi modo de ver, estas afirmaciones hay que tomarlas con una cierta cautela. Se necesita un cierto conocimiento de lo que es y no es enfermedad para que las depresiones sean reconocidas como tales y acudan al médico.

Otras veces, esta misma ambigüedad actúa psicodinámicamente y determina que las depresiones, sobre todo las angustiosas, se manifiesten más viva y dramáticamente. Hemos visto, por ejemplo, una enferma con un cuadro pseudodemencial que en el fondo era una depresiva, a quien la familia tenía más bien por vaga que por enferma.

2. La propia sintomatología de las depresiones. De las tres angustias fundamentales que la depresión revela: la angustia ante el ser, como culpabilidad, ante la finitud corporal, como hipocondría y ante el mundo, como pobreza (K. SCHNEIDER), hay un predominio de una u otra, en los temas delirantes correspondientes, según las circunstancias históricas. Muchos trabajos están de acuerdo en señalar la disminución del tema de la culpabilidad en los últimos tiempos, coincidiendo precisamente, con la secularización de la sociedad contemporánea (ORELLI, JANZARIK, ARNOLD, LENZ, etc.). A este dato se agrega el de la relación entre este tema y la mentalidad colectiva. LENZ dice, un poco exageradamente a mi modo de ver, que el hombre primitivo no tiene ninguna conciencia y, por tanto, no puede tener ningún sentimiento de culpabilidad. MURPHY, WITTKOWER y CHANGE han comunicado los resultados de una encuesta sobre la sintomatología de las depresiones en 30 países. Las ideas de autoacusación se presentaban casi exclusivamente en pueblos cristianos. JANKELEVICH dice que en la Guinea africana las depresiones aparecen bajo forma de estupor o agresión, pero no con sentimiento de culpabilidad. ORELLI y otros autores señalan, por otra parte, el incremento

de los delirios hipocondríacos coincidiendo con la supra-valoración que el hombre moderno hace de su cuerpo.

Si se examina a fondo el cuadro clínico de las depresiones actuales, puede verse con mayor claridad qué hay de verdad en la afirmación del decrecimiento del tema de la culpabilidad. Efectivamente, éste decrece como culpabilidad moral a tenor de un código de base religiosa; pero no como culpabilidad ontológica e existencial. Más bien en esta forma se halla presente en la mayoría de los depresivos. La culpabilidad existencial surge de la toma de conciencia de la naturaleza deficitaria y frustradora del proyecto existencial. Vivir es avanzar en la vida y cada acto vital en sí es una elección, pero al mismo tiempo una renuncia. Esta renuncia constitutiva se hace transparente en el fondo del depresivo. LENZ habla del "Lost-Syndrom", del síndrome de la pérdida. El depresivo no tiene apetito, ni sueño, ni interés por nada, etc. El depresivo no siente interés por la vida. La vida en sí parece como desprovista de sentido, con un "quantum" considerable de absurdo y de vacío. Como esta experiencia es primaria, es decir, nace en las profundidades del ser, en la conciencia aparece como culpabilidad primaria, como frustración esencial. En este sentido, pues, en las depresiones se revela el nihilismo que caracteriza al hombre contemporáneo.

Con respecto a la esquizofrenia puede decirse que la forma paranoide sólo se ve en pueblos de cultura diferenciada y que en los demás predominan las formas hebefrénicas y catatónicas. Depende de la cultura de cada pueblo, si las psicosis esquizofrénicas son reconocidas o no como enfermedad. Un fakir o un eremita en la India puede ser, según la óptica europea, un estado residual esquizofrénico. URBAN dice que en muchos Gurus es muy difícil decidir si se trata o no de un esquizofrénico. En muchos pueblos orientales los cuadros clínicos se encuentran, además, enmascarados y complicados por las drogas, como en Europa por el alcohol.

En el trabajo de MURPHY, WILTROWER, ELLENBERGER y FRIED se señala que el síndrome paranoide es menos frecuente en el agro que en la ciudad, y que, en cambio, en aquél son más frecuentes los contenidos religiosos. En general, señalan que en todas partes la esquizofrenia se caracteriza por su retraimiento social y emocional, por su decadencia afectiva y por las ilusiones y alucinaciones. Las formas hebefrénicas son muy frecuentes en Japón y Okinawa, el tipo catatónico en todo Asia en general, en tanto que tipo paranoide y alucinatorio en el área euroamericana. La catatonía en los indios es inhibidora en tanto que en los africanos y sudamericanos se presenta como excitación. LUCAS SARUISBURY y COLLIN señalan que entre los negros esquizofrénicos en los Estados Unidos predominan los delirios religiosos y las alucinaciones, mientras que entre los blancos son más frecuentes las ideas hipocondríacas y las de referencia.

* * *

Existen numerosos cuadros clínicos que son típicos de una región determinada. ELLENBERGER ha escrito recientemente un resumen excelente sobre esta cuestión. Entre los más conocidos citaremos los siguientes: *Amok*, *Berserkrwut*, *Kayat*, *Lathah*, *Myriakit*, *Imu*, *Koro*, *Windingo*, etcétera. En todos ellos pueden advertirse, según mi opinión, dos planos estructurales, uno social: imitación, condiciones de vida, creencias, etcétera, y otro psicopatológico en sentido estricto: crisis de angustia endógena o provocada, descargada las más de las veces como agresión, por ejemplo en el "amok"; y otras como entrega, por ejemplo, en el "lathah", respondiendo a los dos radicales biológicos fundamentales de la conducta humana. ("reacción de sobresalto" y "reacción de sobrecogimiento").

Las epidemias psíquicas no son algo que haya desaparecido de nuestro mundo, aunque no se ofrezca con la teatralidad de otras veces. Todavía se encuentra algún ejemplo, RISO y BÓKER han descrito recientemente un delirio de embrujamiento entre los trabajadores italianos en Suiza, procedentes de los Abruzos. En el medio rural de origen todavía existe la creencia de que un hombre puede ser embrujado por una muchacha haciéndole beber, inadvertidamente, algunas gotas de su sangre menstrual. Es una "Fattura d'amore", pero también hay otra "Fattura a morte" y como es natural "contrafatturas".

Mucho se habla ahora sobre la disminución de la agresividad intraespecífica como dice LORENZ. No sé hasta qué punto esto sea cierto. Lo más probable es que la agresividad haya tomado otras formas también menos teatrales. La última guerra no fue una demostración de la disminución de la agresividad en la especie humana. En cualquier caso la agresividad aumenta y a veces toma carácter patológico en la zona de confrontación de las culturas distintas. En el "síndrome de Puerto Rico" (FERNÁNDEZ MARINA, MEHLMAN) nos encontramos con un producto neto del trasplante de una cultura a otra con unas dificultades de adaptación creadas muchas veces por la hostilidad del medio cultural receptor.

* * *

En la expresión de las alteraciones psíquicas influye mucho el modo de establecerse *la relación médico-enfermo*. BRODY dice que en su clínica de Baltimore el enfermo económicamente pobre adopta una conducta sumisa y le dice al médico lo que éste quiere oír. El médico por su parte, adopta una conducta más autoritaria. CAUDILL ha observado que en los hospitales privados japoneses el enfermo que ingresa se comporta muy suavemente de acuerdo con los cánones sociales. Se queja de depresión, ansiedad, molestias hipocondríacas, pero en su conducta no hay agresividad. La relación médico-enfermo es como la de un hermano mayor con respecto a uno menor.

* * *

Entre los síntomas de las enfermedades mentales unos son expresión directa del trastorno y tienen carácter deficitario, por ejemplo, la demencia orgánica. Otros, en cambio, son dispositivos o mecanismos de defensa. Lo importante es tener en cuenta que los *mecanismos de defensa son de carácter primariamente comunicativo*. Cuando un esquizofrénico habla de que le persiguen los masones o los jesuitas es porque en el delirio concreta y sistematiza la experiencia primaria del "estar-en-el-mundo". Esta experiencia primaria, tanto en las psicosis endógenas como en las neurosis tiene un carácter angustioso. Es cierto que hay angustias primordiales del ser. Estas son comunes a todos los hombres. La relación entre este *fondo* y los síntomas psíquicos de carácter defensivo es muy importante. Estas defensas no deben mirarse como producto de una actitud consciente. No es sólo una defensa por los contenidos del delirio, de la alucinación o de la fobia. La defensa se realiza en la propia estructura psíquica. En el esquizofrénico se traspone al espacio psíquico exterior lo que ocurre, en realidad, dentro de él. A esto se ha llamado *alotropía* del síntoma. En los dispositivos defensivos actúan factores exógenos y endógenos.

CAROTHER refiere que el cuadro que con más frecuencia ha visto en los africanos analfabetos no es el delirio sistematizado, sino la confusión mental con excitación y descargas violentas. OPLER comunica observaciones análogas: la sistematización delirante es ya una especie de defensa del yo. En este grupo deberíamos incluir el "amok" el "lathah" de Malaya y la histeria del "Artico". Las creencias de los pueblos tienen una relación intrínseca con los síntomas.

Una cuestión planteada es la de si hay estructuras sociales que favorecen o inhiben la presentación de los trastornos mentales. Una variedad de esta pregunta es la que tantas veces se hace con respecto a la frecuencia de trastornos mentales en las sociedades supradesarrolladas en relación con las infradesarrolladas. Existe una respuesta clásica afirmando que las psicosis no varían y sí, en cambio, las neurosis. La respuesta es más compleja, porque la incidencia de trastornos psíquicos en una determinada sociedad depende de la capacidad que la sociedad tiene de absorberlos o de situarlos en su diáspora.

EATON y WEIL han estudiado la salud mental de los huteritas. Se trata de una secta anabaptista de origen alemán que vive en el Middle West americano. Llevan una vida simple, rural y armónica. Cada miembro tiene segura su vida desde el útero a la tumba. Su origen arranca del 1528. A los Estados Unidos emigraron desde Prusia, entre 1874 y 1877. No se trata de un pueblo primitivo en el sentido etnográfico. Rechazan la radio y el cine, pero van a la escuela y utilizan modernos aperos de labranza. Entre 8.542 huteritas descubrieron 199 que habían tenido alguna alteración mental, de las cuales 53 eran psicosis. No hay, pues, entre ellos, a pesar de su vida casi paradisíaca, inmunidad para los trastornos mentales. En ocho casos la sintomatología hacía pensar en la

existencia de un factor familiar. En ningún caso se hizo el diagnóstico de psicopatía; no había alcoholismo, toxicomanía ni sífilis, que constituyen el 10 por 100 de los ingresos en los hospitales psiquiátricos americanos. La cifra de psicosis entre los huteritas es un tercio de la del Estado de Nueva York, tomando en consideración que en éste existe un enfermo psicótico no detectado por cada caso ingresado en una institución. En los huteritas había hasta 69 neuróticos, la mayoría mujeres.

Esta investigación lo que demuestra es que el nivel de ajuste mental de un individuo en una sociedad depende no sólo del individuo, sino de la sociedad. La salud mental, en este sentido, depende de la relación que se establece entre cómo la gente vive y cómo desea vivir.

Por tanto, las estadísticas de salud mental de una determinada población tienen valor relativo. Una sociedad pluralista, movible, en transición e insegura es una sociedad con más enfermos, más suicidios, más crímenes, más toxicómanos, etc. HOLLINGSHEAD y REDLICH afirman como resultado de una amplia investigación, que existe una relación positiva entre la pertenencia a una clase social inferior y ciertos trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia crónica. JACOB, por el contrario, asegura que esa relación es ficticia puesto que no refleja más que el acúmulo de pacientes que no han sido dados de alta en el curso de varios años. No se trata, pues, de un aumento de la incidencia de psicosis, sino de enfermos crónicos de escasa potencia económica y cultura que, por esa razón, no reciben los mismos cuidados psiquiátricos que otros grupos sociales.

En otra investigación realizada en Tejas se parte de casos psicóticos primerizos, incluyendo los hospitalizados y los ambulantes, privados y públicos. La encuesta muestra algunas diferencias subculturales, puesto que la mayor incidencia de psicosis, especialmente esquizofrénicas se halla entre los grupos de angloamericanos, seguida después por los no-blancos y después por los hispanoamericanos. También la incidencia fue mayor en las áreas urbanas que en las rurales. En este hecho tiene influencia la emigración interior del campo a la ciudad que produce quiebras en la continuidad familiar, especialmente entre las generaciones jóvenes y viejas. JACOB subraya el papel protector que ejerce probablemente sobre el desencadenamiento de trastornos mentales el soporte emocional y la estabilidad de la familia hispanoamericana comparada con la angloamericana. Esta diferencia se reafirma por el número menor de psicosis encontrado en las mujeres del grupo hispano-americano. La estructura familiar permite encontrar un lugar para una mujer psicótica tranquila, sin necesidad de ir al médico o al hospital. OPLER ha descrito el distinto modo de enfermar de esquizofrenia en las familias irlandesas e italianas en Nueva York.

El estudio más reciente es el realizado por REMNI y SROLE en el llamado proyecto Midtown Manhattan. Según el mismo el 24 por 100 de los adultos de Midtown Manhattan tienen afectada su salud mental, el

75 por 100 de ellos nunca habían visto a un psiquiatra. Además, un 58 por 100 mostraban síntomas de trastornos moderados y sólo el 18 por 100 podría considerarse en buena salud mental.

LEIGHTON, en el Stirling County Study, indica que los porcentajes de enfermedad y salud mental en un área semi-rural son muy próximos a los encontrados en el distrito urbano de Manhattan. Sólo un 17 por 100 estaban libres de trastornos y más de un tercio se hallaban afectados de alteraciones de una cierta importancia. En ambos estudios se llegó a la conclusión de que la mejor salud mental se asocia con la clase social más elevada. En el proyecto de LEIGHTON, esta relación no pudo demostrarse en la aldea más grande entre las investigadas.

Con respecto a los neuróticos este *nivel de enfermar* depende no sólo de la actitud social, sino de la actitud del hombre con respecto a sí mismo. Es esencial, por ejemplo, la actitud con respecto a la corporalidad vivida. Se es más o menos hipocondríaco según uno se entregue más o menos a esa cacofonía de sensaciones corporales. La sensibilidad de la época es también importante. A veces el hombre es más sensible al tedio o a la angustia que en otras ocasiones. Las estructuras históricas, sociológicas y espirituales que influyen en esta apertura sensible son extraordinariamente interesantes.

* * *

La cuestión que le parece a ZUTT más profunda e importante en psiquiatría transcultural es la *del sentido de las desviaciones patológicas en el seno de una cultura*. ¿Nos parece un trastorno, por ejemplo, un delirio en el sentido de la psiquiatría científico-natural, lo que en otra cultura más originaria o primitiva puede tener sentido, permaneciendo dentro de las ordenaciones de la misma o aun adquiriendo un valor peculiar? Hay una cita de JASPERS procedente de la primera edición de su *Psicopatología* (1913) y que ZUTT trae a colación. Los dementes precoces están como inválidos molestos en los manicomios. Nadie se deja influenciar por sus vivencias morbosas. Quizá en otros tiempos ocurriera de otra manera. Estos llamados enfermos son hombres que no pudiendo adaptarse a nuestra cultura super-racionalizada, han caído en las manos de poderes fisognómicos, sufriendo agitaciones y éxtasis, delirios de persecución, porque no pueden resistir la presión de esos poderes. Quizá los esquizofrénicos de hoy —dice en otro trabajo JASPERS— sean la expresión de una autenticidad de ciertas esferas del ser que en otro tiempo podían experimentarse sin la presencia de la esquizofrenia. Son las esferas en las que lo que “aparece”, lo fenoménico —o lo fisognómico— se percibe como un poder.

Así queda planteada por ZUTT, apoyándose en JASPERS, una cuestión y un lamento. La cultura actual es una cultura super-racionalizada, que elimina de su ámbito a la sinrazón. FOUCAULT también sostiene que la

idea actual de enfermedad mental se basa sobre la elaboración de lo que fue la razón a partir de la Ilustración. La psicología profunda y especialmente el psicoanálisis tratan de racionalizar el inconsciente para liberarse de sus poderes morbosos. "Lo que es "ello" se convierte en "yo". Esta es la tesis. El lamento alude a que la situación del hombre sobre la línea de la razón es reductora y le priva del contacto con otras formas de realidad. Ese es, quizá, el "otro modo" de experiencia que buscan los adictos a las drogas en general y especialmente los alucinógenos. En la experiencia religiosa de los pueblos primitivos los ritos alucinógenos —con drogas o sin ellas— juegan un papel esencial. La religión cristiana ligada a la civilización occidental trató de traer a razón estas sinrazones, llamando al hombre a otra forma de trascendencia. En "lo santo", dice R. OTTO, que al lado de lo tremendo y misterioso se halla un tercer aspecto, el de la energía. "Esta energía del numen se percibe con gran intensidad, como la orgè o la cólera, y evoca expresiones simbólicas, tales como vida, pasión, esencia afectiva, voluntad, fuerza, movimiento, agitación, actividad, impulso. Estos rasgos o caracteres con que se presenta, se repiten sin desfiguración esencial desde los grados inferiores de lo demoníaco hasta la representación del Dios viviente. Constituyen el aspecto y sentimiento que más ha suscitado la oposición contra el Dios "filosófico", pensado y definido por la especulación racional. Contra ese Dios "vivo", los filósofos han arrojado el dictado de antropomórfico". Y la experiencia "psicodélica" podríamos añadir.

Sin embargo, lo apasionante en la psiquiatría como ciencia está en poder distinguir las experiencias patológicas de las que no lo son, no a través de sus contenidos, de su mensaje en sí, sino de su forma perturbada. Lo patológico no se halla sólo en el carácter de incomprensible, en el sentido de JASPERS, sino en la modificación de la estructura interna que le hace *dominar sin motivo*. Es una forma de pérdida de la libertad como ya dijo HEINROTH hace tiempo. No es una experiencia enriquecedora, sino empobrecedora.

* * *

Dentro de la estructura social se ha concedido una atención singular en los últimos tiempos a la estructura familiar y, especialmente, a la relación madre-hijo.

La bibliografía sobre el problema de la "privación afectiva" ha crecido enormemente en los últimos años. La monografía de BOWLEY *Los cuidados maternos y la salud mental*, publicada por la O. M. S., en 1951, levantó tal tempestad de comentarios que en 1963 la misma O. M. S. se ha visto moralmente obligada a una revisión de sus resultados. La nueva monografía contiene afirmaciones mucho más matizadas que la primera. "A causa de la complejidad de las interacciones de la gran cantidad de variables que pueden tener una influencia decisiva en el desarrollo

posterior, por ahora no se puede confiar mucho en las predicciones sobre la presentación de síntomas incluso en casos de traumatismos afectivos extraordinarios" (PRUGH y HARLOW). Efectivamente, en estos casos hay que tener en cuenta no sólo la influencia traumatizante de la separación, sino también la salud física del niño "su capacidad integrativa y otras cualidades del "yo". En definitiva, si bien es verdad que la personalidad se forma en el curso de la vida, también lo es que esa formación se hace a partir de un núcleo autónomo que es el del yo. Porque existe ese núcleo es por lo que uno es no sólo individuo, sino persona.

SPITZ califica de "depresión anaclítica" a un estado de embotamiento estuporoso que se observa en niños privados de cuidados maternos. Los niños se muestran apáticos, silenciosos y tristes, pierden peso, están insomnes, apenas establecen relaciones con el medio, se hallan predispuestos a padecer infecciones y se desarrollan peor. La curación es rápida, se dice, si el niño vuelve con la madre, pero si la separación dura varios meses, se consigue con dificultad un total restablecimiento.

El mérito de SPITZ consiste en haber llamado la atención sobre *la existencia de estados depresivos en las primeras edades de la vida*. La incapacidad del niño para expresar sus estados de ánimo es la causa de que este hecho fuese desconocido. El que estos estados depresivos sean a causa de la ausencia de la madre es una afirmación de distinto valor. Según mi experiencia también en los niños hay oscilaciones de la vitalidad. El problema del autismo infantil tiene mucho que ver con tales oscilaciones. Tales estados depresivos pueden presentarse en niños que viven una plena atmósfera afectiva. El niño, a pesar del amor de la madre, puede apagarse vitalmente y se apaga. La expresión somática de ese apagamiento es más evidente que en los adultos. El niño vivencia menos su corporalidad, pero su cuerpo se afecta más por las oscilaciones de la vitalidad que el adulto.

No todo lo que hay en la monografía de BOWLEY, resumiendo una larga serie de trabajos en la misma dirección, puede aceptarse sin discusión. Las mismas observaciones de SPITZ no son estimadas como correctas por otros autores. En la nueva versión de BOWLEY hay un claro desplazamiento y se apoya en trabajos de los etólogos (LORENZ), alejándose del vocabulario psicoanalítico.

El desplazamiento del modo de pensar actual en el tema de la privación materna, puede resumirse así:

1.º No está demostrado que los daños señalados por SPITZ y otros autores en sus observaciones sean definitivos. Muchos de ellos son reversibles. Los retardos, que se comprueban en algunos test en niños de dos meses a un año, aislados en instituciones, se recuperan de los cuatro a los seis años. Lo importante es que se ofrezcan oportunidades de aprendizaje. El retardo en el desarrollo motor, según ha demostrado DENNIS en sus estudios realizados en Teherán, es porque no se les proporciona el aprendizaje correspondiente. Este autor nunca ha visto el "marasmo"

grave descrito por SPITZ como consecuencia del hospitalismo. SCHAFFER llama la atención sobre la influencia negativa de la monotonía del medio; no es, pues, sólo la ausencia materna. Los estudios de RABIN en niños de los Kibbutz de Israel demuestran la influencia de lo que llama "maternidad intermitente". Los niños permanecen durante su primer año bajo la supervisión de una enfermera y dos asistentes sociales. La madre visita, cuida al niño hasta el destete, a los seis-ocho meses y después le visita sólo una vez por la tarde. No se puede hablar, pues, de una figura materna, sino en todo caso de dos. Los niños del Kibbutz, comparados con los otros niños, muestran un retraso en el desarrollo del "yo" al año, pero a los diez años la situación es al revés, es decir sus condiciones intelectuales son mejores.

Estas y otras observaciones, especialmente las de Margaret MEAD, muestran que *la relación monotrópica con la madre*, tal como está delineada en muchos estudios psicoanalíticos no es la mejor. Incluso puede pensarse que ahí están las raíces de la neurotización del niño, de su vulnerabilidad en la sociedad contemporánea. Es evidente que la actitud sobreprotectora y ansiosa de la madre difunde la ansiedad en el niño en crecimiento. Hasta qué punto en esta actitud influye la contracepción y sus secuelas del hijo único, familia poco numerosa, etc., sería algo digno de ser estudiado. Lo cierto es que cuando se habla de la influencia de la imagen materna o paterna en el desarrollo del niño, se suelen reducir las perspectivas del problema, precisamente por haber tomado como modelo de la formación de la personalidad al *niño neurótico*. Este es un error de la concepción psicoanalítica. El niño sano es un ser abierto que necesita esa apertura más que el niño predispuesto a la neurosis. La predisposición lleva consigo esa tendencia a reducir su propio medio. Si, además, la tendencia se refuerza por errores en la planificación de su línea educativa, los efectos deletéreos son mayores. Es necesario subrayar lo que antes ha quedado dicho: en el sano existe la posibilidad de compensación de déficits y frustraciones a los que se ve sometido por las contingencias vitales. Incluso estos azares de la vida contribuyen a reforzar la personalidad, como se ve en la de los niños de Israel.

El autismo infantil no es siempre una consecuencia de la privación materna. En muchos casos existe un trastorno orgánico y la perturbación en la relación madre-hijo no hace más que colorear el cuadro (V. KREVELEN, PASAMANICK y KNOBLOCH).

La relación madre-hijo no es tampoco *primariamente* placentera (como satisfacción de las necesidades libidinosas del niño). BOWLEY, apoyándose en las observaciones hechas por LORENZ en sus gansos subraya esta adhesión instintiva primaria por el mecanismo de la "Prägung" o acuñamiento, que nace de la satisfacción de las necesidades. Este acuñamiento *tiene lugar en ciertas fases de sensibilidad para el mismo* y aunque se haya exagerado en la aceptación de fases demasiado estrictamente limitadas, tanto en los niños como en los animales, este *principio*

de la discontinuidad en el desarrollo infantil resulta importante. No es cierto que haya períodos en los que un aprendizaje específico pueda tener lugar y otros en los que no. Más bien hay que hablar de períodos más o menos facilitadores de tales aprendizajes. La plasticidad del niño se pone una vez más de manifiesto.

La privación afectiva ha sido estudiada también experimentalmente en animales. Las recientes experiencias de FULLER y CLARK ofrecen un resultado importante. Se realizan con cachorros de los fox-terrier. Se trata de averiguar hasta qué punto el aislamiento los altera. Unos grupos de animales son sacados de sus jaulas una o varias veces a la semana y sometidos a diversos ejercicios. Otros, los llamados "K" (como (Kaspar Hauser) se mantienen aislados cuatro semanas. Al ponerlos, finalmente, en contacto con los otros su conducta es anormal. Están indiferentes, sus posturas son casi catalépticas o super-excitadas y aullan histéricamente. ¿Esto es efecto de la privación y del aislamiento o de la situación nueva que les angustia? Para averiguarlo suministran tranquilizantes a ese grupo de cachorros K. El efecto es inmediato. Se comportan como los demás. Lo importante no es, pues, la privación pasada, sino la situación nueva con que se enfrentan.

En resumen, el hospitalismo, si ocurre, no se debe exclusivamente a la privación materna. Hay que tener en cuenta la falta de oportunidad de aprendizaje y de estímulos sociales en las instituciones ("environment deprivation"). Además no es irreversible. Cuando así sea hay que buscar un fondo orgánico o constitucional. Quizá nuestra cultura requiera una más íntima relación entre los padres y los hijos; pero en tal caso esta demanda no se ejerce sólo en los primeros meses o años de la vida. Probablemente las quiebras importantes en la relación padres-hijos se establecen en edades más tardías.

* * *

Las enfermedades mentales se manifiestan por sus síntomas. El síntoma expresa el trastorno de fondo y en este sentido tiene el valor de signo comunicativo. Pero es un error creer que la comunicación es sólo la que se establece entre el enfermo y el médico o entre el enfermo y la sociedad. *En la estructura de la enfermedad mental es importante la comunicación que establece el sujeto consigo mismo.* El ser humano no es puramente psíquico, sino que el psiquismo se halla anclado en su cuerpo. En esa zona de anclaje se sitúa el estrato *vital o endotímico*. Muchos síntomas son expresiones de lo que ocurre en el mismo. Algo oscuro se expresa. Lo oscuro es lo que se llama el trastorno fundamental esquizofrénico o el fondo de las depresiones o la angustia del neurótico. En la enfermedad la unidad del ser psíquico se halla amenazada. Enajenación, locura, quiere decir eso. Unas veces la amenaza se cumple y el ser, en alguno de sus dinamismos, es otro. Los actos no pertenecen al "yo".

Este pierde su poder "poiético" o creador de actos personales que le pertenece a través de la unidad y continuidad de la persona. Esto ocurre en las formas psicóticas graves; en otras formas de enfermedad existe sólo como amenaza —angustia neurótica o endotímica—. Los síntomas se construyen como defensas contra la amenaza de desintegración. Por eso todo síntoma es psicodinámico y comunicativo. Como tal se halla en relación con el medio, pero la presión viene del fondo y en ese fondo se imbrica la corporalidad. De ahí la influencia de lo endógeno en la constitución de los trastornos mentales.

Pero ¿hasta qué punto un conflicto es capaz de crear un trastorno psíquico? Un trauma produce una reacción vivencial anormal ¿De dónde puede proceder la anormalidad de la reacción? O del trauma mismo —por su violencia o por su significación— o por la peculiaridad de la persona sobre la que repercute. Los traumas violentos pueden afectarnos a todos. Todo hombre es capaz de hysterificarse, decía HOCHÉ; pero la experiencia de guerra y de los campos de concentración ha demostrado no sólo hasta qué punto el hombre es capaz de hysterificarse, sino también *lo que es capaz de resistir*. En la vida cotidiana los traumas operantes son los "significativos", con lo que el problema se remite, por esta vía, al segundo término de la cuestión anterior, a la persona. FREUD pretendió que los traumas morbígenos eran sexuales. Pronto dejó de creerlo él mismo. Decir que los traumas producen perturbaciones en la economía libidinosa es igual que decir que producen perturbaciones en la economía vital.

La significación para la persona puede derivar de su historia interna, de las experiencias anteriores. Acabamos de ver la importancia que se concede al problema "madre-hijo". Pero en esta interpretación de la significación del trauma por la que se lanza la mayoría de las escuelas de psicoterapia profunda, se olvida algo esencial. El trauma lo es porque produce un impacto angustioso que el sujeto no puede asimilar. ¿Por qué la angustia cotidiana se integra en la otra vida y no lo hace esta otra angustia que pone en marcha una serie de mecanismos de defensa a los que llamamos síntomas? En una serie de trabajos me he esforzado en demostrar que la angustia neurótica es, en sí, anormal. El trauma no juega un papel genético, sino revelador, desencadenante. El conflicto aparece porque la personalidad es anormal, o se halla en una *fase anormal*. En las neurosis existe un fondo de perturbación endotímica, muchas veces de carácter fásico. La existencia de fases en la ciclotimia se evidencia, pero también lo es en las neurosis y en los trastornos psicósomáticos, sin que ello quiera decir que no exista, además, el problema de la personalidad neurótica.

Algunas veces pienso que eso es como una ley de patología general. WOLFF dice que si se examinan a lo largo las vidas humanas se ve cómo cada persona tiene un coeficiente determinado de enfermedad. Pero no es esto lo más llamativo, sino que existan períodos acumulativos

“clustor years” en los que la probabilidad de enfermar es de 1,75 veces mayor que la media. En estos años no se encuentra un solo síndrome, sino muy variados. Estos “años-punta” aparecen independientemente de cambios significativos de dieta o de exposición a la infección, trauma, intoxicación, etc. Según la interpretación de WOLFF, son años conflictivos; pero partiendo del supuesto de la existencia de esos “años-punta” —que habría que comprobar en más amplias investigaciones estadísticas— la interpretación podría ser distinta de la de WOLFF, aduciendo la idea de las *fases vitales* de signo negativo tal como yo las he descrito (1).

En la vida humana existen momentos que podríamos llamar de *cairos negativo* en los que la predisposición a la enfermedad psíquica es mayor. Un impacto traumatizante que en otra época dejaría indemne al individuo, ahora le hiere y determina la enfermedad. Aparte del “cairos” está la “significación”. En la angustia neurótica se ve cuán singular es la angustia. Una experiencia concreta es la que revela el fondo angustioso, pero tal experiencia es diferente en cada individuo. Lo banal se convierte en esencial, porque despierta esa forma de angustia anormal ligada a la corporalidad, a la que yo he llamado *angustia vital*. De ahí los diversos niveles de angustia según la época, la estructura social, la atmósfera familiar en que se vive. La angustia vital —como la tristeza vital— y como el “humor fundamental” del esquizofrénico, es endógena (2).

* * *

Antes he aludido al slogan “el mito de las enfermedades mentales” que lleva a la exclusión de la psiquiatría de una buena parte de su propio y natural contenido, el de las psicosis claramente somáticas, reduciéndola a ciertos casos de psicosis endógenas —las que no van a los hospitales psiquiátricos—, las neurosis y algunas personalidades anómalas (ni siquiera todo el capítulo de las personalidades psicopáticas). Esto es lo que P. HOCH llamaba “cream puff psychiatry”. La psiquiatría no debe renunciar a su verdadero y real ámbito, no puede eludir sus propios problemas. Es verdad que cuenta con muchas incógnitas. K. SCHNEIDER, tras el análisis depurado que hace de los cuadros clínicos dice refiriéndose a la esquizofrenia “a esto llamo yo esquizofrenia” sig-

(1) Es oportuno recordar la correspondencia entre FREUD y FLIESS sobre los ciclos. FLIESS tomó esta idea de SCHWOBODA.

(2) Lo endógeno hay que concebirlo de otra manera. TELLENBACH ha llamado la atención sobre esto a propósito de la melancolía. El “endon” no es un gen ni una determinación absoluta, sino *una posibilidad de desarrollo*. El endón está en la personalidad como una potencia. A mí me parece que esa “potencia” no puede quedar flotando en el aire, sino que alguna forma de anclaje corporal ha de tener, pero no una determinación absoluta. La vida psíquica, el medio, la comunicación interviene en su desarrollo. A medida que más patológica es la vida más pesa en ella *lo dado* y esto que ha sido *dado* está ligado a la corporalidad. Aunque la corporalidad no es sólo el cuerpo, sino que está en la unidad que llamamos “persona humana”.

nificando la provisionalidad de la agrupación. Ciertamente es que los límites de la enfermedad mental son difíciles de marcar; pero nunca he creído que los límites de la enfermedad somática sean mucho más fáciles. (Recuérdese la frase: "Enfermo es el que va al médico". V. WEIZSÄCKER). Que estos límites varían con el "espíritu del tiempo", o sea con la mentalidad de cada sociedad, con las ideas psiquiátricas que elaboran los médicos y las que los enfermos se hacen de los psiquiatras, etc., no quiere decir que las enfermedades mentales sean un mito o que lo que se llama enfermedad mental sea una especie de estrategia de supervivencia y que el diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo, sea un acto político, como dice R. D. LAING (¿Qué es el átomo o los neutrones o la antimateria? Sabemos cómo actúan, pero ¿qué son?)

RÜMKE, en las páginas de su libro "Una psiquiatría floreciente en peligro", sostiene la tesis de que no hay una transición gradual entre la salud y la enfermedad, sino algo cualitativamente distinto. El problema es del mayor interés y en verdad los psiquiatras actuales piensan poco sobre él. Incluso las incitaciones vienen de fuera como en la historia de la psiquiatría de FOUCAULT. En un trabajo en preparación me ocupé lo más a fondo que me es dado alcanzar de esta cuestión. En algunos casos la necesidad de una distinción cualitativa del hecho anormal con respecto al normal es más clara, como en el caso de la angustia normal y la endotímica o vital. En torno a esta distinción gira mi teoría de las neurosis. La pregunta de RÜMKE es inesquivable para la psiquiatría contemporánea, aunque la respuesta no sea la que él da. No se puede partir de supuestos de que existe una transición sin fronteras entre lo normal y lo anormal. La Psiquiatría tiene que regresar a sus grandes problemas: el de sus fronteras, el de las relaciones entre lo natural y lo cultural, el del imbricamiento entre lo endógeno y lo psicógeno, etc.

RESUMEN

En los últimos cincuenta años ha habido varias pendulaciones en la interpretación de la génesis de los trastornos psíquicos, unas veces haciendo prevalecer el punto de vista endógeno y otras el sociógeno. KRAEPELIN dejó establecida una nosología psiquiátrica. Basándose en la misma se iniciaron estudios sobre la herencia de las enfermedades mentales, aplicando diversos métodos. De todos, el que se demostró más fructífero fue el de los gemelos. Pero pronto se hubo de renunciar al propósito inicial de descifrar la herencia de los trastornos psíquicos con arreglo a las reglas de la herencia mendeliana. Los hechos psíquicos son demasiado complejos para reducirlos a esquemas tan simples. De todos modos siempre se aislaron algunas enfermedades, como el corea de Huntington, cuya transmisión se ajustaba en principio a las leyes mendelianas. En los últimos años la investigación se centra en el estudio de las anomalías cromosómicas, habiéndose logrado grandes avances, como

ocurre en el mongolismo y el gran grupo de los llamados "errores congénitos del metabolismo".

Después de la última guerra y como obediencia a una consigna del "espíritu del tiempo" se acentuó el carácter *sociógeno* de los trastornos psíquicos. La situación creada es relativamente compleja. Por una parte salvo algunos trastornos específicos que pueden aislarse como enfermedades hay una fuerte tendencia, sobre todo en ciertas áreas culturales, a desmontar el edificio nosológico de la psiquiatría actual. Apenas hay dos escuelas psiquiátricas, por ejemplo, que concedan la palabra "esquizofrenia" la misma significación. No es lo mismo lo que los centro-europeos llaman esquizofrenia que lo que los americanos comprenden bajo este nombre. La influencia de los puntos de vista psicoanalíticos y de los antropológicos (BINSWANGER, ZUTT, etc.) parece conducir a una interpretación unitaria y global de los trastornos mentales, en la que resulta acentuado el papel genético de las circunstancias sociales. En las neurosis de influencia del medio ambiente es clara, tanto para los que las califican de "reacciones vivenciales anormales" como para los que aceptan el punto de vista psicoanalítico. Las neurosis son sociosis, se dice. De ahí a decir que las psicosis son sociosis no hay más que un paso. Gran número de estudios se dedican en estos últimos años a poner en relación la aparición de los trastornos psíquicos con diversas características del medio social. En todas ellas queda desleído el concepto de "enfermedad mental". Por eso algún autor ha podido decir "las enfermedades mentales son un mito", es decir, no tienen nada que ver con el resto de la patología somática y sí sólo con los trastornos de la comunicación social.

En esta encrucijada se encuentra la Psiquiatría actualmente. Por un lado, reconociendo la influencia del medio cultural y la condición histórica de los trastornos psíquicos no debe olvidarse del subsuelo somático en el que asientan muchos trastornos mentales. La dificultad está en cómo concebir eso que se llama lo "endógeno" y las relaciones de lo "endógeno" con la base hereditaria. Lo evidente es que ahora no se puede plantear el problema como herencia de las enfermedades, sino como relación entre disposición e influencias del medio ambiente. Los estudios sobre la evolución de la personalidad (relación madre-niño, etc.) tiene que verse también con arreglo a estos puntos de vista.

El examen de estas cuestiones lleva al autor a acentuar el papel de lo endotímico en la génesis de las psicosis endógenas y de las neurosis, según ha demostrado en sus trabajos sobre las depresiones y las neurosis. Las neurosis no son puramente psicodinámicas, sino también fisiodinámicas. La psiquiatría actual no puede renunciar a sus grandes temas: el de las fronteras entre lo normal y lo anormal, el de las relaciones entre los estratos noéticos y endotímicos, de la farmacoterapia con la psicoterapia, de lo natural y lo cultural en el hecho psicopatológico, etcétera.

BIBLIOGRAFIA

- E. KRAEPELIN.—Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zschr. Neurol.*, 62, 1920.
- ROSENTHAL and COLLEAGUES.—The Genian Quadruplets. A Case Study and Theoretical Analysis of Heredity and Environment in Schizophrenia. New York. 1963 (Basic Book P.).
- OPLER, MARVIN K.—Schizophrenia and Culture. *Scientific American*. August 1957.
- EATON, JOSEPH W., and WEIL, ROBERT.—The mental Health of the Scientific American. December 1953.
- BRODY, EUGEN B.—Some conceptual and methodological issues involved in research on society, culture and mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol CXXXIX, núm. 1, July 1964.
- LANGNER, THORENS, and STANLEY, T. MICHAEL.—The Midtown Manhattan Study. Life Stress and Mental Health. The Free Press of Glencoe (Mac-Millan). New York 1963.
- KALLMANN.—Expending goals of Genetic in Psychiatry. Grune-Strathon-New York and London 1962.
- WOLFF, HAROLD G.—Stressors as a Cause of Disease in Man. Stress and Psychiatric Disorder, Blackwell Scientific Publicatons - Oxford - 1960.

SUMMARY

Modern psychiatry deemed to have reached its scientific status establishing and describing the analogies existing between somatic medicine and psychological medicine. This was above all KRAEPELIN's doing, although there may have been previous tries. The objective consisted in isolating "morbose entities", "illnesses" such as existed in somatic medicine. This nosographic ideal has not been reached yet. Genetic studies could be grouped as follows:

- 1) There exists a gradation of strictly hereditary forms such as the "corea Huntington", and others where you can only speak of predisposition such as in endogen psychosis.
- 2) Assuming there exists a genetic base, the most unknown zone is that of the relationship between the phenotypical dispositions and manifestations of a psychological nature.
- 3) It would be important to study the genetic base of the chronification of the psychic disturbance and the deterioration of the personality.

Mental illnesses manifest themselves by their symptoms which express the deep disturbance and in this sense are valuable as a communicative signal. But it is wrong to think that the communication is only between patient and doctor or between the patient and society. *In the structure of mental illness, the communication the subject establishes*

with himself is important. Human beings are not purely psychic, but the psychic entity is found anchored to his body. In this anchorage area is situated the vital or endothimic stratum. Many symptoms are expression of what occurs there that is obscurely expressed in a schizophrenic disturbance or in the anguish of the neurotic.

Up to what point can a conflict be able to create a psychic disturbance? Violent traumas can affect all of us; but the important thing is not only that but rather up to what point is *man able to resist.*