

Clínica Neuropsiquiátrica, Hospital General, Madrid.

EL CIRCULO TIMOPATICO

Por J. J. LÓPEZ IBOR.

La noción de círculo morbosos ha ido penetrando poco a poco en Patología. Esta penetración ha sido simultánea con la dilatación del ámbito de la patología funcional. Cuando la patología tenía su base exclusiva en la anatomía patológica, entonces, el distrito morbosos correspondiente se limitaba a tal aparato o a tal órgano; pero con la función no se puede tener análogo criterio localizador. Cierto es que existen funciones que pueden adscribirse a determinadas estructuras o topografías, pero la tendencia actual de la fisiopatología es, más bien, la de establecer los mecanismos de correlación existentes entre las funciones de los diversos órganos. Esta evolución en la concepción de los mecanismos morbosos ha cuajado en la idea fisiológica de los *círculos funcionales* y en idea patológica de los *círculos morbosos*.

No es seguro que la palabra "círculo" sea la más exacta para expresar estas ideas; pero está ya en circulación desde hace muchos años, y desde luego es perfectamente utilizable. La fisiopatología de la circulación, una de las mejor conocidas actualmente y que responde como ninguna otra función orgánica a esta concepción de los círculos funcionales, ha jugado indudablemente un papel en el acuñamiento de la designación de círculo morbosos.

En psiquiatría se ve neta la diferencia. No se usa la expresión de "círculo de las psicosis sífilíticas" o "de la parálisis general", porque no tiene sentido. En cambio, se utiliza la de "círculo esquizofrénico" o "círculo maniaco-depresivo". A este último se le puede llamar, con mayor propiedad, *círculo timopático* o "círculo de las psicosis afectivas"; pero la expresión "psicosis afectivas" limita considerablemente el área del mismo. Como veremos inmediatamente, todo este grupo de alteraciones psíquicas está centrado en torno a las oscilaciones de la vitalidad y por eso se le podría llamar también "círculo de la vitalidad". BUMKE ha introducido la expresión de "constitución pánico-timopática", estableciendo, de esta manera, una ley de coexistencia entre la alteración del hu-

mor (timopatía) y la constitución pícnica. Ciertamente es que ésta se da con una gran frecuencia en la psicosis maniaco depresiva, pero no debe establecerse como una regla general. Las alteraciones del humor no van ligadas fatal e indisolublemente a las de la constitución pícnica, si bien hay que reconocer en ésta una cierta labilidad de lo que llamó KRETSCHMER "la proporción diatésica" del temperamento, que es la que se establece entre el polo de alegría y la tristeza.

A pesar de ser la psicosis maniaco-depresiva una de las entidades clínicas mejor constituidas, todavía se levantan, de vez en cuando, problemas y dudas en torno a sus límites. KRAEPELIN creó esta unidad morbosa agrupando la locura circular, la periódica y la manía simple. Resultan ya demasiado conocidos los puntos de vista que llevaron a KRAEPELIN a establecer esta ordenación nosológica para que insistamos sobre ellos (1). BUMKE se ocupó de nuevo, en 1909, de las cuestiones de los límites de esta enfermedad tomando una postura crítica frente al intento de SPECHT de incluir los desarrollos paranoides y a la tentativa de DREYFUS de incluir todas las llamadas entonces melancolías involutivas. En la última edición de su libro (1941), comprende en este círculo los trastornos afectivos cuya causa última radica en una determinada disposición hereditaria que se manifiesta como constitución pícnico-timopática. Estos trastornos pueden presentarse, dice, como manía o melancolía, como psicosis periódicas o circulares, como depresiones constitucionales (distimia) o excitaciones del mismo tipo (hipertimia) o colorear toda la vida como leves oscilaciones del humor del tipo de la ciclotimia. También se incluyen, según BUMKE, las depresiones reactivas, ya que cuando éstas se presentan, hay que suponer siempre una causa constitucional. Esta constitución no necesita forzosamente ser la timopática, pero lo es con una gran frecuencia. En cambio, BUMKE se opone a la inclusión de la mayoría de las psicosis involutivas, de los querulantes, de las formas hipocondríacas, de la nerviosidad constitucional y de los estados obsesivos. Su razonamiento es el siguiente: precisamente porque se encuentran formas de tránsito y analogías entre todas las diversas predisposiciones psíquicas y entre todas las enfermedades psíquicas funcionales, es necesario establecer *tipos puros* dentro de los grandes círculos funcionales. KRAEPELIN—agrega—ya reconoció el íntimo parentesco que existe entre la manía y la melancolía, y KRETSCHMER señaló la coordinación de una determinada forma corporal; con esto ya tenemos las bases para definir una determinada constitución psicofísica. Las distimias hipocondríacas o angustiosas no pertenecen, por consiguiente, al círculo timopático, sino cuando asientan sobre una constitución timopática. Los querulantes forman por sí sólo un síndrome y lo mismo ocurre con los estados obsesivos.

Con escasas variantes esta delimitación de BUMKE es la que se ha venido aceptando en estos últimos años, dejando aparte ahora la cuestión de las psicosis degenerativas de SCHROEDER y de las psicosis marginales de KLEIST (2). Pero aquella delimitación ha sufrido los embates de la crítica de K. SCHNEIDER.

K. SCHNEIDER revaloriza en su concepción de las psicosis maniaco-depresivas el elemento sintomatológico. La enfermedad ya no se halla definida, solamente por la forma de curso, como en KRAEPELIN, ni por la constitución enlazada con la unidad de curso, como en BUMKE, sino, por la presencia de tras-

(1) Sobre la situación actual de la nosología psiquiátrica, véase mi libro "Los problemas de las enfermedades mentales". Ed. Labor (en prensa).

(2) Véase el libro de SACRISTÁN: "Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia". Imprenta Sur, Málaga, 1929.

tornos fundamentales que la caracterizan en el plano de los síntomas. Poder basar los cuadros morbosos en la existencia de un trastorno fundamental definidor es la gran apetencia de la clínica psiquiátrica. Hace ya muchos años que se va persiguiendo esta idea con respecto a la esquizofrenia. El trastorno fundamental de la psicosis maniáco-depresiva es el de los *sentimientos vitales*.

En la clasificación de los sentimientos, K. SCHNEIDER sigue muy de cerca a SCHELER. De los cuatro grupos que éste distingue, ofrece un interés especial, para la cuestión que estamos analizando, el grupo de los sentimientos vitales y el de los anímicos. Los primeros se hallan ligados a la propia corporalidad del ser, surgen en él autónomamente, en tanto que los segundos surgen como reacción a sucesos del medio exterior. La tristeza, por ejemplo, por referirnos al más interesante, se puede tener por algún hecho. Se puede estar triste por la pérdida de un familiar querido o de unos bienes de fortuna. Se está triste, pues, *por algo* que ha sucedido. Lo mismo podemos decir de la alegría. Pero se puede estar triste también sin ningún motivo exterior; la tristeza, es entonces, una tristeza que fluye de los poros del cuerpo, como una secreción. *Es una tristeza corporalizada o encarnada.*

Esta distinción, que tiene viejas raíces, ha hecho fortuna en el campo de la psicología. LERSCH distingue entre sentimientos vitales y sentimientos dirigidos. Ya CARUS hablaba de "sentimientos autónomos", que no son otra cosa que los reflejos conscientes del juego de todos los procesos vitales del organismo (que constituyen una especie de integral que se proyecta sobre el yo). Los procesos vitales incapaces de conciencia (vegetativos), las absorciones, adsorciones, secreciones, combustiones, etc., que tienen lugar incesantemente en el organismo llaman a las puertas de la conciencia en forma de los humores característicos. PALAGY también describió, con análogos puntos de vista, los sentimientos vitales, y a HÖFFDING se debe propiamente el acuñamiento de esta expresión. Entre los psiquiatras, fué EWALD el que utilizó primero esta idea, creando la designación de *biotono* como una de las cualidades características del temperamento.

Pero lo importante para la clínica no ha sido la admisión de los sentimientos vitales, sino su distinción con los anímicos o dirigidos. La melancolía, según K. SCHNEIDER, es una alteración que se caracteriza y define por la aparición de la *tristeza vital*. No se atreve a afirmar lo mismo de la manía, aunque, a mi modo de ver, no hay ninguna seria objeción para ello; lo cierto es que la comprobación objetiva es más difícil, porque el maniáco refiere más confusa e indenomadamente su experiencia interna. Pero en cambio, en los estados leves de hipomanía sí que es posible la introspección, sobre todo si éstos siguen a fases depresivas. Los enfermos se sienten con una alegría que emana de su intimidad, que les colorea de rosa la vida y que ninguna desgracia, por violenta que sea, es capaz de empequeñecer.

La melancolía se define, clásicamente, por estos tres síntomas fundamentales:

- a) Tristeza.
- b) Inhibición.
- c) Pensamiento inhibido.

Trilogía frente a la cual se situaba la trilogía maniaca en la siguiente forma:

- a) Alegría.
- b) Exaltación.
- c) Pensamiento ideofugitivo.

Como se ve, cada síntoma expresa la alteración de una determinada función psíquica: ánimo, psicomotilidad y pensamiento. Para K. SCHNEIDER tal distinción es innecesaria, ya que no se trata de tres síntomas primarios, sino de uno primario—la tristeza, en el caso de la melancolía—y de los otros dos derivados. De la tristeza vital deriva no sólo el pensamiento lento y tardo del melancólico, sino su idea de culpabilidad, que, a veces, se presenta como una organización deliroide. Esta opinión no es compartida por todas las escuelas psiquiátricas y en especial por la de BUMKE. STAUDER dice que del trastorno fundamental pueden derivarse las sensaciones corporales, los temores hipocóndricos y las ideas de empobrecimiento de los depresivos, así como la desesperanza de éstos o la plétora de esperanzas de los maníacos; pero, de ningún modo, pueden derivarse las alteraciones del pensamiento de maníacos y melancólicos. Tampoco pueden derivarse los síntomas corporales (alteraciones del peso, del sudor, del turgor cutáneo, de la digestión, etc.).

J. LANGE, en su última descripción de la psicosis maniaco-depresiva, permanece fiel al agrupamiento sintomático en torno a dos polos: tristeza-alegría, inhibición-exaltación. Implícitamente reconoce, pues, que las alteraciones del pensamiento son secundarias y, por tanto, no deben ser reconocidas como síntomas primarios.

Realmente, en esta cuestión de las ordenaciones sintomatológicas se encierran dos problemas: el de los síntomas somáticos y el de los sintimas psíquicos. No se pueden referir los síntomas somáticos exclusivamente a la presentación de la tristeza vital. *Se trata, a mi modo de ver, de síntomas coordinados.* En la melancolía existe una depresión del estrato de los sentimientos vitales, que no está constituido sólo por el par "tristeza-alegría", sino por otros síntomas más próximos a la corporalidad. La capa vital se halla constituida por los sentimientos corporales y los sentimientos vitales propiamente dichos o humores. A los sentimientos corporales (sensaciones vitales, cenestesias, etc.) pertenecen el hambre, la sed, la sensación de saciedad, de bienestar o de malestar, el dolor, el placer corporal, el cansancio, el sueño, la frescura, etc. Como se ve, es un pequeño pandemonium en el cual se integran apetencias institutivas y tendencias, con sensaciones. Se trata de manifestaciones psicofísicas que se califican de una u otra manera, según sea el prisma a través del cual se vean. KRAUS hablaba, refiriéndose a este estrato, de "persona profunda". El proceso general del ser vivo, como tal, refleja su actividad en este sector. Los humores o sentimientos vitales propiamente dichos representan un grado más diferenciado de este fondo *endotímico*. No están tan próximos a la corporalidad, aunque también emanan de ella; pero su atmósfera psíquica es más evidente. A ellos pertenecen la alegría, el contento, la tristeza y el malhumor, así como la angustia, el éxtasis, etc.

Se comprende, pues, que con esta ordenación de la capa vital el trastorno de la melancolía o de la manía sea más amplio que la tristeza o la exaltación vital. En lugar de hablar de estas alteraciones como trastorno fundamental, sería preferible hablar de *síntomas primordiales*. Para la esquizofrenia, K. SCHNEIDER ha introducido la noción de síntomas primarios y secundarios: los primarios definen por su sola presencia la enfermedad. Lo mismo podríamos establecer aquí, y, en este caso, el síntoma primario definidor de la melancolía es la tristeza vital. Los sintimas corporales son coordinados, *pero no los síntomas noéticos*. Las ideas de culpabilidad, pobreza, etc., son *derivadas* de la alteración de aquel sentimiento vital. Y lo mismo el resto de la alteración del pensamiento. El mismo pensamiento ideofugitivo no debe considerarse, a mi modo de ver, como un síntoma psíquico primario, sino secundario. Las observaciones de FOERSTER sobre

la manía cuadrigémina, las propias experiencias con las acciones estimulantes, demuestran esta posibilidad.

Con respecto a la inhibición, la solución es, según mi opinión, más dubitativa: ¿es secundaria a la tristeza o un síntoma primario y coordinado? Algunos llegan incluso a pensar que la inhibición es lo esencial y que la tristeza es, manifestación secundaria, como un modo especial de sentir intensamente la inhibición. La observación de un gran material clínico nos lleva a la conclusión de que, en la mayoría de los casos, lo primario es la tristeza y que la inhibición es una secuela de la misma; pero existen otros casos en los que no se ve el paralelismo que debe existir entre un síntoma primario y otro secundario, sino que parece que la inhibición sea cuantitativamente mayor de la que debería corresponder a la tristeza. En tal caso sería un síntoma coordinado. Esta posibilidad no puede negarse: dentro de la serie vital se encuentra indudablemente el impulso como una manifestación más de este fondo endotímico. Impulso vital cuyo freno constituiría la inhibición. La experiencia psicopatológica de las enfermedades diencefálicas confirma este punto de vista (1). Al lado de los cuadros maníacos se han descrito, precisamente, no cuadros *depresivos* con tristeza vital, sino *inhibidos*, como en el mutismo aquinético de Cairns. Precisamente este hecho se ha esgrimido como argumento en contra de considerar la psicosis maníaco-depresiva como una diencefalosis más como quiere ROTHFELD. Dejando de lado ahora esta cuestión, lo interesante es afirmar la presencia de perturbaciones del impulso como coordinados dentro del cuadro depresivo. Serían como las alteraciones del sueño o del peso corporal.

No todos los melancólicos se sienten tristes. Algunos se quejan más bien de "vacío de sentimientos": su mundo afectivo ha perdido sustancia, se sienten incapaces de vibrar con las alegrías o de entristecerse con las tristezas. JULIUS-BURGER describió estas formas como melancolías anestésicas. Lo alterado aquí es la *actividad del mundo de los sentimientos*.

La delimitación de K. SCHNEIDER tiene una gran trascendencia clínica: agrupada la melancolía en torno a la tristeza vital, no existen para él formas de tránsito con los otros cuadros clínicos análogos. Para BUMKE, en cambio, existen unas formas de tránsito entre las personalidades normales: las psicopáticas y las psicóticas. A este gran grupo lo llama el círculo pícnico-timopático, poniéndolo en relación estrecha con el tipo corporal pícnico. Apenas resulta necesario recordar que también para KRETSCHMER existe esa transición entre la personalidad normal (temperamento ciclotímico), la personalidad psicopática (cicloide) y la psicosis maníaco depresiva. K. SCHNEIDER llama *ciclotimia* a la enfermedad constituida así, de una modo autónomo. El argumento principal en favor de una nueva designación es, que realmente, no se puede calificar a los depresivos de "locos", como se hace al seguir la nomenclatura kraepeliniana (locura maníaco-depresiva); además, KRETSCHMER la utiliza para la designación de la variedad temperamental correspondiente, de suerte que, la pretensión de SCHNEIDER, más bien creará confusión que aclarará la terminología.

Limitada tan estrictamente la psicosis maníaco-depresiva, SCHNEIDER la encuentra con menos frecuencia que otros clínicos. Entre 1.053 ingresos, la diagnostica un 5 por 100, en tanto que LANGE diagnosticaba en esa misma clínica en un 10 por 100 de los enfermos (2).

(1) Una exposición relativamente completa de estas cuestiones se hallará en mi trabajo "Diencefalo y alteraciones psíquicas". *Revista Clínica Española*, 1947.

(2) Nosotros diagnosticamos en la Clínica del Hospital General el 7,05 % de los casos.

STAUDER recogió, para comparar, las cifras de la clínica de Munich. Encuentra un 7,2 por 100 (4,7 por 100 de hombres y 11,4 por 100 de mujeres) de maniaco-depresivos, cifra, de todas formas, inferior a las logradas por KRAEPELIN, REHN, BUMKE y LANGE, en la misma clínica. STAUDER señala que quizá esa reducción se deba al incremento de material neurológico; pero, aun suprimiendo éste del cálculo de la cifra total, sólo asciende al 9 por 100. No cabe duda, pues, que el diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva ha sufrido un proceso de purificación en el curso de los últimos treinta años y que muchos casos que antes se diagnosticaban así han ido a enriquecer el conglomerado de la esquizofrenia.

El criterio de SCHNEIDER supone un afinamiento del proceso de diagnóstico y una mayor seguridad en el mismo; frente al diagnóstico descriptivo que se encuentra, a pesar de todo, en el mismo libro de BUMKE, lo importante es buscar el carácter *vital* de la tristeza que tiene el enfermo. Sobre ella se diagnostica su endogeneidad y, por consiguiente, la presencia de una melancolía. Pero ya no resulta cierta, según mi opinión, la separación abismal entre estas formas de tristeza y las que se pueden presentar en normales y aun en psicópatas. *Los sentimientos vitales existen en todo el mundo*. En el hombre normal existen pequeñas alteraciones vitales, que no calificamos de morbosas porque apenas son perceptibles. Cuantitativamente son diversas, pero no cualitativamente. En el melancólico nos encontramos con una variedad muy acentuada de aquella variación. No es exacto, pues, el criterio de BUMKE cuando admite una gradación entre la tristeza motivada de las personas normales y la inmotivada del melancólico. El hiato existe siempre entre esas formas de tristeza: la motivada y la autónoma o inmotivada; pero tampoco es cierto, como afirma SCHNEIDER, que en el hombre normal no haya tristezas inmotivadas.

Fenomenológicamente resulta interesante el reconocer el carácter vital de una tristeza. Porque, a mi modo de ver, no basta el recurso clínico de averiguar si existe un motivo o no para diagnosticar la existencia de una tristeza vital. Puede existir un motivo y, sin embargo, la tristeza convertirse después en una tristeza vital. Con el nombre de *reacción cristalizada*, he tratado de circunscribir este fenómeno. El hecho clínico es el siguiente: un sujeto experimenta una emoción depresiva, por ejemplo, la noticia de la muerte de un familiar. A continuación se instala una depresión. Ante esta conexión temporal nos sentimos inclinados a calificarla de depresión reactiva. Pero la observación posterior demuestra que la depresión continúa, incluso a veces, después de haber desaparecido la causa motivante; su contenido es distinto (ya no le preocupa aquel suceso, sino otros distintos, más en consonancia con el contenido de las depresiones endógenas); su duración es, aproximadamente, la misma que en las depresiones endógenas; en la vida del enfermo existen otras fases depresivas: unas, aparentemente motivadas; otras, inmotivadas; las depresiones así instaladas se curan con electrochoques, como las endógenas, y no con psicoterapia, como pueden curarse las reactivas. LANGE habla de depresiones provocadas; pero, para caracterizar este cuadro, habría que decir provocadas psíquicamente para distinguir las de los casos en los que la depresión se halla provocada somáticamente por una parálisis general, hecho sobre el cual ya llamó la atención BOESTROEM.

No basta, pues, descubrir o no un motivo para calificar de vital una depresión, es decir, no basta el diagnóstico por eliminación. Los caracteres de curso antes señalados pueden servirnos para el diagnóstico diferencial; pero, aparte de éstos, ¿existen otros rasgos que nos permitan calificar de vital una tristeza?

Es interesante señalar los matices diversos de los sentimientos depresivos, de los cuales se ocupa detenidamente K. SCHNEIDER. Existe una *reactividad depre-*

siva aumentada e intensificada, de colorido más bien gruñón y excitable, pues emana de un fondo de sensaciones somáticas. La causa puede ser endógena, exógena o psicógena. Como ejemplo de las primeras tenemos las molestias subjetivas de los traumas o de las infecciones; como tipos de causa endógena tenemos las molestias que acompañan a la jaqueca, menstruación, y como ejemplo de origen psicógeno los casos en que una vivencia desagradable crea un estado de tensión, que constituye un suelo abonado para reaccionar depresivamente ante cualquier acontecimiento. El motivo puede cesar, pero quedar entonces durante largo tiempo una tendencia a reaccionar depresivamente. Aquí, la vivencia ya no obra como motivo, sino como causa. Incluso la noticia en que asentaba la vivencia ha sido un error y, sin embargo, subsiste la reactividad depresiva. SCHNEIDER llama a estos mecanismos *reacciones de fondo*.

K. SCHNEIDER y otros hablan también de "contenidos depresivos emergentes". Aparecen de súbito en la vida anímica del sujeto: son frecuentes en los heridos cerebrales, epilépticos y esquizofrénicos. También aparecen en la vida ordinaria, en la que a veces parecen producidos por una impresión externa en el sentido de un contagio afectivo. Un tiempo lluvioso produce pensamientos tristes; a veces la reacción es paradójica y un tiempo lluvioso produce pensamientos alegres y placenteros. En los estados depresivos se imbrican y superponen estas tres posibilidades y, especialmente, en los psicópatas depresivos, cubriendo el fondo de depresión vital.

Es indudable que existen estos diversos modos de deprimirse; pero las diferencias entre ellos no son quizá tan esenciales como quiere SCHNEIDER. En las *erupciones depresivas* (contenidos depresivos emergentes) se trata indudablemente de depresiones vitales. Su brevedad no es un argumento en contra. Ya LANGE reconoció la existencia de estas depresiones efímeras sobre las cuales había insistido PALMER. Naturalmente, no deben calificarse de morbosas si no alcanzan profundidad, duración o frecuencia especial, ya que como tales acompañan a la vida normal. Tanto en ellas como en la reactividad depresiva de origen psicógeno, nos encontramos con los mecanismos descritos antes con el nombre de reacción cristalizada. La emoción no es motivo ni tampoco causa eficiente de la depresión, sino en todo caso causa ocasional, como un cristal en una solución sobresaturada.

La reactividad depresiva de los heridos cerebrales, epilépticos, etc., es una distimia de carácter depresivo. En ellas nos encontramos con una alteración de la personalidad que les aproxima más a las psicopatías que a las depresiones. Pero en otros enfermos pueden presentarse, indudablemente, fases depresivas o angustiosas de carácter más puro. Dentro de lo que se califica en el lenguaje corriente como tristeza, existen matices diversos. DUMAS y los autores franceses hablan de una *tristeza activa* y una *tristeza pasiva*. En la tristeza pasiva existe un sentimiento de impotencia y de desaliento. "Cuando la tristeza es profunda —dice Dumas— se tiene la sensación confusa de que el cuerpo entero participa en ella. La experimentan en la cabeza, que se inclina; en las piernas, que se flexionan; en los brazos, que penden; en el organismo entero, que se abandona. Se sienten enlentecidos en sus movimientos; llegan difícilmente a calentarse, tienen frío en las manos y escalofríos." En la tristeza activa se revuelve contra el déficit que le es impuesto, protesta, gruñe y se lamenta. Pero su protesta se halla siempre acompañada de resignación, y, si crece, nunca da lugar a la cólera, sino a la desesperanza.

En la *tristeza activa* se trata de una actitud que se toma ante una vivencia o ante sus causas. Al factor vital se une un factor caracterológico. Esto es lo

que ocurre en la psicopatía depresiva. Por eso el psicópata depresivo es gruñón, pesimista, etc.

Como rasgo esencial de la psicosis maniaco-depresiva se halla su curso fásico. ¿Es éste un ingrediente independiente y autónomo? STAUDER se inclina por esta opinión y habla de la presencia de un "factor fásico". El problema tiene una cierta complejidad y, naturalmente, no puede quedar resuelto aquí; séanos permitido, sin embargo, llamar la atención sobre ciertos hechos. La periodicidad de la enfermedad no se limita sólo a su modo fásico de aparición; en sus propias manifestaciones existe un cierto ritmo. Las depresiones suelen ser más intensas por las mañanas y experimentan al caer el día un cierto alivio. Durante su curso no permanecen en un nivel constante, sino sometidas a continuas oscilaciones, de más o menos intensidad, según los enfermos. *Este carácter ondulante y variable constituye algo inherente al modo de ser de los sentimientos vitales.* En la vida del ser humano representan lo fuente y cambiante: unos sustituyen a otros y ninguno se mantiene a un nivel constante. Por esta misma cualidad dota al hombre de matiz y finura frente al Cosmos. Los sentimientos vitales crean el clima en el cual se desenvuelve el hombre, y sólo su capacidad de variación es la que hace posible su capacidad de adaptación. Por encima de ellos flota el carácter, la actitud, los elementos noéticos de la personalidad, que son los que suponen constancia en la dirección. Por debajo se halla el propio soma; que representa en esta serie la inercia.

M. BLEULER ha lanzado recientemente una nueva interpretación del trastorno fundamental de las depresiones. Las depresiones pueden deberse a muchas causas; pero, a pesar de todo, la depresión no es un puro concepto sintomatológico, basado sobre la tríada de distimia afectiva, inhibición del pensamiento e inhibición de la voluntad. Al lado de su fundamento sintomatológico tiene la depresión un fundamento patogenético que debe ser buscado en el sentido de la fisiología de los rendimientos (*Leistungsphysiologie*, de HESS) *como una mutación de todos los procesos vitales de significación general.* La situación típica que conduce a una depresión es aquella en la que están bloqueados todos los caminos de satisfacción instintiva del individuo. En la lucha por la existencia, de vez en cuando se encuentran dificultades o falsos caminos en la satisfacción instintiva que pueden ser sorteadas o vencidas. Los factores climáticos, los factores personales de los otros seres existentes, etc., son motivos que determinan el citado bloqueo. Cuando el ser se encuentra en una tal situación de necesidad, se repliega sobre sí mismo, yugula su actividad vital, permaneciendo rígido y pasivo hasta que han pasado los peligros invencibles, la tempestad se ha calmado o el horizonte se ha visto libre de enemigos inatacables. En este sentido se produce, en muchos animales, el reflejo de quedarse como muerto, y en la misma línea hay que situar el súbito estupor de las situaciones de pánico y la conducta que subjetivamente notamos como depresión: "en lo psíquico se reconoce por la inhibición en todos los sectores: inhibición del pensamiento, del recuerdo, de la comprensión y, ante todo, de la expresión y de la actuación. La vertiente subjetiva de esta inhibición es el sentimiento de aplanamiento, de desánimo, de vacío de los impulsos, de falta del deseo de emprender nada. El depresivo no hace plan alguno, no elabora activamente las impresiones, no obra, se hunde en la pasividad y se rigidifica, lo cual resulta lo más adecuado frente a los peligros invencibles". Esta inactividad no sólo se manifiesta en lo psíquico, sino también en el plano corporal; los movimientos son más pobres, la musculatura corporal está más relajada, el enfermo se encorva, hasta tal punto que su actitud, su rigidez y su pobreza de impulsos recuerdan a los enfermos estria-

dos. Las funciones digestivas también se enlentecen, el peristaltismo intestinal disminuye, la boca se seca, la presión arterial desciende, el ritmo del corazón se lentifica, la respiración se vuelve superficial y lenta. El metabolismo basal baja y las funciones sexuales se muestran también inhibidas.

Es curioso establecer un parangón entre esta interpretación patogenética de BLEULER, las antes citadas de BUMKE y SCHNEIDER, con mis propias ideas. Lo primero que llama la atención es que con las analogías establecidas, con las reacciones de "sobrecogimiento" y "sobresalto" (1), sobre todo con las primeras, aproxima el círculo depresivo a las manifestaciones histéricas. En su mismo texto se pone en la misma línea la rigidez del pánico y la inhibición de los depresivos. A BUMKE le tiene que parecer forzosamente una interpretación impura. Según mi modo de ver, por el contrario, la distancia que separa el círculo depresivo de la histeria no es tan grande cuando se tienen en cuenta, para interpretar ambos grupos de fenómenos, las alteraciones de la vitalidad. Las depresiones son como una oscilación negativa de la vitalidad. En la histeria existen mecanismos psicógenos, pero con mucha frecuencia nos encontramos con combinaciones con fases timopáticas. La reacción histérica sólo se desencadena sobre una inferioridad o minus-valía del organismo. En unos enfermos esta inferioridad es permanente, como una alteración del carácter o una debilidad congénita de la inteligencia; en otros es transitoria, como en una depresión timopática. Sobre ella emergen los mecanismos psicorreactivos, que dan todo el colorido clínico a la histeria. La independencia de ésta debe, pues, basarse en dos tipos de razones: una, la clínica, y otra, la patogénica, puesto que apela a dos registros distintos: el de la vitalidad y el de psicogenia.

Las depresiones, como BLEULER, pueden tener causas diversas. El síndrome vital puede presentarse a consecuencia de una infección, de una intoxicación, etcétera; pero éstos son los casos más raros; lo más frecuente es que la alteración de la vitalidad sea puramente autónoma y se presente como un desarreglo intrínseco, no dependiendo de causas desconocidas exteriores ni tampoco de motivos internos. Podríamos establecer un parangón con el círculo de la epilepsia: existe una epilepsia genuina, endógena, esencial o idiopática y existen otras sintomáticas. De la misma manera que en la epilepsia nos encontramos con algunas formas de tránsito, es decir, con un mecanismo externo que asienta sobre una constitución y provoca de esta suerte los ataques, también en las depresiones nos podemos encontrar con mecanismos análogos (depresiones reactivas o provocadas). Pero del mismo modo que la posibilidad de tener una crisis convulsiva radica en cualquier organismo, como lo ha demostrado la experiencia con los electrochoques, también la posibilidad de tener una alteración de la vitalidad radica en todo hombre. En esto se diferencian todas estas enfermedades de aquellas que son como una especie de formación parasitaria establecida sobre el organismo.

Por otra parte, hay un nexo común entre la interpretación de BLEULER y la de K. SCHNEIDER. La vitalidad es aquella capa del ser que se halla situada entre la capa puramente corporal y la puramente psíquica. Sirve de nexo entre ambas y también participa parcialmente de los caracteres de ambas (no olvidemos que la distinción en capas tiene sobre todo un valor heurístico). Cuando se considera la vertiente interna de la vitalidad, nos encontramos con los sentimientos vitales y con los instintos: tristeza, alegría, angustia, humor, gana, hambre, impulso sexual, etc., son manifestaciones de la vitalidad. Al lado de la vivencia subjetiva

(1) Véase la interpretación de los mismos en mi libro sobre "Neurosis de guerra".

está la manifestación de todos estos ingredientes de la vitalidad. Se tiene hambre y necesidad de comer, por ejemplo. Cuando la descripción de la alteración de la vitalidad se hace mirando hacia el polo vivencial o interno, nos encontramos con la tristeza vital o la angustia vital. Cuando la descripción de la vitalidad, en cambio, se hace mirando hacia el polo externo, nos encontramos con la disminución de los rendimientos, es decir, con esa inhibición vital que BLEULER sitúa en el núcleo patogenético de las depresiones.

Al lado de la psicosis maniaco-depresiva creo que debe incluirse, en el círculo timopático, un grupo especial de enfermos cuyo síntoma fundamental es la ansiedad. De él me he de ocupar detenidamente en un libro en prensa (1). Lo que interesa ahora es que quede bien sentado que se trata de una interpretación distinta de cuadros clínicos que, hasta ahora, habían sido mal filiados. Una parte nuclear del mismo está constituida por la neurosis de angustia; pero, a diferencia de las descripciones clásicas y psicoanalíticas de esta enfermedad, no se considera como tal neurosis, es decir, como un cuadro provocado psicógenamente o desencadenado reactivamente, sino como un cuadro endógeno. En la sintomatología de los timópatas, al lado de la angustia vital, figuran los vértigos, muy característicos, de los agorafóbicos y toda una serie de trastornos somáticos y vegetativos. En ella nos encontramos con alteraciones en la percepción del espacio y del tiempo páticos. La sintomatología vegetativa es muy curiosa: muchos de los cuadros diagnosticados como de neurosis orgánica pertenecen también a este círculo morboso. Más sorprendente es la asociación de estos cuadros psíquicos con una cierta sintomatología neurológica, hecho sobre el cual no se había llamado la atención hasta ahora. El calambre de los escribientes o el tortícolis espásticos constituyen buenos ejemplos de ello. Los ataques vasovagales no pertenecen al círculo de la epilepsia, sino al de la timopatía.

Si tratamos ahora de analizar los medios de presentación de la angustia, estableciendo entre ellos una gradación diferencial, aparecerá, con toda claridad, resuelto el problema clínico.

Existe, en primer término, una *angustia motivada* o desencadenada por una situación, de la misma manera que existe una tristeza motivada. Se trata de una reacción, y, por consiguiente, cesa cuando se extingue el motivo desencadenante, o por lo menos, se adivina una cierta proporción entre ambos factores. En la literatura reciente angloamericana se usa mucho el término de "neurosis de angustia" para delimitar los trastornos psíquicos aparecidos por la influencia de la guerra. Estos son, aún más evidentes, en la población civil. WILSON refiere —por elegir un ejemplo— que de 697 pacientes llevados al hospital, a consecuencia de un raid aéreo, 134 padecían de disturbios emotivos, paraplejas histéricas y estupor debido al miedo y ansiedad. A todos se les dijo que la reacción era debido al miedo y que era interesante para su curación que volvieran a sus tareas normales. Todos pudieron abandonar el hospital en las primeras veinticuatro horas, y sólo seis volvieron. En ellos se descubrió la presencia de rasgos psicopáticos. La experiencia de nuestra guerra concuerda absolutamente con ésta. DELGADO ROIG (2), al hablar de los estados de ansiedad durante ella, dice: "Se

(1) "Angustia vital y círculo timopático" (Ed. Paz Montalvo).

(2) DELGADO ROIG: "Consideraciones acerca de los estados emocionales y en especial la angustia". Discurso de ingreso en la Real Academia de Sevilla, 1944. Véase también sobre este punto la ponencia de LUIS ROJAS sobre "Alteraciones psíquicas de guerra", en *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, núms. 1 y 3, 1942, y el libro mío "Neurosis de guerra", antes citado.

trataba de formas reaccionales de tipo accidental que acaso pudieran despertar incluso psicosis incipientes, pero nunca adquirieron el carácter de autonomía necesaria para considerarlas como específicas, aparte de que desaparecían al poco tiempo de haber cambiado las circunstancias ambientales. Podía hablarse entonces de una angustia de situación que coloreaba accidentalmente el cuadro de la neurosis."

Ahora bien, esta ansiedad motivada es, si se quiere, un modo erróneo de usar la palabra angustia. Hemos visto que la diferencia esencial entre angustia y miedo es el que en aquélla no aparece su objeto definido como peligroso. Sin embargo, el uso clínico sigue hablando de "reacción angustiosa", o ansiosa en estos casos. Tal ambivalencia designativa se debe a la semejanza expresiva que existe entre la angustia y el miedo. Frente a una situación traumáticamente peligrosa, el enfermo se siente sorprendido biológicamente. La reacción, en sí, depende de diversos factores. En mi libro sobre *Neurosis de guerra* me he ocupado de los dos tipos fundamentales de reacción de sobresalto y de reacción de sobrecogimiento. Antes hemos visto cómo FREUD habla de neurosis de angustia en las situaciones traumáticas, a pesar de ocurrir en situaciones conocidas, porque, en la intimidad de las mismas, puede existir un factor de desconocimiento del modo de la peligrosidad; el peligro no es comprendido totalmente, sino que él es el que comprende y abarca al sujeto, el cual sabe que el peligro le acecha, pero ignora cómo va a actuar sobre él. GUY DE MAUPASSANT ha dicho: "On n'a vraiment peur que de ce q'on ne comprend pas." Y por contraposición también en la angustia existe un peligro, pero de fuente desconocida, sin conocimiento claro. "La angustia es también producida por algo determinado", pero "esto es desconocido en su cualidad para el angustiado", sostiene LIEBECK (1). De aquí esa confusión de términos entre angustia y miedo que hemos señalado.

La forma fundamental de angustia es la que podemos llamar *angustia vital*. Esta es una angustia que nace de la subestructura vital y que no está motivada por sucesos psíquicos. Le ocurre lo mismo que a la tristeza vital de los depresivos. En los enfermos aparece en forma fásica. Pero otras veces vemos como "ráfagas de angustia" emergentes, sin saber por qué de la propia personalidad. Estas ráfagas pueden darse en los individuos normales. Existe esa posibilidad de angustia vital en todo ser humano. En el tímopata angustioso le asalta, con una intensidad y violencia enormes; pero ello no quiere decir que sean cualitativamente distintas. En todo caso esa distinción estaría dada por el aumento en la intensidad, principio que ya se conoce en otros aspectos de la biología. Lo que distingue la angustia vital del tímopata angustioso de la reacción angustiosa antes citada es su *aparición inmotivada*, y es la violencia de su manifestación la que le presta características especiales.

Además de esa angustia en brote o ráfaga, salida de un medio normal o aparentemente normal, tenemos el estado angustioso basado en una alteración orgánica netamente reconocible: por ejemplo, la angustia de los traumatizados de cráneo. En estos mismos enfermos nos hallamos con una angustia vital a la cual se agrega una forma reactiva psíquica por la propia insuficiencia del traumatizado ante los problemas de la vida. Que el soma puede influir en el desencadenamiento de una crisis angustiosa, está más allá de toda duda para quien haya visto o conozca una *crisis de angor*. A estas crisis se les llama corrientemente de angustia vegetativa, pero no cabe duda acerca de que también alteran la estructura vital.

(1) OSKAR LIEBECK: *Das Unbekannte und die Angst*, 1928.

Una cuestión muy interesante e irresuelta todavía es la relación entre éstas y las crisis del timopático. Clínicamente no hay duda posible en el diagnóstico, no sólo por los medios casi exactos con que cuenta el diagnóstico positivo de una lesión cardíaca, sino por la forma misma de "vivir" la crisis. En el angor existe aquel momento de "meditación de la muerte" de que hablaba BRISSAUD. Toma una forma más concreta que la sensación de peligro misterioso de la angustia timopática. Por lo demás, todo el cortejo clínico (dolor, inmovilidad irradiación, claridad de conciencia en ese caso e inquietud, inseguridad, estado como de borrachera, etc., en e otro) es absoluto distinto.

Nos esforzamos en adquirir ideas claras porque es una necesidad de la mente y tienen una gran utilidad clínica; pero si, una y otra vez, propugnamos una consideración total de la persona humana, no hemos de olvidarlo a la hora de las clasificaciones. Estas formas de angustia pueden presentarse combinadas o desplegarse históricamente en un mismo sujeto. Los sucesos del mundo externo pueden influir, desencadenado u ndesequilibrio de la estructura vital que se halla en perpetuo proceso de ósmosis con el perimundo. Este entrecruzamiento de las formas nos explica muchos de los errores de criterio sufridos en el estudio de estas cuestiones.

Veámoslo en un caso clínico:

V. C. J. Cuarenta y cuatro años. Consulta H. Provincial.

No se consignan en la historia antecedentes familiares de interés.

La enferma contrajo matrimonio a los veintiocho años. Su marido vive, pero "está" sífilítico. Tuvos dos hijos, uno vive y está sano; el otro murió de difteria con complicación cardíaca.

Según dice ella, su marido le contagió la sífilis. "Hace un año le hicieron un análisis de sangre, cuyo resultado fué fuertemente positivo" (Wassermann). "Todas las cruces que dicen ellos, esto es de muerte" (llora).

En el año 1929 tuvo la solitaria. Con tratamiento la expulsó.

"Cuando me enteré que tenía sífilis me dió un dolor terrible *en la aorta*, que me queda aún retorcida. Luego me trataron." Ha vivido siempre preocupada por ello. El último análisis es negativo. "De noche me noto una cosa así como si me fuese a morir por momentos; me acuesto con el crucifijo y le pido al Señor que me cure. Me siento que me muero; mire, es una impresión horrible." "Es que es una vergüenza esto de lo luético." "Todas las noches me pinto con yodo el pecho." "Cuando me noto morir tomo un cortadillo de vino y rápidamente me pasa; luego noto otra vez la depresión."

Ahora cree que se le ha reproducido la solitaria, "porque al cruzar la calle *parece que se me va a hundir el piso*, tanto que no me atrevo a moverme", pero luego se decide y cruza. "Me entra *así como un mareo*; estos son los síntomas de cuando tuve la solitaria, pero ahora no echo anillos ni de nada." Nunca ha tenido ideas de suicidio, "pero he pedido al Señor que se me lleve en un sueño, sin sufrir". Ha estado durante cuatro o cinco meses sin moverse casi ni hablar, por miedo a que le pasara algo. Ahora trabaja y hace una vida ordinaria; se queja de que su marido no lo hace.

Vemos en este caso cómo se instaura una crisis de angustia, al parecer, a raíz del descubrimiento de una sífilis. En ocasiones el proceso es inverso y es el enfermo el que al comenzar con su timopatía va al médico, el cual descubre, mediante el análisis, una sífilis concomitante. En la anamnesis es difícil establecer la diferenciación, que se ve clara si se recibe al enfermo por primera vez.

Esta misma enferma ha tenido antes un padecimiento tan real como la solitaria, que además le producía sensaciones subjetivas de debilidad, puesto que compara las que ahora tiene con aquéllas. Y, sin embargo, no se estableció entonces su crisis angustiosa. Cuando le falta la *patoplastia* (análisis negativo) la angustia toma un tipo agorafóbico con vértigo timopático, que es lo que permite interpretar todo el cuadro de un modo adecuado a la realidad clínica.

Podríamos multiplicar los ejemplos de entrecruzamiento de formas de angustia. Quizá llegaríamos a la misma consideración: a la necesidad de interpretar la historia clínica desde el punto de vista de la historia personal, aquí tanto más necesaria cuanto que es naturalmente el sujeto lo que enferma.

Después de lo dicho, las relaciones con las *psicosis maníacodepresivas* son claras a nuestro modo de ver. Sus puntos de inserción son los siguientes:

a) Se trata, en ambas enfermedades, de *disturbios o alteraciones de la estructura vital de la personalidad* (sentimientos vitales en sentido genérico).

b) Ambas evolucionan con frecuencia de un modo cíclico y ofrecen ciertas concordancias genéticas.

c) Se observan numerosas formas de tránsito. Algunos casos clínicos considerados atípicos de psicosis maníacodepresiva lo son por transformarse en timopatías ansiosas.

Analícemos ahora estos apartados:

a) Respecto al primer punto, apenas es necesario insistir. No cabe duda acerca de que fundamentalmente la psicosis maníacodepresiva es una enfermedad de los sentimientos vitales (1), según ha demostrado cumplidamente SCHNEIDER en sus trabajos clínicos. Tampoco debe dudarse, a nuestro juicio, de que en la timopatía ansiosa, o en la antigua agorafobia, se hallan preferentemente afectados los elementos de la estructura vital de la personalidad.

b) La evolución cíclica de la psicosis maníacodepresiva es bien conocida y constituye una de las notas distintivas de la enfermedad. El curso clínico ha llamado la atención, de tal suerte, que se ha tratado de estampillar formas diversas por el curso clínico.

También la timopatía ansiosa ofrece un curso cíclico, en la mayoría de los casos. Con gran frecuencia observamos dos o tres fases en la vida del enfermo. En las manifestaciones de la enfermedad pueden equivalerse los síntomas, como ya señalamos en la parte clínica. No es raro ver un enfermo que comienza por un episodio de agorafobia y que después de una fase intervalar ofrece un episodio de angustia o de otros elementos de tipo idéntico. Frecuente resulta que el enfermo haya tenido barrunto de crisis, leves y pasajeras, muchos años antes. A medida que aumentan las fases éstas toman un carácter más persistente; pero de todas suertes no está excluido que así no suceda, encontrando fases de curso que si no son tan ricas como en la psicosis maníacodepresiva, ofrecen analogías.

(1) Donde aparece clara la alteración de los sentimientos vitales es en la depresión (tristeza vital). Sobre si en la manía existe una exaltación de los sentimientos vitales, la opinión debe ser más reservada, como hemos dicho. Con toda probabilidad sí se trata de ello, aunque quizá el cuadro se impurifique con frecuencia por otros componentes. En el estudio de BINSWANGER sobre el flujo de ideas, se refleja, desde otro punto de vista, una tesis que podríamos considerar *correlativa*. La "alegría existencial" de BINSWANGER supone esta alteración de la estructura vital interpretada antropológicamente. BOLLNOW ha estudiado con gran penetración los sentimientos de felicidad ("das grosse mittags" de NIEHSCHE) y la exaltación de los sentimientos por la borrachera y el éxtasis, basando sobre ellos interpretaciones antes patológicas que pretende sean complementarias de las de HEIDEGGER, rebasando de esta suerte "el modo deficitario" del análisis existencial.

Es frecuente que en el climaterio, y sobre todo en la involución, nos encontremos con fases más largas. La *agudeza y la pureza* de la fase son factores de buen pronóstico, como en la maníacodepresiva.

Existen formas que ya desde su comienzo se insinúan crónicas y tórpidas en su evolución. En ellas, el componente angustioso es menos aparente y lo son más otros del cuadro clínico. Es digno de ser anotado, por ejemplo, que los que ofrecen de preferencia síntomas de anomalías vivenciales en la percepción del espacio, adoptan este curso tórpido con mayor frecuencia. La experiencia terapéutica actual en la psicosis maníacodepresiva ha demostrado que los mejores resultados se obtienen en las depresiones endógenas puras, sobre todo en las primeras. El buen resultado de las depresiones involutivas depende, según mi opinión, de que muchas de ellas son las primeras en la vida. En cambio, las formas netamente ciclotímicas, escasas de intensidad, son de peor pronóstico. Otro tanto vemos en la timopatía angustiosa. Parece como si cuando la desviación de la normalidad es menguada, la resistencia al tratamiento es mayor. He aquí un problema patogénico de un interés extremo.

c) Las formas de tránsito son frecuentes y, en algunos casos, el diagnóstico diferencial resulta difícil. He aquí un ejemplo:

A. G. S. Veintiocho años, casada. Consulta en febrero de 1944.

Su abuelo paterno murió a los cincuenta y cinco años, no sabe de qué. La abuela falleció de edad avanzada. Por vía materna ambos abuelos murieron también de edad avanzada. Su padre murió a los cincuenta y cinco años de una enfermedad hepática. Su abuela paterna y su madre han tenido trastornos "parecidos a los que padece la enferma". Casada, sin hijos. No antecedentes patológicos previos.

A partir de la muerte de su padre, en abril de 1943, se preocupó por la suerte de su madre y hermanos.

Hace *cinco meses* que empecé con *espasmos* de estómago, que me impedían comer, unidos a una gran nerviosidad. Siente *desmayo*, sin llegar a desmayarse nunca, *gran frialdad de pies y manos*, entrándole después un estado de nerviosidad y como un *estremecimiento generalizado*. A veces, todo ese estado nervioso acaba en una diarrea. Al principio estos estados le asaltaban cada quince días. Luego han sido más frecuentes, hasta llegar a ser casi diarios.

Ha sido reconocida esmeradamente desde el punto de vista orgánico, con repetidos análisis y exploraciones radiológicas, sin hallazgo anormal alguno.

Actualmente vive en continuo *pánico a que le repitan esos estados*, por lo que tiene que estar *continuamente acompañada*. Ha estado sin comer algunos días por el mismo pánico. Adelgazamiento. *El pánico es indefinible, es miedo a que le dé algo, a perder la cabeza. Se siente triste, sin saber por qué, todo lo ve oscuro, tiene continuas ganas de llorar*. Habla poco, está retraída. Reconoce que no tiene en el momento actual motivos para su tristeza. Esta le viene no sabe de qué. *En casa no puede estar*, ha de estar siempre fuera, pero *acompañada*. Cansancio y sueño, pero se mete en la cama y no duerme.

Ultimamente nota, como *una especie de mareo* o pesadez de cabeza, como si fuera embarcada. No nota firme su cabeza. *Palpitaciones*. Antes era más alegre y despreocupada. Ahora se inquieta por nada, da muchas vueltas a las cosas, se siente enormemente pesimista, todo lo ve grande y difícil, desproporcionado a como lo es objetivamente.

En los últimos días un catarro nasal, con dolor de cabeza.

La exploración somática es negativa.

Se la trata con cinco electrochoques. Ya desde el primero mejoró muchísimo. En

la actualidad se considera prácticamente bien. Sólo le queda un ligero dolor de cabeza y alguna sensación de titubeo o duda cuando va a hacer algo.

Vemos, en este ejemplo, un entrecruzamiento de la sintomatología angustiosa con la depresiva. Las sensaciones de angustia timopáticas experimentales son muy claras para que podamos decir que se trata simplemente de una depresión angustiosa (no es una enferma en la involución). El temor a la crisis y el vértigo predominan sobre el estado depresivo. Este no es subjetivamente sentido por la enferma como tan agobiante. Se necesitó interrogarla detenidamente sobre él para que se delinease claramente. No era su tristeza lo que le llevaba al médico.

Las transiciones, pues, son frecuentes y *así debe ser*, puesto que se trata de enfermedades que afectan ambas a la misma estructura. En el caso citado existía antes un *motivo* depresivo, pero que evidentemente no actuó (la muerte del padre). La alteración vital comenzó después inmotivadamente. Sólo la gran necesidad que tiene el enfermo de referir todos estos trastornos a un motivo exterior le llevó a acordarse de la depresión reactiva que experimentó cuando la muerte de su padre.

De todos modos, polemizar demasiado sobre este punto sería inútil. Como hemos dicho antes, en estas enfermedades no perseguimos el aislamiento de una especie morbosa, al modo de SYNDENHAM. Se trata, simplemente, del aislamiento de cuadros clínicos, de tipos, no de entidades, que vivan autónomas como dos seres diversos. En esta actitud el reconocimiento de las formas de tránsito es necesaria. Y no por una dificultad en el esclarecimiento del cuadro clínico o por un embotamiento del rigor lógico, sino por una exigencia de la realidad, porque existen tales transiciones.

Oportuno es también delimitar la timopatía angustiosa frente a las personalidades psicopáticas. En ellas se trata de personas anormales que, *a consecuencia de su anormalidad*, sufren o hacen sufrir a la sociedad (SCHNEIDER). En el curso de la timopatía angustiosa no se trata de "personalidades anormales", sino sólo de fases que se establecen lo mismo que aparecen las fases de la psicosis maníacodepresiva. La personalidad en sí no es anormal; precisamente la observación del material clínico demuestra todo lo contrario. Por regla general se trata de personalidades que antes de la enfermedad y durante las fases intercalares de la misma no ofrecen rasgos patológicos. Especialmente interesa señalar que no se trata siempre de hipocondríacos que están sometidos continuamente a una introspección. En muchos casos son gentes bien dotadas intelectualmente y también éticamente. El calificativo de degenerados superiores no les cuadra. Tampoco se trata de asténicos, ni de psicópatas depresivos en sentido estricto.

El círculo timopático, pues, comprendería todas las alteraciones o perturbaciones de la capa vital de la personalidad, en la cual hay que considerar sus ingredientes instintivos, somático-visceral y afectivos. No hay que considerar a la capa vital constituida sólo por sentimientos vitales. Mejor que capa vital es emplear la designación de estructura vital (1).

El círculo comprendería:

a) La psicosis maníacodepresiva y las manías y melancolías endógenas y provocadas (no las reactivas puras).

(1) "La angustia vital y el círculo timopático" (Ed. Paz Montalvo).

b) La timopatía ansiosa, en la cual las alteraciones acaecen en torno al polo de la angustia vital, que no es la angustia reactiva, ni la angustia existencial. La angustia reactiva es la de las neurosis. La angustia existencial es una interpretación ontológica; la angustia vital es una angustia óptica. La angustia vital no se siente ante la muerte, según demuestra la experiencia clínica, sino que lo que siente el sujeto es la vivencia de la disolución de la personalidad y la angustia ante ella (miedo a volverse loco, a perder el control de sus actos, etc.).

c) Las diencefalosis. Según una referencia de BYCHOWSKI, el primero que usó esta palabra fué LAMPL en 1933, para designar el conjunto de narcolepsia-picnolepsia-geloplejía y orgasmolepsia. BYCHOWSKI comprende con ella todos los síndromes reversibles en los que figuran, en primer plano, fenómenos diencefálicos. Se trata de síndromes que primaria o secundariamente tienen su punto de ataque en el diencéfalo. El factor dinámico predomina en ellos, pero no se halla excluída la participación del factor inflamatorio.

El concepto de diencefalosis así establecido es muy amplio y discutible. Toda la patología diencefálica, desde el Korsakow, la alucinosis peduncular de Wernicke, hasta la epilepsia autónoma de Penfield, figuran allí. En uno de los trabajos de BYCHOWSKI se incluyen cuadros encefalíticos con predominio localizador en el diencéfalo.

Mi punto de vista es otro: el concepto de diencefalosis se debería limitar a los trastornos vegetativos de tipo diencefálico, excluyendo de estas designaciones aquellos otros tipos de alteraciones diencefálicas conocidas con nombres diversos y que forman unidades autónomas bien circunscritas. También habríamos de excluir las *enfermedades orgánicas bien limitadas como entidades etiológicas, aunque ofrezcan síntomas diencefálicos*; por ejemplo, los tumores o las encefalitis. Tampoco se debe incluir entre las diencefalosis, en sentido estricto, la psicosis maníacodepresiva, como quiere RATHNER.

d) *Ciertas formas de astenia* hasta ahora incluídas en la psicopatía asténica o en la neurastenia constitucional. A este tipo de fatiga he propuesto designarlo con el nombre de *fatiga vital*.

E. BRAUM describe como *síndromes vitales* los siguientes: la enfermedad de Addison, la pubertad, el eunucoidismo, el climaterio, la menstruación, la enfermedad de Basedow, la hipertonia esencial, la nerviosidad constitucional y la reacción neurasténica, el síndrome de Sterz, las infecciones, las intoxicaciones por el alcohol, el morfínismo y el mareo de mar. La lista es muy abigarrada y sin la necesaria ordenación jerárquica. La situación es clara partiendo de esta afirmación: *si la vitalidad es un ingrediente constitutivo y esencial de la personalidad normal, nada tiene de extraño que se afecte en las más diversas enfermedades*. Incluso lo que se llama reacción general ante una intoxicación, infección, etc., es, en buena parte, una reacción de las estructuras vitales. También es fácilmente comprensible que éstas se alteren en las fases críticas de la evolución del ser: pubertad, climaterio, etc., y que la menstruación vaya acompañada de un incremento en la vibración vital. Pero debemos conservar el nombre de síndromes vitales para aquellos casos en los que la alteración vital carezca de referencia externa (a la vitalidad misma); externo, en este sentido, es un tóxico como el alcohol, o una lesión de las suprarrenales como la enfermedad de Addison. La exigencia de una cierta cuantía en la alteración vital nos permitirá eliminar las vibraciones u oscilaciones normales como el climaterio, la pubertad y la menstruación. Sólo cuando alcancen una cierta importancia por su violencia o por la especial sensibilidad del individuo frente a ellas las calificaremos de morbosas. De la larga lista de BRAUM no quedaría, pues, más que la

reacción neurasténica y la nerviosidad constitucional, el llamado Basedow central, la hipertonia esencial y el síndrome de Sterz.

Es muy importante que analicemos las relaciones existentes entre la timopatía ansiosa y las depresiones angustiosas idiopáticas de Leonhard (1).

“Las depresiones involutivas constituyen desde hace tres decenios un problema irresuelto de la psiquiatría”—así comienza LEONHARD su monografía—. Las opiniones de los psiquiatras han oscilado entre las que han querido concederles autonomía y las que se la han negado. KRAEPELIN comenzó por separarlas netamente de las psicosis maníacodepresivas, para volverlas a incluir en ellas, tras los estudios catamnésicos que realizó su discípulo DREYFUS. Por otro lado, BUMKE, BLEULER, REHM y otros varios insistían en la personalidad propia de las psicosis involutivas. GAUPP señalaba que las características esenciales eran tres: el predominio de la angustia en el cuadro clínico, la combinación con los síntomas histéricos y su origen reactivo. BUMKE mantenía estos mismos criterios en las primeras ediciones de su libro.

Algunos autores como BONHOEFFER y SEELERT señalaban ya la presencia de factores exógenos (arterioescleróticos). FÜNFGELD, recientemente, trata de hallarles una base orgánica, consistente en procesos regresivos cerebrales, como formas amortiguadas de ciertas alteraciones onatomopatológicas de la sensibilidad. Esto explicaría el mal pronóstico de algunas depresiones, contra el criterio general de benignidad establecido por la mayoría de los autores. Muchos años antes MEDOW había descrito las depresiones rígidas de la involución, que se distinguían por la uniforme pedantería de sus manifestaciones psicomotoras y por la siembra abundante de su lenguaje de tópicos sinsontes. El mismo KRAEPELIN describió una forma melancólica que terminaba en la demencia, y seguramente la presencia de este tipo de enfermos es la que le decidió, al principio, a separar la depresión involutiva del círculo maníacodepresivo. Realmente existen ciertas diferencias que comienzan en la involución o en el presenio, cuyos síntomas de comienzo permiten diferenciarles de los otros y que acaban por transformarse en un delirio cenestopático senil (demencia senil); las quejas hipocóndricas del principio toman, poco a poco, un carácter de alucinación física. Es una enfermedad funcional que se transforma en orgánica (2). Pero, aparte de estos casos excepcionales, la gran masa de depresiones involutivas tiene el aire que les asignó GAUPP, y por ello, KEHRER, en un trabajo realizado con gran juicio crítico, no reconoce a la involución ningún papel *patogenético*, sino simplemente *nosoplástico*. Las depresiones involutivas serían depresiones en la involución.

El carácter angustioso de las mismas se aproxima al de las antiguas *psicosis angustiosas de Wernicke*. El cuadro se perdió totalmente en la nosología—sometida al triunfo de KRAEPELIN—hasta el trabajo de LEONHARD. Las psicosis angustiosas de Wernicke se caracterizaban sintomatológicamente por la enorme angustia; etiológicamente podía resultar de varias causas, como alcoholismo, epilepsia, climaterio, senectud, etc. Actualmente sólo se establece el diagnóstico de psicosis de angustia en la clínica de KLEIST. Lo interesante del concepto es la

(1) La primera versión de mis ideas sobre la timopatía ansiosa fué presentada en unas oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Madrid. Mi coautor y amigo R. ALBERCA preguntaba: ¿hasta qué punto es este cuadro idéntico a las depresiones angustiosas de LEONHARD? En una rápida respuesta señaló los puntos de contacto y las divergencias que ahora expongo más ampliamente contestando a la cordial y atinada pregunta de mi coautor.

(2) Véase mi trabajo sobre “Psicosis seniles”.

tentativa de aislar una psicosis de angustia no sólo en la involución, sino también en la edad juvenil.

Las preguntas formuladas en el trabajo de LEONHARD son estas dos: ¿Pertenece la depresión involutiva al círculo maníacodepresivo? ¿Son genéticamente iguales las depresiones involutivas y las depresiones angustiosas juveniles? Para el esclarecimiento del problema busca el apoyo de los hechos clínicos y de las investigaciones genealógicas. Estas pueden zanjar, según su opinión, el problema de un modo definitivo.

Clinicamente deben diferenciarse las psicosis angustiosas idiopáticas de los estados mixtos maníacodepresivos. La melancolía agitada es el más próximo y se halla compuesta de casos en los que, junto a la depresión, existe una agitación motora y un flujo de ideas, en lugar de la inhibición y la lentitud de la melancolía típica. En la psicosis angustiosa, en cambio, lo que domina es la angustia, más que cualquier otro síntoma del cuadro clínico, y falta en ella el flujo de ideas de la melancolía agitada. En favor de la autonomía de éstas aduce LEONHARD otro argumento: cuando repite una fase nos encontramos con el mismo cuadro, ¿por qué no habría de existir, si son la misma enfermedad, un cuadro depresivo o maníaco en el intervalo? Pero precisamente este es el argumento de enorme valor convincente que puede esgrimirse en su contra. En la experiencia de todos se halla la existencia de cuadros melancólicos en cuyas diversas fases el componente angustioso varía de intensidad. En algunos de ellos la angustia ha sido tal que ha dominado el cuadro, mereciendo justificadamente el nombre de psicosis de angustia. Esta fase, con mayor frecuencia, es la coincidente con la involución (en esto tienen razón BUMKE, GAUPP y otros), pero esta coincidencia tiene sus excepciones, porque en otras fases aparecen como depresiones puras.

Es conveniente ver en sus propias historias clínicas lo que entiende LEONHARD por psicosis angustiosa. Elegiremos el caso 1 porque él lo considera especialmente demostrativo.

María Hei, nacida en 1860, hija de propietario; pícnica. En tiempos anteriores viva, alegre y con costumbres de vida algo libres.

Primera fase: 1896, es decir, con treinta y cinco años se puso enferma por primera vez, se lamentaba continuamente, hacía autorreproches, se creía desdichada, creía que el sacerdote de su pueblo la había denunciado y la quería llevar al calabozo. Después de haber permanecido durante tres años en casa angustiada e intranquila, la llevaron en 1899 al Sanatorio Gabersee, puesto que sus familiares se prometían algún beneficio de un tratamiento. También allí está siempre intranquila, se queja que tenía que haberse convertido a tiempo, que ella era la persona más tonta que ha habido nunca, que lo mejor hubiera sido si se hubiese ahogado. Lamenta también que nadie la escuche, es incapaz de dedicarse a una ocupación ordenada por estar intranquila. Después de cuatro meses la sacan del sanatorio sin haber conseguido alguna mejoría. En casa se queda otros cinco años en el mismo estado; las quejas, siempre con los mismos motivos, persisten uniformemente. Después, de repente, e inesperadamente, se vuelve sana, recobra su carácter alegre que tenía antes, acepta un puesto como ama de casa, no llama la atención en absoluto. *La fase de la enfermedad no ha durado menos que nueve años.*

Segunda fase: de 1905-1925 se queda sana, no sufre tampoco de extraordinarias oscilaciones del humor. En agosto de 1925 enfermó de nuevo, repite continuamente sus autorreproches: "Si sólo me hubiera confesado. Si lo hubiera hecho de otra manera. Si me hubiera casado." Se queda toda una noche sentada encima de un

montón de leña, gritando continuamente: "Matadme, matadme." Se llama una pecadora empedernida, que ha entregado su propio hijo al diablo, pero al mismo tiempo reprocha al hijo que la deja con hambre. En julio de 1926 se va primeramente a la clínica psiquiátrica en M. y luego de nuevo al Sanatorio Gabersee. En la clínica, como en el sanatorio, ofrece el mismo cuadro. Está angustiada, se queja en voz alta, dice siempre de nuevo los mismos autorreproches con las mismas palabras que decía ya en su primera psicosis. No sólo dirige su culpabilidad contra ella misma, sino también contra sus familiares, que la han tratado mal, según su interpretación. Al mismo tiempo llama la atención una ininfluenciabilidad que parece terquedad.

En este estado se encuentra Hei en 1926 y en el mismo todavía en 1937, es decir, más de diez años más tarde. Las quejas han adquirido paulatinamente formas más suaves, no son tan pesadas, pero han conservado el mismo carácter como al principio de la enfermedad. Ahora, como entonces, dice monótonamente sus autorreproches, casi estereotípicos, se queja con las mismas palabras que era la persona más tonta, que tenía que haberse casado y rezado día y noche. Una conversación con la enferma resulta imposible porque repite sus reproches continuamente en vez de contestar y corta las preguntas con las frases "ahora es demasiado tarde" y "ya no tiene fin". Conduciendo la conversación, contesta las preguntas de tal modo que uno se queda convencido de que ella está bien orientada sobre todas las cuestiones de su vida, así como sobre todos los acontecimientos de sus alrededores. Faltan signos claros de demencia senil o de arterioesclerosis cerebral. Las tensiones son 160/110. La afectividad no es ya tan matizada como hace diez años, pero no se puede hablar de afectividad roma; persiste el matiz angustiado y gruñón del humor. Sólo algunas veces tiene rasgos de humor patibulario, en los cuales la enferma se ve a ella misma de manera irónica. Las muecas y gestos son de carácter natural y evidentemente vivos. Parece entreverse en ellos la manera hipomaniaca de sus tiempos sanos. En abril de 1936 la trasladan a una simple casa de reposo con el mismo estado. Su comportamiento también allí es el mismo.

Este caso sería calificado, en la mayoría de las clínicas, de depresión angustiosa; pero perteneciendo netamente al círculo de la psicosis maníacodepresiva. Precisamente casos análogos son los que justifican la primitiva denominación de KRAEPELIN: locura maníacodepresiva. En la auténtica angustia no se busca la raíz de la culpabilidad en una causa externa a la situación en que se encuentra el enfermo. El yo siente con claridad la propia vivencia, como algo que acontece en sí. Sólo una transformación más honda de la personalidad es capaz de dar cuadros como los anteriores.

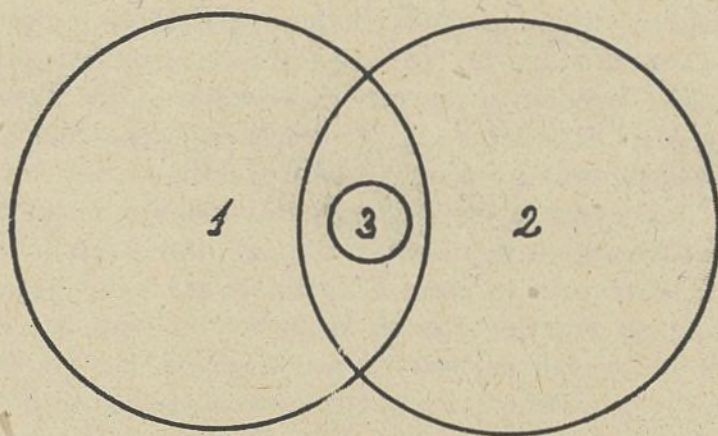
Tanto en el cuadro clínico de los probandos como en algunos de sus familiares encuentra LEONHARD que al lado de las fases angustiosas existen otras de tipo reactivo. En ellas pueden, a su vez, diferenciarse dos tipos: uno de alegría monosintomática y otro expansivo. El primero es el que pertenece propiamente a la psicosis angustiosa, que se basaría sobre el par angustia-felicidad (Angst-Glücks-Psychose), así como la psicosis maníacodepresiva se basa sobre el par manía-depresión. Los estados de alegría monosintomática y los estados expansivos se diferencian claramente, para el citado autor, de las auténticas manías. Pero, en realidad, en su monografía *no se ve en qué pueden diferenciarse de la manía, a no ser que se elijan caracteres secundarios*. En efecto, la diferencia es clara si se considera la manía compuesta de los tres síntomas kraepelinianos: alegría, excitación motora y flujo de ideas. En los estados de manía monosintomática sólo se presenta la primera, pero esto ocurre en muchas fases leves maníacas, que alternan con auténticas melancolías (sin angustia). No se nece-

sitan, con el criterio actual, los tres síntomas para el diagnóstico de manía o de melancolía. La sintomatología está agrupada en torno al polo vital depresivo o exaltado; el resto son síntomas secundarios.

El fundamento genealógico que busca LEONHARD para su psicosis no es convincente por carecer de la exactitud, que debería tener para valer como argumento, que pueda quebrar la gran fuerza de los argumentos clínicos. Además, es probable que en todas sus observaciones exista un henho claro consistente en una cierta *tipificación* de la enfermedad según el círculo familiar. Es decir, que dado el círculo timopático, la predisposición a la forma clínica ansiosa será mayor o menor según el círculo familiar en la que se desarrolle. LEONHARD señala que los tipos leptosomáticos son más frecuentes en sus psicosis que los pícnicos. KEHRER encuentra que la personalidad anterior de los depresivos angustiosos, en lugar de ser ciclotímica con oscilación entre dos polos alegría-tristeza, se realiza entre los polos angustia-viveza. En los depresivos involutivos existe una forma inhibida que para LEONHARD pertenece al círculo maníacodepresivo. Junto a ellas existen otras depresiones angustiosas que pertenecen al grupo de las depresiones angustiosas idiopáticas, independientes, por consiguiente, del anterior. Existe un tercer grupo, constituido por depresiones climatéricas, que no se presentan en el hombre, caracterizadas por la presencia de síntomas catatónicos y una cierta intranquilidad angustiosa. Habría que discutir si estos casos no pertenecen al círculo de la esquizofrenia, lo cual es probable. Lo que ocurre es que la angustia es un síntoma ubicuo y, por consiguiente, también se halla en la esquizofrenia.

En resumen, pues, dado el estado de la nosología actual, no resulta justificado el intento de LEONHARD. Sus cuadros deben incluirse, en la mayoría de las ocasiones, en la psicosis maníacodepresiva. Hay casos en los que se puede plantear el diagnóstico diferencial entre depresión angustiosa o timopatía ansiosa. Conceptualmente no tiene importancia, *puesto que se trata de tipos dentro del mismo círculo*, y la distinción la sacemos aquí según predomine la depresión o la angustia.

Las depresiones puras suelen ser inhibidas y este puede ser un carácter diferencial frente a la timopatía ansiosa, en la que la inhibición no aparezca. En cambio, en ésta, la sintomatología cenestésica es más fluída y el cuadro se enriquece con síntomas netamente neurológicos y viscerales. Las relaciones entre timopatía ansiosa, depresión angustiosa idiopática de LEONHARD y depresiones endógenas puras podríamos representarlas por el esquema adjunto:



1. Timopatía ansiosa.—2. Depresión endógena.—3. Depresión angustiosa idiopática

J. DELAY ha publicado un sugestivo libro sobre "Les dérèglements de l'humeur". Después de señalar la posición central del humor en la patología mental, distingue dos tipos fundamentales de las alteraciones del mismo: las hipertimias y las hipotimias. Las primeras comprenden la melancolía y la manía; las segundas, las esquizofrenias. No cabe duda acerca de la justeza del primer grupo. Más discutible es la equiparación de la esquizofrenia a una hipotimia. GUISAUD insistía en que el trastorno fundamental de la esquizofrenia afectaba a la esfera instintivo-emocional, es decir, a la esfera tímica. La definía—dice DELAY—con un término especialmente feliz, puesto que evoca a la vez el déficit tímico y la falta de impulso vital, *la atimormia*. Ciertamente es que en las esquizofrenias se altera la esfera del instinto vital, pero es necesario agregar dos notas de gran importancia en el problema de la limitación de las mismas. En primer término, este trastorno no es toda la esquizofrenia—ni su parte más esencial y característica—, y en segundo lugar, su alteración es cualitativamente distinta de lo que ocurre en la psicofrenia. El término timia debería reservarse, pues, para esta última y distinguir las formas hipertímicas—tipo manía—de las hipotímicas—tipo melancolía—dentro del círculo.

La aproximación de ambos círculos psicofrénico y esquizofrénico bajo la rúbrica general de alteraciones del humor tiene, en DELAY, como punto de partida esencial, los resultados terapéuticos. Ambas enfermedades responden, en efecto, a la terapéutica electroconvulsivante y ambas deben considerarse como disregulaciones diencefálicas. La curación de las enfermedades por la misma acción terapéutica no supone, en modo alguno, su identidad ni su analogía. La esquizofrenia es una enfermedad de patología demasiado enigmática para que pueda apuntarse, hoy por hoy, su adscripción a determinado estrato nervioso. Aparte del argumento anterior, maneja DELAY este otro: si es verdad que, esencialmente, es el humor el que opone la esquizotimia a la ciclotimia, como indica la misma etimología de estas palabras, ¿se puede, siguiendo este criterio, oponer entre sí las psicosis que no son más que el desarrollo de aquellas constituciones, a saber, la esquizofrenia y la psicofrenia? La asimilación de aquella a una hipotimia, y de ésta a una hipertimia se halla ya implícita—dice—en la obra de KRETSCHMER, aunque no esté explícitamente formulada.

Que en la esquizofrenia existen alteraciones del humor es evidente; pero ya el propio KRETSCHMER distingue entre la proporción diatésica de la ciclotimia y la psicoestésica de la esquizofrenia. La diatésica oscila entre la alegría y tristeza, y la psicoestésica entre la hipersensibilidad y la anestesia. No se puede considerar la psicoestésica como la oscilación negativa de la diatesis. Son vibraciones de la afectividad *cualitativamente diversas* y, probablemente, se despliegan en planos distintos de la persona. En la diatesis cambia la forma del humor. La psicoestésica cambia, por así decirlo, la sustancia misma; en la primera hay una oscilación en más o en menos; en la segunda, una variación del contenido afectivo que torna al sujeto tierno e hipersensible al *mismo tiempo*; no así como el ciclotímico, *que está alegre o está triste*. Para la primera rige la ambivalencia; para la segunda, la alternancia.

En contra, pues, de la opinión de DELAY, el círculo timopático debe considerarse como independiente del círculo esquizofrénico, ya que afectan a planos distintos de la personalidad y son cualitativamente diversos.

BIBLIOGRAFIA

- BLEULER, M.: "Die Depressionen in der ärztlichen Allgemeinpraxis". Basel, 1943.
- BUMKE, OSWALD: "Lehrbuch der Geisteskrankheiten". 4 Aufl. Muenchen, 1936.
- "Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins". Zbl. Nervenheilk. N. F. 20 (1909).
- HOCHE: "Die Melancholiefrage". Zbl. Nervenheilk. N. F. 21 (1910).
- KRAEPELIN: "Psychiatrie", a. Aufl.
- KRETSCHMER: "Koerperbau und Charakter", 11. u. 12 Aufl. Berlin, 1936.
- LANGE, JOHANNES: "Die endogenen und reaktiven Gemütskrankheiten und die manisch-depressive Konstitution".
- LEONHARD, K.: "Involutive und idiopathische Angstdepression in Klinik und Erbiichkeit". Leipzig, 1937.
- MAUZ: "Die Prognostik der endogenen Psychosen". Leipzig, 1930.
- REHM: "Das manisch-melancholische Irresein". Berlin, 1919.
- REISS: "Konstitutionelle Verstimmungen und manisch-depressives Irresein". Berlin, 1910.
- SCHNEIDER, KURT: "Über reaktive Manie und Angstmanie". Mscr. Psychiatr. 46, 176 (1919).
- "Probleme der klinischen Psychiatrie" Leipzig, 1932.
- SPECHT, G.: "Struktur und klinische Stellung der Melancholie". Zbl. Nervenheilk, 1908, 817.
- STAUDER, K. H.: "Zur Frage der manisch-depressiven Psychosen und der pyknisch-thymopathischen Konstitution". Arch. f. Psychiatr. 100, 32 (1933).

