



LA LOCURA
MANIACO-DEPRESIVA

Emil KRAEPELIN

La Biblioteca de los
ALIENISTAS DEL PISUERGA

Emil KRAEPELIN
LA LOCURA
MANIACO-DEPRESIVA

Traducción de
M^a Luisa Veá Soriano
y
Enric J. Novella Gaya

Edición de
Alienistas del Pisuerga

Madrid
2012

Original: Capítulo XI. “Das manisch-depressive Irresein”, en *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* / Vol. III, pp. 1183-1395
Traducción: M^a Luisa Veá Soriano y Enric J. Novella Gaya

Presentación, edición y notas:

Alienistas del Pisuerga
(José María Álvarez, Fernando Colina y Ramón Esteban)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2013 Ergon
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-15351-27-6
Depósito Legal: M-24698-2012

ÍNDICE GENERAL

Presentación de *La locura maniaco-depresiva* de Emil Kraepelin IX

LA LOCURA MANIACO-DEPRESIVA

1. DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO	1
2. SINTOMATOLOGÍA PSÍQUICA	5
Percepción, atención, concentración; conciencia vigil y orientación; memoria (memoria a corto plazo, falseamiento de los recuerdos); alteraciones sensoriales; trastornos de la asociación de ideas (fuga de ideas; inhibición del pensamiento); capacidad intelectual; producción delirante; conciencia de enfermedad; humor básico o estado de ánimo; alteraciones de la voluntad, el autocontrol y la actividad (inquietud psicomotriz, verborrea, inhibición psicomotriz, incapacidad para tomar decisiones, agitación causada por la angustia); alteraciones del lenguaje hablado (verborrea, asociaciones predominantemente fonéticas); trastornos de la escritura; tests grafométricos (medición de la presión de la escritura).	
3. SIGNOS PATOLÓGICOS SOMÁTICOS	41
Alteraciones del sueño; alteraciones del apetito; peso corporal; trastornos metabólicos; hemograma; alteraciones cardiocirculatorias (presión sanguínea); respiración, temperatura, menstruación; trastornos “nerviosos”; signos histéricos (crisis).	
4. FORMAS CLÍNICAS	51
4.1. Estados maniacos	51
Hipomanía; agitación maniaca aguda o “furor”; formas con producción delirante; formas confusionales; evolución; duración.	
4.2. Estados depresivos	70
Melancolía simplex; estupor; melancolía gravis; melancolía paranoide; melancolía fantástica; melancolía confusional; evolución.	
4.3. Estados mixtos	93
Delimitación; presentación esquemática; manía depresiva; depresión agitada; manía improductiva o empobrecida; estupor maniaco;	

depresión con fuga de ideas; manía inhibida; inhibición parcial; manía malhumorada o quisquillosa; combinaciones fragmentarias; evolución de los estados mixtos.	
4.4. Estados fundamentales [constitucionales].	110
Constitución depresiva; constitución maniaca; constitución o temperamento irritable; constitución ciclotímica.	
5. FRECUENCIA DE LAS DIVERSAS FORMAS CLÍNICAS	127
6. EVOLUCIÓN GENERAL.	129
Tipos y periodicidad de los diferentes accesos; duración de los accesos y de los intervalos; ejemplos de diferentes formas evolutivas; comportamiento durante los intervalos; transiciones.	
7. PRONÓSTICO	151
Frecuencia de los accesos; ciclotimia; melancolía y manía crónicas; demencia arteriosclerótica y demencia senil; muerte.	
8. CAUSAS.	159
Carga hereditaria; edad (frecuencia y tipo de los episodios); sexo; personalidad previa; causas físicas (alcohol, sífilis, traumatismos craneoencefálicos, enfermedades somáticas, periodo genésico); causas psíquicas; naturaleza de la enfermedad (trastornos vasomotores, trastornos metabólicos, toxinas internas, autointoxicaciones, inhibiciones del desarrollo del sistema nervioso).	
9. DELIMITACIÓN NOSOGRÁFICA	179
Formas periódicas; episodios únicos; la cuestión de la melancolía; estados mixtos; “manía crónica”, paranoia y “neurastenia periódica”; formas alternantes; <i>dementia praecox</i> ; formas delirantes.	
10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	189
Con la neurastenia; con la locura moral y el delirio querulante; con la neurosis obsesiva; con la parálisis general progresiva (PGP) y la sífilis cerebral; con la arterioesclerosis; con la amencia y la histeria; con la depresión psicógena; con la debilidad mental.	
11. TRATAMIENTO	195
Represión y control de los accesos maniacos con bromuro; provocación del parto; tratamiento de la excitación maniaca; estados depresivos (tendencias suicidas, alta hospitalaria).	

PRESENTACIÓN

La locura maniaco-depresiva de Emil Kraepelin

I. EL PROFESOR KRAEPELIN Y LA INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA

Por segunda vez viene Emil Kraepelin a las páginas de La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, en esta ocasión con una obra clínica aparecida en sus años más esplendorosos como catedrático de psiquiatría en Múnich. Si sus *Memorias*, cuarto volumen de nuestra colección, pudieron dejar en el lector la sensación de que el hombre se hurtaba tras la muleta de unos presuntos hechos autobiográficos¹, y que el psicopatólogo callaba para ceder la palabra al gestor de servicios, en esta ocasión el profesor toma ostensiblemente el mando de uno de sus dos buques insignia, la locura maniaco-depresiva², aparecido en 1913 como capítulo XI de la 8ª edición –la más difundida– de su ya entonces voluminoso *Lehrbuch* de psiquiatría.

Se diría que el cambio de siglo trajo buena suerte al ceñudo Emil Kraepelin. En 1903 se le adjudicó la cátedra de Múnich, capital del reino de Baviera, y al año siguiente pudo inaugurar la famosa Clínica Real de Psiquiatría. Jamás dejará ya de trabajar en esa ciudad. En ella funda en 1917 el célebre *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*, Fundación Alemana de Investigación en Psiquiatría, que será integrada en 1924 en el seno del *Max Planck Institut* (todavía existe, con el nombre de *Max Planck Institut für Psychiatrie*). Se jubila en 1922 sin abandonar su infatigable afición a los viajes, uno de los cuales le trae a España el 30 de diciembre de 1924 invitado a la fundación de la Asociación Nacional de Neuropsiquiatras³, origen de nuestra actual A. E. N. Muere el 7 de octubre de 1926 víctima de una neumonía cuando estaba redactando la novena edición de su *Lehrbuch*.

1. Posteriormente, hacia 1920, KRAEPELIN escribió unas notas acerca de su carácter e ideas. Probablemente deben leerse con la misma o más reserva que sus *Memorias*, pero ilustran un poco más sobre la personalidad de un sujeto tan complejo. Hay edición española: KRAEPELIN, E., “Notas personales” (Traducción de Ricardo Cortés Pape), *Archivos de Psiquiatría*, 2002, n° 65, pp. 103-134.

2. El otro, la nominalmente más efímera *dementia praecox*.

3. Ver José LÁZARO, “La reunión fundacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatras”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1995, XV, n° 53, pp. 295-308.

Los años de Múnich fueron los auténticos Gründerjahre del “Bismarck de la Psiquiatría”⁴. En la capital bávara y a partir de la renovada Clínica Universitaria procuró la creación de dos “establecimientos” de larga estancia (Egling en 1905 y Haar en 1912), una red de acogida en familias y una asociación de apoyo social post-alta. El “tercer rey de Baviera”⁵ se rodeó en la cátedra de una corte de colaboradores de fuste: Aloys Alzheimer (1864-1915), Ernst Rüdin (1874-1952), Walther Spielmeyer (1879-1935), Felix Plaut (1877-1940), Johannes Lange (1891-1938), Franz Nissl (1860-1919) y Robert Gaupp (1870-1953), entre muchos otros⁶. La característica específica de las investigaciones promovidas por Kraepelin fue la interdisciplinariedad, en una época en que las técnicas médicas exploratorias se perfeccionaban a una velocidad vertiginosa: descubrimiento de las coloraciones histológicas (lo cual permitió afinar la anatomopatología del sistema nervioso), de la punción lumbar, de la serología sifilítica, de las patologías psiquiátricas ligadas a los trastornos tiroideos, progreso de la genética, etc. Esta multidisciplinariedad culminó en la creación del *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie*.

La idea de un instituto de investigaciones psiquiátricas había sido lanzada por primera vez por Siemens en 1912, en el Congreso anual de la *Deutscher Verein für Psychiatrie*. Kraepelin obtuvo una donación inicial de un “rico americano”⁷. Otras donaciones, sobre todo por parte de la deutsche

4. Así le llama Marc BOURGEOIS en su prefacio a Emil KRAEPELIN, *Cent ans de psychiatrie* suivi de *La folie maniaco-dépressive* (Burdeos, Mollat, 1997, p. 7; la traducción al francés de los originales alemanes es de Marc Géraud), quien dice tomar esa expresión de Franz ALEXANDER y Sheldon SELESNICK, *History of Psychiatry*, 1957. Al menos en la traducción española, dichos autores se limitan a señalar la admiración de Kraepelin por el “canciller de hierro”: “Se dice que la psiquiatría alemana imperial logró su preminencia bajo el caudillaje de Kraepelin, uno de los admiradores de Bismarck”; ver Franz ALEXANDER y Sheldon SELESNICK, *Historia de la Psiquiatría*, Barcelona, Espaxs, 1970, p. 205. Tal devoción quedó plasmada en uno de sus escritos: Emil KRAEPELIN, “Bismarcks Persönlichkeit. Ungedruckte persönliche Erinnerungen [La personalidad de Bismarck. Recuerdos personales inéditos]”, *Süddeutsche Monatshefte*, 1921, vol. 19, n° 3, pp. 105-122.

5. “El primero Luis II, el segundo Richard Wagner, el tercero él”, según C. CASTILLA DEL PINO, en “Emil Kraepelin y la teoría nosológica”, prólogo a Emil KRAEPELIN, *Introducción a la clínica psiquiátrica* [1905], Madrid, Nieva, 1988, p. 16.

6. Ver: WEBER, M. M.; ENGSTROM, E. J.; BURGMAYER, W.: Introducción a las “Notas personales” de Kraepelin (Traducción de Ricardo Cortés Pape), *Archivos de Psiquiatría*, 2002, 65, pp. 91-102.

7. James LOEB, banquero y mecenas de las artes y las ciencias, quien desde 1907 estaba en contacto con Kraepelin. “Una suma inicial –de 1.700.000 marcos– fue ofrecida por James Loeb, Alfred Krupp, Alfred Heinsheimer y von Böttinger”, P. PICHOT, *Un siglo de psiquiatría* [edición en castellano], París, Roger Dacosta, 1983, p. 98, nota 1. Pichot se confunde con los Krupp, pues en 1917 el único Alfred vivo de la saga tenía diez años; se trata del padre de éste, Gustav. Sobre el papel de la Fundación Rockefeller en la continuidad del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas muniqués, ver Pierre MOREL, *Dictionnaire biographique de la psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1996, p. 143.

Chemische Industrie, fueron puestas en manos del gobierno de Baviera y la institución se inauguró el 10 de junio de 1917. Abrió sus puertas contando con dos secciones de histología patológica dirigidas por Nissl y Spielmeyer, una sección de histología topográfica dirigida por Brodmann, una sección de serología dirigida por Plaut y una sección de genealogía-demografía dirigida por Rüdín. Con ocasión de la ceremonia inaugural, Kraepelin pronunció su conferencia Cien años de Psiquiatría, cuya versión considerablemente ampliada fue publicada por la revista *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* y después por la editorial Springer⁸.

En 1924, el Instituto se incorporó a la “Sociedad Emperador Guillermo”, con lo que Kraepelin vio cumplido uno de los principales objetivos de su vida, la inclusión de la investigación psiquiátrica entre las ciencias “modernas”. Incluso en 1925, durante un viaje a los Estados Unidos Kraepelin entró en negociaciones con la Fundación Rockefeller, la cual financió la construcción de un edificio propio para el Instituto Alemán de Investigación, cuya continuidad quedaba así asegurada.

“Un solo siglo ha bastado para aportar a la medicina mental revoluciones que tenemos perfecto derecho a comparar con las ocurridas en otros campos de la ciencia médica”⁹. En su bagaje personal incluirá las ideas del non-restraint de su maestro von Gudden y alguna que otra de la orientación clínico-evolutiva de Kahlbaum. Apenas resaltaré ninguna aportación de sus coetáneos salvo la de sus más cercanos colaboradores. La psicología que aprendió de Wundt queda reducida al estudio de los efectos de un puñado de sustancias sobre la conducta (alcohol, té, café), a ciertas mediciones taquistoscópicas o a registros verbales rudimentarios. “Kraepelin no llegó a interesarse nunca por la historia de la vida interior de sus enfermos”¹⁰; “no era un psicólogo comprensivo y empático”¹¹. A lo largo de su obra sólo mencionará al psicoanálisis para descalificar que prestase interés al contenido de

8. Kraepelin firmó su versión definitiva el 4 de octubre de 1917, y se publicó meses después: “Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung”, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1918, 38, pp. 161-275; y con el mismo título, en Springer, Berlín, 1918. Hay edición española: *Cien años de psiquiatría*, Madrid, AEN, 1999.

9. KRAEPELIN, E., *Cien años de psiquiatría*, op. cit., p. 27.

10. SCHIPPERGES, H.; KRAEPELIN, E.; DUMESNIL, R.; SCHADEWALT, H. (eds.), *Die berühmten Ärzte*, Colonia, Aulis Verlag Deubner, 1966, 2ª ed., p. 251.

11. MAYER-GROSS, W., “Die Entwicklung der klinischen Anschauungen Kraepelins”, *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1929, 87, pp. 30-42.

lo dicho por los pacientes¹². Tampoco concedió importancia a los factores sociales en la producción de la locura, pero sí a los costes y cargas que supone para la sociedad¹³. De tendencia radicalmente somaticista, para él sólo serán causas de enfermedad la herencia, los tóxicos y las misteriosas “autotoxinas” a las que responsabiliza de todo lo que no puede conocer¹⁴. En cuanto a las neurosis, una rápida pasada sobre la histeria y una consideración moralista sobre las de guerra y las de renta le resultan suficiente.

Desplegando su actividad profesional en una época prácticamente preterapéutica, el pesimismo frente a las escasas posibilidades de tratamiento sólo pudo ser conjurado por Kraepelin mediante una gran fe en las medidas preventivas, algunas éticamente tan arriesgadas como la eugenesia¹⁵, otras tan exageradas como la demonización del alcohol. La teoría de la autointoxicación, desarrollada entre 1895 y 1913 (es decir, entre la 5ª y la 8ª edición de su *Psychiatrie*) pone en juego a una quimérica «organoterapia» y hasta

12. Véase, respecto a las ideas delirantes: KRAEPELIN, E.: “Las manifestaciones de la locura”, en Alfred HOCHE, Emil KRAEPELIN y Oswald BUMKE, *Los síntomas de la locura*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 1999, pp. 56-57.

13. Kraepelin habló en varias ocasiones sobre ese tema, a veces en franca relación con sus ideas políticas, que fueron virando de un juvenil socialismo al más rancio darwinismo social: “No se me podía escapar que precisamente el principio de imponer a los fuertes, inteligentes y voluntariosos la tarea de cuidar de los débiles, necios y reacios está en abierta contradicción con el modo con que la naturaleza misma ha alcanzado la perfección de sus criaturas”; vid. KRAEPELIN, E., “Notas personales” (Traducción de Ricardo Cortés Pape), *Archivos de Psiquiatría*, 2002, 65, p. 114.

14. Ver Erwin H. ACKERKNECHT, *Breve historia de la psiquiatría* [1957], Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1968 (3ª ed.), p. 126; Franz ALEXANDER y Sheldon SELESNICK, op. cit., pp. 293-294.

15. “De todas estas consideraciones se desprende claramente la gran importancia que tenía que tener para mí el cuidado consciente de la raza. Aparte de otras muchas influencias negativas, entre las que sólo mencionaré la sustitución de la selección natural por consideraciones económicas y la imposición a los capaces del cuidado de los incapaces, también veía en los judíos un grave peligro para el futuro de nuestra identidad”, decía en sus “Notas personales” (op. cit., p. 117), palabras que encontraron un ominoso eco pocos años después con el auge del nazismo. El peso que la sociedad germana concedía a la herencia como productora de locura, vicios y peligrosidad se remonta al Medioevo y fue potenciado por Kant. En 1911 Eugen BLEULER recomendaba mucha prudencia a los psiquiatras a la hora de mencionarlo en peritajes por la excesiva tendencia de los jueces alemanes a considerarlo en contra del reo (ver su *Tratado de psiquiatría*, edición a cargo de su hijo, Manfred BLEULER, Madrid, Espasa-Calpe, 1971, p. 714). Sobre las consecuencias de las ideas eugenetistas en Alemania (y Occidente en general) entre 1920 y 1945, ver Julián ESPINOSA, «Respuesta social e institucional al problema del enfermo mental crónico: una revisión histórica», en Julián ESPINOSA (coord.), *Cronicidad en psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1986, pp. 53-55. Pueden verse también dos interesantes estudios de Raquel ÁLVAREZ PELÁEZ: “Determinismo biológico, eugenesia y alteración mental”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, XVII, 63, pp. 425-443; y «Eugenesia y fascismo en la España de los años treinta», en Rafael HUERTAS y Carmen ORTIZ (eds.), *Ciencia y Fascismo*, Aranjuez, Doce Calles, 1998, pp. 77-95.

a la cirugía ablativa¹⁶. Y como extrema contribución a la medicalización de la locura, la medida generalizada y obligatoria de encamar al loco¹⁷ parece preparar plásticamente el terreno de lo que Barton llamaría más tarde “úlceras por decúbito mental”¹⁸.

Nadie puede considerarse “el último psiquiatra”, pues la correcta posición histórica consiste en “tomar en cuenta, en el pensar, la finitud del propio pensamiento”¹⁹. Pese a las críticas que recibió al comienzo y al final de su carrera, la obra de Kraepelin, presunto fundador de “la psiquiatría clínica” que siempre repitió que la clínica no le gustaba, ha sido hasta hace poco más perdurable que la de sus predecesores, lo cual se debe en gran parte a las ampliaciones y correcciones que de ella hicieron posteriormente otros autores germanos, como Eugen Bleuler, Ernst Kretschmer y Kurt Schneider. También a que la mentalidad kraepeliniana se adecua a las expectativas de quienes creen firmemente en el abordaje médico como única posibilidad de acercarse a la locura, posicionamiento respaldado por las distintas caras del poder en la sociedad occidental. “La historia de la psiquiatría es una lección de modestia. Pocas cosas enseña sobre los mecanismos infinitamente sutiles del alma humana y mucho acerca de la inhumanidad fundamental del hombre respecto al hombre”²⁰. Tal inhumanidad no sólo se expresa mediante tratamientos que nos hacen preguntarnos hasta qué punto el loco ha servido de objeto para el goce vesánico de sus médicos; también puede expresarse entreverada en la testaruda filantropía de una concepción radicalmente médica de lo psíquico, en la que se iguala mente a cerebro y persona a organismo, o en la ya no tan filantrópica inclinación a dar prioridad absoluta a la defensa de una sociedad o una ideología por encima del compromiso ético individual que cada clínico –por mucha escisión a que esto le someta– adquiere ineludiblemente con cada paciente.

II. LA LOCURA MANIACO-DEPRESIVA

No son pocas las dificultades de delinear una nosografía. Y seguramente éstas aumentan al tratar de asignar un territorio y unas fronteras a las alte-

16. Ver: Richard NOLL, “Kraepelin’s ‘lost biological psychiatry’? Autointoxication, organotherapy and surgery for dementia praecox”, *History of Psychiatry*, 2007, 18, 3, pp. 301-320.

17. KRAEPELIN, E., *Cien años de psiquiatría*, op. cit., p. 162.

18. Russell BARTON, *La neurosis institucional* [1959], Madrid, Paz Montalvo, 1974, p. 5.

19. Francisco PEREÑA, “Prólogo” a Ludwig KAHLBAUM, *Clasificación de las enfermedades psíquicas* [1863], Madrid, DOR, 1995, p. 10.

20. Roland JACCARD, “La locura maniaco-depresiva [Reseña de la 2ª traducción francesa de los tres primeros capítulos]”, *Le Monde*, 4 de marzo de 1994.

raciones tímicas, afectivas o humorales. Pues, cuando se pretende acotar los trastornos de la razón –por ejemplo, las ideas delirantes–, sea mediante la idea errónea, la irrealidad del contenido o la densidad de la convicción, parece que todos nos ponemos de acuerdo con más facilidad. En cambio, fijar el límite a partir del cual la tristeza, el dolor de alma o la abulia se sitúan en el dominio de la patología, obliga a ciertas prestidigitaciones e invita a sobrevalorar la vertiente cuantitativa, precisamente la que introduce más confusión a la hora de separar fenómenos y oponer signos clínicos. Prueba de ello es la complicación que introdujo la melancolía en la psicopatología de las enfermedades mentales, resuelta finalmente mediante el reduccionismo que implica la exclusiva asociación con la manía; prueba de ello es también el despropósito nosológico en que se han convertido las actuales depresiones y los trastornos bipolares.

El psicopatólogo está obligado a preguntarse por la naturaleza o sustancia de las enfermedades mentales, por las fronteras y por la unidad o multiplicidad. Son las preguntas que delimitan su estrecho campo, las preguntas a las que no puede sustraerse. Con relación a la locura maniaco-depresiva, estos interrogantes podrían formularse mediante los tres que siguen, dirigidas al texto de Emil Kraepelin. ¿Qué quintaesencia comparten los sujetos que mencionaremos a continuación? De estar constituidos por alguna sustancia común, ¿cuál es? ¿Qué enfermedad es esa que reúne a pacientes tan variopintos y hasta dónde extiende sus dominios? “El paciente oye cómo se acercan unos asesinos; alguien anda de puntillas a su alrededor; debajo de la cama hay un hombre con un arma cargada; un electroimán crepita. Hay personas con sombreros verdes o gafas negras que lo siguen por la calle; en la casa de enfrente alguien hace llamativas reverencias; los automóviles hacen un ruido muy raro; en la habitación de al lado están afilando cuchillos; las conversaciones telefónicas versan sobre él, así como varias obras de teatro o los folletines del periódico; le han enviado una postal con insultos”²¹. Kraepelin considera a este enfermo un caso ejemplar de melancolía fantástica, es decir, un maniaco-depresivo.

También maniaco-depresivos son los pacientes comentados en el párrafo que sigue, los cuales, libres de todo “trastorno del entendimiento”, muestran una propensión permanentemente sombría ante todas las experiencias vitales: “Aunque el rendimiento intelectual puede ser bueno, por regla general los enfermos deben luchar contra un gran número de obstáculos interiores

21. Emil KRAEPELIN, *La locura maniaco-depresiva*, La Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon, 2012, p. 84.

que no pueden superar más que con un gran esfuerzo; por ello, se fatigan fácilmente. Tampoco muestran alegría en el trabajo. Aunque generalmente son ambiciosos y progresan con relativo éxito, no hallan una satisfacción completa y duradera en este ámbito, pues, más que el valor de cuanto logran, en seguida ven las insuficiencias y los fallos en todo lo que hacen, así como las dificultades que les aguardan en el futuro. De este modo, las inquietudes y las dudas se apoderan de ellos con gran facilidad y los vuelven muy inseguros, y en ocasiones los llevan incluso a repetir una y otra vez la misma tarea. Es frecuente la tendencia a las cavilaciones estériles, y en especial a las de corte hipocondriaco. [...] Su conciencia está siempre perfectamente clara, la coherencia de su pensamiento no está alterada en lo más mínimo, comprenden adecuadamente la esencia de su enfermedad, y a menudo tienen una sensación muy penosa de las limitaciones que les causa su propia insuficiencia”²².

Si algo llama la atención de los pacientes que acaban de mencionarse es, en principio, la diversidad. Kraepelin es conciente de ello, como reconoce en algunos pasajes del texto: “Es conveniente subrayar desde un principio que esta delimitación de las diferentes formas clínicas de la enfermedad es, en muchos sentidos, absolutamente artificial y arbitraria”²³. Más aún, a la diversidad, la artificialidad y la arbitrariedad hay que añadir la existencia de todo tipo de estados transicionales entre los distintos cuadros y también “el hecho de que, en un brevísimo espacio de tiempo, cada caso particular puede experimentar las más diversas transformaciones”²⁴. Pese a todo, el insigne profesor de Múnich cree encontrar en ellos una esencia común, un mismo tejido que compone su hechura, lo que le permite afirmar su pertenencia a una misma categoría nosológica, la locura maniaco-depresiva. Esa esencia o naturaleza común no es un dato primero, de los que se miden y pesan, de esos que tanto gustan al psicólogo experimental. Al contrario, resulta de la hipótesis según la cual la homogeneidad de evolución se basa en la homogeneidad etiológica (endógena), principio rector de su nosología. De manera que la variabilidad clínica con que se expresa esta enfermedad resuta irrelevante si se compara con la importancia determinante de la evolución y la terminación, de cuya uniformidad se colige la existencia de un único proceso patológico.

Pero, ¿de qué enfermedad estamos hablando cuando la sintomatología y las formas clínicas son harto heterogéneas, cuando el proceso patológico es mera hipótesis? Esta pregunta, formulada con otros términos, centró sin duda la

22. Ídem p. 112.

23. Ídem p. 51.

24. Ibídem.

reflexión de Kraepelin, un psiquiatra que creía que cada enfermedad mental tiene su causa, sintomatología, evolución y terminación específicas. En 1896, en la Introducción a la quinta edición del *Lehrbuch*, acertó con una respuesta verdaderamente ingeniosa, la cual le permitía esquivar esos escollos, avanzar en sus construcciones y al mismo tiempo justificar la existencia de las enfermedades mentales. A partir de ese momento, como él mismo dice, abandona la concepción meramente sintomatológica para desarrollar una “concepción clínica de la locura”²⁵. Atrás quedaban las agrupaciones sindrómicas, porque el futuro se abría al descubrimiento de verdaderas enfermedades mentales, las cuales serían concebidas a partir de tres parámetros fundamentales: las condiciones de aparición, la evolución y la terminación. Por tanto, en lo que atañe a la locura maniaco-depresiva, la llamativa variabilidad sintomatológica y la falta de concreción en materia etiológica resultan irrelevantes a la hora de considerarla una categoría nosológica o enfermedad mental verdadera.

Emil Kraepelin ha pasado, con razón, a la historia de la clínica mental como el principal hacedor de la nosología y las taxonomías modernas. Su visión naturalista aparece como hilo conductor de un proyecto sistemático, destinado a diferenciar y clasificar los fenómenos de la locura en entidades morbosas homogéneas e independientes²⁶. Su concepto de enfermedad (*Krankheitsbegriff*), central en toda su elaboración nosológica, se inspira en el modelo anatomoclínico y aspira a reeditar los logros conseguidos con la parálisis general, siguiendo la inspiración sobre todo de J.-P. Falret y Kahlbaum, pero también de Morel, Hecker, Möbius y Wundt.

Quizá sus dos mayores méritos fueran la visión sistemática y ordenadora del conjunto de la patología mental, y la acertada selección en los referentes que nutrieron sus elaboraciones. Con respecto a los referentes, Jean-Pierre Falret y Karl Ludwig Kahlbaum son, a nuestro entender, los autores que mayor inspiración le procuraron; de hecho, parte de la grandeza que ellos atesoran se la deben al propio Kraepelin, quien extrajo y conjuntó lo mejor de cada uno para dotar a la psiquiatría de una “clasificación verdaderamente natural”. Continuator de las ideas de su padre, Jules Falret defendió la existencia de enfermedades mentales autónomas, afirmando enfáticamente de ellas: “Son esos tipos naturales, esas especies distintas, las cuales poseen caracteres propios, un conjunto de síntomas especiales, y sobre todo una

25. Emil KRAEPELIN, “Einleitung” [Introducción], *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (5ª ed.), Leipzig, J. A. Barth, 1896, pp. 1-11.

26. Aquí seguimos la línea argumental de J. M^a ÁLVAREZ, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008, pp. 99-114 y 235-279.

evolución particular susceptible de ser descrita y prevista por adelantado; eso es lo que se necesita aplicar a los alienados para investigar y descubrir, para asentar una clasificación verdaderamente natural”²⁷. A esta línea de investigación se añaden la aportaciones de K. L. Kahlbaum, quien, siguiendo la referencia de la parálisis general progresiva, fue el primero en distinguir los “cuadros de estado” (formas de manifestación pasajera de la enfermedad) y los “procesos patológicos” (base de la enfermedad). Este modelo habría de resultar a la postre muy útil a la hora de describir las formas patológicas más acordes con la clínica, pues además de un estudio preciso de la evolución y de la terminación, añadía en algunos casos ciertos datos anatomopatológicos y consideraciones etiológicas, lo que permitiría diferenciar los trastornos o enfermedades de los cuadros de estado más o menos pasajeros²⁸.

Conforme a estas premisas, Kraepelin trató de afianzar una correlación entre la anatomía patológica, la sintomatología, el curso y la terminación de las enfermedades, y un hipotético conocimiento de sus causas; sólo cuando se cumplen estos requisitos es posible, como él mismo reconoció, establecer un concepto de enfermedad psíquica. En este sentido, las enfermedades serían procesos de la naturaleza que se desarrollan al margen de toda subjetividad y de cualquier posible influencia externa; nada tienen que ver, por tanto, con construcciones ni invenciones discursivas, sino con hechos objetivos que la ciencia psiquiátrica tiene la misión de descubrir.

Con frecuencia se echa mano de la obra de Kraepelin para fundamentar el punto de vista discontinuo y categorial de la patología mental, pues su nosografía constituye la descripción de enfermedades mentales independientes. A medida que evolucionaba su pensamiento, tendió a establecer categorías clínicas cada vez más amplias, cosa que resulta evidente en el caso de la locura maniaco-depresiva, máxime con la inclusión de los “estados fundamentales”. A sabiendas de la gran cantidad de variedades enmarcadas en este tipo de locura, en ningún momento optó por subdivisiones o se decidió a multiplicar el número de enfermedades, lo que hubiera implicado contemplar la existencia de varios procesos patológicos. No parecía convencido de que “una clasificación más detallada de los distintos procesos anímicos y el consiguiente aumento de autonomía de cada una de las parcelas del

27. FALRET, J.: “Discussion sur la classification de la folie” (Société médico-psychologique), *Annales Médico-psychologiques*, 1861, n° 7, p. 461 (pp. 456-463).

28. K. L. KAHLBAUM, *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen*, Danzig, Kafermann, 1863 [ed. española: *Clasificación de las enfermedades psíquicas*, op. cit.].

psiquismo tenga también como consecuencia una mayor discriminación de su participación en el proceso general de la enfermedad”²⁹. Y, sin embargo, la impresión de heterogeneidad y arbitrariedad no deja estar presente, razón por la cual Kraepelin echa mano de un nuevo argumento aglutinador: “Podría ser que no se tratara aquí tanto de variedades de la enfermedad como de disposiciones o particularidades personales”³⁰. Mas al introducir las disposiciones o particularidades personales, naturalmente sometidas al proceso patológico único, las fronteras que circunscribe el perímetro de un territorio nosográfico se difuminan y los contornos se vuelven arbitrarios.

Como decíamos arriba, no es fácil enmarcar la patología de humor y reducirla a categorías nosológicas. Mientras los psicopatólogos, como fue el caso de J.-P. Falret³¹ o J. Baillarger³², se ocuparon de auténticos enfermos, es decir, verdaderos maniaco-depresivos, las fronteras de la enfermedad se mantenían bien delimitadas y una gruesa línea separaba a algunos locos de la mayoría, los normales. Pocas décadas más tarde, Kahlbaum³³ y Hecker³⁴ comenzaron a estudiar las formas más ligeras y discretas, las “ciclotimias” y las formas leves (*leichten Formen*). En esa perspectiva cabe entender la amplitud atribuida a los estados fundamentales o básicos en esta edición octava del *Lehrbuch*. De resultados de tanta amplitud y heterogeneidad, la perspectiva categorial parece desdibujarse hasta convertirse en una nebulosa o espectro. Los ecos distorsionados de esa informe categoría resuenan hoy día en el Trastorno bipolar.

III. BIPOLAR

El auge adquirido por la denominación de Trastorno bipolar, elevado a categoría diagnóstica desde hace unas décadas, exige un examen detenido que no puede dejar de lado este texto trascendental de Kraepelin.

29. Emil KRAEPELIN, *La locura maniaco-depresiva*, op. cit., p. 109.

30. *Ibidem* p. 109.

31. J.-P. FALRET, “De la folie circulaire ou forme de maladie mentale caractérisée par l’alternative régulière de la manie et de la mélancolie” [1854], en *Des maladies mentales et des asiles d’aliénés*, Paris, Baillière, 1864, p. 461-462.

32. J. BAILLARGER, “Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l’une de dépression et l’autre d’excitation”, *Bulletin de l’Académie Impériale de Médecine*, 1853-1854, n° 19, pp. 340-352.

33. K. L. KAHLBAUM, “Ueber cyklisches Irresein”, *Der Irrenfreund*, 1882, n° 24, pp. 145-157.

34. E. HECKER, “Die Cyclothymie, eine cirkuläre Gemütskrankung”, *Zeitschrift für praktische Ärzte*, 1898, n° 7, pp. 6-15.

El término posee una vocación dimensional que se apoya en dos criterios, uno basado en la evidencia, como se dice ahora sin ton ni son, y otro, no menos importante, fundado en la sospecha. El primero alude a la condición oscilante, alternante y opuesta de las manifestaciones de la esfera afectiva del sujeto, que en realidad, y en contra de lo que se postula, incide en todas las personas y se hace presente tanto en condiciones de normalidad como patológicas. Por ese motivo se vuelve tan confuso incluirlo bajo el epígrafe de trastorno, con todo lo que éste implica de enfermedad, pues patologiza la dimensión al completo sin establecer con claridad las fronteras entre lo normal y lo anormal. Elevar o reducir una categoría dimensional a función diagnóstica exige un esfuerzo constante para delimitar las fronteras entre lo excepcional y lo común³⁵. En otro caso se convierte en un cajón de sastre impreciso y deformante, como sucede con creces en esta ocasión.

El segundo criterio está basado, según decíamos, en la sospecha, pues nos obliga a desconfiar de la intención del promotor. Porque, más allá de las inclinaciones ideológicas que condicionen su concepción, como sucede con todo modelo de conocimiento, hay un indudable valor mercantil en la propuesta. Bien parece que, al dictado de la industria farmacéutica, que en la actualidad dirige todo el tinglado teórico de la psiquiatría, se ha diseñado una categoría tanto más amplia cuanto más grande es la ambición prescriptiva. En este sentido, la imprecisión y la escasa delimitación entre lo normal y lo patológico no es algo lamentado y objeto de crítica, sino que se muestra útil a los intereses del inspirador y forma parte sustancial de la estrategia elegida.

Sea como fuere, el trastorno bipolar es el primer ejemplo de un nuevo paradigma dimensional que se va imponiendo poco a poco en el seno de la psiquiatría oficial. Hasta ahora se han distinguido cuatro periodos teóricos o doctrinales, si seguimos en esto la obra más significativa en este dominio, el *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna de Lantéri-Laura*³⁶: el de la alienación, el de las enfermedades mentales, el de las estructuras y, por último, el de los síndromes. Periodización a la que habría que añadir, como propia de nuestro presente, la de los espectros o dimensiones clínicas, en las que el trastorno bipolar goza del privilegio de ser el ocupante inaugural.

35. Seguimos aquí las líneas directrices recogidas en J. M^a ÁLVAREZ y F. COLINA, "Sustancia y fronteras de la enfermedad mental", en M. DESVIAT y A. MORENO (Eds.), *Acciones de salud mental en la comunidad*, Madrid, AEN, 2012, pp. 137-149.

36. George LANTÉRI-LAURA, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000.

Sabemos que el primer paradigma, el de la alienación mental, responde a una concepción muy amplia, donde el término alienación se muestra extraordinariamente ancho e incluye el amplio círculo de perturbaciones psíquicas que la psiquiatría naciente, según Foucault, aisló del seno de la insensatez, la irracionalidad y la locura para ponerlas en manos de los médicos. Según Lantéri-Laura este periodo se extendió desde el final del Siglo de las Luces hasta 1854, momento en que J.-P. Falret publicó el artículo “De la non-existence de la monomanie”³⁷. A partir de ese momento se impuso el modelo de enfermedades múltiples, cerradas e irreductibles entre sí, pasando de esta suerte de la continuidad a la discontinuidad y de lo único a lo múltiple. Con este cambio, que aprovecha la primera psiquiatría para legitimarse en el seno de la medicina, se inauguró un tiempo donde lo que imperaba era bautizar tantas enfermedades como se pudiera y establecer los criterios diferenciales de las unas con las otras. Lo discontinuo reinaba sobre lo continuo, lo múltiple sobre la unidad, y la línea virtual de demarcación entre lo sano y lo enfermo se pretendía que dibujara una trayectoria diáfana y precisa.

El tercer paradigma, el estructural, lo fecha nuestro autor en 1926, año en que E. Bleuler propone sus ideas acerca del grupo de las esquizofrenias³⁸. En esta ocasión se corrige la disparatada multiplicidad de enfermedades para construir unidades estructurales que, sin llegar a la amplitud de la antigua alienación, sirven para agrupar distintas manifestaciones psicopatológicas bajo un techo común, donde domina más la continuidad y semejanza entre ellas que las diferencias. Con este gesto bleuleriano se inaugura, por otra parte, un balanceo entre lo uno y lo múltiple, y una combinatoria entre lo continuo y lo discontinuo que ya no ha cesado de repetirse. El paradigma, además, recibe el decisivo empujón del psicoanálisis, que logra uno de sus mayores logros teóricos en el campo de la psiquiatría separando las estructuras neuróticas y psicóticas como mejor modo de reunir los hechos clínicos en distintas agrupaciones.

A juicio del citado historiador de la psiquiatría, el paradigma estructural finaliza en 1977, coincidiendo con la muerte de su maestro Henri Ey, lo que dio paso al que con muchas dudas califica de paradigma sindrómico, que

37. Jean-Pierre FALRET, “De la non-existence de la monomanie” [1854], en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, París, Baillière, 1864, pp. 431-432 [ed. española: “Sobre la no existencia de la monomanía”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XV, n° 59, pp. 489-495].

38. Eugen BLEULER, “La schizophrénie”, *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX session, 2-7 agosto*, París, Masson, 1926, pp. 2-23 [ed. española: “La esquizofrenia”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, n° 60, pp. 664-676].

bajo los auspicios de las clasificaciones internacionales (DSM) ha dominado el panorama teórico durante las últimas tres décadas. En esta ocasión, como sabemos, se vuelve a la multiplicación alarmante de enfermedades que, bajo la denominación ahora de síndromes o trastornos, ha inundado nuestro discurso con antipáticos dígitos que patologizan toda la vida psíquica.

Por último, y retornando de nuevo al trastorno bipolar, bien parece que éste es un ejemplo perfecto y anticipado del paradigma dimensional, del modelo que se va imponiendo paulatinamente bajo un estudiado diseño estratégico. El trastorno bipolar representa con acierto el tipo de dimensión que defiende ahora la psiquiatría de orientación biológica y cognitivo-conductual. Consiste en una categoría muy extensa, que no precisa bien sus límites, que renuncia todo lo que puede a una diferenciación interna, fuente del clásico diagnóstico diferencial, y que tampoco se esmera por establecer una frontera clara con la normalidad. Da la impresión, por consiguiente, de que su motivo principal no es describir e interpretar unos sucesos psicopatológicos sino meter dentro de su saco todos los que pueda.

Conserva del paradigma estructural su gusto por la agrupación, pero no se esfuerza por discernir lindes claras con la normalidad, con lo más neurótico, como si temiera que con ese trabajo fuera a perder protagonismo y ocupantes. Prefiere la imprecisión para mostrarse lo más ambiciosa posible e incluir en su seno todo cuanto pueda, todo aquello que curse con oscilaciones, contrastes y ambivalencia, e incluso aunque no lo haga, como cuando se atreve a defender que todas las depresiones son en el fondo bipolares aunque no lo parezcan.

Esta ambición es la misma que se anuncia en los espectros psicóticos que se nos empiezan a proponer. Bajo su confusa noción todo puede resultar psicótico y cualquier persona corre el peligro de quedar incluido en una población susceptible de tratamiento. En su interior, como sucede con el espectro bipolar, se circunscribe desde lo más esquizofrénico, cuyo término se va a intentar retirar próximamente para evitar así identificar las psicosis con las formas más graves de padecimiento, hasta lo más banal, pero no indagando bajo su unidad lo que tienen también de diferente, sino acogiendo lo que tienen de común para blandir y perpetrar un mismo diagnóstico. Las formas más simples quedan recogidas en esos monumentos a la imprecisión que son los llamados trastornos psicóticos incipientes, o en los previstos como trastornos por riesgo de psicosis que, prestando atención a confusos síntomas denominados leves, blandos o subumbrales, nos amenazan con ampliar la población psicótica, y con ello susceptible de prescripción, hasta límites insospechados.

En contraste con estos criterios tan fieros, llama la atención el rigor de la elaboración de Kraepelin, pese a todas las reservas y prejuicios que podamos albergar ante su manera de proceder. En su locura maniaco-depresiva agrupa y distingue diferentes tipos clínicos. En un primer reconocimiento recoge todo el campo de la llamada locura periódica y circular, a la que añade la manía simple y la mayor parte de las manifestaciones englobadas bajo la rúbrica ‘melancolía’, sin que precise qué entiende por tal. Después suma “algunas disposiciones patológicas del humor más o menos acentuadas, transitorias o duraderas, que encontramos en los estadios iniciales de trastornos más severos o se sitúan sin una demarcación precisa en el ámbito de las constituciones personales”³⁹. Pese al parecido formal con el trastorno bipolar por su vaga acumulación y constreñimiento, esta cohesión unitaria y continuista no es tan ciega sino que se acompaña de una diferenciación clara con el resto de las enfermedades mentales, al tiempo que muestra su celo por diferenciar en su interior distintas formas clínicas, perfectamente descritas, y no los absurdos tipo I o II que sólo aluden a una información irrelevante y periférica. Recordemos que entre los distintos cuadros reúne los episodios maníacos y depresivos, las formas mixtas, así como otras alteraciones, dice, “más sutiles que se observan fuera de los episodios típicos de la enfermedad, y en las que se revela el sustrato psicopatológico general de la locura maniaco-depresiva”⁴⁰. Pero ante el riesgo que siente de incluir excesivas figuras en su locura, añade un comentario que enriquece su concepción de la psicopatología y le desmarca de los usos actuales. Una reflexión que muestra su plasticidad teórica y nos invita a enjuiciar en la práctica caso por caso, sin anteponer, como ahora es habitual, el modelo a la realidad. Como ya hemos señalado, Kraepelin reconoce que esta delimitación de las diferentes formas clínicas de la enfermedad es, en muchos sentidos, absolutamente artificial y arbitraria. La observación directa de los enfermos permite constatar la existencia de todo tipo de estados transicionales entre los distintos cuadros y comprobar que, en un brevísimo espacio de tiempo, cada caso particular puede experimentar las más diversas transformaciones. “Por este motivo –añade finalmente–, la doctrina que aquí presentamos sólo debe verse como un intento provisional de ordenar de forma aproximada e inteligible la enorme variedad de datos suministrada por la clínica”⁴¹.

39. Emil KRAEPELIN, *La locura maniaco-depresiva*, op. cit., p. 1.

40. Ídem, p. 51.

41. Ibídem.

Es cierto que el nexo que establece Kraepelin entre todas las variedades de la enfermedad, que da sentido a su unión, es tan esperable como difícil de sostener, pues descansa en “un pronóstico esencialmente similar”. Sin embargo, reconforta su doble juego de continuidad y discontinuidad, así como su actitud para aprehender lo común y lo diferente, talante que tanto le aleja de las simplificaciones artificiales del trastorno bipolar, que si que compartirían en cambio la misma unidad de pronóstico. La ideología en ambos casos es la misma, pero les separa un abismo de entusiasmo y rigor psicopatológico.

Hay que tener en consideración, por otra parte, para que se tenga en cuenta como contraste con lo hasta ahora dicho, que cabe una idea distinta de las dimensiones que se resiste a este reduccionismo y apuesta por la unidad y multiplicidad simultánea de los fenómenos. Un concepto que las entiende como un hilo rojo que recorre la vida psíquica de todos, desde el más normal al más enfermo o más patológico⁴². Una línea continua que comunica la vida más loca con la más cuerda y que indaga el componente loco de todos nosotros así como el elemento normal que existe en todo loco, al igual que no renuncia a trazar líneas de separación entre las distintas formas clínicas. Estas dimensiones se circunscriben en torno a la melancolía y la paranoia, entendidas como dos ejes comunes que aúnan los sufrimientos del hombre en torno al deseo y la tristeza, en el primer caso, o de la interpretación y la sospecha en la paranoia.

En cuanto a la melancolía, el eje recorre todas las formas de tristeza, desde las generadas por las pérdidas consustanciales a la vida, en torno a la edad, los duelos y los ideales, a las tristezas más pasionales y enloquecidas, para acabar en la configuración clásica de la psicosis maniaco-depresiva o en el fondo melancólico de soledad y vacío que subyace bajo el delirio. Un mismo problema, en torno al deseo y el abatimiento, une bajo semejanzas continuas a todos los hombres, del mismo modo que diferencia distintas formas y niveles de sufrimiento que merecen diagnósticos diversos.

Por su parte, el eje paranoico comunica todas las expresiones humanas de la desconfianza, inherentes a cualquier interpretación, con las elaboraciones más patológicas, que por su intensidad abandonan la suspicacia natural y la molesta intolerancia para alcanzar las ideas de perjuicio propias de los delirios y la autorreferencia que identifica a la esquizofrenia.

De este modo, el modelo dimensional, bien entendido, nos permite indagar en el sentido del dolor, complejiza las causas y, sin abandonar el necesario

42. Estos comentarios se encuentran desarrollados en F. COLINA, *Melancolía y paranoia*, Madrid, Síntesis, 2011.

escepticismo que potencia y dinamiza el saber, rehúye de la comodidad de caer en el evasivo y mugriento eclecticismo. En todo caso, este dimensionalismo alternativo evita el concepto médico de enfermedad, incluso bajo el disfraz positivista del trastorno, para recuperar la inspiración histórica, psicoanalítica, literaria y filosófica de la locura, que constituyen herramientas insalvables para enriquecer la subjetividad.

José María Álvarez
Fernando Colina
Ramón Esteban