

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Lima, Perú

Septiembre, 1997

Suplemento N°1

ASPECTOS HISTORICOS DE LA PSICOSIS: EXPERIENCIAS DEL SIGLO XIX

Por GERMAN E. BERRIOS*

RESUMEN

El concepto de psicosis, tal como lo conocemos, data tan sólo del pasado siglo XIX. Se creó sobre los remanentes de tres antiguas categorías: enfermedad, enajenación y demencia. Los siguientes factores contributorios son tratados en base al desarrollo del concepto anatomo-clínico de enfermedad, la aparición de un lenguaje descriptivo en cuyos términos se pueda establecer un mapeo tanto de la conducta abierta como encubierta, las demandas de la nueva taxonomía empírica, y la incorporación del tiempo como una nueva dimensión definitoria de enfermedad. Las demarcaciones conceptuales de la noción de psicosis fueron definidas en relación a cuatro dicotomías: psicosis-neurosis, unitario-múltiple, orgánico-funcional y exógeno-endógeno.

SUMMARY

The concept of psychosis, as we know it, dates only from the late 19th century. It was formed out of the remnants of three ancient categories: insanity, alienation and dementia. The following contributory factors are touched upon: the development of the anatomo-clinical concept of disease, the appearance of a language of description in terms of which stable mappings of both overt and covert behaviour could be made, the demands of the new empirical taxonomy, and the incorporation of time as a definitional dimension of disease. The conceptual boundaries of the notion of psychoses were defined in relation to four dichotomies: psychoses-neuroses, unitary-multiple, organic-functional and exogenous-endogenous.

PALABRAS-CLAVE : Psicosis, historia, trastornos mentales.

KEY WORDS : Psychosis, history, mental disorders.

* Departamento de Psiquiatría, Universidad de Cambridge, Hospital Addenbrooke, Cambridge.

La historia de la psicosis es la historia de la psiquiatría y conserva descripciones históricas de enfermedad mental, coloreadas aún por elementos "*Zeitgeist*", que todavía corresponden a fenómenos conductuales actualmente reconocidos como "psicosis funcionales".¹⁻⁴ Los historiadores sociales de la psiquiatría han estado comprensiblemente más impresionados por el hecho que los individuos así afectados no han sido necesariamente considerados "enfermos" en el pasado, o porque sus sufrimientos no hayan sido siempre explicados en términos "médicos".⁵⁻⁷ Los historiadores clínicos están más interesados en otros enigmas, por ejemplo, ¿cómo es que el llamado fenómeno clínico ha permanecido tan estereotipado y reconocible, a pesar de los cambios mayores en la "*episteme*"? (v.g. en la repercusión cultural y social).

La mayoría de las explicaciones sugieren cierto tipo de invariabilidad. George DEVEREUX,⁸ por ejemplo, creía que el factor constante provenía de una forma de estructura psicodinámica transhistórica. KANT & LEVY STRAUSS⁹ pensaban que la invariabilidad (responsable, en su caso, de la organización de la realidad y las estructuras sociales respectivamente) reflejaba el limitado repertorio de categorías del cerebro humano. Por lo tanto, es probable que tales fenómenos reflejasen disfunciones neurobiológicas cuya expresión se ve tan sólo moderadamente afectada por factores sociales.

La falta de espacio limita nuestro análisis al siglo XIX. Esto no es necesariamente inconveniente ya que la evidencia histórica muestra que las actuales categorías clínicas y descriptivas sólo fueron desarrolladas durante ese siglo.^{10,11}

CONCEPTOS HEREDADOS

Una útil práctica histórica es la de separar la historia de los conceptos de los términos utilizados para nombrarlos. A

comienzos del siglo XIX, tres conceptos contenían la información de lo que en estos días se denomina "psicosis". Ya que es difícil hacer referencia a conceptos sin una connotación, se utilizarán los términos ingleses de "insanía", "alienación" y "demencia". Otras lenguas europeas tienen, por supuesto, sus propias palabras, más o menos equivalentes.

En esta etapa, una importante precaución debe tomarse en cuenta pues, como regla, se efectúan cambios semánticos entre términos y conceptos. Por lo tanto, los conceptos evocan ciertas palabras-nombre, y los complejos significados de estas palabras afectan, a su vez, a los conceptos mismos. Una historia de la "psicosis" mostraría, por ejemplo, cuan importante fue para la evolución del concepto que se permitiese que la palabra psicosis desplazara viejos términos como locura, *folie*, *pazzia*, *madness* y *Wahnsinn*, durante la segunda mitad del siglo XIX.

"Insanía"

A comienzos del siglo XIX, la "insanía" tenía un significado clínico y legal¹², y era casi sinónimo de locura y las condiciones nombradas, posteriormente conocidas como "psicosis". Conceptualmente, encerraba toda clase de estados delusivos acompañados por una desorganización de la personalidad y la conducta. Aunque su origen es antiguo, la estructura psicológica de la insanía fue redefinida por John LOCKE en 1690.¹³ La idea resultante fue más que teórica y condujo con rigidez a una visión "total" de la insanía. El significado legal de insanía se tornó de interés práctico para la competencia civil del insano, y pronto los abogados empezaron a distinguir entre insanía "total" e insanía "parcial".¹⁴ Las observaciones clínicas y los cambios en la teoría psicológica durante los inicios del siglo XIX condujeron a la legitimización del concepto de "insanía parcial".¹⁵ En este proceso, se utilizaron

criterios definitorios, tales como la intensidad de los afectos, el número de facultades mentales desorganizadas, contenido de las delusiones y extensión del compromiso conductual.² La categoría "monomanía" fue uno de los resultados de estos avances.¹⁶ Después de un período de relativa claridad en la historia legal británica, la diferencia entre insanía total y parcial fue excluida por la ley McNaghten en 1843.¹⁷

"Enajenación"

Hasta los comienzos del siglo XIX, la "enajenación" no era un término médico.¹⁸ Fue introducido por los franceses en el contexto del Acta de 1838, y se refería principalmente a los aspectos legales del "folie" o enfermedad mental, ofreciendo una alternativa a su antiguo vocablo "démence"¹⁹. Encontró pronto acogida entre los hombres de la medicina como "alienación mental".²⁰ El término fue adoptado por la medicina inglesa alrededor de 1860²¹, refiriéndose a las "afecciones de la mente" (en oposición a las del cerebro, tales como el delirio).

"Demencia"

A comienzos del siglo XIX, este término hacía referencia a una variedad de estados de deterioro psicológico, ya sea en relación a la enfermedad mental crónica o al daño cerebral. Pero el mismo término se utilizaba para definir la incompetencia civil de los sujetos así afectados.¹⁹ Durante este período no tenía relación específica con la edad o el estado cognitivo, ni era considerado necesariamente como un estado irreversible.¹⁹ Pero a mediados del siglo XIX, la nueva disciplina de la neurología había tomado forma e incorporado una cantidad de desórdenes cerebrales crónicos; además, la demencia senil fue descrita en detalle. Lo que quedó, en su mayoría estados deficitarios post-psicóticos, fueron agrupados bajo un nuevo nombre: "demencias vesánicas".

PSICOSIS

Transformación de la enfermedad mental en psicosis durante el siglo XIX

La palabra psicosis (en oposición a neurosis) empezó a utilizarse tan sólo durante la primera mitad del siglo XIX.²² Estos dos términos no constituían una polaridad (y por lo tanto no dependían semánticamente el uno del otro). La palabra "neurosis" nombraba una enorme clase de enfermedades incluyendo a la actual neurosis, todas las enfermedades mentales, la mayoría de males neurológicos y muchos otros desórdenes médicos. Sus características definicionales eran la ausencia de fiebre y desorden de las funciones "generales" del sistema nervioso central.²³ Por lo tanto, las neurosis fueron consideradas durante este período como afecciones "orgánicas", mientras la "psicosis" simplemente hacía referencia a estados psicológicos experienciales.²⁴ Los dos términos sufrieron cambios mayores en su significado durante el siglo XIX. Hacia 1900, la agrupación de la clase neurosis fue drásticamente reducida y sus pocos miembros fueron redefinidos como trastornos "psicológicos"²⁵; en oposición, la "psicosis" pasó a formar parte de una creciente clase de desórdenes cuyo común denominador era la proclama de ser de naturaleza "orgánica".

Este escrito sugiere una explicación a esta exitosa historia. En términos braudelianos²⁶, identifica cuatro procesos explicatorios paralelos, avanzando en tiempos diferentes, pero interactuando los unos con los otros: 1. Un cambio mayor en el concepto de enfermedad. 2. Necesidades descriptivas resultantes de la nueva óptica de enfermedad y de los requerimientos internos de la naciente profesión de la psiquiatría. 3. Necesidades de clasificación. 4. La adopción del término "psicosis". Cada uno de estos procesos tiene su propia historia y proporciona una explicación, en diferentes niveles, sobre la

formación del concepto de “psicosis” en el siglo XIX.

La visión anatómo-clínica de enfermedad

El cambio más importante en la medicina del siglo XIX fue el desarrollo anatómo-clínico de enfermedad.²³ A partir de eso, las enfermedades comenzaron a ser definidas en términos de un conjunto de síntomas, lesiones e historia natural.^{27, 28} Durante la segunda mitad del siglo XIX, principalmente a través de los trabajos de MOREL Y KAHLBAUM, este enfoque fue adoptado por la psiquiatría.²⁹ La necesidad de una acuciosa descripción de los conjuntos de síntomas condujo al desarrollo de la psicopatología descriptiva;¹⁰ la necesidad de delinear una historia natural para cada enfermedad promovió los estudios longitudinales y la introducción de la dimensión temporal en la definición de enfermedad;^{30, 31} la necesidad de definir “lesiones” propició el desarrollo de la neuropatología y, la adopción de conceptos fisiológicos (v.g. irritación e inhibición)²³ y psicológicos (v.g. pérdida de “asociaciones”)³² en términos de los cuáles se pudiera definir un nuevo tipo de “lesión”.

Descripción de síntomas

También hubo cambios mayores en la metodología de descripción de síntomas; esto llevó, en 1850, a la creación de la “semiología” psiquiátrica (posteriormente llamada fenomenología).¹⁰ Como importante novedad, los síntomas fueron redefinidos independientemente de la enfermedad a la que suponían caracterizar. De manera interesante, los síntomas que eventualmente fueron considerados como distintivos de la psicosis fueron reducidos en número (delusiones, alucinaciones, y desorganización del pensamiento y de la conducta). Esto ha permanecido hasta nuestros días.

La nueva taxonomía

Los alienistas del siglo XIX abandonaron pronto los principios taxonómicos del siglo XVIII.^{33, 34} Se encontró que los criterios botánicos tenían poco valor heurístico en medicina y condujeron muy raramente a la identificación de “lesiones”. Se buscaron nuevos principios en anatomía y psicología. La primera demostró ser elusiva y dió origen a clasificaciones inaparentes, pero la segunda proporcionó la base para la mayoría de las grandes clasificaciones del siglo XIX. Así pues, los grupos por enfermedades fueron elaborados de acuerdo a la inclusión de facultades intelectuales, emocionales o volitivas,³⁵ a la dirección de la disfunción (excitación o inhibición),³⁶ o a la etiología (v.g. eventos de vida precipitantes).³⁷

No todos aceptaron que fuese posible clasificar estos fenómenos. Algunos sugirieron que había sólo una forma de enfermedad mental y que sus variadas manifestaciones dependían de las características individuales y cofactores ambientales; desde entonces, esta noble óptica ha sido conocida como el concepto de “psicosis unitaria”.³⁸⁻⁴⁰ El debate entre unitaristas y clasificadoristas no duró mucho. Hacia 1860, el principio que decía que las diferencias en la sintomatología reflejaban diferencias en el cuadro de fondo había sido aceptado.²⁹

La adopción de la palabra “psicosis”

El factor final en el moldeamiento del nuevo concepto de psicosis fue la adopción del término mismo. VON FEUCHTERSLEBEN fue quien lo enunció: “Aquellas condiciones que usualmente llamamos, en un sentido estricto, desarreglo, psicosis...” (p. 241) “toda psicosis es, al mismo tiempo, una neurosis, porque sin la intervención de la actividad nerviosa, ningún cambio en la actividad psíquica se

hace manifiesto; pero toda neurosis no es una psicosis, de la cual las convulsiones y el sufrimiento proporcionan suficiente muestra...”(p. 246).⁴¹ El gran médico austríaco se refería al hecho (ya señalado líneas arriba) que a principios del siglo XIX el término psicosis tenía un significado psicológico: “utilizado en relación a procesos normales, la psicosis es equivalente al elemento mental o psíquico en un proceso psicofísico, tal como la neurosis se refiere al aspecto del proceso que pertenece al sistema nervioso”(p. 392).²⁴

Una visión similar fue la de WARNER (1892), quien enfatizó lo que él llamó “el acto neural que corresponde al fenómeno mental” (p. 1025).⁴² En la psiquiatría alemana, el singular del término (*Psychose*) se refiere al significado psicológico, y el plural (*Psychosen*) a la propia enfermedad mental.⁴³ Entonces: “utilizado en la patología (y en este sentido el término está ganando terreno rápidamente tanto en la literatura inglesa como extranjera), el término designa una condición mental anormal, especialmente en tanto se correlaciona con un proceso de enfermedad específico (una entidad mórbida, si se permite el término) con origen, curso y síntomas característicos. Las típicas formas de enfermedad mental, que pueden ser científicamente diferenciadas, se considerarían en este sentido como psicosis”.⁴⁴ MAUDSLEY recogió el término con suficiente prontitud: “a no dudar, la psicosis criminal, que es el lado mental de la neurosis, es mayormente un mal intratable...”(p. 33).⁴⁵

Es probable que la carga semántica del término psicosis (enfaticando los aspectos psicológicos del estado mental) sirviese como puente entre el organicismo *au outrance* de la época y el hecho que la sintomatología de la enfermedad mental se basaba todavía en experiencias materiales. Si a esto se le añade su flexibilidad gramatical (podría usarse como sustantivo, ofreciendo fácilmente adjetivaciones y derivaciones adverbiales)²², entonces se entiende su incalificable éxito.

La acción conjunta de los procesos arriba mencionados modelaron la nueva noción de psicosis. La visión transversal, relacionada a los acontecimientos de la vida, pesimista y variegada del siglo XVIII dió paso a un concepto más ajustado que culminó con el trabajo de KAHLBAUM, WERNICKE Y KRAEPELIN. A fines de siglo ya no existía el problema sobre la posibilidad de existencia de la clasificación, sino sobre qué lineamientos se daría ésta.

Dos diferentes sistemas clasificatorios compitieron por la supremacía durante este período y en esta contienda WERNICKE fue el perdedor, no necesariamente porque sus ideas fuesen equivocadas, sino por su muerte prematura. Si hubiese vivido más, la psiquiatría (y con mayor certeza, la clasificación de la psicosis funcional) hubiese sido muy diferente hoy en día. Pero KRAEPELIN fue el vencedor, y dentro de su esquema el número de enfermedades mentales fue drásticamente reducido. Las dos psicosis sobrevivientes fueron caracterizadas por un conjunto de síntomas sobrepuestos con alta estabilidad temporal y con una base orgánica. La historia natural y el curso de la enfermedad conformaron el último criterio diagnóstico.⁴⁶

Pero las anomalías clínicas desafiaron el paradigma desde un comienzo. Se reportó abundantes casos “intermedios”, aunque había muy poco lugar para ellos en la dicotomía de KRAEPELIN. Leal como siempre había sido a los hechos de observación clínica, KRAEPELIN se retractó en un maravilloso escrito publicado en 1920 que, lamentablemente, permanece sin ser leído.⁴⁷ A pesar de eso, sus seguidores continuaron con la visión separatista y esto condujo, *inter alia*, al curioso rechazo de los alienistas en aceptar que dos psicosis independientes pudiesen afectar simultáneamente al mismo individuo.

Este rechazo es difícil de explicar por el hecho ampliamente aceptado que KRAEPELIN estableció el concepto médico de

enfermedad en la psiquiatría. Si las dos psicosis son verdaderamente independientes la una de la otra, ¿qué les impide estar simultáneamente presentes en un mismo cuerpo como, digamos, podrían estar el mal de Parkinson y una esclerosis múltiple? Sería tentador (pero históricamente impropio) culpar a este tabú de incompatibilidad en la interpretación psicodinámica de la psicosis. De acuerdo a esta visión, no es apropiado tener dos “enfermedades” ocupando el mismo “espacio psicológico” interno. Sin embargo, esta situación permanecía vigente en la psiquiatría biológica de fines del siglo XIX.⁴⁸

LOS SINTOMAS DE LA PSICOSIS

Los orígenes históricos de la psicopatología descriptiva de la psicosis no han sido estudiados por muchos. Hay dos incógnitas que requieren una respuesta: ¿cuántos de los antiguos síntomas de la enfermedad mental se mantuvieron en el nuevo concepto de psicosis y si hubo un contrapeso con el cual este último fue moldeado?

Los síntomas

Como se ha mencionado anteriormente, la psicosis se caracteriza, en general, por un número muy reducido de síntomas. Esto también ocurrió con sus predecesoras, las insanías, con la excepción que durante estos períodos anteriores, la definición de enfermedad no se basaba en un conjunto de síntomas (v.g. en SYDENHAM & WILLIS) sino en un malestar principal. Por lo tanto, era suficiente que la enfermedad mental equivaliese a un solo síntoma (delusiones). Hacia inicios del siglo XIX se escogió esto último, ya que se dió una preferente atención a los desórdenes de las facultades intelectuales.⁴⁹ Esto explica por qué las clasificaciones iniciales de enfermedad mental no se basaban en el análisis de los

síntomas. En su lugar se hizo uso de etiologías hipotéticas (v.g. William BATTIE)⁵⁰ o se dió vueltas alrededor de evaluaciones sobre la extensión del sistema delusivo. Así pues, a menudo se olvida que la única diferencia entre los conceptos de manía y melancolía anteriores al siglo XIX fueron que en el primero las delusiones invadían todos los aspectos de la vida del paciente, mientras que en el último se limitaban a un solo tópico. Los desórdenes del afecto (si es que se llegaban a identificar) eran totalmente irrelevantes para su diferenciación.²

El renacimiento de la psicología de las facultades durante la primera parte del siglo XIX estuvo en el hecho de ofrecer por primera vez una nueva posibilidad clasificatoria⁵¹. Las enfermedades mentales pudieron ser clasificadas como intelectuales, emocionales o volitivas (morales), de acuerdo a la facultad que involucraba. Hacia fines del siglo, el primer grupo incluía a la demencia precoz y los varios estados paranoicos; el segundo, a los desórdenes afectivos (tanto maníacos como depresivos); y el tercero, a los estados psicopáticos.

Sin embargo, es interesante notar que los síntomas asignados a cada grupo no eran necesariamente congruentes con la facultad primaria que se asumía como participante. Por ejemplo, se aceptaba que las delusiones también podían estar presentes en las enfermedades emocionales.

Había una razón para permitir esta sobreposición de síntomas. El uso de la psicología de las facultades había efectivamente roto con la asociación que existía desde siglos atrás entre la enfermedad mental y la función intelectual. Esto creó un problema, es decir, ¿sobre qué base puede decirse que un sujeto es insano (o psicótico) si, como en el caso de la enfermedad emocional, no tiene compromiso formal de sus facultades intelectuales? La solución, desarrollada gradualmente durante el siglo XIX, fue la de decir que estos sujetos eran insanos porque mostraban “signos” de

enfermedad (v.g. delusiones secundarias o alucinaciones).

La enfermedad volitiva (o moral) originó un problema mayor. En este caso, los síntomas psicóticos no estaban de ninguna manera presentes, y sin embargo el sujeto era considerado insano. En este caso, como PINEL³⁵ y PRICHARD⁵² hicieron, la salida fue sugerir dos nuevos criterios: desorganización conductual y falta de *insight*. Con anterioridad al siglo XIX, las delusiones habían sido diagnosticadas en base a dos criterios: la creencia misma y la conducta extravagante o desordenada que podía producir. PINEL sugirió pulidamente que, en el caso de las enfermedades mentales “sin” delusiones (v.g. sin una proclamada creencia extravagante), la presencia de una conducta desorganizada era suficiente.³⁵ La falta de *insight* era también un antiguo criterio. Durante los comienzos del siglo XIX, la falta de *insight* sobre la propia conducta llegó a ser (en ausencia de delusiones) el criterio central para la enfermedad moral (v.g. PRICHARD).⁵² Después, cuando se creó la Ley McNaughten, la incapacidad para prever las consecuencias de la conducta creada por la delusión fue incluida como un criterio separado.

Un balance para la psicosis

El análisis histórico muestra que el concepto final de la psicosis no fue modelado por la observación clínica o la sola teoría, sino en base a la psicopatología del delirio. Esta entidad clínica, tal vez la más perdurable de todas, ha sobrevivido sin cambios desde tiempo de los griegos.⁵³ La adopción de la visión anatómo-clínica de la enfermedad en psiquiatría fue acelerada por el trabajo de BAYLE, quien en 1822 describió “lesiones” cerebrales correspondientes a una particular forma psicopatológica (parálisis general del insano). Sin embargo, la verdadera relevancia de su hallazgo no fue que hubiese probado que la enfermedad psiquiátrica fuese como

una enfermedad médica, sino que mostró que ciertas formas conductuales puedan estabilizarse en el tiempo por el hecho de estar relacionadas a una “lesión”.⁵⁴ De hecho, con anterioridad al trabajo de BAYLE ya se sabía que los cambios cerebrales podían causar enfermedad mental y el mejor ejemplo de esto había sido el delirio -v.g. esto se conocía en el caso del *delirium tremens*- desde 1813.

Cuando el movimiento por unificar el delirio y las enfermedades mentales (tanto etiológica como sintomáticamente) comenzó en la década de 1840, los alienistas se volvieron hacia el delirio (definido como un conjunto de delusiones, alucinaciones y disturbios conductuales). En esta etapa, el “obnubilamiento” de la conciencia no era una característica reconocida del delirio (sólo llegó a serlo a fines del siglo en el trabajo de CHASLIN)⁵⁵ y desde entonces fue sencillo definirlo como una “enfermedad mental aguda”. No es una coincidencia que los alienistas también buscaran identificar en las otras enfermedades mentales los mismos cambios somáticos descritos en relación al delirio (v.g. la aceleración del pulso y la respiración, cambios en la función intestinal y la composición de la orina). De hecho, el nuevo concepto de enfermedad mental (que pronto cambiaría de nombre por el de psicosis) fue descrito por algunos como “delirio sin fiebre”.

LAS DICOTOMÍAS DEFINICIONALES

Durante el siglo XIX, la psicosis fue definida en relación a cuatro dicotomías: psicosis *versus* neurosis; lo unitario *versus* lo múltiple; lo funcional *versus* lo orgánico y lo exógeno *versus* lo endógeno. Las dos primeras ya han sido discutidas.

Lo funcional versus lo orgánico

En los tiempos de la I Guerra Mundial, la distinción entre la psicosis funcional y la

orgánica llegó a ser fundamental para su clasificación. El grupo funcional incluía la demencia precoz, la enfermedad maniaco depresiva, la parafrenia, los estados paranoicos y la paranoia. El trabajo de MENDEL contiene una de las primeras referencias a la psicosis “funcional”⁵⁶, ciertamente anterior a la de KRAEPELIN. El ofreció una definición negativa: “por otro lado, hay grandes diferencias de opinión entre los autores sobre cómo dividir aquellas enfermedades mentales en las cuales no hay hallazgos anatómicos encontrados hasta ahora, y que a la vez no pertenecen a ninguna de las formas nombradas. Son llamadas psicosis funcionales, lo cual no quiere decir que no existan cambios anatómicos, sino que por lo pronto hemos sido incapaces de verificarlos” (p. 160).⁵⁶ Luego, procedió a explicar la elección del término: “Si respecto a esto, recuerdan a las neurosis periféricas funcionales, parece ser en busca de un arreglo mejor, asociarlas a la neurosis...”.

MENDEL considera como psicosis funcionales a: el delirio alucinatorio, la manía, melancolía, la psicosis circular, la paranoia y la demencia aguda (pp. 175-213).⁵⁶ La primera y última categoría incluyen condiciones que en nuestros días serían reconocidas como esquizofrenia. MENDEL también reconoció un grupo separado de “psicosis orgánicas” que incluían la parálisis progresiva del enfermo mental, la demencia senil, y la psicosis arterioesclerótica y sifilítica. Interesantemente, MENDEL sugirió dos categorías “orgánicas” más: “las psicosis causadas por enfermedades focalizadas en el cerebro”(v.g. ataques de apoplejía, tumores cerebrales, traumatismos, etc.) y “psicosis provenientes de neurosis centrales” (v.g. epilepsia, psicosis histéricas y coreicas).

Al finalizar la I Guerra Mundial, la dicotomía se había agudizado. JASPERS nominó tres psicosis funcionales, la verdadera epilepsia, la esquizofrenia y la enfermedad

maniaco depresiva, y comentó:

“estas tres... tienen cuatro puntos en común. En primer lugar, su estudio dió origen al concepto de entidad mórbida... en segundo lugar, los casos que pertenecen a este grupo no pueden ser considerados bajo los desórdenes de los Grupos I y III. Uno debe asumir, sin embargo, que muchas de estas psicosis tienen una base somática... y en tercer lugar, no son psicosis exógenas sino endógenas. La herencia es una causa importante... en cuarto lugar, todas ellas carecen de patología anatómica cerebral...”(pp. 607-608).⁵⁷

Lo exógeno versus lo endógeno

Las creencias neurobiológicas del siglo XIX sobre la etiología de los desórdenes mentales no se pueden encontrar mejor preservadas que en la distinción de lo “exógeno-endógeno”. Controversial y no del todo claro en su significado al momento de su origen, es ahora tan solo un noble arcaísmo que, a pesar de todo, ha sobrevivido a muchos obituarios.⁵⁸⁻⁶⁰ El secreto de su popularidad es tal vez su capacidad de acomodación semántica.

“Endógeno” nunca quiso significar “genético” (fue creado como término antes que tal concepto existiese) así como “exógeno” no significa “ambiental”. Como KRAEPELIN señaló en su biografía sobre MÓBIUS, fue el neurólogo alemán quien en 1892⁶¹ introdujo primero en la medicina estos términos botánicos (acuñados por CANDOLLE en 1813). En un texto de neurología, él describe los desórdenes endógenos como aquellos en los cuáles “la condición principal debe descansar en el individuo, en una disposición congénita (*Anlage*), otros factores son meramente contingentes y cuantitativos”. Ejemplos de esto son la neurastenia, la histeria, la epilepsia, la migraña, la corea de Huntington y la enfermedad de Friedrich.

Las enfermedades “exógenas” eran

condiciones tóxicas e infecciosas, neuralgia del trigémino, enfermedad de la tiroides, esclerosis múltiple y mal de Parkinson, y se suponía que se daban "sin ser engendrados". Su definición depende donde se sitúen los límites del "sin" y "con". MÖBIUS nunca fue claro sobre esto, pero no quiso decir que la piel (aunque exógena no fuese ambiental) ni que el SNC (exógeno pero no "somático" o "sintomático"). La distinción debe haber muerto tranquilamente (confinada a la Neurología, en la que ha ido desapareciendo). Desafortunadamente, KRAEPELIN escogió incorporarla en la edición de su libro en 1896.

La oscuridad de significado proviene del hecho que los términos endógeno y exógeno son intraducibles dentro de la terminología biológica del siglo XX. Esto, a su vez, se debe parcialmente a la interpretación idiosincrática que MÖBIUS hizo de la teoría de la degeneración del siglo XIX (que está en la base de su significado). Estas ideas controlaron la psiquiatría europea y el pensamiento social durante la segunda mitad del siglo XIX y proporcionaron un profundo nivel de explicación para fenómenos tales como el aparente patrón de herencia lamarckiano sobre la enfermedad mental, el hecho que la enfermedad pudiese mostrar intensidad variada en hermanos, que signos somáticos (*stigmata*) pudiesen acompañar algunas de sus manifestaciones, y finalmente

que la enfermedad pudiese repentinamente desaparecer después de una generación.^{62,63} De las muchas versiones sobre la teoría de la degeneración, el modelo en exceso religioso y fatalista desarrollado por MOREL en 1857 es el más conocido.⁶⁴ Sin embargo, por la década de 1890, y en manos de grandes hombres como Valentín MAGNAN, la teoría de la degeneración se volvió flexible y su capacidad explicatoria creció casi sin límites.

El concepto de "endógeno" era tan sólo una taquígrafía para tal cúmulo de ideas. Se suponía que la causa de la enfermedad yacía profundamente en el cuerpo; no en el verdadero cuerpo sino en el ser metafísico. Así pues, la "endogenicidad" no estaba bajo control genético, o de la personalidad o de la constitución. A KRAEPELIN le gustaba el concepto precisamente por estas características. Así como el término "psicosis" está referido a alguna entidad interior abstracta y no comprometía ningún tipo específico de explicación.

Las dicotomías funcional-orgánico y endógeno-exógeno tienen pues, diferentes procedencias semánticas y su sobreposición es mínima. Para un alienista de fines del siglo XIX, lo exógeno no era orgánico, ni lo funcional endógeno. Se podían obtener muchas combinaciones, y cuando esto ocurriese, la confusión desaparecería.

BIBLIOGRAFIA

1. JESIE DV., DEL CARMEN R., LOHR JB., & WYATT RJ., "Did schizophrenia exist before the 18th Century?" *Comprehensive Psychiatry* 1985; 26: 493-503.- 2. BERRIOS, GE. Depressive and Maniac States during the 19th Century. In: Gorgotas D & Cancro T (eds.). *Handbook of Affective Disorders*. Elsevier Science Publishers. New York 1987; In press.- 3. SIMON, B. *Mind and madness in Ancient Greece*. Ithaca; Cornell University Press, 1978. 4. ROCCAIAGLIATA, G. *Storia della Psichiatria antica*. Milano: Ulrico Hoepli, 1973. 5. BLASIUS, D. *Der verwaltete Wahnsinn*. Frankfurt am Main: Fischer, 180.- 6. SCULLA A. *Museums of madness*. London: Penguin Books, 1979.- 7. DÖRNER, K. BÜRGER und IRRE. Frankfurt am Main: Europäischen Verlagstalt, 1969. 8. DEVEREUX, G. Normal and Abnormal. En: *Basic problems of Ethnopsychiatry*. Chicago: The University of Chicago Press, 1980: 3-71.- 9. LÉVI-STRAUSS, C. *La*

pensée sauvage, París: Librairie Plon, 1962.- 10. BERRIOS, GE. "Descriptive Psychopathology: conceptual and historical aspects." *Psychological Medicine* 184; 11: 677-688.- 11. MAST, C. Histoire des Psychoses 'endogènes', *L'Information Psychiatrique* 1981; 57: 57-72.- 12. Anonymous. Insania. In: Busch DWH, Gräfe CF von, Horn E. et al. (eds.), *Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften*. Berlin: Veit et Comp 1838: 500-592.- 13. LOCKE, J. *An essay concerning human understanding*. 2 Vols. New York: Dover Publications, 1959 (primera edición 1690).- 14. WALKER, N. *Crime and Insanity in England. The Historical Perspective*. Edinburgh: University Press, 1968.- 15. BERRIOS, GE. "The two manias". *British Journal of Psychiatry* 181; 139: 258-25.- 16. KAGIYAMA,

- J. "Sur l'histoire de la manomanie". *L'Evolution Psychiatrique* 1984; 49: 155-162.- 17. WEST, DJ., WALK, A (eds.). DANIEL McNAGHTEN. London: Gaskell Books, 1977.- 18. PARCHAPPE, M. Aliénation. In: Dechambre E. (ed.). *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Vol. 3, Paris: P Asselin.- 19. BERRIOS, GE. "Dementia during the 17th and 18th Centuries." *Psychological Medicine* 1987; In press.- 20. Anonymous Aliénation Mentale. In: Fare T (ed.). *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine Français et étrangers*. Paris: Germer-Baillières, 1840.- 21. MAYNE, RG. *An expository lexicon of the terms, ancient and modern in Medicine and General Science*. London: John Churchill, 1860.- 22. SAURI, JJ. "Las significaciones del vocablo psicosis." *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1972; 18: 219-226.- 23. LÓPEZ PIÑERO, JM. *Historical Origins of the concept of neuroses* (translated by D. Berrios). Cambridge: University Press, 1983.- 24. JASTROW, J. & BALDWIN, JM. Psychosis. In: Baldwin JM (ed.). *Dictionary of Philosophy and Psychology*. Vol. 2. London: Macmillan, 1901:392.- 25. LÓPEZ PIÑERO, JM. & MORALES MISEGUER, JM. *Neurosis y Psicoterapia*. Madrid: Espasa Calpe, 1970.- 26. BRAUDEL, F. *La historia y las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 1980.- 27. LAIN ENTRALGO, P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat 1978.- 28. ACKERKNIGHT, EH. *Medicine at the Paris Hospitals 1794-1848*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1967.- 29. BERCHERIE, P. *Les fondements de la clinique*. Paris: La Bibliothèque d'Ornicar, 1980.- 30. LANTEI-LAURA, G. "La chronicité dans la psychiatrie moderne française." *Annales*; (May) 1972: 548-568.- 31. DEL PISTOIA, L. "Le probleme de la temporalité dans la psychiatrie française classique." *L'Evolution Psychiatrique* 171; 36: 445-474.- 32. JUNG, CG. *Über die Psychologie der Dementia praecox*. Ein Versuch: Halle a. S., 1907.- 33. BOWMAN, IA. *William Cullen (1710-90) and the primacy of the nervous systems*. Indiana University PHD (History of Science), 1975 34. LARSON, JL. Reason and Experience. *The representation of natural order in the work of Carl von Linné*. Berkeley: University of California Press 1971.- 35. PINEL, P. *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* (segunda edición). Paris: Brosson, 1809.- 36. GRIESINGER W. *Mental Pathology and Therapeutics* (traducido por CL Robertson and J Rutherford). London: The New Sydenham Society, 1867.- 37. BUCKNILL, JC, TUKE, DH. *A Manual of Psychological Medicine*. London: John Churchill, 1858.- 38. LLOIS B. La psicosis única. *Archivos de Neurobiología* 1954; 17: 3-39.- 39. VLIEGEN J. Die Einheitspsychose. Stuttgart: F. Enke, 1980.- 40. JANZARIK, W. Nosographie und Einheitspsychose. In: Huber G (ed.). *Schizophrenie und Zykllothymie*. Ergebnisse und Probleme. Stuttgart: G Thieme, 1969.- 41. FEUCHTER-SLEBIN, E VON. *The principles of medical psychology* (traducido por HE Lloyd y BG Babington). London: Sydenham Society, 1847.- 42. WARNER, F. Psychosis En: Tuke DH (ed.). *A Dictionary of Psychological Medicine*. Vol. 2. London: J & A Churchill, 1892: 1025-1034.- 43. TUKE, DH. Psychosis. In: Tuke DH (ed.). *A Dictionary of Psychological Medicine*. Vol. 2. London: J & A Churchill, 1892: 1025.- 44. MEYER A. Psychosis. In: Baldwin JM (ed.). *Dictionary of Philosophy and Psychology*. Vol. 2 London: Macmillan, 1901: 392-394.- 45. MAUDSLEY, H. *Responsibility in Mental Illness*. London: Kegan Paul & Trench, 1885.- 46. HOFF P. *Zum Krankheitsbegriff bei Emil Kraepelin*. *Nervenarzt* 1985; 56: 510-513.- 47. KRAEPELIN, E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1920; 62: 1-29.- 48. MEUS, F. Epilepsie et délire chronique. Contribution a l'étude des psychoses combinées. *Annales Médico-Psychologiques* 1908; 7: 353-382.- 49. BERRIOS, GE. The psychopathology of affectivity: conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine* 1985; 15: 745-758.- 50. BATTIE, W. *A treatise on madness*. London: J Whiston & B White, 1758.- 51. BERRIOS GE. The historical development of abnormal psychology. In: Miller E and Cooper PJ (eds.). *Textbook of abnormal psychology*. London: Churchill Livingstone, 1987.- 52. PRICHARD, JC. *A treatise on Insanity*. London: Sherwood, Gilbert & Piper, 1835.- 53. BERRIOS, GE. Delirium and Confusion in the 19th Century: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry* 1981; 139: 439-449.- 54. BERRIOS, GE. "Depressive Pseudodementia "or "Melancholic dementia": a 19th Century view. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1985; 48: 33-40.- 55. CHASLIN, P. La confusion mentale primitive. *Annales Médico-Psychologiques* 1892; 16: 225-273.- 56. MENDEL, E. *Textbook of psychiatry* (traducido por WC Krauss). Philadelphia: FA Davis, 1907.- 57. JASPER, K. *General Psychopathology* (traducido por J Hoising and MW Hamilton) Manchester: Manchester University Press, 1963.- 58. LEWIS, A. "Endogenous" and "exogenous": a useful dichotomy. *Psychological Medicine* 1971; 1: 191-196.- 59. HERON, MJ. A note on the concept endogenous-exogenous' *British Journal of Medical Psychology* 1965; 38: 241-245.- 60. GASTON, A., TATARILLI, R. Analyse critique de l'évolution du concept d'endogene. *L'Evolution Psychiatrique* 1984; 2: 569-575.- 61. KRAEPELIN, E., MÖBIUS, P. (1853-1907). In: Kirchoff T (ed.). *Deutsche Irrenärzte*. Berlin: Springer, 1024; II: 274-279.- 62. WETTLAY A. Zur Problemgeschichte der 'dégénérescence'. *Sudhoff Archiv* 1959; 43: 193-212.- 63. DRWIBIGGIN, I. Degeneration and hereditarianism in French mental medicine 1840-90: psychiatric theory as ideological adaptation. In: Bynum WF, Porter R, Shepherd M (ed.). *The Anatomy of Madness*. Vol. 1, 1985: 188-232.- 64. MOREL, BA. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de L'espèce humaine*. Paris J Bailliere, 1857.