

TOÉN

Revista del Sanatorio Psiquiátrico "Dr. CABALEIRO GOAS"
A.I.S.N. - Toén (Orense)

Director: **Dr. J. L. Gómez-Reino y Filgueira**

Redacción:

D. J. L. Cordero Beledo
Dr. L. de Castro Sánchez
Dr. S. Lamas Crego
Dr. M. Cabaleiro Fabeiro

A MODO DE PRESENTACION

Iniciamos hoy, con esta publicación, una singladura por los caminos de la Psiquiatría que esperamos, aún sabiendo las dificultades que comporta, poder prolongar por mucho tiempo.

Somos conscientes de lo que ello supone, especialmente si queremos, como es nuestro deseo, mantener la revista dentro de una línea de sincera honestidad científica.

La tarea no es fácil como decimos, y si bien el primer número está aquí, las dificultades aumentan con el propósito que nos anima de que esto no sea un hecho aislado sino principio de un camino a seguir.

La voluntad y el deseo de cuantos desarrollamos nuestra actividad psiquiátrica en este Centro es el mejor impulso para ello, y la esperanza de conseguirlo.

Hemos querido que este número 0, primero del empeño de sacar adelante una revista científica gestada en el Sanatorio

Psiquiátrico de Toén, estuviera dedicada preferentemente a la obra del que fue primer Director y gran impulsor del mismo Dr. CABALEIRO GOAS, ya que nos pareció el más adecuado homenaje para un hombre, un médico, que dedicó toda su vida a la Psiquiatría y a la misión primordial que ésta tiene encomendada: el estudio del "hombre-enfermo" psíquico con toda su singularidad y la pluralidad de problemas que ello trae consigo.

Fue en efecto la vida de Cabaleiro Goás (truncada prematuramente y en la plenitud de su obra), una vida proyectada toda ella en la lucha por una Asistencia Psiquiátrica más adecuada, y con una visión totalista de la misma puesta de manifiesto en toda su obra, viviendo el problema intensamente y desde dentro como médico de un Hospital Psiquiátrico como el de Toén, que hoy lleva su nombre, y que vio gestar y nacer, dirigiendo sus pasos durante los 18 años que estuvo al

frente del mismo.

Todos cuantos trabajamos a su lado sabemos de sus desvelos, de su impulso emprendedor, de sus satisfacciones y de sus decepciones a lo largo y ancho de su andadura psiquiátrica. El sabía que esto tenía que ser así. Por ello nunca le vimos abandonar; si acaso hacer un pequeño descanso para emprender de nuevo el camino con renovado impulso.

Su capacidad de trabajo nos asombra; un trabajo que ha dado a la luz obras importantes que han hecho de Cabaleiro uno de los psiquiatras españoles conocidos fuera de nuestras fronteras.

Sus trabajos sobre las Psicosis Esquizofrénicas especialmente, pueden considerarse ya clásicos e indispensables en cualquier biblioteca psiquiátrica.

Para nosotros, junto a esa gran capacidad de trabajo, destacan preferentemente en Cabaleiro sus envidiables y finas dotes de observación. Pienso que sobre estos los recios pilares se asienta toda su obra.

No pretendemos, con este número dedicado a Cabaleiro Goás, cubrir toda su extensa actividad psiquiátrica. Sería vana pretensión. Solo nos propusimos tocar algunos de sus puntos de vista a la libre elección y enfoque de de sus autores y nos pareció además, que nadie mejor que sus propios colaboradores a lo largo de su vida de trabajo y dedicación al Sanatorio de Toén, para llevar a cabo el empeño.

Sabemos que cuantos de sus colaboradores y discípulos no han podido, por circunstancias diversas, aportar sus trabajos a estas páginas, se adhieren a este homenaje póstumo, si bien modesto en relación a lo que Cabaleiro significa y es dentro de la Psiquiatría, pero llevado a cabo con profunda admiración y respeto por el hombre y su obra, una obra que está ahí y es fiel testimonio de lo que ha sido su vida.

Dr. J. L. GOMEZ-REINO

EL ENFOQUE ANTROPOLOGICO DE LA PSIQUIATRIA

¿UN CAMINO A SEGUIR?

Dr. José L. Gómez-Reino y Filgueira

Director Médico. Sanatorio Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro Goas"

La Psiquiatría, a la que nadie puede negar un considerable avance, en especial desde el punto de vista terapéutico, todavía hoy se debate en el terreno metodológico, criticándosele el hecho de que se sirva de cualquier dirección ajena a ella y que pueda servirle para su objetivo: el estudio del "hombre-enfermo" psíquico, entrando impunemente en la biología, psicología, física, sociología, etc., siendo por tanto las direcciones de su construcción, heterológicas.

¿Puede esto ser cierto? ¿No existiría por tanto una Psiquiatría científica con su propia metodología, una Psiquiatría con una construcción autológica?

Realmente estos interrogantes no fueron planteados hasta fechas bien recientes y si, en la que podríamos llamar Psiquiatría clásica hubo alguna preocupación aislada por el problema, fue rápidamente sofocada por la ironía o la indiferencia.

¿Es esta problemática metodológica realmente una cuestión fun-

damental en la Psiquiatría de hoy? ¿Invalida ello la autonomía de la ciencia psiquiátrica?

La Psiquiatría en fin de cuentas, y es perfectamente permisible científicamente, echa mano de diversas fuentes que puedan contribuir al logro de sus fines, pero lo hace no de manera indiscriminada sino adaptando los métodos que estas ciencias puedan proporcionarle, con una selección y ordenación de los mismos en su aplicación al estudio del "hombre-enfermo" psíquico.

"La heterología —dice López Ibor— no debe destronar a la Psiquiatría de su primado, el cual deriva de que el hecho a estudiar no es puramente una anomalía somática, ni psíquica, sino una anomalía morbosa que acontece en el hombre. La enfermedad es un proceso que afecta a la personalidad total; descubrir sus leyes evolutivas, sus causas, la estructura de sus manifestaciones, todo esto es la clínica psiquiátrica o la clínica médica. Existe, pues, un

tema propio y distinto de los diversos objetivos de las ciencias auxiliares. Desde este punto de vista, la clínica psiquiátrica se comporta como ciencia autónoma".

Sin embargo, pese a lo que acabamos de decir, esta construcción heterológica ha creado y sigue creando graves problemas de enfoque, en ocasiones muy contradictorios y unilaterales que, si bien pueden aportar hechos a veces trascendentes para el desarrollo psiquiátrico, no dejan de ser posturas rígidas frecuentemente alejadas de la realidad clínica que está ahí, y en la que creemos debe basarse fundamentalmente la actuación del psiquiatra, aunque pueda parecernos que hoy estaría siendo desplazado el modelo médico en favor del psicológico en posturas "avanzadas" de la Psiquiatría actual. No podemos olvidar la primacía de la clínica, del "hombre-enfermo" con el que nos encontramos. "El hecho psíquico anómalo necesita de algo para convertirse en morboso: precisamente que se da en el hombre" (López Ibor).

Y es efectivamente la clínica el punto de arranque que ha llevado a muchos psiquiatras a intentar ir más allá de una u otra postura psiquiátrica, tratando de superar enfoques más o menos unilaterales y buscar un camino más "convergente" (Barahona Fernándes), "un camino hacia una Psiquiatría antropológica". como trata de hacer Cabaleiro: "La meta que venimos señalando, es el logro de una concepción de la Psiquiatría de signo integrador, dinámico y humano que calificamos de "antropológica", tomando como punto de arranque esa realidad incontestable que es la clínica psiquiátrica. Más para que dicha concepción sea factible y eficaz, exige el planteamiento y

estructuración de una dirección de la investigación psiquiátrica que se centre y base en el "hombre-anormal psíquico" y el "hombre-enfermo psíquico", ya que ambos, a la vez, constituyen el objeto y sujeto de la Psiquiatría. Pero considerándolos como hombres de "carne y hueso" —en el sentido unamuniano—, como hombres realmente vivientes y en recíproca dependencia con la realidad humana de su entorno, e inmersos en "su mundo" o "mundo social", donde conviven y se relacionan con los demás hombres. El hecho de que nuestro enfoque de la Psiquiatría se centre en el hombre-anormal psíquico" y el "hombre-enfermo psíquico", así concebidos, con todo lo que el "ser hombre" abarca y significa, consideremos que nos autoriza a afirmar que nuestra postura representa, cuando menos, un camino alentador hacia el logro de una Psiquiatría antropológica".

Retrocediendo en el tiempo vemos que la psicología primitiva (si así puede llamarse), estaba dominada por el "animismo", el "pan-psiquismo", ya que el alma, para los antiguos, es el "soplo vital", el principio de la vida y del pensamiento, y es Aristóteles quien nos brinda, en su "Tratado del Alma", una especie de concepción del hombre que ha de ser un punto de partida para posteriores estudios, aunque estos sirvan para romper con las formas aristotélicas de la explicación, tan próximas a las formas primitivas.

Para Aristóteles "el alma es la forma de un cuerpo natural que tiene la vida en potencia". El alma anima la materia de la que está constituido el cuerpo haciendo de esa materia un organismo vivo y que funciona hacia determinados

fines. Por ello habla de "álma vegetativa", para asegurar las funciones de la vida vegetal; de "álma sensitiva", que se añade en los animales a la anterior y que es manantial de sus específicas funciones biológicas. Finalmente habla de "álma racional", que junto a las dos anteriores es propia del hombre. Estas almas, entidades abstractas, están periclitadas, aunque ello no debe hacernos olvidar que el gran filósofo al ver en el alma no una sustancia totalmente aislada de la materia, sino una cierta forma del cuerpo vivo, pone el germen de la psicofisiología moderna.

Si la individualidad era ya desde Aristóteles unidad aparente, Descartes rompe con las formas aristotélicas y hace una disección de esa individualidad en dos "sustancias" autónomas. Para Descartes la individualidad estaría compuesta de cuerpo (materia): *res extensa*, y espíritu (alma): *res cogitans*. El mundo del alma entonces está separado del mundo de la materia y habría, para Descartes, dos sustancias distintas: el alma, único principio del pensamiento (el hombre por el hecho de pensar, de razonar, tiene un alma y el animal no la tiene) y la materia (que se reduce, según Descartes, al espacio geométrico, y los cambios que se producen en la misma serían como desplazamientos en el espacio). El alma y el cuerpo constituirían por tanto dos sustancias distintas, que requerirían también formas de explicación diferentes.

En el riquísimo pensamiento de Descartes (y no es este lugar para detenernos en el mismo), encuentran su origen las grandes corrientes posteriores de la Psicología: la psicología espiritualista, la psico-

gía del comportamiento, la teoría de los reflejos condicionados...

El dualismo cartesiano ha dejado como secuela la dicotomía somatología-psicología. Ha dividido el campo psiquiátrico en dos viejas posturas en apariencia irreconciliables. Por un lado la de los somatistas-mecanicistas, para quienes las enfermedades psíquicas serían fenómenos elementales o epifenómenos de alteraciones somáticas, serían de origen corporal, de "causalidad" somática. "El enfermo psíquico no era visto como un "hombre-enfermo" sino como un "objeto" científico al que había que clasificar y custodiar" (Alonso Fernández).

Por otro lado, la vertiente psicológica, científico-espiritual, para la cual las enfermedades psíquicas se consideran de naturaleza "psicógena", y partirían de una "motivación" desentendiéndose, al menos en principio, de la comprensión del "hombre-enfermo" que sería una especie de receptáculo de vivencias y fenómenos.

En estas circunstancias no debe extrañarnos que el psiquiatra no muestre demasiada inclinación por el hombre como problema, por el "hombre-enfermo" o anormal psíquico como tal hombre, inmerso en el mundo, en relación con él, sobre el que influye y por el que es influido. Su interés se proyecta hacia el organismo, hacia el soma o bien hacia la estructura psíquica haciendo del hombre un "objeto" de estudio, olvidando que debe ser a la vez también "sujeto" del mismo.

Esta situación, muy poco satisfactoria, pone en marcha una inquietud en el ámbito psiquiátrico y la Psiquiatría, como consecuencia de ello, comienza a converger

hacia una cierta "concepción común del hombre" (H. Ey) como necesidad de llegar a un tipo de síntesis que complementa y supera, si ello es posible, la insuficiencia de aquellos enfoques que adolecen de evidente parcialidad. Se trata de superar el dualismo cartesiano con una "visión más dinámica de las relaciones entre lo físico y lo moral" (H. Ey), con un enfoque más integrador hacia una visión del "hombre total", como dice el mismo autor.

En ello han tenido un importante papel el psicoanálisis de Freud y la valoración de los factores sociales y ambientales, que han hecho "desplazar el centro de gravedad de la Psiquiatría —Henry Ey— desde la "Psiquiatría pesada" (formas clásicas de alienación) a la "Psiquiatría ligera" (reacciones neuróticas). "Pero, en realidad —continúa diciendo el mismo autor—, oscila entre las dos tendencias, que le llevan, por un lado a considerar más la enfermedad que al enfermo o, por otro, a interesarse más por el enfermo que por la enfermedad. Titubea, puesto que por una parte el psiquiatra no puede ser tan optimista como para considerar al enfermo mental tan solo como reaccionando a una situación social que es suficiente con reajustar, ni tampoco tan pesimista como para considerar la enfermedad mental como una deformación rígida y, por así decir, física del "psiquismo".

Sin embargo, la contradicción sigue existiendo, ya que si la aparición de la dirección sociopsiquiátrica abrió un camino a una dimensión social del hombre tan importante como olvidada, pronto surgieron extremismos que ven en la enfermedad una especie de produc-

to artificial socio-cultural, llevando a algunos psiquiatras anglosajones a la disolución del concepto de enfermedad mental.

Por ello, la Psiquiatría moderna, si bien se debate aún en la contradicción dualista de que hablamos, tiende a superarla buscando unas vías de desarrollo que puedan compaginar o, mejor, discurrir entre ambas posturas, siempre dogmáticas y en ocasiones insólitamente ingenuas, con un enfoque integrador, unitario y holista.

La búsqueda y elaboración de este enfoque integrador y antropológico de la Psiquiatría, ha constituido para Cabaleiro el "primum movens" de su tarea psiquiátrica en los últimos años. Y esta tarea la emprende, él mismo lo dice, "con el acicate y apoyo argumental de cuatro consideraciones fundamentales".

- "Concepción unitaria" del hombre.
- Artificiosidad de los conceptos de anormalidad y enfermedad psíquica.
- Construcción "heterológica" de la Psiquiatría.
- Insuficiencia y unilateralidad de las direcciones y orientaciones de la investigación psiquiátrica.

"Estamos convencidos —dice Cabaleiro— de la necesidad inexcusable de partir de una "concepción unitaria" del hombre para nuestro pretendido enfoque antropológico de la Psiquiatría". Aquí se plantea ineludiblemente el viejo problema metafísico "cuerpo-alma", "soma-psique". Y fue la "concepción unitaria estructural" de Zubiri la que pareció a Cabaleiro "más idónea, e incluso, como la de mayor solidez científica".

El hombre es considerado por Zubiri como una "unidad estructural" de cuerpo y alma, de soma y psique. El filósofo español dice: "no es que el alma actúe sobre el cuerpo o recíprocamente, sino que de un modo primario, el alma solo es alma por su corporeidad y el cuerpo solo es cuerpo por su animicidad". "El hombre es una sola unidad estructural cuya esencia es corporeidad anímica". "El alma es pues estructuralmente "corporea" y el cuerpo estructuralmente "ánimico". Por ello la conclusión de Zubiri: "en el hombre todo lo biológico es mental y todo lo mental es biológico".

Los criterios de "norma" que se utilizan para determinar la "normalidad psíquica" y consecuentemente el de anormalidad, resultan en general imprecisos, y es necesario por tanto tratar de tener unos conceptos aceptablemente claros sobre ello.

Considera Cabaleiro que "solo un criterio en cierto modo "integrador" de la "norma del término medio" o estadístico y la "norma del valor" puede servir para dilucidar acertadamente lo que habremos de considerar como "normalidad" y "anormalidad psíquica", a condición de que se use con la mayor objetividad posible la "norma del valor", y siempre con el fin de confirmar lo obtenido mediante la previa utilización de la "norma del término medio", aplicada siempre de un modo "personal" pero nunca con carácter "genérico". Esta aplicación "personal" y no "genérica" implica una valoración global de la personalidad del hombre, con toda su historia biográfica y en relación con los demás hombres, con la sociedad.

Decíamos al principio que las

direcciones de la construcción de la Psiquiatría eran heterológicas, y que ello podía entrañar el peligro de un caos si no se hace una selección y ordenación de ellas en su aplicación al estudio del "hombre-enfermo" psíquico, si no las orientamos con un sentido integrador.

Las diversas direcciones en la Psiquiatría actual pueden englobarse en tres fundamentales: Psicológica, Somatobiológica y Sociológica. Cada una de ellas enfoca de manera unilateral la problemática del "hombre-enfermo" psíquico, insuficiente por tanto para un enfoque auténticamente antropológico psiquiátrico. También las diversas orientaciones metodológicas que se incluyen dentro de cada una de estas direcciones, demuestran la limitación de las mismas.

La integración y ordenación de todo ello es la tarea a emprender en el campo de la Psiquiatría para que esta rinda sus frutos. Y es en este sentido unitario, integrador, dinámico, en el que busca Cabaleiro el enfoque antropológico de la misma. En esa búsqueda y concepción antropológica han tenido especial influencia —el mismo lo señala— el profesor Pérez Villamil con sus criterios "abiertos" y totalistas; el profesor Lain Entralgo con las ideas antropológicas que encierra su Medicina "hominizada"; el punto de vista convergente de Barahona Fernández; la concepción "órgano-dinámica" de Henry Ey; la visión antropológica de Rof Carballo en sus conceptos psicósomáticos, y las concepciones antropológicas de Xavier Zubiri, al que ya hemos hecho referencia.

Junto a estas "fuentes", hemos

de situar también a los propios enfermos que "han sido para nosotros —dice Cabaleiro— unos maestros de excepción y los mejores "Tratados de Psiquiatría" que hemos manejado".

En efecto, creemos que la clínica, el contacto directo con el paciente, es lo que ha ido forzando el cambio hacia una psiquiatría más integradora, más unitaria y holista, ya que es la clínica la que pone al descubierto, cuando el psiquiatra se acerca al enfermo con "espíritu abierto", la insuficiencia y unilateralidad de muchos enfoques que si bien al ser aplicados en la práctica pueden llevar a la elaboración de magníficos estudios y conclusiones, que parecen estar en posesión de la verdad auténtica, ellos no son, en fin de cuentas, la mayoría de las veces, más que la expresión de las idas y conclusiones que ya existían previamente en la mente del psiquiatra aferrado a su dogmatismo doctrinal.

Todos hemos podido comprobar la relación directa que existe entre el como el enfermo se siente comprendido por el médico y el resultado terapéutico.

A propósito del título de este trabajo hagamos algunas breves consideraciones.

Cuando la Psiquiatría comienza a intentar sacudirse el yugo de la concepción dualista Somatología-Psicología en cuyo intento jugó importante papel, ya lo hemos dicho, el Psicoanálisis, aparecen los trabajos de Binswanger basados en las concepciones fenomenológicas de Husserl primero y en la concepción de Heidegger después sobre la realidad humana: "el hombre es un surgimiento del mundo", un surgir en el mundo, un

Dasein (ser-ahí), la existencia como ser-en-el-mundo.

A Binswanger se debe la definición del análisis existencial como método de análisis y comprensión de la enfermedad, y plantea la necesidad de que el psiquiatra actúe en la clínica como hombre. Renueva el concepto de Psiquiatría: no se trata ya de hacerse una idea de la enfermedad a través del interrogatorio o de una serie de conceptos explicativos que permitan desembocar en un diagnóstico "tranquilizador para el médico", sino que se trata de penetrar en el Universo especial del enfermo para, así, seguir y reconstruir su experiencia fenoménica tal como se expone en la historia de la vida del individuo, no como mera biografía, sino como sentido de ser. La existencia del hombre sano o enfermo descansa, para Binswanger, en todo momento y lugar sobre la misma estructura ontológica fundamental del estar-en-el-mundo, "por tener nuestro mundo y el mundo del enfermo psíquico la misma estructura fundamental, podemos ver al enfermo psíquico como un hombre y llegar a comprenderlo".

Las concepciones de Binswanger son, evidentemente, de un gran interés heurístico y tienen un valor terapéutico y un contenido empírico que acreditan su importancia, aportando a la Psiquiatría la exigencia, por parte del psiquiatra, de una actitud especial o "modo de experiencia", ya que solo con una actitud antropológica podremos comprender, al acercarnos al enfermo, el mundo existencial del mismo. Sin embargo, esta Psiquiatría antropológica no ha podido alcanzar la meta que Binswanger se proponía:

la integración unitaria del saber psiquiátrico. La Psiquiatría hoy, con todo lo que han supuesto para ella las concesiones binswangerianas, sigue siendo algo más que antropología existencial.

Creemos que la Psiquiatría que se propugna como antropológica debería ser algo más que la aplicación a la Psiquiatría de siempre de los llamadas "filosofías de la existencia".

Si el enfoque antropológico de la Psiquiatría no fuera algo más que la simple aplicación a la misma, y somos reiterativos, de la antropología, podríamos describir las palabras de S. Balanescu, de Rumanía, al VI Congreso Mundial de Psiquiatría de Honolulu (1977): "Hoy por hoy no tenemos una noción plenamente satisfactoria de la anomalía psíquica. La mayoría de los que consideran a la psiquiatría como una rama de la medicina estiman que la diferencia podría subsanarse en un futuro hipotético, puesto que el hecho psicopatológico no es más que la consecuencia de una enfermedad psíquica... Pero otros no ven este hecho psicopatológico como una desviación de la norma, sino como algo potencial, susceptible de agudización en ciertas circunstancias vitales. Puesto que las concepciones de la Psiquiatría son incapaces de conciliar ambas interpretaciones, se enfrenten entre sí y se anulan reciprocamente. En realidad el dilema tiene una raíz más profunda, porque su origen debe buscarse en la procedencia antropológica de la psiquiatría. Si la antropología solo considera al ser como realidad viviente, el pensar sobre el ser queda condenado a un callejón sin salida

metafísico, por lo cual debe fracasar toda tentativa de la psiquiatría para arraigarse en la antropología".

Creemos que una verdadera psiquiatría antropológica debe tener una mayor ambición. Debería ser —y tomamos las palabras de Cabaleiro— "una Psiquiatría unitaria, integradora, dinámica, "explicativa-comprensiva", realista y humana: una auténtica "Psiquiatría del hombre", o, para ser más exactos, del "hombre anormal psíquico" y del "hombre-enfermo psíquico", considerados como casos concretos, particulares y, sobre todo, "personales", ya que estamos ante un ser, que aunque anormal o enfermo psíquico, es esencialmente un hombre" con todo lo que ello supone de biológico, psicológico, sociofamiliar, cultural e histórico-vital.

Es esta una visión de la Psiquiatría en la que hay lugar para acoger todas las direcciones de la investigación psiquiátrica, con sus orientaciones y metodologías y cuantas otras, no importa de donde vengan, que puedan aportar algo a esta Psiquiatría, dentro de un estudio aplicativo, con una selección y ordenación previas, partiendo de la realidad de la clínica. Por ello, el punto de arranque de esta Psiquiatría debe estar, obviamente, en la elaboración de una detallada historia clínica biográfica-patográfica, siendo inexcusable una exploración clínica psicopatológica y corporal, con la investigación y valoración de los factores sociales y poder llegar a un diagnóstico "personal".

Creemos que la meta de esta Psiquiatría —como dice Cabaleiro— "es ambiciosa y su logro encierra un largo y difícil camino.

“Para iniciarlo con éxito, hay que impregnarse bien — y esto, en nuestra opinión, es lo exigitivo e ineludible — de un profundo sentido “antropológico” en la clínica y en la investigación”. Ello significa tener presente que, aunque anormal o enfermo psíquico con lo que ello conlleva, estamos ante un hombre que “siente, piensa y quiere; que se halla envuelto en su “circunstancia” en todo momento”, con una historia vital y existencial a sus espaldas y una proyección vital cara al futuro.

Este enfoque antropológico puede ser por lo amplio, inabarcable?

¿Será mas una postura, una actitud, que una futura tesis científica?

La construcción de esta Psiquiatría Antropológica es, en general, empírica. Su material proviene de una historia clínica biográfica - patográfica y de una relación médico - enfermo profunda (“encuentro” en el sentido de Martín Buber), con un análisis fenomenológico que transforma el material recogido en “datos empíricos esenciales y estructuras básicas” (Alonso Fernández). Tiene por tanto una realidad clínica.

A esta Psiquiatría Antropológica no puede discutirsele, creo, un gran valor y eficacia terapéutica.

En cuanto a la construcción de un sistema lógico unitario y coherente con todo lo que ello significa: aporte de una propedéutica propiamente antropológica y un sistema categorial y estructural que tenga validez universal, además de la integración totalista unitaria de las direcciones heterológicas de la Psiquiatría, es don-

de ella aun no ha conseguido su objetivo

No obstante creemos que el poseer una realidad clínica y un evidente valor terapéutico, aunque no haya logrado aún integrar un sistema lógico unitario, no invalida el intento. “El plantear los fundamentos de este enfoque antropológico de la Psiquiatría e iniciar su camino”, como dice Cabaleiro, lo justifica sobradamente.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

ALONSO FERNANDEZ.—Fundamentos de la Psiquiatría Actual. Tomo I. Psiquiatría General. 2.ª edición. Editorial Paz Montalvo. Madrid 1972.

BARAHONA FERNANDEZ.—La Psiquiatría en el cuadro de las ciencias. Revista de Psicopatología, Psicología y Psicoterapia. Núm. 1.—Perú, 1963.

CABALEIRO GOAS.—Temas Psiquiátricos. Tomo I. Cuestiones generales y direcciones de investigación. Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1959.

CABALEIRO GOAS.—“El camino hacia una Psiquiatría Antropológica. Discurso en la Academia de Medicina y Cirugía de Galicia. La Coruña. Enero 1973.

ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA Bajo la dirección de Denis Huisman. Ed. Plaza y Janés. 1978.

EY, HENRI.—Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray-Mason. 2.ª Edición.

LOPEZ IBOR.—Los problemas de las enfermedades mentales. Ed. Labor. Barcelona-Madrid. 1949.

PEREZ VILLAMIL.—Psiquiatría. Psicopatología general.—Ed. Compostela. Santiago. 1940.

ROF CARBALLO.—Cerebro interno y mundo emocional.—Ed. Labor. Barcelona. 1952.

ROF CARBALLO.—Patología psicósomática.—3.ª Edición. Paz Montalvo Madrid. 1955.

ZUBIRI, X.—Sobre la esencia. Sociedad

de estudios y publicaciones. 3.ª Edición Madrid. 1963.

ZUBIRI, X.—“El hombre como realidad personal”. Revista de Occidente, núm. 1.—2.ª Epoca. 1963.

ZUBIRI, X.—Citas de Cabaleiro Goás tomadas de Rof. Carballo.

METODOLOGIA PSIQUIATRICA

A propósito de un libro póstumo e inédito del profesor Cabaleiro Goás.

*Por D. Leopoldo de Castro Sánchez (Médico jefe de Servicio Departamento)
y Da. Purificación Sevilla Formariz (Médico Ayudante)
del Sanatorio Psiquiátrico "Dr. Cabaleiro" (AISNA) Toén (Orense)*

Datada en Río de Janeiro el 26 de Mayo de 1973, una carta personal de Cabaleiro Goás, conserva aún todo el entusiasmo que el excepcional MAESTRO vertiera en las 18 lecciones pronunciadas sobre **METODOLOGIA PSIQUIATRICA**, por invitación expresa del Profesor Leme Lopes, Director de la Cátedra de Psiquiatría en la Universidad brasileña. Sin duda, en esta singular motivación epistolar reside la clave afectiva del esbozo teórico que nos planteamos ahora mismo como tema de estudio y, sobre todo, de meditación.

La proyección de Cabaleiro Goás en la América iberoparlante, culminada por la estancia de 1973, es subrayada por Sarró Burbano (36), afirmando su importancia en cuanto que guía una legión de seguidores, así como resulta ser el autor más leído y admirado de cuantos tratadistas psicopatólogos han publicado su pensamiento en aquellas tierras hermanas.

No nos podemos substraer a la tentación de transcribir literalmen-

te el programa del Curso sobre Metodología Psiquiátrica que impartió el Profesor Cabaleiro en aquella primavera de 1973:

"Introducción justificativa y puntualizadora.—Lecc. 1.º — Algunas generalidades sobre la investigación psiquiátrica y su metodología.—Lecc. 2.º — Los grandes problemas planteados a la investigación psiquiátrica de hoy.—El indeterminismo causal y motivacional en Psiquiatría.—Algunos de los principales obstáculos generales que se presentan en la investigación psiquiátrica. Lecc. 3.º — El Planteamiento general de la investigación psiquiátrica de hoy. La incierta valoración de los datos obtenidos por cualquiera de los métodos utilizados.—Rechazo de las especulaciones carentes de firme base científica; un ejemplo actual: los puntos de vista sobre las esquizofrenias mantenidos por la "antipsiquiatría".—La actitud del investigador en Psiquiatría y sus cualidades para esta clase de investigaciones.—Lecc. 4.º — El método fenomenológico psicopatológico y otros derivados de éste en Psiquiatría.—Lecc. 5.º — Los métodos de orientación psicoanalítico en el momento actual.—Lecc. 6.º — El

método reflexológico y neorreflexológico en Psiquiatría.—Lecc. 7.º — El método de la orientación conductista en la investigación psiquiátrica. Lecc. 8.º — Los métodos psicológico-clínicos de la investigación psiquiátrica.—Lecc. 9.º — Los métodos bioquímico y neurobioquímico cerebral en Psiquiatría.—Lecc. 10.º — Los métodos neurofisiológicos, neurofisiopatológicos y neuropatológicos cerebrales de la investigación psiquiátrica.—Lecc. 11.º Los métodos psiquiátrico-experimentales. Lecc. 12.º — Los métodos de la investigación psicofarmacológica.—Lecc. 13.º — Los métodos histopatológicos en la investigación psiquiátrica.—Lecc. 14.º — Los métodos sociológicos, psiquiátrico-sociales y socioculturales en Psiquiatría.—Lecc. 16.º La clínica psiquiátrica y su "objetivo".—La "crisis" de la nosología psiquiátrica.—La historia clínica biográfica-patográfica con un criterio "sistemático".—La entrevista psiquiátrica y la exploración psicopatológica.—La encuesta clínica sociopsiquiátrica y la exploración psicopatológica.—La encuesta clínica socio-psiquiátrica.—Lecc. 17.º — Los métodos de exploración somática.—La valoración de los datos obtenidos.—Lecc. 18.º — Enfoque integrador en la investigación y en la clínica psiquiátrica que conduzca a una psiquiatría "antropológica". Apéndice.—La formación profesional del psiquiatra de hoy.—Bibliografía".

Es de observar la orientación indagatoria, de investigación, de todos los capítulos, así como el espíritu magistral que animaba la exposición generalista del temario, constantemente en torno al genitivo psiquiátrico, para resaltar que si bien los "modus faciendi" eran prestados, heterólogos, inadecuados e impropios, el cauce era en todo caso genuino, vertido en el encuentro concurrente entre el paciente y el terapeuta. Esta concurrencia o "concurso", desglosado por Martín Buber (9) como discurso sobre el "encuentro", es lo que

nosotros en este momento queremos hacer constar como método propio de la Psiquiatría, entendida como ANTROPOTERAPIA desde los más remotos tiempos y que otras ciencias, técnicas y aplicaciones teórico-prácticas han tomado para sí, de tal manera que flaco servicio haríamos si se acusara a la Psiquiatría de incautarse de metodologías ajenas, sin denunciar esta otra apropiación que se silencia, acaso por no acertar en el perfil auténtico de lo que ha venido siendo, es y debe ser la Psiquiatría. Esta confrontación de subjetividades evidentes constituye para nosotros, discípulos de Cabaleiro Goás, la honda raigambre embriionaria de la metodología psiquiátrica, por más que haya que matizar en un futuro las bases experimentales informativas y verificables que la configuran, dejando al mismo tiempo una suficiente apertura para las interpretaciones de otra índole, ya que no son admisibles los empirismos ni las categorías que se cierran en círculos consumados.

También es preciso hacer notar el "laxum" de la estimación programática en Cabaleiro Goás, hasta el punto de gravitar densamente sobre la tarea imponderable y obligarnos a confesar con toda humildad que cualquier pretensión de profundizar por nuestra parte resultaría risible, y en este sentido hay que dejar muy claro que la labor disciplinaria está por desarrollarse y que el esfuerzo presente tiene tan solo el carácter de una invitación a la voluntad colectiva. Un excesivo solidismo, en la aplicación metódica estricta, nos conduciría a singularizaciones tecnológicas y pragmáticas que estamos muy lejos de considerar como realizaciones posibles en el presen-

te. Tampoco debemos quedarnos en la simplicidad de un enunciado, ni en posturas meramente eclécticas, que pecarían, entre otras cosas, de prematuridad.

Cabaleiro Goás (12) ha iluminado el camino hacia una Psiquiatría Antropológica, abierta, holista, unitaria, dinámica, ponderada, flexible e integradora, que asienta en las ideas mantenidas por Xavier Zubiri (41) y coincide considerablemente con los puntos de vista convergente de Barahona Fernández (4), de urdimbre psicofísica de Rof Carballo (33), totalista de Pérez Villamil (4), organodinámico de Henri Ey (20) y hominizante de Lain Entralgo (12).

Con respecto a la Lección 2.ª, nos parece que más que de problemas y obstáculos, habría que hablar desenfadadamente de impedimentos actuales para establecer una metodología psiquiátrica universalmente reconocida y aceptada, y las principales dificultades a salvar previamente, estarían representadas por la discontinuidad de los MODELOS, la impracticabilidad de objetivación del sujeto por medio del sujeto, la carencia de mensuración cuantificable y la confusión de lenguaje y terminología, según se desprende del análisis realizado por J. L. Tizón (38) y Castilla del Pino (13).

Los métodos de la Psiquiatría están sugeridos en la obra de Cabaleiro Goás por el objetivo único de intencionalidad y tendencia de acercamiento comprensivo y terapéutico al hombre concreto que padece anormalidad y/o enfermedad, ya en un contexto reducido o bien en una generalidad categórica y universalizada, planetaria y transhistórica, no desdeñando ningún aspecto de conciencia, de simbolismo, ni de conducta. Simulta-

neamente, y siempre en torno al axis tácito de lo que denominamos concurrencia empírica y clínica Cabaleiro Goás (12) presentiza en esquema las cuatro grandes crisis históricas que dificultan los intentos de metodización y que todavía se hallan en pleno vigor, a saber

I.—CRISIS TAXONOMICA (Kraepelin, Kleist, Krestchmer OMS, INSERM...).

II.—CRISIS DE DESCENTRAMIENTO DEL CONSCIENTE (Freud, Jung, Lacan...).

III.—CRISIS BIOTERAPIA (Cerletti, Bini, V. Meduna, Delay Deniker...).

IV.—CRISIS SOCIOPOLITICA (Bastide, Marcuse, Merton, Laing Basaglia...).

El corolario superestructural de estas crisis viene a ser la inmensa crítica dialéctica de la CULTURA actual, incomparable e imprevisible. Al lado de Einstein, Marx, Nietzsche, Hegel y Darwin, es absolutamente preciso situar a Freud y la cultura anti-institucional, siendo ya inseparable la cultura de la ideología establecida tradicionalmente y la contracultura.

Ahora bien, si la crisis actual de la Ciencia y de las Ideologías nos impidiera encontrar como aproximarnos a las realidades biológicas, psíquicas, sociales y culturales del "campus" psiquiátrico, para que se revelen luminosamente en abstracto y/o en concreto, más nos valiera entonces negar toda crítica, ya fuese de razón pura, práctica, lógica, dialéctica o epistémica, y así evitar los obstáculos que enmascaran las posibles configuraciones, en apariencia de manifestaciones múltiples y dispares, de la verdad que se encierre en el quehacer psiquiátrico. Por el contrario, la crítica es parte rigurosa de la andadura y se hace completamente necesario el asumirla,

aun con el riesgo de que se tambaleen nuestras más hondas creencias ordenadoras y edificantes, pero también ávidas de revisiones criteriosas cuasi permanentes.

Puras consideraciones teoréticas y pesquisas que se entretengan solamente en lo especulativo no pasarán de ser devaneos, diletantismos y racionalizaciones escapistas de la confrontación pragmatista, tan temida por psicofobia como repudiada por prejuizgarla estéril. El peligro de la literaturización de la Ciencia, así como el de la cientificidad de las Letras, ambos tan caros riesgos de la Psiquiatría, se ven en parte compensados por el aserto de Conrad (14) a propósito de la obligatoriedad de la poesía, acaso la suprema forma de lenguaje, vehículo significativo de significados más o menos herméticos en su contenido intrínseco, en todo caso algo más que simplemente eficaces, utilizadores y rutinarios.

La gran controversia de la Psiquiatría parece centrarse alrededor y en referencia predilecta a lo "pático", pues aún cuando lo afectivo sea lo efectivo, según señaló Eugen Bleuler (2) con acierto, difícilmente el mundo tímico podrá pasar el matiz rigorista de la Ciencia, de tal modo que se tendrá que esperar largamente en el umbral catecúmeno, con el anhelo proyectado de llegar a ser Ciencia algún día, y con la conformidad del etiquetado rango inferior de "preciencia" o de "protociencia", no poco infatuada en un "desideratum superscientiae", capaz de ensoberdecir hasta el máximo las más altas esferas del saber humano. En la práctica, la Psiquiatría aparenta ser mucho más que un arte, y a pesar de los procesos desacralizadores, se divulga como el poema inexplicable del en-

cuentro humano, esto sí, con sus propias leyes morfológicas, gramaticales, sintácticas y semánticas, no lo bastante explícitas, pero ya germinadas en diseño fundamental, del que incluso se espera pueda nacer una Nueva Ciencia.

El Psiquiatra ha de decidirse entre multitud de opciones metodológicas generalistas, sub o superespecializadas, amén de un amplísimo abanico de doctrinas y escuelas, cada una propugnando sus propios métodos estadísticos, formales, dinámicos, fenoménicos, estructurales, biológicos, lingüísticos, psicológicos, factoriales, empíricos, descriptivos, psicofarmacológicos, organicistas, estocásticos, sociales, comprensivos psicoanalíticos, somáticos, existenciales, clínicos, experimentales, explicativos, morales, constructivistas, informáticos, elementalistas, neurofisiológicos, categoriales, conductistas, reactivos, corticoviscerales, asociacionistas, biográficos, comunicacionales, genéticos, reflexológicos, culturales y hasta "piadosos", para que nada falte y haya menos elusiones que alusiones.

En rápida desmitificación, los métodos escolásticos unilaterales que se han propuesto como idóneos para la Psiquiatría, se han demostrado obviamente indefensos. Las técnicas psicoanalíticas, en primer término, con toda la fascinación de sus postulados didácticos, adolecen de excesiva ilustración tautológica, de tal modo que al final se acaba por decir aquello que se provoca artificiosamente, y el explorador del inconsciente, en frase de Sarro Burbano (35) analiza la idea que él mismo forja acerca del inconsciente. En cuanto al método analítico de Binswanger (8), y todos cuantos otros métodos han sido pretenciosamente ensalzados como únicos y autónomos, habrá

que decir con Tellembach (2) que se apoyan en concepciones sobrevaloradas, y por otro lado incurren en el defecto necesario de instrumentalizar la descripción, es decir, epifenomenizan las manifestaciones, rizando los rizos en inverosímiles piruetas intelectuales.

En anteriores publicaciones a las que seguimos siendo fieles (16, 17) ya se señalaban las líneas directrices de una metodología biopsicosociocultural. Al tratar de las posibilidades isomórficas que existen entre niveles conceptuales y prácticos de los diversos aspectos biológicos, psíquicos, sociales y culturales, no se habrá de operar mediante transducciones y reduccionismos, si no fundamentalmente buscando modelos abstractos de interacción en pos de leyes y formulaciones lógico - matemáticas, aplicables en cada momento y en relación con unas determinadas condiciones de contexto. Resulta conveniente y aconsejable partir del supuesto básico de la simbolización para cualquier expresión patológica, en el sentido de que las manifestaciones verbales, gestuales, comportamentales y viscerales del individuo y del grupo humano puedan desvelar un contenido o significado, continuamente referidos a polaridades extremas, ya sea con el amor y la agresión o con la vida y la muerte (EROS/TANATOS), bien de un modo aparentemente espontáneo o intencionalmente provocado, por más que el esquema no pueda simplificarse demasiado, puesto que todas las cuestiones antropológicas tienden a ser complejas e interrelacionadas.

Lo "psíquico", lo "simbólico" y lo "comprensible", se estiman categorías esenciales y nudos de primer orden para poder adentrarnos en la metodología psiquiátrica. El

objeto homólogo de la Psiquiatría tanto entendiéndolo como meta objetivo o como cuestión primordial, es lo "psíquico", es decir lo vivido, impreso y expreso por el sujeto individual, presumiblemente capaz de percibir, pensar, reconocer, desear, temer y de someterse a elección antes de decidir, ya fuese garante, instintiva y pulsionalmente, o después de una reflexión de liberadora, más o menos tardía.

Sin embargo, lo "psíquico" no ha de considerarse forzosamente individualizado, y el sujeto ego céntrico de lo "psíquico", debe emerger hacia el sujeto epistémico, esto es contrastado en la comunicación nostral, para su crítica, rechazo o aceptación. En cualquier caso, una correcta metodología psiquiátrica, cursará a expensas de un descentramiento personal, de forma que se facilite la coordinación de acciones científicas, midiendo, calculando y obteniendo deducciones que puedan asimismo comprobarse por otros experimentadores y terapeutas, con el decidido propósito de convertir lo evidente en datos verificables, nuevas hipótesis y nuevos problemas.

El psiquiatra de hoy, se ve impedido hacia dos corrientes dispares en la aplicabilidad de sus conocimientos. Por una parte, el conductismo y el neoconductismo, que prescinden de la conciencia y de la comprensión, y en el lado opuesto por la necesidad de un intento de "comprensión", alumbrada y proclamada por Dilthey (19), la cual implica una metodología diferente, que permita la posibilidad de revivir desde la interior subjetividad al elemento irreductible del sujeto con el que se realiza el "encuentro-concurrente", a partir de descentramientos personales hacia categorías construidas en órdenes superiores al "sí-mismo".

Más que ninguna otra actividad intelectual, la Psiquiatría del presente se subsume en una ideologización sistemática para poder abordar su propio objeto de conocimiento científico, servidumbre que impide notablemente su verdadero desarrollo como Ciencia, al mismo tiempo que potencia su cualidad de sugestión colectiva, cuasi mágica, aludiendo constantemente a "métodos" y "descubrimientos" que distan considerablemente de ser propiamente válidos, pero que sí que pueden ser inmediatamente eficaces y utilitarios, más o menos objetiva o inobjetivamente.

Con prelación a la cadena de enunciados y enumeraciones, el psiquiatra tendría que llevar a cabo una captación directa de los datos biológicos, psicológicos, sociológicos y mitológicos (culturales), en un orden cualitativo y en cantidad respetable, cuando no abrumadora, con primigenio atisbo antirreduccionista, para luego proceder a una ordenación de significaciones coherentes y lo bastante "significantes" por su propia precisión terminológica. Se hace plenamente necesario un léxico adecuado, un lenguaje científico y un sistema de anotación comunicable, sin distorsiones.

La captación de datos puede ser planificada de antemano o espontánea. Cuentan (32) que Darwin, acostumbraba a apuntar todas las observaciones que iban en contra de sus propias ideas, pues las confirmatorias no solían olvidársele, y que Walter Alvarez sostenía que siempre era útil al clínico el ir provisto de un pequeño libro de notas, con la finalidad de recopilar apuntes y más tarde elaborarlos con orden y sentido de la investigación. Desde estos primeros pasos, hasta los voluminosos protocolos de escalas y variables, se ex-

tiende un dilatado espectro de probabilidades.

La presencia del prefijo "psi" implica a la Psicología, a la Psicopatología y a la Psiquiatría en la búsqueda de un nuevo algoritmo, que sea via final común y máximo común divisor en los quehaceres y saberes diversificados. Métodos psicodiagnósticos, psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, son utilizados como tecnologías de adaptación forzada y casi nunca como vías hacia el conocimiento interdisciplinario, siendo para esto indispensable una investigación de base, regida por articulados científicos que se acerquen a los modelos de exactitud y verificabilidad, cuales son los físicos y matemáticos. Las proposiciones de Levi-Strauss (25) en el terreno de la antropología familiar, y las de Piaget (29) en la epistemología generativa, se erigen en ejemplos seductores y muy valorables, pero también el contrapunto gongorino de J. Lacan (40), cuando se abisma en los lenguajes inconscientes, resulta no menos emulante y sugestivo.

Un viejo problema ético de la investigación psiquiátrica, viene representado por el par dialéctico "inducción/deducción". Las manifestaciones psicopatológicas pueden considerarse realmente como experimentaciones espontáneas de la propia naturaleza, y en sí mismas no cuestionan la ética de la investigación psíquica, ya que no son fruto de una inducción artificial y no derivan en responsabilidades subsidiarias por parte del indagador, que solo está presente en cuanto que observador, si bien no faltan quienes ven en la observación un condicionante que puede modificar los fenómenos.

Con pleno convencimiento, hemos de adherirnos a la afirmación

de Sarró Burbano (36) acerca de que en la metodología psiquiátrica aplicada se "observa" cada día menos y se "interpreta" cada día más, con el consiguiente incremento progresivo de la confusión entre los datos psicopatológicos y el discurso sobre éstos, pecado capital de todas las posturas doctrinales radicalizadas de la Psiquiatría Contemporánea, en la que ya va siendo imprescindible definirse ideológicamente y se hace imposible la neutralidad, viéndose hasta despectivamente las posiciones de centro moderado y móvil, siempre sospechosas de desplazamientos o de ingenuidad ecléctica, frente a preguntas irreconciliables.

Se retorna nuevamente al sempiterno dilema que impide ver el bosque desde la captación de la realidad individual o el árbol desde los textos socioculturales. De aquí se desprende nuestra propuesta de un modelo metodológico biopsicosociocultural, cimentado en el hecho de que el "encuentro" o "concurso" con los pacientes "psiquiatrizados", comporta unos aspectos y niveles operativos inter y multidisciplinares que son forzadamente al mismo tiempo biológicos, psíquicos, sociológicos y culturales, en variantes permutativas, según se consideren enumeradamente los planos de observación y de actuación.

Cuando se acomete el "encuentro concurrente" entre pacientes y terapeutas, con intención de asistencia constructiva y por medio de una metodología biopsicosociocultural, más o menos sistematizada ésta en la Historia Clínica o Patografía, se realiza en verdad una aproximación integral entre hombres, y entonces el acontecimiento cobra el valor de lo que hemos llamado "antropoterapia" que sería a nuestro entender el elemento

definitorio inmediato de la Psiquiatría, con el sobrentendimiento añadido de que el modelo médico psicoterápico, pudiera descentrarse y no ser obligadamente prevalente.

Una auténtica asistencia de hombre a hombre y dentro de grupos humanos, o sea una "antropoterapia", en el sentido de que el hombre se encuentre terapéuticamente con el hombre que sufre alteración biopsicosociocultural, con repercusión vivencial y de conducta significativa. Así entendemos el principio metodológico que no debe faltar nunca en el psiquiatra, quien por otra parte, debe acudir al recurso más oportuno, ya sea este biológico, psicológico, sociológico o cultural, sin olvidar ninguno de estos cuatro extremos delimitadores. Tampoco parece lícito borrar de la memoria vigilante, que si la Psicopatología se quedara en una inútil digresión culturalista, en cuanto que no se verificase en la práctica psiquiátrica, esta sería la más necia de las aplicaciones, más o menos metódicas, si no se partiera de sistematizaciones teóricas de la realidad, en periódico o permanente modelado.

Revisión y citas bibliográficas

- 1.—Ajuriaguerra, J. de.—"Aplicación clínica de la psicología genética".—páginas 273-277.—Ed. Proteo.—Buenos Aires, 1970.
- 2.—Alonso Fernández, F.—"Fundamentos de la Psiquiatría actual".—Tomo I, págs. 71-123.—Ed. Paz Montalvo.—Madrid, 1972.
- 4.—Barahona Fernández.—"La Psiquiatría en el cuadro de las ciencias".—Revista Psicopatol. Psicol. Psicoterapia. núm. 1.—Perú, 1963.

- 5.—Basaglia, F.—F. Basaglia Ongaro.—“La enfermedad y su doble” en *¿Psiquiatría o ideología de la locura?*. R. García.—Anagrama.—Barcelona, 1972.
- 6.—Bayés, R.—“Una introducción al método científico en psicología”.—Fontanella.—Barcelona, 1974.
- 7.—Bernard, C.—“Introducción al estudio de la medicina experimental”.—Ed. Librería El Ateneo.—Buenos Aires, 1959.
- 8.—Binswanger, L.—Ueber Ideenflucht. Zurich, 1933.
- 9.—Buber, M. Ich und Du.— Insel.—Leipzig, 1923.
- 10.—Bunge, M. “Teoría y realidad”.— Ed. Ariel.—Barcelona, 1972.
- 11.—Bunge M.— “La investigación científica”.—Ed“ Ariel.—Barcelona, 1969.
- 12.—Cabaleiro Goás, M.—“El camino hacia una Psiquiatría Antropológica. Ed. El Ideal Gallego. La Coruña, 1973.
- 13.—Castilla del Pino, C. “Introducción”, en *Presupuestos para la objetivación en psicología*, libro de la 1.ª Ponencia del XIV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría.—Asociación Española de de Neuropsiquiatría. Madrid, 1977.
- 14.—Conrad, K.—Gestaltanalyse und Daseinsanalytik.—Zugleich Bemerkung zum “Ploblem der abnormen Krise”. von C. Kulenhampff.—Nervenart, 30, 405-410.—1959.
- 15.—Chomsky, N.—“La responsabilidad de los intelectuales”.—Ed. Ariel.—Barcelona, 1971.
- 16.—De Castro Sánchez, L.—“Homenaje póstumo al Doctor Cabaleiro Goás”. *Informaciones Psiquiátricas* núm. 70, 1978.
- 17.—De Castro Sánchez, L.—“La asistencia psiquiátrica: una necesidad social” *“Noticias Médicas*, 3.I.74.
- 18.—De Castro Sánchez, L.— “Psicosis en un hipotiroideo”.—Rev. Médica de Galicia, Vol. XI, núm. 6. 1974.
- 19.—Dilthey, W.—“Psicología y teoría del conocimiento”.—Fondo de Cultura Económica.—México, 1945.
- 20.—Ey, H.—“Les theories psychiatriques”. Third Wold Congress of Psychiatry. Tomo I.— Montreal, 1961.
- 21.—Feyerabend, P. K.—“Contra el método”.—Ed. Ariel.—Barcelona, 1974.
- 22.—García, R.—“Ideología de la locura o locuras de la ideología”, en *¿Psiquiatría o ideología de la locura?* de F. Basaglia, F. Basaglia Ongaro y R. García.—Ed. Anagrama.—Barcelona, 1972.
- 23.—Kuhn, T. S.—“La estructura de las revoluciones científicas”.—F. C. E.—México, 1969.
- 24.—Lakatos, I.—“Metodologías rivales de la ciencia; Las construcciones racionales como guía de la Historia”, *Teorema* IV, 2, 199-215.—Valencia, 1974.
- 25.—Levi-Strauss, C.— “Anthropologie Structurale”.—Plon. París, 1958.
- 26.—Lewin, K.—Psychologie dynamique. Presses Universitaire de France. París, 1969.
- 27.—Maher, B.—“Introducción a la investigación en psicopatología”.—Taller Ed J. B.—Madrid, 1974.
- 28.—Marchais, P.—“Psychiatrie et Methodologie”.—Massón.—París, 1970.
- 29.—Piaget, J.—“Psicología de la inteligencia”.—Ed. Psique.—Buenos Aires 1970.
- 30.—Piaget, J.—“Introduction et varietes de l'epistemologie scientifique contemporaine”.—Logique et connaissance scientifique (J. Piaget, Ed.) Gallimard.—Dijon, 1969.
- 31.—Quintanilla, M. A.—“Sobre el concepto de ideología.—pág. 29-52.—Sistema, 7, 1974.
- 32.—Rodríguez Candela, J. L.— “La investigación en Medicina”.—Ed. Sever Cuesta.—Valladolid, 1955.
- 33.—Rof Carballo, J.—Biología y Psicoanálisis.—Desclée de Brower.—Bilbao, 1972.
- 34.—Sánchez, A.—“La ideología de la “neutralidad ideológica” en las ciencias sociales”.—Zona Abierta 7, págs. 67-83.—1976.
- 35.—Sarró Burbano, R.—“L'agonie de la psychanalyse”.—Evolution psych., 31, 423. 1966.
- 36.—Sarró Burbano, R.—“Etapas de la Psiquiatría Española desde el Renacimiento hasta los umbrales del siglo XX”.—Rev. Medicina e Historia.—Barcelona, 1978.
- 37.—Skinner, B. F.—“Ciencia y conducta humana”.—Ed. Fontanella.—Barcelona, 1970.
- 38.—Tizón, J. L.—“Introducción a la Epistemología de la psicopatología y la Psiquiatría”.—Ed. Ariel.—Barcelona, 1978.
- 39.—Turbayne, C. M.—“El mito de la metáfora”.—F. C. E.—México, 1974.
- 40.—Villamil, L. P. J.—“Manual de Psiquiatría. Psicopatología General”.—Ed. Compostela, 1942.
- 41.—Zubiri, Javier.—“El hombre como realidad personal”.—Revista de Occidente, núm. 1-II.—1963.

CONSIDERACIONES GENERALES

SOBRE LAS EPILEPSIAS

Servicio de Electroencefalografía de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social "Nuestra Señora del Cristal" de Orense

Luciano González Anido (1), María Mercedes Rebolledo Vázquez (1), José Luis Pérez Cid (2) y Miguel Rodrigo Atienza (3).

(1) Médico Adjunto

(2) Jefe de Servicio

(3) Médico Residente

Las epilepsias se pueden definir como un estado morbosos que persiste un período de tiempo más o menos largo y que se caracteriza por la intercurencia de fenómenos transitorios que se repiten sin una cronología determinada y una duración variable (de segundos a minutos), siendo su expresión clínica diversa, dependiendo de una gran constelación de acontecimientos que abarcan desde su etiología y localización lesiva, pasando por la personalidad del ser enfermo, casi siempre condicionado por estímulos procedentes del habitat en que se desenvuelve.

Cuando se plantea el tratamiento de una epilepsia, superados ya los primeros eslabones de diagnóstico etiológico y clasificación clínica, se observa que no es suficiente con la administración de la droga menos tóxica y estadísticamente más aconsejada, como orientación para el tratamiento de fondo y prevención de las crisis en el mal epiléptico, sino que al plantearse problemas de carácter psicopático sobreañadidos, no siempre motivados por la alteración funcional existentes, y

sí a un síndrome pseudopsicopático debido a experiencias psicotraumáticas que el saberse enfermo y el saberle enfermo puede conllevar, dando como resultado expresiones de carácter reactivo.

Al formar unidad, en el hombre enfermo, la disfunción cerebral que lo caracteriza y la constelación de factores que influyen en su línea vital, dan lugar al planteamiento de situaciones sociales, laborales y legales al margen de sus manifestaciones críticas, dando opción a que el reconocimiento de la necesidad de reinserción social de estos enfermos sea quizás tan preocupante como el propio control clínico de sus «ataques».

Desde su infancia, el epiléptico sufre con frecuencia los efectos de la subestimación o de la sobreprotección; la creencia de ser distintos a los demás va mellando su personalidad, creando actitudes que le inhiben en conductas sociales, presentándose conflictos intrapsíquicos ajenos a su constitucionalidad, o a su afectación adquirida (ya que aquí, en las epilepsias, lo exógeno y lo endógeno con-

fluyen, bien solos o unidos), dando lugar a la controvertida entidad clínica propuesta por Landouzi en 1848 bajo la designación de Histeroepilepsia.

Vemos cómo en el desarrollo psicobiológico del niño influyen una serie de condicionamientos (tipo de crisis, número de ellas, medicación, dinámica sociofamiliar... etc.) que van a marcar una serie de alteraciones, poniéndose de manifiesto por la conducta como expresión de un carácter alterado en cantidad y calidad, no pudiéndose hablar de una personalidad epiléptica específica, buscada insistentemente por Minkowska, Kretzmer y Mauz en sus estudios constitucionales.

Los ataques convulsivos prolongados pueden causar lesión cerebral anóxica, sobre todo en los estados de mal epilépticos, en los que el edema cerebral puede producir lesiones isquémicas locales, o lesiones cerebrales difusas isquémicas, aparte de las múltiples causas epileptógenas que de por sí ya pueden significar lesión cerebral de mayor o menor incidencia en las distintas capacidades del ser-enfermo, dependiendo tanto de su localización, agresividad, evolución... como de la edad de incidencia, para las epilepsias sintomáticas, pudiéndose hablar de encefalopatías, en el más estricto sentido orgánico, y de sus consecuencias.

En cuanto a la epilepsia primaria, sin causa orgánica evidente, parece ser que no producen lesiones que puedan atribuirse a la descarga epiléptica causal, aunque sí se admite que focos epileptógenos puedan propagarse por lesiones isquémicas, apareciendo la lesión donde antes se había negado.

Al considerar al epiléptico desde un punto de vista global, debiéndose

manejar tanto su situación social como biológica, el médico se ve en la necesidad de tener que valorar estos factores para efectuar una labor higienista, principalmente en el ámbito familiar y profesional, intentando romper toda clase de prejuicios que envuelven al «morbus sacer» para que el enfermo, si es posible, y si no los que le rodean, tomen conciencia clara de su padecimiento, de sus posibilidades y de sus limitaciones y, de esta forma, sus decisiones estén basadas en un juicio meditado.

El consejo genético, con valoración de las cargas hereditarias y estudio del árbol familiar, con práctica de E.E.G. a miembros de la familia y orientación profesional, serán los problemas que con mayor frecuencia se enfrentará el médico de cabecera o el especialista.

Desde el descubrimiento de los registros electroencefalográficos por Hans Berger en 1924 y la introducción en la clínica por Adrian y Mathew unos diez años después al confirmar la veracidad de los registros, los avances de la epileptología se han sucedido con el perfeccionamiento de los trazados poligráficos y telemétricos, disponiendo de esta forma el clínico de unos datos objetivos (descarga anormal excesiva, hipersincrónica y repetitiva de un grupo de neuronas) dados por la Neurofisiología y que barajados con las observaciones clínicas y los diferentes métodos exploratorios complementarios, puede determinar qué tipo de epilepsia se padece.

El diagnóstico de epilepsia y su clasificación, adquiere un importante valor en el niño, ya que como es sabido si algo lo caracteriza, es su evolución continua, tanto estructural (adquiriendo su máxima proporción en el primer año de vida, según Arcadi), como fisiológica, paralela a los fenó-

menos estructurales, y cuya maduración tiene lugar hasta la adolescencia.

Este proceso madurativo es fácil seguirlo con registros bioeléctricos, en los que se aprecian como característica electrogenética, además de la aceleración de los ritmos de fondo «la instauración de nuevas actividades y desplazamientos o limitaciones topográficas de actividades más primitivas» (J. Vila Badó).

En estas primeras etapas madurativas, la capacidad de respuesta convulsiva es paralela a una gran posibilidad de excitación y estímulos de diversos orígenes, principalmente metabólicos (déficit de calcio, glucosa, piridoxina, fiebre...), pueden desencadenar convulsiones aisladas que controladas y yuguladas no tienen porqué influir decisivamente en el futuro del niño, siendo su pronóstico muy diferente al de la entidad clínica que nos entretiene.

Lo mismo sucede con otros padecimientos de origen no comicial, y que a pesar de ser su expresión clínica no convulsiva se debe contar con ellos en el diagnóstico diferencial, ya que el estado de ansiedad que provocan en los que rodean al niño puede hacer que su descripción lleve a un juicio erróneo, así tenemos que los temblores por frío (a veces acompañados de fiebre), en el recién nacido, pueden semejar mioclonias, pero principalmente son tres las entidades clínicas a que nos referimos: los espasmos de sollozo, el vértigo paroxístico del niño y la coreoatetosis familiar paroxística.

La correlación que exista entre los registros neurofisiológicos y la expresión clínica que presenta el enfermo, nos va a facilitar datos suficientes para poder englobar el padecimiento dentro del grupo nosológico estudiado o dentro de los posibles diagnósticos diferenciales a cotejar.

Una vez hecho el diagnóstico correcto, es de considerar la actitud terapéutica (sin prescindir del tratamiento etiológico posible) a tomar en dos frentes distintos, unas medidas generales, en principio válidas en su conjunto para las epilepsias, y otras específicas donde la individualidad del enfermo va a mostrarse con sus peculiaridades y donde la elección del fármaco ha de ser minuciosa, ya que si una sustancia es beneficiosa para una forma, es perjudicial para otra. Con una indicación adecuada, 4 de 5 casos se controlan.

El objetivo del tratamiento sintomático ha de ser doble, la prevención de las crisis y la yugulación de éstas si se presentan, evitando el estado de mal (según Arcadi, cualquier convulsión que dure más de 30 minutos).

Normas generales

— Debe comenzarse con una explicación clara y concisa, procurando evitar todo dramatismo.

— Poner en antecedentes al enfermo sobre el riesgo de una eventual crisis, de no seguir con todo rigor las dosis terapéuticas aconsejadas.

— Informar de los efectos secundarios más importantes de la medicación que toma.

— Informarle de la conveniencia de una vida ordenada e higiénica, con un período de sueño de 8 horas, no siendo aconsejable el disminuirlo o aumentarlo, ya que esto puede facilitar la aparición de crisis (por ejemplo la epilepsia generalizada del despertar).

— Prohibición taxativa del consumo de alcohol.

— El café puede ser beneficioso ya que ayuda a mantener el estado de vigilia (una taza de café viene a equivaler a una dosis terapéutica de cafeína), y al epiléptico no suele causarle insomnio.

— Consejo laboral y del ocio, para evitar las situaciones de riesgo, como

la práctica de natación, submarinismo (facilitan grandes períodos de apnea), así como aquellas situaciones en que la pérdida de conciencia pueda acarrear grave riesgo (ceranía de fuego, estanques, alturas...).

— Procurar indicar los fármacos más inocuos y, aunque a veces es necesaria la asociación de dos o tres fármacos (no suele ser útil la unión de más por tener que administrar dosis subliminales), se debe instaurar el tratamiento con un fármaco base, estando actualmente la monoterapia aconsejada por diversos autores.

— Las tomas deben dividirse dependiendo de las propiedades farmacodinámicas de la sustancia administrada.

— La supresión del tratamiento o la sustitución de una droga por otra ha de ser gradual.

— La interrupción del tratamiento no se aconseja hasta pasados un mínimo de cuatro años sin crisis.

— Revisiones periódicas de controles hemáticos y E.E.G.

— Una crisis única no aconseja más tratamiento que un E.E.G. patológico sin clínica.

— Procurar que se realice una actividad lo más normal posible.

Tratamiento farmacológico

Barbitúricos:

Los utilizados son los de acción prolongada y entre ellos el más eficaz es el FENOBARBITAL, activo en la epilepsia generalizada y en la focal. Su absorción es lenta; la sal sódica es la de mejor absorción.

Los niveles séricos estables se alcanzan alrededor de los 15 días, siendo entre los 10 y 25 µg/ml. el dintel terapéutico. Los efectos secundarios aparecen al sobrepasar los 30 µg/ml. pudiendo presentar el coma después de los 65 µg/ml.

La dosis media a administrar es de 2 mg./kp. en el adulto. En el niño

debido a la mayor rapidez de absorción y a la vida media biológica más corta, se admite que las dosis por kp. deben ser mayores (3—4 mg./kp.).

Como efectos secundarios se pueden presentar, bradipsiquia (lo que dificulta el aprendizaje), diplopia y ataxia. Alteraciones hemáticas (deben vigilarse los trastornos de la coagulación en hijos de madres sometidas a tratamiento anticomicial, administrando si fuere necesario Vit. K en el parto), osteomalacias, hepatitis...

Las benzodiacepinas interfieren elevando los niveles séricos.

Su principal indicación es la epilepsia generalizada primaria tonico-clónica, la epilepsia generalizada secundaria tónico-clónica, crisis febriles y las convulsiones del neonato.

Primidona:

El 50% se transforma en Fenobarbital al metabolizarse en el hígado. La absorción más rápida es por vía digestiva.

Los niveles séricos y la vida media no tienen valor práctico en el tratamiento.

Debe evitarse su utilización en los niños.

Su indicación son las crisis generalizadas, las mioclonias masivas y las crisis parciales.

Hidantoinas:

La más importante es la Difenilhidantoina, poco soluble en agua y en jugo gástrico; se absorbe en el duodeno.

La dosificación es rigurosamente individual (alrededor de 3,5 mg./kp.).

Algunos fármacos como el Disulfiran, Ospolot, PAS, isoniácidas, prolongan su vida media plasmática.

Los antidepresivos tricíclicos, neurolépticos e inhibidores de la monoaminooxidasa, disminuyen el umbral convulsivo e interfieren los efectos de las hidantoinas. La carbamacepina disminuye los niveles plasmáticos.

Están indicadas en las crisis convulsivas generalizadas y las crisis parciales; por vía parenteral pueden administrarse en el estado de mal. Agravan la epilepsia generalizada no convulsiva.

Como efectos secundarios aparecen reacciones de hipersensibilidad, trastornos gástricos, hirsutismo, hipertrofia gingival, trastornos cerebelosos, polineuritis...

Se debe mantener la atención a la excreción de los barbitúricos y la DPH por la leche materna.

Carbamacepina:

Emparentada con los tricíclicos por contener el anillo de la imipramina.

Eficaz en la neuralgia del trigémino y actuando favorablemente en los trastornos de personalidad del epiléptico.

La dosificación es de 0,6 — 0,8 gr. por día fraccionada en tres tomas, estando indicada en las crisis parciales complejas.

Como efectos secundarios puede presentar leucopenia, trombocitopenias, ataxia, diplopia, vértigo... estando contraindicada en las afecciones hepato-renales. Atraviesa la barrera placentaria y puede presentar efecto teratogénico.

Puede actuar como activador del «petit mal».

La carbamacepina, las hidantoinas, la primidona, y el fenobarbital incrementan la biotransformación de los esteroides anticonceptivos, por lo que es necesario reajustar las dosis, para evitar embarazos imprevistos en las mujeres sometidas al mismo tiempo a terapia anticomicial.

Dionas (Trimetadiona y Parametadiona)

Son de eliminación lenta por el riñón y de absorción rápida por aparato digestivo.

Los efectos secundarios son importantes, sobre todo a nivel hemático, lo que exige controles periódicos continuados, habiéndose descrito un sín-

drome nefrótico (tal vez de origen inmunológico) y la aparición de síndrome miasténico. Manifestaciones cutáneas, sedación, hemeralopia...

Es necesario asociar fármacos protectores de las crisis tónico-clónicas generalizadas, por precipitarlas.

Se debe evitar la combinación con sustancias que provoquen los mismos efectos secundarios (carbamacepina, mesantoina...).

Su indicación son las crisis generalizadas no convulsivas.

Succinamidas:

Idéntica indicación y toxicidad que las Dionas.

Su dosificación es de 0,5—1 gr. día en los niños y 0,75—2 gr. día en los adultos, fraccionando la dosis en tres tomas.

Es necesario la administración de Fenobarbital para evitar la aparición de crisis convulsivas generalizadas.

Acetilureas:

Su indicación precedente son las crisis parciales complejas, y en el Lennox-Gastaut.

Son sustancias de gran poder tóxico, por lo que su margen de manejabilidad es estrecho.

Los controles hemáticos deben de ser frecuentes, siendo de destacar entre sus efectos secundarios, la hepatitis.

Dipropilacetato de Sodio:

Actúa incrementando el GABA, por inhibir la enzima de transformarlo en ácido cetoglutárico, comprobándose una acción de ahorro de oxígeno a nivel de las células nerviosas, mientras que los barbitúricos deprimen el S.N.C. al disminuir la tasa de GABA.

Es de destacar los bajos efectos secundarios que produce por sí mismo, si se exceptúan las potencializaciones con otros fármacos, habiéndose descrito cierto efecto hepatoprotector por su acción a nivel del sistema retículo endotelial.

Incrementa las tasas séricas del Fenobarbital, por lo que es conveniente disminuir éste en caso de asociación.

Actúa en las ausencias típicas y atípicas (no siendo necesaria la cobertura barbitúrica), en la epilepsia mioclónica infantil y en la epilepsia fotosensible, preferentemente.

La dosificación en niños se encuentra alrededor de los 20-30 mg./kp. En los adultos 800 mg. diarios repartidos en cuatro tomas.

Somnolencia, irritación gástrica y fatiga como fenómenos transitorios, son los efectos secundarios más frecuentes. Puede producir alopecia

areata y hemorragias por trombocitopenia.

Benzodiazepinas:

Actúan como anticonvulsivantes de amplio espectro, siendo los estados de mal su principal indicación, administrados por vía i.v.

— *Diacapan:* Dosis oral diarias de 15 a 40 mg., fraccionada en cuatro o cinco de cuatro semanas para reducir gradualmente la dosis en un período de tres meses.

Bibliografía dirigida a:

Servicio de Electroencefalografía
Residencia Sanitaria Nuestra Señora del Cristal — ORENSE.

BRUXAS, ENDIAÑADOS E TOLOS

NA GALICIA HISTORICA:

Reflexios sobre a Tesis Doctoral inédita do Dr. Cabaleiro Goas, "La Psiquiatría en la medicina Popular Gallega - 1953.

*En lembranza do Dr. Cabaleiro:
poucas veces un apelido
foi tan merecido.*

Cando Cabaleiro escribe a súa Tesis no ano 1953, perseguía estruturar o feixe abondoso de problemas que tiña que afrontar na súa práctica clínica cotián, xurridos das moitas terapéuticas e supostas etioloxías "non científicas" que os enfermos lle contaban: bruxas, envexas, males de ollo meigallos, endiañamentos, caídas da paletilla, ramos, etc. entrambilicábanse pra construír unha concepción da enfermidade mental, nada doada de enxergar e que compría ser entendida, pra quen, como Cabaleiro, sempre teimou por atopar o que de específico tiña o modo de - enfermar - do - home - galego. Como amostra a súa Tesis, a reflexión de Cabaleiro tiña a súa fonte na práctica clínica, e como ferramentas de traballo, os coñecementos entropolóxicos do seu tempo (Frazer, Caro Baroja, Cassirer, Levy Bruhl, etc.), a etnografía galega da que se podía dispoñer ao tempo (Risco, Carre Aldao, Rodríguez López, etc.) e o

seu longo saber psiquiátrico que abranguia dende a nosografía máis ortodoxa, deica a obra de Jung (da que sempre estivo perto) ou a femomenoloxía. Foi un intento aillado e nada doado de levar adiante no tempo en que se fixo. A mesma lectura da Tesis tivo os seus problemas. Algún dos Xueces pretendía que a Tesis era "folklorista", "pouco científica" e tamén "herética". Era a proba de que os ventos eran sieiros pra unha tarefa semellante. Haberá que agardar moitos anos pra que na camposa da cultura Galega (non soio psicolóxica), poidamos atopar de novo preocupacións semellantes. A revitalización é os novos estudos adicados a Medicina Popular, teñen en Cabaleiro un precedente ilustre. Podemos estar dacordo ou non coas tesis finais que Cabaleiro tira do seu traballo, pro en calquera caso témoslle que apoñer ao nivel dos coñecementos do seu tempo máis ca il mesmo as eivas do seu tra-

ballo. As nosas notas xurden da lectura desta Tesis, intentando clarificar dende unha perspectiva histórica os erros e malentendidos que dende hai tempo inzan na bibliografía psiquiátrica adicada a estes temas, partindo dos novos aportes en diferentes eidos da cultura, producidos despóis da lectura da Tesis citada. Non son máis que un pequeno roteiro pra estudos futuros máis polo miúdo.

Unha primeira custión: non é o mesmo, un bruxo que un endiañado. Ise lugar común que afirma que historicamente foron perseguidas moitas bruxas que eran enfermas mentais, non parece ser exacto. O paralelismo que Szasz quere establecer entre Inquisidor / Bruxa, Psiquiatra/Tolo (1), non parece responder a verdadeira faciana dos feitos. Historicamente, semella que son os Endiañados os que poden ser considerados como tolos, namentras que aos bruxos, compriría poñelos como curandeiros, isto polo menos, pra o caso galego, como máis adiante veremos. Szasz non fai esta distinción e reflexiona dende posicións alleas as do materialismo histórico o que o leva a situacións, nas que como lle decía Basaglia non asume a realidade do que pensa (2).

Non é Szasz o único que non se decata da existencia dunha liña de fendedura que arreda as chamadas Neurosis Démoniacas dos bruxos e bruxas; o que xa mereceu unha advertencia de Caro Baroja, que describía así os endiañados:

"Home ou muller que se sente poseído por un espírito... que lle fai falar e comportarse non como il quixera senon como

quere o tal espírito... as sinais son caseque sempre as mesmas: vaise esvaindo a individualidade agromando unha diferente demoníaca, que dura máis ou menos tempo, ao xeito dun ataque... pódese ser endiañado porque se meteu o demo directamente, ou porque unha persona en relación co demo, procurou endiañalo" (3).

Unha definición máis esguivada e a que da Ellemberger: "espíritus maléficos que entraron no corpo do paciente tomando posesión dil (4). Risco, que lle adicou un libro enteiro ao demo (5), achégase moito a definición que da Caro Baroja, coincidindo tamén nos motivos polos que pode entrar o demo no corpo de alguén, aos que engade: "por culpa ou a iniciativa do propio paciente". Ademais apoñelle aos bruxos e bruxas (e eiquí temos xa unha diferenza importante entre endiañado e bruxo) a capacidade de endiañar as personas. Pra Risco, no campo dominan certas maneiras e modos de ser que son xuzgadas como correctas e debidas. Aqueles que se alonxan destas normas non escritas, van ser polo menos sospeitosos de obedecer a causas malignas. Os demos galegos (diablillos) falan en castelán asegún afirma o Risco, o que garda unha estreita relación coa representación galega do demo maior: "ven caseque sempre vestido de señorito e falando castelán". Non e casual iste falar castelán do demo galego como máis adiante veremos.

Rodríguez López, publica o seu libro "Supersticiones de Galicia" (6) no ano 1895. Nil atopamos perfectamente arredados bruxos e endiañados que son estudiados

por R. López, non como un problema do pasado, senon como algo de hoxe que compre entender, clarificar e por suposto atallar. Rodríguez López representa en Galicia a expresión serodia da loita librada en Europa un século antes, entre Gassner e Messmer, isto e, entre a concepción do mundo ilustrada e a medieval. A concepción da tolemia como endiañamento é un fenómeno medieval que en Galicia escoa hastra os nosos días e aínda está lonxe de desaparecer. Abonda con achegarse a calquera dos santuarios galegos "especializados" pra decatarse de que si xa non son o que foron aínda manteñen unha concurrencia importante. Corpiño, Amil, San Pedro Mártir, etc., cinguen unha xeografía do exorcismo moderno que se mantén e manterá namestras que as necesidades psicolóxicas e sociais que os fan sobrevivir non desaparezan ou cambien.

A pouco que deixemos a codia, teremos que reconocer no Demo do que viñemos falando, o nome relixiosos dun fato de condutas que son vividas como anormais polo pobo. Risco as sintetiza así:

"arrautos nos que se retorce como unha cobra... revira-los ollos... botar escuma pola boca... e sobre todo botar berros furiosos, espantosas blasfemias, aldraxes que dan medo contra Deus e os Santos, ditos porcos e obscenos, escandalosos... néganse a toda práctica de devoción, a entrar na eirexa... amosra xenreira satánica contra todas as cousas santas... as veces producen paralis, cegueira, inutilidade dun membro e outras enfermidades" (7).

¿Cómo leer esta conducta?

Freud adicoulle aos endiañados o estudio "Unha neurosis demoníaca no século XVII" (8), no que se pode leer:

"Os demos son pra nos, malos desexos refugados, remificaciós de pulos instintivos rexeitados... non compartimos a proxección ao mundo exterior da que a idade media facía ouxeto a tales poderes anímicos e facémolos abrollar do cerne da vida do invidiuo na que morán..."

Tamén cando escribe "Lo siniestro" fará referencia a estes casos:

"Os profanos decatáranse de que eiquí existen forzas que nin tan siquiera sospeitaban nos demais pro que presentían a maneira dun lusco/fusco, no recuncho máis aloxado de sua propia mente (falando das cousas e personas sinistras). Con gran consciencia, case correctamente dende o punto de vista psicolóxico a idade media apoñalle todas estas manifestaciós morbidas aos demos" (9).

No endiañado e como si se cebaran ises pulos refugados dos que fala Freud, pra presentarse, ben directamente no bolbordo fachendoso do "ramo" (10) onde son satisfeitos de maneira substitutiva, ou ben, indirectamente, co xeito calado e acochado do sintoma (paralís, cegueira, perlesía, etcétera...).

Suliñemos algo importante: na posesión demoníaca (11) hai xa un modelo de personalidade múltiple, de instancias psíquicas diferenciadas. Dentro destas instancias o demo ocuparía o que máis adiante se chamaría "Ello", o polo pulsional de personalidade (12). O demo vai falar alí onde haxe

unha fírgoa:

"E o demo din os paisanos quen produce as pesadillas e as visións infernais dos durmintes (13)... e tamén o demo quen tolle as pernas ou a fala... os paisanos apóñenlle os nosos erros e trabuamentos (14)".

Soños, síntomas, erros, trabuamentos... Velahí están os materiais psicolóxicos cos que Freud comenzo a construír a teoría Psicoanalítica e a definir o falar do inconsciente. No demo, fala o inconsciente.

Os métodos terapéuticos empregados contra a posesión demoníaca foron historicamente de tres tipos: mecánicos, consistentes en golpear ao enfermo ou en provocar cheiros ou ruidos fortes; transferencia do espírito ao corpo doutro ser; e o exorcismo que é o método por excelencia para tratar os endiañados por métodos psicolóxicos. As tres maneiras persisten en Galicia, fundamentalmente a primeira e a terceira. O máis común é un método misto no que se atopan rasgos dos tres procedimentos e que é o que utilizan aínda hoxe nos Santuarios do noso país.

No exorcismo danse as seguintes características:

1. O exorcista fala en nome dun ser superior.
2. Ten que ter confianza absoluta nise ser e nos seus poderes.
3. Debe creer na posesión e no seu axente.
4. O exorcismo tense que realizar en lugar sagrado, coa presenza de testigos pro evitando moitos curiosos.
5. Ten que se dirixir ao intruso en estilo solemne e fachendoso en nome do ser a quen representa.

6. Dalle azos ao poseso. Defende das ameazas do intruso.
7. Tense que preparar previamente e estar en xexun.
8. Debe inducir a falar ao intruso.
9. Escomenza unha loita que pode levar moito tempo (15)

Rodríguez López enumera tamén nove razóns moi semellantes a estas que da Ellemberger, pro engade unha observación importante: "a pouca fe dos esistentes pode derrama-la acción".

Atopamos nesta enumeración os tres presupostos básicos sinalados por Levi-Strauss que determinan a eficiencia dunha terapéutica:

1. A creencia do terapeuta na eficacia do seu procedemento.
2. A creencia do enfermo na eficacia do terapeuta.
3. A confianza da opinión colectiva da comunidade, no procedemento. (16).

Hai tamen eiquí ise concepto limiar da transferencia que era conocido polos magnetizadores como "Relación";

"o exorcismo pode cando está feito por un crego que teña autoridade agradable aos seus súbditos, ter forza suxestiva pra modificar a mentalidade do paciente, e endereitar ou facer desaparecer a alucinación ou o endiañamento... Unha autoridade noxente... no poderá nunca tiralo demo do corpo (17).

Rodríguez López conocía a "relación" ao través dos escritos dos Mesmeristas, pro era "organicista". Explicaba por exemplo o "mal de ollo" a base de fluído magnético maligno, pro non foi capaz de derruba-la etiología demoníaca como xa fixera Mesmer. Il aínda fala de verdadeiros endiañados a carón dos "neuróticos" como por

outra parte fará moitos anos mais tarde López Ibor.

Mesmer substituirá ao demo pola anomalía do fluído magnético; a Deus como curador, polo magnetizador mesmo. Foi a secularización do exorcismo, que pasou dende entón a ser unha cuestión de física, e mais adiante con Puysegur unha cuestión de psicología cando iste aponlle a "forza da vontade" a responsabilidade das curacións abandonando a tesis do trasvase de fluído do magnetizador ao magnetizado.

A obra de Puysegur non era probablemente conocida por Rodríguez López. Con il poñense os alicerces pra poder albiscar o que vai ser a transferencia e a contra-transferencia, a pesares da opinión de Lagache (18) ao que istas consideracións non lle parecen de utilidade, "divertidas mais que proveitosas" afirma il, sin que deixe de ter razón cando xustifica a súa afirmación: (a hipnose, a suxestión non se aclararon, hastra que o psicoanálisis adiantou nesa dirección. É decir, é analizando historicamente de adiante pra atrás, como as cousas se organizan.

Hai outro punto curioso nos que definen a tarefa do exorcista; e o que advirte de que os exorcistas soio lle podían falar ao demo imperativamente. As instrucións que cita Rodríguez López engaden aínda: "preguntarlle por curiosidade e pecado grave".

¿Cal era o perigo? Latexa ahí o medo a identificación baseada no rasgo común inconsciente que turraría polo exorcizador levándoo a il mesmo a un ceibar de pulos rexeitados. O exorcista fala en nome dun pai omnipotente, transmitíndolle órdenes ao demo e ao tempo ao seu propio demo

interno. Si invoca a presenza dos pulos e a súa manifestación e dentro do cadro ritual (obsesivo) do procedemento, pra despois mandalos de novo ao Pozo Maimon interior pra pechalos alí definitivamente. Sábese da curación, porque o demo deixa de falar, cala un certo tempo ou fala mais agachado no síntoma de conversión.

Un tema pouco estudado ao que compre adicarlle mais atención é o do idioma no que falan os demos que toman posesión dalguén. En Galicia como sinalaba Risco, falan na língoa do poder, o castelán, e mesmo son nomeados tamén en castelán. (Son "diablillos" non demíños).

Decía Mühlman que os espíritus dos posesos nos países conquistados falan o idioma do conquistador. Tamén os Deuses dos conquistados pódense converter en demos pros conquistadores decía Freud. No noso contexto diglósico as instancias da personalidade empregan diferentes línguas en xusta correspondencia co emprego das mesmas polas instancias sociais.

Si o demo usa a língoa do enemigo social, vai ser a língoa do Gran Pai, de Deus, o Latín, a ferramenta axeitada pra loitar contra il. Co latín nos beizos (uns versos de Lucano) exorcisou o Pai Feixo os demos dunha endiañada, demostrando certeiraamente que "era o prestixio da língoa eclesiástica e non a virtude das palabras" o que fixo fuxir a Lucifer. (19)

E tamén o latín, non o esqueza-mos, o idioma fundamental aínda hoxe de moitos dos santuarios "especializados", e forma parte tamén do ritual terapéutico de moitos curandeiros.

Sería interesante face-lo catálogo de ensalmos, esconxuros, ora-

ciós, etc. utilizados en cada caso, asegúñ o idioma empregado en cada ún diles. Cecais poderíamos entón tirar conclusións aproveitables dende un punto de vista etiolóxico e terapéutico. Abonda polo de agora deixalos apuntados.

A segunda custión que debere-mos comentar é a do perfil histórico da Bruxa en Galicia. Parece certo que tanto onte como hoxe, a bruxa ten en Galicia unha fachuía específica.

Fatigaremos en vano os protocolos da Inquisición Galega esculcando patoloxía mental nos procesos de bruxas. Atoparemos un bruxo curandeiro, Frai Andrés Dorado, unha Ana Rodríguez que "curaba aos seus enfermos". unha Magdalena das Peseiras "que lle devolvía o leite as nais"... Algunhas veces aparecen casos mistos de endiañamento e bruxería; son os menos.

A Lisón débémolle entre outras deudas, un estudio sobre os protocolos de casos de bruxería xuzgados polo Tribunal da Inquisición de Santiago. Do análise dos casos consultados hai que tira-la conclusión de que a "maioría dos acusados de bruxería intentaban axudar a personas e animais dos alifaces e males, servíndose de herbas, bismas, oracións ou escuros". (20). Isto na realidade, o outro era unha construción mental dramática unha transposición dos feitos ao mito.

Nas acusacións de bruxería agachábanse tamén di o Lisón, venganzas veciñais. Os bruxos son, xa que logo, a tulla da terapia tradicional e tamen os seus creadores. O seu rol esta pouco institucionalizado, pro son iles os únicos aos que podía (situación que aínda hoxe se mantén nalgús casos) acu-

di-lo pobo en caso de enfermidade. María de Bugalleira, unha acusada, exprésao con claridade: "estou no mundo pra curar aos enfermos por orden de Deus, porque os médicos levan moita fachuía".

Si o perfil dos endiañados chégase ao dos tolos de hoxe, o dos bruxos lembra o dos médicos e curandeiros:

"adiviñan cousas e animais perdidos... fan mixturas amorosas, medicinañas nas enfermidades dos nenos... no enganado... nas das personas maiores... levantan a espiñela... bendicen as moas... arranxan crebaduras... son parteiras... desenfiteizan... devolvenlle o leite as mulleres... pelexan cos espíritus dos posesos... algúns gábanse fachendosamente dos seus poderes teurxicos (e diste xeito) arrequece-la clientela..."

A descripción dos seus traballos aclara a súa función. Non soio a Bruxa non era unha tola, senon que era unha especie de psiquiatra ("pelexaba cos espíritus dos posesos"). Todolos bruxos remata Lisón, tiñan unha certa cultura e servíanse de libros pra face-lo seu traballo.

Rodríguez López arrepiase cando lee o libro de Barreiro (21). Non chega a comprender o porqué dos tormentos que sufriron os acusados atinxidos según íl, de "monomanía mística". Non parece decatarse de que as acusacións levaban outro camiño e respondían a outras razóns.

Hoxe o perfil da bruxa en Galicia (sempre seguidos a Lisón) de fine a nivel simbólico o polo negativo de conducta fundamentalmente nas relacións veciñais. E a persona que consciente e malevo-

lamente causa dano por medios ocultos a personas nimais ou outros intereses. O que se lle apón a bruxa pode ser combatido pola feiticeira que non pode facer embruxos pro pode tiralos. Esta pode esbarar da súa posición e dar tamen en bruxa, pro sempre manterá unha posición perto da de "terapeuta ou mediador benéfico ou maléfico", lonxe da do endiañado e da do tolo como agora veremos.

Endiañados e bruxas vannos remesar a aparición histórica do tolo en Galicia. Do tolo como tal tolo, diferenciado, arredado de bruxas e demos. Non hai moitos datos históricos dos que botar mau a pesares de segui-la advertencia de Ackernicht (22) de que non é nos libros de medicina senon nos protocolos dos exorcisadores onde imos atopar os datos precisos. A tolemia como tal non xurde con facilidade nin nistes protocolos nin nos papeis documentais. O silencio é o acostumado.

E noustante se sabe que os tolos existían ao tempo que os endiañados e que se distinguían diles, e que como afirma Foucault (23) o home europeo conoce dende principios da Edade Media unha cousa bretmosa a que chama tolemia.

Os tolos aparecen nos camiños de idade media galega misturados cos gafosos, moínantes, esmolantes, vagamundos, ladrós, etc. pro as referencias documentais son practicamente inexistentes. Non parece que sexan válidas pra Galicia as fases descritas por Foucault que tiñan a súa clara correspondencia cos ciclos económicos infraestructurais. Así o gran peche que en Europa comenza no XVII

non o fai en Galicia deica os comenzos do XIX ano no que se funda Conxo. Denantes semella que os tolos poderían ser acollidos nos moitos Hospitais que existían en Galicia, (polo menos de maneira provisoria), eran atendidos nas suas casas ou abandonados nos camiños. De Santiago a nosa cidade mais europea as veces seica os botaban. Noutras partes metíanlle cadeas e deixábanos diste xeito na casa. Un testamento de Bartolomé Ares de Canabal de 1668 afirma que o seu fillo que estaba tolo, levaba 15 anos aferrollado ao leito cunha cadea (24).

O peche que comenza en Galicia no XIX pode que algo teña que ver coa desamortización que deixou valeiro o campo galego das axudas comunitarias que suministraban frades e mosteiros. Os tolos vagamundos e obrigados pelenas vilas. Non parece concordar gríns polo rural diríxense entón moito de todolos xeitos con esta hipótesis a análise dos ingresos en Conxo nos primeiros tempos da súa fundación (25).

Niste sentido non puiden atopar referencia ningunha aos tolos nos documentos que consultei dos mosteiros (ourensans fundamentalmente: San Esteban de Ribas de Sil, San Pedro de Rocas...) a pesares de que nils si aparecen os presupostos de botica e enfermía.

Si o proceso Galego non coincide co europeo achégase moito ao portugués tan perto de nos e tan lonxe. O primeiro Manicomio portugués e do 1848, moi poucos anos anterior a Conxo. Nun pequeno pro excelente libro afirma Manuela Fleming (26), que contrariamente ao que acontece no resto de Europa os tolos non son ouxeto de

repreión policial en Portugal deica finais do XVIII sendo deica entón recollidos nos Hospitais Xerais, nas cadeias, ou andaban abandonados por rúas e camiños buscando recocho en covas, etc.

Tamén en Portugal moitos diles son considerados posesos pro tamén son separados diles xa moi cedo. Aínda que como no caso gallego sábese moi pouco con anterioridade a creación do primeiro Manicomio, hai referencias documentais de que no ano 1539 está rexistrada a presenza de tolos, como tales, no Hospital Real de Todos-os-Santos.

Non conozo fonte documental semellante pra Galicia pro e moi probable que no Hospital Real foran recollidos algúns tolos o que e mais que probable pro Hospital de Carretas. En calquera caso son hipótesis que compre documentar. Dos poucos datos dos que dispoñemos polo de agora coído que se poden tirar as conclusións suficientes pra poñer entre paréntesis a visión idílica pra tolerancia dos tolos na Edade Media Galega e nos tempos posteriores. Parece certo que sempre houbo peche variou a especialización e a cuantía do mesmo pero iste sempre existiu. A carón do peche, o abandono, que encerto modo unha especie de peche "externo".

A Historia da Psiquiatría en Galicia sairá da análise da relación Endiañados/ Bruxas/ tolos/ cregos médicos/ curandeiros. Do ensarillamento das sucesivas terapéuticas e teorías, loitas e fuxidas, peches e bendicións, haberá que tiralas liñas pra feitura disa Historia da Tolemia en Galicia que compre facer.

Nadal do 78
SANTIAGO LAMAS
CREGO

N O T A S

1. La Fabricación de la Locura. Thomas Szasz. Kairos.
2. Razón, Locura, Sociedad. Siglo XXI. Méjico. (Polémica de Basaglia con Szasz nunha das mesas redondas).
3. Las Brujas y su Mundo. Caro Baroja. Alianza Editorial.
4. Ellemberger. El Descubrimiento del Inconsciente. Gredos.
5. Vicente Risco. Satanás. Porto Editora.
6. Rodríguez López. Supersticiones de Galicia. Ediciones Celta. Lugo.
7. Vicente Risco. Etnografía en Historia de Galicia. Tomo I. Buenos Aires.
8. En Obras Completas. Tomo II. Biblioteca Nueva. Madrid.
9. Lo siniestro. López Crespo Editor. B. Aires.
10. Ramo en xeral, significa unha doenza psíquica (ver Risco O. C.). Ramo cativo: crisis histérica.
11. Ellemberger, O.C.
12. Pra ve-las diferencias entre o "ello" e o inconsciente e as suas modificacións asegún a primeira e a segunda topica, consultar, o Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche e Pontalis. Ello e Inconsciente confúndense en ocasio mesmo dentro do campo psicoanalítico e non fallan razos: ver nota de Massota sobre un traballo de Baranger na "Presentación del segundo Congreso Lacaniano" - Ensayos Lacanianos, Anagrama.
13. Rodríguez López. O.C.
14. Risco. Id.
15. Ellemberger. Obra citada.
16. Levi - Strauss. Antropología Estructural. Eudeba.
17. Rodríguez López. O.C.
18. Lagache. La Transferencia. Nueva Visión. Buenos Aires.
19. Las ideas biológicas del Padre Feijó. Gregorio Marañón. Espasa Calpe.
20. Lison Tolosana. Ensayos de Antropología Social. Ayuso.
21. Brujos y Astrólogos de la Inquisición de Galicia. Bernardo Barreiro. Arealonga.
22. Ackernecht. Historia de la Psiquiatría. Eudeba.
23. Foucault. Historia de la Locura en la época clásica. F.C.E.

24. Olga Gallego Domínguez. Hospitales de la Provincia de Orense. Tomo VI. Boletín Auriense.
25. Emilio González. A Siquiatría en Galicia. Ed. do Ruevoiro.
26. Manuela Fleming. Ideologías e Práctica Psiquiátricas. Edicoes Afrontamento.

SITUACION BIOELECTRICA

CEREBRAL DE EMERGENCIA

Servicio de Electroencefalografía de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social "Nuestra Señora del Cristal" de Orense

Dres. José Luis Pérez Cid (1), Luciano González Anido (2), María Mercedes Rebolleda Vázquez (2) y Miguel Rodrigo Atienza (3).

(1) Jefe de Servicio

(2) Médico Adjunto

(3) Médico Residente

La corteza cerebral, activada por los sistemas subcorticales en situaciones límites, nos da unas respuestas grofoeléctricas que ponen de manifiesto una situación de emergencia del cerebro y que vamos a comentar.

Se trata de una paciente de siete meses procedente del medio urbano, que ingresa por presentar dificultad respiratoria, fiebre y convulsiones tónico clónicas generalizadas.

De embarazo y parto normal y sin antecedentes personales ni familiares, la paciente presenta un aceptable estado general y la exploración sistémica por aparatos si exceptuamos su problema respiratorio y las convulsiones, es normal. Los estudios analíticos de sangre y de L.C.R., son normales, lo mismo que el estudio serológico de L.C.R.

A la exploración electroencefalográfica (Fig. 1), se visualiza un trazado muy lento y desorganizado con focalidad irritativa hiper-

sincrónica posterior derecha. Se instaura tratamiento antibiótico y con fenobarbital.

A las 24 horas de su ingreso, se inician crisis parciales motoras con afectación de miembro superior derecho, entrando el paciente en status, que se yugula con diacepan.

La segunda exploración e.e.g. efectuada (Fig. 2), nos pone de manifiesto un trazado alternante de emergencia bioeléctrica, apareciendo fases de inactividad con puntas negativas y ondas lentas. Desde el punto de vista analítico se aprecia una hipoglucemia sévera con cifras de glucosa en sangre de 10 mg. por mil.

Se instaura tratamiento con suero glucosado al 10%, antibioterapia, A.C.T.H. y diacepan; controles de glucosa en sangre y electrolíticos cada 4 horas.

En 48 horas la glucosa normaliza en 60 mg por mil y desde el punto de vista general desaparecen las convulsiones.

401226

401227

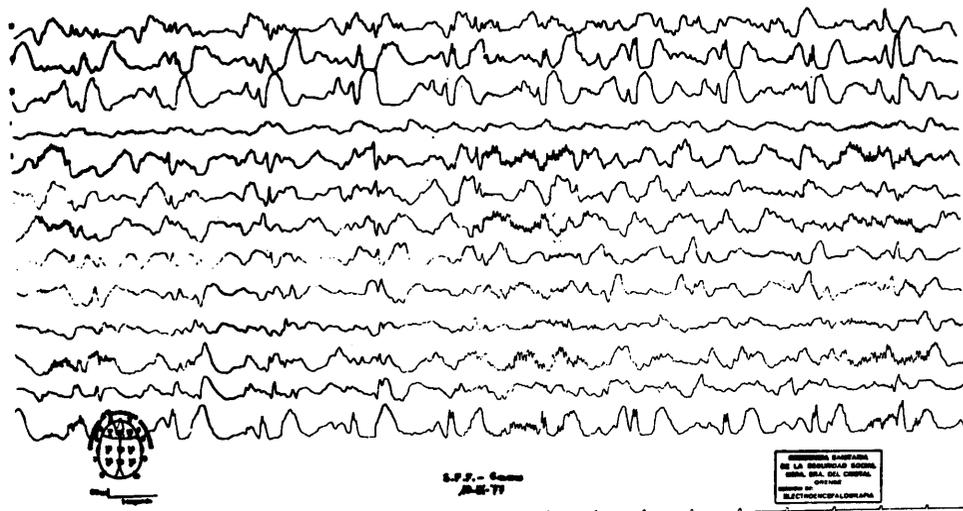


Figura 1

550519

550520



Figura 2

782773

782774

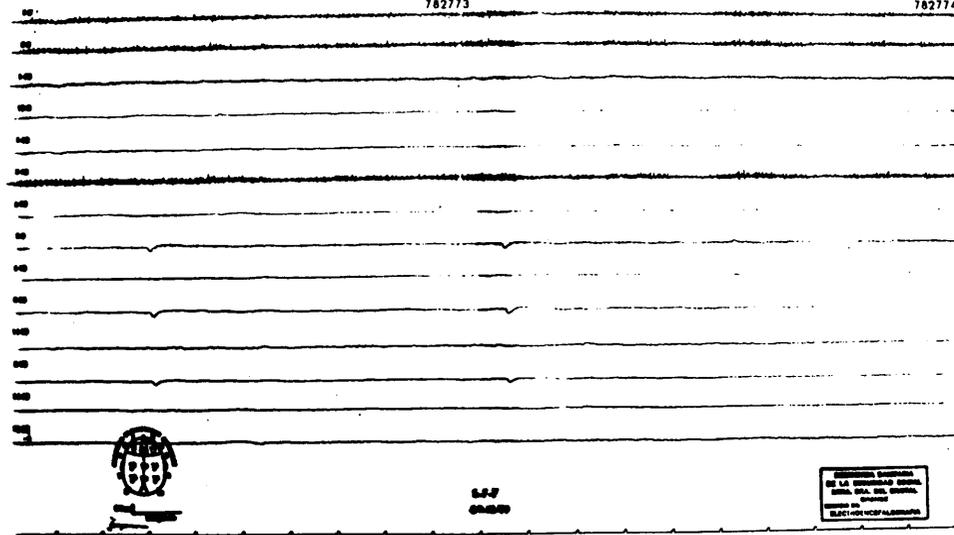


Figura 3

El trazado e.e.g. es isoelectrico, con componente muscular sobreañadido v beta anterior (Fig. 3), manteniéndose durante 8 días y apreciándose desde el punto de vista general una gran depresión neurológica.

Pasado el periodo agudo el paciente recupera el nivel de conciencia y controles e.e.g. seriados (Fig. 4), nos ponen de manifiesto una aceleración del ritmo de fondo, con trazado lento y desorganizado, insinuándose foco irritativo fronto-temporal izquierdo.

Se envían muestras de sangre y de orina al Centro de Diagnóstico de enfermedades moleculares de Madrid para cribaje de metabopatías, dando negativo el resultado.

Un mes más tarde se suprime de forma gradual el tratamiento con A.C.T.H.

El trazado e.e.g. (Fig. 5) nos pone de manifiesto un foco irritativo lento tèmpero-rolándico derecho, instaurándose tratamiento con dipropilacetato sódico y nitrocepaam siendo dado de alta con esta medicación.

El último control e.e.g. efectuado nos pone de manifiesto una (Fig. 6 y 7), persistencia del foco lento agudo tèmpero-rolándico derecho. A pesar de la dificultad diagnóstica del caso, desde el punto de vista bioeléctrico cerebral apreciamos en la fase aguda del proceso una situación bioeléctrica de emergencia descrita por Vila Badó y Samsó Dies en 1968 en la que los trazados aparecen constituidos por sectores muy aplanados interrumpidos por salvas de una actividad arcaica, trazado de aspecto análogo al de los fetos

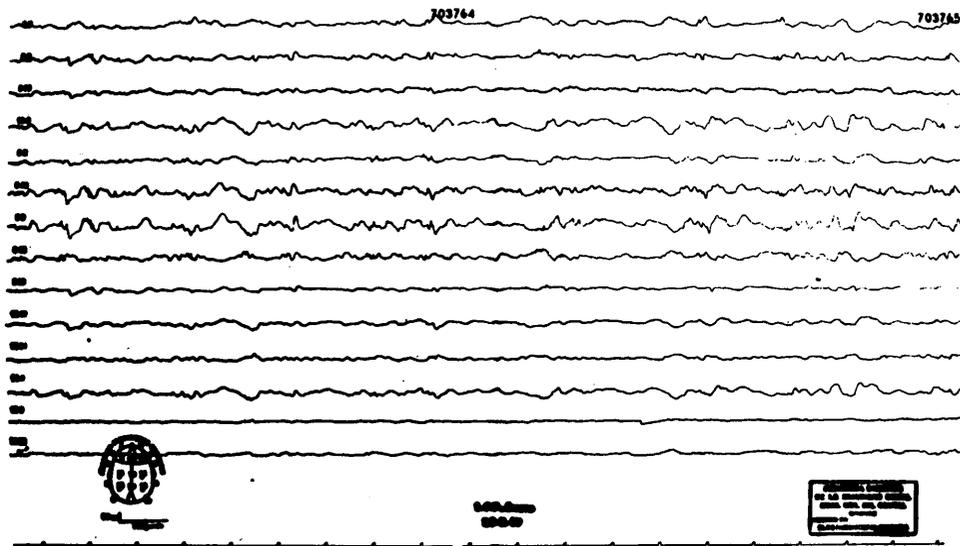


Figura 4

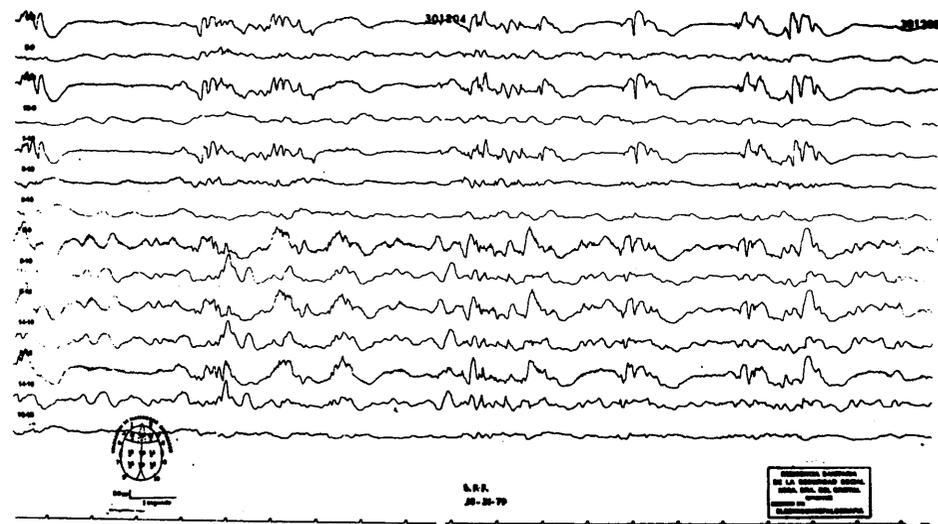


Figura 5

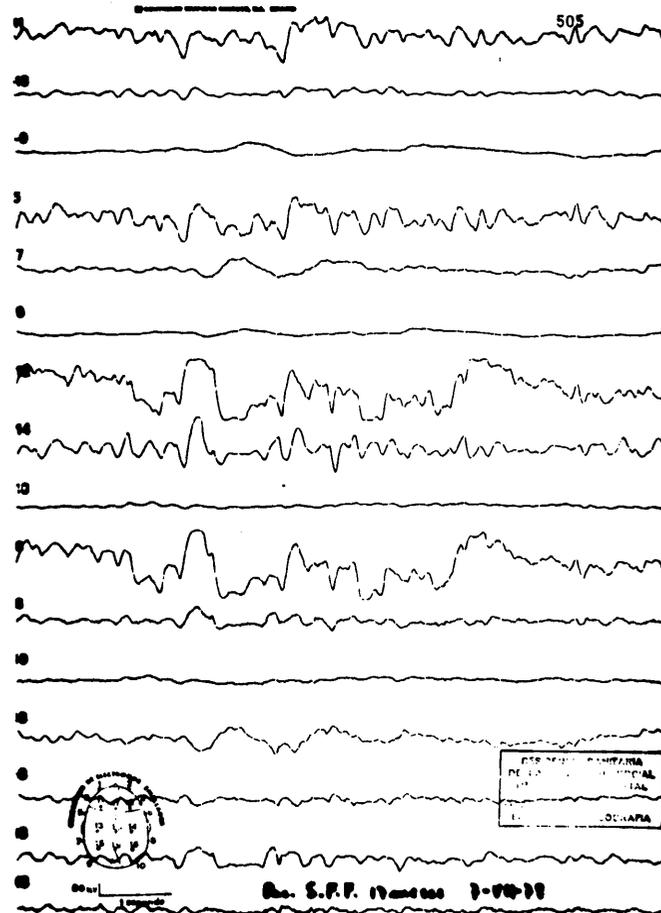


Figura 6

de siete meses de concepción, lo que nos sugiere una regresión funcional del cerebro, en las que por agotamiento de las reservas energéticas de las neuronas, se acude a una situación probablemente anaerobia de dichas reservas, jugando un papel importante en el caso presente la severa hipoglucemia que presentó.

Se ha estudiado la actividad de la neurona unitaria en la preparación del encéfalo aislado de gato durante la hipoglucemia y se

ha comprobado que el promedio de la descarga neuronal disminuye cuando los niveles de azúcar en sangre alcanzan 50-60 mg. por mil.

Trazados e.e.g. del tipo de salvas supresión de actividad, como el presente (Fig. 2), se aprecian en pacientes tras un paro cardíaco y en anoxias cerebrales muy severas.

La interrupción periódica del silencio eléctrico por salvas de complejos de puntas y ondas len-

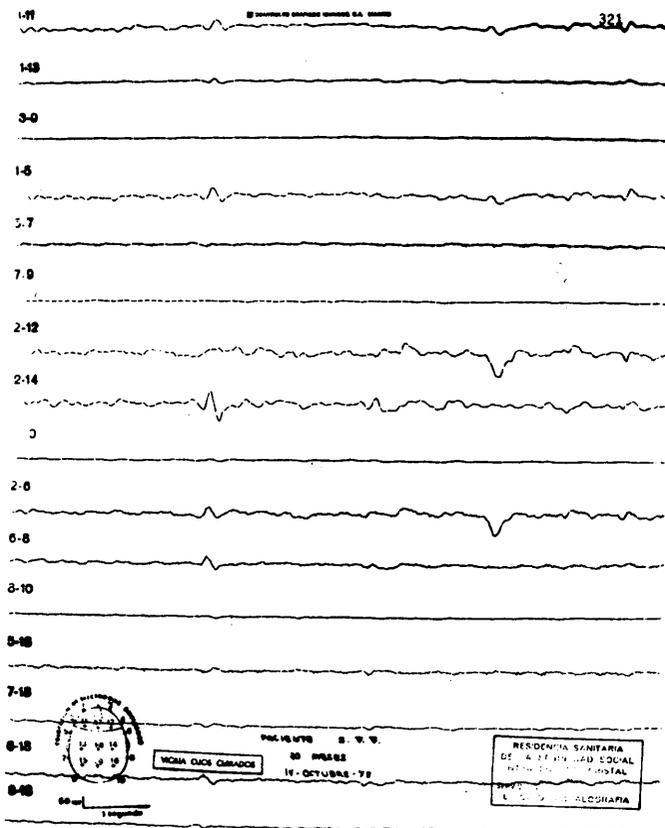


Figura 7

tas mezcladas, establece un significado de pronóstico grave.

Resulta muy interesante el caso, pues esta situación cerebral es prácticamente incompatible con la vida; no en este caso en que a pesar de la encefalopatía subsiguiente que prevalece en la paciente, no fue un éxitus, haciéndonos pensar que la alteración cerebral fue provocada por una hipoglucemia idiopática espontánea en el curso de un proceso respiratorio, compartiendo la opinión de otros autores en que la tasa de hipoglucemia importa menos en la aparición de las alteraciones

e.e.g., que en la brusquedad de su caída.

BIBLIOGRAFIA

1. BOUDIN G. LAURASA et LABET R.—Les encéphalopathies des hypoglycémies spontanéés. Revue analytique de 37 cas a propos d'une observation personnelle. Presse med, 13 fev 1960, 68, n.º 8, 270-272.
2. FISHGOLD, H. et MATHIS, P. Obnubilatio coma et stupeurs. Electroenceph. Clin. Neurophysiol., suppl.

II. Masson et Cie., Paris 1959.

3. HAWW ORTH, J. C. y COODIN, F. J. Idiopathic spontaneous hypoglycemia in children: report of seven cases and review of the literature. Pediatrics, 1960, 25: 748-765.
4. KURTZ, D. et cols. Silence cerebral prolongué et reversible. A propos de 3 observations. Revues Neurol, 415, 423, 1966.
5. LUFT, U. C. y NOELL, K. W. The

manifestations of sudden brief anoxia in man. USAF SCHOOL AVIATION MED, Report n.º 55-86 1956.

6. ROSS, I. S. y LOESER, L. H. Electroencephalographic findings in essential hypoglycemia. Electroenceph Clin Neurophysiol, 1951, 3: 141-148.
7. VILA BOADO J. y SAMSO DIES. J. M. Symposium sobre trasplantes de órganos. Madrid, 14-17 Julio 1969.

TEORIA DEL USO DEL GUIÓN EN LA PRODUCCION CIENTIFICA DE CABALEIRO

*Por los Doctores Rey y García de la Villa
Hospital Psiquiátrico "Rebullón" (Pontevedra)*

Leyendo las obras de Cabaleiro, el lector del maestro y seguidor del hombre se interroga sobre la utilización del guión entre palabras, de su significado profundo —acaso más profundo que el explicitado por el propio Cabaleiro—, guión que, como en la expresión HOMBRE - ENFERMO - PSIQUICO, u HOMBRE - GALLEGO, dejan entrever un intento de superar una simple yuxtaposición de conceptos, o, aún más, hermanar para siempre dimensiones mutuamente explicativas del concepto parcial que resultaría entonces un concepto total.

La doctrina psiquiátrica de Cabaleiro se encuadra, nos dice él mismo, dentro de los conceptos de la psiquiatría antropológica, con raíces en la filosofía de Ortega y Zubiri; y, entre maestros de otras latitudes, Jaspers, Biswanger, y los grandes semiólogos alemanes. En ellos la utilización del guión, tiene acaso el significado de expresar estados matriciales, superación de dualidades, o, como dirá Rof, la expresión de estados urdímbricos. Y dichos estados, son por su naturale-

za diencefálica, inefables, irradiados de revelaciones, y como tales, explicativos, «auto-evidenciantes».

(Dicha metodología es llevada a sus extremos por los filósofos y psiquiatras existenciales, quienes a través del binomio motivación - necesidad nos conducen a la aceptación a truísta: y ello es válido para los últimos representantes de este movimiento, aunque ellos introduzcan elementos de filosofía política en sus escritos).

Creemos que el secreto del uso del guión en la obra de Cabaleiro no puede ser sugerido por el nombre de dicho grafismo en francés: trait de unión, trazo de unión. Creemos también que para afirmarlo, jugamos con ventaja: la ventaja —para nosotros inestimable— de haber sido alumnos primero y colaboradores luego de Cabaleiro: testigos de su lucha incruenta, incesante, pero dolorosa, por establecer en el justo lugar de la realidad el sueño de su deseo: la Academia Oficial.

Academia que le rechaza, y le r

chaza, creemos, por razones profundas que tienen que ver acaso con la personalidad del Hombre - Cabaleiro, personalidad que por otro lado elige un pequeño signo gráfico para describir su teoría del HOMBRE: el trazo de unión. Y ello aún dejando sin análisis elementos tal vez más importantes en su enorme e ingente obra.

Unión: Cabaleiro es testigo de excepción de la desunión; en la Guerra Civil, todavía estudiante de medicina, aprende cirugía de guerra.

Al lado del otro gran maestro de la Psiquiatría de Galicia —afortunadamente entre nosotros, Villamil— se inicia en la psiquiatría: no se olvide que Villamil, por otros cauces, llega a la Doctrina de las Síntesis: instintos, razón, realidad.

Después Orense (algunos podrían preguntarse: ¿saldría de Orense algún profeta?); en Orense el día para ayudar al HOMBRE - ENFERMO - PSIQUICO; la noche para desentrañar su misterio: libros —*todos* los libros que iluminen el camino, de *todos* los reinos y todas las verdades. Libros, soledad, y verdades: pero elegir una verdad, implica abandonar; abandonar, agredir; y Cabaleiro es un hombre bueno. Nada se abandona, prohiendo a *todas* las ideas: mencionemos ahora el nombre de *todas* las disciplinas: (Sociología, Psicología, Antropología, etc., etc.). Mencionemos su obra: desde psicofarmacología, antropología cultural, pasando por taxonomía fenomenológica hasta planificación asistencial. *Todo* está.

Luego, Toén: la salida del Gabinete de la Soledad, y el encuentro con el Hospital: necesariamente Cabaleiro-publicado debía transformarse en Cabaleiro-aprendido: llegan los alumnos. Y la enseñanza: hombres-enfermos - psíquicos - gallegos - maestro - alumnos.

(Telón de fondo, la España de las Direcciones Generales en el lejanísimo Madrid y la España de los grupos, las escuelas, las partes. Cabaleiro, el hombre de la Unión, entre los grupos de la disyunción; el ser humano apasionado por la paz, por la tolerancia creadora, agredido por las batallas, los enfrentamientos excluyentes —oh, las «grandes» escuelas psiquiátricas españolas— o abandonado por las inertes ineficiencias administrativas).

Debe quedar constancia para la historia: Cabaleiro, en los tiempos en que era encargado de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Santiago, viaja desde Orense a Santiago, llevando en su automóvil a pacientes del Psiquiátrico de Toén para que los futuros médicos hayan visto y oído a un ser humano que sufre psíquicamente. Este trazo de unión vivo ilustra como acaso ningún otro el intento de totalidad, de síntesis, de superación de contrarios, de parcialidad.

Trazo de unión como cemento: Cabaleiro se adscribe a la fenomenología: se encuentra a gusto en el terreno de lo analítico-descriptivo. Espectador que «se pretende» neutro del fenómeno que intenta describir, el esfuerzo por permanecer al margen es grande: (véanse, a este respecto, sus intentos de *delimitar*: sean efectos medicamentosos o categorías nosológicas), pero finalmente le traiciona su deseo de llegar a totalidades, a síntesis, como la búsqueda de *núcleos*, o formas nucleares de esto o aquello. (Recuérdese también la búsqueda de Villamil, luego continuada y ampliada por Cabaleiro, del encuentro del *trastorno fundamental* de las esquizofrenias).

Está muy cercana su pérdida. Por ello se omite aquí la metodología psicodinámica que se impondría como herramienta para conocer mejor a Ma-

nuel Cabaleiro Goás, para acaso quererlo más, necesitar más su lección. El pudor y la prudencia (sabríamos emplear con un ser querido la teoría general de los instintos y sus vicisitu-

des?) nos hacen desistir del empeño. Nuestra incompetencia acaso sea testimonio mejor de nuestro afecto

Rebullón, Otoño de 19



FACTORES SOCIALES Y PSICOPATOLOGIA DELIRANTE EN LA OBRA DE CABALEIRO

*Por Fidel Vidal Pérez
Psiquiatra - La Coruña*

I

El problema del *delirio*, al decir de EY (1), constituye el tema central de la psicopatología. «El espíritu del clínico—continúa el mismo autor—está a cada instante *obsesionado* por el movimiento mismo de la «proyección», de la «ósmosis» de lo subjetivo y de lo objetivo; por el trastorno en las relaciones entre el yo y el mundo; dicho de otro modo, por el «delirio». CABALEIRO no se escapa a esta realidad de los delirios y es para el mismo uno de los temas fundamentales que va a abordar a lo largo de toda su obra.

Parte de los conceptos post-kraepelinianos y su aportación es básicamente fenomenológica, si bien en los últimos trabajos va cargando el acento cada vez más en la realidad social de los enfermos que viven la patología delirante.

En una de sus primeras obras (2) no descuida este punto, aún con ciertas reservas para no desvirtuar lo «nuclear» de los «delirios auténticos», en un fiel seguimiento de los conceptos vigentes en esa época en Europa, de-

rivados de los autores que tanto han influido en él y en toda la psiquiatría del momento: JASPERS, SCHNEIDER, CONRAD, el mismo EY, etcétera. Decimos que no descuidó los factores sociales ya en sus primeras obras a través de la lectura y las aportaciones de los norteamericanos—BELLAK, ARIETI, MASSER-MANN—, las cuales a este respecto para él «*son realmente trascendentales* y prometedoras, alcanzando ya algunos de sus conceptos *un carácter básico* para la valoración de muchos factores sociales del esquizofrénico como predisponentes, desencadenantes y, aún, *condicionantes* de la psicosis» (3) (El subrayado es nuestro).

En su concepción clásica, divide CABALEIRO los delirios en: a) Delirios primarios o delirios procesales, auténticos; b) Delirios secundarios (a alucinaciones, etc.) y c) Ideas deliroides o reacciones deliroides, a partir de vivencias emocionales, instintivas, ideas sobrevaloradas, etc.

Para él el delirio «expresa siempre *una profunda alteración de la personalidad* y, por consiguiente, *constituye*

una ruptura con la realidad —con la nuestra—, ya que, la realidad de hombre-delirante es otra realidad diferente a la de los demás hombres» (4), y lo falso y lo erróneo que pueda haber en los delirios, surge «como una necesidad», pues «sólo «creando» este hombre unas ideas, por medio de las cuales pueda apuntalar el resquebrajamiento vital» para seguir viviendo «aunque solo sea en su realidad artificiosa» (5). Y va a ser el delirio, como «creencia» en el sentido orteguiano —«vivimos, nos movemos y somos en las creencias»—, «quien tiene y sostiene al que lo sufre» (6).

De esa forma el mundo externo se le aparece al enfermo como «inquietante, angustiante y amenazador», «como objetivación de una angustia, de un estado tensional impreciso» (7), un estado al que CONRAD, cuando habla de la esquizofrenia incipiente, llama «trema», una de cuyas variantes es el «humor» delirante, «expresión tomada del argot teatral y que significa ese estado de tensión que el actor experimenta antes de entrar en escena (...) que es atormentador, incontrolable» (8); añadiendo que para CONRAD, «la esencia del delirio radica en la imposibilidad del enfermo de «trascender» al mundo de los demás». lo cual va a implicar en el enfermo una vivencia de «pérdida de la libertad», a la que CABALEIRO considera «como la raíz de la angustia esquizofrénica» (9).

Los «auténticos» delirios harán percibir la realidad con atribuciones de «un significado sin motivo alguno comprensible y la mayoría de las veces en el sentido de autoreferencia» (10), puesto que si comprende el significado sería una reacción deliroide, según K. SCHNEIDER. Idea que CABALEIRO comparte al mantener una ortodoxia que no se atreve a romper, tal vez en el temor de ver de-

rumbrados sus conceptos básicos del hombre esquizofrénico, y manteniendo, sobre todo en sus últimas aportaciones, una crisis teórica contradictoria, crisis muy productiva en la línea fenomenológica que no abandonó. Así al referirse a las doctrinas y orientaciones de la analítica existencial, «donde el delirio ha sido considerado como una alteración profunda del «estar-en-el-mundo», le resultan «realmente fructíferas para la «comprensión» genética de ciertos delirios secundarios («desarrollos» y «reacciones») y de ideas deliroides» (11) (el subrayado es nuestro).

Si para CABALEIRO, siguiendo a K. SCHNEIDER, la esencia de la percepción delirante es la no comprensión del significado, para CASTILLA DEL PINO, con el que está de acuerdo, «lo decisivo es la atribución de significado anormal», y no le importa que este significado se aproxime por su contenido al de una percepción normal. «El que esta significación surja sin motivo comprensible es lo característico desde el punto de vista del observador» (12), en este caso el de los propios psiquiatras, no debiendo desvalorizar, a mi juicio, asistencialmente, ni conceptualmente, ciertas posibles jerarquías que parecen enterversarse según las maneras del enfermar delirante.

Al referirse a los «auténticos delirios», para CABALEIRO «no cabe duda que la etiopatogenia tiene que ser, como en el del proceso esquizofrénico —aunque ella, hoy por hoy, no esté plenamente demostrada— de naturaleza somatogena y, por tanto, causal, como expresión directa de ese «trastorno de la conciencia de la actividad del Yo», que considera como el trastorno fundamental psicopatológico de los enfermos esquizofrénicos. En este sentido la relación entre la «conciencia del Yo», y lo «somatogeno»,

tendría a nuestro parecer mayor validez dando al Yo el valor somático de la corporeidad previa aportada por la experiencia freudiana.

II

Las características generales de los delirios las divide CABALEIRO en:

a) *Pérdida del juicio de la realidad*, donde la realidad se halla transformada por el hombre-enfermo, en un grado mayor o menor, *mutada*, «razón por la cual su relación con ella se halla alterada», pero partiendo del hecho primario de alteración profunda de la personalidad del paciente (13).

b) *Contenido casi siempre imposible e irreal que revela una contradicción interna*, dando lugar a que el hombre-delirante viva «al margen de la realidad en un mundo extraño» (14).

c) *Le convierte en eje de la vida*.

d) *Es una ruptura con la realidad*.

e) *Ininfluenciabilidad, incorregibilidad y convicción subjetiva*, debido a una convicción subjetiva de *estar* en la verdad» (15), que es la que hace el delirio (MINKOWSKI).

Pero más adelante complementa el concepto de delirio con las aportaciones de EY, para el que el delirio «no es solamente la idea delirante, sino reductible a su contenido. El tema desarrollado no es sino un reflejo, en la superficie de la conciencia, de la «ósmosis» de valores subjetivos y objetivos, de la desorganización de las relaciones entre el Yo y el mundo» (16). Aportaciones en las que va a apoyarse más adelante al poner énfasis no tanto en el sujeto como en la relación yomundo. «Todo delirio —dice EY— en cuanto alteración de la realidad, se inscribe en función de dos factores que constituyen el movimiento dialéctico de la misma. El yo y el mundo (...) cuando son fuerzas opuestas al yo las que limitan la potencia del mismo (ya sea la «realidad objetiva»,

ya sea «el prójimo») (17). «Si nosotros examinamos las imágenes de las diversas formas existenciales veríamos que lo que siempre reaparece como un *leit-motiv* es la alteración de las relaciones del yo y del otro que se organizan o se estructuran como experiencias vividas o como especies de *novelas* que constituyen el delirio mismo» (18). Y así llega al entendimiento de las relaciones —hombre-mundo, interhumanas, interpersonales—, donde la relación con el «otro» como persona se dará —siguiendo a LAIN ENTRALGO— «cuando yo participe de algún modo en aquello que como persona le constituye. (...) El otro tiene que ser para mí, y no sólo en sí y por sí mismo un «yo» íntimo y personal; o lo que es lo mismo, un «tú» (19).

III

Si repasamos lo visto hasta el momento y lo proyectamos sobre la realidad de la situación del hombre emigrante, tendríamos que formular las siguientes interrogantes: ¿cual es, como en la situación del hombre normal?; ¿cual es, como en el mundo normal de un hombre?. Y en acción de emigrar nos preguntaríamos también por su sentido, y por los presupuestos modélicos de su posible patología, puesto que «no puede haber una psico (pato) logía sin contar con el acto de conducta, y el acto de conducta tiene un sentido y, en consecuencia, el modelo del acto de conducta es modelo psico (pato) lógico si y sólo si hace entrar en su constructo el sentido de acto» (20), teniendo en cuenta que para la interpretación de los actos neuróticos o psicóticos que precisa de un «modelo de lo mental, modelo que implica el *acto* y su *sentido* y tras el cual emerge el *sujeto* (...) El modelo pues, no es biológico —si bien nadie niega que «algo» ocurre en

el organismo—, sino psicológico o, para mejor decirlo, antropológico, por que presupone al sujeto y sus relaciones intersubjetivas» (21).

Dentro de las obras de CABALEIRO, las aportaciones de los estudios realizados sobre la psicopatología de los emigrantes, son para mí las de mayor interés e importancia, tanto por las mismas aportaciones, como por el momento en que se hicieron, como por lo que el tema tiene de trascendencia en la realidad que estamos a padecer en Galicia.

Preguntémosnos pues, por la realidad del hombre emigrante. La realidad del hombre emigrado a Europa, se debe, como cualquier emigración, a una necesidad, perdiendo en primer lugar su propia realidad, la realidad que podría devenir posible en su mundo, en Galicia, donde, por lo mismo no es posible, perdiendo de esta forma no el *juicio* de la realidad, sino la realidad misma como devenir dialéctico. Vive además en contradicción interna que no es sino el reflejo de la contradicción externa yuxtaponiéndose y siendo la misma cosa lo externo y lo interno. Y así el hecho de la emigración se convierte en el eje de su existencia, de la vida suya y de la vida de los suyos (relaciones intersubjetivas, donde los otros son personas, son un «tú»), rompiendo de esa forma con la realidad (suya), de lo cual en verdad están convencidos, pues no hay mayores convicciones que las derivadas de un ajustamiento a las necesidades que en muchos casos, por la misma alienación no llegan a ser nunca «justificadas» (22). Pues es cierto que la realidad, completamente distinta a la que tienen que «ajustarse» muchos de nuestros emigrantes, es en este sentido una realidad delirante, si nos movemos dentro de las características generales que más arriba se die-

ron para el delirio, la existencia delirante de la situación anómica límite: o regresa (camino cortado, mejor no regresa-porque no fue) o delira, o se adapta al delirio del delirio mismo de la realidad; o rompe (la escisión delirante o la resolución). Por otra parte el concepto de «trema» de CONRAD viene al punto en estos hombres, puesto que muchos de ellos viven a cada momento a punto de entrar en escena, en ese escenario extraño, desconocido y amenazante que es el país donde «reside» y donde está viviendo una verdadera *novela* que más adelante relatará como tal, en su esfuerzo de adaptación, teniendo así las mejores condiciones para una «disafrentación» (23) que roza lo experimental. Lo mismo podríamos decir respecto a la vivencia de la «pérdida de la libertad», pues en los casos que nos mueven, dicha vivencia deriva la mayor parte de las veces de una pérdida real de la libertad, al variar las relaciones interpersonales de *su* mundo, pues sólo dichas relaciones —intersubjetivas— tienen carácter humano de acción intencional, en el entendimiento posible únicamente en el código común (lingüístico, político, social y cultural) de su comunidad, válido para el ejercicio pleno de la integración yo-mundo.

El hombre emigrado vive en constante amenaza, fuera de su mundo, por imperiosa necesidad, y de esta forma nuestra sorpresa es que, aún en esas condiciones, hay muchos hombres que no deliran, en una realidad que para ellos es una realidad verdaderamente no delirógena sino propiamente delirante.

IV

CABALEIRO no olvida, ni mucho menos, la importancia que lo social tiene como participante en los procesos psicopatológicos de los enfermos

psíquicos, y lo hace patente en los últimos trabajos, cuando se dedica de lleno a los problemas planteados a los emigrantes gallegos, y donde aporta una muy crecida casuística, si bien, y eso es lo que puede difuminar un poco la evidencia nuclear que en muchos casos tiene, no se aparta de su línea fenomenológica, lo que va a enriquecer, si cabe, aún más el contenido global de su obra.

De esa manera apunta como factores psicopatógenos que actúan sobre el emigrante actual, los siguientes:

a) El «sentimiento doloroso de lejanía», («nuestra» tierra), y este «nuestra» está subrayado por la verdad popular comunitaria, de algo «distinto» a «otras» tierras en «otros» lugares, en otros mundos (en el sentido zubiriano de mundo, el animal tiene «habitat», el hombre tiene «mundo», el mundo de su propia comunidad).

b) Aislamientos lingüísticos o idiomáticos.

c) Dificultades de adaptación a las nuevas formas de trabajo.

d) Aislamiento familiar.

e) Factores diversos ligados al ambiente propio del país, donde se puede subrayar la actitud de algunos pueblos disconformes con los emigrantes, a los que marginan y desprecian.

f) Los factores ligados a la emigración, la *situación* emigratoria y la personalidad de hombre-emigrante, tres factores básicos de la psicopatología de este «desplazamiento» humano.

CABALEIRO considera que al emigrar, «al trasplantarse el hombre a una nación extranjera, se encuentra, *de pronto*, inmerso en *otra* «circunstancia vital» nueva, y «personal» nueva, que puede ser no solo diferente, sino, en muchos aspectos, *opuesta* a aquella otra que *ha tenido* que abandonar, al menos temporalmente. De modo que *todo lo que él había asimilado a su personalidad* en cuanto a su

circunstancia anterior y de lo que fue *su mundo*, no le sirve *para adaptarse* a la nueva coyuntura, e incluso constituye un lastre, un obstáculo» (24). (Los subrayados son nuestros).

Debido al aislamiento lingüístico o idiomático CABALEIRO comprobó en los enfermos emigrantes, «reacciones delirantes de temática de perjuicio y persecución, y síndromes encuadrables en el «delirio sensitivo de auto-referencia o delirio sensitivo-paranoide «de KRESTCHMER», que les lleva al principio a un «verdadero aislamiento físico y, posteriormente, a actuar de algún modo sobre el ambiente a impulsos del despliegue del delirio» (25). Para CABALEIRO el desconocimiento del idioma es uno de los factores más grandes con que tropieza el emigrante gallego, y que «le conduce a situaciones de verdadero aislamiento» (26).

Vemos que hay, primero la hostilidad de *su* mundo que le empuja a la emigración (no es por tanto *su* —posesivo— mundo, porque no puede transformarlo, todavía no puede para hacerlo suyo) y, después, la propia hostilidad del país extranjero, donde la proyección delirante se ha de centrar «en el mundo exterior» y particularmente en el mundo social, que es verdadero mundo de la realidad emigrante, donde llega a creer que «los compañeros de trabajo vigilan y espían la labor que realiza en la fábrica, que al salir de esta le sigue la policía» etc. Realidad delirante no lejana de la llamada realidad no delirante, lo cual dará como consecuencia que sea precisamente en la primera etapa de la emigración donde broten «más del 50% de los síndromes agudos» (27), y es aquí donde los contenidos delirantes serán más que nunca el reflejo de un trabajo de *modificación profunda de la base existencial* de la vida

psíquica, donde el delirio, en tanto *alteración de la realidad*, supone una perturbación de *toda* la dinámica de las relaciones entre el yo y el mundo» (28). (El subrayado es nuestro).

V

Aunque CABALEIRO basa la exploración psiquiátrica fundamentalmente «en la captación fenomenológica de las vivencias morbosas, a través de la autodescripción que de ellas hace el hombre-enfermo-psíquico» (29), no por ello deja en olvido, ni mucho menos, el concepto de salud dado por la OMS, definida como un «estado de bienestar físico, mental y social», y el concepto de hombre como «unidad estructural», de cuerpo y alma, y como «ser social», el cual sólo estará sano si disfruta de «ese estado que calificamos de salud, cuando sienta un bienestar unitario, procedente de los tres ingredientes suyos: el cuerpo, la psique y lo social. Si uno de estos le produce de algún modo, un malestar «psíquico, mental y social», o la actividad de cualquiera de tales factores se halla perturbada, el hombre no disfrutará de lo que llamamos salud» (30). Y considera la salud mental «como estado de bienestar y adecuado funcionamiento de la actividad psíquica, como resultado de su eficiente estabilidad y de su rendimiento como tal, y de su coordinación armónica con la función desplegada, de un modo equilibrado, por su corporalidad, así como su eficaz relación dinámica con todo cuanto implica «lo social» (31). Por lo que el hombre, entendido como unidad estructural, no puede vivir y existir «en soledad», «ya que se halla radicalmente inmerso en el mundo, lo que le obliga a convivir con sus semejantes, con los demás hombres, y no sólo con las cosas que constituyen el mundo» (ni con los

hombres *cosificados*, ni cosificándose ellos mismos en las relaciones con los demás, añadimos nosotros). «Ello se debe —añade CABALEIRO— a que es, fundamentalmente, un ser social y, por eso, tiene que vivir en sociedad; es decir, en relación constante con otros hombres, para lo cual ha de establecer unos vínculos con ellos, que es lo que le hace persona; por tanto sus relaciones con los «otros», con los demás hombres, son denominadas «relaciones interpersonales» (32).

Dichas relaciones interpersonales tendrán valor antropológico, de intersubjetividad, sólo y cuando las condiciones socioeconómicas y culturales no sean de explotación y dependencia y se den a un nivel de igualdad.

-
- (1) E. EY.—"Estudios sobre los delirios". Ed. Paz-Montalvo. Madrid, 1950.
 - (2) CABALEIRO GOAS, M.—"Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas". Ed. Paz-Montalvo. Madrid, 1961.
 - (3) Op. cit. pág. 39.
 - (4) CABALEIRO GOAS, M. "Temas Psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales". Tomo II. Ed. Paz-Montalvo. Madrid, 1961.
 - (5) Op. cit. pág. 960.
 - (7) Op. cit. pág. 970.—(8) Op. cit. pág. 972.
 - (9) Op. cit. pág. 973.—(10) Op. cit. pág. 973.
 - (11) Op. cit. pág. 998.
 - (12) Op. cit. pág. 981.—(13) Op. cit. pág. 966.
 - (14) Op. cit. 967.—(15) Op. cit. pág. 968.
 - (16) Op. cit. pág. 969.—(17) Op. cit. pág. 1.059.
 - (18) Op. cit. pág. 1.216.
 - (19) Op. cit. pág. 1.187.
 - (20) CASTILLA DEL PINO. "Identidad epistemológica de la psico (pato) logía". Prólogo a "Introducción a la epistemología y Psiquiatría", de J. L. TIZON. Ed. Ariel. Barcelona, 1978.
 - (21) Op. cit.
 - (22) Sobre la "justificación" de los actos, remito a mi trabajo "Justificación del acto suicida". F. VIDAL., en Folia Neuropsiq. del Sur y Este de España. Vol. 6. núm. 2. Granada, 1971.
 - (3) El término "disaferentación" es usado en

- distinta aceptación de "desaferentación", y que intento abordar en el trabajo "Espacio social y conducta humana". F. VIDAL, en Archivos de Neurobiología. T. XXXIX. núm. 2. Madrid, 1976.
- (24) CABALEIRO GOAS, M. "Síndromes psicopatológicos condicionado por la inmigración". Premio "Alonso Allende". Bilbao, 1968.
 - (25) Op. cit.—(26) Sobre el tema del lenguaje hemos realizado un trabajo al que

- remitimos. VIDAL, F. "Lenguaje y desarrollo psicoafectivo. Bilingüismo y desarrollo psicoafectivo emigración en Galicia". Ach. Neurob. Mz. Abril. Madr. 1974.—(27) CABALEIRO GOAS, M. C. cit.
- (28) EY H. Op. cit.—(29) CABALEIRO GOAS (nota 24).—(30) CABALEIRO GOAS, "Salud mental y emigración gallega". Ponencia a las I Jornadas Migratori gallegas. Orense, 1968. (31) (32) Op. cit.

INDICE

	Pág.
El enfoque antropológico de la Psiquiatría. ¿Un camino a seguir?, por <i>J.L. Gómez-Reino</i>	7
Metodología psiquiátrica, por <i>L. de Castro y P. Sevilla</i>	17
Consideraciones generales sobre las epilepsias, por <i>L. González Anido, M. M. Rebolleda, J. L. Pérez Cid, y M. Rodríguez</i>	27
Bruxas, endiañados e tolos na Galicia histórica, por <i>S. Lamas</i>	33
Situación bioeléctrica cerebral de emergencia, por <i>J. L. Pérez Cid, L. González Anido, M.M.Rebolleda y M. Rodrigo</i>	43
Teoría del uso del guión en la producción científica de Cabaleiro, por <i>A. Rey y J. M. García de la Villa</i>	51
Factores sociales y psicopatología de los delirios en la obra de Cabaleiro, por <i>F. Vidal</i>	55

FE DE ERRATAS

(Página 32)

—*Diacepán*: Dosis oral diaria de 15 a 40 mg., fraccionada en cuatro o seis tomas por metabolizarse muy rápidamente.

Es eficaz en el 40% de las crisis, existiendo cierta tolerancia, por lo que su eficacia disminuye en un período de tiempo que oscila entre tres semanas y cuatro meses.

Indicaciones: Espasmos de flexión, Lennox-Gastaut, crisis parciales del lóbulo temporal, Drop attacks, mioclonias bilaterales, crisis convulsivas generalizadas tónicas y tónico-clónicas, crisis generalizadas no convulsivas.

—*Nitracepán*: Se metabolizan más lentamente.

Suele ser eficaz cuando deja de serlo el diacepán, en el Lennox-Gastaut, en el West y en las crisis psicomotoras y en las tónicas.

—*Clonacepán*: Su principal indicación son los estados de mal, actuando favorablemente en las ausencias típicas (sin cobertura barbitúrica), en las mioclonias, y disminuyendo las ausencias atípicas y las crisis tónicas; en las atónicas puede aparecer un efecto paradójico aumentándolas. Potencializa a la primidona, dionas y fenobarbital.

—ACTH

Tiene su máxima indicación en los espasmos infantiles del síndrome de West, logrando en un 56% el control total de las crisis, y en la transición del West al Lennox-Gastaut.

Se suele administrar a 5 U.I./Kg., aumentándose paulatinamente hasta el total control de las crisis, en un tratamiento de cuatro semanas para reducir gradualmente la dosis en un período de tres meses.