
HISTORIA DE LA PSICOPATOLOGIA

CARMELO VÁZQUEZ

BASES HISTORIOGRAFICAS

Quizás sea impropio hacer un recuento histórico de la Psicopatología como disciplina reconocible remontándonos mucho en el tiempo. Si bien la preocupación por la conducta anormal ha sido una constante histórica en todas las civilizaciones, hasta finales del siglo XIX no surge en el marco general de las ciencias una disciplina formal dedicada al estudio científico de tales comportamientos.

Si una de las actividades y motivaciones básicas humanas es la búsqueda de explicaciones causales para comprender lo que ocurre a su alrededor (Vázquez, 1985), no parece aventurado conjeturar que los intentos de explicación del comportamiento anómalo han estado siempre presentes en la historia de la humanidad. Posiblemente la razón de esta persistencia reside en que la identificación y comprensión de dicho comportamiento es un factor que facilita la cohesión social del grupo (Scheff, 1981; Spa-

nos, 1985). Al definir y señalar lo que es *anómalo*, los grupos humanos han establecido códigos de comportamiento «normal» que sin duda han sido de importancia para su propia supervivencia. Un ejemplo de esto puede ser el de la casi universalidad espacial y temporal de la sanción del incesto (Masters, Johnson, y Kolodny, 1987).

Parece obvia la importancia del estudio de la historia. Su análisis nos permite tanto un mejor conocimiento de las experiencias pasadas, como guiar y evaluar de modo más adecuado nuestro presente (Mora, 1970). Además es importante conocer que muchos conceptos y teorías no surgen «ex novo» sino que en muchos casos tienen significativos antecedentes; este hilo de continuidad entre el pasado y el presente muchas veces está ausente o claramente deformado. Como ha demostrado Berrios (1985) en su excelente trabajo sobre la historia del concepto de las «obsesiones», en muchos manuales actuales (por ejemplo, Rach-

man y Hodgson, 1980) las raíces históricas del concepto están falseadas o simplemente se desconocen. El esfuerzo por conocer el pasado favorece, por lo tanto, una mejor construcción del *corpus* teórico de una disciplina.

Antes de adentrarnos en una breve revisión histórica, queremos efectuar dos matizaciones. En primer lugar, la historia de la Psicopatología, entendida como una disciplina científica con un objeto de estudio delimitado es muy reciente. En segundo lugar, la explicación de cómo se ha abordado la conducta anormal a lo largo de la Historia está repleta de lagunas o, mejor aún, es una laguna con algunas islas de conocimiento. En efecto, los documentos que nos han llegado son escasos y parciales y, a lo sumo, podemos efectuar una *reconstrucción* que a veces no está lejos de una mera especulación.

A pesar de estas dificultades, existe un interés renovado por la historia de la Psicopatología. Posiblemente, una buena parte de este resurgimiento se debe a que, desde los años sesenta, existe una crisis dentro de la propia Medicina respecto al trato que, desde esta disciplina, se ha ofrecido secularmente a los «enfermos mentales». Las investigaciones históricas críticas de Foucault y de Szasz, o el movimiento antipsiquiátrico, por ejemplo, en donde se criticaba con dureza el papel coercitivo que históricamente ha tenido la Psiquiatría, tuvieron en esa década un efecto catalizador de dicha crisis.

Los nuevos historiadores de la disciplina han puesto de manifiesto su decidida aversión hacia los textos históricos clásicos, a los que se acusa de tener un carácter marcadamente finalista y autojustificador. En efecto, en estos textos tradicionales se explica el desarrollo histórico de la disciplina como una evolu-

ción lineal en la que los tratos inhumanos de la locura se han ido suavizando progresivamente a la par del desarrollo científico. Sin embargo, como analizaremos más adelante, esta visión lineal de progreso está lejos de la realidad. De modo semejante, algunos textos históricos, como los de Zilboorg y Henry (1941) o Mora (1982), presentan la sucesión de acontecimientos como algo «lógicamente» encaminados al advenimiento de las teorías psicodinámicas. Este carácter teleológico también limita el alcance de muchas revisiones históricas que pretenden ser comprensivas.

Otra de las limitaciones básicas de los libros publicados sobre la historia de la conducta anormal es que se ha carecido de especialistas que miren no tanto a los nombres propios de la Historia, los «hechos», o los documentos, como el *Zeitgeist*, o espíritu de la época. Se necesita escribir la historia «desde abajo», es decir, teniendo en cuenta los factores económicos concretos, presiones sociales, y sobre todo las ideas de la época (Bynum, Porter y Shepherd, 1985; Postel y Quétel, 1987). En definitiva, dado el carácter social y cultural *implícito* de la definición de lo psicológicamente anómalo, la interdisciplinariedad en su análisis histórico no es algo sólo aconsejable sino necesario. La conducta anormal surge en un contexto social, económico y político y su carácter de *anormal*, está en buena medida *conferido* —o «fabricado» (cf. Szasz, 1974)— por la propia colectividad en la que se produce el fenómeno.

Las críticas de Foucault, Szasz, a la historiografía de la Psicopatología han tenido una importancia capital en el desarrollo de la investigación histórica reciente, pero quizás exista ahora el peligro de que estas concepciones, iconoclastas y revulsivas en su tiempo, se

conviertan en dogma. Un ejemplo ilustrativo de este peligro es que multitud de textos de Psicopatología en los años setenta y ochenta, han ido repitiendo el fascinante relato —comentado por Foucault (1976)— de que en la Edad Media, en algunos lugares de Europa Central, los locos eran recogidos por las autoridades y forzados a navegar juntos sin rumbo fijo a lo largo de los ríos. Esta narración se ha convertido en un tópico para el que, como han demostrado Maher y Maher (1982), no existe ni un solo documento histórico que avale su verosimilitud.

En esta misma línea cabe señalar la facilidad con que comúnmente se acepta la ya consabida identificación de brujería y locura para explicar la «caza de brujas», iniciada en la Edad Media, de tal modo, que se afirma que los actos de brujería simplemente eran, conforme a los criterios actuales, conductas psicóticas (ejemplo: Zilboorg & Henry, 1941). Pero en este caso, tampoco disponemos de datos fidedignos (por ejemplo, transcripciones de interrogatorios) que permitan establecer objetivamente dicha correspondencia (Rosen, 1974; Spanos, 1978). Estos breves ejemplos ilustran a la perfección no sólo la carencia de datos que nos permitan elaborar una historia unívoca de la locura, sino como la avidez por los mismos puede fomentar su aceptación acrítica.

Por último, un punto de partida importante para comprender la historia de la Psicopatología es que la explicación de la conducta anormal casi siempre ha discurrido en paralelo con los principios explicativos de la conducta *normal*. Así, por ejemplo, las explicaciones demonológicas de la locura se inscriben justamente en un contexto cultural en el que se concibe que la conducta humana puede estar fuertemente influida por el dia-

blo. Como señalan Rosenhan y Seligman (1984, pág. 22), «...cuando el mundo se percibe en términos supranaturales, es probable que la anomalía se conceptualice como un fenómeno supranatural».

CULTURAS PRELITERARIAS

Es difícil establecer cómo se concebía la conducta anormal antes de la existencia de testimonios escritos. Existen algunas pruebas indirectas que permiten hipotetizar la existencia de un pensamiento mágico en el que la «posesión» demoniaca jugaba un papel crucial en la explicación de la locura. (Por cierto, empleamos el término «locura» para designar la forma psicopatológica más extrema, en principio asimilable a lo que actualmente consideramos «conducta psicótica». Aunque el ámbito que actualmente cubre la Psicopatología excede con mucho esta demarcación, en torno a la pérdida de razón se articula buena parte de la Historia de la conducta anormal.)

La creencia de que el mundo natural está lleno de espíritus y demonios que intervienen en el destino de los hombres está o ha estado presente en prácticamente todas las culturas de la humanidad y ha perdurado a lo largo de toda su historia. Existen una serie de elementos comunes a la mayor parte de las sociedades humanas: la creencia en el valor curativo/exorzizador de la palabra, la creencia en el valor purificador de ciertos elementos como el agua, la creencia en la influencia de mensajes telepáticos, etc. (véase Mora, 1982). Los demonios han sido uno de los compañeros de viaje más fieles de la especie humana. De hecho, arrojados bajo diferentes palabras, ritos, ceremonias y tradiciones, la

creencia en ellos aún *persiste* en la mayoría de las religiones e incluso en una buena parte de explicaciones profanas sobre la conducta humana.

La intervención de estos seres maléficlos autónomos en la conducta de los hombres puede actuar mediante dos procedimientos (Ellenberg, 1974). Por un lado, pueden llegar a morar dentro de una persona (*posesión*), de modo que la volición de la persona poseída queda en estrecha dependencia de tales seres. En segundo lugar, otro procedimiento típico de influencia demoníaca es el del *robo* del alma. Estas dos creencias son bastante constantes en culturas muy diferentes. Los estudios de psiquiatría transcultural demuestran cómo estas creencias míticas pueden ser un tema ansiógeno e incluso llegar a constituir el tema fundamental de algunos delirios (Butcher y Bemis, 1984).

La creencia de una causa supranatural *implica* consecuentemente la administración de un tratamiento supranatural. Cuando se «diagnostique» una pérdida o robo de alma será el chamán el encargado de recuperarla mediante una serie de ritos, normalmente paroxísticos, mediante los que pretenden entrar en contacto con el mundo oculto que se supone está detrás del «paciente». Si se diagnostica posesión, el objetivo del tratamiento será expulsar al intruso mediante exorcismos. Por último, si el individuo afectado se cree que está bajo los efectos de una magia negativa, el tratamiento será intentar una contramagia que anule los efectos nocivos de la primera (Ellenberg, 1974). En contra de lo que muchas veces se ha sugerido, los chamanes no son enfermos psicóticos. A diferencia del poseído, el chamán controla *voluntariamente* su «representación» (Murphy, 1974). Por otro lado, autores como Torrey (1972), ha señalado

que dado el carácter catártico de estas ceremonias y las funciones típicas de interpretación de sueños que ejercen los chamanes, éstos ejercen funciones similares a los clínicos de las sociedades occidentales.

Desde hace un siglo, los arqueólogos han recogido varios cráneos —algunos de ellos con una edad de quinientos mil años (Davison y Neale, 1980)— en los que se observan trepanaciones o incisiones craneales practicadas a propósito. Es posible que una de las razones de dichas trepanaciones fuese la de «liberar» a la persona del espíritu que la había poseído. De hecho, la trepanación con el fin de que saliesen por ella espíritus o vapores malignos, ha sido una práctica habitual en muchas culturas, desde las mediterráneas a las precolombinas. Cuadros como *La operación de las piedras* de el Bosco son un bello ejemplo de estas manipulaciones quirúrgicas que, en muchos casos, eran consideradas procedimientos de charlatanes (Heers, 1980). Estas prácticas son interesantes porque, a) ponen de manifiesto la constante de que el «tratamiento» administrado dependerá del tipo de causa propuesta (Rosenhan y Seligman, 1984), y b) ponen de manifiesto que incluso desde tiempos remotos la cabeza se ha considerado un lugar privilegiado en relación con las emociones, la voluntad y la conducta.

Hacia el cuatro mil, a. de C., surgen los primeros imperios egipcios y asiáticos con sistemas sociales y administrativos complejos y aparecen los primeros legados importantes escritos. A partir de entonces comienzan a aparecer tratados teóricos sobre la etiología y tratamiento de enfermedades físicas. Ahora bien, tanto en esta época como en anteriores, conviven sacerdotes y curanderos o médicos. Incluso, los sacerdotes adquieren

un prestigio tan grande que a veces llegan a ser divinidades. Un ejemplo posterior de esto es el de Escolapio, venerado en toda Grecia y cuyos centros de cura, a lo largo de la costa griega, se convirtieron en focos de peregrinación para los enfermos (Ellenberg, 1974).

Una constante histórica de la mayoría de las civilizaciones es que, efectivamente, ha *coexistido* una Medicina natural y una medicina mágica en la misma colectividad. El objeto de la primera ha sido tratar aquellas enfermedades explicables (traumatismos, heridas, infecciones...), mientras que la medicina mágica, llevada a cabo por sacerdotes y no por curanderos, tiene como objetivo ofrecer tratamientos para lo inexplicable (ejemplo, conductas inesperadas o extravagantes), o para lo que la medicina natural no ofrece curación. Estas dos tradiciones están fuertemente arraigadas en casi todas las culturas humanas y han persistido hasta nuestros días.

Tanto en el Antiguo Testamento, como en escritos indúes (por ejemplo, el Mahabharata), o en textos de Medicina china aparecen descripciones, normalmente vagas e imprecisas, de conductas psicopatológicas. Así, en el Deuteronomio se afirma que Dios castigará a aquellos que violen sus mandamientos con «la locura, la ceguera y la paralización del corazón». Saúl es, asimismo, un personaje del que se nos relatan problemas psicológicos: tiene accesos de irritabilidad extrema, manifiesta una gran suspicacia hacia David, y finalmente comete suicidio. Además, es el primer caso conocido sobre el uso terapéutico de la música (Rosen, 1974). Dado el pensamiento mítico que domina este periodo, en general se arguyen dos grandes causas de locura: por designio divino o por castigo ante conducta desviada (pereza, hipersexualidad, etc.) —Mora, 1982.

LA ANTIGÜEDAD CLÁSICA. GRECIA Y ROMA

La tradición hipocrática

Tradicionalmente se sitúa en Grecia el origen de la Medicina Occidental. Aunque Hipócrates (460-377 a. de C.) es el hito histórico más importante, éste recoge a su vez los conocimientos de médicos previos. La figura de Hipócrates es señera pues desecha la superstición y los espíritus como el origen principal de los males físicos y mentales de los hombres. En la medicina hipocrática se otorga un gran énfasis a la clínica, de tal modo que la observación objetiva de los síntomas y el juicio clínico se convierten en la principal herramienta del médico.

Hipócrates propone que los trastornos mentales son semejantes a las enfermedades físicas por cuanto que ambos obedecen a alguna alteración anatómica (básicamente cerebral) o fisiológica. Sin embargo, dada la escasez de conocimientos fisiológicos de la época, la medicina hipocrática es una medicina «axiomática» (cfr. Ellenberg, 1974). Es decir, los datos clínicos recogidos a través de la observación del paciente son interpretados según una serie de principios apriorísticos de nula validez. Un claro ejemplo de esto lo constituye la explicación de la histeria. Se consideraba que era una enfermedad consistente en poseer un útero errante («hystera») debido a la ausencia de relaciones sexuales (Veith, 1965). La distinta localización de los síntomas en una u otra parte del cuerpo dependía de la «ubicación» final del útero. Acorde con esta teoría etiológica, el tratamiento propuesto consistía en masajes e inhalación de sustancias repugnantes o fétidas y fragancias perfumadas con el fin de devolver dicho órgano a su sitio. Estas prácticas «terapéuticas», pre-

sentes desde el Antiguo Egipto, se han mantenido incluso hasta comienzos de nuestro siglo.

En paralelo con la búsqueda que la Filosofía inicia para hallar los principios elementales del Universo (Empédocles había señalado como elementos el agua, el aire, el fuego, y la tierra), desde la Medicina hipocrática se propone la existencia de cuatro humores o fluidos básicos del organismo: sangre (procedente del corazón), bilis amarilla (del hígado), bilis negra (del bazo y el estómago), y flema (del cerebro). Del equilibrio de estos cuatro humores dependerá la salud del individuo. La preponderancia de cada uno de estos humores dará lugar respectivamente a cuatro diferentes temperamentos (voluble, colérico, melancólico, e indolente) y en caso de desequilibrios grandes o *discrasias* —fuesen congénitas o debidas a factores como el clima o la alimentación— se recomendaban purgas o una dieta y régimen de vida adecuados con el fin de recuperar la homeostasis humoral.

Hipócrates nos legó la primera clasificación de los trastornos mentales al dividirlos en manía, melancolía y frenitis. La presencia o ausencia de dos síntomas (fiebre y agitación) caracterizaba cada uno de ellos. Asimismo, existirían también algunas enfermedades peculiares como, por ejemplo, las enfermedades «femeninas» asociadas al útero o enfermedades como la epilepsia, tratada en su libro *La enfermedad sagrada* en el que a pesar de su título, rompe con la vieja tradición de considerarla como una forma religiosa de enfermedad (Temkin, 1971). La concepción determinista y axiomática de Hipócrates queda bien reflejada en el siguiente pasaje de este libro: «Si el cerebro está corrompido de flema los pacientes permanecen tranquilos y silenciosos; si lo está por la bilis

(amarilla), se muestran vociferantes, malvados y actúan de modo inadecuado. Si el cerebro está caliente (por la sangre), aparecerán terrores, miedos y pesadillas; si está demasiado frío (por la bilis negra), los pacientes se mostrarán tristes y preocupados».

Todo este esquema explicativo de las enfermedades es aceptado por otros pensadores griegos, de modo que el saber hipocrático se convierte en el paradigma del conocimiento médico, y pasarán más de veinte siglos antes de que un nuevo paradigma sustituya al anterior. La medicina hipocrática, se transmitirá a Alejandría y, posteriormente, al mundo árabe tras su paso por Siria y Persia.

El influjo de la teoría de los humores en la Medicina Occidental es enorme. Sin apenas cambios destacables, la tradición hipocrática persiste hasta el siglo XVIII o incluso, como en el caso de España (Dieckhöfer, 1984), hasta bien entrado el siglo XIX. Una muestra de este influjo es la existencia de la enfermedad de los «vapores» (John Purcell, en 1702, publica *Treatise of Vapours*), de moda en el siglo XVIII en las clases altas (Skultans, 1979), consistente en un inesperado malestar y desvanecimientos, producto todo ello de los «efluvios» procedentes del útero.

La tradición galénica

El periodo romano no aporta grandes novedades a la descripción y estudio de la locura. Es interesante que en el ámbito del Derecho romano ya se reconoce que el estado mental del acusado puede ser un *atenuante* de la pena, lo que es siempre una vía adicional para analizar el concepto que tiene una sociedad sobre el comportamiento anormal.

La figura de más relieve de este periodo es Galeno (138-201 d. de C.). Sus opiniones apenas se alejan del marco hipocrático y a través de él se incorpora la teoría humoral hipocrática a la tradición médica y filosófica occidental. De modo similar a concepciones actuales de la Psicopatología, Galeno considera que el miedo (*distimia*) está presente en la mayoría de las alteraciones mentales. No obstante, a pesar de su fidelidad a las teorías de Hipócrates, Galeno ya considera que el útero es un órgano sexual normal. En contra de la opinión del andaluz Séneca (4-65 d. de C.), considera que la razón no es el único origen de la enfermedad sino que las alteraciones de las pasiones también juegan un importante papel. Aunque Galeno sistematiza a ultranza el saber hipocrático en multitud de tratados, hay una sustancial ausencia de escritos de autores en los siguientes siglos.

En cuanto al tratamiento de las alteraciones mentales no se sabe mucho. En todo caso, tan solo se proporcionaba cuidados a pacientes de clases altas. En el tratado de Celsus (en el siglo I d. de C.) existe un capítulo para las alteraciones mentales con recomendaciones terapéuticas tan variopintas como guardar ayuno, atemorizar al paciente, sorprenderle con duchas inesperadas de agua fría, etc. Pero además de las terapias somáticas también se ofrecían ciertas sugerencias psicoterapéuticas. El propio Galeno en *El tratado de las pasiones* describe una figura próxima al psicoterapeuta, que se erige como un mentor que señala los defectos y ayuda a equilibrar emocionalmente al paciente empleando básicamente terapia verbal (Lain, 1970). Así pues, las raíces de la psicoterapia están claramente presentes en las culturas greco-latina y mesopotámica a través de la citada terapia verbal

y también la interpretación de los sueños (Mora, 1982).

LAS EDADES MEDIAS

Marcos culturales medievales

En el ámbito Occidental no surgen novedades cruciales en la concepción de las alteraciones mentales. Sin embargo, dos hechos de gran importancia, en cierto modo antiéticos, se desarrollan durante esta época. En primer lugar, comienzan a fundarse *centros hospitalarios* en los que se da acogida a personas que sufren trastornos mentales y conductuales severos y, en segundo lugar, surge un fenómeno de identificación y *persecución* a ultranza de un cierto tipo de anomalía conductual que conllevará consecuencias trágicas sobre la faz de Europa: la brujería.

Tres diferentes marcos culturales coexisten durante este periodo: el bizantino, el árabe y el cristiano. Bizancio, que sobrevive como centro de civilización hasta el siglo XV (1453), actúa como puente privilegiado en la transmisión del conocimiento helénico al mundo árabe y, además, incorpora en su seno cultural muchas tradiciones y saberes orientales. Aunque incorpora algunos nombres de relieve como el galénico Alejandro de Tralles (525-625) que describe la locura circular, la medicina bizantina sigue fielmente los principios humorales.

Los árabes, cuyo imperio florece desde el siglo IX hasta el XV, transmiten el conocimiento del mundo griego y romano al resto de Occidente. Aunque en Medicina siguen también la tradición humoral, tienen cierta importancia en la historia de la Psicopatología pues probablemente se debe a ellos el surgimien-

to de los primeros hospitales o centros de cuidado y protección para los locos. Al menos desde el siglo VIII se crean asilos en Bagdad, Damasco, Fez, El Cairo, etc. El trato humanitario que los árabes dispensan a las personas con trastornos mentales, se basa en la creencia musulmana de que el loco es un elegido de Dios para hablar a través de él (Dickhöffer, 1984).

Avicena (980-1037) es la figura más importante de este periodo. Siguiendo la escuela galénica, escribe su famoso *Canon*. En este libro, que sirve de manual durante muchos siglos, se resalta la importancia de ciertas facultades psicológicas (imaginación, memoria y razonamiento) para la medicina. Es muy interesante el hecho de que en dicho texto se dedique un capítulo entero a la psicopatología descriptiva, en el que se detallan diversas alteraciones de las mencionadas funciones.

El saber que se transmite durante la Edad Media no es empírico sino que persiste inalterada la tradición axiomática. De hecho, como explica Diethelm (1971), la enseñanza de la medicina durante la Edad Media se basa en buena medida en lectura en clase de textos de Galeno y Avicena y el posterior comentario por parte del profesor.

Es en el entorno cristiano donde se producirán los fenómenos históricos más interesantes para nuestra breve historia de la anormalidad. El auge del Cristianismo no supone el olvido de las tradiciones demonológicas. Por el contrario, ésta es una religión, como muchas otras, de carácter dual (Rosen, 1974). Empleando palabras de San Agustín, existen por derecho propio tanto una *civitas Dei* como una *civitas Diaboli*. Los espíritus malignos siempre han jugado destacado papel dentro del cristianismo y su imaginaria como clara-

mente se advierte en el Nuevo Testamento.

Muchos fenómenos característicos del cristianismo, como el éxtasis, el misticismo, las apariciones, la resurrección de los muertos, etc., son claramente fenómenos anómalos desde una perspectiva general y objetivamente pudieran ser calificados de locura. De hecho, autores como Erasmo de Rotterdam (1437-1536) los analizaron en este sentido.

Anormalidad, heterodoxia y brujería

Durante la baja Edad Media hay una relativa permisividad hacia los rituales paganos y demonológicos. Como queda patente en obras como *La Celestina*, casi todos los individuos recurren a magos o brujas para resolver problemas, conocer el futuro, etc. A menos que se les acusase de algún acto criminal grave, las personas que practicaban tales ceremonias no sufrían persecuciones.

A mediados del siglo XV este clima de tolerancia se reduce. La brujería deja de considerarse como un «residuo del paganismo» y comienza una auténtica persecución. Varios factores confluyen en la explicación de este giro. Existe una crisis social general motivada tanto por el hambre, la peste y la miseria que azotan Europa a mediados del siglo XIV, como por una importante crisis política a causa de las sangrientas pugnas de poder entre gremios, patricios y nobles (Martin, 1988). También se observa, por último, una crisis psicológica por la falta de cauces que disponen los individuos para expresar sus protestas y su malestar (Rosen, 1974). Posiblemente la proliferación de las «fiestas de locos», carnavales, procesiones, etc., durante la Edad Media pudiera deberse a que esas serían casi las

únicas ocasiones en las que los ciudadanos tienen oportunidad de burlarse del poder, caricaturizándolo (Heers, 1988).

A lo largo de la Edad Media comienzan a surgir críticas contra la Iglesia Católica que comienzan a tener cierto eco social. Ante esta escena general, la disidencia comienza a ser tachada de herejía y así, en aras de la pureza ideológica, la Iglesia Católica comienza a perseguir las voces discordantes. Con esta política la Iglesia intenta tanto controlar el magisterio y lograr un poder hegemónico, como autoafirmar su propia *identidad* cuestionada por los herejes.

El instrumento de persecución contra la herejía en la Santa Inquisición, creada por Inocencio III en 1199. No obstante, la herejía fue transferida poco después al derecho canónico en el Sacro Imperio Romano de modo que el Estado se hace partícipe de esta persecución (Mora, 1982). En el siglo XIII la Inquisición comienza a perseguir a brujos y magos, además de continuar persiguiendo a los herejes. Herejía y brujería comienzan a ser equiparadas, de modo que los herejes son acusados de prácticas satánicas (carnibalismo, vuelo en escobas, infanticidios, etc.) y, a su vez, la brujería ya no es considerada un rito pagano, sino que se le concede, en virtud del dualismo teológico citado, carácter de verdad. De este modo, por ejemplo, autores como Santo Tomás de Aquino (1225-1274) efectúan completos estudios de la brujería en los que se analiza concienzudamente la posibilidad de relaciones sexuales entre los hombres y el Diablo.

En el siglo XV esta persecución adquiere caracteres de epidemia en Europa. Inocencio VIII, en 1484, declara una «guerra abierta a las brujas» en su bula *Summis Desiderantes Affectibus* y años después se publica el famoso *Malleus Malleficarum* (1489) de los dominicos

Sprenger y Kramer, un auténtico «vademecum» (cfr. Torrey, 1980) de la caza de brujas. En este libro, que alcanza más de treinta ediciones en los dos siglos siguientes, se aconseja minuciosamente sobre los procedimientos de interrogación en los procesos contra brujas y se describen pormenorizada y morbosamente, al igual que en el *Formicarius* (1437) del también dominico Nider, las prácticas sexuales de las brujas (Alexander y Selesnick, 1970). Se emplea una diversidad de procedimientos «diagnósticos», tales como las inmersiones en agua, la búsqueda de sapos grabados en el iris, búsqueda de marcas corporales, e incluso entrevistas formales como la empleada por el Consejo General de la Inquisición a principios del siglo XVII (Caro Baroja, 1973, 1974). Joseph Zubin señalaba con ironía que quizás le cabe a la Santa Inquisición el dudoso privilegio de haber inventado las primeras entrevistas estructuradas de la historia de la Psicopatología (Spitzer, 1984).

Un viento de locura colectiva azota el continente y se estima que entre la mitad del siglo XV y el final del siglo XVI más de 100.000 personas fueron ajusticiadas en toda Europa a causa de la brujería (Deutsch, 1949). La persecución por motivos religioso-ideológicos se convierte, de este modo, en uno de los métodos más efectivos de control social (Mora, 1982). La persecución contra la brujería no es en absoluto exclusiva de la Iglesia Católica. En los países en los que cobra auge el protestantismo la persecución es igual, o aún más encarnizada, también en base a su concepción teológica dual.

Brujería y definición de la anormalidad

Un aspecto importante de la brujería es que normalmente son *mujeres* las en-

causadas. A ellas se les atribuye un deseo carnal insaciable y cierta proclividad a encarnar el mal. A los hombres, por el contrario, se les suponía inmunizados a la posesión pues Cristo había sido varón (Rosen, 1974). Todo esto parece demostrar una profunda misoginia en el clima social y político de la época y, seguramente, un profundo temor a una mayor libertad en la expresión sexual de la mujer que se favorece durante el Renacimiento. De hecho, una de las acusaciones más habituales en los procesos de brujería eran las prácticas sexuales aberrantes en las que, a veces, podía participar el Diablo. Para muchos autores, la Psicopatología ha tenido a lo largo de su historia (Skultans, 1979; Showater, 1981, 1985; Harris, 1985), e incluso hasta la actualidad (Kaplan, 1983), una actitud estigmatizadora hacia las mujeres.

La brujería es manifiestamente un acto de anormalidad conductual y de transgresión de los códigos sociales consuetudinarios de comportamiento. Desde este punto de vista es interesante analizar cómo la colectividad reacciona ante la ruptura de las «normas residuales» o no escritas (Price, 1981). Sin embargo, apenas conocemos qué personas eran acusadas de brujería. Dado que no disponemos de transcripciones de interrogatorios ni descripciones objetivas del comportamiento de los acusados, puede ser aventurado ofrecer un diagnóstico de los mismos. Es muy probable, no obstante, que muchas «brujas» fuesen en realidad ancianas con demencia senil, esquizofrenia, o incluso epilepsia cuyas convulsiones motoras eran interpretadas como evidencia de «posesión». Sin embargo, a pesar de que en algunos casos es posible efectuar un diagnóstico retrospectivo (Mora, 1982; Rose, 1974), es casi imposible dar respuesta global a este problema.

En cualquier caso, si un porcentaje significativo de los acusados de brujería eran personas aquejadas de algún cuadro psicopatológico grave, ello nos conduce a reconocer que el contenido del delirio está moldeado por las creencias y el clima social de las circunstancias temporales y espaciales en que el sujeto está inmerso (Murphy, 1976). Hoy día es relativamente infrecuente que el contenido de un delirio esquizofrénico sea el de la posesión diabólica y/o el contacto con el diablo, mientras que son más frecuentes los delirios con contenido tecnológico (por ejemplo, creer que hay micrófonos dentro de la propia cabeza que transmiten el pensamiento).

Otro fenómeno peculiar de la Edad Media es que, quizás como un modo de expresión emocional no sancionado, comienzan a producirse en Europa fenómenos de «locura colectiva», es decir, alteraciones extremas del comportamiento que, a modo de epidemias más o menos breves, se extienden por determinadas comarcas. Como ha señalado Rosen (1974), estos fenómenos no tienen una sencilla explicación. Las creencias populares supersticiosas (por ejemplo, creer que si se bailaba sin parar, uno quedaba inmunizado ante una posible picadura de tarántula), junto con la imposibilidad cotidiana de expresión emocional, pudieran ayudar a explicar estos fenómenos colectivos. Es muy famosa la epidemia de danza del siglo XIV, o también la extendida creencia en licantropía, que hacía vagar a hombres y mujeres por los campos y cementerios aullando como lobos, de la que, por cierto, poseemos la primera descripción completa desde el siglo II de nuestra era (véase Diethelm, 1971, pág. 20).

Una incógnita histórica de enorme relevancia es la de averiguar cómo se efectuaba el diagnóstico diferencial entre

brujería y locura. Al menos desde el siglo XVI la Iglesia Católica distinguía entre la auténtica pérdida de razón y la brujería (Rosen, 1974), aunque aún hoy día no están claras las bases de aquella distinción. De hecho, parece que esto suponía difícil dilema para los médicos de la época y apenas se mencionaban estos procedimientos diagnósticos en los textos de Medicina (Diethelm, 1971). Esta es una época repleta de locos, iluminados, ascetas y místicos, y aún no sabemos qué circunstancias personales o sociales determinaban que fuesen perseguidos o no.

Es probable que el clima de represión brutal contra la pérdida de la razón explique el hecho de que durante la Edad Media comiencen a proliferar descripciones literarias y pictóricas de la locura. En definitiva, surge cierto interés por intentar *identificar* de un modo más preciso aquello que se teme. De este modo, la locura es representada literariamente en las farsas festivas y en los escritos. El «loco» es una persona que come queso (un alimento considerado impuro) y puré de guisantes, viste capirotes con largas orejas (véase el cuadro *La casa de los locos* de Goya), y en sus manos lleva varas de mando o báculos. Existen también «locos de corte», bufones, etc., que representan imágenes «domesticadas» de la locura; así, por ejemplo, Luis XI entró en París en 1461 acompañado por un «loco» en su comitiva (Heers, 1988). Por tanto, además, de motivo de escarnio, la figura del loco en estos contextos sirve para proyectar las propias angustias de la colectividad.

Durante esta época los considerados «locos» no son dejados en libertad sino que, tras exámenes llevados a cabo por médicos o autoridades civiles normalmente se les confina en celdas o pabellones alejados de la ciudad o en torres.

Ahora bien, en contra del tópico de la consideración de la Edad Media como una época tenebrosa y deshumanizada (por ejemplo, Ackerknecht, 1962; Alonso-Fernández, 1976), en nuestra opinión presenta en realidad perfiles claros y más complejos de lo que a través de una mirada superficial pudiera concluirse. En la baja Edad Media el trato a los locos no es especialmente represivo. Las instituciones religiosas cristianas dan acogida a estas personas proporcionándoles alimento y cuidados (Dieckhöffer, 1984), a no ser que fuesen violentos o peligrosos. Dentro del ámbito de médicos y pensadores también se sugerían tratamientos piadosos. Sin embargo, este clima benevolente se va transformando progresivamente según la Iglesia Católica se va sintiendo acosada por los movimientos cismáticos, lo que cobra un auge especialmente virulento durante el Renacimiento.

EL RENACIMIENTO

La medicina precientífica

Durante el Renacimiento, tradicionalmente considerado una época de exaltación de los valores humanistas y comienzo del culto a la razón, paradójicamente se recrudece la persecución contra la brujería. Es posible que esta acentuación de la caza de brujas sea en parte una forma de reacción excesiva de la Iglesia ante el inicio de una progresiva secularización de la sociedad.

En el terreno de la gestación de la ciencia, esta es una época de transición entre la medicina clásica y la moderna. Autores como Vesalio favorecen una profunda transformación del saber anatómico y, en general, comienza a romperse «la dominación tiránica del siste-

ma galénico» (Ellenberg, 1974, pág. 15). Así, el genial y esotérico Paracelso (1493-1541), médico y alquimista, quema en Basilea en 1527 las obras de Galeno (Lain, 1951), gesto similar al de Lutero cuando quema la bula papal en Wittenberg. Aunque dentro de las formulaciones galénicas, Félix Platter (1536-1614) también es un autor de extraordinaria importancia pues en su *Praxis Médica* (1602) ofrece un verdadero tratado psiquiátrico en el que si bien defiende la existencia de posesiones auténticas, ofrece explicaciones «médicas» para los fenómenos de brujería.

Humanistas como Juan Luis Vives (1492-1540) en su *De subventione pauperum* (1525) escriben ardientes defensas, sorprendentes por su progresismo, en favor de un trato humano para con los enfermos mentales (Clements, 1967).

Al constituirse el hombre en el centro de observación, se hace popular la *fi-siognomia* con figuras tan descollantes como della Porta (1535-1615). Esto tiene un gran interés para la Psicopatología pues así se inicia una larga tradición de análisis psicológico en función de los rasgos faciales. Esta peculiar vía de estudio daría lugar a multitud de abusos (Gould, 1986; Zenderland, 1988) y perdurará hasta principios del siglo XX con las teorías de Lombroso y los constitucionalistas como el alemán Ernst Kretschmer o el británico Sheldon (véase Caro Baroja, 1987).

En esta época también aparece la figura descollante de Johann Weyr (1515-1588), considerado por muchos el «primer psiquiatra» de la historia de la Medicina, quien en su obra capital *De Prestigijs Daemonum* se alza contra la persecución indiscriminada de brujas empleando para ello argumentos psicopatológicos. En este libro también efectúa descripciones clínicas detalladas de

algunas alteraciones mentales y defiende un tratamiento por empatía y comprensión. Este texto, sin embargo, no sólo fue desoído sino que incluso figuró en el índice de libros prohibidos hasta principios del siglo XX (cf. Mora, 1982).

En España destaca el médico Francisco Vallés (1524-1592) quien, si bien no realiza una tarea creativa de interés, efectúa una amplia divulgación y comentario de los textos hipocráticos (Pezet, 1964; Dieckhöffer, 1984).

Las Casas de Locos

El acortamiento capital de este periodo es la proliferación de hospitales o centros de tratamiento para los locos y los desposeídos. Aunque se dispone de documentos sobre la existencia anterior de centros de custodia de pacientes mentales en diversas ciudades europeas —Metz, Uppsala, Gheel, Bérgamo, Granada y Florencia— un tanto convencionalmente se ha adoptado el año de 1409 como el *comienzo* de estos centros de tratamiento. En esa fecha, el Padre Jofré (1350-1417) inaugura en Valencia la «Casa de Orates», un lugar de recogida y tratamiento para los dementes. Dado el clima de opresión social existente hacia la anormalidad conductual, esto es un hecho revolucionario. Así comienza una larga tradición en España que se prolonga con la creación en 1567 del primer hospital psiquiátrico del Nuevo Mundo: el Hospital de San Hipólito de México. En diversas ciudades se comienzan a inaugurar hospitales de esta naturaleza: Zaragoza (1425), Sevilla (1436), Valladolid (1436), Toledo (1480), Barcelona (1481), Granada (1527).

Un personaje histórico de gran relevancia es Juan Ciudad Huarte (1495-1550) un comerciante granadino que su-

fre un episodio psicótico agudo en su juventud y es tratado en el Hospital. Recuperado del episodio, y con el fin de dispensar un mejor trato que el recibido por él mismo, funda en Granada un hospital en 1527 con la ayuda de algunos voluntarios. El modelo de Juan Ciudad Huarte —que más tarde sería canonizado con el nombre de S. Juan de Dios— se extiende por Italia, Francia, España y luego sirve de inspiración a Pinel y Esquirol en su reforma psiquiátrica del siglo XIX en Francia.

Es de resaltar que en estas instituciones religiosas, el tratamiento proporcionado es humanitario y razonablemente adecuado. Aunque existen algunos documentos parciales sobre la conducta de las personas ingresadas en estas instituciones, hay una ausencia prácticamente total de descripciones y registros clínicos hasta el siglo XIX. (Una interesante descripción literaria es la que efectúa Lope de Vega en *Los locos de Valencia*.)

Tiene interés, en esta época, la obra del también español Juan Huarte de San Juan (1530-1592). Su conocido libro *Examen de ingenios para las ciencias*, publicado en 1557 y traducido pronto a otras lenguas en Europa, supone el primer tratado de psicología diferencial. Aunque plantea grotescas teorías, como la de la asociación entre la humedad del clima, la creatividad y la nacionalidad, afirma que la razón depende del cerebro, y por ello llega a prohibirse este libro por la Inquisición. No obstante, aunque seguidor de la tradición galénica y de las teorías fisiognómicas, descarta cualquier determinismo decisivo en la configuración del psiquismo (Caro Baroja, 1987).

Como ha puesto de manifiesto Diethelm (1971) en su llamativo trabajo sobre las tesis doctorales previas a 1750 relacionadas con temas psiquiátricos, en España la expulsión de los judíos (con

una fuerte tradición en la Medicina) más el férreo control confesional impuesto por el Estado mediante la política restrictiva de intercambio de conocimientos con Europa propuesta por Felipe II y Felipe III, hacen que la calidad de la enseñanza universitaria y de la investigación disminuya extraordinariamente y sea escasa la aportación española en los albores de estas ciencias.

LOS SIGLOS XVII Y XVIII. LA ILUSTRACION

El declive del galenismo

Aunque esta época supone el comienzo de la medicina moderna y, con ella, el intento de dar explicaciones menos axiomáticas sobre el origen de los trastornos mentales, la práctica médica seguía los principios tradicionales (purgas, sangrías, alquimia, etc.). Incluso los autores «innovadores» no efectuaban sino reelaboraciones de los esquemas explicativos tradicionales intentando acomodarlos a las nuevas teorías.

Además del mencionado Félix Platter, sobresalen las figuras de Zacchia y, sobre todo, Sydenham. Paolo Zacchia (1584-1659) analiza con detalle problemas de medicina legal en su *Questiones Médico-Legales* (1621-1635), en la que señala cómo sólo el médico es competente para dictaminar un estado de enajenación en un proceso legal, con lo que se aparta de la tradición legal romana, según la cual esto sería tarea de magistrados y jueces.

Thomas Sydenham (1624-1689) inicia el enfoque clínico moderno *inductivo* en medicina, es decir, el empleo sistemático de la observación para dictaminar síntomas y, posteriormente, agrupaciones, síntomas o síndromes (Lain y Albarra-

cin, 1961; Weber y Scharfetter, 1984). Este autor demuestra su interés no sólo por cuadros de manía o cuadros psicóticos en general, sino por problemas psicopatológicos menores, de tipo neurótico —en especial la histeria y la hipochondría—, que a lo largo del siglo XIX y principios del XX constituirán un pilar básico de las formulaciones teóricas en Psicopatología (López Piñero, 1983).

Es aleccionador recordar que, seguramente debido al influjo creciente de la botánica (López Piñero, 1961) y la anatomía, en los siglos XVII y XVIII floreció una auténtica «compulsión taxonómica» (cf. Mora, 1982) en la que se sucedían descripciones y clasificaciones idiosincráticas que eran rápidamente olvidadas y sustituidas por otras.

El fin de los procesos por brujería

En cuanto a la brujería, aún existen procesos pero a lo largo del siglo XVII se van haciendo menos frecuentes. Ya en el siglo XVI, las voces del suizo Paracelso o el alemán Weyer se habían alzado en contra de la persecución indiscriminada de las «brujas» y en 1682 Luis XIV suprime la pena de muerte para las brujas. Sin embargo, la progresiva «medicalización» de este tipo de conductas anormales no se traduce en mejoras terapéuticas y/o asistenciales.

A pesar de las nuevas interpretaciones «médicas» de la brujería, los juicios contra brujas continúan durante el siglo XVIII. En el Nuevo Mundo también se siguen desarrollando este tipo de procesos como pone de manifiesto el famoso proceso de Salem, ciudad en la que en 1692 se ejecutó a 19 mujeres acusadas de brujería, de las 250 encausadas, en sólo un año (Spanos, 1983).

En la confluencia de motivos que ex-

plica el complejo fenómeno de la brujería, las razones económicas tienen un papel destacado. A las acusadas de brujería les eran inmediatamente confiscadas sus posesiones, lo que favorecía resolver disputas vecinales a través de delaciones. Resulta interesante el hecho de que las brujas eran acusadas de los males de la comunidad (malas cosechas, epidemias, etc.). Además, estas personas, solían ser personas que no cumplían las normas implícitas de convivencia de la comunidad (por ejemplo, cooperación) —Spanos, 1985.

Este hecho pone también de manifiesto que la persecución de la brujería no es algo orquestado por los poderes sino que éstos responden a una auténtica *demanda* social (Spanos, 1985). Cuando las confiscaciones de bienes son prohibidas a principios del siglo XVII, las acusaciones de brujería descienden espectacularmente. En España, los procesos de persecución fueron menos intensos que en otros países debido al nacionalismo y deseo de independencia de la Inquisición española (Mora, 1982).

Como señalamos al principio del capítulo, historiadores como Zilboorg y Henry (1941), en su interpretación ingeniosa del «progreso», afirman que el fin de la persecución de la brujería, es un indicativo de la apertura gradual hacia un mayor humanismo. Sin embargo, autores como Szasz ponen de manifiesto que el loco y el pobre se convierten en el nuevo foco de persecución *sustituyendo* a las brujas. Foucault (1976), de modo semejante, ha afirmado que en esta época el loco sustituye al leproso como exponente de lo ansiógeno.

Política asilar y culto a la razón

La razón ocupa un lugar de privilegio durante la Ilustración y, por lo tanto, la

locura es ahora una *desgracia moral* que hay que ocultar (Foucault, 1976). Los manicomios adquieren un carácter represivo y defensivo pues adquieren la función de garantes del orden público. El papel protector del Estado se va fortaleciendo y así en países como Francia y Alemania surgen instituciones de acogida a los desposeídos o los enfermos. En consecuencia, en el siglo XVII surgen por doquier instituciones que, como el Hospital General de París, tienen entre sus objetivos el mantener recluidos y bajo custodia, normalmente temporal (véase Debate, 1984), a los menesterosos y los vagabundos.

Sin embargo, el trato que se suministra es cada vez peor conforme los hospitales se van saturando de internados. En Londres, en el Hospital de Santa María de Belén, creado por Eduardo III en 1369, se dispensan tratos inhumanos que se justificaban en la teoría del «animalismo», según la cual los enfermos mentales no eran sensibles al dolor, el frío, o las necesidades básicas humanas. Además, las actitudes de la sociedad hacia los enfermos mentales no varían significativamente. Son conocidas las prácticas del propio Hospital de Belén de Londres en donde, hasta el siglo XIX, se pagaba entrada por presenciar el espectáculo que ofrecía la depauperación de las personas allí recluidas (Skultans, 1979).

A pesar de la veracidad de estos hechos, nuevos historiadores como Allderidge (1985) han puesto de manifiesto que estas conocidas historias tienen muchos elementos falsos que se mantienen, como sucede con la leyenda de Las Navas de los Locos, por su atractivo morboso. Así, por ejemplo, parece que sólo un bajo porcentaje de los internados sufría este tipo de trato inhumano y torturante (Debate, 1984). La desaparición de órdenes monásticas, conventos,

etc., durante este período supone, por otro lado, un empeoramiento en el trato dispensado a las personas que padecen alteraciones psicológicas.

La acogida en estos centros asilares no era voluntaria sino efectuada por la milicia. En cuatro años, en París se acogió al 1 por 100 de la población (unas 100.000 personas). Foucault ha señalado que el denominador común de estas personas era el desempleo, de tal modo que en las épocas de mayor crisis económica se produjo el mayor número de confinamientos en estas instituciones con el fin de disponer de mano de obra dócil y barata (véase también Espinosa, 1987). El desprecio filosófico hacia la locura se manifiesta en las teorías pseudocientíficas que, como el mencionado *animalismo*, niegan cualquier tipo de sentimientos humanos a los desposeídos de la razón, justificándose de este modo un tratamiento denigrante. En el terreno médico las teorías humorales todavía inspiran las terapias somáticas: ingesta de brevajes, sangrias, purgas, baños de agua fría y caliente, etc. En definitiva, bajo el argumento de los factores etiológicos orgánicos se ocultaban prejuicios y prácticas deplorables.

Es en las instituciones religiosas donde aún se preserva un tratamiento más humanitario. En España la situación asistencial es algo mejor puesto que se da la espalda a las nuevas teorías supuestamente científicas y, además, las instituciones psiquiátricas están normalmente al amparo de órdenes religiosas, en las que se solía dispensar un trato más caritativo. En definitiva, el escaso influjo de la Ilustración de España no provoca la nueva oleada represiva que, como hemos señalado se produce en países como Francia. Así, en 1797 tan sólo había unas 900 personas internadas en toda España (cf. Dieckhöfer, 1984).

No obstante, la disciplina estricta y los «Reglamentos» son el denominador común de todas estas instituciones durante la Ilustración incluso en España (Espínosa, 1987).

La época de la Ilustración se caracteriza por una auténtica emergencia de las ciencias (matemáticas, física y química). España se cierra a este proceso y sigue anclada al galenismo durante todo el siglo XVIII e incluso buena parte del siglo XIX (Dieckhöfer, 1984). Existe alguna figura de interés, como Andrés Piquer (1711-1777), médico de Carlos III y Fernando VI, quien efectuó una valiosa descripción clínica del estado depresivo de este último monarca en su *Discurso sobre la enfermedad del Rey, Nuestro Señor, Don Fernando VI (que Dios guarde)*, —Peset, 1957— en el que anunciaba la idea de que «...La melancolía y la manía, aunque se tratan en muchos libros de medicina separadamente, son una misma enfermedad...», algo que si bien es ya advertido al menos desde el siglo II d. de C. por Areteo de Capadocia (López Piñero, 1970; Diethelm, 1971), quedaría finalmente sistematizado por Kraepelin ciento cincuenta años más tarde.

Los alienistas y el Tratamiento Moral

A finales del siglo XVIII, los fuertes cambios políticos y económicos en Europa hacia una mayor tendencia liberal y democrática, comenzaron también a afectar la visión sobre el trato a los enfermos mentales. En esta época surgen los grandes alienistas franceses, fundamentalmente Pinel y Esquirol, que propugnan un trato más humano a los locos.

En Philippe Pinel (1745-1826), un mé-

dico general, se encuentra el origen de la moderna psiquiatría. Hombre puente entre la Ilustración y los descubrimientos anatomopatológicos del siglo XIX, publica en 1801 su *Tratado Médico Filosófico sobre la Mania* —publicado en castellano en 1804— con multitud de agudas descripciones clínicas, aunque ateniéndose a las clasificaciones clásicas. Recogiendo un espíritu crítico iniciado por algunos precursores hacia los hospitales para enfermos mentales, libera a los locos de las cadenas en 1793 cuando es nombrado director del Hospital de Bicêtre (Marset, 1978). Pinel es también importante por ser un decidido partidario de un tratamiento moral en el que bajo un régimen de firmeza, se pedía participar al paciente en tareas terapéuticas estructuradas.

Jean Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel y codirector de la Salpêtrière desde 1811, contribuye decisivamente a la gestación de una psiquiatría más científica. Esquirol emplea estadísticas de un modo sistemático para evaluar el progreso de los pacientes y ofrece definiciones, que ya son clásicas, de las alucinaciones, las ilusiones, o las demencias. Esquirol es ya representante de una psiquiatría autónoma que intenta buscar relaciones con la anatomopatología (Morales, 1974). Además juega un gran papel en la legislación psiquiátrica, la creación de nuevos centros psiquiátricos en Francia, y la enseñanza. De hecho Esquirol es el primer médico que, por primera vez en 1817, enseña Psiquiatría.

En el Nuevo Mundo el tratamiento es en general inhumano. Normalmente, los locos son encarcelados o abandonados a su suerte. Desde mediados del siglo XVIII la opinión fue cambiando lentamente, especialmente en el floreciente norte, creándose hospitales con secciones para enfermos mentales.

La experiencia terapéutica humanitaria más importante fue auspiciada en el Nuevo Mundo por William Tuke (1732-1819) quien en 1796 crea una casa de «Retiro» en York (Nueva Inglaterra) basada en los principios del Tratamiento Moral. La laborterapia, descanso, simpatía, dedicación y, en definitiva, la reestructuración ambiental, son las herramientas terapéuticas que se utilizaban. Se crearon varias instituciones privadas de este tipo en Estados Unidos en la primera mitad del siglo XIX, especialmente gracias a los denodados esfuerzos de la famosa Dorothea Dix (Kiesler, 1982b). Mientras tanto, los centros públicos tenían un carácter más coercitivo y asilar.

Sin embargo, el ímpetu inicial del movimiento del Tratamiento Moral, se va difuminando rápidamente. Varios elementos contribuyen a este declive. Por un lado, existía una falta de sistematización de los principios terapéuticos; éstos ni se apoyaban en conocimientos ni conceptos psicológicos firmes pues la Psicología científica aún no había surgido. Además, la industrialización y la superpoblación de los propios centros, junto al comienzo de un auge biológico, acababa con el vigor del Tratamiento Moral.

El tratamiento moral, al no apoyarse en un *corpus* teórico definido se sustentaba sólo en la ardorosa defensa que algunos ilustres miembros de este movimiento efectuaban. Según éstos fueron desapareciendo de la escena, el movimiento fue perdiendo paulatinamente fuerza desde al menos 1840. Sucede lo mismo que en Europa dos siglos antes: comienzan a ser reclusos en gran número, indigentes, locos y criminales y la situación se vuelve ya crítica a mediados del siglo XIX. Por cierto, resulta aleccionadora la observación de que, incluso en la legislación, la pobreza y la locura han

ido históricamente de la mano (véase Skultans, 1979, cap. 7, y Alvarez-Uria, 1983).

Críticas al Tratamiento Moral

A pesar de las tópicas afirmaciones sobre las bondades del Tratamiento Moral (por ejemplo, Rosenhan y Seligman, 1984; Davison y Neale, 1980), está actualmente abierto el debate sobre el supuesto éxito terapéutico de estas comunidades terapéuticas. En muchos casos, las cifras de curación que se proporcionaban están basadas en estadísticas incompletas o sesgadas. Además, todo lo que generalmente se ha afirmado respecto a estas instituciones, estaba basado en documentos propagandísticos que, como el *Description of the Retreat* (1813) de Samuel Tuke, estaban escritos por los fundadores de estos centros (Digby, 1985a, b). No obstante es importante resaltar algo que muchas veces se obvía: no existe un asilo sino que coexisten diversos modelos (públicos y privados, religiosos y laicos, urbanos y rurales, etc.) con características muy diferentes y por lo tanto sería injusto efectuar afirmaciones generales sobre el tratamiento asilar.

Aunque el movimiento de liberación iniciado por Pinel y, en general, el movimiento del Tratamiento Moral, se suelen describir como una gesta gloriosa de la historia en el tratamiento de la locura, no debe interpretarse de un modo completamente optimista (Bynum y otros, 1985). Por ejemplo, Szasz (1974) señala que con el Tratamiento Moral se abren las puertas para una política represora institucional de otro orden. Según Szasz, las ideas morales se sirven de la Medicina de modo que, por ejemplo, en las instituciones médicas francesas del siglo

XVIII ingresan jóvenes que no obedecen a sus padres, madres solteras, etc. En una línea aún más dura, Foucault (1976) arremete contra el Tratamiento Moral al afirmar que el terror que antes reinaba en la prisión o el manicomio tradicional ahora es transferido a un lugar de privilegio: la conciencia del individuo. Ahora se hace responsable al enfermo de su «curación», empleando para ello una coerción de rostro más «humano».

No obstante, como expone Skultans (1979), las infiltraciones de la moral y la Medicina, son más complejas de lo que las teorías conspiracionales de Szasz o de Foucault parecen sugerir (véase también el Debate Stone-Foucault, 1984). Para autores como Szasz o Foucault, el Estado utiliza las instituciones psiquiátricas como un instrumento represor a ultranza. Sin embargo, otros historiadores defienden la idea de que existía una auténtica demanda social de estas instituciones; por otro lado, tampoco hay que olvidar que algunas «enfermedades» (por ejemplo, enfermedad de los vapores) eran un signo de distinción y por lo tanto un modelo coercitivo generalizado no se ajusta adecuadamente a este tipo de fenómenos.

Durante el siglo XVIII, la asistencia en los asilos se va degradando progresivamente en parte debido a su creciente sobrepoblación (Postel y Quérel, 1987). Los asilos se van llenando de gente porque los tratamientos son inefectivos y las personas internadas se van acumulando y, además, las propias familias rechazan convivir con el afectado. Por otro lado, la gran demanda social inicial para la construcción de estos centros va decayendo a lo largo del siglo XIX, y de ahí que apenas se dispusiese de dinero para el mantenimiento de los centros creados (Scull, 1975, 1981; Kiesler, 1982b). Por tanto, la visión unilateral del

«imperialismo psiquiátrico» de Szasz no tiene en cuenta la convergencia de diversos elementos en la política asistencial. De hecho, desde las propias direcciones de los asilos se clama por una reducción de los internados (Mora, 1982; Skultans, 1979).

En todo caso, la visión foucaultiana de las instituciones psiquiátricas, es útil para al menos contrarrestar una visión simplificadora del siglo XVIII, según la cual existe una progresión manifiesta del trato deshumanizado a un trato más humano, ejemplificado por el Tratamiento Moral.

Antecedentes precientíficos. Fisiognomía y mesmerismo

Aparte de estas nuevas corrientes terapéuticas, a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX hay dos importantes movimientos, la *frenología* y el *mesmerismo*, que preludian algunos hitos en la investigación de la conducta anormal.

El médico vienés Franz Gall (1758-1828) desarrolla una teoría según la cual las funciones psíquicas dependen del desarrollo anatómico de determinadas partes del cerebro. A su vez, esta morfología cerebral podía identificarse a través de un examen de las protuberancias craneales del individuo. Esta infundada teoría tuvo un gran auge hasta finales del siglo XIX cayendo en descrédito progresivo (Gould, 1986).

El también vienés Franz Mesmer (1734-1815) elaboró la teoría de que el movimiento y situación de los astros influyen sobre la psicología y fisiología. Partiendo de ideas provinientes de Paracelso (Alexander y Slesnick, 1970; Kerner, 1973) sostenía que los hombres poseen una fuerza magnética, que a su vez

forma parte del «fluido magnético universal», más tarde denominado «magnetismo animal». Así, alteraciones histéricas como, por ejemplo, anestias de miembros corporales, serían debidas a fluidos magnéticos corporales mal distribuidos. Estas y otras enfermedades, podían curarse según Mesmer a través de la creación de «crisis» orgánicas provocadas en esotéricas sesiones magnéticas. En París tiene un gran éxito y se convierte en el tratamiento de moda. No obstante, el mesmerismo —al que Braid (1795-1860) le daría posteriormente el término de «hipnosis»— suscita una controversia pública tan grande que Luis XVI crea una comisión en 1793 con el fin de determinar su cientificidad. En esta comisión, de quien formaba también parte Benjamín Franklin, por entonces embajador de los Estados Unidos en París, dictaminó tras cinco años de investigaciones que aunque a veces era efectivo, sus efectos terapéuticos eran debidos a la imaginación de los pacientes.

EL SIGLO XIX

Uno de los principales logros de este siglo es el de un mayor refinamiento de conceptos y mayor claridad conceptual en Psicopatología (por ejemplo, Berrios, 1985). Asimismo, desde el trabajo de Pinel hay un creciente interés por sistematizar y ordenar las clasificaciones conforme a criterios empíricos.

Desde la perspectiva de la sociología del conocimiento, el cambio más interesante en el siglo XIX es que los médicos comienzan a capitalizar la asistencia a los enfermos mentales y pasan a ocupar la dirección de los centros de asistencia. Un ejemplo de esto es que, hasta 1845, la Casa de Orates de Valencia no es dirigi-

da por médicos. Hasta 1860, el asilo caracteriza básicamente el marco de la actividad psiquiátrica y en ese contexto aparece una gran generación de alienistas (Pinel, Morel, etc.).

La Psiquiatría universitaria y el organicismo

A partir de 1860, la Psiquiatría comienza una etapa de vinculación con las universidades y centros de investigación, saliendo de su reclusión en la asistencia asilar (Ackerknecht, 1962). Una muestra del interés académico iniciado en el siglo XIX es que comienzan a aparecer en Europa y América revistas especializadas en problemas psicopatológicos.

Esta etapa va a estar caracterizada por un marcado *organicismo* auspiciado por la obra del fisiopatólogo alemán Wilhelm Griesinger (1817-1868) quien publica en 1845 su *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* un texto de un enorme impacto en el que se niegan los determinantes culturales de los patológico afirmando que las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro: «... ¿A qué órgano pertenece el fenómeno de la locura? ...ese órgano no puede ser más que el cerebro, de lo que se desprende que cada enfermedad psíquica hemos de entenderla como una alteración del cerebro» (pág. 1). Esta aproximación es rupturista dado que la psiquiatría alemana había sido hasta entonces muy especulativa y dominada por el espíritu romántico de la época (Dörner, 1974, Gracia y Espino, 1980).

La frenología de Gall y, sobre todo, la avalancha de hallazgos neuroanatómicos y patológicos de las bases de muchas funciones psicológicas, crearon un clima propicio para las afirmaciones de Griesinger. Wernicke, por ejemplo, afirma en

1884 que el hallazgo de la afasia sensorial debería ser el prototipo para el nuevo paradigma de la Psicopatología (Gracia y Espino, 1980).

El enfoque anatomopatológico iniciado por Griesinger ha recibido valoraciones diversas. El intento de hallar una localización precisa para cada una de las especies morbosas para algunos supuso un «giro copernicano» para la Psicopatología (Lain, 1961), mientras que para otros fue el mayor «error histórico» y de peores consecuencias (Torrey, 1980). Lo que sí es cierto es que bajo esta idea localizacionista, que aún hoy día perdura con un renovado interés en la Psiquiatría, se cometieron muchos desmanes, no sólo en cuanto a las formulaciones teóricas de la Psicopatología (Gould, 1986; Szasz, 1974) sino en la práctica clínica (Valenstein, 1985).

Los franceses Morel (1809-1873), con su famoso *Traité des dégénérescences Physiques, intellectuelles, et morales de l'espèce humaine* (1857), y Magnan (1835-1916) culminan la tendencia organicista con su «teoría de la degeneración». Según esta teoría, las enfermedades mentales serían la expresión de una degeneración genética que iría desde las neurosis a las psicosis desembocando en último término en la deficiencia. Además esta degeneración se agravaría de generación en generación. Resulta llamativo el hecho de que, de modo parecido a lo que se afirmaba en el ya citado tratado de Juan Huarte de San Juan (1557), esta teoría tenía caracteres nacionalistas: algunas razas, e incluso nacionalidades, mostrarían más signos de degeneración que otras.

Las teorías de Morel son aceptadas por muchos psiquiatras en los países anglosajones, lo que supuso ya un elemento definitivo para el olvido del Tratamiento Moral. Así, por ejemplo, en

Inglaterra es adoptada por Henry Maudsley (1835-1918). Como señala Mora (1982, pág. 59) con cierta ironía, debido al influjo de autores como Griesinger «...Los exámenes *postmortem* se hicieron más importantes que los contactos individuales con los pacientes». Este nuevo auge biologista junto con las emergentes teorías del darwinismo social, abre una nueva etapa de *pensamiento terapéutico* y asistencial que redundó en un peor trato a las personas con problemas psicopatológicos.

Estas teorías degeneracionistas son un buen ejemplo de las sutiles interacciones entre Ideología y Ciencia (Gould, 1986; Dowbiggin, 1985). En efecto, aunque la degeneración parece una teoría biológica «pura», *simultáneamente* intenta combinar las presiones morales de la época. Así, en los procesos legales, los psiquiatras pueden aducir la impopular teoría de que los actos criminales, el alcoholismo, la sífilis, son *atenuantes* del acto criminal cometido, pero «a cambio» aseguran que el sujeto que comete el delito es víctima de un proceso degenerativo. A finales de siglo, según van cobrando reconocimiento los modelos de transmisión poligénica de Mendel, las teorías degeneracionistas acaban desapareciendo progresivamente.

El organicismo imperante encontraba su apoyo en el *Zeigeist* de la época. Una plétora de descubrimientos fisiológicos y anatomopatológicos comienza a inundar la Medicina. La obra de Wernicke (1848-1905) sobre el funcionamiento psicológico y neurofisiológico, de Jackson (1834-1911) sobre la jerarquización de funciones cerebrales, o de Korsakoff sobre las alteraciones mnésicas debidas a la destrucción de zonas subcorticales específicas, influyen decisivamente en la orientación de la Psiquiatría. Por primera vez existían datos anatomopatológi-

cos que guardaban relación con *algunas* alteraciones en el funcionamiento psicológico.

Ahora bien, en Psiquiatría este nuevo biologismo es en buena medida tan *axiomático* como pudo serlo la medicina hipocrática. Así surgen multitud de ridículas teorías sobre el supuesto origen orgánico de las alteraciones mentales. Desde la Medicina se defiende, por ejemplo, que la masturbación es fuente de todo tipo de alteraciones fisiológicas (Hare, 1962; Szasz, 1974), una teoría que, auspiciada por la tradición judeo-cristiana, luego se ha mantenido vigente a través de teorías pseudocientíficas como el psicoanálisis (Szasz, 1974). Durante el siglo XIX, además de la locura masturbatoria también se señalaron cuadros como la espermatorea, o pérdida excesiva de esperma, ceguera, sordera, caída de cabello, epilepsia, etc., todos ellos como consecuencia de una masturbación excesiva (Skultans, 1979).

Este paso en falso desde la histopatología a la psicopatología —el «mayor trasvase epistemológico de nuestra era» (cf. Szasz, 1976)— ha marcado la evolución histórica de la Psiquiatría. Este salto fue también favorecido por el descubrimiento entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX de que un cuadro como la sífilis, con manifestaciones psicopatológicas graves, se debía *exclusivamente* a la acción de un bacilo (véase Davison y Neale, 1980). En todo caso, el emergente enfoque biológico de la Psiquiatría en el siglo XIX no se basaba en la experimentación y el método clínico sino más bien en apriorismos y un deseo de homologación a ultranza con el «resto» de la Medicina a pesar de que la separación real con ésta era cada vez más ostensible (Torrey, 1980). Del mismo modo, conviene señalar que muchos de los argumentos biologistas respecto

al origen de las diferencias psicológicas humanas en realidad están plagadas de prejuicios ideológicos como describe Gould (1986) en su magnífico libro.

Clasificaciones clínicas. Emil Kraepelin

La gran figura de finales del siglo XIX, y piedra angular de la Psiquiatría moderna es Emil Kraepelin (1855-1926). Discipulo de Griesinger, poseedor de grandes conocimientos neuropatológicos y con notables conocimientos de Psicología (Vázquez y Ochoa, 1989), elaboró un sistema de clasificación de las alteraciones mentales en el que se basan los sistemas de clasificación actuales (por ejemplo, DSM-III-R, 1987).

Debido a las vías muertas a que estaba desembocando el positivismo neuroológico que habían defendido autores como Wernicke, Kraepelin propone la creación de sistemas clasificatorios basados en las manifestaciones clínicas de las alteraciones y no en sus supuestas causas o en sus hipotéticas lesiones o anomalías cerebrales. Siguiendo este criterio, efectúa una clasificación con criterios pragmáticos pues era consciente de la imposibilidad de realizar una clasificación taxonómica sistemática según los tradicionales criterios de la Medicina (síntomas, curso y etiología).

Kraepelin otorgó un énfasis especial a la observación *longitudinal* de los paciente, de modo que el curso de los mismos era determinante del diagnóstico. Publica un voluminoso texto de Psiquiatría del que se efectúan 9 ediciones, desde 1883 hasta 1927, y en la 6.ª edición (1899) diferencia la psicosis maniaco-depresiva (en la que se incluían prácticamente todos los tipos de depresión que distinguimos actualmente) de la *demen-*

cia precoz. La importancia del seguimiento queda pues ilustrada con la propuesta de Kraepelin de definir la demencia precoz por la cronicidad de su curso. Años más tarde, el suizo Eugene Bleuler (1857-1939), en su libro *Dementia praecox oder Die Gruppe der Schizophrenien* (1911) denominada *esquizofrenia* a este síndrome, dándole además un mejor pronóstico que el que Kraepelin le otorgaba. Por otro lado, Bleuler presta más atención a los síntomas clínicos que manifiesta el paciente que a los aspectos diacrónicos que Kraepelin enfatizaba.

El origen de teorías psicógenas. Freud y la histeria

Junto al intento de creación de una fisiopatología de la psicopatología, el tratamiento hospitalario sigue sin apenas variaciones. A finales del siglo XIX se acrecienta una sensación general de nihilismo terapéutico hospitalario y de ahí surge el fermento para la aparición de teorías psicológicas alternativas. En este contexto, por ejemplo, aparece en esta época una ardiente defensa de la hipnosis como herramienta terapéutica.

Uno de los antecedentes inmediatos del origen de un enfoque psicológico integral de las alteraciones psicopatológicas, es Jean Martin-Charcot (1825-1893), eminente neurólogo francés, y director médico de una sección de la *Sapêtrière*, quien manifiesta gran interés por los fenómenos histéricos. Estos fenómenos psicopatológicos han tenido una gran importancia en el desarrollo histórico de la Psicopatología pues básicamente se definen como alteraciones físicas (por ejemplo, anestias) en las que no se encuentra ningún tipo de alteración neurológica, lo que se presta muy bien, como ha señalado agudamente To-

rrey (1980), a las especulaciones psicoanalíticas. Charcot cree que la histeria tiene una etiología orgánica hasta el día en que sus estudiantes, sin él saberlo, hipnotizan a una paciente creando en ella algunos síntomas histéricos (Davison y Neale, 1980).

Josef Breuer (1842-1925), médico vienés, tras su estancia con Charcot observa que durante trances hipnóticos el recuerdo de experiencias traumáticas previas puede aliviar los síntomas. Otro discípulo de Charcot, el también vienés Sigmund Freud (1856-1939), con una amplia formación neurológica (Rosen, 1977), publica con Breuer *Estudios sobre la histeria* (1895), en donde ponen de manifiesto el origen y terapia psicológicas de la histeria. (Sin embargo, la famosa Anna O. *nunca* fue absolutamente curada sino que su estado tuvo una evolución crónica y además, dependió de la morfina para aliviar sus síntomas —Ellenberg, 1972.) Más tarde, en 1899, Freud advierte que puede obtener efectos terapéuticos sin tener que recurrir a la hipnosis, alegando además que ésta es una técnica eficaz sólo en un porcentaje pequeño de pacientes. Según Freud, la catarsis, supuestamente el elemento activo de la terapia, puede obtenerse a través de métodos exclusivamente verbales mientras el paciente se halla en un estado de consciencia normal.

La obra de Freud tiene una gran importancia pues se erige como un modelo explicativo *exclusivamente* psicológico para explicar lo psicopatológico, inaugurando así una nueva vía de estudio sistemático de la Psicopatología (véase López Piñero y Morales, 1968). A pesar de esto, como es bien sabido, Freud, es deudor de su tiempo y, en consecuencia, en la definición de sus conceptos psicológicos emplea esquemas biólogos y fisicalistas (Price, 1981; To-

rrey, 1980), si bien de modo inconstante y un tanto caprichoso (Sulloway, 1980).

Otro cambio en los últimos años del siglo XIX es el creciente interés por las alteraciones psicopatológicas menores. Hasta entonces, la historia de la Psicopatología había girado en torno a la explicación de los trastornos psicóticos. De hecho, bien pudiera decirse que la historia de la Psicopatología es la historia de las psicosis. Las neurosis, inicialmente estudiadas por los neurólogos (López Piñero, 1985), se incorporan tardíamente al foco de estudio propio de la Psicopatología y, en buena medida esta incorporación se debe al Psicoanálisis. En efecto, esta disciplina requiere personas «analizables», es decir, pacientes jóvenes, no cronificados, con un adecuado contacto con la realidad, motivados y una buena inteligencia (Freud, 1905).

EL SIGLO XX

El siglo XX se caracteriza por una «explosión» (cf. Dieckhöffer, 1984) de áreas de estudio, modelos, escuelas y técnicas, dentro de la Psicopatología. Aunque aún falta perspectiva histórica para efectuar una revisión ordenada y kuhniiana de cómo se ha ido estudiando la conducta anormal a lo largo de nuestro siglo, creemos que se pueden señalar una serie de hitos y tendencias muchas de las cuales aún subsisten y se superponen en el tiempo.

Escuelas psicoanalíticas

Esta teoría psicológica y práctica terapéutica tiene, de la mano de Freud, una etapa de vigoroso crecimiento durante las tres primeras décadas de nuestro siglo. Partiendo de presupuestos neuro-

lógicos y fisiológicos de su época, Freud desarrolla una teoría innovadora sobre el origen de la patología (Price, 1981).

Desde esta orientación, la conducta desviada se entiende no desde la patología anatómica sino desde la *historia* del individuo. Así pues, una de las principales aportaciones de Freud reside en otorgar énfasis no a la historia de la enfermedad (es decir, la tradicional anamnesis) sino a la historia del enfermo.

Con Freud, el foco de atención de la Psicopatología pasa a ser el propio individuo y sus circunstancias (más o menos inmediatas), más que la alteración en sí misma, ahistórica y descontextuada. En este sentido, el psicoanálisis ha tenido un efecto beneficioso sobre la Psiquiatría al descubrir al *individuo*, y no la enfermedad, como el objeto de atención y, además, permitir modelos más ambiguos en la delimitación de la salud y la enfermedad, algo de lo que la Psicopatología actual se ha hecho eco (Claridge, 1985).

Sin embargo, el gigantesco esquema interpretativo freudiano se efectúa mediante unas bases teóricas rudimentarias del funcionamiento psicológico humano. De ahí que Freud y sus seguidores (hasta la actualidad) tengan que efectuar continuamente auténticos «tour de force» para acomodar los hechos a un esquema que pretende ser omniexplicativo. Quizás el mayor problema epistemológico del psicoanálisis resida no tanto en el problema de la imposibilidad de someter a prueba sus presupuestos (falsabilidad), sino en el problema de la enorme abstracción de los datos que maneja y las rocambolescas interpretaciones que ofrece para los mismos (Wolpe y Rachman, 1960).

No expondremos en este apartado, evidentemente, la estructura explicativa del psicoanálisis freudiano (véase el Ca-

nítulo 14. No obstante, es importante resaltar la importancia de Freud por la decidida «psicologización» de las alteraciones psicológicas y el desarrollo de un sistema de terapia verbal para resolver los conflictos subyacentes a las alteraciones. En este sentido, también es importante señalar la importancia de Freud al romper con la tendencia manicomial al desplazar de esta institución a una relación individual médico-paciente el *locus* terapéutico (Alvarez Uría, 1983, págs. 328 y ss.).

La teoría psicoanalítica de Freud se asienta en la descripción de los casos clínicos que el autor relata en su prolífica obra. Clare (1985) ha efectuado un fascinante análisis de estos casos, poniendo de manifiesto que de los seis únicos grandes casos que Freud describe, o bien el resultado terapéutico fue pobre o incluso nulo a pesar de lo que el propio Freud afirmó en su momento (por ejemplo, el caso Dora, o el Hombre de los Lobos) o bien jamás fueron vistos directamente por él (como el caso del pequeño Hans, y el juez Schreber). Todos estos sesgos sistemáticos en la observación e interpretación freudiana de los casos clínicos presentados es lo que lleva a muchos psicólogos a considerar sus escritos como un ejemplo de buena *literatura* (Marcus, 1981; 1984; Masson, 1984). El propio Hombre de los Lobos, sesenta años después de su experiencia de análisis con Freud, se queja de lo infructuoso de su tratamiento (Obholzer, 1982; Zimmer, 1988) y rebate las interpretaciones que, displicentemente, ofrecía Freud mientras dibujaba. Casos como el del pequeño Hans, sobre el que basa su teoría del origen de las fobias, como el del juez Schreber, en el que basa su teoría de la conexión de la paranoia y la homosexualidad, han recibido agudas y contundentes críticas (véase Wolpe y

Rachman, 1960, y Schatzman, 1973, respectivamente).

Es bien sabido que el psicoanálisis se ha fragmentado en multitud de escuelas y orientaciones, desde tendencias sociologistas (Fromm, Horney, Sullivan) o basadas más en el individuo consciente y propositivo (A. Freud, Adler), hasta plenamente filosóficas (Jung, Lacan) —véanse Mora, 1982 y Poch, 1980. Por otro lado, como queda claro en el relato hagiográfico de Ernest Jones (1953) sobre la vida de Freud, el carácter axiomático del psicoanálisis hace que estas escisiones se efectúen a través de fuertes pugnas personales entre su creador y los heterodoxos «disidentes».

En todo caso, a pesar de su más que dudoso carácter científico (Grünbaum, 1984, 1986), hasta los años cincuenta el psicoanálisis dominó el panorama psiquiátrico, y aún hoy día tiene una enorme importancia, no tanto en la investigación institucional como en la práctica terapéutica privada. De hecho, como se ha puesto de manifiesto en la confección del sistema diagnóstico de la American Psychiatric Association (DSM-III) el «lobby» psicoanalítico tiene aún una influencia política considerable (Bayer y Spitzer, 1985) y, además, tiene incomprendibles resistencias a que profesionales no médicos ingresen en los institutos psicoanalíticos (véase Paniagua, 1987).

Escuelas fenomenológicas

Desde que en 1912, Jaspers publica la primera edición de su *Allgemeine Psychopathologie*, en abierta reacción contra el psicoanálisis, la fenomenología ha tenido una profunda influencia durante casi medio siglo. Jaspers, y toda la escuela de Heidelberg (Mayer-Gross, K.

Schneider y finalmente Bumke) rechazan virulentamente tanto el importante papel dado por el psicoanálisis al inconsciente como la concepción estructural tripartita de la personalidad (Yo, Ello y Superyó).

Si bien en Psicología su influencia ha sido escasa, el panorama psiquiátrico en Europa ha estado casi dominado por la escuela jasperiana, y España no fue una excepción (Dieckhöfer, 1984; González de Pablo, 1987), sino en cierto modo, su epigono más grotesco. Los manuales españoles de Psiquiatría desde los años cincuenta hasta los setenta (Jorda, 1986) están plagados de una orientación fenomenológica, hueca, artificial y en la mayor parte de los casos ininteligible. Por el contrario, la fenomenología apenas ha tenido impacto en los países anglosajones, en los que o bien el psicoanálisis y sus sucesivas escuelas, la psiquiatría social, o bien la tradición positivista germinaron con gran vigor. De un modo algo más edulcorado, principalmente en Estados Unidos las escuelas humanísticas —Rollo May, Maslow, Rogers—, integran conceptos existenciales y fenomenológicos.

Para los fenomenólogos, la *esencia* de la existencia es algo que en último término no es apresable por el observador. La experimentación se considera epidérmica, un método superficial incapaz de apresar los significados más auténticos de la experiencia. De ahí que el modo de *aproximación* al conocimiento de tal significado sea la empatía y la *comprensión*, dejando de lado los aspectos circunstanciales y anecdóticos de la conducta del sujeto. El método fenomenológico tendría el objetivo de descubrir la cosa-en-sí, de objetivar la realidad en su sentido más profundo. La importancia de estudiar lo psicopatológico residiría en que, al desgarrar la existencia del hombre,

éste se ve confrontado de un modo más directo con el problema de su ser.

Como puede apreciarse, la escuela fenomenológica hunde sus raíces de un modo profundo no sólo en la Filosofía fenomenológica sino también en el existencialismo. Sin embargo, alejada voluntariamente del positivismo, la fenomenología supuso el anclaje en un descriptivismo vacío, acientífico, y subjetivista. Así, por ejemplo, la conocida distinción de Jaspers entre *procesos* y *desarrollos* se basa fundamentalmente en la «comprensibilidad» o no de la patología del paciente por parte del observador.

Evidentemente estos esquemas de aproximación al estudio de la conducta anormal transgreden los fundamentos epistemológicos básicos de la construcción científica y, en nuestra opinión, a pesar de su aparente riqueza clínica, la fenomenología psicopatológica ha supuesto un lastre en el desarrollo científico de la disciplina. Desde los años sesenta, sin embargo, su influencia en la Psiquiatría se ha ido difuminando debido al empuje de las investigaciones biológicas.

Descubrimiento de los psicofármacos

Desde tiempos remotos los hombres han intentado modificar sus emociones y sus conductas mediante la ingesta de sustancias (Escotado, 1989). Sin embargo, hasta la década de los cincuenta no se descubrieron psicofármacos que, de modo específico, pudieran controlar conductas o estados psicopatológicos. Este descubrimiento tuvo un impacto enorme en la transformación de la asistencia psiquiátrica.

En el marco hospitalario, la situación de «nihilismo terapéutico» apenas había cambiado hasta entonces. Junto a la

psicoterapia de «apoyo» —un nombre bajo el que las más de las veces se disfraza la inacción—, se ofrecían algunos tratamientos biológicos radicales, muchos de ellos descubiertos en la década de los treinta: psicocirugía (Egas Moniz), comas insulínicos (Manfred Sakel, 1933), convulsiones con cardiazol (Von Meduna, 1934) y electrochoques (Ugo Cerletti, 1938). Sin embargo, las esperanzas suscitadas por estos tratamientos pronto se vieron defraudadas por sus limitaciones en el espectro de problemas al que eran aplicables, por los efectos laterales indeseables que producen y, en último término, por su escasa eficacia terapéutica (Kalinowski, 1982; Valenstein, 1985).

La situación cambió a partir de los años cincuenta con el uso de los antipsicóticos y los antidepresivos. El descubrimiento casual de la clorpromazina por Deniker, Laborit y Delay en 1953, abrió un campo crucial para el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia. En efecto, el hallazgo de los neurolepticos, por su capacidad de reducción de la sintomatología psicótica, jugó un papel esencial en la promoción de la desinstitutionalización psiquiátrica que tuvo lugar a partir de la década de los sesenta. De hecho, era el primer fármaco eficaz en reducir las sintomatología psicótica, (alucinaciones, delirios, etc.) de la esquizofrenia.

La tendencia ascendente de hospitalizaciones se frenó desde 1956 y comenzó a disminuir progresivamente. De 558.000 pacientes residentes en los hospitales estatales en 1955, se pasó a 425.000 en 1967 (Davis y Cole, 1982). No obstante, *en contra* de lo que habitualmente se afirma parece que el número de hospitalizaciones —sea en instituciones psiquiátricas o no— por problemas psicopatológicos ha crecido lineal-

mente durante los últimos años (Kiesler, 1982b).

En el área de las depresiones, se había intentado sin éxito el empleo de las anfetaminas la década de los treinta; sin embargo, en 1957 Kuhn demostró la eficacia de tricíclicos como la imipramina, y Kline también en ese año comprobó una mejoría de la depresión con la iproniacida (un IMAO) —Cole y Davis (1982a). En 1949, Cade descubre que las salas de litio son eficaces para modular las psicosis maniaco-depresivas, si bien comenzaron a emplearse sistemáticamente en la década de los setenta.

Por último, los tranquilizantes menores y los somníferos, empleados masivamente desde los años sesenta para el tratamiento de los estados de ansiedad e insomnio, constituyen los psicofármacos más extendidos. Aproximadamente dos tercios de todo el consumo de los fármacos psicotrpicos se inscriben dentro de esta categoría. Su uso es tan intenso que por ejemplo, en Estados Unidos, se estima que a una de cada cinco personas se le prescribe alguno de estos fármacos a lo largo del año. No cabe duda de que esta invasión farmacológica, prescrita fundamentalmente por médicos no psiquiatras, constituye un problema iatrogénico en nuestros días no sólo por sus potenciales efectos de dependencia sino por los frecuentes estados de «toxicidad conductual» que pueden suscitar (Cole y Davis, 1982b).

Durante los años sesenta y setenta ha habido una amplia corriente biológica en la investigación psiquiátrica que ha llevado, en muchas ocasiones a formulaciones reduccionistas sobre la conducta anormal (Quintanilla, 1986). Esta tendencia en la docencia e investigación ha estado sin duda favorecida no sólo por el hallazgo y empleo de los fármacos, sino por los indudables avances en bio-

química y biología molecular, y en nuevas tecnología médicas (por ejemplo, TAC, resonancia nuclear magnética, determinaciones plasmáticas, etc.). Asimismo, tampoco la situación política neoliberal de los ochenta parece ajena al énfasis en lo biológico pues los fondos de investigación para investigaciones psicosociales se han reducido considerablemente desde principios de la década de los setenta.

Sin embargo, sería injusto ignorar que a lo largo de los años setenta y los ochenta, junto a este auge de la investigación biológica también han comenzado a tener un considerable impacto una serie de modelos explicativos más holísticos como, por ejemplo, los modelos de vulnerabilidad, que conjugan tanto elementos biológicos como psicológicos para explicar el desarrollo y mantenimiento de problemas como la esquizofrenia o la depresión (Perris, 1987; Ochoa y Vázquez, 1989).

Clasificación y descripción

El hallazgo durante la década de los sesenta y los setenta de psicofármacos con un grado de efectividad razonable transformó el interés por las taxonomías. Hasta entonces la clasificación de las alteraciones psicopatológicas realmente no tenía un interés crucial pues el arsenal terapéutico estaba muy limitado (Zubin, 1972). Dentro del esquema médico tradicional, se supone que el diagnóstico *conlleva* un tratamiento específico y de aquí proviene el renovado énfasis por los esquemas clasificatorios en nuestra década. Actualmente somos espectadores de privilegio de la *segunda revolución* en psiquiatría tras el descubrimiento de los psicofármacos. Esta revolución consiste, en definitiva, en el empleo de crite-

rios diagnósticos más o menos precisos para formular categorías diagnósticas.

Esta nueva «oleada» diagnóstica ha permitido el auge de la epidemiología psiquiátrica. La posibilidad de disponer de instrumentos diagnósticos pioneros de una fiabilidad y validez razonables ha permitido iniciar en los años ochenta ambiciosos proyectos epidemiológicos. Aunque siempre es conflictiva la definición de lo que constituye un «caso» psicopatológico en estudios epidemiológicos (Skodol y Shrout, 1988), es indudable que el disponer de criterios *explícitos* de clasificación como los del DSM-III y el DSM-III-R, ha abierto la posibilidad de indagar más objetivamente sobre las tasas de prevalencia de diversas alteraciones psicopatológicas a través de sondeos en la *población general* (por ejemplo, Eaton y Kessler, 1985).

Psicología y Psicopatología

El estudio de la Psicopatología desde la Psicología ha sufrido todas las convulsiones epistemológicas que la propia Psicología ha contemplado desde finales del siglo pasado. Así, los paradigmas predominantes de cada época han modelado la investigación psicopatológica.

Desde el punto de vista de la construcción teórica de la Psicopatología, no cabe duda que la influencia del conductismo ha sido grande. La contribución más importante de las orientaciones conductuales ha sido, desde los estudios de Pavlov (1848-1936) sobre las neurosis experimentales, el intento continuado por modelar alteraciones psicopatológicas —síntomas o síndromes— bajo condiciones controladas de laboratorio (Cosnier, 1975; Maser y Seligman, 1983).

Estos modelos han utilizado técnicas de condicionamiento clásico, operante, o

incluso aproximaciones etológicas (por ejemplo, Harlow) para producir un amplio espectro de conductas anómalas inducidas experimentalmente. La creación de estos modelos ha tenido un papel importante en Psicopatología para identificar elementos *causales* y proporcionar esquemas explicativos etiológicos.

En el ámbito de la Psicología Clínica, la terapia de conducta, desde los años cincuenta (véase Kazdin, 1983 y el Capítulo 40), ha modificado notablemente el arsenal terapéutico que la Psicología ofrece para aliviar una diversidad de problemas psicopatológicos. A pesar de la contrastada eficacia terapéutica de este enfoque, a veces se le ha criticado que los supuestos etiológicos en que se basa la intervención son algo endeble (por ejemplo, Marks, 1983).

Desde los años sesenta —debido a la confluencia de la computación y la psicolingüística (Gardner, 1987), se hizo patente que el armazón conductual tradicional resultaba insuficiente para dar cuenta de los *procesos* superiores teniendo en cuenta, además, que estos son un ingrediente *necesario* para explicar no sólo el funcionamiento psicológico de los humanos sino su propia conducta. El estudio científico de estos procesos mentales es lo que se denomina Psicología Cognitiva y su convergencia con la Psicopatología promete ser muy fructífera (por ejemplo, Williams y otros, 1988).

Es probable que la vía más importante de construcción teórica en la Psicopatología en las próximas décadas lo constituya las Neurociencias (Gardner, 1987). De hecho, la confluencia entre la Psicología Cognitiva y los estudios neurofisiológicos comienza a proporcionar estrategias y datos conjuntos de investigación impensables hace unos años (Vázquez y Ochoa, 1989).

Sería tedioso describir las diversifica-

ciones que la teoría y la práctica psicológica han tenido a lo largo de nuestro siglo (véase, por ejemplo, Mora 1982; Ellenberg, 1974). Si en el ámbito de la teoría se puede efectuar una lectura más o menos clara de la sustitución de un gran paradigma (el conductual) por otro (el cognitivo), la praxis de la Psicología se caracteriza por la dispersión y la *simultaneidad* de escuelas y orientaciones diversas.

Movimientos comunitarios

Durante la década de los cincuenta, el Estado de bienestar comenzó a tomar un papel decididamente activo en la promoción de servicios asistenciales en muchos países occidentales. En Estados Unidos, por ejemplo, se creó la *Veteran Administration* para cubrir la asistencia a los combatientes de la II Guerra Mundial, con secciones especiales para las alteraciones mentales.

Asimismo, durante la década de los sesenta, comenzó a aflorar una intensa preocupación por las variables sociales en la génesis y/o mantenimiento de las alteraciones mentales. Una de las piedras angulares de este interés por los aspectos sociales de la Psicopatología fue el clásico estudio *Social class and mental illness* de Hollinghead y Redlich (1958) en el que se puso de manifiesto la relación existente entre clase social, tipo de alteración mental, y tipo de tratamiento recibido.

Pero sin duda el elemento catalizador de esta orientación social, fue la publicación en 1961, con el apoyo del NIMH, de un completo estudio (*Action for Mental Health*) sobre la política y necesidades asistenciales de Estados Unidos (Levine, 1982). En este estudio se proponía una filosofía comunitaria y desinstitu-

cionalizadora del tratamiento psiquiátrico y psicológico. Bajo la administración Kennedy se aprueba finalmente una ley en 1963 (*Community Mental Health Law*) mediante la que se obliga a la creación de Centros de Salud Comunitaria en todos los estados de Estados Unidos.

El movimiento comunitario hunde sus raíces en la imposibilidad material de ofrecer servicios asistenciales tradicionales al 15-20 por 100 de la población que manifiesta alteraciones psicopatológicas tan diversas como alcoholismo, depresión, ansiedad y esquizofrenias (Albee, 1982). El costo anual de este tipo de asistencia, en Estados Unidos, es superior al de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Paniagua, 1987). Para dar respuesta a la necesidad de atender a estas personas, la Psicología Comunitaria enfatiza de modo especial no sólo una política de prevención terciaria a través de centros de día y centros de salud, sino sobre todo una política de prevención primaria. Así, en Estados Unidos, la población tratada en centros de día se multiplicó por más de diez: de unas 400.000 personas en 1955 a 4.6 millones en 1975 (Kiesler, 1982b).

En Europa se observa un movimiento desinstitucionalizador semejante con contenidos más políticos. Los antipsiquiatras (Laing, Cooper, Basaglia...) promueven un movimiento crítico hacia la política hospitalaria psiquiátrica. Aunque el movimiento antipsiquiátrico se ha ido difuminando, su impacto sobre la política de desinstitucionalización llevada a cabo desde los años sesenta ha sido grande (González Duro, 1987).

Sin embargo, en la génesis de estos movimientos comunitarios no sólo hay razones ideológicas y liberalizadoras. En efecto, conviene tener en cuenta que la necesidad de la orientación comunitaria

no se basó tanto en presupuestos científicos (por ejemplo, el hallazgo de una mayor eficacia de los centros de día que el tratamiento hospitalario habitual) como en una serie de factores sociales y políticos (Bynum y otros, 1985). Así, por ejemplo, la asistencia psiquiátrica en Estados Unidos presentaba cifras récord de hospitalización en los años cincuenta —más de quinientos mil pacientes ingresados— y, además, estaba centrada en su mayor parte en los asilos construidos hace ciento cincuenta años, lo que suponía un difícil y costoso mantenimiento y remodelación (Scull, 1977). No obstante, en clara paradoja con la nueva política asistencial comunitaria, más del 70 por 100 del presupuesto para salud mental se sigue empleando en la hospitalización (Kiesler, 1982b).

En cualquier caso, la Psiquiatría y Psicología Comunitarias intentan plantear una concepción más global de la conducta humana, lejos de las perspectivas centradas exclusivamente en el individuo. Así, por ejemplo, la preocupación con la contaminación, estilos de vida, hábitos de salud, etc., ha suscitado la necesidad de tratamientos y técnicas de prevención que abarquen un ámbito no sólo individual sino social (Phares, 1984). Aunque la orientación comunitaria es importante por el enfoque social que efectúa del tratamiento y la prevención, creemos que tiene un papel más bien irrelevante en cuanto a la investigación etiológica en Psicopatología.

A finales de los años sesenta comenzaron a efectuarse recortes sustanciales en los presupuestos estatales para asuntos sociales y la política de asistencia comunitaria se resintió gravemente. Así, por ejemplo, de los 2000 centros de salud comunitarios planeados en Estados Unidos sólo se construyeron unos 700 (Phares, 1984; Kiesler, 1982b) y se privó de

centros de acogida a muchas personas cuyo sino final ha sido la miseria y la deambulacion. Fuller Torrey (1989), en un libro muy crítico hacia los logros reales de la política de desinstitucionalización, señala el drama de que en los últimos treinta años han desaparecido 430.000 camas hospitalarias psiquiátricas sin apenas una contrapartida equiparable en centros comunitarios de acogida. Además, de las 350.000 personas sin hogar (*homeless*) en Estados Unidos, se estima que un tercio padecen algún tipo de cuadro psicopatológico grave.

En definitiva, el impacto de este movimiento ha sido grande. Los estudios sobre poblaciones de alto riesgo, la Psicología de la Salud, o la política de hospitales de día (Penk y otros, 1978), son frutos naturales de esta tendencia surgida en hace dos décadas. En este sentido son de mucho interés estudios como los de Kiesler (1982a, b), que demuestran empíricamente que, para la gran mayoría de los pacientes, la hospitalización psiquiátrica no es más efectiva que otros tratamientos alternativos, siendo además más cara y más coercitiva que éstos. Por otro lado, con un retraso de veinte años, y siguiendo modelos desinstitucionalizadores de nuestro entorno geográfico (por ejemplo, Mosher, 1982), en nuestro país la política asistencial comunitaria ha estado en plena expansión en los años ochenta (Costa y López, 1986) y está cubriendo una parcela asistencial que estaba absolutamente ignorada.

Nos encontramos, por tanto, en una etapa en la que coexisten tendencias muy diversas no pocas veces contrapuestas (véase Postel y Quérel, 1987). En todo caso, a través de esta revisión histórica esperamos haber dejado claro que en la definición de la anormalidad con-

ductual intervienen necesariamente elementos definitorios culturales que podemos denominar *episódicos*. Una consecuencia directa de esta afirmación es que lo anormal es histórica y culturalmente cambiante (Butcher y Bemis, 1984). Esta metamorfosis histórica de las formas y tipos de conducta anormal es quizás una de las principales lecciones que depara la revisión histórica.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERKNECHT, E. H.: *Breve historia de la Psiquiatría*. Ed. Universitaria, Buenos Aires, 1962.
- ALEXANDER, F., y SELESNICK, S.: *Historia de la psiquiatría*, Expax. (original: 1967), Barcelona, 1970.
- ALLDERIDGE, P.: «Bedlam: fact or fantasy?», en: W. Bynum, W. R. Porter, y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness, vol. II: Institutions and society*, Tavistock, Nueva York, 1985.
- ALVAREZ-URÍA, F.: *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en España del siglo XIX*, Tusquets, Barcelona, 1983.
- BAYER, S. J. y SPITZER, R. L.: «Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy», *Archives of General Psychiatry*, 42, 187-199, 1985.
- BERRIOS, G. E.: «Obsessional disorders during the nineteenth century: Terminological and classificatory issues», en: W. Bynum, W. R. Porter y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness. Vol I: People and ideas*, Tavistock, Nueva York, 1985.
- BYNUM, W.; PORTER, R., y SHEPHERD, M.: «Introduction», en: W. Bynum, W. R. Porter y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness. Vol I: People and ideas*, Tavistock, Nueva York, 1985.
- CLARE, A.: «Freud's cases: The clinical basis of psychoanalysis», en: W. Bynum, W. R. Porter y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness. Vol I: People and ideas*, Tavistock, Nueva York, 1985.
- CLARIDGE, G.: *The origins of mental illness*, Basil Blackwell, Oxford, 1985.
- COLE, J. O., y DAVIS, J. M.: «Fármacos anti-depresivos», en: A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría. Vol. I*, (original: 1980), Salvat, Barcelona, 1982a.
- COLE, J. O., y DAVIS, J. M.: «Tranquilizantes menores, sedantes, e hipnóticos», en: A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatría. Vol. I* (original: 1980), Salvat, Barcelona, 1982b.
- COSTA, M., y LÓPEZ, E.: *Salud comunitaria*, Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- DAVISON, G. C., y NEALE, J. M.: *Psicología de la conducta anormal* (Original: 1974), Limusa, México, 1980.
- DEBATE STONE-FOUCAULT: «La locura en la época clásica», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 4, 240-260, 1984.
- DIECKHÖFER, K.: *El desarrollo de la Psiquiatría en España. Elementos históricos y culturales*, Gredos, Madrid, 1984.
- DIETHELM, O.: *Medical dissertations of psychiatric interest (Printed before, 1750)*, S. Karger, Basilea, 1971.
- DIGBY, A.: «Moral treatment at the Retreat, 1796-1846», en: W. Bynum, W. R. Porter y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness. Vol II: Institutions and society*, Tavistock, Nueva York, 1985a.
- DIGBY, A.: *Madness, morality, and medicine*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985b.
- DOWBIGGIN, I.: «Degeneration and hereditarianism in French mental medicine», en: W. Bynum, W. R. Porter y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness. Vol I: People and ideas*, Tavistock, Nueva York, 1985.
- DÖRNER, K.: *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría* (original: 1969), Taurus, Madrid, 1974.
- ELLENBERG, H. F.: «Psychiatry from ancient to modern times», en: S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry. Vol I: The foundations of Psychiatry* (segunda ed.), Basic Books, Nueva York, 1974.
- ESCOHOTADO, A.: *Historia de las drogas* (3 vols.), Alianza, Madrid, 1989.
- ESPINOSA, J.: «Ideología de la ilustración en España y tratamiento moral», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7, 105-109, 1987.
- FOUCAULT, M.: *Historia de la locura en la época clásica* (segunda ed.) (2 vols.) (original: 1972), F. C. E., México, 1976.
- GARDNER, H.: *La nueva ciencia de la mente. Historia de la revolución cognitiva*, Paidós, Buenos Aires, 1987.
- GONZÁLEZ DE PABLO, A.: «Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la postguerra española: La implantación de Heidelberg en España», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7, 633-647, 1987.
- GONZÁLEZ DURO, E.: *Treinta años de Psiquiatría en España*, Ediciones Libertarias, Madrid, 1987.
- GOULD, S. J.: *La falsa medida del hombre* (Colección «Muy Interesante») (original: 1981), Urbis, Madrid, 1986.
- GRACIA, D., y ESPINO J. A.: «Desarrollo histórico de la psiquiatría», en: J. L. G. de Rivera, A. Vela y J. Arana (eds.), *Manual de Psiquiatría*, Karpos, Madrid, 1980.
- GRÜNBAUM, A.: *The foundations of psychoanalysis: A philosophical critique*, University of California Press, Berkeley, 1984.
- GRÜNBAUM, A.: «What are the clinical credentials of the psychoanalytic compromise model of neurotic symptoms?», en: T. Millon y G. L. Klerman (eds.), *Contemporary directions in Psychopathology: Toward the DSM-IV*, Guilford, Nueva York, 1986.
- HARE, E. H.: «Masturbatory insanity: The history of an idea», *Journal of mental Science*, 108, 1-25, 1962.
- HEERS, J.: *Carnavales y fiestas de locos*, Península, Barcelona, 1988.
- HUARTE DE SAN JUAN, J.: *Examen de ingenios para las ciencias*, Editora Nacional, Madrid, 1977.
- JONES, E.: *The life and work of Sigmund Freud* (3 vols.), Basic Books, Nueva York, 1953-1957.
- JORDA, E.: «La producción, el consumo y las noticias en la literatura neuropsiquiátrica durante el periodo franquista», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18, 420-437, 1986.

- KALINOWSKI, L. B.: «Terapias convulsivas», en: A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatria. Vol 1* (original: 1980), Salvat, Barcelona, 1982.
- KAPLAN, M.: «A woman's view of DSM-III», *American Psychologist*, 38, 786-792, 1983.
- KAZDIN, A. E.: *Historia de la modificación de conducta* (original: 1978), Desclee de Brouwer, Bilbao, 1983.
- KERNER, D.: «Paracelso y la "fuerza magnética"», *Folia Clinica Internacional*, 9, 625-631, 1973.
- KIESLER, C. A.: «Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients», *American Psychologist*, 37, 349-360, 1982a.
- KIESLER, C. A.: «Public and professional myths about mental hospitalizations», *American Psychologist*, 37, 1323-1339.
- KRAEPELIN, E.: *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Nieva, Madrid, 1905/1988.
- LAÍN ENTRALGO, P., y ALBARRACÍN, A.: *Sydenham*, CSIC, Madrid, 1961.
- LAÍN ENTRALGO, P.: «Vida y obra de Paracelso», *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina*, 3, 519-552, 1951.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *La historia clínica*, Salvat, Barcelona, 1961.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *The therapy of the word in classic antiquity*, Yale University Press, Nueva Haven, 1970.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia Universal de la medicina* (ed.), Salvat, Barcelona, 1973.
- LEVINE, M.: *The history and politics of community mental health*, Oxford University Press, Nueva York, 1982.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M., y MORALES, J. M.: *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*, Espasa Calpe, Madrid, 1968.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M.: «Los sistemas nosológicos del siglo XVIII», *Archivo Iberoamericano de historia de la Medicina*, 13, 65-93, 1961.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M.: «De la melancolía a la psicosis maniaco-depresiva», en: *Cuadernos para la Clínica General* (6 vols.), Roche, Madrid, 1970.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M.: «Orígenes históricos del concepto de neurosis», Alianza, Madrid, 1985.
- MAHER, W. B., y MAHER, B.: «The ship of fools», *American Psychologist*, 37, 756-761, 1982.
- MARCUS, S.: «Freud and Dora. Story, history, and case history», en: P. Meisel (ed.), *Freud: A collection of critical essays*, Prentice-Hall, Englewood Cliff, Nueva Jersey, 1981.
- MARCUS, S.: *Freud and the culture of psychoanalysis*, Allen y Unwin, Londres, 1984.
- MARKS, I.: «Fobias y obsesiones: Fenómenos clínicos en busca de un modelo de laboratorio», en: J. Maser y M. E. P. Seligman (eds.), *Modelos experimentales en Psicopatología*, Alhambra, Madrid, 1983.
- MARSET, P.: «La psiquiatria durante la revolución francesa: la obra de Philippe Pinel», *Estudios de Historia Social*, 4, 217-287, 1978.
- MARTÍN, J. L.: *Conflictos sociales en la Edad Media* (Cuadernos de Historia, 16, número 158), Grupo 16, Madrid, 1988.
- MASER, J., y SELIGMAN, M. E. P.: *Modelos experimentales en Psicopatología* (eds.), Alhambra, Madrid, 1983.
- MASSON, J. M.: *Assault on truth: Freud's supression of the seduction theory*, Faber & Faber, Londres, 1984.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E., y KOLODNY, R. C.: *La sexualidad humana*. (vol. I) (original: 1986), Grijalbo, Barcelona, 1987.
- MORA, G.: «Recent psychiatric developments», en: S. Arieti (ed.), *America Handbook of Psychiatry. Vol 1: The foundations of psychiatry*, Basic Books, Nueva York, 1974.
- MORA, G.: «Tendencias históricas y teóricas en psiquiatria», en: A. M. Freedman, H. I. Kaplan y B. J. Sadock (eds.), *Tratado de Psiquiatria* (vol. I) (original: 1980), Salvat, Barcelona, 1982.
- MOSHER, L. R.: «Italy's revolutionary mental health law: An assessment», *American Journal of Psychiatry*, 139, 199-203, 1982.
- MURPHY: «Psychiatric labeling in cross-cultural perspective», *Science*, 191, 1019-1028, 1976.
- OBHOLZER, K.: *The Wolf-man sixty years*

- later, Routledge and Kegan Paul, Londres, 1982.
- OCHOA, E. F., y VÁZQUEZ, C.: «Modelo de vulnerabilidad y esquizofrenia», *Monografías de Psiquiatria*, 1, 8-12, 1989.
- PANIAGUA, C.: «Política actual y psiquiatria en los Estados Unidos», *Psiquis*, 8, 11-19, 1987.
- PAVLOV, I. P.: *Psicopatología y Psiquiatria (Psicofisiología experimental. Reflexología y tipología. Problemas y aplicaciones)*, Morata, Madrid, 1967.
- PENK, W. E.; CHARLES, H. L., y VANHOOSE, T. A.: «Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 94-101, 1978.
- PERRIS, C.: «Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability», *Integrative Psychiatry*, 5, 27-32, 1987.
- PERVIN, L. A.: *Personalidad. Teoría, diagnóstico e investigación*, Desclee de Brouwer (original: 1975), Bilbao, 1979.
- PESET, V.: «Andrés Piquer y la Psiquiatria de la Ilustración», *Clinica y Laboratorio*, 63, 153-160, 1957.
- PESET, V.: «La curación por la palabra según Francisco Vallés (1524-1592)», *Cuadernos de la Historia de la Medicina Española* 3, 1-17, 1961.
- PHARES, E. J.: *Clinical psychology. Concepts, methods, and professions*, The Dorsey Press, Chicago, 1984.
- PINEL, P.: *Tratado médico-fisiológico de la enajenación mental o manía*, Nieva, Madrid, 1801/1988.
- POCH, J.: «Métodos de investigación en psicopatología», en: J. Vallejo y otros (eds.), *Introducción a la psicopatología y psiquiatria*, Salvat, Barcelona, 1980.
- POSTEL, J., y QUÉTEL, C.: *Historia de la Psiquiatria* (eds.), Fondo de Cultura Económica (original: 1983), México, 1987.
- PRICE, R. H., y LYNN, S. J.: *Abnormal Psychology*, The Dorsey Press, Chicago, 1986.
- PRICE, R. H.: *La conducta anormal* (original: 1980), Interamericana, México, 1981.
- QUINTANILLA, M. A.: «Problemas epistemológicos del reduccionismo biológico en las ciencias del hombre», *Informaciones Psiquiátricas*, 103, 19-34, 1986.
- RACHMAN, S. J., y HODGSON, R. J.: *Obsessions and compulsions*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, 1980.
- ROSEN, G.: *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental* (original: 1968), Alianza, Madrid, 1974.
- ROSEN, G.: «Freud y la Medicina en Viena», en: J. Miller (ed.), *Freud: El hombre, su mundo, su influencia* (original: 1972), Destino, Barcelona, 1977.
- ROSENHAN, D., y SELIGMAN, M. E. P.: *Abnormal Psychology*, Norton, Nueva York, 1984.
- SCHATZMAN, M.: «Paranoia or Persecution: The case of Schreber», en: L. R. Allman y D. T. Jaffe (eds.), *Readings in Abnormal Psychology: Contemporary Perspectives*, Harper y Row, Nueva York, 1976.
- SCHIFF, T.: «The labeling theory paradigm», en: C. Eisdorfer, D. Cohen, A. Kleinman y P. Maxim (eds.), *Models for clinical psychopathology*, SP Medical y Scientific Books, Nueva York, 1981.
- SCREECH, M. A.: «God madness and Christendom», en: W. Bynum, W. R. Porter y M. Shepherd (eds.), *The anatomy of madness. Vol 1: People and ideas*, Tavistock, Nueva York, 1985.
- SCULL, A.: «From Madness to mental illness: Medical men as moral entrepreneurs», *Archives Europeenes de Sociologie*, 16, 218-251, 1975.
- SCULL, A.: *Decarceration: Community treatment and the deviant*, Polity Press, Oxford, 1984.
- SCULL, A.: *Madhouses, Mad-doctors, and Madmen* (ed.), Athlone Press, Londres, 1981.
- SHOWATER, E.: «Victorian women and insanity», en: A. Scull (ed.), *Madhouses, Mad-doctors, and Madmen*, Athlone Press, Londres, 1981.
- SHOWATER, E.: *The female malady: Women, madness, and English culture, 1830-1980*, Viking Penguin, Nueva York, 1985.
- SKODOL, A. E., y SHROUT: «Epidemiologic perspectives», en: A. E. Skodol y R. L.

- Spitzer (eds.), *An annotated bibliography of DSM-III*, American Psychiatric Press, Washington, 1988.
- SKULTANS, V.: *English madness. Ideas on insanity, 1580-1890*, Routledge & Kegan Paul, Londres, 1979.
- SMITH, D., y KRAFT, W. A.: «DSM-III: Do psychologists reality want an alternative?», *American Psychologist*, 38, 776-777, 1983.
- SPANOS, N.: «Witchcraft in histories of psychiatry: A critical analysis and an alternative conceptualization», *Psychological Bulletin*, 85, 417-439, 1978.
- SPANOS, N.: «Ergotism and the Salem witch panic: A critical analysis and an alternative conceptualization», *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 19, 358-369, 1983.
- SPANOS, N.: «Witchcraft and social history: An essay review», *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 21, 60-67, 1985.
- SPITZER, R. L.: «Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary?», en: J. B. Williams y R. L. Spitzer (eds.), *Psychotherapy research. Where are we and where should we go?*, Guilford, Nueva York, 1984.
- SULLOWAY, F.: *Freud: Biologist of the mind*, Fontana, Londres, 1980.
- SZASZ, T.: *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, 1973.
- SZASZ, T.: *La fabricación de la locura* (original: 1973), Karpos, Madrid, 1974.
- SZASZ, T.: «The sacred symbol of psychiatry», *British Journal of Psychiatry*, 129, 317-326, 1976.
- TEMKIN, O.: *The falling sickness. A history of epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, The John Hopkins Press, Baltimore, 1971.
- TORREY, E. F.: *The mind game: Witchdoctors and psychiatrists*, Emerson Hal, Nueva York, 1972.
- TORREY, E. F.: *La muerte de la psiquiatría* (original: 1976), Martínez Roca, Barcelona, 1980.
- TORREY, E. F.: *Nowhere to go: The tragic odyssey of the homeless mentally ill*, Basic, Nueva York, 1989.
- VALENSTEIN, E. S.: *Great and desperate cures. The rise and fall of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*, Basic, Nueva York, 1986.
- VÁZQUEZ, C.: «Limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información: Más allá de la teoría del "hombre como científico"», *Estudios de Psicología*, 23-24, 111-133, 1985.
- VÁZQUEZ, C., y OCHOA, E. F.: «Cognición y esquizofrenia (I). Percepción y atención». *Monografías de Psiquiatría*, 1, Madrid, 1989.
- WEITH, I.: «The history of a disease», Chicago University Press, Chicago, 1965.
- WEBER, A. C., y SCHARFETTER, C.: «The syndrome concept: History and statistical conceptualization», *Psychological Medicine*, 14, 315-325, 1984.
- WILLIAMS, J. M.; WATTS, F. N.; MACLEOD, C., y MATHEWS, A.: *Cognitive psychology and emotional disorders*, Wiley, Chichester, 1988.
- WOLPE, J., y RACHMAN, S.: «Psychoanalytic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans», *Journal of Mental and Nervous Disease*, 131, 135-148, 1960.
- ZENDERLAND, L.: «On interpreting photographs, faces, and the past», *American Psychologist*, 43, 743-744, 1988.
- ZILBOORG, G., y HENRY, G. W.: *A history of medical psychology*, W. W. Norton (Trad.: Piqué: Buenos Aires), Nueva York, 1941.
- ZIMMER, D. E.: *Dormir y soñar*, Biblioteca Científica Salvat (Original: 1984), Barcelona, 1988.
- ZUBIN, J.: «Scientific models for Psychopathology in the 1970's», *Seminars in Psychiatry*, 4, 283-296.