

Dilemas contemporáneos de la nosología psiquiátrica: El caso de las neurosis.

Contemporary dilemmas in psychiatric nosology: The case of neurosis.

José Lázaro¹

RESUMEN

Se plantean diversas reflexiones en torno a la presencia y significado actual del término y concepto de neurosis en la medicina y psiquiatría contemporáneas, tomando como punto de partida su “desaparición” de los sistemas nosológicos y diagnósticos actuales. La historia del concepto se esboza a partir de la contribución seminal de William Cullen en el Siglo XVIII y se ilustra desde diferentes perspectivas por Charcot, Freud y, en España, por Mira y López, Llopis, López Ibor y Castilla del Pino. Concluye esta sección con la descripción de las radicales modificaciones y la total eliminación del término “neurosis” en las diversas ediciones del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) a partir de 1980, así como las objeciones de Tyrer. La neurosis en la actualidad puede ser reconsiderada a partir de dos tesis contrapuestas: 1) la identificación de un conjunto de síntomas diferenciales e identificables a partir de pruebas de investigación, predominantemente neurobiológica, y 2) su consideración como expresión immanente del sufrimiento humano (profundamente subjetivo y biográfico) que lleva a la búsqueda de ayuda profesional.

PALABRAS CLAVE: Neurosis, ansiedad, personalidad, nosología, psiquiatría, psicopatología.

SUMMARY

A series of reflections are presented about the presence and meaning of the concept of neurosis in contemporary medicine and psychiatry, taking as a point of departure its “disappearance” from current nosological and diagnostic systems. The concept’s history is traced back beginning with the seminal contribution by William Cullen in the 18th Century and continued from different perspectives by Charcot, Freud and, in Spain, by Mira y López, Llopis, López Ibor and Castilla del Pino. This section ends with the description of the elimination of the term “neurosis” from the several editions of APA’s DSM since 1980, and the objections by Tyrer. Neurosis as a current disorder deserves more studies on the basis of two opposite theses: 1) as a set of analyzable and interpretable symptoms to be studied by evidence-oriented research, particularly of neurobiological nature, and 2) as an immanent expression of profoundly subjective (personal and biographic) human suffering that leads to searching of professional help.

KEY WORDS: Neurosis, anxiety, personality, nosology, psychiatry, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

Cualquier acercamiento a la psicopatología de hoy da la impresión de que las neurosis son cosa del ayer. No se suele encontrar ese término en los libros de texto actuales, que se ocupan (siguiendo a los DSM III, IV y 5) de los “trastornos de ansiedad”, los “trastornos disociativos” o los “trastornos distímicos”.

Para muchos psiquiatras actualmente en formación, las neurosis son algo que se guarda en el baúl de los recuerdos, junto a la psicastenia, la lipemania o la frenitis.

Precisamente por ello puede que no sea inútil una breve reflexión sobre el concepto de neurosis, no desde la práctica clínica sino desde una perspectiva

¹ Profesor de Humanidades Médicas, Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España.

histórica orientada hacia los problemas teóricos de la psiquiatría. No se pretende, por tanto, discutir con los psiquiatras sobre problemas de psicopatología clínica (para lo que el autor de este trabajo no está capacitado) sino tan solo proponer una mirada hacia el pasado que quizás pueda servir a los clínicos actuales como invitación a analizar, una vez más, el concepto.

Se ha elegido para este trabajo el término “nosología” entendido en su sentido estricto: conocimiento teórico de lo que es un enfermedad (tal como apunta la etimología de *logos*: palabra, razón, tratado acerca de algo), más que en el que suele dársele de nosotaxia: parte de la medicina que se ocupa de clasificar las enfermedades (tal como apunta la etimología de *taxis*: orden, disposición, colocación). Por eso la taxidermia es el arte de disecar los animales, y la taxonomía es “la ciencia que trata de los principios, métodos y fines de la clasificación”, mientras que la patología es la ciencia que estudia lo que cada enfermedad es.

¿Qué son (o eran) las neurosis? ¿En qué consistía el conjunto de signos y de síntomas, de palabras y de conductas, que hacía que determinadas personas fuesen diagnosticadas como “neuróticas”? El hecho de que este diagnóstico haya desaparecido prácticamente de la bibliografía psiquiátrica actual ¿quiere decir que aquel conjunto de signos y de síntomas, de palabras y de conductas, ha desaparecido del mundo real? ¿Ya no hay pacientes a los que les ocurra lo que les ocurría a aquellos pacientes que hace cincuenta años eran considerados neuróticos?

Parece que esta última pregunta ha de responderse con una clara negación: a juzgar por lo que dicen la mayoría de los clínicos actuales y a juzgar por frecuentes situaciones que todos padecemos en la vida cotidiana, parece claro que los neuróticos no han desaparecido de la superficie de la Tierra. ¿Será

entonces que siguen existiendo y lo que ocurre es que les hemos cambiado el nombre? ¿Cambian a lo largo de los años las características de esos trastornos que los pacientes padecen en su intimidad y narran en las consultas? ¿O quizá lo que cambió fue nuestra forma de conceptualizarlos, el logos con el que los entendemos? ¿O tal vez cambia la terminología con la cual los líderes de opinión psiquiátrica prefieren designarlos?

Una de las grandes aportaciones que le debemos a Germán Berríos es el planteamiento historiográfico que distingue de forma sistemática la historia de las conductas, de los conceptos y de las palabras (1-5) (Figura 1). Este planteamiento nos muestra el núcleo de algo que es a la vez elemental y decisivo. A los llamados enfermos les ocurren (o ellos realizan) determinadas cosas (situaciones o eventos) de carácter negativo. Estas “cosas” (a las que Laín Entralgo, por ejemplo, denominaba “la realidad del enfermar”) son entendidas o comprendidas por las ciencias médicas mediante determinados conceptos y son designadas mediante determinados términos. Prescindiendo de matizaciones historiográficas que no es del caso desarrollar aquí, se trata de un proceso en tres fases:

1. Un paciente relata en la clínica un determinado patrón de sentimientos, ideas y conductas, es decir, un cierto conjunto de signos y de síntomas (plano de la conducta del enfermo, la realidad del enfermar).
2. El psiquiatra identifica ese cuadro clínico con uno que está claramente descrito en el cuerpo de saberes científicos denominado “Psicopatología” (plano de los conceptos médicos).
3. El psiquiatra aplica a esa realidad conceptualizada el nombre que le corresponde, realizando el juicio diagnóstico: “Usted padece una neurosis obsesiva”, se decía hace sesenta años. “Tiene usted un trastorno obsesivo-compulsivo”, se dice en la actualidad (plano terminológico, de las palabras).

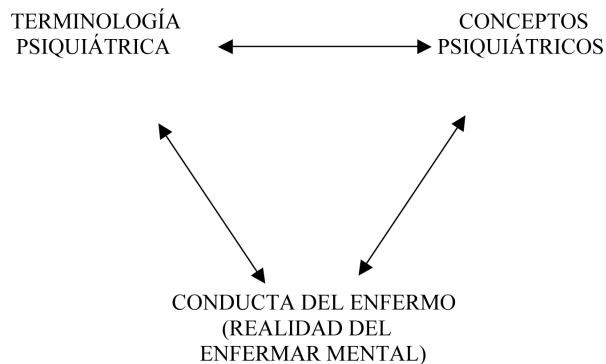


Figura 1. El esquema historiográfico de Germán Berríos

La gran pregunta que nos plantean, por tanto, estas diferentes formulaciones de los juicios diagnósticos (neurosis obsesiva / trastorno obsesivo-compulsivo) es la siguiente: ¿Ha cambiado la realidad del enfermar neurótico? ¿Ha cambiado nuestro concepto de esos “trastornos” que antes llamábamos “neuróticos”? ¿O ha cambiado la forma en que los denominamos?

Dicho de otra manera: ¿Cambia lo que les ocurre a los enfermos? ¿O cambia lo que los médicos piensan respecto a lo que les ocurre a los enfermos? ¿O quizá

lo que cambia es la forma en que los médicos llaman a lo que ellos piensan que les ocurre a los enfermos? ¿O acaso las tres cosas a la vez? ¿O dos de ellas?

El problema nosológico de las neurosis es el de dar respuesta a estas preguntas. Problema que no parece estar resuelto, que desde luego, este artículo no va a resolver, pero que es importante plantear con claridad, pues ese es el primer paso para avanzar hacia su (nada fácil) solución.

Historia de las neurosis

Es bastante sencillo reconstruir la historia de la palabra “neurosis” desde que la crea William Cullen hasta que el DSM-III la proscribió y le hace pasar a la clandestinidad. Los textos son accesibles y la terminología que emplean es lo primero que se ve al acercarse a ellos.

Es más complejo reconstruir la evolución del concepto de neurosis desde William Cullen hasta Peter Tyrer, pero se podría hacer, si se dispone de suficiente tiempo, ganas e interés, mediante el análisis detallado de esos mismos textos, tal como empezó a hacer, en su momento, López Piñero en 1963 y 1970 (6,7).

Lo que parece una misión prácticamente imposible es la elaboración de una historia de la realidad neurótica, una epidemiología histórica de la neurosis. Es muy difícil saber cómo eran realmente, hace cien o doscientos años, los enfermos que se consideraban neuróticos, pues no tenemos acceso a ellos más que a través de textos que lo único que nos transmiten sobre aquella realidad son las observaciones de los clínicos de entonces, seleccionadas, sesgadas y plasmadas a través de sus propios conceptos y de su propia terminología. Lo que los textos recogen es lo que sus autores consideran significativo de la inabarcable realidad y lo que consideran significativo es lo que sus conceptos teóricos les indicaban: las descripciones y elaboraciones nosológicas de las realidades clínicas están siempre determinadas por los conceptos y por el lenguaje propio del observador.

Pero aunque no se pueda reproducir en un simple artículo la historia completa del concepto de neurosis, sí es posible al menos recordar brevemente algunos conceptos significativos de diferentes y bien conocidos autores de distintas épocas y orientaciones teóricas, para esbozar el campo semántico del tan problemático término. Salvo algunas referencias internacionales inexcusables, daré preferencia a autores españoles,

en primer lugar porque las ideas que ellos recogen y elaboran son tan representativas de la historia del concepto como las de otros extranjeros en los que se inspiran o con los que dialogan, y en segundo lugar porque este artículo cierra una línea de investigación sobre la psiquiatría española iniciada hace más de un cuarto de siglo (8-13).

William Cullen

En el principio fue William Cullen. Es bien sabido que Cullen creó el término “neurosis” en su Nosología de 1769. Antes de adoptarlo había probado y descartado el vocablo *neuropathia*, que le resultó impreciso y poco eufónico (14). Para él, “neurosis” era un sinónimo de “enfermedad nerviosa”, y así lo siguió siendo durante medio siglo. Con su nuevo término, “neurosis”, Cullen recogía un concepto del que no pretendía que fuese totalmente original, pues lo hace derivar de antecedentes del Siglo XVII como la “histeria-hipocondría” de Sydenham (1624-1689) o la “patología nerviosa” de Thomas Willis (1622-1675).

El concepto de Cullen abarcaba lo que hoy nos parece una gran amplitud y diversidad de trastornos. Se subdividía en cuatro órdenes:

Comata (apoplejía, parálisis)
Adynamiae (síncope, dispepsia, hipocondría, clorosis)
Spasmi (tétano, convulsión, epilepsia, asma, pirosis, diabetes, histeria, etc.)
Vesaniae (amencia, melancolía, manía, etc.).

Lo que más interesa es que el concepto que Cullen hereda del Siglo XVII, el que Cullen fija, pule y denomina “neurosis”, a grandes rasgos, se mantiene hasta Charcot (1825-1893). Desde el origen del concepto hasta finales del Siglo XIX las neurosis están caracterizadas por tres notas distintivas (6,7):

1. Una apariencia clínica proteiforme.
2. Un mecanismo de disfunción sin lesión anatómica objetivable.
3. Un carácter de padecimiento nervioso general y no localizable orgánicamente.

A finales del siglo diecinueve, Charcot, fiel a los postulados del pensamiento anátomo-clínico, arruinará gran parte del prestigio que había adquirido como neurólogo en su fallido empeño de hallar la lesión anatómica supuestamente subyacente a las neurosis, en especial a las histéricas (15). En el clásico estudio de José María López Piñero sobre el origen histórico

del concepto de neurosis, se encuentran unas líneas cuya lectura resulta hoy sorprendente pues, escritas en 1960 y referentes a las ideas que sostenía Charcot a finales del XIX, resuenan en el siglo XXI de forma plenamente actual. Dicen lo siguiente:

“El resultado inmediato [del planteamiento de Charcot] es completamente lógico: intentar la desaparición del concepto de Neurosis. Cuanto más, tolerarlo como algo provisional, inadecuado e impreciso. La idea general era, en efecto, que se trataba de un resto indeseable de la patología del momento anterior. Resto con el cual el progreso médico terminaría tarde o temprano.” (6).

Freud

Como se sabe, Freud se pasó la vida haciendo y deshaciendo sus propias teorías, reelaborándolas al ritmo frenético de su capacidad de reflexión teórica sobre las observaciones que hacía en la clínica. El tema de las neurosis es central en todo su pensamiento y los matices, vueltas y revueltas que le da son muy numerosos. Su evolución, continúa y acelerada, afecta tanto al plano conceptual como al terminológico.

En términos generales y muy esquemáticos, hay que recordar que distingue a las neurosis actuales de las psiconeurosis. Las primeras, trastornos del presente independientes del pasado, son para él simple efecto mecánico del estancamiento libidinal en un momento dado, pura insatisfacción sexual, excitación física que degenera en angustia. La idea no deja de recordar a la vieja patología humoral que se expresa en el dicho *semen retentum venenum est*.

Mucho más elaborado, el concepto de psiconeurosis llegará a ser el de una estructura psíquica que (junto con las de psicosis y perversión) fundamentará la psicopatología psicoanalítica. Las neurosis, en este sentido, son trastornos psicógenos causados por un conflicto inconsciente de raíces infantiles. Las fuerzas que entran en conflicto son, por un lado, las pulsiones y los deseos; por el otro, las defensas psicológicas que se oponen a aquéllos. Los síntomas, psíquicos y somáticos, serían la expresión simbólica de este conflicto irresuelto.

Mira y López

Emilio Mira y López (1896-1964) fue una figura clave en la organización de la psiquiatría científica española en las primeras décadas del Siglo XX y, a la

vez, por su pensamiento ecléctico, es un buen expositor de las ideas nosológicas vigentes en su época. En la cuarta edición de su Tratado de Psiquiatría, en 1954, inicia el capítulo sobre las neurosis señalando que este concepto, marginal en los manuales psiquiátricos anteriores a 1930, se ha convertido veinte años después en un tema de primera línea, lo que atribuye al hecho de que la vieja “patología manicomial” se ha ido transformando en una nueva “psicopatología social”.

El concepto de “psiconeurosis” que Mira concibe en los años cincuenta del siglo veinte, es muy claro y de una notable amplitud:

Un curso morboso constituido por un conjunto de alteraciones funcionales, psíquicas y somáticas, que ocasionan intenso malestar e íntimo sufrimiento; aparecen motivadas fundamentalmente por conflictos psíquicos (aun cuando en su preformación y en su patoplastia pueden intervenir factores físicos), propenden a encronizarse (si no son bien tratadas), pero no llegan a alterar el juicio de realidad, ni los medios de adaptación habitual a los requerimientos de la vida social, siendo esencialmente curables por Psicoterapia (16).

Bartolomé Llopis

Para Bartolomé Llopis (1906-1966) “las llamadas neurosis” no son auténticos trastornos de la actividad psíquica sino simples alteraciones del contenido de la conciencia. Las considera estados afectivos, de naturaleza angustiosa, que expresan alteraciones somáticas mal conocidas. La creencia (falsa, según Llopis) de que la génesis de las neurosis puede entenderse a partir de los recuerdos biográficos ha hecho que “la doctrina de las neurosis se haya convertido, como dice Walshe, en un carnaval de expansiones literarias”.

No es posible que una vivencia engendre una enfermedad porque, para Llopis, “las enfermedades son siempre somáticas; los trastornos psíquicos son manifestaciones de enfermedades, pero no enfermedades en sí.” (17). Las considera como alteraciones emocionales, importantes para el médico por su gran difusión y por el intenso sufrimiento que producen, pero no enfermedades mentales propiamente dichas, como los son, para él, las psicosis. Las neurosis pueden tratarse con psicoterapia porque (llega a afirmar Llopis en una famosa y provocativa frase) “la llamada psicoterapia, en definitiva, no es más que una pseudoterapia que sólo sirve para curar

pseudoenfermedades”. Y a continuación matiza: *Con esta afirmación no trato de despreciar la psicogenia ni la psicoterapia; trato sólo, por limpieza conceptual, de señalar sus límites frente a la verdadera enfermedad y a la verdadera terapéutica* (18).

López Ibor

Para Juan José López Ibor (1906-1991) el síntoma nuclear de las neurosis es la “angustia vital”, que no es un simple sentimiento anímico dependiente de vivencias psicosociales ni puede explicarse totalmente por mecanismos psicodinámicos. La angustia neurótica es un sentimiento que está profundamente anclado en la corporalidad, un trastorno endógeno de la vitalidad. La denomina “angustia vital” porque procede de las oscilaciones profundas del tono vital y es modulada después por los conflictos de la vida cotidiana. Se trata de un sentimiento corporalizado que vincula de forma irreductible lo psíquico a lo somático. Por eso sus variaciones no se pueden reducir a reacciones ante los acontecimientos del entorno y por eso las depresiones responden a tratamientos biológicos.

De esa angustia vital procederían los desequilibrios emocionales e impulsivos de los neuróticos, sus dificultades en las relaciones personales y en la adaptación a la realidad. Dificultades que no dañan el juicio de realidad, lo cual permite mantener la tradicional frontera entre neurosis y psicosis (19).

Castilla del Pino

Para Carlos Castilla del Pino (1922-2009) la neurosis es un modo de ser, no algo que eventualmente se tiene o se deja de tener (como una infección) sino una estructura y una dinámica propia del sujeto que denominamos “neurótico” y determinante de su conducta. Los síntomas no son más que la manifestación de la conducta propia del modo de ser neurótico. La característica que siempre aparece en esa conducta es la angustia. Al sujeto neurótico la relación con determinados objetos le resulta angustiosa. El rasgo nuclear de su personalidad es la inseguridad. De esa inseguridad básica, de la amenaza que los diferentes objetos y las diferentes situaciones representan, surgen la angustia, las fobias, las obsesiones, las conversiones y disociaciones, la depresión, la despersonalización, la inhibición, la hipocondría. En el fondo, la inseguridad es angustiosa porque refleja la amenaza a la propia identidad, el miedo a dejar de ser el que se es (la locura) o simplemente a dejar de ser (la muerte). Y aunque todo fenómeno psíquico tiene un correlato

fisiológico en el organismo, los síntomas propios de la neurosis, a diferencia de los de la demencia, deben ser considerados síntomas del sujeto y no de su organismo. El núcleo de la personalidad neurótica —afirma Castilla— estriba, a mi entender, en la inseguridad de que el *self* del sujeto, en su totalidad o en algún aspecto concreto del mismo, pueda ser cuestionado, resultando de ello su depreciación ante los demás o ante sí mismo (en general, ante el objeto o en su relación con el objeto) (20).

DSM-III, IV y 5

La historia del conflictivo debate que precedió a la publicación del DSM-III en 1980 es hoy bien conocida. A nadie se le oculta que aquel conflicto supuso un golpe mortal a la decisiva influencia que el psicoanálisis había ejercido sobre la psiquiatría americana tras la Segunda Guerra Mundial y que iba a dejar de ejercer tras perder la guerra del DSM-III.

Aquel conflicto entre los partidarios de la psiquiatría dinámica y los defensores de un aséptico sistema descriptivo de carácter empírico y pretendidamente ateoórico se saldó con la supresión en el nuevo Manual de toda hipótesis psicodinámica, la relegación del término “neurosis” a un paréntesis secundario y la disgregación del concepto correspondiente en una diversa serie de “trastornos”. Esta relegación fue seguida por la supresión definitiva del concepto en el DSM-IV, confirmada en este mismo año 2013 por la publicación del DSM-5.

De este modo, el concepto unitario tradicional de neurosis quedó desmembrado. Tal como relata uno de los protagonistas de aquella historia, Robert L. Spitzer, a lo largo de los años que duraron los trabajos preparatorios del Manual DSM-III, *nunca se consideró seriamente la inclusión de las neurosis*, sino que se optó por su distribución en varias rúbricas por la convicción de que *no existe ningún grupo de condiciones que constituyan, en conjunto, a las neurosis* (21).

Estas variadas rúbricas eran las siguientes:

- 300.40 Distimia (o neurosis depresiva)
- Trastornos por ansiedad (o neurosis de ansiedad y neurosis fóbica)
- 300.30 Trastorno obsesivo-compulsivo (o neurosis obsesivo-compulsiva)
- 300.11 Trastorno de conversión (o neurosis histérica, tipo conversión)
- 300.70 Hipocondría (o neurosis hipocondriaca)

- Trastornos disociativos (o neurosis histérica, tipo disociativo)
- 300.60 Trastorno por despersonalización (neurosis de despersonalización).

Esta desmembración implica la convicción de que el concepto tradicional de neurosis era un cajón de sastre en el que se mezclaban de forma confusa diferentes categorías de trastornos que a partir del DSM-III quedarían, según sus defensores, diferenciadas de forma clara y distinta.

Peter Tyrer contra los DSM

Un intento directo de cuestionar esa disgregación conceptual de las neurosis se encuentra en la defensa por Peter Tyrer de un “síndrome neurótico general”. Lo define como “demostración de síntomas de ansiedad primaria y depresión, que muestran cambios en su primacía en diferentes momentos, se manifiestan en ausencia de acontecimientos importantes de la vida y se presentan ordinariamente en el fondo de una perturbación de la personalidad, en la cual son prominentes las cualidades inhibidas y/o dependientes. Es probable también que haya una historia familiar positiva de una situación similar” (22).

Este síndrome excluye el trastorno obsesivo-compulsivo (que también para otros autores ha adquirido entidad propia y diferenciada). Incluye síntomas de ansiedad, distimia y angustia; también (de forma más matizada) de agorafobia o fobia social. No deja clara la ubicación de los trastornos somatoformes y disociativos (22-24).

En apoyo de su tesis, Tyrer (25) sostiene que las clasificaciones ateóricas desarrolladas desde 1980 dividen los diagnósticos anteriores en diversos compartimientos que, aunque pueden funcionar bien para los investigadores y la industria farmacéutica, no concuerdan con la realidad que se presenta en la clínica. Estos compartimientos sólo se mantendrían separados mediante reglas arbitrarias sin sentido clínico y son incompatibles con un concepto satisfactorio de las neurosis.

Ese concepto satisfactorio de neurosis tendría que superar la mera descripción de síntomas y conductas para integrar tres aspectos:

1. El componente hereditario de las neurosis y los trastornos de personalidad.
2. El concepto de predisposición o vulnerabilidad de

la personalidad frente a la neurosis.

3. Los cambios diagnósticos consecuentes a diversas experiencias vitales.

La psiquiatría española del siglo XXI

Julio Vallejo Ruiloba (26) ha llevado a cabo un claro intento de responder al desafío planteado por Peter Tyrer: presentar un concepto actual de neurosis que abarque los aspectos hereditarios, la predisposición y los cambios diagnósticos relacionados con los avatares biográficos. Este intento se puede sintetizar en las siguientes tesis:

- A pesar de las insuficiencias de la neurosis como categoría nosotóxica, la psiquiatría europea ha constatado su necesidad clínica como concepto diagnóstico para un considerable porcentaje de la población general (siempre mayor del 5%) y otro porcentaje (mucho mayor) entre los pacientes psiquiátricos.
- Del controvertido concepto de “personalidad neurótica” puede defenderse la vigencia de características como la intensa conflictividad interna, mala imagen de sí mismo, inseguridad, sentimientos de inferioridad y culpa, ansiedad, rigidez, empobrecimiento existencial, dificultades en las relaciones interpersonales, etc.
- Hay un factor general de neuroticismo (con una notable carga genético-ambiental) que condiciona la personalidad y los cuadros neuróticos.
- Las neurosis no son enfermedades en sentido médico sino trastornos subjetivos personales sin causa orgánica subyacente y dependientes de contingencias psicológicas. (De este criterio se excluyen los trastornos obsesivos-compulsivos y las crisis de angustia).
- Son trastornos psíquicos menores, en el sentido de que no hay pérdida del juicio de realidad sino síntomas dimensionales que se pueden comprender (sin discontinuidad) a partir de vivencias normales.

Las neurosis suponen un desequilibrio y pérdida de la armonía externa o interna al que se puede llegar por muy distintas vías; depende de factores tanto psicológicos como biológicos y sociales.

Las neurosis como trastorno personal y biográfico

El libro colectivo *Trastornos neuróticos* (27), ofreció hace un década una buena y amplia síntesis de lo que la psiquiatría universitaria en la España reciente piensa sobre la neurosis. Uno de sus capítulos, del

que el primer firmante es el profesor Enrique Baca Baldomero, se titulaba precisamente *La neurosis en la actualidad*. En ese trabajo se presentaban tres conceptos que pueden distinguirse bajo el término “neurosis”:

El primero es el de la neurosis como una reacción fallida para restablecer el equilibrio después de sufrir una situación traumática. Esa reacción no adaptativa, en lugar de resolver el problema planteado, lo agravaría y cronificaría.

El tercero se refiere a la neurosis como fracaso en el desarrollo personal hacia la madurez, que se identifica con la salud mental. Ya no se trataría del daño causado por un acontecimiento estresante sino de una detención o desviación del desarrollo psíquico esperable.

El más significativo para nuestros fines es el segundo concepto de *neurosis* que presentan Baca y sus colaboradores. Se refiere a algunos desarrollos anormales de la personalidad que comparten una característica que es a la vez clásica del concepto y plenamente vigente en la práctica clínica actual:

La neurosis no será accesible, ni en su dimensión diagnóstica ni en su dimensión terapéutica, sin un profundo conocimiento de la biografía del sujeto neurótico. (...) No resulta posible una aproximación meramente descriptiva al fenómeno neurótico. Las neurosis no pueden ser diagnosticadas según criterios operativos basados a su vez en descripciones sintomáticas. (...) La investigación de la patogenia neurótica es inexcusablemente la investigación del mundo que el neurótico ha construido en su relación dialéctica con las circunstancias biográficas que le ha tocado vivir (28).

DISCUSIÓN

Los ejemplos mencionados indican que el concepto de neurosis ha ido oscilando en los últimos trescientos años desde una enfermedad nerviosa, multiforme y sin lesión objetivable, pasando por un conflicto psíquico inconsciente, una adaptación funcional psicosomática que provoca mala adaptación social, un sentimiento vital angustioso profundamente anclado en la corporalidad y tratable biológicamente hasta un tipo de conducta derivada de la inseguridad del sujeto en su relación con objetos o situaciones que le resultan amenazantes. Todo este recorrido por múltiples dimensiones del ser humano ha desembocado, ya en el Siglo XXI, en el descubrimiento, una vez más, de

que el sufrimiento neurótico está indisolublemente vinculado al mundo personal, simbólico y biográfico de cada sujeto particular.

El límite de todas estas variaciones del concepto es siempre la conservación del juicio de realidad que marca la frontera entre las neurosis y las psicosis. Desde una perspectiva histórica amplia puede decirse que la Medicina, desde sus orígenes, ha tratado de alcanzar un conocimiento riguroso y fiable sobre los hechos que constituyen la salud y la enfermedad. Desde el desarrollo, en tiempos hipocráticos, de un primer sistema médico de carácter racional y naturalista, libre de elementos mágicos o religiosos, hasta la actual *Evidence-Based Medicine*, la historia de esa búsqueda del conocimiento objetivo y contrastable sobre las enfermedades es la historia de la Medicina como Ciencia.

Pero, también desde sus orígenes históricos, la práctica clínica se ha encontrado con la necesidad, puesta de manifiesto en muchas formas por los propios enfermos, de que se preste atención a los aspectos más personales de su condición; la necesidad de que los médicos no ignoren que los trastornos de cada uno de sus pacientes están profundamente relacionados con su temperamento peculiar, sus circunstancias personales, sus vivencias biográficas, los sentimientos expresados en las historias que narran durante la consulta. Desde el concepto galénico de las “pasiones del alma” hasta la medicina basada en narrativas de éxito creciente en la actualidad, la historia de todas las respuestas de la cultura médica frente a la necesidad clínica de atender a los valores del enfermo es la historia de la dimensión personal de los pacientes.

El psiquiatra francés Jacques Postel (29), particularmente sensible a la evolución de las ideas psiquiátricas, cierra su revisión histórica del proceso por el cual el concepto de “neurosis” fue suprimido de la ciencia psicopatológica con la siguiente afirmación: *Faut-il s'en féliciter, ou craindre qu'avec elles ce soit l'homme malade qu'on évacue, en ne veulent plus voir et traiter que ses troubles du comportement et ses symptômes?* [¿Hay que felicitarlo o hay que temer que con su supresión sea el hombre enfermo el que ha sido esfumado o eliminado, negándosele el ver y tratar todo lo que está detrás de su comportamiento y de sus síntomas?].

El dilema en el que nos encontramos, (ese dilema que la historia conceptual puede ayudarnos a precisar, pero que sólo los profesionales de la psiquiatría pueden intentar resolver) se resumiría de la siguiente manera:

La amplitud y generalidad del concepto de neurosis manejado hasta 1980, hace de él algo poco operativo, difícilmente homologable a trastornos mentales más precisos y definidos, por lo cual se ha procedido a su despedazamiento. En ese despedazamiento, los trastornos obsesivo-compulsivos y las crisis de pánico parecen haber adquirido entidad nosológica propia. Como suele hacerse ante un problema demasiado complejo, se ha decidido ir por partes. Pero el conjunto de las partes no siempre es igual al todo.

El dilema en el que nos encontramos supone una disyuntiva que divide a los psicopatólogos en dos bandos, cada uno de los cuales defiende una clara tesis:

Primera tesis: *El concepto de neurosis es un fantasma confuso y desorientador que sólo podrá legitimarse si logra ser reducido empíricamente al modelo médico a través de la investigación objetiva.*

En ocasiones se ha dicho que el conocimiento de las enfermedades mentales se encuentra actualmente en una situación comparable a la de las enfermedades infecciosas a mediados del siglo diecinueve, antes de los descubrimientos de Pasteur y de Koch. Un breve análisis de esta comparación puede darnos una clara síntesis final del problema aquí planteado.

Los conceptos de las enfermedades han evolucionado muchas veces como un acordeón que se abre y se cierra, como una cuerda elástica que se estira y se acorta, como un todo que se fragmenta en diferentes partes o como una multiplicidad de elementos diversos que se funden en una única estructura homogénea.

En nosología, los elementos se llaman signos y síntomas, el todo se denomina enfermedad y los conjuntos de elementos con vínculos comunes pero que no llegan a formar un todo suelen denominarse síndromes.

El problema que se plantea cuando hay que definir, delimitar y clasificar un conjunto de enfermedades a partir de sus signos y sus síntomas, pero sin tener un conocimiento objetivo y claro de su etiología, su fisiopatología o su anatomía patológica, es que las definiciones resultantes son siempre confusas, inseguras, vulnerables y provisionales. Por ejemplo, el concepto de “tisis” antes del Siglo XIX se refería a enfermos que se iban consumiendo, “desecándose”, decían los humoralistas, adelgazando y empalideciendo, muchas veces hasta la muerte.

Con frecuencia, pero no siempre, presentaban fiebres diversas, tos, expectoración, vómitos, dolores u otros síntomas variados. ¿Qué diagnóstico se haría hoy de un enfermo que en el siglo diecisiete recibía el de tisis? ¿Tuberculosis? ¿Carcinoma pulmonar? ¿Otros procesos neoplásicos? ¿Alguna neumonía quizás? En la bibliografía más o menos antigua se encuentran expresiones como “tisis cancerosa” (cáncer de pulmón), “tisis diabética” (bronconeumonía en enfermos de diabetes), “tisis hepática” (que puede referirse a la atrofia del hígado pero también a la tuberculosis localizada en él), “tisis de los mineros o tisis negra” (antracosis), “tisis pupilar” (miosis) o “tisis mediterránea” (fiebre de Malta). ¿Qué enfermedad se encontraba bajo el término “tisis”?

A finales del diecinueve, una vez que la anatomía patológica identificó el tubérculo pulmonar y la bacteriología el bacilo de Koch, se red denominó como “tuberculosis” a muchos de los viejos casos de “tisis”, pero otros muchos quedaron desperdigados por los múltiples diagnósticos mencionados. Hoy es imposible saber cuál de todos ellos correspondería a cada uno de los “tísicos” del siglo diecisiete.

¿Podríamos afirmar que los neuróticos de la primera mitad del Siglo XX, vistos por un psiquiatra del siglo veintitrés, ofrecerán el mismo panorama que hoy nos ofrecen a nosotros los tísicos del diecisiete?

La investigación psiquiátrica es la única que, en el futuro, podrá dar respuesta a estas preguntas.

Segunda tesis: El concepto de neurosis es de gran utilidad para la comprensión y el manejo clínico de la angustia y el sufrimiento humano que no se pueden reducir a una entidad nosológica más delimitada.

La fragmentación de las neurosis ha intentado destruir un concepto que era a la vez muy amplio, muy vago, muy poco operativo y muy necesario. Un concepto que se refiere a la necesidad de narrar ese dolor existencial que se confunde con la zona de sombra de la persona humana. Un concepto que en la clínica era fundamental porque recoge una realidad con la que la medicina ha tenido que lidiar desde su origen mismo, por muy difícil que le resulte el objetivarla. Un concepto que no cabe en los rigores cuantitativos del método científico-experimental pero que, cada vez que se expulsa por la puerta, retorna por la ventana. Un concepto que se refiere a la realidad (poco atórica, pero muy concreta, poco formalizable, pero muy humana, poco operativa, pero muy resistente) del

sufrimiento personal irreductible a datos empíricos pero irremediadamente unido a la propia naturaleza simbólica, cultural, social, lingüística, emocional y biográfica del ser humano.

CONCLUSIONES

Hemos visto que el término “neurosis”, concebido a partir de un conjunto de síntomas, ha oscilado, a través de muy diversos conceptos más o menos circunscritos, hasta una significación que lo extiende al sufrimiento existencial de sujeto biográfico. El bando de los psiquiatras hostil a ese término piensa que el progreso científico logrará concretar las diversas enfermedades que el viejo término ocultaba, mientras que el de sus defensores opina, por el contrario, que el concepto de neurosis es tan irreductible a una explicación fragmentaria como el propio concepto de sufrimiento humano.

El primer bando triunfará en la medida en que se logre identificar con precisión, a través de criterios objetivos de carácter etiológico, fisiopatológico y/o anatomopatológico, los casos que se deben incluir en cada uno de los trastornos en que se han desintegrado las viejas neurosis, dejando seguramente algunos en la nebulosa de lo (todavía) inclasificable.

El segundo bando seguirá teniendo partidarios en la medida en que esos casos nebulosos y difíciles de manejar, esos seres humanos angustiados y sufrientes que antes se denominaban “neuróticos” siguen llamando a las puertas de las consultas psiquiátricas.

El presente trabajo fue realizado dentro del proyecto de investigación FFI2011-28835.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berrios GE. Historiography of mental symptoms and diseases. *History of Psychiatry*. 1994; 5 (18): 175-90.
2. Berrios GE. La historiografía de la psiquiatría clínica: estado presente. En: I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmier. Certificateur. Madrid: Extra Editorial; 1995. p. 11-7.
3. Berrios GE. The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
4. Berrios GE. Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1999; 33: 145-60.
5. Berrios GE, Porter R (eds.). Una historia de la psiquiatría clínica. Madrid: Triacastela; 2012.
6. López Piñero JM. Orígenes históricos del concepto de neurosis. Valencia: Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina; 1963.
7. López Piñero JM, Morales Meseguer JM. Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico. Madrid: Espasa-Calpe; 1970.
8. Lázaro J. El psicoanálisis de Freud en la obra de Emilio Mira y López (1921-1936). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1986; 6 (19): 636-49.
9. Lázaro J. The concept of delusion in Spanish psychiatry. *History of Psychiatry*. 1996; 7 (25): 113-35.
10. Lázaro J. Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2000; 20 (75).
11. Lázaro J, Bujosa F. Historiografía de la psiquiatría española. Madrid: Triacastela; 2000.
12. Lázaro J. Darwin contra el DSM: la vindicación de la psicosis única. En: Llopis B. La psicosis única. Escritos escogidos. Madrid: Triacastela; 2003. p. 9-54.
13. Lázaro J. Historia de la psiquiatría española. En: Vallejo J, Leal C. (eds.). Tratado de Psiquiatría, vol. II. Barcelona: Psiquiatría Editores (Ars Medica); 2005. p. 281-297.
14. Sauri JJ. La construcción del concepto de neurosis. Los vapores y los nervios. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1995; 41 (1): 67-75.
15. Laín P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico, 3ª ed. Madrid: Triacastela; 1998.
16. Mira y López E. Psiquiatría, 4ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1952-54.
17. Llopis B. La psicosis única. En: Llopis B. La psicosis única. Escritos escogidos. Madrid: Triacastela; 2003. p. 85-146.
18. Llopis B. Sobre la delusión y la paranoia. En: Llopis B. La psicosis única. Escritos escogidos. Madrid: Triacastela; 2003. p. 195-234.
19. López Ibor JJ. Las neurosis como enfermedades del ánimo. Madrid: Gredos; 1966.
20. Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría, vol. 2. Madrid: Alianza; 1980.
21. Bayer R, Spitzer RL. Neurosis, psychodynamics, and DSM-III. A history of the controversy. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42 (2): 187-96.
22. Tyrer P. Clasificación de las neurosis. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
23. Tyrer P. Neurosis divisible. *Lancet*. 1985; 23: 685-88.
24. Vallejo J, Baca E, Cervera S, Giner J, Leal C, Roca M. Historia natural de las neurosis. Síndrome neurótico general. En: Roca M (ed.). Trastornos

- neuróticos. Barcelona: Ars Medica; 2002. p. 1-14.
25. Tyrer P. Neuroses and personality disorders. En: Alan K, McClelland H (ed.). Concepts of Mental Disorders. A Continuing Debate. London, Gaskell: Royal College of Psychiatrists; 1991. p. 112-28.
26. Vallejo J. Neurosis: generalidades. En: Vallejo J (ed.). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson; 2002. p. 359-77.
27. Roca M (ed.). Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Medica; 2002.
28. Baca E, Cervera S, Giner J, Leal C, Roca M, Vallejo J. La neurosis en la actualidad. En: Roca Bannasar M. (ed.). Trastornos neuróticos. Barcelona: Ars Medica; 2002. p. 15-26.
29. Postel J. Les névroses. Evolution historique du concept de 1769 à nos jours. Soins Psychiatr. 1982; (16): 13-9.

Recibido: 02/04/2013 Aceptado: 05/06/2013
--