

A. Ledesma-Jimeno

López Ibor frente a Freud y precursor de la moderna nosología psiquiátrica

Catedrático de Psiquiatría
Salamanca

INTRODUCCIÓN

En el año 1983, siendo yo catedrático director del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, iniciamos una línea de investigación sobre Historia de la Psiquiatría, contando con la colaboración del profesor Luis Sánchez Granjel, historiador de la medicina, conocido internacionalmente y que a la sazón era catedrático de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Dirigí tres tesis doctorales sobre muy destacados psiquiatras españoles: Vallejo Nájera padre, Lafora y López Ibor.

La tesis doctoral que se realizó sobre López Ibor tenía por título *Estudio de la obra científica del profesor Juan José López Ibor* y fue realizada por el actual catedrático de psiquiatría y psicología médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, profesor Ginés Llorca Ramón; esta tesis fue galardonada por el tribunal con la calificación sobresaliente *Cum laude* por unanimidad. Resultó un acto académico entrañable, pues asistió el propio profesor López Ibor acompañado por su esposa y su hijo Juan José.

Al releer esta magnífica tesis doctoral me han venido a la memoria recuerdos imborrables de nuestro querido maestro. Hay que tener en cuenta que en la ejecución de una tesis doctoral, algunas veces, el director de la tesis ocupa un papel decisivo en la ejecución de la misma y se puede decir que prácticamente es una realización del director, de modo fundamental. En este caso no fue así, pues el doctorando profesor Ginés Llorca ejecutó un auténtico trabajo personal de investigación biográfica y científica, realizando numerosos viajes a Madrid para, de una primera mano, contactando con la familia López Ibor Aliño, pudiera hacer un trabajo exhaustivo y original de la obra científica de López Ibor. El mérito de una tesis doctoral muchas veces es principalmen-

te del director de la tesis, pero en este caso fue del profesor Llorca, y es que no fue necesario, pues desde un primer momento aprecié claramente que era una elaboración magistral y únicamente marqué unas líneas metodológicas básicas para su ejecución, dejando al doctorando expresar su creatividad con plena libertad.

Algunas de las aportaciones que voy a realizar aquí están basadas en esta tesis, pues, como enfatizaba la gran autoridad del historiador de la medicina profesor Sánchez Granjel, para cualquier estudio que se realice sobre la obra de López Ibor es muy importante contar con lo expuesto en esta tesis.

En cualquier caso, esta tesis es del año 1983 y para estudiar una cuestión radical, que es la repercusión de la obra de López Ibor en la psiquiatría actual, es necesario considerar otros parámetros. Principalmente mis aportaciones van a ser una continuación de la evaluación de la obra científica de López Ibor a lo largo del tiempo hasta el momento actual, refiriéndome fundamentalmente a la confrontación con Freud y a la consideración de López Ibor como un precursor de la moderna nosología psiquiátrica.

Tomamos algunos datos biográficos muy significativos de López Ibor para poder comprender la evolución de su pensamiento creativo.

En los estudios de medicina que realiza en Valencia destaca como un alumno muy aventajado, y él mismo menciona que leyó la obra de Freud, señalando que dicha lectura influyó de modo decisivo en su vocación psiquiátrica. Su expediente académico, con numerosas matriculas de honor, le permitió obtener una beca para ampliar conocimientos en neurología y psiquiatría en Alemania y Francia. Esto sucedió en el año 1929.

En 1932 obtiene la Cátedra de Medicina Legal de Santiago de Compostela, después retorna a Alemania a ampliar sus estudios. En aquella época, la psiquiatría no se estudiaba como asignatura en los planes de estudio, pero estaba incluida con cierta amplitud en la medicina legal. El deseo de ampliar conocimientos en neurología, aparte de la psiquiatría, se debía a que en aquella época estaba muy unida una a la otra y los psiquiatras se llamaban neuropsiquiatras.

Correspondencia:
Alfonso Ledesma-Jimeno
Gran Vía, 47, 1.º
37001 Salamanca

Marcha a Alemania en 1929 y va a trabajar con Bumke en Munich. En aquella época la psiquiatría alemana se encuentra en su máximo esplendor, ocupando uno de los primeros puestos en la psiquiatría mundial. Hacia pocos años que Kraepelin (1856-1926) había dejado la cátedra de Munich. Grandes maestros dirigían la psiquiatría alemana, como Jaspers (1883-1969), que había publicado su famosa *Psicopatología general* en 1913; también Kurt Schneider (1887-1967) y Kretschmer (1888-1964), entre otros.

Aprendió bien el alemán y antes de regresar a España se formó en París con grandes neurólogos, como Alajouanine y Guillaín, y así se explica la gran formación neurológica de López Ibor. Francia había destacado durante el siglo XIX al estar en cabeza de la psiquiatría mundial en el período anterior a Kraepelin, y estimamos que estaba en cabeza en neurología.

Es evidente su poderosa formación en neurología y, sobre todo, en psiquiatría, pues estuvo más tiempo en Alemania que en Francia.

RELACIÓN DE LÓPEZ IBOR CON FREUD Y EL PSICOANÁLISIS

Hemos señalado que en los años que estudiaba medicina leyó las obras de Freud y él mismo menciona que esa lectura influyó de modo marcado en su vocación hacia la psiquiatría.

Su obra *Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis* fue el resultado de un ciclo de conferencias que dictó en 1932 en Valencia, cuando tenía 26 años, que tuvieron un gran éxito. Esas conferencias se pronunciaron a su regreso de Alemania después de haber conocido a los grandes gigantes de la psiquiatría alemana. Se editan en 1933 por la editorial Miracle que dirigía Sarró. Posteriormente ven la luz en la Colección Austral con el nombre de *La agonía del psicoanálisis*, teniendo lugar la primera edición en 1951 y la cuarta en 1968.

La tercera obra que publicó sobre Freud se titula *Freud y sus ocultos dioses*, publicada en 1975. Ya había publicado su obra (considerada la más importante) *La angustia vital*, en 1950, con una reimpresión en 1969, y también *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, publicada en 1966.

Si hacemos un resumen de la obra científica de López Ibor en esta época más creadora, cuando publica *La angustia vital*, *Las neurosis como enfermedades del ánimo* y *Freud y sus ocultos dioses*, y consideramos sus creaciones iniciales desde que en su época de estudiante de medicina leyó a Freud, un rasgo básico en su biografía científica es una auténtica lucha enconada con Freud desde que conoció sus escritos hasta su propia muerte. Se trata de una gigantesca lucha con uno de los mayores creadores del pensamiento, donde se debaten aspectos fundamentales de la mente enferma. Si se leen con detenimiento sus juicios críticos sobre la obra freudiana, en primer lugar es clara la apreciación de que López Ibor es un profundo conocedor del

pensamiento de Freud. Por otro lado, se observan numerosas críticas de aspectos parciales que también han sido fuertemente criticados por numerosos psicoanalistas, no sólo disidentes, sino incluso de su propia escuela. Hay una profunda ambivalencia ante las bases principales del pensamiento freudiano: «en el mundo científico hubo una gran oposición que hubiera sido invencible para un hombre menos tenaz y genial que Freud» (en palabras del propio López Ibor). El enfrentamiento de la psiquiatría oficial con el psicoanálisis representado principalmente por la psiquiatría alemana fue total. En las últimas ediciones de la obra de Bumke ya ni se mencionan. Al ataque siguió el silencio, peor que la crítica. Para un profesor alemán de la época, el psicoanálisis era algo definitivamente muerto, polvo y ceniza. Bumke llegó a decir, antes del silencio, que era la obra de un resentimiento semita contra una concepción y moral cristiana y contra la ciencia oficial.

Para un científico como López Ibor, que había bebido la ciencia psiquiátrica de la corriente más boyante centro-europea francesa y principalmente alemana, parecía que esto era el motivo principal de sus aceradas críticas al psicoanálisis. Sus publicaciones principales, además de en español, fueron en alemán, y a gran distancia en inglés y francés. Describe, en una publicación de 1968, un trabajo titulado *Mi última conversación con Kurt Schneider*. No obstante, el análisis crítico de López Ibor es puramente científico, no ideológico ni racista, y yo pienso que su discrepancia con el psicoanálisis no fue motivada principalmente por su formación alemana y centro-europea. Son muchas las grandes alabanzas que se recogen en sus escritos refiriéndose a Freud: «es uno de los intelectuales que más éxito ha tenido en el mundo contemporáneo», «Freud fue una personalidad genial que pasó la vida en busca de su verdad a través de su angustia, como Kierkegaard», «Freud presenta sus análisis con tan fuerte arquitectura racional, que resulta a veces difícil mostrar su puntos flacos». En su obra *La agonía del psicoanálisis* toma las palabras de Unamuno en su gran obra *La agonía del cristianismo*, donde se expresa la lucha agónica del cristianismo y en su caso del psicoanálisis. Esta lucha está muy alejada de posturas anticristianas o antipsicoanalíticas, pero la opinión más elevada de la obra de Freud expresada por López Ibor es cuando lo denomina «un Newton de la psicología». Con esta comparación, por sí sola, que repite en alguna ocasión, queda definida la argumentación principal de la opinión de López Ibor sobre Freud.

Lo que a mi juicio lleva principalmente a López Ibor en su crítica al psicoanálisis es mucho más profundo.

Freud nace el mismo año que Kraepelin (1856) y muere unos años más tarde que él: Freud en 1939 y Kraepelin en 1926. Freud es contemporáneo de los más grandes psiquiatras alemanes, pero va a Francia a estudiar con Charcot y Berheim. Según Schur, los tres hombres que más influyeron en Freud fueron Charcot, Breuer y Berheim, y se sabe que Freud era un mal hipnotizador y su maestro había sido un neurólogo, Brücke.

Freud elige formación al margen las principales élites de la psiquiatría, pero si no hubiera sido así, ¿hubiera seguido estos derroteros el psicoanálisis?

López Ibor se forma en las élites más destacadas de la psiquiatría mundial, y la discrepancia principal con el psicoanálisis, que ha mantenido hasta su muerte, es más profunda que la mera posición ideológica o de influencia de escuela.

Cuando surge el psicoanálisis a finales del siglo XIX no existe aún una auténtica psicoterapia. No hay nada que cure o remedie con lógica eficacia; esto se ha repetido muchas veces. Durante mucho tiempo, a pesar de la oposición de la ciencia oficial, no hay otra cosa. Para López Ibor esto no sirve, tiene que haber algo más, aunque el psicoanálisis pretenda adueñarse de todo el territorio de la neurosis.

El profundo pensamiento de Jaspers y de Kurt Schneider elaboran el concepto de endógeno en oposición a orgánico y psicógeno. «Si sabemos que la depresión endógena se debe, en el fondo, a un trastorno no puramente psíquico, ¿por qué no hemos de investigar si tal factor ocurre en muchas de las llamadas neurosis?» —precisa López Ibor—. Con la angustia pasa lo mismo. López Ibor entabla una especial enconada lucha con el psicoanálisis. Da la impresión —a mi juicio— como si López Ibor se intentara encaramar a un gigante y ponerse sobre sus hombros, y en medio de una oscuridad ver algo más allá de lo que puede ver el gigante, pero siempre sustentándose en él. Yo pienso que esto es la gran genialidad de López Ibor en su lucha.

En sus dos obras principales, *La angustia vital* y *Las neurosis como enfermedades del ánimo*, estudiaremos la continuación de estas luchas.

La mayor discrepancia o, mejor dicho, confrontación con Freud y el psicoanálisis se produce cuando escribe sus dos obras fundamentales: *La angustia vital* (1950) y *Las neurosis como enfermedades del ánimo* (1966), una época en que Freud y el psicoanálisis se encuentran en su momento de máximo esplendor.

López Ibor se considera el primero que ha utilizado el término «angustia vital», término que según él, desafortunadamente, extendió su uso en la vida cotidiana, especialmente en España y en los países de habla castellana.

López Ibor expresa enfáticamente que la infraestructura básica de toda neurosis es la angustia. Freud también considera la angustia como el núcleo fundamental sintomatológico de las neurosis, y en 1917 expresó que el problema de la ansiedad era un punto crucial en todo tipo de cuestiones fundamentales, constituyendo un enigma cuya solución hay que buscar a través de un torrente de luz sobre la totalidad de la vida mental.

Se puede considerar, a nuestro juicio, que los dos grandes titanes que han estudiado en profundidad el problema de la

angustia o ansiedad en la patología psíquica han sido Freud y López Ibor. Pero sus concepciones son diferentes y se produce una enconada lucha, en realidad de López Ibor con Freud, pues éste precede cronológicamente a aquél.

Pero ¿qué doctrina mantiene cada uno sobre la angustia o ansiedad? Sumariamente Freud, antes de 1926, atribuye la ansiedad a disturbios en el funcionamiento sexual que a través de un punto de vista tóxico produciría la ansiedad. La ansiedad sería por represión sexual, pero si al reducir la represión se produce más ansiedad no podría la represión ser causa de la ansiedad. En 1926, con la publicación de *Inhibición, síntoma y angustia*, se elabora una nueva teoría; la ansiedad sería una respuesta a una señal de peligro externo o interno; en la ansiedad real la amenaza emana de un conocido peligro externo; fuera de lo personal y en la ansiedad neurótica el peligro procede de una fuente desconocida, un temor a una amenaza externa; por ejemplo, perros, caballos o serpientes, que serán la externalización de un peligro interno, por ejemplo, deseos incestuosos reprimidos que ocasionan angustia de castración, etc. Los síntomas serían formas de defensa del yo ante la angustia.

La posición de López Ibor sobre la angustia es diferente. Sí comparte con Freud que la angustia es fundamental en la comprensión de las neurosis, y aunque critica aspectos parciales de Freud, lo que afirma con rotundidad es que la consideración estrictamente freudiana de las neurosis es reduccionista. Toma como base a los que según Akiskal son los dos gigantes de la psiquiatría fenomenológica alemana: Jaspers y Kurt Schneider, especialmente el segundo.

Si lo exponemos sumariamente, recoge el pensamiento de Kurt Schneider de la concepción de la estratificación de los sentimientos de Scheler. Sobre una estructura de sentimientos sensoriales hay una estructura de sentimientos vitales que están por debajo de los sentimientos anímicos. Si tomamos como ejemplo la tristeza, hay una tristeza anímica por esto o aquello, pero hay una tristeza vital que emerge del propio enfermo sin hallarse motivada por ningún acontecimiento exterior. Lo mismo ocurriría con la angustia o la ansiedad. Sería una angustia no psicógena y no orgánica, sino endotímica, procedente de la estructura de la vitalidad. Sí acepta López Ibor que el psicoanálisis ha marcado un punto crucial que es la relación de la angustia con los instintos.

En el que López Ibor llama trastorno «timopático de la ansiedad» rotundamente establece que es un disturbio endógeno sin causa física externa y sin motivo psicógeno interior, ya sea actual o remoto, consciente o inconsciente. El nódulo no se halla ni en el plano somático como las neurosis orgánicas en sentido estricto ni en el plano psíquico como la psiconeurosis, sino en el plano de la vitalidad, en el plano vital.

Aquí se suscita el debatido problema de lo endógeno tan estudiado por la psiquiatría alemana, el *endon*, tan estudiado por Tellenbach. Al lado del *soma* y de la psique aceptan un *endon* como tercer campo causal; no es *soma* ni *psique*

puramente. No es equivalente endógeno con somático o biológico. Estamos especulando sobre una época en que la ciencia psiquiátrica estaba menos desarrollada. En la época de Freud no existía otra eficacia terapéutica para las neurosis que la técnica psicoanalítica. En la época de López Ibor, ya la farmacoterapia se estaba iniciando con una poderosa eficacia, aunque el propio Freud en sus últimos escritos expresaba la convicción de que en el futuro se traerían medios para influir sobre el aparato psíquico mediante sustancias químicas. En el fondo de las neurosis hay una alteración del cuerpo como soporte, y el soporte endotímico vital se puede influir con medicamentos. Cuando define López Ibor las neurosis como enfermedades del ánimo, no dice que las neurosis son enfermedades del ánimo. Era necesario insistir en las raíces biológicas de las neurosis; era necesario insistir en ver más allá en las neurosis que conflictos intrapsíquicos. Ésta me parece la más importante aportación de López Ibor al conocimiento de la angustia y de las neurosis.

Por otra parte, López Ibor amplía la doctrina freudiana en la consideración de la angustia al ocuparse de la angustia, siguiendo la concepción de Kierkegaard y Heidegger. Aparte de que la angustia es un fenómeno humano universal, la angustia existencial tomada del existencialismo de Heidegger nos lleva a una visión anclada en las mayores profundidades existenciales del ser humano. Para Heidegger el *dasein* en oposición al *sein* presenta una serie de hechos radicales: el primero, que es un ser arrojado en el mundo sin haber decidido su existencia; el segundo, que es un ser aprisionado, encarcelado en una forma de existencia por su cuerpo y su psique, y el tercero y más importante, que se encuentra abocado inexorablemente a la muerte, a la finitud y a la nada. De aquí surge la forma de angustia más radical, la angustia existencial, el *dasein* es un ser-para-la-muerte, es un ser-en-el-orden-al-fin. La aceptación de esta negatividad implica una culpabilidad existencial del *dasein* que llevó a Heidegger a interrogarse si la actitud auténtica del *dasein* ante la muerte sería decretar el suicidio voluntario optando por la negativa; pues acabar voluntariamente con la muerte sería acabar con todos los posibles, concluyendo Heidegger que la actitud auténtica del *dasein* ante la muerte es la espera continua de ella. Esta consideración, que yo expresé en mis reflexiones sobre lo que llamamos agresividad existencial, apoya la posición de López Ibor de una más profunda relación entre la angustia con el instinto de agresión que con el instinto sexual, y nos demuestra la profunda relevancia de la angustia o ansiedad en el ser humano.

La obra más creadora de Freud se produce entre las últimas décadas del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX, mientras que la obra más creadora de López Ibor se produce desde la segunda mitad del siglo XX, y aunque indudablemente la distancia cronológica es corta hasta nuestros días, sí es importante conocer en qué grado las aportaciones principales han evolucionado en el tiempo. Si se siguen cronológicamente los más importantes tratados en lengua inglesa, francesa y alemana se puede adquirir una idea de esta evolución. Parece incuestionable que la psiquiatría en su conjunto hasta el comienzo de la Segunda Guerra Mundial

hablaba en alemán. Ya hemos señalado que la flor y nata de la psiquiatría alemana después de Kraepelin, primero rechazó y después silenció el psicoanálisis. Ya desde algunos años antes de la Segunda Guerra Mundial una gran proporción de psicoanalistas europeos eran judíos y la persecución nazi promovió su huida, y aunque algunos fueron a Inglaterra, la mayor parte fueron a Estados Unidos e influyeron de modo decisivo en el desarrollo de la psiquiatría en ese país, en todo el pensamiento y en la forma que denominó Gellner «el idioma dominante para la discusión de la personalidad humana y las relaciones humanas».

Como señala Anthony Storr, salió de las consultas e invadió todo el pensamiento psiquiátrico en Estados Unidos, y a través de la poderosa influencia de este país, en todo el mundo. En Estados Unidos el psicoanálisis fue esencial como una parte importante del entrenamiento de los psiquiatras desde 1930 a 1960, y era imposible ser considerado de alta posición en psiquiatría sin ser cualificado miembro de un instituto de psicoanálisis: en 1970 se había constituido nuevos institutos en casi todo el mundo.

La obra creadora de López Ibor se produce en medio de esta época. El propio López Ibor expresa cierto extrañamiento cuando nos dice que el psicoanálisis nace en Europa, languidece hasta la Segunda Guerra Mundial, después crece y se expande fulminantemente en América, desde América regresa a Europa con más fuerza que antes, e insiste diciendo que Freud es uno de los intelectuales que más éxito ha tenido en el mundo contemporáneo. Entonces López Ibor se rebela y afirma: «Si sabemos que las depresiones endógenas se deben en el fondo a un trastorno no puramente psíquico, ¿por qué no hemos de investigar si tal factor ocurre en muchas de las llamadas neurosis?» He aquí una de las claves principales del pensamiento de López Ibor. Pero esto no significa que López Ibor niegue la genialidad de Freud; busca algo más, aunque afirme repetidamente que es el Newton de la psicología humana.

Es evidente que Freud da un salto gigantesco en el pensamiento humano y sus conclusiones van a impregnar para siempre toda la cultura humana. Yo he comparado la obra de Freud con *La teoría de la evolución* de Darwin, que supuso una total revolución de la biología e impregnó toda la cultura, pero, no obstante, la biología en conjunto no es sólo la teoría de la evolución, y la psiquiatría y psicología en conjunto son más que el psicoanálisis: el cerebro como la estructura material más compleja que se conoce del universo está ahí. Ya un gran psicoanalista como Reich dijo que para Freud era más importante interpretar que curar.

La introducción de psicofármacos de poderosa eficacia produce en América un importante cambio en la orientación psiquiátrica y muchos psiquiatras en formación sólo habían oído superficialmente a Freud y desconocían sus obras escritas. Storr continúa con sus certeras críticas a la pretensión abarcativa del psicoanálisis señalando que otras formas de psicoterapia son tan efectivas y menos costosas. El psicoaná-

lisis y sus derivaciones no han conducido a la tierra prometida que Freud había esperado, y recordamos a Popper cuando nos decía: «Nuestra comprensión del mundo y de nosotros mismos progresa por la refutación de las hipótesis existentes», y señala Storr: «aunque cada teoría de Freud fuese probada como equivocada, siempre estaríamos en deuda con él».

Glen O. Gabbard, también en línea con López Ibor, al ocuparse de la farmacoterapia dinámica, señala que los conceptos de alianza terapéutica, transferencia y contratransferencia y resistencia son aplicables a todas las formas de tratamiento psiquiátrico, incluida la farmacoterapia, y de acuerdo con numerosos terapeutas expresa que el tratamiento óptimo para muchos pacientes es la combinación de farmacoterapia con psicoterapia.

Fonagy endurece su crítica recordando la dificultad de realizar estudios controlados en los tratamientos psicoanalíticos, señalando que no hay estudios definitivos que demuestren que el psicoanálisis sea inequívocamente más efectivo que el placebo, es decir, un método alternativo de tratamiento, concluyendo que el psicoanálisis difícilmente puede ser una alternativa práctica de tratamiento para el siglo XXI; cuando se inventó si era lo único efectivo y ha influido poderosamente en otras psicoterapias, particularmente en América, pero se le plantea un gran desafío para identificar su nicho en la complejidad mental en el siglo XXI.

Si se examinan las sucesivas ediciones de los grandes tratados de psiquiatría americana, la extensión dedicada al psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica mantienen discretas proporciones, pero cada vez los tratamientos somáticos van dominando el territorio e incluso otras formas de psicoterapia como la cognitiva conductista, la interpersonal y formas breves van arrinconando a la psicoanalítica, que en las mismas guías de la American Psychiatric Association (APA) va quedando reducida. Grandes tratados europeos de psiquiatría no se han visto en las últimas décadas; una excepción es el tratado *New Oxford Textbook of Psychiatry*, editado por M. Gelder, Juan J. López Ibor Jr. y Nancy Andreasen, que son dos tomos de más de 1.000 páginas cada uno que está traducido al español y dedica bastante extensión al psicoanálisis. En los tratados franceses de la década de 1970 hay poca dedicación al psicoanálisis, que se aprecia más claramente en los grandes tratados en lengua alemana, como en la *Psychiatrie der Gegenwart*, que es de las décadas 1960-1970. Es muy notable el gran tratado en lengua alemana que se refiere únicamente a la doctrina de las neurosis y psicoterapias titulado *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, que son cinco tomos de cerca de 1.000 páginas cada uno y que está editado por Frankl, Gebattel y Schultz y donde intervienen numerosos autores europeos y algunos americanos, y la parte dedicada al psicoanálisis es muy pequeña (estos tomos corresponden a los años 1959 y 1961).

Recientemente se está yendo hacia modelos neurobiológicos en todas las formas de psicoterapia (J. Kay y L. Kay, 2003). Ya lo insinuaba para el psicoanálisis Freud, y López

Ibor lo expresaba en relación con la estructura endógena y de la vitalidad tomando como base estructuras diencefálicas. Algunos autores como Asmundson y Taylor (2003) consideran muy prometedor el modelo biológico de Gorman et al. (2000), que integra investigación animal con estudios en humanos utilizando una hipótesis neuroanatómica para comprender los ataques de pánico y otros trastornos de ansiedad donde la amígdala con particulares proyecciones de la misma aferentes y eferentes forman una llamada «red de miedo» (*fear network*) que se activa excesivamente en los ataques de pánico y desempeña un papel en otros trastornos de ansiedad y del humor, consistente con la frecuente comorbilidad entre las crisis de pánico y estos otros trastornos.

Pero los últimos avances se han producido respecto a la integración de la neurociencia con el psicoanálisis y con cualquier forma de psicoterapia. Es este contexto debemos considerar a López Ibor como uno de los pioneros. Freud hablaba de la necesidad de integración en el futuro, pero López Ibor ya hablaba de la necesidad de integración en el presente de su época. Kandel es un neurocientífico que está trabajando en este aspecto de modo destacado.

LÓPEZ IBOR COMO PRECURSOR DE LA MODERNA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Respecto a las clasificaciones en psiquiatría hay que destacar a la psiquiatría norteamericana, especialmente por su labor en las últimas décadas.

De modo resumido vamos a seguir una línea histórica en la evolución de las clasificaciones y podremos comprender mejor los extraordinarios avances que ha significado la obra de López Ibor en relación con las mismas.

Hay que considerar a Kraepelin como el padre de la nosología psiquiátrica. La publicación en 1896 de la sexta edición del tratado de Kraepelin marcó un momento trascendental en la historia de la nosología psiquiátrica. La delimitación conceptual de las entidades nosológicas supuso un avance decisivo en medio de la descripción caótica de las formas de locura, a pesar de las ya magníficas descripciones aisladas realizadas previamente por los clínicos franceses.

La sexta edición (1948) de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) por primera vez incluía un apartado sobre trastornos mentales, pero esta clasificación era muy deficiente, recibiendo numerosas críticas. La APA elaboró una clasificación que denominó *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, que traducido al castellano se llama Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuyas siglas son DSM. La APA en 1952 publica el primer manual que denomina DSM-I, que pretendió ser una variante de la CIE en su sexta revisión, CIE-6.

En el DSM-I se emplea el término reacción (p. ej., reacción neurótica), que reflejaba la aceptación amplia de los conceptos psicoanalíticos, pues recogía la fuerte orienta-

ción ambientalista de Adolf Meyer a factores psicológicos, sociales y biológicos. Poco tiempo después aparece la CIE-7, muy análoga a la CIE-6, que igual que ésta también recibe poca aceptación.

El DSM-II que publica la APA en 1968 y donde ya se retira el término reacción pretende ser ateorico, y por no seguir escuelas determinadas entre las muchas que aparecen quedan sin ser consideradas las teorías psicoanalíticas.

En el DSM-II se observa un tímido retorno al punto de vista kraepeliniano, resultando compatible con la CIE-8. Salvo la retirada del término reacción, es muy parecida al DSM-I.

El año 1980 marca un nuevo momento histórico trascendental en la historia de la nosología psiquiátrica con la publicación por la APA de la DSM-III. Ya se había publicado el famoso estudio US-UK (1972), donde se demostraba que se diagnosticaba con los mismos pacientes de modo diferente la esquizofrenia y otros trastornos mentales en el Reino Unido, que representaba la psiquiatría centroeuropea, que en los Estados Unidos.

Pichot en el prólogo de la traducción al español del DSM-III (1983) señala, con buena visión de futuro, que es imposible prever cuáles serán las modificaciones que el progreso de la ciencia impondrá al DSM-III, y que no es posible prejuzgar las consecuencias que tendrán sus creaciones revolucionarias sobre otras nosologías, pero se puede afirmar que será imposible ocuparse de las nosologías y del diagnóstico psiquiátrico sin hacer referencia a él.

El DSM-III es un auténtico tratado de psiquiatría, a excepción de los aspectos etiopatogénicos y terapéuticos, y ha tenido una extraordinaria aceptación en todos los medios psiquiátricos, aunque haya recibido también fuertes críticas. Cuando yo era catedrático director del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Salamanca la impuse como método clínico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la CIE-9 (1975-1978), pero el DSM-III (1980) es muy superior y la APA la hace compatible con el DSM-III a través de la CIE-9-MC (modificación clínica). El DSM-III se sitúa claramente en un nuevo paradigma neokraepeliniano.

En la quinta edición del gran tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock (1989), Akiskal, que escribe el capítulo sobre clasificaciones en psiquiatría, señala que en Estados Unidos se produce la emergencia del neokraepelinismo, donde intervienen desde Inglaterra Mayer-Gross y, sobre todo, el sistemático desarrollo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington con los estudios de Feighner y el desarrollo del RDC (*Research Diagnostic Criteria*); estos estudios culminaron con la aparición del DSM-III en 1980 y en su revisión DSM-III-R en 1987.

Tanto Pichot como Akiskal insisten en la enorme potencia de la psiquiatría centroeuropea desde Kraepelin y resaltan la dificultad de conocimiento de la lengua alemana (según Pi-

chot jamás fue traducida en su integridad al francés la obra de Bleuler *Dementia praecox oder gruppe der schizo phrenien*, y la famosa *Allgemeine Psychopathologie*, de Jaspers, tardó 50 años en traducirse al inglés).

El paradigma kraepeliniano se había consolidado con los dos gigantes de la psiquiatría fenomenológica: Jaspers y Kurt Schneider, y otros gigantes de la psiquiatría centroeuropea.

Pero la APA conjuntamente con el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) y contando con una masa crítica de centenares de científicos, que llegó a ser después con el DSM-IV de más de 1.000 investigadores, después de estar detrás de las escuelas europeas en la sofisticación nosológica, fue gradualmente asumiendo una posición de liderazgo (Akiskal, 1989). La CIE-10 es publicada por la OMS en 1992 y está muy influida por el DSM-III y el DSM-III-R, y el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000) es un perfeccionamiento de las dos anteriores y se mantiene en el paradigma neokraepeliniano. El DSM-V está en estudio y pretende constituir un nuevo paradigma.

La obra principal de López Ibor, *La angustia vital*, que fue publicada en 1950, supone un adelanto de 30 años a la publicación del DSM-III (1980) en algunos aspectos.

En primer lugar no se consideran la obra freudiana y el psicoanálisis, pues en la elaboración del DSM se establece que la etiología es desconocida, es ateorica respecto a la etiología, pues hay muy diversas orientaciones etiológicas y patogénicas. El término neurosis ya no se encuentra ni en el DSM-IV ni en el DSM-IV-TR.

Desde el DSM-III el trastorno neurótico es «descriptivo». El proceso neurótico se usa cuando hay etiologías (conflicto intrapsíquico). Los clínicos de orientación psicodinámica creen que el «proceso neurótico» siempre es central, pero hay otros modelos como el de aprendizaje social, el cognitivo, el conductual y el biológico.

Las luchas más enconadas de López Ibor con Freud se producen en el concepto de la angustia y en el de neurosis. Sí comparten ambos el concepto de la angustia como clave para entender las neurosis.

En el DSM-III, en los trastornos neuróticos, se incluyen: a) trastornos afectivos; b) trastornos por ansiedad; c) somatomorfos; d) disociativos, y e) psicosexuales. López Ibor habla de un espectro, un círculo vital donde incluye gran parte de éstos. Los trastornos por ansiedad constituyen un grupo importante de neurosis, pero que ya se denominan trastornos fóbicos; estados de ansiedad que incluyen el trastorno obsesivo-compulsivo, y por último el grupo de trastornos por estrés postraumático. El DSM-III-R habla de los trastornos del estado de ánimo refiriéndose a los trastornos afectivos del DSM-III. En el DSM-IV y el DSM-IV-TR el término neurosis desaparece totalmente.

En la época creadora de López Ibor el territorio de las neurosis se consideraba en los ambientes psiquiátricos más avanzados como exclusivo del psicoanálisis, e intentar explicar el mecanismo de la angustia patológica más allá de las doctrinas psicoanalíticas o hablar de las neurosis como enfermedades del ánimo no sólo se valoraba por el psicoanálisis como un grave error científico, sino casi como una blasfemia.

El DSM-V pretende superar el paradigma neokraepeliniano produciendo cambios fundamentales. Se va a un paradigma todavía no conocido, pues el refinamiento de las definiciones descriptivas no basta y es necesario plantear bases etiológicas y patogénicas. Se piensa desarrollar la CIE-11 después del DSM-V, que se piensa que no comenzará a estar operativo hasta el 2010 como muy pronto.

Varios grupos van a tratar de aspectos básicos de nomenclatura, otros de investigación en neurociencia, de avances en las ciencias del desarrollo, de trastornos de relación, de trastornos mentales e incapacidad sobre cultura y diagnóstico psiquiátrico y otros. Un grupo de autores que se ocupan de las ciencias del desarrollo, entre ellas de las dos primeras décadas de la vida, señalan que después de la publicación del primer DSM se ha abandonado el concepto psicodinámico del desarrollo y se ha adoptado otro de carácter empírico, y se ha desplazado de principios etiológicos psicodinámicos pasando a basarse en grupos de síntomas, principalmente de las observaciones clínicas y epidemiológicas. Otro grupo de investigadores sobre cultura y diagnóstico psiquiátrico expresa que «se ha redefinido el término mente (lejos de la perspectiva psicodinámica, metafórica y abstracta) como un sistema de control de los procesos cognitivos, que implica la interacción entre los mecanismos y productos intrínsecos del sistema cuerpo-cerebro (p. ej., desde la plasticidad neuronal hasta los cambios neuroendocrinos) y las estructuras externas del entorno, desde contextos sociales a significados culturales». Algunos científicos (Kandel entre otros) están intentando combinar el psicoanálisis con la neurociencia.

Si resumimos lo más esencial del pasado de López Ibor debemos considerar que la obra principal de López Ibor, por lo que se refiere a aspectos nosológicos de la psiquiatría, ha supuesto un avance destacado. Tanto *La angustia vital* como *Las neurosis como enfermedades del ánimo* revelan una formación clínica extraordinaria. La *angustia vital* tiene como subtítulo *Patología general psicósomática*, donde las descripciones clínicas fascinan por su precisión y rigor científico. Y la concepción de la angustia alcanza las alturas de la genialidad.

Las neurosis como enfermedades del ánimo en una época donde el territorio de las neurosis está invadido por el psicoanálisis supone un atrevimiento sin límites. La formación científica es insuperable, tomada directamente del paradigma kraepeliniano con sus continuadores más brillantes.

Por último, entrando en lo más radical del pensamiento de López Ibor, vamos a hacer algunas consideraciones.

López Ibor expresa los conceptos más fundamentales cuando habla de la angustia vital y de las neurosis como en-

fermedades del ánimo, recogiendo las ideas de Scheler de estratificación de los sentimientos y vinculando a la capa vital de Scheler, que yo prefiero hablar de estructura vital, la llamada *angustia vital*.

De la patología de la estructura vital resulta la angustia vital patológica, que constituye el núcleo de las neurosis. Kurt Schneider aplica esta concepción de Scheler a la psicopatología, especialmente a los trastornos afectivos, y López Ibor recoge estas ideas de Kurt Schneider y de la psicopatología de Jaspers y lo aplica a la angustia y a las neurosis. En la angustia vital el disturbo es endógeno, sin causa física exterior y sin motivo interno, «no es en el plano somático como en las neurosis orgánicas, ni en el plano psíquico como en la psiconeurosis». Existe una angustia reactiva y otra endógena. «El ánimo sería una manifestación del fondo endotímico». Los estados de ánimo patológico se hallan más «somatotropizados»; existen ingredientes «somatotópicos» en la dinámica de la angustia.

López Ibor recoge los famosos estudios de Tellenbach sobre lo endógeno y «el endón». López Ibor acepta el soma, la psique y se acepta un «endón» como tercer campo causal, al lado del soma, pero extraterritorial, y vuelve López Ibor a decir: «No es equivalente endógeno con somático, biológico». «El núcleo de la enfermedad se halla en la capa anímica vital o endotímica y tiene una raíz biológica». Él mismo refiere que es un concepto vago.

Todo esto se dice en 1950 y a mí me parece revolucionario. Si vamos al DSM-IV (1994) y al DSM-IV-TR (2000) leemos: «El término trastorno mental implica desafortunadamente una distinción entre trastornos mentales y físicos (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo)». «Hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos». El término trastorno mental orgánico no se utiliza en el DSM-IV puesto que implica incorrectamente los otros trastornos mentales. Kandel expresa que todas las funciones de la mente reflejan funciones del cerebro y la función de los genes está sujeta a factores ambientales y la distinción entre trastorno funcional y orgánico no se sostiene. La mente resulta de una interacción entre el cerebro y el ambiente, lo que yo llamo una estructura de conjunto formada por el cerebro y el ambiente. Una cosa es el cerebro y otra es el ambiente. El «endón» sería el tercer campo causal, es decir, resultado de una estructura de conjunto formada por el cerebro y el ambiente. Sería una sustancia formada por el conjunto cerebro/ambiente. Una vivencia, por ejemplo, la representación de un paisaje, esa representación no es somática, tampoco es ambiente, pero sí es una estructura de conjunto somático/ambiental, una sustancia en el profundo sentido de ousía (sustancia) de Aristóteles, tan realísima como el propio paisaje vivo y real.

Aparte de estas emblemáticas obras creadoras mencionadas, López Ibor destaca como creador de ensayos y como humanista; para algunos historiadores de la medicina española está considerado como «el más creador de la psiquiatría del franquismo» y como «el psiquiatra español más importante y con mayor repercusión internacional» (J. Lázaro, 2005).