

CONFERENCIAS

CONSIDERACIONES SOBRE EL PRONOSTICO EN PSIQUIATRIA

Prof. JULIO ENDARA

Igual que el viajero, después de haber recorrido una larga etapa de su itinerario, y tal vez fatigado por las incidencias del viaje, se detiene un momento para contemplar la perspectiva ya distante, el psiquiatra que ha trabajado durante los últimos treinta años, también experimenta la necesidad de hacer un alto en su trayecto.

Al revisar lo vivido, se constata desde luego los progresos logrados en el campo de la especialidad. Tanto en la etiología como en la descripción sintomalógica, en la fisiopatogenia como en la psicogénesis, en la anatomía patológica como en las modificaciones que acusan los hallazgos de laboratorio; en fin, tanto en el diagnóstico como en la terapéutica, son tantos y tan variados los descubrimientos, que nos vemos a cada momento obligados a enfrentarnos con hechos sorprendidos ante los cuales todo nuestro saber vacila.

Cualquiera diría que este acervo de nuevas adquisiciones, inteligentemente ordenadas, pueae ofrecernos mayores facilidades para establecer concepciones clínicas seguras y, como consecuencia de tal seguridad, una base bastante sólida sobre la cual sentar nuestros pronósticos. Pero las cosas no se realizan de acuerdo con esta concepción ideal sino que, al contrario, el mismo acúmulo de conocimientos y experiencias, va colocándonos en una situación de real inseguridad, pues ocurre, que tanto las conquistas del diagnóstico como de la terapéutica van transformando a tal punto la faz de psiquiatría, que la solidez de nuestras opiniones pronósticas también exigen ser revisadas.

Recordemos como ha cambiado el porvenir de los enfermos mentales desde que se pusieron en práctica los métodos en la actualidad co-

rrientes —que constituyen ya la rutina asistencial—: insulino-terapia, electroshock, quimioterapia, neurocirugía, para citar sólo a los más importantes.

Veinte años atrás, y pese a los grandes avances de la anatomía patológica, del análisis clínico, de la psicogénesis y de la somatoterapia, las posibilidades de curación de los pacientes y aún la modesta esperanza de una mejoría que significara una mejor adaptación familiar y social, eran de tan corto alcance, que los psiquiatras, más que elementos capaces de devolver la salud, parecían personalidades curiosamente afanadas en aclarar los misterios de la mentalidad humana, obligados a ello por una compulsión de carácter masoquista. Tan escasos eran los resultados de la intervención terapéutica.

Es cierto que ya se había dado ese paso capital que representó la introducción de la malarización en el tratamiento de la parálisis general, lo que parecía una conquista desmesurada porque entonces se exageraba la importancia de la sífilis en la etiología de las enfermedades mentales; es cierto que a partir de 1920 se conmovieron los espíritus ante los indiscutibles resultados del sueño prolongado sistematizado por Klæi, cuyo radio de acción parecía bastante amplio; es verdad que la hormono-terapia logró modificar fundamentalmente muchísimas situaciones que antes de ella no habían recibido ningún beneficio eficaz porque los medicamentos entonces conocidos no tenían su origen en la misma organización biológica; es efectivo que se habían iniciado los métodos de shock —absceso de fijación, sulfosin, Dmelcos, etc—; es innegable que muchísimos recursos fisioterápicos: balneoterapia, fiebre artificial, se mostraron utilísimos algunas veces. Todo ello, sin embargo, representaba en la realidad también una impedimenta: éxitos limitados, cuantitativa y cualitativamente hablando, instalaciones costosas y más allá del alcance de las posibilidades particulares y en ciertos casos estatales; abundancia de riesgos y contraindicaciones; escasa solidez diagnóstica; y por sobre todo, desentendimiento de la condición sutil y delicada de la personalidad humana; subordinación a ideas filosóficas que, antes que serias concepciones acerca de la persona, apenas eran hipótesis de trabajo, alentadoras es verdad, pero sujetas a agotarse en breve plazo.

Y en el campo puramente psicológico, y pese al gran avance que representaban las concepciones freudianas y la consideración de la personalidad profunda, ello apenas era bien conocido por unos pocos cultores que, dado el carácter esotérico de tales concepciones, deslumbraron más bien a los filósofos y literatos antes que a los psiquiatras o a los

médicos atentos al reclamo urgente de cada caso clínico que impedía especulaciones complicadas, porque era imposible retardar la realización de cualquier tentativa capaz si nó de devolver la salud, de lograr por lo menos una cierta tranquilidad del paciente. Las familias, el personal de asistencia y vigilancia, el estudiante de medicina, exigían a todo trance que siqujera retornara la calma, que se borrara la máscara del poseído, que se frenara el ímpetu del endemoniado, que se alentara al estuporoso, que se diera alguna viveza y elasticidad al catatónico, que se pusiera en orden las ideas del confuso; que se explicara en una forma satisfactoria el desorden y el trastorno que habían sobrevenido en una mentalidad hasta hacía poco perfectamente tranquila y consciente.

No es extraño, pues, que treinta años atrás la gente, por lo menos en nuestros países, se sorprendiera cuando sabía que algún estudiante, al finalizar su carrera de iniciación médica, había resuelto dedicarse a la psiquiatría. Muchos de los estamos aquí sufrimos esa experiencia en carne propia, para el criterio más benévolo y comprensivo, ello podía interpretarse como el reclamo de una vocación que había tocado lo más recóndito de nuestra entraña y como el indicio de un afán científico desinteresado. Para el criterio práctico representaba un error de cálculo casi imperdonable, pues económicamente el enfermo mental no podía rendir ningún provecho. Y para el escéptico, entre bondadoso y crítico, los psiquiatras noveles, pobrecitos!, teníamos —al decir de Keyserling— bastantes de chillados.

Todas estas interpretaciones, aún las más exageradas, no dejaban de tener un fundamento lógico y razonable. Porque la verdad era que de cien pacientes que se atendían en los servicios asistenciales públicos o privados, resultaba reducidísimo el número de los que lograban recuperar su salud: unos gracias a aquel imponderable y casi milagroso elemento que técnicamente denominamos "remisión espontánea", y otros gracias al concurso de uno o varios de aquellos procedimientos citados que, bien aplicados, llegaban en algunas ocasiones a dar de sí el beneficio esperado. Pero junto a los cuadros de evolución favorable y acerca de los cuales muy poca cosa podíamos anticipar respecto de su porvenir, quedaba en los servicios aquella resaca de crónicos que poco a poco llegaban a constituir un grave problema social y económico, y tan serio, que parecían, aunque crueles, hasta cierto punto explicables las medidas impuestas por algunas legislaciones con el nombre de "esterilización eugénica", cumbre profiláctica y terapéutica.

Pero qué ha ocurrido en el curso de los últimos veinte años?. Lo que nadie desconoce: la psiquiatría ha obtenido un rango de tanta distinción, que no le va en zaga, y antes la supera, a cualquier otra especialidad.

Aparte de que en todo tiempo las disciplinas científicas están siempre muy lejos de alcanzar una meta ideal —y mayormente aquí, porque se trata de esclarecer los misterios del psiquismo humano—, su campo de acción se ha ampliado considerablemente y su intervención resulta cada día más eficaz, ya que el asilo se ha transformado en un lugar de investigación, porque su centro preferido se encuentra en los hospitales especializados y en los servicios anexos de los hospitales generales, en los departamentos que antes no tenían ninguna vinculación con ella: ginecología, gastroenterología, dermatología, cirugía, etc. Aún más, tiene mucho que hacer en las diferentes organizaciones de trabajo, en los planteles educacionales, en los establecimientos carcelarios, en los institutos de higiene mental. Ya no se ocupa exclusivamente del alienado, por que su colaboración resulta indispensable en cualquier sitio donde aparecen dificultades de adaptación, donde la conducta del individuo parece un tanto rara, donde surge alguna falla en el equilibrio de la intimidad psicológica de la persona, o donde aquella, sin sugerir déficit mental alguno, se transparenta en dolencias físicas que antes eran del dominio exclusivo de otras especialidades.

Este cambio de rango o esta multiplicidad de ocupaciones actuales de la psiquiatría, hay que decirlo, no sólo representan un enorme progreso en la consideración de la personalidad humana, en cuanto tiene de noble y respetable. No es que con ello se reconozcan los avances de una disciplina que ha dejado de lado la descripción superficial del psiquismo para adentrarse en los más recónditos vericuetos. No sólo se debe a que hoy el estudio de la personalidad supone el análisis de las condiciones sociales y familiares a las que se ha vinculado el sujeto en el curso de su existencia. Ni ocurre que las nuevas concepciones patogénicas y diagnósticas, cuyo conocimiento parece mejor afirmado gracias al aporte cada vez más preciso, de la anatomofisiología nerviosa, impresionen mejor con su veracidad científica y sus sistemas de investigación tan perfeccionados. Ni siquiera es que el público o los medios científicos, atenta la circunstancia de que la psiquiatría no puede desentenderse de ningún progreso biológico o médico, hasta el punto de que nado es extraño para ella, reconozcan que tal actitud está por fin encuadrada en las formas peculiares a la investigación y a la asistencia.

Aunque todos estos factores hayan intervenido para modificar su posición científica y social, hay un hecho que sin lugar a dudas impone una mayor consideración de propios y extraños: su éxito en el campo terapéutico. Síndromes de distinta naturaleza, tanto agudos como crónicos, afecciones perfectamente constituidas y reconocibles a la exploración diagnóstica como defectos de adaptación y situaciones conflictuales características de las personalidades psicopáticas; en resumen, cuadros que exigen el internamiento tanto como disturbios efectivos de aquellos que no son incompatibles con la relación social, y por fin defectos de rendimiento, antes accesibles al tratamiento pedagógico, todo aquello ya tiene un auxiliar que con frecuencia logra establecer el equilibrio perdido, facilitando ya la reincorporación a un medio social o de trabajo, y a el mejor comportamiento o el rendimiento satisfactorio de muchos elementos que veinte años atrás hubieran parecido estar destinados a la cronicidad si nó a la demencia definitiva, o sea, a la segregación más absoluta, con todas sus dolorosas consecuencias.

El éxito terapéutico, además, ha obligado a revisar constantemente los conceptos acerca de la estructura de la psicosis, neurosis y trastornos de la conducta, pues por lo mismo que el beneficio terapéutico venía a destruir, frente a cada caso particular, concepciones y clasificaciones nosológicas que parecían definitivamente establecidas, se hacía necesaria una nueva valorización de las ideas impuestas, por ejemplo, desde las directivas de Kraepelin, que en su tiempo parecieron definitivas. Es preciso recordar que los progresos se han realizado en las dos vertientes: la orgánica y la psicológica. Y que cada día la relación de interdependencia entre ellas ha ido robusteciéndose hasta el punto de que, por mucho que sean extraordinarios los progresos en el reconocimiento de localizaciones neurofisiológicas y que tengamos que aceptar como indispensable, en ciertos casos, la intervención quirúrgica en las áreas nerviosas más delicadas, no cabe prescindir de la intervención psicoterápica, tanto en su empeño por descubrir la intimidad de los factores psicogénéticos como porque su curso resulta indispensable cada vez que, modificada la condición orgánica, se trata de instruir al ex-paciente sobre la forma y condiciones de su nueva adaptación social. Es decir que el valor de la psicogénesis y de la psicoterapia no es el de una adehala en el tratamiento sino un paso obligado tanto en el diagnóstico como en la terapia.

Es claro que los nuevos métodos empleados en la atención de los enfermos mentales no carecen de antecedentes. Muchos de ellos arrancan de siglos pasados. Pero como frecuentemente ocurre en el campo

de la ciencia, el atisbo inicial ha tenido que dormir a veces durante centurias, hasta que una intuición genial ha revivido la siembra de antaño para presentarse súbitamente como una robusta floración. Tal ha ocurrido en especial con los llamados métodos de shock y la misma insulino-terapia. No vamos a recordar su pormenor. Porque lo que nos interesa señalar ahora es que tales métodos apenas datan de los años 1934 y 1938. Llegaron en un momento crucial; cuando podía decirse que el análisis clínico estaba casi agotado. La insulina y el cardiazol primero y luego el electroshock vinieron a conmover al mundo con su aporte valiente y seguro; gracias a ellos los psiquiatras comenzaron a estar sólidamente armados después del período de afanes casi desesperados por lograr el equilibrio de la mentalidad enferma. Han pasado pocos años, y en la hora actual en que ya es posible establecer una crítica de sus resultados y por mucho que subsistan todavía escépticos, no cabe negar que el progreso logrado en el campo de la terapia es enorme. De nada vale que el argumento siempre presente en la naturaleza y en la clínica, de las remisiones espontáneas, tenga en su haber un acervo apreciable de casos en que la intervención médica nada, o casi nada, ha tenido que hacer en el proceso de restablecimiento de los pacientes.

Al citar estos métodos, fuerza es recordar que ellos han sido aplicados principalmente en las dos entidades clínicas que por sí solas constituyen la gran mayoría de las enfermedades mentales: la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, tipos de las dolencias endógenas en que parecía más manifiesto el componente constitucional. Pues estas afecciones que otrora casi vivían en un desamparo terapéutico se vieron muy pronto atendidas con esos aportes tan valiosos, y el paso de los años ha acentuado su valor después de haberse delimitado el campo de sus aplicaciones.

Luego del entusiasmo inicial, se ha visto que su práctica no podía ser arbitraria, que los nuevos métodos no podían representar una esterilisans magna, pues el beneficio terapéutico no podía lograrse sino sobre la base de un estudio clínico detenido en el cual concurren las investigaciones sociales, los estudios fisiopatológicos, los análisis psicológicos, la observación evolutiva, etc. Es así como a medida que los éxitos terapéuticos se han multiplicado, ello ha sido posible no sólo gracias a su bondad intrínseca, a su valor en cuanto elementos capaces de enderezar, gracias a mecanismos no del todo identificados, el edificio que amenazaba derrumbarse, sino al estudio de las calidades de la personalidad, de su reconstrucción evolutiva y de las características de su organización. No sorprende por lo tanto que, a medida de que se multipli-

can las estaciones de insulínoterapia y se perfeccionan su técnica, al par que el electroshock sufría valiosas modificaciones, los psiquiatras se vieran obligados a detenerse en el estudio de la psicología dinámica, de la anatomía patológica y normal, de la experimentación diagnóstica, de las distintas formas de psicoterapia, porque al fin se imponía el criterio que una afección mental tiene siempre tanto de orgánico como de psíquico. Por eso resultaba indispensable estar al tanto de las investigaciones geniales de un Kleist, a la ordenación constitucionalista de Kretschmer, a la fenomenología de Schneider, a las diligentes tanto como complejas dilucidaciones del Rorschach en el campo de las técnicas proyectivas, a los hallazgos metabólicos de Buscaino y colaboradores, a las experiencias apasionantes de Baruk, etc, todo ello sin insistir sobre los nuevos datos de la endocrinología ni sobre las concepciones de gran alcance clínico y social de Mayer y Sullivan.

La sola enumeración sería fatigosa y nada contendría de nuevo para un auditorio tan selecto como el que me escucha. Basta con destacar que al psiquiatra de hoy se le exige una sólida preparación clínica general, versación en las disciplinas psicológicas y una sólida cultura sociológica, antes de ponerlo en contacto con la mentalidad enferma, es decir antes de suministrarle los elementos propiamente psiquiátricos. Por eso no sorprende que para el que se inicia en esta especialidad tenga que ser un vademecum el Manual de Menninger para el estudio de la casuística, igual que la entrevista psiquiátrica de Sullivan.

Pero toda esta revolución tanto en el campo diagnóstico como clínico induce a reconocer como un hecho que estamos en el momento de reevaluar nuestras ideas acerca del diagnóstico de las afecciones mentales. Ya los esquemas tan inteligentes como hermosos y sistemáticos de un Kraepelin o un Bleuler, han tenido que sufrir progresivamente modificaciones sustanciales y tan serias que es preciso reconocer una verdad: mientras no sepamos con alguna precisión las incidencias de la curva vital de cada caso y no podamos aprehender todo el contingente etiológico, nos será muy difícil distinguir entre la sintomatología superficial, hasta cierto punto adventicia, y las modificaciones sustanciales de la personalidad.

Tan cierto es lo que acabo de afirmar, que las organizaciones oficiales de la psiquiatría norteamericana, al reconocer lo provisorio de toda clasificación de las psicosis y neurosis, ha establecido el concepto de formas de reacción, desentendiéndose de las pautas clásicas. Este criterio tiene desde luego su defensa; parece más plausible referirse a reducidas posibilidades de reacción de la organización psicológica ante

determinados stresses y conflictos, antes que a la multiplicidad de formas clínicas y cuadros esquemáticos en los que necesariamente prima el concepto fenomenológico descriptivo de lo más aparente y tangible. Desde luego esta simplificación nosológica tiene sus peligros. Y es que, por mucho que se enumeren las diferentes posibilidades de los cuadros clínicos y se trate de relacionarlos unas veces con los diversos niveles funcionales de la personalidad subrayando la importancia de las concepciones jacksonianas, o refiriéndose a lesiones comprobadas o supuestas de determinadas formaciones nerviosas, caen dentro de una modalidad enumerativa y estadística indiscutiblemente rígida. Y es lo cierto que sobre esa sistematización nosológica está la personalidad humana con su infinitas variantes y sus inextricables combinaciones. Además, de esa enumeración no se desprenden conclusiones algo seguras para el establecimiento de un criterio pronóstico.

Al tratar de las psicosis endógenas, afecciones que han apasionado y apasionan aún a todos los clínicos y en cuya sistematización puso todo su esfuerzo el genio de Kraepelin, es sabido que acaso el punto más debatido se refiere al diagnóstico y pronóstico. Sagazmente recuerda Mauz en su obra ya clásica sobre el pronóstico de las psicosis endógenas: "Cuando Kraepelin, en vez de dirigir la mirada al cuadro clínico aislado, atendió al cuadro total de las psicosis, tomando el tipo de curso como punto de partida para sus grupos de enfermedades, situó el problema de predecir la manera de terminar la dolencia en medio de la doctrina de la enfermedad; es decir él fundió en extremo grado el diagnóstico y el pronóstico al dibujar las unidades clínicas, demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva, las cuales deben tener la misma forma psicológica fundamental, el mismo desarrollo y curso y la misma terminación. Esta fusión del pronóstico en un sistema natural de un pequeño número de grupos de enfermedades ampliamente pensada por Kraepelin, dió lugar en el transcurso del tiempo a ligar, de una manera exclusiva y dogmática, el pronóstico al tipo de enfermedad y a fijar la forma de finalizar y la terminación psíquica de la psicosis teóricamente y con rigidez, en escasa dependencia del proceso patológico en sí" (pp.22):

Conforme llegaron las nuevas aportaciones se vió que una clasificación sistemática que atendía de preferencia a la sintomatología aparente a su evolución más ostensible, en realidad no estaba analizando la estructura de la psicosis y menos valorando las modificaciones que sufren los cuadros clínicos en relación con las características individuales del paciente, incluso las constantes constitucionales. Y así fué como las aportaciones de Bleuler, Kronfeld, Kretschmer y tantos otros vinieron

a destacar las infinitas variaciones de los cuadros clínicos, a observar las imbricaciones que entre ellos se efectuaban y a distinguir entre lo que era constante y lo que parecía episódico. Entonces aparecieron los conceptos de proceso, catástrofe y brote, que tanto han servido como pasos iniciales para la penetración de la psicología dinámica en épocas ulteriores. Así se ha reconocido la indiscutible génesis psicógena de algunos cuadros en los cuales el brote esquizofrénico parece ser la reacción a un complejo que en un determinado momento busca su salida, si bien en tales circunstancias no podemos desentendernos del factor constitucional subyacente; de igual manera se ha encontrado cierta relación entre la profundidad del factor endógeno al tratar de la psicosis maniaco-depresiva y la sintomatología. "El grado de profundidad de las alteraciones endógenas es esencial para la *sintomatología*, pues en tanto que en los casos de gran profundidad aparece en primera línea la sintomatología unitaria, elemental y simple de las capas profundas, en los casos de escasa profundidad surgen más ideas depresivas y rasgos psíquicos reactivos". "Por esta razón es de gran importancia para el *pronóstico* el grado de profundidad en determinadas circunstancias, pues la escasa profundidad del factor endógeno hace a los enfermos más accesibles a las influencias del exterior, y éstas pueden influir el *pronóstico*, tanto favorable como desfavorablemente" (Mauz). Criterio indiscutible, sólo que en la práctica el análisis o valoración de los planos —si se trata de expresiones superficiales o profundas— no siempre puede lograrse por un exámen de la sintomatología aparente, sino que es indispensable apelar a recursos más complejos pero también más seguros, si se quiere fundamentar bien tanto el diagnóstico como el pronóstico.

En la hora actual, por ejemplo, si nó se logra un análisis estructural y un avalúo de la personalidad, difícilmente puede llegarse a conclusiones ciertas y sobre todo esquivar situaciones aparentemente paradójicas pero reales. Dentro de las teorías dinámicas de la personalidad sabemos cuanto se ha avanzado en el conocimiento de la psicología del Yo, en buena parte gracias a las contribuciones de las técnicas proyectivas. Pues bien, uno de sus aspectos más novedosos consiste precisamente en diferenciar los componentes firmes y definitivos de la personalidad de aquello que es adventicio y transitorio, aunque en apariencia se destaque como síntoma de excepcional importancia. Así ocurre que a veces, gracias a un psicodiagnóstico bien interpretado, sobresale la discrepancia entre el cuadro nosológico que se presenta abierta y sintomáticamente y la estructura del Yo, revelada por el examen psicodiagnóstico. Se-

mejante discrepancia entre las dos observaciones por lo general indica que ni la una ni la otra observación refleja la realidad total (Klopfers, 562). Pronósticamente esto puede contener implicaciones ya positivas o ya negativas.

Dentro de este campo, no podemos negar que los avances terapéuticos representan un verdadero disturbio. Si hasta aquí la introducción de los métodos de shock y la insulinoterapia, de la lobotomía y de la dietilamida del ácido succínico, traen inesperadas sorpresas terapéuticas y experimentales sobre la consistencia y formación de los trastornos mentales, qué no podemos agregar si nos referimos a los recientes progresos en el campo de la quimioterapia?

Cercanas en el tiempo están las experiencias, pero las observaciones se multiplican por millares en distintos países a propósito de los resultados obtenidos, por ejemplo, con la clorpromazina y la reserpina. Refiriéndome a la primera, se anota su potente eficacia sobre los cuadros de agitación y de excitación psicomotriz de *distinta naturaleza*, sobre los síndromes confusionales, sobre los accidentes graves del alcoholismo crónico, sobre las diversas formas de esquizofrenia, paranoia y delirios alucinatorios, estados depresivos, reacciones propias de las personalidades psicopáticas y diversos estados de la neuropsiquiatría infantil, etc. Y con relación a la segunda, se multiplican los resultados favorables sobre los síndromes depresivos, enfermos crónicos —especialmente esquizofrénicos— hasta el punto de afirmar Hoffman y Konchegul que ningún paciente debe ser sometido a la psicocirugía antes de haber ensayado el medicamento—, desórdenes convulsivos, neurosis, etc.

Estas adquisiciones que, al criterio de muchos, han comenzado a reemplazar y tal vez sustituirán totalmente a la insulinoterapia y a los clásicos métodos de shock, al mismo tiempo vienen a representar nuevos elementos que obligarán a introducir modificaciones acaso muy serias en el campo del diagnóstico psiquiátrico. Y quien se refiere al diagnóstico y a la consistencia de los diferentes cuadros clínicos, tiene que referirse también a su pronóstico.

En efecto, y dados todos estos antecedentes, hasta qué punto estamos seguros de las normas hasta aquí establecidas para fundamentar nuestro pronóstico?. Si al paso que van las cosas, los tratamientos de tipo somático pueden influir seriamente en el curso de las neurosis y de igual manera, la intervención psicoterápica se muestra a veces singularmente eficaz en el tratamiento de los desórdenes corporales —y allí

la gran derivación psicossomática—, las bases del pronóstico psiquiátrico reclaman una seria consideración.

Estábamos acostumbrados, por ejemplo, al tratarse de la esquizofrenia, a tomar en cuenta, como lo recuerdan Kalinowski y Hoch (26), los siguientes factores para la evaluación del pronóstico: 1) herencia; 2) duración de la enfermedad; 3) ataques anteriores; 4) tipo de esquizofrenia (cuadro clínico típico o atípico); 5) Tipo de comienzo (presencia o ausencia de causas precipitantes); 6) características constitucional y de la personalidad (particularidades de la adaptación social, sexual, etc.) antes del comienzo de la enfermedad. Y a lo citado habría que añadir la consideración de los siguientes pronósticos advertidos en el curso del tratamiento (p.e: las recaídas durante la atención insulínicas, característica de mal pronóstico y la falta de aumento de peso, también signo desfavorable en el criterio de Von Braunmüll en el curso del mismo); y por la fin la valoración, por medio de tests, de las transformaciones sufridas por la personalidad después de haberse dado por terminado el tratamiento que se había creído conveniente aplicar.

Sería ingenuo afirmar ahora que tales advertencias carecen de valor. Por el contrario. Así como para afirmar el criterio de curación se indispensable atenerse a ciertas normas que un criterio psiquiátrico bien experimentado ha logrado establecer, puesto que ellas en realidad están dando bases pronósticas legítimas, parece indispensable no desentenderse de los avances logrados en el conocimiento de la estructura de la personalidad.

Recordemos, verbigracia, los sabios consejos de Nerio Rojas con relación al paciente que ha llegado a la situación de recibir el alta: el estudio de la mímica, el análisis de la adaptabilidad del enfermo al medio ambiente, la rectificación realizada por el propio paciente. Y recordemos también las consideraciones que al mismo propósito hicieron recientemente M. Leconte y B. Halpern: problemas a nivel del psicodiagnóstico: a) persistencia de un estado delirante; b) reticencia; c) crítica del estado patológico; d) déficit mental; e) alteraciones del humor. Problemas a nivel del somato-diagnóstico: aparición de una afección aguda, presencia de fracturas, trastornos visuales, etc. Problemas de nivel bio-diagnóstico (positividad del LCR de un parálitico general). Problemas de nivel socio-diagnóstico (colocación, internamientos anteriores, gravedad de la forma, alojamiento). todo lo cual se resumen en esta síntesis las condiciones necesarias para una alta durable:

Desde el punto de vista psíquico: la desaparición del síndrome que motivó el internamiento —sobre todo cuando se trata de un estado delirante o de una alteración tímica— y la ausencia de reticencia;

Desde el punto de vista somático: un buen estado general acompañado de reacciones humorales normales, y, sobre todo, *desde el punto de vista social:* un comportamiento satisfactorio del enfermo tanto en el hospital como en sus ocupaciones; y un estado familiar o social sobre el cual el convalesciente pueda apoyarse antes de subvenir él mismo a sus necesidades, o si éste falta, por la práctica de una profesión adaptada a sus medios, sin tener que debatirse por cuestiones de habitación.

Es decir que, de aceptarse este criterio, serían pocos los pacientes cuya condición pronóstica pudiera ser lo suficiente segura para que estén en condiciones de incorporarse al medio social en que van a vivir. Por lo demás, el problema está reducido tan solo a los pacientes que han estado sujetos a un internamiento y queda vivo para aquellos que han sido atendidos fuera del medio hospitalario o que, por su índole especial, estuvieron fuera del área de las psicosis.

El empleo del metal sódico, pentotal y sustancias similares ha resultado de verdadera importancia en el narcodiagnóstico, aplicándose ya como un procedimiento inicial de exámen en casos de duda, ya como control de la curación o de la mejoría en otros. En el Perú el Prof. Honorio Delgado y el Dr. A. Carrillo Broatch llevaron a cabo una investigación de singular importancia a este propósito. La técnica recomendada por ellos permite no sólo constatar la presencia de síntomas —a veces voluntariamente encubiertos— correspondientes a un proceso todavía activo, sino también de manifestaciones residuales; en cualquiera de estos casos viene a resultar necesaria la continuación del tratamiento. Además, esta nueva aplicación del narcoanálisis tiene un especial interés porque en determinados pacientes facilita la reactivación de las psicosis —especialmente la esquizofrenia—, circunstancia de extremo valor para el pronóstico definitivo, ya que a menudo una remisión clínica puede ser engañosa. Creemos que las normas expuestas por los Dres. Delgado y Carrillo deben tenerse presentes siempre que exista alguna duda acerca de la autenticidad de una remisión y como una medida muy apreciable para afirmar mejor el criterio pronóstico.

Falta agregar algunas palabras sobre la necesidad de emplear más sistemáticamente el Psicodiagnóstico de Rorschach en este campo, preferentemente a otros test proyectivos y después de que se hayan valorado clínicamente los resultados del tratamiento.

Si convenimos en que este procedimiento, cada vez mejor estudiado, es el que mejores rendimientos proporciona cuando se trata de la evaluación de la personalidad, no resulta sorprendente que permita apre-

ciarla en lo que tiene de estable y en lo que tiene de transitorio, de crítico diríamos. Por eso resulta interesante aplicar el test en tres tiempos: cuando se inicia el tratamiento, es decir, cuando se tiene al alcance la floración plena de la sintomatología; cuando ésta aparentemente ha desaparecido, es decir, cuando el enfermo se encuentra en condiciones de alta, y cuando ha transcurrido un tiempo prudencial desde que se anotó la remisión; así resulta posible diferenciar bien entre lo que es característico de la personalidad, con todas sus variantes, y lo que es reacción transitoria, o modificación permanente, dígase disturbio o síntoma. Por supuesto que el problema no es tan fácil como a primera vista parece.

Al estudiar una personalidad tenemos que aspirar al reconocimiento de lo que son caracteres constitucionales y adquiridos a través de la experiencia vital, diferenciándolos de aquellos que constituyen un proceso, por ejemplo en la esquizofrenia. Y además hay que distinguir entre lo que corresponde a una estructura primaria y lo que pertenece a una secundaria, según Ey, como lo han recordado hace poco René Beesière y J. Fussewer: "Esta se opera, en efecto, en virtud de una sucesión en el tiempo de fases de actividad procesal y de estados residuales". Es precisamente cada una de estas particularidades lo que parece posible diferenciar a través de las pruebas sucesivas. No olvidemos que el Psicodiagnóstico de Rorschach aprecia las defensas del Yo, el funcionamiento intelectual, la fantasía, la adaptación social y el estado emocional y que ello parece ordenarse en términos de psicología dinámica, permitiendo una mayor precisión en el conocimiento de los posibles niveles de desintegración con referencia a la esquizofrenia, como lo demuestran los trabajos de Beck, Grunker y Stephenson. Este recuerdo nos parece importante porque iniciado ya el camino, las perspectivas son halagadoras, y llevándose a cabo una investigación sistemática sobre los diferentes cuadros mentales, se podría lograr una base bastante firme para el pronóstico de estas afecciones de las que se derivan problemas de distinta índole.

De todos modos, parece cierto que a través del Rorschach es posible apreciar la organización de Yo, logrando el esbozo de los niveles de maduración, de la formación del carácter y de las defensas sintomáticas del individuo.

Y si además se tiene en cuenta que la organización del Ego no siempre es reconocible por la conducta individual aparente, por fuerza tenemos que acudir a este tipo de análisis de la personalidad, que tan distante se halla de las antiguas esquematizaciones exclusivamente clínicas,

Análisis que desde luego están dando origen a certidumbres pronósticas, como es aquella de predecir si la respuesta a la intervención psicoterápica será positiva o negativa en los psicóticos y neuróticos que a primera vista parece que pudieran beneficiarse con ella. La nueva escala de Klopfer y colaboradores y los recientes trabajos de Beck traen los elementos de juicio que podrían facilitar tales anticipaciones pronósticas.

Al estudiar las reacciones fisiológicas del shock al gris, por ejemplo, aparece que en los fenómenos de interferencia existe una actuación más intensa de los componentes constitucionales, las fobias sin fenómenos de interferencia son mucho más accesibles que aquellas que presentan ese fenómeno. La presencia de contaminaciones en esquizofrénicos antiguos son a menudo *simultáneamente neologismos* que no aparecen nunca en los esquizotímicos y esquizoides sanos. Las quinestesias en extensión son favorables y las en flexión desfavorables para el éxito de un método psicoterápico (Bom). Estos datos, entresacados al azar entre los tantos que han presentado los investigadores, están indicando como en la actualidad el juicio clínico y el contacto cotidiano y familiar con el enfermo no es suficiente para establecer una conclusión pronóstica sólida. Está bien que los casos fáciles los sometamos a pruebas sencillas mediante las cuales algo se pueda sospechar acerca de lo que está ocurriendo en la intimidad; pero para los casos de duda tendremos que apelar a estos recursos que si bien, insuficientemente generalizados, ofrecen elementos invalorable para establecer el juicio pronóstico que perseguimos. Ya en los trabajos de Beck, Klopfer y Shafer puede apreciarse, lo mismo que en los de Bom, cuánto se ha avanzado en este campo, desde que las correlaciones entre los datos del psicodiagnóstico y la interpretación dinámica de la personalidad parecen estar sólidamente establecidos. Se puede, pues, afirmar el pronóstico contrastando los datos del exámen clínico, las conclusiones psicodiagnósticas y las investigaciones sociales; será entonces mayor la seguridad que podamos tener, en vez de contentarnos con los datos aislados de cada uno de ellos.