

LA INTRODUCCIÓN DE LAS IDEAS
DEGENERACIONISTAS EN LA ESPAÑA
DEL SIGLO XIX. ASPECTOS CONCEPTUALES

José Javier Plumed Domingo

Unidad Salud Mental. Malvarrosa (Valencia)

Antonio Rey González

Unidad Salud Mental. Paterna (Valencia)

Depto. de Medicina (Unidad de Psiquiatría). Universidad de Valencia

Resumen:

En este artículo, se estudian los cambios conceptuales introducidos en la psiquiatría española a través de la teoría de la degeneración. Entre ellos destacamos las variaciones en la clasificación de la enfermedad mental y consideramos la importancia de la introducción de la dimensión temporal. Discutimos la nueva visión del concepto de personalidad premórbida y describimos los cambios en la concepción somática de la locura. Dedicamos un espacio central al papel de la herencia, la introducción del evolucionismo y de los nuevos conocimientos neurológicos.

Abstract:

In this paper, the conceptual changes introduced in Spanish psychiatry through degeneration theory are studied. Among them, we emphasize the changes in the classification of mental diseases and we consider the importance of the introduction of the temporal dimension. We also discuss the new view about premorbid personality and we describe the changes in the somatic conception of madness. A central point of the discussion is the role of heredity, the introduction of evolutionary views and the new neurobiological knowledge.

El degeneracionismo es una teoría sobre la enfermedad mental introducida en la segunda mitad del siglo XIX que postula que los trastornos mentales son consecuencia de la degeneración psíquica causada por la herencia enfermiza de los antecesores. Fue introducida por Morel en 1857, y en su primera formulación aunaba las teorías evolucionistas de Lamarck, las ideas antropológicas y filosóficas de Rousseau y Buffon junto con el concepto de herencia disimilar de Lucas, que explicaba la heredabilidad de los rasgos físicos y morales¹.

El degeneracionismo aportaba nuevos conceptos clínicos, entre los que destacan los siguientes: las alteraciones degenerativas son desviaciones patológicas de la normalidad; las enfermedades mentales son fundamentalmente hereditarias. Así, aunque originalmente se debieran a influencias externas el trastorno llega a fijarse a la herencia genética del sujeto y se transmite de generación en generación. Además, la degeneración incluye aspectos tanto cuantitativos como cualitativos, tanto variaciones en el grado de enfermedad como enfermedades diferentes².

Las ideas de Morel estaban muy condicionadas por aspectos religiosos y especulativos. De hecho, recurría al Génesis y al mito del ángel caído para dar una explicación del origen del mal. Posteriormente, Valentín Magnan definió la degeneración desde un punto de vista naturalista y aconfesional, con mayor rigor clínico³. Hay varias importantes aportaciones de este alienista. Por ejemplo, concedió gran importancia a la teoría de que las enfermedades mentales deberían clasificarse de acuerdo con un cuidadoso estudio del curso y pronóstico de la enfermedad. Coincidió con Morel en resaltar la importancia de la herencia en las manifestaciones mentales, aunque admitía que un individuo podía llegar a ser un degenerado de forma adquirida. Tomó la noción de estigma físico, aunque también resaltó la existencia de estigmas psíquicos, tales como el retraso afectivo e intelectual o el mal ajuste social.

Como ya se ha señalado⁴, la influencia de las ideas degeneracionistas en el alienismo español fue relativamente escasa y tardía. A primera vista es un fenómeno curioso, dada la gran influencia de la psiquiatría francesa en este período⁵ y a que en Francia dominó esta corriente de pensamiento durante la segunda mitad del siglo XIX. Se han sugerido como posibles razones problemas de tipo asistencial o social.

¹ Para un conocimiento más extenso del tema, véase: HUERTAS, R (1992), Madness and degeneration. (I). From «fallen angel» to mentally ill. *History of Psychiatry*, 3, 391-411. También CAMPOS, R.; MARTINEZ-PÉREZ, J; HUERTAS, R. (2001), *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid. CSIC.

² BERRIOS, G. E; PORTER, R (1995), *A history of clinical psychiatry*. Athlone press, London.

³ Véase: DOWBIGGIN, I (1996), Back to the future: Valentín Magnan, French Psychiatry, and the Clasification of mental diseases, 1885-1925. *Social History of Medicine* 9 (3), 383-408.

⁴ CAMPOS, R. (1998), Teoría de la degeneración y medicina social en España. *Llul*, 21, 333-356.

⁵ Sobre esto, se puede consultar el artículo de PESET, V (1950), Sobre la psiquiatría española del siglo XIX. *Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina*, 2 , 622-627.

Por ejemplo, el escaso grado de institucionalización del alienismo como ciencia⁶ o el carácter privado de los frenopáticos más importantes, donde los alienistas más prestigiosos, aunque de orientación somática, no podían aceptar el nihilismo terapéutico propio de los degeneracionistas⁷. Independientemente, la introducción de las ideas de esta escuela permitió incluir en el pensamiento psiquiátrico español nuevos aspectos, sobre lo que va a tratar este artículo. Para ello, tomamos en cuenta fundamentalmente las publicaciones de la prensa médica comprendidas en el período entre 1851-1900, y los tratados de psiquiatría más importantes. No desdeñamos algunos libros originales y traducciones de especial interés para el trabajo.

LA PATOCRONIA Y LA NUEVA NOSOLOGÍA

Una de las más importantes cuestiones de la segunda parte del siglo XIX es la introducción de la dimensión temporal en la enfermedad mental. Así, la enfermedad no queda definida tan sólo por la sintomatología que puede objetivarse en el paciente en un momento determinado, sino que las manifestaciones clínicas han de considerarse de forma longitudinal, de acuerdo con la evolución en el tiempo.

La parálisis general fue la primera enfermedad mental ajustada al método anatómico y que tomó en cuenta el curso evolutivo. A partir de una determinada lesión anatómica, en este caso la periencefalitis difusa descrita por Bayle⁸, se producían distintas manifestaciones sintomáticas que no eran más que estadios de una misma enfermedad.

La locura sistemática progresiva, entidad nosológica acuñada por Valentín Magnan⁹, fue la otra enfermedad mental que tomó en cuenta el curso evolutivo. En este caso no había una lesión de fondo bien caracterizada y reconocida por los frenopatas, sino que el daño orgánico estaba producido por el fondo degenerativo. La preocupación por el problema del curso hizo que muchos autores reconocieran la existencia de este síndrome incluso antes de aceptar la nueva corriente, ya que respondía al problema de la dimensión temporal y obviaba la tendencia a considerar como enfermedades distintas las modificaciones sintomáticas. Así, Galcerán Granés, en su obra más importante sobre la clasificación de la enfermedad mental, aunque las

⁶ HUERTAS, R (1995), La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización. En: VV.AA. *Un siglo de psiquiatría en España*. Madrid, Extraditorial, pp. 21-47.

⁷ CAMPOS, R (1999), La teoría de la degeneración y la profesionalización de la psiquiatría en España (1876-1920). *Asclepio*, 51 (1), 185-203.

⁸ Ver: BAYLE, A. L. (1822), *Recherches sur les maladies mentales*, París, Thesis.

⁹ Magnan fue el autor extranjero más traducido en los artículos de la prensa médica del período, tal como se refleja en la Tesis doctoral de REY, A. (1982), *La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del S. XIX*. Valencia, Universidad de Valencia

ideas degeneracionistas no tienen mucho peso considera uno de los síndromes fundamentales la locura sistematizada progresiva de Magna. En la descripción del trastorno utiliza términos fisiológicos y anatomopatológicos para dar mayor objetividad al cuadro clínico: «en el comienzo del mal, se encuentra el enfermo en estado permanente de eretismo psicosensoorial. Estado que, creciendo progresivamente de intensidad, determina un acceso de delirio agudo con fuerte reacción mórbida y un aumento de la temperatura general y craneana, al tiempo que se produce una desasimilación de sustancias orgánicas que, al expelerse, ocasionan un catarro. Pasado el tiempo, pierde el enfermo su potencia mental hasta llegar a la demencia, significando que el proceso ataca cada vez más profundamente a la sustancia cerebral, destruyéndola».

Rodríguez Morini, otro discípulo de Giné y Partagás, aunque en sus artículos publicados en la *Revista Frenopática Barcelonesa* no muestra influencia del degeneracionismo tampoco puede desdeñar el nuevo síndrome. En un caso clínico denominado «Delirio crónico de grandeza»¹⁰, comenta cómo Esquirol describe entidades distintas cuando en realidad son estadios de un mismo proceso. Las fases son las siguientes: en primer lugar, el análisis subjetivo. El enfermo nota alteraciones sensoriales que no sabe a qué atribuir y que le tienen pensativo. Es lo que denomina como locura hipocondríaca. Después, llega la explicación delirante o delirio de persecución. Tras esto, se produce la transformación de la personalidad: el enfermo, explicando su delirio, se cree un rey, un ministro, un hombre de mucho talento. Finalmente, llega a la demencia «término fatal de esta clase de enfermos, si antes una afección intercurrente no acaba con la vida del sujeto».

La ligazón de estas diferentes fases se justificaba por la existencia de un trastorno funcional subyacente, un desequilibrio mental y físico del sujeto mal definido que escapaba de los estudios fisiológicos y anatómicos. Así, el nuevo alienismo trataba de escapar de la multiplicación de síndromes clínicos basados en criterios sintomáticos. José María Cortezo, director de *El Siglo Médico*, la publicación médica española más importante, define la paranoia como «la entidad que abarca aquellas formas psicopáticas determinadas por la aparición primitiva de ideas delirantes permanentes, con o sin alucinaciones, y desarrollada sobre un fondo degenerativo. Conduce a una metamorfosis más o menos profunda de la personalidad pero casi nunca a la demencia, y rara vez a un grado de debilitación intelectual. Si a la paranoia la sustituye la demencia, más que una terminación morbosa, suele ser una condición de senilidad precoz que suele estar en cercanía con la brevedad de la vida, tendencia a la falta de fecundidad, debilidad física y caracteres de decadencia propios de especies degeneradas»¹¹.

¹⁰ RODRÍGUEZ y RODRIGUEZ (1885), Delirio crónico de grandeza. Locura parcial. *Revista Frenopática Barcelonesa*. 5, 39-47.

¹¹ CORTEZO, J. M. (1868), Sobre la paranoia. *El Siglo Médico*, 33, 483-485; 674-676.

Este nuevo punto de vista tuvo importantes implicaciones. Por ejemplo, el delirio megalomaniaco se consideró tradicionalmente como un síntoma de mal pronóstico por analogía con el pronóstico infausto de la parálisis general. La idea del fondo lesional común de los degenerados delirantes hacía perder sentido a esta afirmación. Así, un autor como Sanz y Gómez hacía ver que la existencia de un delirio de grandezas o de persecuciones no significa nada respecto a la probabilidad de una evolución favorable¹².

El cuestionamiento de la nosología basada en el síntoma hizo que algunos autores hicieran intentos de pronunciarse a favor de una clasificación de enfermedades mentales basadas en las ideas de la degeneración. El primero que encontramos fue Ots Esquerdo, que resaltó lo inexacto de las clasificaciones que habitualmente se manejaban entre los alienistas españoles «a pesar de los grandes avances en la patogenia y la clasificación de la enfermedad mental»¹³. Criticó el carácter obsoleto de la división habitual del trastorno mental en: locura histérica, paralítica, epiléptica e imbecil¹⁴, que eran los diagnósticos más utilizados en la clínica. De hecho, a la hora de plantear el diagnóstico diferencial en un caso clínico de locura persecutoria llega a concluir que se trata de una psicosis sistemática progresiva después de haber descartado los signos sugerentes de histeria, epilepsia y parálisis general¹⁵.

Esto le lleva a plantear una nueva clasificación. Así, llega a una división en tres grupos dependientes del grado de afectación degenerativa: las formas atenuadas, las formas pronunciadas y, por último, las exageradas.

Dentro del grupo de las formas atenuadas podemos diferenciar las formas simples y las complejas. Pertenecen a las simples las formas psicopáticas: manía y melancolía; y las neurósicas: neurasténica, histérica, epiléptica y coreica. En el grupo de las formas complejas, llamadas así porque las manifestaciones clínicas varían en el tiempo aunque se trate de una sola enfermedad, tenemos la locura circular y la psicosis sistemática progresiva. Considera a estas formas como atenuadas por el vigor mental que caracteriza a los pacientes que la sufren, lo que niega una lesión cerebral de índole «necrobiótica o flegmática».

En las formas pronunciadas, tenemos el grupo de enfermedades de clínica y curso regular, como las locuras impulsivas; y aquellas de curso y clínica anormales: los delirios polimorfos y monomorfos¹⁶.

¹² SANZ Y GÓMEZ, T. (1894), Pronóstico de la locura persecutiva. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 34, 67-70.

¹³ OTS ESQUERDO, V. (1893), Locura alcohólica. *El Siglo Médico*, 40, 470-2; 485-8.

¹⁴ OTS ESQUERDO, V. (1893), Delirio persecutorio amoroso. *El Siglo Médico*, 40:135-137.

¹⁵ OTS ESQUERDO, V. (1893), Locura persecutoria. *El Siglo Médico*, 40, 505-7.

¹⁶ Los delirios polimorfos y monomorfos son descritos por Magnan como síndromes delirantes propias de degenerados: «Se originan así: ideas e imágenes falsas, venidas de las asociaciones inconscientes del sujeto, o resultantes de juicios y de interpretaciones erróneas, de alucinaciones, de estados intelectuales

En las formas exageradas, incluye las enfermedades «cósmicas» como el cretinismo y el astequismo; y las individuales: la imbecilidad y el idiotismo.

Un epígrafe aparte esta constituido por los trastornos orgánicos. Dentro de ellos señala las formas comunes: parálisis cerebral, delirio agudo y demencia senil u orgánica; y las especiales. Estas últimas pueden ser específicas, como la pelagra, sífilis y reumatismo cerebral; y las no específicas: lesiones tumorales y las debidas a hemorragia o reblandecimiento cerebral.

La enorme influencia de Magnan en este autor se aprecia en su sistemática. Difiere en la del primero en: la localización de las formas neurósicas en el primer grupo, a los que Magnan denominó grupo de predispuestos; y en el desdoblamiento del grupo de estados degenerativos en formas pronunciadas y exageradas¹⁷.

Ya hemos comentado anteriormente que Valentín Magnan fue el autor extranjero más traducido en la prensa médica. El éxito de sus ideas favoreció la publicación íntegra de sus Lecciones clínicas en el *Boletín de Clínica Terapéutica*. Allí, plantea la distinción entre el delirio sistematizado de los degenerados y el delirio crónico de grandezas¹⁸.

El primero estaba caracterizado por la exageración del carácter propia de los degenerados. Los describía como: vanidosos, no se sienten culpables de nada; carentes de sentido moral y de una gran volubilidad de carácter. En ellos no se presentan fenómenos sensoriales y no hay una evolución sintomática, es decir, el cuadro se prolonga sin acabar en la megalomanía ni en la demencia.

Por el contrario, en el delirio crónico aparecen abundantes fenómenos sensoriales en forma de voces: dialogadas y eco del pensamiento. Los pacientes pueden presentar otros fenómenos, como una alteración de la sensibilidad general. Así, el paciente puede sentirse golpeado o electrizado. Usa neologismos. En el comienzo de la enfermedad tiene lugar el periodo inicial de inquieta vacilación que busca y exige una explicación. El pasado del enfermo es menos rico en toda clase de irregularidades y signos neuropáticos y psicopáticos. Tienden a perder las facultades intelectuales, y acaban en la demencia. Respecto al delirio, sus contenidos son consecuencia

o afectivos, se incorporan a la conciencia como verdades absolutas y son el punto de partida de un delirio» «Pueden aparecer nuevas concepciones. Si la concepción delirante adquiere bastante fuerza para ocupar a su vez todo el campo de la conciencia, un nuevo sistema morboso reemplazará al antiguo y los delirios podrán ir sucediéndose. Serán: múltiples, polimorfos, proteiformes y de corta duración y, en general, curables.» MAGNAN, V; SERIEUX, P. (1913), *Terapéutica general de las enfermedades mentales*. En: ROBIN, A. *Tratado de terapéutica práctica*. Barcelona. José Espasa editor. Tomo IV.

¹⁷ De acuerdo con la clasificación establecida por Magnan en su libro: MAGNAN, V; LEGRAIN, P. (1895), *Les degeneres: etat mental et syndromes episodiques*. Paris, Masson, pp. 40-45.

¹⁸ MAGNAN, V. (1896), Estado mental de los degenerados. Delirios sistematizados. I-Perseguidos-perseguidores. *Boletín de Clínica Terapéutica*, 12, 89-93; 131-139; MAGNAN, V. (1896), Delirios sistematizados de los degenerados. Delirios crónicos de persecución. *Boletín de Clínica Terapéutica*, 12, 227-270.

tanto de la educación del enfermo como de la influencia del medio social y cultural donde vive. Habitualmente comienza por persecución, y se sigue por el de grandeza, aunque pueden darse de forma simultánea. Finalmente, acaba en la demencia.

Cuando vemos las dos entidades descritas por Magnan, parecen clínicamente equiparables a la diferenciación de Kraepelin entre paranoia y demencia precoz, que habría de irrumpir con fuerza en la psiquiatría española en pocos años.

Martínez y Valverde, autor del primer tratado de psiquiatría de carácter degeneracionista, dedica un capítulo de la obra a la locura parcial crónica sistematizada donde retoma la descripción clínica de Magnan. Según el autor, este concepto incluye al grupo de los monomaniacos de Esquirol «que, de modo definitivo, destruyó Lasegue al establecer como entidad morbosa al delirio de persecución»¹⁹.

En la sinonimia del trastorno, incluye: la psicosis sistematizada progresiva de Garnier; la sistemática progresiva crónica de Ballet; el delirio crónico regular de Camuset; el delirio crónico de Magnan y Serieux; y la paranoia de Mendel y Snell.

Define al cuadro como una locura de evolución lenta, crónica y progresiva, que empieza por una fase vaga, luego un período alucinatorio y con delirio variable, habitualmente de persecución. A este sigue otro período en el que se presentan transformaciones de la personalidad, terminando en demencia.

La primera fase es insidiosa, hay un malestar inexplicable referido al malestar físico, de modo que asemeja una locura hipocondríaca. El paciente generaliza lo que le pasa, y al no encontrar en sí las razones por las que ocurren sus experiencias, las busca en el exterior. Recuerda hechos pasados para justificar el fundamento de lo actual, y cualquier incidente le justifica que alguien es el culpable de su estado.

La segunda fase aparecen las alucinaciones acústicas para dar la explicación de lo que le ocurre. Da las explicaciones que conforman y hacen real la persecución, con lo que empieza a organizarse el delirio. A menudo aparece el eco del pensamiento, por el que los enfermos creen que los demás se enteran de lo que piensan. Sienten sacudidas y pinchazos por descargas de aparatos eléctricos que los quieren violar o sodomizar. El lenguaje de estos enfermos está lleno de neologismos.

En la tercera fase, tras muchos años aparece el delirio de grandezas. Se verifica bajo la influencia de una alucinación, que da a conocer al enfermo su dignidad o bien de un modo lento, por deducción lógica. Señala el autor que Magnan y Serieux admiten un tercer procedimiento: por transformación espontánea. Primero sólo están

¹⁹ Lasegue, tomando como referencia los delirios parciales monomaniacos y lipemaniacos de Esquirol, describió el delirio de persecuciones. Estaba constituido por un grupo regularmente homogéneo de delirantes que coincidían todos en sentirse perseguidos. Tuvo el gran mérito de reunir en una misma categoría a un conjunto variopinto de delirios, todos ellos coincidentes en su temática. Véase ÁLVAREZ, J. M. (1999), *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid, DOR.

algunas ideas orgullosas en medio de las de persecución, pero finalmente domina la megalomanía por completo.

Pasado un tiempo, se resiente la inteligencia, las concepciones se hacen confusas, las alucinaciones menos frecuentes y precisas, la expresión de las ideas es incoherente, el paciente obra automáticamente en muchos casos y, debilitándose más su estado psíquico, cae en la demencia.

Acaba el autor diciendo: «el diagnóstico del delirio de persecución no ofrece dificultades, sólo cabe diferenciarlo con el delirio del hereditario degenerado». Se diferencia de este por: su curso diferente, la presencia más abundante de estigmas de degeneración, el mal control de los impulsos y la incurabilidad de este último trastorno.

En la psiquiatría europea el delirio crónico sistematizado se fue desechando, ya que tenía un carácter fundamentalmente teórico y no se encontraban casos clínicos que justificaran su existencia. Curiosamente, en nuestra literatura no aparece ningún texto donde ese contraste entre la descripción y la clínica real estuviera reflejado, y todos los casos parecían ajustarse perfectamente a este modelo.

EL SOMATICISMO. CONCEPTO DE ESTIGMA FÍSICO

La escuela española de la segunda mitad del siglo tuvo una orientación primordialmente organicista, con lo que suponía unas lesiones físicas objetivables en el enfermo mental. Era lógico el interés por objetivar este fracaso orgánico en el examen físico del paciente. Giné y Partagás, el psiquiatra más emblemático de la escuela positivista catalana, autor ajeno a las ideas de la degeneración comentaba en un párrafo de sus aforismos frenopáticos: «la primera cuestión que se presenta en semiótica frenopática consiste en la determinación absoluta de la existencia de enajenación». Así, muchas veces alguien afecto de locura tiene una apariencia cuerda y no presenta alteración del raciocinio. Por ello, para llegar a un diagnóstico fiable hay que basarse en varios puntos: hay que conocer el estado psicológico anterior del individuo y compararlo con su estado actual; valorar las influencias causales, predisponentes y ocasionales y reconocer al alienado haciendo especial hincapié en los síntomas somáticos.

Hacia hincapié en la importancia del aspecto físico del enfermo. El estudio de la fisonomía debía abarcar dos apartados: el sintético y el analítico. La valoración sintética incluía varias posibilidades: que el paciente tuviera un rostro tranquilo, agitado o indiferente. En cuanto al estudio analítico, había que considerar: el color del rostro, el aspecto de los pelos, fijándose en su dirección, aliño y brillo, los surcos de la cara, la mirada y la condición de los globos oculares. El fundamento de este interés en el aspecto del enfermo mental respondía a la tradición de la medicina antropológica francesa que ya databa del siglo XVIII y que buscaba la relación existente entre la

mente y el cuerpo. De hecho, a lo largo del S XIX los síntomas somáticos y la exploración del enfermo aparecían siempre, ya que se consideraba que eran síntomas primarios y mostraban el trastorno cerebral de la misma forma en que lo hacían los síntomas mentales²⁰.

Estas ideas fueron llevadas a su apogeo por el degeneracionismo. Con su teoría del estigma físico encontraba la justificación orgánica objetiva que las salas de autopsia excluían. Además, estaba basada en una teoría sobre el enfermar humano que daba una explicación comprensible de los cambios morfológicos ligada a las manifestaciones psíquicas.

Los estigmas físicos eran especialmente útiles en la valoración pericial. Así, cualquier sentencia tenía un fundamento objetivo, y no se ceñía tan sólo a la subjetividad de la entrevista clínica. José María Esquerdo (1842-1912) en sus Conferencias²¹, señala a Morel como una de sus influencias más importantes. Insiste en el aspecto fundamental de la herencia y la predisposición objetivadas a través de los estigmas físicos.

En su artículo sobre el famoso caso criminal de Garayo²², justifica la exculpación del reo no por su impulsividad, la brutalidad de sus crímenes o la sintomatología psiquiátrica, sino por los estigmas físicos faciales y la clínica somática objetivable, tal como mareos y pérdidas de semen espontáneas, que permitían diagnosticar al criminal como víctima de una monomanía genésica.

Los recientes estudios sobre embriología daban una nueva razón empírica para considerar la unidad psicoorgánica del hombre. No olvidemos que en la segunda mitad del siglo XIX esta disciplina llegó a su apogeo con autores como Huxley y Kowalewski, que demostraron la universalidad de las hojas generativas en la ontogénesis de los metazoos: de cada capa embrionaria procederá un grupo de aparatos de la economía orgánica. También salieron a la luz los estudios de Haeckel y Lankester sobre las primeras fases en la formación del feto²³. Así, Mateo Bonafonte, en su Tesis Doctoral sobre la degeneración, escribe el siguiente párrafo: «se deduce de los estudios embriológicos que no es factible que las imperfecciones se limiten a un órgano solamente, y sí que afecten a la totalidad o por lo menos a aquellos de evolución y crecimiento paralelo y de relaciones directas»²⁴. Pasa luego a indicar las modificaciones más importantes, destacando las anomalías craneales y del pabellón auricular. Aparte, están aquellos estigmas que «tienen un valor más demostrativo,

²⁰ Ver en: BERRIOS, G. E. (1995), *The history of mental symptoms*. Cambridge University Press, p. 21.

²¹ ESQUERDO, J. M. (1878), Conferencias sobre enfermedades mentales. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 2, 149-56; 347-51.

²² ESQUERDO, J. M. (1881), Locos que no lo parecen: Garayo «El Sacamantecas». *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 8, 101-9; 153-9; 211-7; 303-12; 358-65.

²³ LAÍN ENTRALGO, P. (1987), *Historia de la Medicina*. Salvat. Barcelona, p. 436.

²⁴ BONAFONTE, M. (1900), *Degeneración y locura*. Zaragoza, Manuel Ventura, pp. 59-68.

por el hecho de tratarse de reacciones nerviosas nacidas directamente de la modalidad funcional del sistema nervioso central y periférico: tics, espasmos musculares, calambres, neuralgias, vértigos, parestias...». Así, los síntomas neurológicos menores se convierten por primera vez en el primer signo de alerta de la enfermedad mental.

LA HERENCIA

En el siglo XIX, la herencia fue uno de los aspectos etiológicos más importantes. Giné y Partagás dice en sus Conferencias: «la herencia es la causa más positiva de locura; es frecuente que en hijos de padres locos se desarrolle, a cierta edad, la misma dolencia con igual forma y carácter. El por qué de esto no se explica; pero así como de sujetos que tienen la nariz torcida nacen hijos con el mismo rasgo fisiognomónico, así como los hijos se parecen a sus padres por las formas externas y por las funciones fisiológicas del organismo, se comprende que se les parezca también por sus formas patológicas»²⁵. De hecho, para Giné muchas supuestas causas de locura sólo podrían ejercer su efecto si se da un fondo hereditario previo. Así, en el artículo sobre el libro de Pi y Molist²⁶, rechaza la idea del autor de que la lectura de las novelas de caballería produjo la enfermedad mental del Quijote. Giné afirma que, en una locura parcial, monomanía o delirio sistematizado, ha de haber predisposiciones frenopáticas, un estado constitucional que se revelaría desde el principio, de modo que las causas morales sólo actuarían en sujetos dispuestos por la herencia. De hecho, Giné y Partagás fue uno más de los alienistas que resaltaban el peso de la herencia en la locura.

El degeneracionismo consideró la influencia hereditaria como el factor causal más importante de la enfermedad mental ya desde la obra de Morel. Este autor postulaba que la herencia de la enfermedad mental no era directa y estaba marcada por el polimorfismo genético; así, las sucesivas generaciones de enfermos mentales serían diferentes: en primer lugar los afectos por la degeneración darían hijos histéricos; la siguiente generación sería de epilépticos y por último aparecerían los imbéciles²⁷. Este esquema era puramente teórico y estaba alejado de la observación clínica. Magnan, de la misma forma que señala Giné, comprobó que la enfermedad mental entre generaciones no cambia, sino que tiende a ser igual a la de los padres o abuelos.

²⁵ GINÉ y PARTAGÁS, J. (1882), Conferencias de Frenopatología. V. *Revista Frenopática Barcelonesa*, p. 189.

²⁶ GINÉ y PARTAGÁS, J. (1885), Primores de Don Quijote en el concepto médico-psicológico y consideraciones generales sobre la locura. *La Independencia Médica*, 21, 358; 384; 420; 432.

²⁷ MAGNAN, V. (1887), Consideraciones generales sobre la locura. *El Siglo Médico*, 34: 104-106; 118-120.

Además comprobó la existencia de enajenados sin antecedentes familiares²⁸, de forma que la herencia no era la única causa de enfermedad mental.

La influencia hereditaria fue objeto de debate en el alienismo español desde la perspectiva degeneracionista. Si Galcerán Granés acusa en sus Lecciones la influencia de la degeneración, esta es en la consideración de la herencia. Escribe: «es sabido que el influjo de la herencia domina la patología nerviosa; directa o colateralmente actúa sobre un promedio de 40 por 100»²⁹. Distingue varios tipos de herencia, según sea patente la influencia de padres, abuelos, parientes.... El último tipo sería la progresiva «determinando estados de cada vez más degenerados».

Años más tarde, en la introducción al Tratado de Martínez Valverde afirma: «Antes de Morel, no se imaginaba que las psicopatías obedecieran a un mismo proceso de involución; esto es, de ruina mental progresivamente acumulada por sucesivas generaciones.» «Morel, en psiquiatría, como Darwin en biología, descubren las leyes de la herencia y de la transformación de las especies morbosas por averiada influencia mental. Los productos de ambos factores —herencia y atavismo— constituyen los degenerados»³⁰.

Ots Esquerdo, como autor claramente degeneracionista, a la hora de definir las neurosis, no puede excluir de la definición la importancia de lo congénito: «las diversas neurosis no son verdaderas enfermedades, sino más bien modalidades especiales del sistema nervioso y especialmente del cerebro, adquiridas durante la vida intrauterina y conservadas en unos individuos en estado de latencia, mientras que en otros están manifiestas»³¹.

Sanz y Gómez opina sobre la herencia: «todos los estudios que con estas cuestiones se relacionan consideran la herencia o predisposición hereditaria como una de las causas más poderosas para la aparición de las enfermedades; dentro de las ciencias naturales, la Medicina es la que más importancia atribuye a la herencia»³². En lo que se refiere al pronóstico de la enfermedad mental³³, al hablar de los factores de mal pronóstico, resalta la importancia de la presencia de estigmas neuropáticos y de

²⁸ Esta fue una de las diferencias más importantes entre Morel y Magnan, ya que para Magnan diversas causas externas podrían producir los cambios físicos y psicológicos propios de la degeneración. Ver: MAGNAN; LEGRAIN (1895).

²⁹ GALCERÁN GRANÉS, A. (1895), *Neuropatología y psiquiatría generales*. Barcelona. Imp. Casa Prov. Caridad, pp. 12-13.

³⁰ En el prólogo de Galcerán Granés a la obra: MARTÍNEZ VALVERDE, J. (1899), *Guía del diagnóstico de las enfermedades mentales*, Barcelona. José Espasa.

³¹ OTS ESQUERDO, V. (1893), Neurosis y degeneración. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 40, 321-28.

³² SANZ y GÓMEZ, T. (1893), Regenerados y degenerados. *El Siglo Médico*, 40, 403-6; 421-3.

³³ SANZ y GÓMEZ, T. (1894), Pronóstico de la locura persecutiva. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 34: 67-70.

una carga hereditaria importante. Sin embargo, se contradijo más tarde en este planteamiento.

Schuele³⁴, uno de los representantes más importantes del degeneracionismo en Alemania hizo una clasificación de las enfermedades mentales dividiéndolas en dos grupos: el primero compuesto por aquellos enfermos con cerebros degenerados o inválidos, que llamó las condiciones neuropáticas, y el otro compuesto por aquellos enfermos nacidos con cerebros sanos, que más tarde adquirirían «psiconeurosis», enfermedades de la mente, o «cerebropsicosis», enfermedades del cerebro. Este autor, uno de los más importantes introductores de la idea de endogeneidad de las psicosis fue traducido e influyó en varios españoles³⁵. Entre ellos tenemos a Sanz y Gómez, que tomó en cuenta sus teorías pero las cuestionó en cuanto al dudoso valor pronóstico de la carga hereditaria, ya que cerebros inválidos, aparentemente afectados de cualquier psicopatía, han curado. En cambio, cerebros bien constituidos se han hecho incurables en el primer ataque. Era obvio que había múltiples factores influyendo en el desarrollo y curación de la locura.

LA PSICOSIS COMO PROCESO CONTINUO. CONCEPTO DE ESTIGMA PSÍQUICO E INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD

La psiquiatría tradicional había considerado la enfermedad mental como un injerto, un acontecimiento desgraciado que irrumpía en un individuo previamente sano. La mentalidad fisiopatológica, basada en una concepción de la enfermedad como un proceso en que el equilibrio vital del organismo sufre una alteración escalonada condujo necesariamente a ver el curso de la enfermedad como un proceso continuo y mensurable³⁶.

El aspecto constitucional se manifestaba en el temperamento que, desde los griegos, definía los rasgos físicos y conductuales que manifestaba la persona por su constitución biológica en el momento previo al enfermar³⁷. Su importancia en la frenopatía española de la segunda mitad del siglo se certifica por la inclusión del temperamento del enfermo en la práctica totalidad de las descripciones clínicas. Ya Morel, en su Tratado de la Degeneración³⁸, definía el temperamento como « el resultado de los esfuerzos que hace la naturaleza para adaptar la constitución del indivi-

³⁴ Véase BEER, M. (1996), The endogenous psychoses: a conceptual history. *History of Psychiatry*. 7(1), 1-30.

³⁵ Su capítulo sobre las enfermedades mentales fue traducido con la Enciclopedia de Patología Médica y Terapéutica, de Ziemssen.

³⁶ LAÍN (1987), p. 479.

³⁷ BERRIOS (1995), p. 420.

³⁸ MOREL, B. (1857), *Traité des dégénérescences de l'especie humaine*. J. B. Bailliere. París.

duo a tal o cual elemento que predomina en el organismo». Así, cuando este esfuerzo natural sea aventajado o neutralizado por la influencia del proceso degenerativo se traducirá en ciertos caracteres capaces de comprometer el devenir de las generaciones. Magnan y Legrain³⁹ llegan desde aquí a definir el concepto de estigma psíquico, un desarrollo de la idea del temperamento que incidió lúcidamente en una observación clínica esencial: la existencia de trastornos emocionales y cognitivos previos en los sujetos que posteriormente van a ser víctimas de la psicosis. Varios autores tomaron esta idea. Como ejemplo, Dolsa y Ramón, en la exposición de un caso clínico diagnosticado como monomanía, define previamente los estigmas psíquicos o lesión moral del enfermo, que posteriormente desarrollará un delirio megalomaniaco: «Se cree otro narciso. Está completamente satisfecho de su persona. Habla fuerte y despacio. Usa palabras cuyo significado ignora, pero sientan bien a su oído, y dan a su palabra un carácter de orador elocuente y consumado. Su modo de vestir se aparta de lo que la moda ordena. Va con frecuencia a casa del peluquero. Al acabar, pasa largo rato ante el espejo acicalándose»⁴⁰.

No sólo se puede caracterizar el desarrollo de la enfermedad mental desde la aparición de los síntomas mentales más groseros, sino que puede caracterizarse desde los primeros momentos del desarrollo. Además, los síntomas son comprensibles de acuerdo a una patogenia establecida, basada en los nuevos conocimientos neurofisiológicos, tema que desarrollaremos más adelante. En su artículo sobre la hebefrenia dice Dolsa y Ramón que, aunque los individuos afectados no presentan estigmas físicos, sí hay rasgos de conducta previos al desarrollo completo de la enfermedad que ya son diagnósticos del trastorno⁴¹. El más específico es la precocidad. Así, les caracteriza la facilidad de comprensión y la agudeza extrema. Después destacan por su afición al estudio, y son alumnos brillantes. Acabada su resistencia, y fatigado el órgano psíquico por las grandes energías que derrocha, cae hacia los 18-20 años de edad. Entonces el individuo cae en el cultivo de las bellas artes y la poesía, «hábitos que le hacen erótico para, al final, caer en el más funesto de los vicios, la masturbación».

De este modo, distingue cinco etapas en el curso de la hebefrenia: precocidad emocional; hiperestesia psíquica; parestesia sexual constante; delirio, normalmente de carácter hipocondríaco; y demencia.

Así, no se puede establecer fácilmente los límites entre la enfermedad y la normalidad. Mateo Bonafonte escribe: «no se puede concebir un modelo exacto de salud para diferenciarlo del patológico; en ambos casos se trata de insensibles gradaciones

³⁹ MAGNAN; LEGRAIN (1895).

⁴⁰ DOLSA y RAMÓN, L. (1880), Monomanía. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 6, 467-70.

⁴¹ DOLSA y RAMÓN, L. (1899), Contribución al estudio de la hebefrenia. *Rev. Cien. Med. Barcelona*, 15, 11. 401-403.

de tonos donde los contiguos se confunden imperceptiblemente»⁴²; «muchos autores, persuadidos de que la enfermedad es una exageración de las funciones normales aplican este criterio a la razón y la locura»⁴³.

Ligado a esto, otro tema de importancia es el intervalo libre de enfermedad. Como señalan algunos autores⁴⁴, en el s XVIII los conceptos de remisión, mejoría y cura no existían. Se creó el concepto de «intervalo lúcido», a pesar de la creencia de que se mantenía un estado subyacente y continuo de locura. Esta situación se mantuvo durante el siglo siguiente, hasta que en su segunda mitad apareció una discusión sobre el tema.

Al respecto, varios autores no degeneracionistas plantearon la existencia de variaciones cuantitativas en la manifestación de la locura, recurriendo a diversos modelos fisiopatológicos. Así, Ribas Pujol⁴⁵ comenta en un artículo que no existe enfermedad mental sin período de remisión, del mismo modo que no existe función fisiológica perfectamente continua. Esto es especialmente importante en las enfermedades mentales, ya que en ellas una prolongada continuidad de estados patológicos produciría por necesidad la muerte. Aunque las remisiones son frecuentes, son muy raras como curaciones temporales, de completa remisión de síntomas, y esto lo compara con el modelo clínico del paludismo, en que la infección permanece aunque las manifestaciones clínicas varíen periódicamente de intensidad.

López Argueta relata en un informe pericial el caso de un loco que, tras cometer un crimen dio después parte al alcalde y respondió adecuadamente de su falta. Para el médico, esto no niega el estado de locura del enfermo: «La ciencia encuentra fácilmente explicable, que el contraste de impresiones morales diversas y demasiado fuertes, y que una deplección sanguínea enérgica, causada por la solución de continuidad de diferentes vasos en regiones distintas, puedan producir, aquellas por su efecto moral, y estas por su defecto físico, una disminución considerable y aún una terminación rápida de la enfermedad mental que precediera»⁴⁶.

Así, establece una explicación fisiopatológica basada en el modelo neurovascular, especialmente popular en esta época.

Este caso es ilustrativo de un aspecto de gran repercusión social del tema: la responsabilidad penal del loco. Los alienistas de la época debían establecer criterios científicos para juzgar el estado de razón del enfermo. Esto supondría que muchos supuestos criminales se tratarían, en realidad, de enfermos mentales que deberían

⁴² BONAFONTE (1900), p. 20.

⁴³ Ibid, p. 24.

⁴⁴ BERRIOS, G; FERNÁNDEZ, J. (1996), Problemas conceptuales en la investigación de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 59, 451-468.

⁴⁵ RIBAS PUJOL, P. (1882), Locura intermitente regular. *La Independencia Médica*. 21, 25-28.

⁴⁶ LÓPEZ ARGUETA, C. (1869), Melancolía homicida. *Gaceta Médica de Granada*, 1, 28-32; 54-9.

someterse a los supuestos beneficios terapéuticos del ingreso en el manicomio⁴⁷. En este sentido, en un artículo de Gustavo López⁴⁸ hablando sobre los intervalos de lucidez del loco, llama la atención sobre el frecuente error a la hora de imputar la responsabilidad de un crimen a un enfermo mental, ya que niega la existencia en ellos de periodos de salud, como hacen otros autores. Pone el ejemplo del monomaniaco, del que no se puede decir fácilmente que se encuentra curado. Piensa el autor que sólo el médico que lo observa y se ha familiarizado con el enfermo puede juzgar si el paciente se encuentra bien.

Las ideas degeneracionistas partían, como hemos visto, de la base de que no podía existir en el loco degenerado un intervalo de salud mental, ya que su cerebro estaba condicionado por una alteración biológica heredada. Un ejemplo claro de esta visión lo presenta Maudsley en su obra: *El crimen y la locura*, afirma: «las personas en las que la alteración del espíritu ha sido real y que han estado afectadas de insensatez, bajo una de sus formas reconocibles, permanecen comunmente, después de que se les cree curadas, excéntricas para el resto de sus días». «Notemos aun el efecto moral producido sobre la naturaleza de un individuo por un violento ataque de locura. El enfermo recobra completamente la razón; sus facultades intelectuales no han perdido nada de su sagacidad pero su carácter es distinto; moralmente no es el mismo hombre; el choque ha destruido la parte más preciosa de su organización mental. Su vida será tan diferente de su existencia pasada como, en sentido opuesto, la existencia de Saulo de Tarso lo fue de la del Apóstol Pablo»⁴⁹.

Galcerán Granés en este sentido, cuando aún no acepta las nuevas ideas, señala cómo Morel y Magnan reaccionan contra la parcialidad de los trastornos mentales y la posibilidad de que exista una restitución temporal de la razón, cuando él opina que es incontestable que algunas locuras revisten una marcha intermitente, con completa desaparición de la enfermedad durante los intervalos y otra remitente fugaz o pasajera⁵⁰. El interés de Galcerán Granés por la cuestión penal aparece de nuevo en una ponencia celebrada en el Congreso Médico de Barcelona en el año 1888, en la que Giné y Partagás⁵¹ leyó una ponencia sobre los conflictos entre la frenopatía y el código penal. Galcerán Granés interviene para especificar los casos que permiten la duda. Los clásicos serían aquellos en los que el alienado conserva las facultades inte-

⁴⁷ Ver los capítulos: «Alienistas en lucha» y «el Cura Galeote» del libro de GONZALEZ DURO, E. (1996), *Historia de la locura en España*. Tomo III. Temas de Hoy, Madrid..

⁴⁸ LÓPEZ, G. (1890), De los intervalos de la razón en la enajenación mental. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, 27, 262.

⁴⁹ MAUDSLEY, H. (1880), *El crimen y la locura*, Imp. de Manuel Minuesa. Madrid, p. 74.

⁵⁰ GALCERÁN GRANÉS, A. (1884), Responsabilidad parcial de los enajenados. *Gac. Med. Catalana*. 689-699.

⁵¹ GINÉ y PARTAGÁS, J. (1889), Conflictos entre la frenopatía y el código. *Rev. Med. Cir. Pract*, pp. 250-263.

lectuales; los alcohólicos o morfinómanos, en que existe una voluntariedad en la enfermedad, y aquellos trastornos de curso periódico. Una condición a tener en cuenta serían «los individuos cuyo psiquismo colinda a un mismo tiempo con la razón y la locura, y estos son los degenerados», en los que no se puede encontrar un estado ausente de patología.

De hecho, estas opiniones sobre el intervalo de enfermedad sugieren una concepción dimensional de la locura, en que no hablamos de la existencia o no de esta, sino del grado en que el enfermo la padece. Entre los propios autores degeneracionistas, hubo diversidad de opiniones respecto a este punto. Así, Sanz y Gómez⁵² comparte el punto de vista de la mayoría de los autores degeneracionistas y opina sobre la dificultad de imputar el estado de locura a un loco si está en período de remisión. Destaca que el enfermo mental, en los intervalos de razón, todavía presenta déficits mentales, aunque no sean los obvios del delirio, que deben ser razón de eximente total o parcial. Martínez Valverde⁵³, curiosamente, en su Tratado distingue las remisiones, en que se produce una atenuación más o menos completa de los síntomas, de las intermitencias y los intervalos lúcidos, en que hay una vuelta completa al estado de razón.

LOS NUEVOS CONOCIMIENTOS NEUROBIOLÓGICOS Y SU IMPORTANCIA EN PSIQUIATRÍA

En la segunda parte del siglo XIX hubo un importante desarrollo de los conocimientos neurológicos, la neurología y la psiquiatría tuvieron líneas de convergencia⁵⁴. Así, para Wilhelm Griesinger y sus seguidores no había diferencia entre las dos disciplinas, con lo que crearon una orientación neuropsiquiátrica: «la locura es una enfermedad del cerebro». Se hicieron nuevos descubrimientos sobre la estructura y funcionamiento del sistema nervioso central. Así, Flechsig aisló las regiones de la corteza cerebral de acuerdo con la etapa de la mielogénesis a la que pertenecieran; distinguió los campos sensoriales del cerebro y puso los cimientos de la oposición entre zonas de proyección y zonas de asociación, que durante tiempo fue la concepción más extendida sobre el funcionamiento de la corteza cerebral; Meynert señaló que las áreas cerebrales asociadas con la función motora se localizan fundamentalmente en el área frontal. Otro de los conceptos fundamentales de la nueva neurología

⁵² SANZ GÓMEZ, T. (1894), La locura ante los tribunales de justicia. *Rev. Med. Cir. Pract*, 34, 266-70.

⁵³ MARTINEZ VALVERDE (1900), p. 264-265.

⁵⁴ Ver: HIRSCHMÜLLER, A. (1999), The development of Psychiatry and neurology in the 19th century. *History of Psychiatry*, 10, 395-423.

fue el reflejo. Por analogía con el reflejo medular⁵⁵, Griesinger ya describió el arco reflejo psíquico. Más tarde, basado en el ejemplo de la afasia sensorial, Wernicke describió el proceso reflejo psíquico. De acuerdo con su teoría, las sensaciones llegan al cerebro a través del sistema de proyección. Son analizadas por lo que llamaba el centro de las ideas, y ejecutadas por el sistema motor.

En la nueva concepción del funcionamiento del cerebro no podemos olvidar la influencia de las ideas evolucionistas. Si Morel estaba influido por las teorías de Lamarck, Magnan se fundamenta en Darwin. Nociones como la lucha por la supervivencia e instinto de conservación⁵⁶ se incorporan a las teorías sobre el funcionamiento de la mente. Un autor paradigmático fue J. H. Jackson, que basó su teoría sobre la jerarquía cerebral en las teorías evolucionistas tomadas de los postulados de Herbert Spencer⁵⁷. Si en un principio fue Ribot quien hizo llegar a España los postulados de Jackson⁵⁸, después fueron los autores degeneracionistas quienes incorporaron su visión de la organización cerebral. Su concepto fundamental, la disolución, lo planteaba como un proceso inverso al de la evolución. Consiste en un desmonte de piezas a partir de lo más organizado, lo más complejo y lo más voluntario hacia lo más desorganizado, más simple y más automático.

Dolsa y Ramón, en el año en que Kraepelin publica la sexta edición de su tratado, donde establece la división entre demencia precoz y psicosis maniaco depresiva, publica un artículo donde habla de la demencia precoz⁵⁹, recurriendo a las ideas degeneracionistas que Kraepelin abandona. Aquí utiliza los nuevos conocimientos antes referidos. Según el autor, los síntomas del trastorno proceden de la destrucción del cerebro superior por el proceso degenerativo. El cerebro está constituido por dos áreas distintas: la de proyección o sensorial, la parte más primitiva; y la de asociación, ligada con la otra y a la que inhibe, moderando su reflejismo. Si falla, el cerebro sensorial determina actos que, por su automatismo, son la mayor parte de las veces inconscientes.

⁵⁵ Ver: HORST, M; BECKMANN, H; KEIL; G. (1995), «Wernicke». En BERRIOS, G; PORTER, R (eds.), *A history of clinical psychiatry*. Athlone Press, London.

⁵⁶ «Para mi imaginación, es muchísimo más satisfactorio considerar instintos concretos de los animales no como instintos especialmente creados o fundados, sino como pequeñas consecuencias de una ley general que lleva al progreso de todos los seres orgánicos, o sea que multiplica, transforma y deja vivir a los más fuertes y deja morir a los más débiles». DARWIN, Ch. [1859] (1992), *El origen de las especies*. Planeta. Barcelona.

⁵⁷ Fueron los trabajos de Jackson los que ofrecieron a Ribot el modelo inmediato del método que utilizó en la mayor parte de su obra. El método consiste en aprovechar las observaciones médicas para aclarar los procesos psicológicos, sobre el supuesto de lo que Ribot llamaba «ley de regresión», que no es otra cosa que la disolución de Jackson. LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1973), *J.H. Jackson. (1835-1911)*, Madrid, Moneda. 128-129.

⁵⁸ La mayor parte de las obras de Ribot se tradujeron al español. Ver: REY (1981).

⁵⁹ DOLSA y RAMÓN, L. (1899), Demencia precoz. *Rev Cien Med Barcelona*, 24

Los estados de tensión psíquica producen una fatiga, que en los organismos degenerados inferiores pueden llegar al colapso psicoorgánico.

Mediante el instinto de conservación hay degenerados que, en estado consciente o subconsciente de su impotencia psíquica cortical, no solicitan a su cerebro un esfuerzo excesivo. Son los enfermos que habitualmente están bien, o cerebros defendidos. Un grado mayor de deterioro sufren los enfermos en que el instinto de conservación desaparece y permite libremente la ejecución de todas sus actividades, entregándose inconscientemente a los efectos de la disolución mental.

Al contrario que Magnan, para quien la demencia precoz se origina de forma accidental en cerebros predispuestos como consecuencia de factores externos, para Dolsa la perversión sexual, causa más frecuente de desgaste mental, es un fenómeno propio de la psicopatía. Tanto la masturbación como el abuso de la actividad intelectual en la adolescencia serán estigmas de conducta que llevan a la disgregación de la personalidad⁶⁰.

⁶⁰ En el siglo XIX se consideraban dos de las razones más frecuentes de locura. Magnan señala en varias ocasiones a lo largo de su obra la importancia del onanismo como causa de enfermedad mental. Así, en : MAGNAN; LEGRAIN (1895), p. 125.