

LOS PACIENTES «LIMINARES» Y ALGUNOS ASPECTOS DE LA PROBLEMATICA EPISTEMOLOGICA DE LA PSIQUIATRIA

Por Jorge L. Tizón García

Neuropsiquiatra. Psicólogo Clínico. Ex-Médico Residente del Sanatorio Psiquiátrico «Nuestra Señora de Montserrat», de Sant Boi de Llobregat, Barcelona (*)

Introducción

Es un hecho de todos conocido que la patología evoluciona. La patología en general y, por tanto, la psicopatología o patología mental. Hoy no sólo vemos de forma diferente determinados cuadros psiquiátricos o psicosociales (11,15), sino que también podemos observar diferente incidencia de los mismos, diferente patología... o incluso diferentes síndromes. Es de todos sabido, por poner sólo un ejemplo cercano a nosotros, cómo cuadros psiquiátricos abundantemente observados entre los combatientes de la Primera Guerra Mundial —como las historias de conversión— fueron raros entre los combatientes de la Segunda Guerra Mundial, en la que abundaron, sin embargo, los trastornos encéfalo-visceroales o psicósomáticos (7). O cómo, de entre éstos, en la Primera predominaron los trastornos cardiovasculares y en la Segunda, los digestivos (37,38).

En el mismo sentido, hoy vemos en nuestras consultas cómo los pacientes "típicos", los cuadros "clásicos", propios

de las clasificaciones en uso, van desapareciendo en favor de otra categoría de pacientes mucho más imprecisa, protiforme, abigarrada. Este tipo de pacientes, en los que se entremezclan características patológicas que muchas veces se creen privativas de las psicosis con otras propias de las neurosis o de las "psicopatías", "sociopatías" o "neurosis de carácter", ha recibido las más variadas denominaciones. Términos tales como neurosis "límite" o "liminares", "cuadros liminares", "neurosis border-line", etcétera están a mi entender en íntima relación con otros que demuestran una postura previa o una intención explicativa o genética: "síndromes de disformación de las estructuras mentales básicas", "síndromes de disgenesia del yo personal", determinadas acepciones del término "prepsicosis" (9), las "distrofias mentales" de otros autores, los cuadros "psicóticos" de SCHELLING, los "síndromes de identidad difusa" (ERICKSON), etcétera. BERGERET, (citado por ROF, 38) ha llegado a enumerar hasta 40 términos con que diversos autores describen cuadros que presentan una similitud fundamental.

(*) Director, Dr. Juncosa Orga.

En mi caso el problema se planteó con máxima agudeza en los tiempos de práctica profesional en la Unidad de Agudos, Sectorial, del Sanatorio Psiquiátrico "Nuestra Señora de Montserrat" de Sant Boi de Llobregat, aunque posteriormente haya seguido encontrando frecuentemente este tipo de pacientes tanto en las consultas de diversas Instituciones como en la consulta privada. En aquel tiempo el funcionamiento del Sanatorio como Centro Psiquiátrico Sectorial, estaba dando sus primeros pasos, por lo que no dejó de sorprendernos la entrada, en el intervalo de tres días, de seis primeros ingresos que presentaban numerosas características que luego vamos a ver que corresponden a esos cuadros "liminares". Nuestro interés aumentó al historiar o conocer a cinco de ellos y enterarnos de que la empresa en que trabajaban era la misma: una empresa de miles de trabajadores que en aquellos días estaba en plena efervescencia debido a un agudo conflicto laboral. El interés por el asunto no era en absoluto injustificado, como quedó claro cuando supimos por la prensa que tal conflicto había revestido inusitada violencia: encierro de los trabajadores defendido activamente, cargas a caballo de la policía en el interior de la factoría con disparos, heridos y muertos, etcétera. Por tanto, además de una sintomatología similar, todas aquellas personas debían presentar unas semejanzas estructurales de personalidad para haberse descompensado de forma semejante ante una situación de estas características.

Introducción al cuadro

Nuestros pacientes presentaban todos un cuadro de agitación o confusión más o menos intensa difícil de catalogar; una historia abigarrada dos de ellos, con sendos diagnósticos de esquizofrenia y, los otros tres, una historia de "esquizoidia" bastante clara, no diagnosticada ni tratada; pero todos ellos exhibían evidentes

rasgos neuróticos. La edad de cada uno superaba los treinta años y una observación psiquiátrica "clásica" podía catalogarlos "a posteriori" claramente como enfermos mentales crónicos: es decir, que sus problemas mentales, no necesariamente los mismos que en el momento de su ingreso, siempre habían sido lo suficientemente graves como para entrar dentro del campo de la patología. Todos ellos, además de su mezcla individual de síntomas neuróticos, psicóticos, caracteriales y comportamentales, tenían un temor más o menos manifiesto a la pérdida del control de la personalidad (aumentado en situaciones inhabituales y violentas como la que motivó su ingreso); una enorme restricción del campo de sus intereses, entre los que lo laboral ocupaba un lugar preeminente (en la mayoría, por su valoración a ultranza); grandes dificultades para las relaciones afectivas; huida ante todo lo que pudiera parecer original o "divergente" y, por lo tanto, comportamientos sumamente estereotipados; crisis de despersonalización más o menos periódicas; un cierto humor depresivo básico, etc. Todo ello dió pie a que comenzara a interesarme especialmente por este tipo de síndromes psiquiátricos y las personalidades limítrofes con ellos. Por eso, en definitiva, aquellos pacientes fueron el primer antecedente de la presente comunicación.

Ahora bien: no es a este tipo de pacientes a los que se refieren todos los autores cuando hablan de los "cuadros liminares". Una gran parte de los enfermos a los que incorrectamente llamamos psicósomáticos o encéfalo-visceral — incorrectamente porque toda enfermedad es psicósomática o encéfalo-visceral — y sobre todo aquéllos con un humor básico depresivo, muestran en la exploración psicológica características semejantes a las descritas. De ahí que el interés por los pacientes liminares sea compartido por psiquiatras e internistas. H. MILLER ha llamado la atención de los internistas so-

bre la frecuencia con que tales pacientes motivan múltiples ingresos y pesquisas en las instituciones hospitalarias.

Por todo ello se comprende que este tipo de pacientes haya dado lugar a frecuentes discusiones entre psiquiatras, psicosomatólogos y psicoterapeutas. El problema para la psiquiatría, es al menos doble ya de entrada: 1) ¿Existen o no como grupo nosográfico diferente?, ¿cómo clasificarlos? y 2) ¿cómo orientar la relación con ellos y su tratamiento? Además, tal problema se inserta también en una problemática sociológica y psicociológica: ¿por qué tal grupo —si existe— se ve más ahora, en nuestros días? ¿O es que es ahora más abundante? ¿Hasta qué punto este tipo de personalidades y pacientes no son productos y a la vez piezas fundamentales de las actuales relaciones de producción de nuestras formaciones económico - sociales? Por tanto ¿cuál es la relación de su estructura personal con las situaciones sociales? Es a este tipo de problemática a la que queremos ir a parar tras una breve revisión o reseña del problema desde el punto de vista de la psiquiatría clínica.

Posiblemente el aumento creciente del número de tales pacientes que acuden a nuestras consultas se debe al menos a tres factores fundamentales (hoy por hoy meras hipótesis necesitadas de comprobación):

1) Estamos aprendiendo a diagnosticarlas mejor.

2) Posiblemente las repercusiones superestructurales de las actuales relaciones de producción hacen que se generen en mayor cantidad.

y 3) Vienen con más frecuencia a nuestras consultas ¿Qué duda cabe que antes muchas de estas personas vivían cualquiera de los aislamientos "socialmente tolerados": monjes, aventureros de todo tipo, moralistas rígidos... o se refugiaban en el alcohol y/o los bajos fon-

dos! Hoy la situación social ha cambiado (hay menos "escapatorias" socialmente permitidas) y esas personas van cada vez más al médico, sobre todo porque el frágil y difícil equilibrio de su estructura personal, al carecer de "válvulas de escape", puede desmoronarse con cierta facilidad ante los embates del mundo externo o del mundo interno.

A nivel teórico, este desplazamiento nos plantea numerosos problemas históricos y epistemológicos aún no resueltos: relaciones actuales e históricas de la psiquiatría y de la sociología (puestas hoy en candilero por la crítica histórica y antipsiquiátrica a la psiquiatría); estatuto epistemológico de la psiquiatría (¿tecnología?, ¿ciencia aplicada?, ¿disciplina científica?) y la psicopatología (¿cuáles son los objetos de conocimiento y campos específicos de ambas?); determinación de las problemáticas verdaderamente científicas de la psicología y la psiquiatría actuales, etc.

Pero hay algo que está claro: estos enfermos, bajo un término u otro, sin un concepto diagnóstico preciso, han sido conocidos "de siempre" por los médicos generales, internistas, neurólogos y psiquiatras desde al menos la época de las primeras revoluciones burguesas hasta nuestros días. Además, GRINKER, WERBLE y DRYE (16), mediante estudios estadísticos y factoriales, han demostrado de forma definitiva su vigencia clínica y han profundizado y delimitado su estructura psicopatológica.

Según estos autores fue GLOVER en 1932 el que inició en nuestra época el interés por las "neurosis border-line" considerando incorrecta esta denominación: él prefería denominarlas "psicosis potenciales". STERN, en 1938, hace radicar la etiopatogenia en un insuficiente afecto materno en la infancia. Para él, es la inseguridad personal propia de estos pacientes la que determina su angustia. Más tarde, WOLBERG y KNIGHT, en la década de los 50, intentan delimitar más

el cuadro. SCHMIEDEBERG (citado por ROF, 38) define como características del mismo la mezcla, dentro de una cierta estabilidad, de elementos psiconeuróticos y psicóticos: la neurosis sirve de escudo o defensa para no caer en la psicosis, por lo que será erróneo clasificar estos cuadros como "pre-psicóticos" Entre nosotros, el libro de MARCO MERENCIANO "Psicosis mitis" (1941) puede considerarse la primera aproximación a esta problemática.

Cuadro clínico y diagnóstico

GARRONE y THEVENOZ (12) han hecho recientemente una certera revisión clínica del síndrome. Para ellos, los "estados límite", "cuadros liminares" o "border-lines", son un *síndrome médico psiquiátrico definido por la coexistencia de síntomas neuróticos, psicóticos, caracteriales y de comportamiento; por la frecuente presencia de trastornos encéfalo-visceroales o psicosomáticos y de desviaciones sexuales y por particulares formas de estructuración de la personalidad y de vivir las conductas de relación.*

Intentando esquematizar diversos estudios clínicos sobre este tipo de pacientes podríamos señalar las siguientes características:

1. *Presentación*

Dominada por la heterogeneidad de la patología que hace dudar de todas las clasificaciones psiquiátricas actuales y los presupuestos epistemológicos que las fundamentan (42). Destaca, sin embargo, la gravedad de los síntomas y actuaciones ("acting-out") neuróticas, y la tendencia a la aparición de fenómenos psicóticos abruptos, breves y reversibles. La reversibilidad de los fenómenos psicóticos, muy clara en los pacientes en base a los cuales iniciamos este trabajo, es un dato que desde el punto de vista diacrónico nos habla de la no evolutividad, de la "estabilidad en la inestabilidad" (12) de estos cuadros. En la entre-

vista clínica estos pacientes orientan el diagnóstico más que por lo que dicen, por los síntomas que escogen para describir y cómo los describen, demostrando claramente una particular dificultad relacional.

2. *Síntomas*

Ya se ha tratado repetidas veces de ellos en este trabajo. Recordemos por tanto la imbricación de síntomas neuróticos, psicóticos, caracteriales y de comportamiento, la frecuencia de los trastornos: encéfalo-visceroales y de las desviaciones sexuales, la incapacidad de establecer relaciones afectivas, las crisis de angustia paroxística, de despersonalización o de depresión aguda, etc. En estos pacientes, la reactividad a los stress de la vida cotidiana es excesiva y permanente, lo que contrasta con la incapacidad profunda de sentir y la superficialidad de la adaptación, que no llega a poder ocultar los trastornos de las conductas relacionales y de la motivación.

3. *Estructura de la personalidad*

Estos pacientes destacan por su susceptibilidad e irritabilidad y por sus accesos de impulsividad, que traducen una hiperestesia para todo lo percibido, como agresivo con baja tolerancia a la frustración.

Existe un contraste y una interacción dialéctica entre estas características y su hipostesia al placer, a las emociones y a los sentimientos.

Su angustia es fundamentalmente una angustia de separación y soledad que a veces da paso a crisis depresivas y alterna con episodios agresivos, actuaciones y/o conductas toxicofílicas.

4. *Modo relacional y adaptación*

Destaca una gran inestabilidad en sus conductas de relación (particularmente en cuanto a las relaciones afectivas) basada fundamentalmente en los trastornos motivacionales que, entre otras con-

secuencias, les lleva a una sucesiva y alternante valoración y desvalorización de los demás. La adaptación, como antes dijimos, es muy superficial, y en una sóla vertiente: el conformismo neurótico, que se torna fácilmente en desadaptación, conductas de hostilidad, actuaciones, etcétera ante la más mínima sospecha de ser atacado, frecuente dada su exagerada susceptibilidad.

En conjunto, el modo relacional y la adaptación vienen marcados tanto por los trastornos de la propia identidad como por las alteraciones en la percepción de la realidad y del "otro" (sentimientos de doble realidad de M. GRES-SOT), configurándose lo que ERICKSON (citado por Garrone, 12) llamaba *síndrome de identidad difusa*. El conjunto asimismo nos recuerda el concepto de *inseguridad ontológica* de LAING (22), al que me he referido en un trabajo anterior (44) y a los tipos y relaciones propios de la llamada "literatura del absurdo": GENET, BECKETT, ALBEE, IONESCO, ARRABAL...

5. Organización del Yo

Es este el apartado más deficientemente estudiado. Y no sólo porque faltan estudios rigurosos, estadísticos y/o experimentales, lo que convierte muchas de las características de las que hasta ahora hemos hablado y gran parte de las que hablaremos a continuación en meras hipótesis y teorías (primeros momentos de la aplicación del método científico), sino porque en este caso incluso los conceptos de base usados están muy necesitados de un enfoque científico riguroso, con estudios experimentales y estadísticos y observaciones contrastables que puedan dar lugar a teorías falsables (32,33) y con capacidad de predicción.

Así, en cuanto a las *funciones autónomas del Yo* debemos resaltar el hecho de que sean muchas veces potencialmente buenas en estos pacientes (al menos en el grupo sociológico de los mismos más

profundamente estudiado: el de los de extracción burguesa y de capas medias*). Estos individuos suelen poseer buenas capacidades intelectuales pero su operatividad está sumamente dificultada por su percepción de la realidad y por sus fantasmas inconscientes.

De las *funciones mediadoras* ya hemos hablado, destacando la adaptabilidad de estos pacientes, superficial y puramente conformista (aceptación acrítica de valores y situaciones dominantes) más que realizada por integración e interiorización de dichos valores (u otros).

Y en cuanto a las *funciones defensivas*, resaltaremos su gran desarrollo conflictivo y su polarización contra la disolución psicótica y contra la realidad, llegando a una forma vivencial característica estudiada por BERGERET (12): "desdoblamiento de las imágenes" más que "desdoblamiento del yo". Según la mayoría de los estudios, los mecanismos de defensa más usados por este tipo de personas son la idealización, la negación, la identificación proyectiva y la regresión.

Desde el punto de vista clínico y sincrónico los "cuadros liminares" no constituyen un grupo uniforme. Antes hablabamos de la tendencia a ordenarse en dos grupos fundamentales, según predo-

(*) El hecho de que hayan sido sobre todo autores de orientación psicoanalítica o "dinámica" los que se hayan ocupado de este tipo de pacientes hace que gran parte de los estudios se centren, sin plena conciencia de ello, en las clases sociales altas, lo que, ciertamente, desenfoca algo el problema. Además, este hecho nos recuerda de nuevo la necesidad de trabajar en Psiquiatría y Psicología teniendo en cuenta los datos sociológicos, labor muy facilitada por una visión de tipo "circular" de la clasificación y relaciones entre las ciencias como la de PIAGET y la Escuela de Ginebra (29,31). Sin embargo, no hay que dudar que esta forma de enfocar nuestro trabajo está erizada de dificultades, de las que debemos ser lo más conscientes posibles, ya que son propias de las formaciones económico-sociales en las que nos ha tocado vivir. ¡Es muy difícil profundizar en nada a un mínimo de 5-10 pacientes/hora!

minasen los síntomas neuróticos y encéfalo-visceral o los síntomas psicóticos. Otros autores ordenan dichos pacientes según un *continuum* que va desde las *formas benignas*, que se parecen al grupo de las neurosis de carácter de los psicoanalistas, con marcadas defensas narcisistas y con una apariencia más o menos normal, hasta *los cuadros más graves*, al otro lado del espectro. Cuadros éstos ya próximos a las psicosis, con adaptación social deficitaria y en los que al marcado sentimiento de vacío se unen ideas paranoídes. (Estos pacientes están vinculados con los "border-line" o "liminares" únicamente por su evidente resistencia a entrar en desarrollos abiertamente psicóticos). La *parte central del espectro* estaría formado por pacientes menos compensados que los de las formas benignas, con diversos tipos de "actuaciones" (alcohol, promiscuidad sexual u otros tipos de excitantes), pero que, a pesar de todo, logran una cierta adaptación social, muchas veces a través de "subgrupos sociales" y "microsociedades paralelas".

Ante esta exposición, el peligro resulta evidente: convertir este síndrome o grupo de síndromes en un nuevo "cajón de sastre", de forma similar a lo que en psicopatología y en técnica psiquiátrica se hizo y se hace aún con el concepto de esquizofrenia, como expusimos en mi trabajo anterior (43).

Por eso son totalmente necesarios estudios objetivos, estadísticos y contrastables de este problema, similares al realizado por GRINKER, WERBLE y DRYE (16) usando técnicas estadísticas y de análisis factorial partiendo de conceptos propios de la llamada "teoría del Yo".

(*) Naturalmente, cuando hablo de adaptación social no me estoy refiriendo a "conformismo". Una forma de adaptación social, sumamente valiosa desde el punto de vista de la evolución de las sociedades, es la de los reformadores, revolucionarios y radicales, por mucho que una ideología pseudocientífica intente asimilarlos a pseudoconceptos como "psicópatas", "desarraigados" o "asociales".

Así he podido seleccionar series de rasgos característicos del síndrome y agrupaciones factoriales que enumeraremos rápidamente.

Como rasgos básicos encontraron muchos similares a los hallados por diversos autores y que coinciden con los que observamos en los pacientes que han sido el motivo inicial de esta comunicación.

1) Afecto fundamental manifestado: cólera.

2) Deficiencia en las relaciones afectivas.

3) No se encuentran datos que permitan asegurar la existencia en ellos de un sentimiento de identidad definido. El rasgo consecuente es la angustia ante la proximidad del "otro".

4) Todos presentan grados diversos de depresión cargada de remordimientos, autoacusaciones, culpabilidad. La depresión de estos individuos es la del que se siente solitario pero es incapaz de comprometerse en las relaciones afectivas.

El análisis factorial permite distinguir cuatro grupos de pacientes dentro de estas "neurosis liminares":

Grupo I. El grupo más próximo a las psicosis: sujetos incapaces de anudar relaciones afectivas firmes, controlar su agresividad y desarrollar un sentimiento de identidad coherente. Evitan la depresión mediante las toxicofiliias, las hospitalizaciones repetidas o la promiscuidad sexual. Es uno de los grupos nosográficos de la psiquiatría a los que mejor cuadraría la descripción de GOOFMAN de la "carrera moral del enfermo mental".

Grupo II. Son los enfermos que oscilan continuamente entre su temor y huida de los demás y la unión y "fusión con ellos". Su rasgo más característico es por lo tanto, diacrónico: un continuo movimiento de aproximación y huida magníficamente descrito, por ejemplo, en la obra de BECKETT "Esperando a Godot".

Grupo III. Estos individuos son retraídos, pero sin manifestar afectos negativos o conducta de rechazo. Se adaptan a los demás hasta el extremo de "actuar como si fueran ellos".

Grupo IV. Suelen estar diagnosticados de *depresión crónica*, pero en ellos no hay culpabilidad por sus fracasos, sino sólo resignación y sensación de soledad y de derrota. Su adaptación social es directa y "necesitan" un "conformismo impuesto" y/o un ambiente protector. Su riesgo fundamental es la apatía generalizada, aún para el alcohol o la homosexualidad si se dedican a ellos. Se adhieren tenazmente a las otras personas, pero sin afectos profundos, buscando sólo apoyo y satisfacción. Varios de nuestros pacientes (obreros especializados) del grupo ya mencionado encajan perfectamente dentro de este apartado. Tan perfectamente que hemos elaborado una serie de hipótesis muy difíciles de poner a prueba (y no por razones científicas, sino sociales) teniendo en cuenta que todos ellos habían pasado una amplia y profunda (?) exploración psicológica y biográfica antes de ser admitidos en su empresa (de tipo oligopolístico y con fuerte participación estatal). La hipótesis es sencilla: *en determinados medios sociales (el laboral, entre las clases trabajadoras en este caso) este tipo de personalidad es seleccionado intencionalmente a causa de su escasa capacidad reivindicativa y conflictividad potencial.* No puede atribuirse meramente a errores o incapacidades el que este tipo de anomalías personales no hayan sido observadas en varias entrevistas de personal, biográficas y clínicas y en una amplia exploración psicológica profesional, como las que se realizan en esa empresa (y, en general, según mi experiencia posterior con este tipo de pacientes, en cualquier gran empresa de tecnología avanzada). Y tal hipótesis (ya con una cierta contrastación, como hemos visto) se complementa con otra de mucho más gra-

ves consecuencias si consideramos una serie de datos de origen sociológico: es posible que las actuales relaciones de producción en nuestras formaciones económico-sociales se dediquen a reproducir y multiplicar tales alteraciones. Los datos sociológicos "mediadores" son muy simples y múltiples veces comprobados: unas determinadas relaciones de producción tienden siempre a reproducirse y a crear las bases de su permanencia, lo cual repercute tanto a nivel económico, de base, como a nivel superestructural. De donde está deducido y comprobado (31) que determinadas relaciones de producción tienden a desarrollar a ese último nivel, superestructural, determinadas ideologías y estructuras de personalidad, más que otras. Ni que decir tiene por ejemplo que, cara a determinada visión de la productividad y el orden, este tipo de individuos van mucho mejor con los intereses de las empresas de nuestras formaciones económico-sociales. Y esto tiene consecuencias mucho más amplias, a las que ya me he referido (45) al hablar de la famosa ideología de las "condiciones de la vida moderna, causa del aumento de los trastornos psiquiátricos". Lo que aquí está en cuestión no es tanto el hecho del aumento de determinado tipo de trastorno psiquiátrico como determinados conceptos de "modernidad" e incluso de "las condiciones de vida" en el sentido psicosocial. Demasiadas veces cuando hablamos, por ejemplo, de la "vida moderna" olvidamos que nos estamos refiriendo a una forma de esa "vida moderna": la propia de nuestras formaciones económico-sociales e incluso de determinados sectores dentro de ellas, y que eso no excluye o no debería excluir en absoluto otras muchas formas de "vida moderna" potenciales o "de facto".

Vale esta digresión tanto para introducción al apartado de la etiopatogenia como para la crítica de determinadas concepciones o puntos de vista de los

"cuadros liminares" aún no diagnosticados (es decir, aún considerados como "normales"). En efecto: se habla de tres estilos de vida (17,38) que definen aproximadamente esta situación: el del *moralista riguroso*, el del *intelectual esquizoide* (que "centra su vida de manera casi obsesiva en el pensamiento, en la exaltación de la razón"; por ejemplo, en una continua defensa en todas sus relaciones de la "objetividad científica") y el del *hombre organizador*. Pero esta perspectiva no encaja demasiado con la visión de numerosos psiquiatras de instituciones de la Seguridad Social, Diputaciones o Beneficiencia. Como antes señalábamos, no podemos nunca olvidar en nuestras descripciones clínicas los datos sociológicos y los de psicología genética y evolutiva, y éstos nos dicen que hay numerosos individuos (la mayoría de la población) que por el ambiente social en el que nacen y se desarrollan, nunca llegarán a ser propiamente "organizadores", porque casi todo se les ha dado ya hecho; ni "moralistas rigurosos", porque resultaría un lujo para sus condiciones materiales de existencia; ni "intelectuales esquizoides", simplemente porque nunca podrán llegar a ese lejanísimo —para ellos— status de "intelectuales".

Etiopatogenia

De esta forma, teniendo en cuenta la clara sobredeterminación social del síndrome, resulta explicable que, a pesar de las diferentes hipótesis formuladas, la etiopatogenia de los "estados liminares" siga siendo oscura (16). Y no sólo por exceso de hipótesis y defecto de comprobaciones, experimentación y observaciones rigurosas, sino porque aquí nos sumergimos de lleno en la problemática epistemológica actual de la psiquiatría (43). Por eso, unos autores hacen hincapié en los *factores constitucionales*: ciertos fallos en estructuras básicas llevarían a una particular intolerancia a la emoción y a la ansiedad, a una incapacidad de adquirir autonomía, etc.

Otros insisten en los *factores psicogénéticos*: traumatismos afectivos precoces consecutivos a frustraciones maternas o a privación de cuidados maternos, insuficiencia de gratificaciones primarias (6, 12, 16, 17, 19, 24, 36, 37, 38, 40).

Otros por fin invocan *factores ecológicos, condiciones socioculturales* ligadas a la estructura de nuestras formaciones económico-sociales (12, 25).

Cada una de esas causas o su conjunto llevarían a una detención en el desarrollo, a una regresión o a una distorsión o fragmentación en la constitución del yo a la que aluden términos como los de "síndrome de disformación de las estructuras mentales básicas", "distrofia del yo", "síndromes de identidad difusa", etcétera.

Aquí, como en otros muchos aspectos de la psiquiatría, la psicología e incluso la medicina (45), el problema de fondo es epistemológico: ¿Qué se entiende por constitución en la sociología, en la psiquiatría, en la psicología? ¿Cuál ha sido la génesis conceptual de ese significado y de su significado? ¿La psicología y la psiquiatría deben admitir o no como paradigma unificador básico en el sentido de KUHN (21) el estudio experimental de la conducta? Las orientaciones psicoanalíticas y, en general, "dinámicas", mucho más orientadas al inconsciente, ¿tienen un estatuto de cientificidad propio? ¿tienen algún estatuto de cientificidad? ¿Cuál debe ser para la psiquiatría la tan discutida articulación Cuerpo-Mente-Sociedad, de la que tratamos en un trabajo anterior (45)? En consecuencia ¿cuál debe ser la forma de articulación, dentro de la psiquiatría y la psicopatología, ciencias como la biología, la psicología y la sociología? Ahora bien: estos problemas no pueden resolverse a su vez —no olvidemos las consecuencias del teorema de GODEL (8)— sin enfrentar las relaciones reales y posibles entre estos tres conjuntos de disciplinas científicas. Pero ¿qué modelo escogeremos

para su relación? Por ejemplo: ¿es más válido en este sentido el sistema "circular" o "espiral" de clasificación de las ciencias defendido por PIAGET (29,30,31) que otros muchos usados hasta ahora? ¿Qué modelos son más útiles para explicar las relaciones entre esos tres grupos de ciencias: los cibernéticos, estructuralistas y derivados de la Teoría General de los Sistemas u otros cualesquiera? Etcétera.

Pero detengámonos un momento, antes de abandonar el tema, en enumerar al menos algunos estudios experimentales y observaciones científicas que pueden darnos cierta luz sobre la etiopatogenia de los estados liminares.

ROF CARBALLO señala muy oportunamente las analogías existentes entre los cuatro grupos factoriales de enfermos "liminares" de GRINKER y los grupos de niños de incluso estudiados por MARIA MEIERHEOFER y WILHELM KELLER, del Instituto de Psicohigiene de Zürich (24). Estudiando estos niños que han vivido en situación invariable de carencia afectiva (carencia afectiva primordial), MEIERHEOFER y KELLER encontraron, según las características clínicas y el estudio longitudinal, cuatro grupos de sujetos cuyas coincidencias con los de GRINKER y colaboradores son tan abundantes que no pueden en absoluto ser debidos al azar y están exigiendo la continuación de ese estudio longitudinal. No podemos profundizar aquí más en estos estudios, fundamentales por múltiples razones, que el lector puede consultar en el original o en la recensión que de ellos hacen ROF, BOWLBY, etc. Lo que si está claro es que la hipótesis analógica de la etiopatogenia puede plantearse con fundamentos. Si tenemos en cuenta los datos sociológicos y psicosociales, está claro que hoy los niños se educan en situaciones de mayor carencia afectiva que en otras épocas. De las razones para que esto sea así —fundamentalmente socioeconómicas— ya hablamos ligeramente antes. Lo im-

portante es considerar, por tanto, cómo determinadas situaciones socio-familiares, las alteraciones de la relación constitutiva primigenia en el sentido en el que hemos hablado (o su inexistencia), pueden llevar al desarrollo de esas "neurosis liminares". El mismo método analógico nos proporciona interesantes hipótesis y referencias si consideramos los estudios de SPITZ (40) sobre la *depresión anaclítica* de los niños privados secundariamente de cuidados maternos, uno de los temas revisado por BOWLBY (6) con una profundidad y seriedad adecuada a la importancia del asunto.

En la misma línea de observaciones sobre la génesis de la *personalidad liminar* estarían los resultados de los estudios realizados por SCHAFFER y EMERSON (39) en niños escoceses, y por AINSWORTH (1) en niños de Ganda; o los resultados de los estudios y experiencias llevados a cabo en niños de los kibbutzim israelíes, en situación de privación parcial de cuidados parentales, que resume BETTELHEIM (5): en los niños educados en las guarderías especiales de los kibbutzim hay un sometimiento exagerado del individuo a la colectividad y faltan la capacidad crítica, la intimidad y la imaginación.

También la psicología animal nos aporta numerosos datos en el mismo sentido. Bástenos recordar aquí las experiencias más conocidas. Por ejemplo, las ya clásicas de los HARLOW (18, 19, 20), que estudiaron el desarrollo de antropoides en las más diversas condiciones naturales y de privación de cuidados maternos con y sin madres substitutivas, hallando que determinadas situaciones de crianza provocan unos cambios en la estructura reaccional y comportamental del simio joven y adulto que recuerdan la estructura de personalidad de los pacientes liminares. O los de LEVINE en ratas (23) acerca de los afectos a largo plazo de una "experiencia temprana" traumatizante (en algún caso tan limitada como coger

del nido a un recién nacido y ponerlo durante tres minutos en un compartimiento, volviéndolo después al nido). Según el tipo de "manipulación" sufrido, estas ratas exhiben una serie de rasgos diferentes, aparentemente "constitucionales", en cuanto a rapidez de maduración, deplección de ácido ascórbico de las suprarrenales tras el stress, resistencia a la privación de agua y alimentos, lentitud y duración de las respuestas en el aprendizaje, estructura reaccional e inestabilidad, etc. Observaciones similares en psicología animal que pueden orientarnos en cuanto a la etiopatogenia de la "estructura liminar de la personalidad" han sido comunicados por M. KAWAI, D. S. SADE, C. KAUFMAN, A. ROSEMBLUM, R. A. HINDE, Y. SPENCER-BOOTH, H. KUMURIER, etc. (40).

Todos estos datos relacionados con la etiopatogenia y otros muchos que no exponemos por no extendernos demasiado, es indudable que van a favor de la psicogenia y la sociogenia de los cuadros "liminares" (4, 10, 17, 47). La hipótesis socio y psicogenética afirmaría por tanto que la influencia de las modificaciones socioculturales —entre ellas las familiares— ha llevado a la organización de tipos de personalidad cuya patología se traduciría en los "cuadros liminares". Según la perspectiva sociológica, las condiciones de vida actuales favorecen la eclosión de estos cuadros que pasarían desapercibidos en otras épocas.

Ahora bien: esto nos plantea una serie de problemas teóricos, el primero de los cuales sería el de las relaciones entre sociología y psiquiatría, entre estudio sociológico y estudio psiquiátrico, entre acción sociológica y acción psiquiátrica, a los que dedicaremos el resto del trabajo, ya que por múltiples razones (falta de espacio, importancia y amplitud del tema junto con complejidad evidente del mismo...) no podemos entrar en esta comunicación en el capítulo de la terapéutica, sumamente específico y que exigiría una

serie de replanteamientos de las actitudes químico y psicoterápicas. El lector interesado puede consultar alguno de los trabajos citados en la bibliografía (4, 10, 12, 17, 47) y otros muchos escritos sobre el tema.

Algunos problemas epistemológicos

Los problemas planteados por estos cuadros estructurales son múltiples. Por ejemplo ¿desde qué punto de vista hacer el estudio teórico de estos pacientes? Y, en el plano práctico ¿cómo acercarse a ellos? Desde el punto de vista teórico la estructura de los estados liminares nos enfrenta con el problema de la fundamentación psicopatológica, psicológica y epistemológica de las nosografías psiquiátricas actuales (42), además de ponerlas en duda por su propia existencia y extensión. Por ejemplo, ¿cómo seguir manteniendo la distinción neta entre neurosis, psicosis, psicopatías y trastornos encéfalo-visceral (45)... cuando por ejemplo en estos pacientes coexisten rasgos de cada una de las supuestas "estructuras" psicopatológicas enumeradas? Indudablemente necesitamos una crítica epistemológica y un replanteamiento a nivel psiquiátrico (genético y estructural, desde luego) de estos problemas.

No basta con señalar el origen y psicogenia de un cuadro psiquiátrico como lo haría tal vez un sociólogo o un psicólogo social (14). Pocas veces pueden verse tan claras las relaciones y diferencias entre ambos niveles: sociológico y psicológico-psiquiátrico (25). El sociólogo explicará tal vez el origen sociocultural del problema e intentará poner los medios oportunos a su nivel característico: el social. Y eso no quiere decir ni mucho menos que nosotros, psiquiatras, como ciudadanos, como individuos inmersos en una sociedad que nos modifica y a la que modificamos, no debemos también cuidarnos de ese nivel. Lo que quiere decir es que el estatuto epistemológico de la sociología y el de la psicología-psiquia-

tría es diferente, y diferentes son, por tanto, sus aproximaciones y métodos de actuación. Como psiquiatras, como practicantes de esa tecnología o ciencia aplicada (?) que es la psiquiatría en nuestros días, hay algo que no podemos eludir: ¿qué hacer con estos pacientes cuando "sufren y hacen sufrir", por usar de nuevo la ya clásica sentencia? Porque, a menos que neguemos nuestro propio papel de psiquiatras, según la postura ante los esquizofrénicos de los diversos equipos de *EASAGLIA* (2, 3) (y aún entonces: habría que ver hasta qué punto para lograr esa negación en los momentos cruciales es necesario aceptar y cumplir un determinado rol de psiquiatras en otras muchas ocasiones), algo habremos de hacer por esas personas. Está claro que un planteamiento científico de la psiquiatría necesita inexcusablemente de las ciencias sociológicas, conexas intimamente con ella (conexión que en el plano teórico viene manifestada por las interrelaciones psicología-sociología en el marco de la visión "circular" de las relaciones entre las ciencias (29, 31). Pero esto no debe distraernos de una distinción para nosotros básica: el ámbito, los métodos y los objetivos de ambos tipos de ciencias son diferentes. Su estatuto epistemológico es diferente. En nuestro enfoque del enfermo mental debemos tener en cuenta el nivel sociológico, pero sin descuidar nuestro nivel propio: el psicológico y psiquiátrico. Debemos utilizar las aportaciones de la sociología pero sin caer en ninguno de los errores metodológicos del sociologismo.

Desde el punto de vista práctico, la aplicación de la teoría de la información al conocimiento médico nos descubre una vez más, que con enunciar las causas sociológicas de los problemas psiquiátricos, su sintáctica y quizás su semántica (26, 46) no habremos solucionado, ni mucho menos, su pragmática. En nuestra opinión tampoco se soluciona el problema postulando en tal acercamiento a estos

pacientes (y a otros muchos) "modelos diferentes del modelo médico", "métodos diferentes del modelo científico natural", "sistemas de pensamiento no lógicos" (?) ...posiciones éstas que, junto con el sociologismo, están extendiéndose actualmente como una nueva "moda" psiquiátrica (a mi entender, derivación extrema del movimiento neorracionalista, ampliamente difundido en nuestros días). Los "modelos" por los que hoy se guían las disciplinas psicológicas pueden estar todo lo periclitados que se quiera, pero en todo caso lo que se necesita es una nueva teoría (T) (*) que pueda explicar de forma más completa y extensiva el mayor número de hechos posible (A) y pueda, además, dar lugar a una práctica científica (científica pura, —de investigación— y de ciencia aplicada o tecnológica). Tal teoría deberá tender, en última instancia, hacia modelos lógico-matemáticos, como toda ciencia, pero esto no prejuzga el tipo de punto de partida contrastable de sus observaciones, o su síntesis particular. Pero, por ser ciencia, lo que si prejuzga es su fundamentación en el método científico y su necesidad de ceñirse al circuito A-C-T.

Y me interesaba tratar aquí estos problemas tanto por su reciente actualidad como por lo mucho que se prestan estos pacientes a todo tipo de aproximaciones reduccionistas, superficiales, parciales, "anticientíficas" ...y a fin de cuentas, ineficaces.

(*) La estructura lógica del conocimiento tecnológico es similar a la del conocimiento científico. Ahora bien: el punto de entrada en el circuito A (acontecimiento)-C (condiciones)-T (Teoría) es diferente. Si una investigación científica consiste en explicar A, en unas condiciones determinadas (C) mediante una teoría (T), un dictamen tecnológico, consiste, sin embargo, en explicitar, a la luz de una Teoría, las condiciones necesarias para que se produzca un determinado acontecimiento (A). Y teniendo en cuenta que la práctica cotidiana de la psiquiatría se asemeja mucho más a una práctica tecnológica que de ciencia "pura", las consecuencias son, desde este punto de vista, insoslayables.

Cada modo de producción, cada época histórica delimitada, tiene las formas de conciencia (34) que le son propias: estética, religiosa, filosófica, ideológica, científica... Es decir, que los individuos de una formación económico-social pueden representarse la realidad estéticamente, religiosamente, filosóficamente, etc. La ciencia, por lo tanto, es una forma de conciencia. Y como tal, tiene un fin: conseguir representaciones y modelos de la realidad lo más exactos posible y útiles para la transformación de esa realidad (8). Por ello, esas representaciones y modelos deben ser objetivos, es decir, capaces de generar un acuerdo acerca de ellos entre la mayor parte de los científicos de la disciplina en cuestión (21). Como es de todos sabido, la forma de conciencia científica se orienta en nuestros días hacia la traducción de la realidad en estructuras lógico-matemáticas y hacia la búsqueda de modelos estructurales y cibernéticos de la misma (31). Pero ¿cómo se consigue esto? O, lo que es lo mismo, ¿qué atributos debe tener una ciencia? Enumeraremos sólo algunos de los

que están relacionados con nuestro tema actual: el que sus teorías sean contrastables (8, 27), que puedan someterse a la prueba de su falsación (POPPER, 32, 33), que sirvan de alguna forma para predecir acontecimientos futuros y que exista, al menos, una teoría o sistema en el que esté de acuerdo la mayoría de los científicos de esa disciplina (un paradigma o matriz disciplinal, KUHN, 21). Todo ello nos lleva a postular la necesidad del método científico para un acercamiento objetivo (en el sentido antes aplicado) a la realidad. La base será, por lo tanto, la experimentación, entendida ésta en un sentido amplio, incluyendo la observación y la comprobación bien objetivadas y standartizadas (8, 27, 29, 31, 35). Por ello, todo ciclo de investigación científica debe seguir el algoritmo representado en la figura 1 (tomado de BUNGE, 8), matizándose en cada caso y cada ciencia la importancia de un paso u otro, la posibilidad de cortacircuitos, etc. Pero hay algo que está claro para todo epistemólogo: "El método científico y la finalidad a la cual se aplica (conocimiento objetivo de mundo) constituyen la entera diferencia entre la ciencia y la no-ciencia... Donde

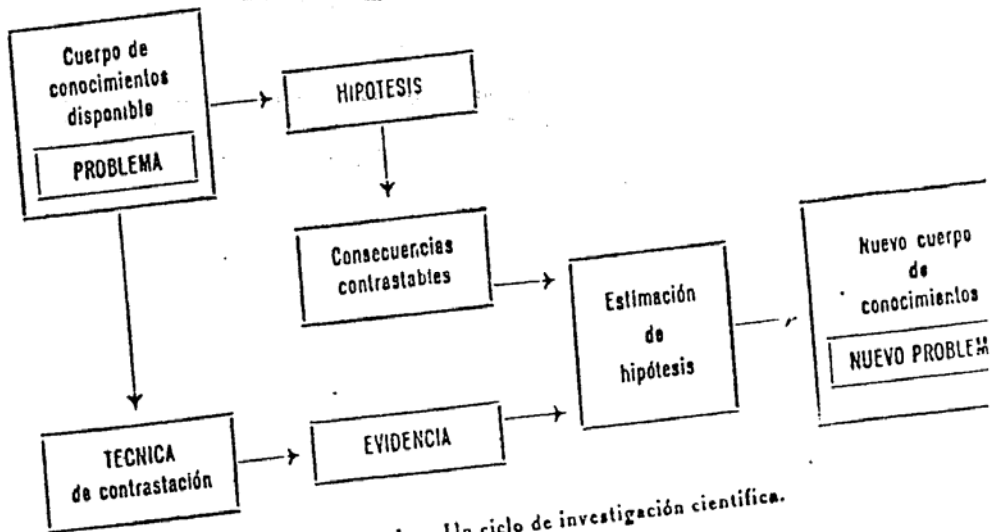


FIGURA 1. — Un ciclo de investigación científica.

no hay método científico no hay ciencia. Pero éste no es infalible ni autosuficiente" (8).

Me interesaba recordar, una vez más, estos aspectos por el tema que tratábamos y por la actual problemática de la psicología y la psiquiatría. A mi entender, algunas derivaciones de las teorías antipsiquiátricas tales como las teorías sobre el método de acercamiento "no-lógico" (?) al enfermo mental, el sociologismo de divulgación (que poco tiene que ver con la aplicación de los datos sociológicos en la psiquiatría, como antes recordamos), y otras variadas tendencias, tienen una cierta difusión en los ambientes psicológicos y psiquiátricos: la suficiente como para provocar continuas discusiones. Pero de tales continuas discusiones, así como de las provocadas por el enfrentamiento de dos posturas aparentemente contrapuestas como pueden ser el psicoanálisis y la psicología del comportamiento (*) sólo puede salir algo de luz si se parte de unas premisas epistemológicas comunes.

El problema realmente es entonces el siguiente: ¿buscamos o no un acercamiento científico al enfermo mental? Si no lo buscamos, podremos acercarnos a él de cualquiera de las maneras propias de otra forma de conciencia: filosófica, política, aproximaciones propias de la

(*) Discusión que, por falta de unas bases epistemológicas claras y ampliamente aceptadas, está llena de mal-entendidos y desconocimiento. Cuando se habla de psicoanálisis o de freudismo ¿a qué nos estamos refiriendo: a una técnica con unas hipótesis de trabajo, a la teoría, a la Axiología?. Y por qué se define auténticamente la otra postura: ¿por el fisicalismo (42), por determinada forma de utilizar el método científico, por fundamentarse totalmente en el estudio de la conducta? ¿Son ambas orientaciones —psicoanálisis y psicología del comportamiento— monolíticas o más bien complejas de escuelas, tendencias y orientaciones algunas veces más próximas entre los "opuestos" que entre los "correligionarios"?, etc., etc., etc. Mi opinión, además, es que en muchas ocasiones tales discusiones y el no entendimiento tienen unas bases más ideológicas que científicas.

"intuición trascendental" ...y, sobre todo, de forma ideológica.

Por el contrario, si buscamos ese acercamiento científico, hay que usar el método científico con todas las consecuencias que esto tiene. Porque, desde un punto de vista lógico, un "individuo concreto", un paciente o un sujeto de exploración psicológica, no es sino un conjunto de propiedades "abstractas" o "abstractables" sobre las que opera el método científico. Una dificultad viene de que determinada situación del individuo puede ser tan compleja que sea imposible controlar a la vez todas las condiciones que la definen. Pero esto no libra al científico de la responsabilidad de seleccionar y elegir condiciones, variables, problemas, características, rasgos... (y en esta elección estará mucho más determinado por la ideología dominante de lo que puede sospechar). La selección vendrá impuesta por las teorías científicas (Inexcusables) en que se basa y éstas, a su vez, en la situación ideológica y cultural de ese momento histórico. Por lo tanto, no habrá nunca seguridad absoluta en la práctica científica con individuos: nunca la científicidad estará totalmente garantizada. Pero ésto es algo normal en toda ciencia (tal vez salvo en las ciencias formales y algunas ramas muy formalizadas de la Física matemática) y, desde luego, no nos permite extrapolar la invalidez del método científico o los modelos científicos en su aplicación a individuos naturales.

El problema, por tanto, es complejo: bástenos decir, por ejemplo, que muchas veces, en los furiosos ataques al "modelo médico" no se piensa que tal modelo es uno concreto: el que en otra ocasión he llamado "médico-botánico" (43); un modelo médico, no el modelo médico. Y, por supuesto, un modelo científico. Por ejemplo, partiendo de una crítica epistemológica del diagnóstico médico, hoy se proponen otros, basados en la teoría de la información (26).

Ahora bien: si queremos conocimiento y un trato científico del enfermo mental y partimos de un enfoque sociológico (nivel sociológico, nivel psiquiátrico o psicopatológico) podemos:

— o bien convertirnos en sociólogos, negando nuestro papel de psiquiatras

— o bien aceptarlo con las modificaciones necesarias y, además, como ciudadanos, buscar actuaciones con incidencia sociológica. Teniendo en cuenta que éstas últimas hoy por hoy solo se han "inventado" dos tipos: la directamente política y la tecnocrática (política también).

Y debemos tener esto muy claro para poder situarnos ante los paciente "liminares", en cuya génesis juegan un tan importante papel los factores socio-económicos, y cuya erradicación sólo se logrará por tanto en última instancia mediante transformaciones socio-económicas.

Pero si queremos preocuparnos del paciente, "liminar" o no, que tenemos ahí, frente a nosotros, sólo podremos usar un método y unas teorías contrastables, falsables, predicables, etc. Es decir: un método y unas teorías científicas. Como psiquiatras, nuestro estudio clínico y etiológico o nuestra actitud terapéutica deben apoyarse en esa base fundamental.

Barcelona, noviembre 1973.

RESUMEN

A partir de un grupo de pacientes propios, con una importante serie de datos coincidentes, tanto clínicos como sociológicos, se plantea el problema de las neurosis "border-line" o "liminares". El autor hace una breve revisión del cuadro clínico, enumerando algunos estudios realizados sobre este tema y sus conclusiones, antes de entrar en el apartado de la etiopatogenia, en el que insiste particularmente en los aspectos socio y psicogenéticos.

El trabajo se cierra con la consideración de algunos aspectos epistemológicos de la psiquiatría de nuestros días en conexión directa o indirecta con el tema: relaciones entre las ciencias Psicológicas y Sociológicas, valor del método científico para la aproximación a los enfermos mentales, etc.

SUMMARY

From a group of patients with a striking series of coincident data, both clinical and sociological-ones, the author focuses the problem of "border-line" or "liminar" neuroses. A schematic revision of clinics is made, enumerating some former studies on this subject and its conclusions, before to undertake the etiology. In this part, autor insists in the psycho- and socio-genetic aspects.

The paper is closed considering some epistemologic aspects of nowadays Psychiatry directly or indirectly connected with the subject: relationships between psychological and sociological sciences, validity of scientific method for the approach to mental patients, and so on.

BIBLIOGRAFIA

1. AINSWORTH, M. D.: The development of infant-mother interaction among the Ganda. En *Determinants of Infant Behaviour*, Vol. 12. Methuen, Londres, 1963.
2. BASAGLIA, F., *La institución negada*. Barral Ed. Barcelona, 1972.
3. BASAGLIA, F.: *La mayoría marginada*. Laia. Barcelona, 1973.
4. BALINT, M.: *The basic Fault*. Tavistock. London, 1908.
5. BETTELHEIM, V. B.: *Les enfants du rêve*. Laffont, Paris, 1972.
6. BOWLBY, J.: *Soins maternels et santé mentale*. OMS. Ginebra, 1954.
7. BOURCIGNON, A.: *L' Antidiagnostic*, en *L'Anaf*, núm. 42, 1971.
8. BUNGE, M. *La investigación científica*. Ari. Barcelona, 1969.

9. DIATKINE, R.: Introduction théorique à l'étude des prépsychoses. *Méd. et Hyg.* Núm. 1.022-6, sept. 1972.
10. FAIRBAIRN, W. R. D.: A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. En *Object-Relations Theory of the Personality*. Basic Books. New-York, 1954.
11. FOUCAULT, M.: *Histoire de la folie*. Plon. Paris, 1961.
12. GARRONE, G.; THÉVENOZ, L.: Les états-limites (Border-lines). *Méd. et Hyg.* Núm. 1.022, 6 sept. 1972.
13. GOLDMANN, L.: Epistemologie de la sociologie. En *Logique et connaissance scientifique* Gallimard, Dijon, 1969.
14. GRECO, P.: Epistemologie de la psychologie. En *Logique et connaissance scientifique*. Gallimard, Dijon, 1969.
15. GRESSOT, M.: La métamorphose contemporaine des syndromes névrotiques: variation structurale ou pathogénique?. *Méd. et Hyg.* Núm. 1022, 6, sept. 1972.
16. GRINKER, RR.; WERBLE DRYE: *The borderline syndrom. A behavioral study of Ego junction*. Springfield, Illinois, 1968.
17. GUNTRIP, H.: *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*. Hogarth Press. London, 1968.
18. HARLOW, H. F.: The development of affectional patterns in infant monkeys. En *Determinants of Infant Behaviour*. Vol. 1. Ed. A. Foss. Methuen, London, 1961.
19. HARLOW, H. F.; HARLOW, M. K.: Social deprivation in monkeys. *Nl. Scie. Am.*, 207 (5), 136, 1962.
20. HARLOW, H. F.; HARLOW, M. K.: The affectional systems. En *Behaviour of Nonhuman Primates*. Vol. 2. Ed. por Schrier, Harlow y Stollnitz. Academic Press. New York and London, 1965.
21. KUHN, S.: *La estructura de las revoluciones científicas*. F. C. E. México, 1969.
22. LAING, R. D.: *El yo dividido*. F. C. E. México, 1964.
23. LEVINE, S.: Psychophysiological effects of infantile stimulation. En *Roots of Behaviour*, ed. por E. L. Bliss. Harper & Brothers. New York, 1962.
24. MEICHHOFER, M.; KELLER, W.: *Frustration im Frühen Kindesalter*. Hans Huber. Berna, 1966 (citado por ROF).
25. MEYERAT, G.: *Psychiatrie et société*. *Med. et Hyg.* núm. 1022, 6, sept., 1972.
26. MORRIS, C.: *Signs, Language and Behaviour*. Braziller, New York, 1955.
27. NAGEL, E.: *La estructura de la ciencia*. Paidós. Buenos Aires, 1968.
28. PIAGET, J.: *Biología y conocimiento*. Siglo XXI. Madrid, 1969.
29. PIAGET, J.: *Logique et connaissance scientifique*. En especial: Les deux problèmes principaux des sciences de l'homme. Gallimard, Dijon, 1969.
30. PIAGET, J.: *Psicología y epistemología*. Ariel. Barcelona, 1971.
31. PIAGET, J.; MACKENZIE, W. J. M.; LAZARUS-FELD, P. F. y otros: *Tendencias de la investigación en las ciencias sociales*. Alianza, Madrid, 1973.
32. QUINTANILLA, M. A.: Formalismo y Epistemología en la obra de Karl R. Popper. *Teorema*, núm. 4, dic., 1971.
33. QUINTANILLA, M. A.: *Idealismo y filosofía de la ciencia*. Técno. Madrid, 1972.
34. QUINTANILLA, M. A.: *Sobre el concepto de ideología*. Comunicación personal del autor sobre un trabajo que aparecerá en *Sistema*, número 6.
35. QUINTANILLA, M. A.: Popper y Piaget: Dos perspectivas para la teoría de la ciencia. *Teorema* III, 1, 1973.
36. ROF CARBALLO, J.: *Urdimbre afectiva y enfermedad*. Labor. Barcelona-Buenos Aires, 1961.
37. ROF CARBALLO, J.: Herencia y ambiente en la medicina actual. *Bolet. de Pat. Méd.* IV, en 1964.
38. ROF CARBALLO, J.: *Biología y psicoanálisis*. Desclée de Brower. Bilbao, 1972.
39. SCHAFFER, H. R.; EMERSON, P. E.: The development of social attachments in infancy. *Monogr. Soc. Res. Child Dev.* 29, núm. 3, 1964.

Tizón, J.L. (1973). Los pacientes "liminares" y algunos aspectos de la problemática epistemológica de la psiquiatría. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines.* : 751- 766.

766

ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA Y CIENCIAS AFINES

40. SHÄPPEL, R.: Troubles de comportement chez l'animal. *Med. et Hyg.* núm. 1.022-6, sep. 1972.
41. SPITZ, R. A.: *The first year of life.* International Universities Press. New York, 1965.
42. TIZÓN, J.; GRACIA, D.: *Fisicalismo y psicología.* Ponencia presentada en el Seminario conjunto de doctores de las Facultades de Filosofía y Letras, Ciencias y Medicina de la Universidad de Salamanca y la Facultad de Teología y Escuela Superior de Psicología de la Universidad Pontificia de Salamanca. Marzo, 1967.
43. TIZÓN, J. L.: Notas sobre nosotaxia psiquiátrica a partir de los síndromes esquizofrénicos crónicos. *Inf. Psig.* XIV, 51, enero 1972.
44. TIZÓN, J. L.: Una panorámica del discurso antipsiquiátrico. R. D. Laing. De la fenomenología a la antipsiquiatría. *Inf. Psig.* n.º 55, 1973.
45. TIZÓN, J. L.: *Medicina general, Psiquiatría, Medicina Psicósomática: Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad.* *Inf. Psig.* 57, 1974.
46. WESLACK, W.: Consideraciones epistemológicas sobre el diagnóstico médico. *Münch. Med. Wochens.* (ed. española), 9, 1973, pp. 957-968.
47. WINNICOTT, D. W.: *Processus de maturation chez l'Enfant Développement affectif et Environnement.* Payot, Paris, 1970.