

MITO Y DELIRIO  
CARTAS DE RAMÓN SARRÓ

SEGUNDA EDICIÓN



José Luis Mediavilla Sánchez

(Oviedo, 1969)

*Doctor en Medicina y Cirugía.*

*Médico especialista en Psiquiatría.*

*Miembro del Royal College of Psychiatrists del Reino Unido.*

# MITO Y DELIRIO CARTAS DE RAMÓN SARRÓ

Prólogo del profesor Alfonso Ledesma Jimeno

**DELIREMA**

Oviedo, 2022

© José Luis Mediavilla Sánchez  
Ilustración portada: Francisco Romero  
ISBN: 978-84-18289-94-1  
D.L.: AS-02874-2021

MITO Y DELIRIO  
CARTAS DE RAMÓN SARRÓ



---

## PRÓLOGO

Me complace hacer la presentación de este libro, *Mito y delirio. Cartas de Ramón Sarró*, en el que su autor, el doctor José Luis Mediavilla Sánchez, ha logrado una síntesis de la que fue su Tesis Doctoral («Análisis Temático y Estructural del Delirio») dirigida por mí, y defendida en la Universidad de Salamanca en el mes de junio del año pasado, obteniendo la calificación de Sobresaliente Cum Laude.

La amplitud y la densidad del trabajo que constituyó la Tesis, no se resiente con la versión, más resumida, que es este libro, sino que facilita una más rápida visión de conjunto de los contenidos.

La primera parte, «Mito y delirio», es un resumen de la psicopatología del delirio, especialmente en lo referente a su génesis y patogenia. De forma paralela, se expone la evolución del movimiento psicoanalítico y el surgimiento del pensamiento disidente de Ramón Sarró, con sus aportaciones acerca de los conceptos de mitologema y delirema, resultado de sus trabajos sobre «Pensamiento Presimbólico y Existencia Mítica en la Esquizofrenia», y la aplicación de la fenomenología sobre los postulados psicoanalíticos.

Tanto la descripción de los mitologemas, como las «fichas» que se añaden de las 42 historias clínicas que fueron objeto de la Tesis, ofrecen en el libro abundante iconografía que complementan el texto psicótico. (La riqueza y extensión de las 42 historias clínicas que figuran en la Tesis, acaso merecerían una publicación aparte manteniendo la integridad de cada una de ellas). Los mitologemas o deliremas toman a veces expresión mediante el dibujo o las artes plásticas que requiere una interpretación iconológica dirigida a una mejor comprensión del delirio.

El delirio, dentro de la concepción mitologemática de Sarró propende a un macrosistema unitario, por lo tanto el análisis deliriológico no se agota con

la confección de un inventario de unidades mitologemáticas, sino que exige la articulación de éstas, manteniendo entre ellas relaciones de afinidad y de exclusión, formando una arquitectónica.

Los que por edad hemos conocido la evolución científica del pensamiento de Sarró, sabemos bien que estos estudios fueron siempre el centro de sus investigaciones.

En la década de los cincuenta, antes de los psicofármacos, en el Hospital Psiquiátrico de Salamanca estudiamos y llegamos a publicar delirios en los que estaban presentes con mayor o menor abundancia unidades mitologemáticas. En la actualidad los mitologemas descritos por Sarró son síntomas «productivos» o «positivos» de algunas formas esquizofrénicas, que son atenuados o interrumpidos por los tratamientos psicofarmacológicos.

Este cambio de la clínica psiquiátrica no debe restar mérito a investigaciones como las realizadas por Sarró. Más bien nos obliga a hacer una lectura actual de los llamados síntomas positivos o productivos a la luz de la fenomenología y de las teorías de Sarró, por cuanto, en efecto, estos síntomas positivos continúan exhibiendo estructuras mitologemáticas, aunque sin la exuberancia y espectacularidad de antes.

Una cuestión de gran calado científico es la aportación de Sarró a las relaciones entre los mitos de las diferentes culturas y los delirios esquizofrénicos, es decir el análisis de las afinidades y diferencias entre los mitologemas de los delirantes y los mitologemas descritos por los etnólogos.

Tiempo atrás, nosotros intentamos también la comprensión de estos mismos fenómenos. Partimos de la base de un modelo de mente humana que soslayara los reduccionismos somáticos y psicogenéticos, considerándola como una estructura compleja, en permanente interacción, somática-endopsíquica-psicosocial.

Nosotros aceptamos a través de la evolución la hipótesis emergentista. La mente humana surge desde el animal a través de un proceso de hominización. Se discute entre los antropólogos si el género *homo* comienza con el *homo habilis*, continúa con el *homo erectus* y culmina en el *homo sapiens*. En cada periodo, desde el Paleolítico inferior hasta el Neolítico, la estructura cerebral ha ido evolucionando, considerando ésta, como ya hemos dicho, resultado de la interacción endopsíquica, y psicosocial. Transcurrido el Neolítico, el pensamiento



griego hace posible la transformación del mito al logos. El cerebro ha evolucionado, ha cambiado sutilmente a lo largo de los siglos.

Si tomamos como base los estudios de Mircea Eliade, Campbell, Jensen, etc., sabemos que mitos semejantes se presentan en sociedades muy alejadas de Este a Oeste, o de Norte a Sur, y en momentos históricos distintos. Los historiadores de las religiones exponen cómo en el tiempo primigenio, *in illo tempore*, fueron creados la naturaleza, los hombres, los animales, el paisaje, etc. La expresión mítica del fin del mundo, la existencia de seres superiores y de dioses celestes, las transformaciones de unos en otros, la existencia de mundos superiores, medios e inferiores, el origen de la lluvia, el relámpago, la identificación del centro geográfico de una cultura que como eje cósmico recibe el nombre de «ombbligo del mundo», monstruos, animales y bestias míticas, amantes y portadores de la semilla divina, el combate en cielo y tierra, muertes y resurrecciones, etc., nos muestran las mismas estructuras mitologemáticas que Sarró nos describe en los enfermos delirantes. La extrañeza de los etnólogos al observar los mitos y los cultos primitivos, no hubo de ser distinta a la de los psiquiatras al ocuparse de los pacientes fantasofrénicos.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar estructuras delirantes mitologemáticas en las formas cuaternarias de neurolúes, en la llamada parálisis general progresiva (actualmente erradicadas gracias a los tratamientos). Los contenidos delirantes eran siempre megalománicos. Uno de nuestros pacientes, conserje de Acción Católica y portero de un centro religioso, confesaba poseer unas alas especiales con las que subía al cielo, penetrando en él, y visitando las mansiones celestiales en compañía del Padre Eterno. Vivió una experiencia mística en la que era elegido por Dios, y ascendía a los cielos como Ícaro, descendiendo, después, a la tierra. La explicación que podríamos dar ante estos hechos, es que la estructura cerebral este caso resultó incapaz de codificar adecuadamente las estructuras endopsíquica y psicosocial dando salida al inconsciente colectivo en forma que recuerda el mito de Ícaro.

Ésta es la interpretación que nosotros hacemos de los delirios en los que aparecen los contenidos mitologemáticos de Sarró: los enfermos presentan un trastorno en el que su cerebro no puede codificar adecuadamente la estructura endopsíquica y psicosocial y, al no ser posible la codificación en forma de pensamiento lógico, queda desnudo el inconsciente y el sujeto protagoniza patrones y arquetipos del inconsciente colectivo; porque un sujeto actual en un estado diacrónico lleva acumulada toda la genética biológica cerebral desde el origen

de la humanidad y además lleva acumulada a través de una genética ambiental y cultural la evolución del inconsciente y la conciencia desde el origen de la humanidad. Podríamos también decir, en definitiva, que la sustancia endopsíquica y psicosocial exterior se encuentran acumuladas desde el origen de la humanidad, aunque en cada sujeto hayan sido codificadas dentro de una variante individual.

Los trabajos de campo de los antropólogos muestran, como creía Sarró, una línea de investigación que habría de ser útil en psicopatología, especialmente en los delirios.

Sólo el conocimiento de ambas disciplinas (antropología y psicopatología) permite valorar las similitudes y diferencias.

Un enfermo nuestro expresó el siguiente pensamiento: «tengo que hacer sangre en una persona o si no el sol se derretirá y desaparecerá», unos días después, clavó una navaja a un cuñado.

Un pensamiento mítico parecido lo tenían los aztecas cuando llegaron a México los conquistadores españoles: creían que había que hacer sacrificios humanos para que no se derritiese el sol.

Un destacado etnólogo, Jensen, ha estudiado numerosos pueblos agrarios en distintas fases de desarrollo, y en muy diferentes latitudes del planeta, comprobando que en todos ellos existen los sacrificios humanos.

Un mismo mitologema puede presentarse descrito con distintas variantes, tal es el caso de la visión del mundo. En el tiempo originario, *in illo tempore*, existían los «dema» (figura humana, animal o planta), una deidad que podía ser masculina, femenina o bisexual. El acontecimiento decisivo radicaba en que los dema dieran muerte a la deidad dema. Entonces se producía el fin del tiempo originario y cesaba la existencia dema. A partir de este momento, en lugar de la inmortalidad se introducía la vida terrena mortal, la facultad de reproducción, la necesidad de alimentos. La deidad dema sacrificada era transformada en planta útil, subsistiendo en las plantas útiles y en el reino de los muertos.

Como vemos en el pensamiento de los pueblos agrarios, es necesario representar dramáticamente los acontecimientos del tiempo originario y por lo tanto se hacen necesarias también las matanzas rituales; sin embargo, en un periodo anterior a los antiguos agricultores, en los pueblos cazadores, no existieron sacrificios humanos, ni de animales, apareciendo contenidos mitologemá-

ticos referentes a la existencia de un «señor de los animales» u otras formas de totemismo.

Aunque la teoría freudiana de la horda primitiva con el asesinato del padre como origen monstruoso de la humanidad no ha sido generalmente aceptada por los etnólogos, creemos, sin embargo, que puede ayudarnos a comprender muchos de estos rituales con sacrificios humanos a la luz del mito edípico, con el deseo de la muerte del padre y los poderosos sentimientos de culpa y mecanismos de desculpabilización subsiguientes.

Existen semejanzas entre contenidos delirantes esquizofrénicos y mitos aztecas, como aquel en el que el sol surge del sacrificio de un dios que en el tiempo originario se arroja al fuego trasformándose en sol. Ya hemos expresado nuestro criterio acerca del mecanismo que hace posible la aparición de estos contenidos que se corresponden con la «mente» colectiva. La modificación de las tres estructuras cerebrales: la cerebral (descodificada primero y creando una «nueva codificación», después), la endopsíquica (produciéndose una situación edípica mediante arquetipos simbólicos, el sol como padre, la agresión y la culpa), y la psicosocial, pues el enfermo ha perdido el logos, sirviéndose de lo que le queda: lo mítico y mágico.

Pero además de las afinidades, hemos de considerar también las diferencias entre un mitologema mítico y uno psicopatológico. Aunque el contenido de ambos pueda resultar de una semejanza sorprendente, en el mito primitivo siempre existe un relato que ha sido dado a conocer a un grupo más o menos estructurado, siendo aceptado por el mismo, tratándose generalmente de una creencia de contenido religioso o social que intenta explicar el mundo; sin embargo en el mitologema psicopatológico, el sujeto que lo expresa lo vive de forma individual, y central, siendo él, el protagonista del mito, y generalmente va acompañado de otros síntomas que denuncian la enfermedad (persecuciones, alucinaciones, etc.).

La segunda parte de este libro está dedicada a las «Cartas de Ramón Sarró», un epistolario que el profesor envía a su discípulo, el psiquiatra doctor José Luis Mediavilla Ruiz, padre del autor de este trabajo, y que transcurre desde el mes de julio de 1975 hasta el año 1992, sólo algunas fechas anteriores al

fallecimiento del profesor. Llama especialmente la atención el largo periodo del mismo. Por la exposición afectuosa y detallada de las cartas, se puede deducir la compenetración que hubo de existir entre ambos psiquiatras.

Encontramos en las cartas un análisis exhaustivo de enfermos delirantes, especialmente de dos de ellos, Serrano y Gelabert, los mismos que estudió Sarró a su regreso de Viena en el año 1927, y que fueron objeto de su Tesis Doctoral. De forma reiterada y minuciosa, vuelve en sus cartas a estos pacientes proporcionando una continua y renovada información que resulta sumamente aleccionadora para los tiempos actuales. También nos parecen de gran interés estas cartas por lo que tienen de documento histórico para esclarecer interpretaciones erróneas e incompletas de su pensamiento, así como aportar datos inéditos de acontecimientos, comentarios, y confidencias que sin duda merecen consideración especial en la historia de la Psiquiatría Española.

La inteligencia, persistencia, energía y creatividad del profesor español queda bien patente en su necesidad de comunicarse y en su vocación docente: con ese mismo espíritu creó el Círculo que lleva su nombre, hoy Instituto de Psicoterapia «Ramón Sarró», con sede en Barcelona e integrado en la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. Madrid).

El lector interesado en temas psiquiátricos, encontrará en este libro cuestiones clínicas e históricas de gran interés, y tendrá ocasión de conocer una interpretación original de la locura como la propugnada por el profesor Ramón Sarró de Barcelona, una personalidad científica respetada y considerada ampliamente en los medios psiquiátricos internacionales.

Reitero mi felicitación al doctor J.L. Mediavilla Sánchez, que ha sabido compaginar su formación anglosajona con un trabajo de investigación de innegable interés para la psiquiatría española.

Salamanca, a uno de enero del 2001.

ALFONSO LEDESMA JIMENO  
Catedrático de Psiquiatría

Parte I  
Mito y delirio



---

## INTRODUCCIÓN<sup>1</sup>

### MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

Fue Cullen (1769) quien acuñó el término «neurosis» para definir como «enfermedades del sistema nervioso» un conjunto de síntomas que venían siendo consideradas como enfermedades de los humores y de los espíritus animales. Sin embargo, la acepción actual de neurosis no es propiamente la adscrita por Cullen.

La dificultad para deslindar lo funcional y lo orgánico aún persiste en muchos casos, pero en la medicina pretérita estaban generalmente confundidos. El organismo era considerado según conceptos funcionales. Hasta Vesalio no puede hablarse de una Anatomía rigurosa, hasta Harvey no se descubre la circulación de la sangre, hasta Morgagni no empieza la Anatomía Patológica, hasta Sydenham no se clasifican las enfermedades según un criterio científico.

Lo que esto significa es que en la medicina pretérita, la patología aparecía como cuadros psicósomáticos, con manifestaciones somáticas y psíquicas mezcladas e indiferenciables.

A finales del siglo XVIII, la medicina se dispuso a abordar los trastornos mentales. Durante todo el siglo XIX, la mentalidad clínica nosológica entró en los asilos dispuesta a una descripción y ordenación de los síntomas. Los conceptos utilizados en los cuadros somáticos fueron transferidos a los psíquicos. El estudio de cada psicosis iba precedido de una introducción histórica, génesis y evolución de su concepto. Todos los esfuerzos se dirigían a aplicar a los trastornos psíquicos el modelo de investigación somática. Esto trajo como consecuencia una «represión» en la comunicación interhumana entre el médico y el enfermo, y una desatención a los aspectos antropológicos del enfermar, las circunstancias más alejadas para que pudiera existir cualquier forma de psicoterapia.

A Freud se le debe una forma distinta de mirar a los enfermos mentales.

---

<sup>1</sup> El presente trabajo constituye una versión reducida de la Tesis Doctoral titulada *Análisis Temático y Estructural del Delirio*, realizada bajo la dirección del Profesor Alfonso Ledesma Jimeno y la tutoría del Profesor Ginés Llorca Ramón, defendida en la Universidad de Salamanca en junio de 2000.

No decimos con esto que la visión de la psiquiatría somática hacia el enfermo fuera falsa, sino incompleta. La mentalidad clínica nosológica tendía a transformar en «síntomas» toda conducta anormal, no sabía ver en ella la manifestación de una individualidad entendida al modo hipocrático o freudiano. Cuando Kretschmer propuso el constitucionalismo psiquiátrico, lo que estaba enseñando en realidad es lo que la Medicina ya conocía desde Hipócrates. El mérito de Kretschmer consistió en captar realidades más precisas que la doctrina de los temperamentos.

El trastorno psicótico para la mentalidad clínica nosológica consistía en someter los «síntomas» al modelo «neurológico», eliminando toda individualidad.

La clínica nosológica se caracterizó por imponer una pauta arbitraria al trastorno. La misma calificación de «síntoma» presuponia una relación con algo oculto de naturaleza somática, lo cual no se corresponde de forma absoluta con la psicosis. No es aceptable afirmar que una idea delirante es un síntoma de un trastorno cerebral. Lo único que puede afirmarse es que las ideas delirantes se dan conjuntamente con otras manifestaciones y que todo ello forma un conjunto unitario. En otras palabras: «El psiquismo es producto de una estructura de conjunto somática-endopsíquica-psicosocial, donde forzosamente hay que aceptar la existencia de fenómenos unitarios somáticos, endopsíquicos y psicosociales, que tienen sus relaciones causales aisladamente, pero donde se tienen que producir relaciones causales también entre la estructura somática con la endopsíquica y la psicosocial, influyéndose unas sobre otras». El delirio parafrénico, en consecuencia, «es una estructura psicopatológica que no es ni neurótica ni psicopática. Se trata de una estructura psicótica que no es ni estructura orgánica ni de fundamento corporal conocido, ni una estructura maniaco-depresiva. Se trataría de una estructura psicótica de especiales características» (Ledesma Jimeno)<sup>2</sup>.

## PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

### *La «divulgación conceptual» y la ciencia como lenguaje*

Durante las últimas décadas, la investigación psiquiátrica se ha venido orientando de forma preferente hacia los aspectos biológicos cerebrales, consiguiendo importantes avances en el conocimiento de los mecanismos de neurotransmisión y en el logro de tratamientos más selectivos de los trastornos psiquiátricos.

<sup>2</sup> Ledesma Jimeno, A. (1977). «Intento de síntesis entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico para una nueva comprensión de la esquizofrenia». *Gaceta Médica de Bilbao*. Vol. 74.N. 6. Pag. 589-



Por otro lado, los esfuerzos llevados a cabo tendentes a una normativización o nomenclatura universal de todos los trastornos de conducta, orientaron la atención de la investigación psiquiátrica, consiguiendo diversas clasificaciones (DSM, CIE, etc.) que sin duda ofrecen hoy indiscutibles ventajas para la realización de ciertos trabajos clínicos, estadísticos y administrativos.

No obstante, y coexistiendo con los antedichos fenómenos, también han ido surgiendo otros menos alentadores, como son, un menor rigor en las patologías y un alejamiento de los esfuerzos reflexivos en torno a aspectos nucleares dentro de la psiquiatría clínica, llegando en nuestros días a una verdadera «dilución conceptual», esto es, una situación tal de ateoreticismo en la que no es posible la realización de un «lenguaje bien hecho», lo que podría derivar en tiempo no demasiado lejano, en un «acto de barbarie o catástrofe general»<sup>3</sup>.

### *Antecedentes históricos*

La historia de la psiquiatría nos muestra con evidencia que desde sus comienzos siempre ha girado en torno a dos polos, el de los «psíquicos» y el de los «somáticos». En la actualidad esta dualidad persiste, pero se ha hecho mucho más compleja, y, por ello, no es posible designarlos con sendos términos englobantes. La contraposición más aproximada a la del pasado sería la de la orientación biológica y orientación psicoanalítica, aún a sabiendas de que en la primera se incluirían campos tan heterogéneos como el tradicional de las psicosis orgánicas, los tratamientos de choques, la psicofarmacología, que sin duda es el más importante en la praxis actual, y el de la «neurociencia», que, aunque se mueven predominantemente en el área de la experimentación animal, abren prometedores horizontes de aplicación a escala humana; la designación «psicoanalítica» abarcaría la psicopatología tradicional, la orientación fenomenológica y antropológica las escuelas psicoanalíticas en sentido estricto, todas las formas de psicoterapia aunque se apoyen en teorizaciones biologizantes como el behaviorismo y el psicoanálisis como metapsicología o metafísica de los instintos<sup>4</sup>.

Mientras que el primer campo, o biológico, puede desarrollarse sin requerir otros métodos que los de la medicina, el segundo, el psicopatológico o psicoanalítico en su sentido más amplio, obliga al psiquiatra a moverse en áreas de conocimientos radicalmente distin-

---

<sup>3</sup> Berrios, G.E. y Fuentenebro de Diego, F. (1966). *Delirio. Historia, Clínica, Metateoría*. Edit. Trotta. Madrid.

<sup>4</sup> Mediavilla Ruiz, J.L. (1980). *Conversaciones con Ramón Sarró*. Preámbulo. Pub. Lab. Hoechst. Gráficas Valldep. Barcelona.

tos de los biológicos. Son los campos que cultivan las ciencias antropológicas o Ciencias del Hombre.

Desde comienzos del siglo XIX (Pinel, Esquirol, Griesinger) hasta su final (Chaslin, Meynert), la psiquiatría es fundamentalmente descriptiva y especulativa. Möbius habla de «la desesperación de la psiquiatría», para calificar esta precariedad de hallazgos.

Esta corriente descriptiva (P.J. Möbius, K.L. Kahlbaum, E. Hecker en Alemania, y Georget, Gallarger, y Morel en Francia) alcanza su más alta cima en la figura de Kraepelin cuyo método descriptivo puede considerarse sistemático. En la obra de Kraepelin vamos a poder encontrar minuciosas descripciones de la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz. La opinión de Kraepelin era que las enfermedades mentales se hallaban determinadas, y, en consecuencia, sólo eran curables aquellas enfermedades cuyas causas podían considerarse «exteriores». Por lo tanto, no había propiamente un tratamiento, ya que todo dependía de la enfermedad no del enfermo. Ante una demencia precoz, el médico no podía hacer otra cosa que adoptar la actitud del observador científico atento.

Algunos años después, Eugen Bleuler, hace una revisión de estos conceptos, llegando a proponer que la demencia precoz no es una enfermedad uniforme, sino un grupo de reacciones patológicas; además, observa que no siempre evoluciona hacia un deterioro, ni a un cuadro demencial, y, que la edad de aparición es más diversa que la señalada por Kraepelin (de 20 a 30 años). Por ello, Bleuler considera más adecuado el término de «Esquizofrenia» («mente hendida»). Los trabajos de Bleuler, y sobre todo la actitud que él mostraba ante la enfermedad, merecieron una atención entusiasta por la mayor parte de los investigadores.

También Chaslin había puesto de manifiesto en sus *Elementos de Semiología y Clínica Mental* (1912), que este tipo de «demencia» (refiriéndose a la demencia precoz de Kraepelin), no ofrecía siempre síntomas de debilitamiento intelectual, sino más bien un estado que él denominó de «discordancia». El mismo Bleuler dudó en cambiar el término Esquizofrenia, por el de Psicosis Discordante, ya que era precisamente la disociación el síntoma más característico de la enfermedad.

Freud fue contemporáneo de Kraepelin. El panorama terapéutico que se traslucía a través del *Manual de Psiquiatría* de Kraepelin era sin duda más sombrío que la actitud comprensiva que introducía la naciente terapéutica psicoanalítica. Quizá este «cambio de actitud» del psicoanálisis hubo de influir favorablemente incluso en la psiquiatría tradicional, que aun sin adoptar la técnica psicoanalítica se vio invadida de un mayor optimismo. Y, así, cuando los freudianos hablaban de tratar la psicosis, Wagner-Jauregg emprendió el tratamiento de la parálisis general por impaludización.

## *Nosología versus Psicoanálisis*

Vemos que la psiquiatría durante la primera década del siglo osciló entre el modelo de la medicina somática (orientación clínica nosológica kraepeliana) y el modelo psicoanalítico. A partir de los descubrimientos de Wagner von Jauregg, Sakel y von Meduna (terapias físicas y quimioterápicas) fue desplazándose hacia el polo somático, si bien, sin que en la psiquiatría se eclipsase por completo la noción de su inalterable condición dual.

Por otro lado, en 1913, se publica la *Psicopatología General* de Karl Jaspers, en 1927 *Ser y Tiempo* de Martín Heidegger, que, bien o mal interpretada, instaura la orientación antropológica, ya iniciada por Eugen Minkowski.

La primera conexión sistemática entre la antigua psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis fue emprendida por Paul Schilder y por Adolfo Meyer. El primero, de origen vienés emigró a América donde desempeñó un importante papel en el desarrollo de la psiquiatría americana. Adolfo Meyer, de origen suizo, representaba la antigua corriente psiquiátrica basada en la biología, aunque sensible al movimiento psicoanalítico, más como actitud que como método.

En Estados Unidos tuvo un gran auge el psicoanálisis especialmente entre la década del 50 al 60, por razones seguramente más sociales que estrictamente psiquiátricas.

En Europa, partiendo del movimiento psicoanalítico, destacan Jung, que orienta su actividad inicialmente a la demencia precoz para derivar a la psicoterapia; Ferenczi y Simmel en las neurosis de guerra; Abraham en la depresión melancólica, etc.

## *La obra de Sigmund Freud*

El psicoanálisis trascendió los límites de la clínica e influyó de forma decisiva en todos los ámbitos culturales. Lo que inicialmente, hacia 1902, se limitaba a una reunión cada miércoles en casa de Freud (Stekel, Adler, Kahane, Reitler), que pasó a denominarse simplemente como Sociedad Psicológica de los Miércoles, después, como consecuencia del encuentro de Freud con Jung y con Binswanger, es decir, con los que habrían de formar el grupo de Zurich, se constituyó la Sociedad Psicoanalítica de Viena (1908). Y dos años más tarde (1910), bajo la presidencia de Jung (por indicación expresa de Freud), se fundó la Asociación Psicoanalítica Internacional. Es a partir de este momento, hasta la Primera Guerra Mundial cuando se promueve su difusión, especialmente por Europa: Sociedad de Munich (1910), Sociedad de Budapest (1913), Sociedad de Londres (1913) y también en los Estados Unidos: Sociedad de New York (1911).

Hoy podemos pensar que más que un método dirigido a la clínica, sus orígenes apuntaban a una «vocación» transformadora social, que se refleja en la denominación que ya adopto en 1914, «Die psychanalytische Bewegung», (el movimiento psicoanalítico)<sup>5</sup>.

### *Disidencias psicoanalíticas*

Casi a un tiempo de esta pujante difusión por diferentes países, se iniciaron las primeras disidencias, de las cuales, las más sobresalientes podemos decir que fueron las de Adler, Stekel y Jung.

Alfred Adler (1870-1937) mantuvo el criterio de que el psiquismo inconsciente del individuo se rige por unas normas claras: la superación o compensación de las minusvalías; y cuando la compensación fracasa o sigue un mecanismo errado, entonces sobreviene la «neurosis».

C.G. Jung (1876-1961) dedicó especial atención a los mitos y a las leyendas, comparándolas con el pensamiento infantil y onírico. Para Jung, la mente poseía estratos históricos con material mental arcaico, lo cual vendría a significar que todo hombre bajo el inconsciente individual posee o participa en un «inconsciente colectivo».

Freud hubo de enfrentarse a las disidencias de sus más brillantes discípulos, y se encontró dividido entre la homogeneidad de su naciente institución y la dispersión y atomización de sus conceptos. Y esta misma situación habría de reflejarse ante todo aspirante a psicoanalista: someterse a la teoría de Freud, una transmisión asegurada por parte de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional), o rechazarla (lo que ocurrió con Jung y Adler y tantos otros).

La historia del movimiento analítico nos muestra que la intolerancia de la «transmisión del análisis» exige entender cómo se culmina la «transferencia». Para la IPA, sólo existía la posibilidad de convertirse en analista cuando éste «toma en cuenta y acepta las exigencias de su propio analista, que no son más que una emanación del ideal institucional». Esta teoría del fin del análisis tiene sus raíces en la transposición de la resolución del complejo de Edipo sobre la cuestión de la resolución de la transferencia». Estos conceptos fueron ampliamente criticados dentro de los propios analistas, lo cual dio lugar, como ya hemos señalado, a cada vez más numerosas escisiones y heterodoxias: Tausk, Jung, Adler, Stekel, Ferenczi, etc.

---

<sup>5</sup> Gracia Guillén, D. (1980). «Psicoanálisis». *Historia Universal de la Medicina*, dirigida por Pedro Laín Entralgo. Tomo VII. Pag. 85-89. Salvat. Editores. Barcelona.

## ORIENTACIONES DEL PSICOANÁLISIS

Tras la Segunda Guerra Mundial, tres son las direcciones fundamentales que siguieron las doctrinas freudianas<sup>6</sup>.

### *a) La Psicoanalítica, o de orientación «ortodoxa»*

En la que prevalece el «arte de interpretación» de los fenómenos inconscientes. El significado del contenido mental dejó de ser el único foco de atención, y, dándose ya por sabido, el arte de interpretación, se centró el interés en el estudio de los principios dinámicos de la organización interna de la personalidad. Como consecuencia de esto se lograron algunos avances teóricos y prácticos, entre los que cabe destacar:

- En la psicología del Yo: Hartmann, E. Kris, Loewenstein, Alexander, Schilder, Federn, Erikson, Anna Freud, Kardiner, Ferenczi, etc.
- En la teoría dinámica de los instintos: M. Klein, Winnicott, Fairbain, Guntrip, etc.
- En las pautas terapéuticas: Weigert, Fromm-Reichman, Heimann, Benedek, Balint, Rado, etc.
- En el psicoanálisis infantil: Anna Freud, Melanie Klein.
- En la psicoterapia de grupo: Slavson, Schilder, Klapman.

### *b) La orientación psicosomática*

Incorporación de la doctrina psicoanalítica a la Patología humana (Groddeck, 1918; Ferenczi, 1922; O. Schwarz, 1925).

### *c) Orientación antropológica*

Dando lugar a una Antropología Médica, en sus diversas formas: Análisis Existencial (L. Binswanger, M. Boss, K. Jaspers), Psicoterapia Antropológica (V. Gebattel), Logoterapia (V.E. Frankl), Antropología Médica (V. Weizsäcker, Oswald Schwarz, A. Jores, etc.).

## *Evolución*

La evolución de este movimiento tiene sus orígenes históricos, al tiempo que permite establecer algunos criterios sobre los propios límites en los que llegó a enmarcarse<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Gracia Guillén, D.; ant. citada.

<sup>7</sup> Law Whyte, L. (1960). *The Unconscious before Freud*. Basic Books, Inc., Nueva York. Traduc. en español (1967), *El inconsciente antes de Freud*. Edit. Joaquín Mortiz. México.

En cuanto a los primeros habría que considerar que desde 1680 a 1880, los fenómenos inconscientes, o quizá podría decirse también la existencia de la mente inconsciente ya puede considerarse como un descubrimiento dentro del contexto del pensamiento cartesiano.

Entre los años 1880 a 1960 encontramos intentos parcialmente afortunados para descubrir la estructura de los procesos inconscientes, sobre todo en patología.

Y desde 1960 en adelante, se hace evidente una mayor atención a los procesos mentales no deformados y a su interpretación monista, con menos énfasis en la antítesis consciente/inconsciente, dentro del contexto de una teoría del desarrollo en la organización biológica.

Otro aspecto no menos importante es que en el transcurso del tiempo comienzan a integrarse algunos de los más importantes descubrimientos de autores como Adler, Jung, Ferenczi, Rank, que con anterioridad hubieron de ser eliminados en aras de la eficacia y la cohesión interna del movimiento psicoanalítico.

Así, en la actualidad, el psicoanálisis tiende a perder el aspecto de mosaico multiforme de diversas escuelas irreconciliables para confluir desde puntos de partida distantes, con metodológicas variadas, en la afirmación simultánea de ciertos puntos fundamentales. Diríase que comienza a encontrarse aquella unidad que Freud anheló, enriquecida por las nuevas aportaciones y la asimilación de diversos puntos en el haber de las escuelas «heterodoxas».

Uno de los mayores apologetas de Freud fue su discípulo Ernest Jones. Pues bien, el mismo Jones escribió que «una gran parte de las exposiciones teóricas» (de Freud) eran «respuestas a sus propias necesidades intelectuales, más que afirmaciones de validez general. Como él mismo dijo, eran andamios que él encontraba útiles, pero que podían reemplazarse en el momento en que se encontrasen otros mejores».

Como comenta Whithe, L.L. : «Si Freud y sus continuadores hubieran mantenido estas precauciones, el movimiento psicoanalítico hubiera estado menos sujeto a la crítica y el mundo se hubiera ahorrado muchas polémicas inútiles».

## RAMÓN SARRÓ Y EL PSICOANÁLISIS

Ramón Sarró Burbano nació en Barcelona el 10 de noviembre de 1900. A la edad de tres años murió su madre. Su padre, médico, contrajo un segundo matrimonio con una de sus tías carnales.

El joven Sarró cursó estudios de medicina de la Facultad de Medicina de Barcelona. Una vez licenciado, trabajó como Médico del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

Estimulado por las referencias de Ortega y Gasset sobre Freud, leyó algunos escritos freudianos, bajo la influencia de estas lecturas, decidió formarse como auténtico psicoanalista. Escribió a Freud, y, admitido como discípulo, marchó a Viena en 1925. Freud encomendó su Análisis Didáctico a una de las más eminentes psicoanalistas, Helena Deutch. Desde 1925 a 1927, Sarró, además de seguir su análisis didáctico, asistió a los cursos y seminarios teóricos, y participó activamente en debates científicos, presentado ponencias en los seminarios de las tardes. Analizó dos casos a lo largo de varios meses, bajo supervisión en el ambulatorio psicoanalítico.

Se dan, por lo tanto, varias circunstancias singulares: que el Dr. Ramón Sarró fue el primero, y seguramente el único español, discípulo directo de Freud que conoció de forma directa el ambiente psicoanalítico; que durante los años de su estancia en Viena, tuvo ocasión también de vivir el resultado de las primeras disidencias ya producidas en el seno del grupo psicoanalítico, tales como las Adler, Jung, Stekel y Otto Rank<sup>8</sup>.

### *Influencias de otras corrientes*

Cierta decepción en la marcha de su propio Análisis Didáctico, y la influencia de otras corrientes de pensamiento psiquiátrico y filosófico, hacen sin duda que su actitud y su pensamiento tomen un rumbo distinto.

Sin embargo, Sarró continuó manteniendo un dialogo permanente con Freud, Heidegger y la fenomenología:

«Había regresado de Viena donde había pasado tres temporadas realizando mi formación psicoanalítica bajo la dirección de mi maestro Freud. Pero Freud no fue mi único maestro, bebí en muchas fuentes, no sólo psicoanalíticas sino también psiquiátricas. Una de las personalidades que más huella dejaron en mí, fue Paul Schilder, quien en aquellos años tenía a su cargo el Servicio de mujeres de la Clínica Universitaria de Viena, que dirigía Wagner von Jauregg, que había obtenido el premio Nobel por su descubrimiento de la malario-terapia. Paul Schilder, que a pesar de su juventud había sido nombrado profesor, reunía en su persona múltiples saberes, aparte de poseer dos doctorados, el de medicina y el de filosofía y de ser un eminente neurólogo (la encefalitis periaxial difusa lleva su nombre) e integraba en sus publicaciones y en sus enseñanzas las aportaciones psicoanalíticas y las de las Escuelas Psiquiátricas. Schilder entre los psicoanalistas era el más destacado y quizás el único in-

---

<sup>8</sup> Amenábar Beitia, J.M. (1994). *Ramón Sarró, explorador de los delirios*, Bilbao, 1994, Tesis Doctoral, Universidad de Deusto. Sección Psicología.

investigador del campo psicótico con el que mantenía contacto constante en el Servicio clínico universitario. En el Congreso de Viena, el 13 de septiembre de 1927, la «Deutscher Verein für Psychiatrie», se trató el tema de la Psicología de la Esquizofrenia, que fue desarrollado por tres ponentes, Josef Berze de Viena, Hans W. Gruhle de Heidelberg y Paul Schilder. Las tres ponencias tenían como denominador común la aspiración a superar las doctrinas de Kraepelin y de Bleuler sobre la psicología de las esquizofrenias. Cada investigador exponía su propia visión del problema. Las tres ponencias me impresionaron hondamente, quizá porque ya presentía que iba a verme obligado a abandonar Viena. Me atrajo especialmente la de Schilder, no por ser superior a los demás, más bien al contrario, porque ponía más en primer término la temática del delirio. Las emociones intelectuales vividas en aquel Congreso reforzaron el propósito que ya había formado anteriormente de consagrarme intensamente al estudio de la psicosis esquizofrénica en cuanto regresara a España y —punto importante— pudiera estar en contacto con enfermos con los que siempre me sería más fácil comunicarme que con los enfermos alemanes»<sup>9</sup>.

### *Retorno*

A su regreso a España, venciendo muchas dificultades Sarró consiguió que se le permitiera ver enfermos en el Instituto Mental de la Santa Cruz (Servicio de hombres). Fue allí donde conoció a los enfermos Gelabert y Serrano, el primero proponía una numerología y el segundo se dedicaba a la reforma del diccionario. Eran los dos enfermos más productivos del establecimiento con la diferencia de que el primero era extraordinariamente abordable y el segundo casi inabordable. Su rasgo común era la productividad, que les hacía refractarios no sólo a una interpretación clásica reductiva, tipo Kraepelin o tipo Bleuler, sino también a una interpretación a partir de la teoría de la libido como hacía el psicoanálisis y el propio Schilder, con la cual se sentía disconforme a pesar de su admiración por Freud y por Schilder.

<sup>9</sup> Mediavilla Ruiz, J.L. (1980). *Conversaciones con Ramón Sarró* (obra citada).



## SÍMBOLO Y MITO EN LA ESQUIZOFRENIA

La *Psicología de la Esquizofrenia, Pensamiento presimbólico y Existencia mítica* es el título de la Tesis Doctoral que Sarró presentó en 1931, fruto de los dos pacientes, Serrano y Gelabert. Tesis basada en la aplicación de los conceptos de la Filosofía Romántica alemana —Goethe, Schelling, Novalis— que, medio siglo más tarde, con Nietzsche, Bergson y Klages, se convirtió en lo que en alemán se llama Lebensphilosophie y que Sarró traduciría con el término Klagesiano de Filosofía Biocéntrica<sup>10</sup>.

El minucioso estudio de los casos de Serrano y Gelabert requirió una revisión general de los conceptos de pensamiento lógico y pensamiento simbólico, signos y símbolos, el lenguaje y sus distintas funciones. La concepción de Klages sobre la «vivencia pelasga», basada en los descubrimientos simbólicos de Bachofen, sirvió a Sarró para llevar a cabo el análisis del pensamiento de los dos pacientes citados.

Sarró, apoyándose en las ideas de Cassirer, observó que la desaparición de la heterogeneidad entre significante y significado implicaba la sustitución de los símbolos (arbitrarios y abstractos) por los presímbolos (naturales y concretos). Y, basándose en las ideas de Klages, propuso que la existencia esquizofrénica era una forma patológica de la vida pelasga, en la cual el símbolo predomina sobre el concepto y la vivencia sobre la razón.

## FORMAS FINALES ESQUIZOFRÉNICAS

Tras haber analizado a Serrano y a Gelabert, Sarró comprendió que los hallazgos obtenidos en el trabajo realizado había de someterlos comparativamente a otros pacientes delirantes. Tanto Freud como Binswinger adolecían de una casuística que pudiera resultar demostrativa. Esta necesidad del método pluricasuístico llevó a Sarró al estudio de doscientos casos de esquizofrénicos hospitalizados, publicado en colaboración con Shanahan, con el título *Estados finales de la esquizofrenia* (1950) y que sirvió de referencia y de contraste con los hallazgos obtenidos por Kleist y Leonhard en Alemania. Las conclusiones eran las siguientes:

1. Se constata que los esquizofrénicos españoles son menos propensos a la transformación catatónica que los esquizofrénicos alemanes de Kleist y Leonhard.
2. Que las ideas fantasofrénicas permiten una comunicación con el propio enfermo.
3. Que las actividades iconológicas resaltan las ideas y los temas delirantes<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Epistolario. Carta del 7-XII-76.

<sup>11</sup> Amenábar Beitia, J.M. (1994). Tesis doctoral citada.

## MONOGRAFÍA 1972

Posteriormente Sarró se interesa por las formas esquizofrénicas de comienzo y emprende otro trabajo destinado a verificar si las tesis deliriológicas pueden ser utilizadas en todos los casos clínicos, abarcando así, tanto a las formas finales como las de comienzo. El resultado de esta investigación, en la que colaboraron Alberni, Fábregas, Torres y Trujillo, fue una monografía titulada *Análisis Mitologemático de los delirios Esquizofrénicos* (1972).

En ella se constata:

1º. Que la mayoría de los temas delirantes (mesianidad, divinización, etnogeocentrismo, muerte reversible, pluralidad diacrónica de egos, pluralidad de mundos, etc.) no guarda relación con los contenidos biográficos.

2º. Que las semejanzas existentes entre los temas delirantes y los mitos inducen a utilizar el término de mitologema<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> El término de Mitologema fue utilizado por Sarró, siguiendo a Bachofen para designar a los Pelasgos, los primitivos habitantes de Grecia con una cultura matriarcal y un lenguaje propio. Sin embargo, creemos que pese a las múltiples analogías entre el pensamiento pelasco y el delirante, no todo lo delirante puede ser considerado propio del pensamiento pelasco.

El término mitologema acentúa el carácter mítico que subyace en el pensamiento delirante, pero, como advierte Sarró, la interpretación que habitualmente se hace de los mitologemas es como si fueran producciones delirantes, como los delirios ya conocidos.

Creemos que resultaría quizá más adecuado en la clínica el término Delirema, reservando el de Mitologema a los contenidos inicialmente descubiertos por Sarró.

Castilla del Pino utiliza también el término Delirema. Parte este autor de un modelo de conducta «judicativo», es decir «la conducta mediante la cual se dota de categoría lógica a cada objeto de la realidad». Y esto se apoya en dos coordenadas:

—La denotación: dirimir si el objeto existe, y dónde, si en la realidad externa o interna.

—La connotación: atribuir o negar al objeto determinadas cualidades o significaciones.

Este modelo (que se nutre de lógica formal, teoría de la comunicación y análisis lingüístico), lo aplica Castilla a las seudopercepciones y al delirio.

Los Deliremas son para Castilla del Pino anomalías del proceso de connotación, dividiéndolos en Delirema Tipo I, interpretaciones delirantes sobre denotados, es decir, sobre objetos (tanto objetos «externos» —perceptos— como «internos» —representaciones—) y Deliremas Tipo II, que serían interpretaciones (delirantes) de denotados, externos o internos, también anómalos. Y en este grupo de Deliremas, Castilla incluye alucinemas, ilusemas (refiriéndose al delirio que incluye alucinaciones o ilusiones) o incluso Deliremas Mnésticos, o también Delirema M, en los que el delirio queda circunscrito a experiencias pasadas. Los Deliremas Tipo I de Castilla del Pino vienen a corresponder a las ideas delirantes Primarias de Jaspers o a la Percepción delirante de Kurt Schneider, y los Deliremas Tipo II vendrían a equipararse con las representaciones y cogniciones delirantes de Jaspers o las ocurrencias delirantes de Schneider, que se establecen como ya hemos dicho sobre un denotado alucinatorio y a modo de explicación de la pseudopercepción.

El delirio es, en palabras de Jaspers, «el problema básico y fundamental de la psicopatología»<sup>13</sup>, ya que, desde siempre, «delirante y enfermo mental fueron una misma cosa»; sin embargo, la investigación en torno al mismo es escasa en comparación con la que viene llevándose a cabo respecto de otros fenómenos.

Por todo ello, creemos que está hoy plenamente justificado incidir en el estudio de la estructura y la temática delirante, ya que, pese a las dificultades que ofrece, sigue manteniendo «el mayor interés psiquiátrico».

### CONCEPTO

Al término «delirio» podemos adscribirle dos acepciones: una, aquella que le identifica como un síndrome con afectación de la conciencia, confusión, desorientación, agitación y pseudopercepciones (delirium) y otra que lo inscribe como una consecuencia de una mutación en las relaciones Yo-mundo y que se acompaña de un cambio en las convicciones y significaciones de la realidad, haciendo especial referencia al trastorno del contenido del pensamiento.

Para evitar la confusión entre los dos significados del término «delirio» han sido propuestas diversas soluciones. Delgado propuso, en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, utilizar los términos «delirio» (para trastorno de conciencia) y «delusión» (para el trastorno del pensamiento), fórmula utilizada, entre otros por Llopis. Sin embargo, Sarró prefiere utilizar los vocablos «delirium» y «delirio» respectivamente.

---

<sup>13</sup> Jaspers, K. (1913). «El delirio fue en todos los tiempos algo así como el fenómeno fundamental de la locura. Delirante y enfermo mental eran una misma cosa. ¿Qué es el delirio? Es en realidad un problema básico de la psicopatología». *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin. 1948. (Trad. cast, *Psicopatología general*, Beta, Buenos Aires, 1970).

DELIRIUM = DELIRIO EXÓGENO  
DELIRIO = DELIRIO ENDÓGENO

Tras la descripción de Laségue (1852) del delirio de persecución, esta diferenciación del concepto de delirio quedó claramente establecido. Así, en Francia se describe la confusión mental primitiva (Moreau de Tours, Laségue, Regis) apoyándose en el modelo onírico. En Alemania (Kraepelin) se incluyen en la psicosis sintomáticas y, posteriormente, con los Tipos Preferentes de Reacción Exógena de Bonhoeffer (1907) se remarca aun más la delimitación entre los delirios endógenos de los exógenos. Sin embargo, hay autores (Clerambault, Carl Schneider, Mayer Gross) en los que el pensamiento delirante esquizofrénico no se diferencia demasiado del pensamiento onírico.

Podemos decir que, clásicamente, los delirios se han venido diferenciando en exógenos, aquellos ligados a trastornos de la conciencia, y endógenos, los que aparecen con lucidez, como alteración noético-afectiva de las convicciones de la persona (Ruiz Ogara)<sup>14</sup>.

Y así, en Francia, Esquirol (1812-1840) distingue entre locuras generales y locuras parciales, Laségue (1852) Magnan y Legrain (1890) diferenciaron los delirios no sistematizados de evolución progresiva; Cotard (1891) y Serieux y Capgras (1909 y 1921) describen las locuras rasonantes y clasifican los delirios según su «mecanismo o estructura psicológica». En Alemania, Gressinger y Westphal se interesaron en separar el grupo de las Paranoias, y Kraff-Ebbing en su Tratado de Psiquiatría se ocupó de la definición de las ideas delirantes, hasta que en 1900, la obra de Kraepelin desplaza la atención fenomenológica hacia el campo nosológico. Es la obra de Jaspers (1913) y posteriormente la Escuela de Heidelberg (Gruhle, Mayer-Gross, Carl y Kurt Schneider) con los que aparece un nuevo interés por la psicopatología de los delirios, para lo cual se tomó como punto de partida el concepto de «idea delirante».

## IDEA DELIRANTE PRIMARIA E IDEA DELIRANTE SECUNDARIA

La idea delirante primaria fue definida como idea falsa, de origen patológico, que altera el juicio de la realidad y no es modificable por la argumentación ni por la evidencia crítica. Se establece también la distinción entre las ideas delirantes primarias (no derivadas de

<sup>14</sup> Ruiz Ogara, C. et alt (1982). *Psicopatología de los delirios. Psiquiatría*. Edc. Toray, Barcelona.

otros hechos psicopatológicos y que no pueden ponerse en relación comprensible con acontecimientos o situaciones previas) e ideas delirantes secundarias (derivables de otros fenómenos patológicos anteriores). Los autores alemanes fueron distinguiendo aun entre representaciones, cogniciones, percepciones, ocurrencias delirantes. Las ocurrencias delirantes (Grühle) son fenómenos psicopatológicos de presentación súbita, como la inspiración o la intuición; y percepciones delirantes (Jaspers), bi-membres: primero una percepción normal y después hay una significación anómala atribuida a la misma.

Algunos autores (Grühle, K. Schneider, Tellenbach, López Ibor, Conrad) señalan que estas percepciones delirantes primarias se dan por existir previamente una modificación básica del estado de ánimo (Temple o humor delirante, Hagen; Esquizoforia, López Ibor; Tremma, Conrad).

## GÉNESIS DEL DELIRIO PRIMARIO

La elaboración del llamado delirio primario transcurre por una serie de fases que, en general, han sido identificadas por el siguiente orden<sup>15</sup>:

a) Temple delirante: vendría a constituir la fase previa a la aparición del delirio y podría equipararse a un «presentimiento». La realidad que envuelve al paciente aparece grávida de una nueva significación que todavía no revela. El ambiente va perdiendo su familiaridad, empiezan a quebrarse los lazos de la convivencia habitual con seres y cosas, pero aún «no sabe que pasa». Este estado se denomina «temple delirante», aunque no es un estado puramente afectivo, ya que contiene, en germen, lo que inmediatamente va a aparecer;

b) Aparición de nuevas significaciones: súbitamente el paciente empieza a entender, descubre «nuevos sentidos» en la realidad que lo envuelve. Los objetos del ambiente no pierden su significado habitual, pero cobran otro nuevo.

c) Interpretaciones e inspiraciones delirantes: cuando el significado delirante puede insertarse en una percepción, en una representación, en un recuerdo, hablamos de «interpretación delirante». En cambio si es producto de una inspiración, si el enfermo «sabe» de pronto, sin apoyo alguno en una realidad sensible, que ha cambiado radicalmente el significado de algo, hablamos de «inspiración delirante».

---

<sup>15</sup> Sarró Burbano, R. (1952). «Tratado de Patología y Clínica Médicas». Agustín Pedro Pons. Tomo IV. *Enfermedades Mentales*, 1129-1244. Salvat Editores. Barcelona.

En ambos casos, el nuevo significado aparece de un modo inmediato e intuitivo sin intervención del razonamiento. No aparecen en la conciencia un elemento antecedente y otro consecuente que ulteriormente se fusiona, sino que ya surgen tan indiscutiblemente fusionados o aglutinados como la percepción normal y su significado.

d) Predominio de un tema delirante: en un principio las significaciones pueden ser contradictorias: el paciente dice ser Cristo y el Anticristo, por ejemplo. Pero, con mayor o menor rapidez, se estabiliza esta situación y los temas delirantes disminuyen en número y pueden quedar reducidos a uno sólo.

e) Incorregibilidad del delirio: mientras que los temas iniciales pueden tener una vida corta, a veces tan breve como una ocurrencia, el tema que sobrevive a esta polifanía inicial propende a persistir invariable.

f) Integración del delirio: a medida que transcurre el tiempo, los nuevos elementos psicóticos, —no únicamente el delirio, sino también las alucinaciones, la nueva afectividad, los instintos, etc.— no permanecen extraños entre sí, propendiendo a una síntesis entre ellos y en la medida de lo posible con los restos de la personalidad prepsicótica.

g) Sistematización: esto sería una mera continuidad del proceso anterior, desde un principio se inicia un esfuerzo de respetar las normas lógicas. El paciente pugna por eliminar contradicciones entre sus propias ideas y las de los demás. En algunos casos, el trabajo de instauración es tan perfecto que recuerda la arquitectónica de un sistema filosófico.

## PATOGENIA DE LOS DELIRIOS

La evolución de las ideas sobre la patogenia de los delirios ha seguido diversos caminos, aunque, como en general en todos los problemas psiquiátricos, pueden reducirse a tres fundamentales<sup>16</sup>:

- Teorías mecanicistas: intentan explicar el componente delirante por la producción de fenómenos basales o elementales directamente ligados a los accidentes cerebrales.
- Concepciones psicogenetistas: por factores afectivos (conscientes: reacciones a situaciones vitales; inconscientes: impulsado por los trabajos de psicología profunda).
- Concepciones organodinamistas: suponen que el mecanismo fundamental es la regresión argumentando la analogía entre el sueño y el pensamiento delirante.

El camino «mecanicista» ha seguido a un análisis previo del delirio disociando el mismo en un cierto número de trastornos llamados «elementales» o fundamentales. El origen sensorial de la idea delirante está fundado sobre la hipótesis de la producción del delirio a

<sup>16</sup> Mediavilla Ruiz, J.L. (1987). *Función y estructura del delirio*. Universidad de Oviedo.

---

## ÍNDICE

### PRÓLOGO

Por el doctor Alfonso Ledesma Jimeno .....	9
--	---

### PARTE I. MITO Y DELIRIO

#### INTRODUCCIÓN

Medicina y Psiquiatría .....	17
Psicología y Psiquiatría .....	18
Orientaciones y Evolución del Psicoanálisis .....	23
Ramón Sarró y el Psicoanálisis .....	24
Símbolo y mito en la esquizofrenia .....	27
Formas finales de esquizofrenia .....	27
Monografía 1972 .....	28

#### DELIRIUM Y DELIRIO

Concepto .....	29
Idea delirante primaria e idea delirante secundaria .....	30
Génesis del delirio .....	31
Patogénia de los delirios .....	32
Aportaciones psicopatológicas .....	39
Análisis temático del delirio .....	40
Mitologemas .....	42
El delirio como estructura plurimembre .....	55

#### CASOS CLÍNICOS (ENUNCIACIÓN ABREVIADA)

Áurea / 57	Serrano / 58	Guiscafré / 61
Belarmina / 57	Gelabert / 59	J. Blanqué / 61
La Reina y Soberana de	Virgilio / 60	Palmira / 61
las serpientes / 58	Padre Jesús / 60	Molina / 62

Saavedra / 62	Espín / 63	María Jesús / 64
Manuel / 62	Estany / 63	Avelino / 65
Ramiro / 63	Enrique / 64	Fernán / 65
Extranjero de Jerusalén / 63	Rafael / 64	
Casuística Iconográfica Delirante. Casuística clásica .....		66
Cotton / 66	Knüpfer / 69	Pohl / 71
Wölflí / 67	Friedrich Schröder-	
Netter / 68	Sonnenstern / 70	
Casuística Iconográfica Delirante. Casuística Iconográfica Sarroniana .....		72
Mario de Montis / 72	Lagarto / 75	Brigitte / 77
Almirall / 73	Paciente de Conxo / 76	Casamitjana / 78
Rastrilla / 73	El perseguido de	Fanals / 78
Buey / 74	Miraflores / 76	Martincito / 79
Gran Samboiano / 75	Porfirio / 77	Juan / 80
Homo Demens .....		81
Conclusiones .....		83
BIBLIOGRAFÍA .....		85
PARTE II		
CARTAS DE RAMÓN SARRÓ .....		101