

DELUSION Y ESQUIZOFRENIA*

Víctor SAAVEDRA**

PALABRAS CLAVE : Esquizofrenia - Psicosis -
Delusión - Pensamiento delusional

KEY WORDS : Schizophrenia - Psychosis - Delusion -
Delusional thinking

Se revisan las concepciones clásicas de la esquizofrenia. Se destaca el interés inicial de los investigadores en el esclarecimiento y formulación de las variadas hipótesis explicativas del trastorno fundamental de esta psicosis, así como el cambio de orientación que se evidencia en las investigaciones modernas, tanto clínicas como etiológicas. Se revisan, igualmente, los estudios sobre el concepto de delusión enfatizando el contexto delusional, fundamentando la significación clínica, complejidad y gravedad de este fenómeno psicopatológico.

DELUSION AND SCHIZOPHRENIA

The author reviews the classical concepts of schizophrenia. He points out the initial research focus on conceptual formulation and clarification of explanatory hypothesis to explain the fundamental disturbance of this psychosis. He also emphasizes the changing trends of modern clinical and etiopathogenic research in this area. A general overview of conceptual studies on delusion is also given, stressing the notion of delusional context as a base of the clinical meaning, complexity and severity of this psychopathological phenomenon.

* Contribución al Symposium: Aspectos clínicos de la esquizofrenia, en las VII Jornadas Psiquiátricas «Honorio Delgado», del 9 al 13 de julio de 1993, en el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado - Hideyo Noguchi».

** Ex-Profesor Principal de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Entre delusión y esquizofrenia hay, por lo menos, dos tipos de relación: 1) una espacial de contenido a continente; y, 2) una de afinidad nosológica que, para algunos autores, alcanza la proporción de equivalencia. La primera puede tener el carácter de una exigencia lógica, al punto de señalarse categóricamente el hecho de que no habría esquizofrenia sin delusión; sabiendo incluso que, hasta el presente, y pese a unos tres siglos ya de investigación ininterrumpida, no se ha logrado aún una satisfactoria dilucidación científica tanto de la delusión cuanto de la esquizofrenia; en ambos casos, no se han logrado atenuar las discrepancias, sino al contrario, hacerlas más distantes y mayores aunque, a decir verdad, con beneficios para el enriquecimiento de nuestra disciplina. Por esta razón, los psiquiatras han venido hablando de delusión y esquizofrenia y continúan trabajando con estos conceptos, a despecho de su consabida ignorancia acerca de la verdadera esencia de tales entidades. Cuando verificamos que en clínica psiquiátrica hay tantas teorías, cuantos investigadores han ahondado en un determinado tema en que cada cual cree haber dado con la verdad del asunto, nos viene involuntariamente a la memoria aquella célebre frase del pre-socrático **Protágoras**, citado por Capelle (4), consagrada por la tradición filosófica y que afirmaba que - «el hombre es la medida de todas las cosas»; y es que la búsqueda de la verdad resultaba para aquel filósofo y los escépticos, una empresa nada menos que utópica; cada cual alcanza su propia verdad y nadie puede arrogarse el derecho de disputárselo.

Así, en el caso de la delusión, respecto de cuyo valor semántico y de cuya génesis las divergencias de

opinión van desde aquellos autores que han negado su existencia como «juicio falso» o «creencia falsa», hasta quienes exigen su presencia como **conditio sine qua non** en la mencionada psicosis, atribuyéndole un carácter casi patognomónico.

Pero veremos sucintamente lo sucedido con el concepto de esquizofrenia que ha sufrido vicisitudes variopintas en el decurso de su evolución hasta el presente; el simple cambio de nombre de un autor a otro y de una época a la siguiente, nos ilustra claramente de que se venía poniendo los pies en terreno movedizo y no fácilmente transitable. Bleuler (1) señala algunos de los nombres empleados anteriormente para designar esta psicosis, como los de: «*démence précoce*» (Morel, 1860), «*dementia paratónica progresiva*» (Bernstein, 1913), «*Dementia dissecante*» (Zweig, 1904), «*Locura adolescente*» (Conagney, 1905), «*Disfrenia*» (Wolff, 1908), etc. Kraepelin, en 1896, citado por Vallejo Nágera (28) desarrolla el concepto reuniendo una serie de formas clínicas de esta enfermedad, bajo el nombre de «*dementia praecox*», consagrando de este modo la denominación propuesta por Morel en 1896. Finalmente, es harto conocido que en 1911, Bleuler (1) propone el nombre de **esquizofrenia** que juzga preferible al de «*dementia precoz*», término que, etimológicamente, significa **mente hendida**, que el autor en mención consideró característica fundamental de aquella psicosis. A partir de 1911, lo que habrá de variar, y siempre con las miras puestas en el «*trastorno de fondo*» de esta enfermedad, son las adjetivaciones; las que se iniciaron con el concepto genérico de **psicosis degenerativa**, **psicosis endógena**, **reacción psicopática**, luego el de **psicosis funcional**, y, al presente, el

de **trastorno esquizofrénico**; bajo el amplio y ambiguo concepto de **Otras psicosis** o de **Psicosis no orgánicas**, dándose la impresión de que no se ha avanzado mucho en el conocimiento de la naturaleza misma de la psicosis que nos ocupa, pese, incluso, a la cuantiosa exploración psicopatológica y clínica, con el aislamiento de numerosas formas clínicas con las que Lehmann (18) nos ofrece la bella imagen del árbol esquizofrénico.

El trastorno fundamental de la esquizofrenia. Desde que los clínicos se encargaron de deslindar las peculiaridades nosográficas de la esquizofrenia, se dieron clara cuenta de la imposibilidad de determinar su etiología y, como afirma Vallejo Nagera (28) debían, por lo menos, intentar investigaciones de tipo psicológico, afirmando, no obstante, que se trataba de una enfermedad de naturaleza cerebral, suscribiendo el apotegma de Griessinger, citado por Sole-Sagarra & Leonhard (25) de que «las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro». De este modo nace el interés por precisar el **trastorno fundamental de la esquizofrenia**, trastorno nuclear o troncal, si se quiere, para decirlo con propiedad, del que se derivaran la serie de síntomas y de formas clínicas. Se sucedieron, así, las variadas hipótesis harto conocidas en psiquiatría y con las que cada autor pretendía haber descubierto el mencionado trastorno de fondo; el nombre que lleva cada una de las hipótesis es de suyo ilustrativo. Veamos unos cuantos: **Debilitación del consciente** (Freusberg, 1896), **debilitación de la energía de lo consciente** (Lehmann, 1898), **estrechamiento de lo consciente** (Vogt, 1902), **destrucción de lo consciente, con emancipación de las vías asociativas anexas** (Gross, 1904),

insuficiencia de la atención (Kleist, 1913), **insuficiencia de la asociación** (Tschisch, 1896), **ataxia intrapsíquica** (Stransky, 1912), **relajación de las asociaciones** (Bleuler, 1911), **máquina sin combustible** (Chaslin, 1921), **disminución del nivel mental** (Janet, 1927), **hipotonía de la consciencia** (Berze, 1928), **pérdida del contacto vital** (Minkowski, 1933), etc.

En 1958, Delgado (8), examina y estudia detenidamente el tema; aplica en la clínica el método de las imágenes visuales y auditivas de Zucker y Hubert, los hallazgos de Winkler y Hafner, en el conocimiento de la alteración esquizofrénica del yo, y apoyándose en las enseñanzas epistemológicas de Hartmann (15) sostiene que «la sintomatología de la esquizofrenia no puede esclarecerse si no se reconoce que lo radical en ella es una **hipotonía funcional de la consciencia** que incapacita al sujeto a consumir en su mente la forma o figura adecuada a la realidad y al espíritu objetivo; que se trata en resumidas cuentas de una **quiebra de las categorías**, y da el nombre de **Atelesis** (del gr. a-telés = sin fin, imperfecto), a esta forma incompleta de funcionar de la mente esquizofrénica». Entre lo poco discutible de esta tesis nos parece aquello de «quiebra de las categorías» que debe entenderse como un déficit en su aprehensión y aplicación de las mismas a la realidad, por el esquizofrénico. Delgado considera como fundado el interés de los investigadores en determinar la existencia de un trastorno fundamental de la esquizofrenia, debido a la «unidad nosológica de la psicosis, como lo evidencian los siguientes hechos: a) frecuente manifestación de formas clínicas; b) evolución no infrecuente pasando de una forma clínica a otra; c) manifestación de diversas formas

clínicas en la misma familia; y, d) gran frecuencia de idénticos síntomas, por ejemplo, la delusión, en las variadas formas».

Lo que podríamos llamar, una **segunda etapa**, en la búsqueda, o mejor en el esclarecimiento del trastorno fundamental de la esquizofrenia, está representada por la hipótesis de algún modo vinculadas entre sí o afines, de corte sobre todo psico-analítico (Freud y su escuela y los del neo-psicoanálisis), psico-fenomenológico (Jaspers), psico-dasein-analítico (Binswanger), psico-estructuralista (Lacan). Algunas de estas hipótesis son, en buena cuenta, una **metábasis cis allo genos**, aunque, aun así, son aportes fecundos para la psiquiatría. Como veremos sucintamente: pues es en esta etapa y, mayormente, a partir de los años treinta, en que corrientes sociológicas, psicológicas y filosóficas tendrán una presencia e influjo innegable en la psiquiatría que ya no persigue tanto el esclarecimiento del tema específico y casi puntual del trastorno fundamental de la esquizofrenia, - con excepción del de la teoría psico-sociológica del **doble vínculo**, de Bateson et al, citado por Weakland (29), sino que se empeña en elaborar teorías, supuestamente más valederas y, en especial, más audaces, sobre el concepto no sólo de la esquizofrenia sino de los desórdenes mentales en general. Florecen igualmente la lingüística y las llamadas «neurociencias». De todos estos avances se aprovecha el psicoanálisis que siguiendo su trayectoria y **modus operandi**, se inmiscuye en ellos y los capitaliza, como ya lo mostrara en su tiempo el español Rof Carballo (21), y como lo ha mostrado rigurosamente Saavedra (23) en su esmerada revisión del tema, en 1989, **El soporte biológico de la psicología**

profunda. Pues el estudio detenido de los aspectos fundamentales de estas corrientes y de las teorías que se han venido formulando con los respectivos aportes, en sus figuras representativas de las últimas décadas como Sullivan (26), Szazs (27), Laing, citado por Boyers (3), Cooper (6), etc., nos muestra las huellas y nos permite dar con los orígenes de la hipótesis abiertamente formulada luego y que llevara el explosivo nombre de **Anti-psiquiatría**, cuyos exponentes más decididos, y no por ello más convincentes, fueron **Szazs** y **Cooper** que han negado categóricamente la existencia de la enfermedad mental, y denuncian a las instituciones estatales, a la familia de los supuestos enfermos, y a los médicos como responsables de «coludirse» para dar trámite, por razones de sendas conveniencias, a la convalidación de imaginados desórdenes psiquiátricos que no son otra cosa que «mitologías»; convalidación que, en el fondo, y dadas las consecuencias de internamiento y/o tratamiento, constituyen un «verdadero crimen contra la humanidad» (Szazs).

Paradójicamente, y casi al mismo tiempo, de que fuera gestada esta posición antipsiquiátrica, en algunos casos fuertemente influenciada por la filosofía de la existencia, especialmente en su versión sartriana, surgió, a partir de los años cincuenta, una empeñosa búsqueda que, a decir verdad, ya tampoco se ocupa de la investigación psicopatológica del trastorno fundamental de la esquizofrenia, sino que orienta y concentra sus esfuerzos hacia el descubrimiento de la base bio-neuroquímica de esta psicosis, formulando en su avance una serie de teorías de este orden, cuyo conocimiento, observación y propagación por el especialista de nuestros tiempos, le suele conceder, junto al tinte de

galanura y sapiencia, la sensual satisfacción de estar siempre «actualizado». Y, en efecto, desde los años cuarenta, aproximadamente, los investigadores vienen desplegando una actividad científica incesante en la pesquisa de factores etiológicos de la esquizofrenia, incluso, de las subformas de esta enfermedad. La investigación ha seguido, por lo menos, dos claras direcciones: 1) la investigación del o de los factores genéticos; y, 2) la investigación del o de los trastornos metabólicos. Algunos de los estudios realizados han tomado en cuenta el efecto de las drogas neurolépticas, como el de Crow, citado por Goldman (12), describe los tipos I y II de esquizofrenia, en 1985; los conocimientos de la neurofisiología, la neuro-anatomía, así como el empleo de sofisticadas técnicas de laboratorio de reciente adquisición. Entre los nuestros son dignas de mención, las revisiones cuidadosamente emprendidas por Castillo (5), Saavedra (22) y Chávez (7). Estos tres autores coinciden en señalar la **hipótesis dopaminérgica** como la más promisoría en este campo; pero también coinciden en advertirnos que aún es largo el camino por recorrer y que nada definitivo se ha dicho hasta este momento en cuanto al tema de la etiología de la esquizofrenia.

Ahora bien, prosiguiendo con la exposición del presente artículo, hagamos una síntesis breve acerca de lo ocurrido con el concepto de delusión. Antes, es necesario referirnos a aquel otro concepto afín, el **delirio**. La psiquiatría anglosajona y la alemana cuando hablan de delirio y de delusión no encuentran tropiezos; suelen expresar tales conceptos con claridad; no sucede lo mismo, desafortunadamente, con los psiquiatras hispano-hablantes, o, mejor dicho, con las traducciones de textos

ingleses y alemanes, que en sus respectivas versiones confunden delirio con delusión, tratándolos como si fueran conceptos equivalentes o sinónimos. Pero no nos embroremos más en esto; suscribimos la tesis bien fundada clínicamente, y que describe al delirio como juicio falso más conciencia perturbada; la delusión, un juicio falso más conciencia lúcida, para señalar lo más característico de su diferencia. No obstante, se trata de un problema de semántica, y es de esperar que en un futuro cercano se logre plena solución con el perfeccionamiento de los instrumentos de trabajo, especialmente en el área psicopatológica.

El problema mayor surge cuando, como ahora, nos enfrentamos al deslinde del concepto mismo y su relación con la esquizofrenia, ya puntualizada al comienzo de esta exposición. Las preguntas que hay que formularse son, entre otras, las siguientes: 1) ¿Existe la delusión?; 2) ¿Qué es la delusión? 3) ¿Es imprescindible su integración en la esquizofrenia?; 4) ¿Dónde y en qué momento se ubica la delusión en el mundo esquizofrénico? Vamos a responder someramente a estas preguntas:

1) ¿Existe la delusión? No puede estar exenta de cierto grado de puerilidad, si nos atuviéramos al simple significado de la palabra que es el de «juicio falso», «creencia falsa». La respuesta sería entonces inequívoca y naturalmente afirmativa. Pero sabemos que el asunto no es sencillo, porque cuando aceptamos la existencia de la delusión, estamos aceptando también la existencia de una anormalidad de la mente de quien comunica la delusión; por esta razón, no son pocos los autores que sos-

tienen el hecho de que si hay delusión hay psicosis, pues son la misma cosa; y en este respecto también, la delusión iguala al delirio y viceversa. En relación a esta pregunta hay también estadísticas confirmatorias como la de Pauleikhoff, citado por Delgado (8), y quien la encuentra en «más del 86% de toda clase de esquizofrénicos».

- 2) ¿Qué es la delusión? Es la segunda pregunta que nos hemos hecho. La búsqueda de una definición satisfactoria habría sido ya emprendida por Chaslin, en 1912, según Berríos (2) pasando por alto la original precisión conceptual de Jaspers (16); aparte que este último autor señala con entera claridad que ya, a principios del último treinteno del siglo XIX, Hagen, hacía interesantes elucubraciones sobre el **temple o estado de ánimo delusional** (Wahnstimmung), como base psicogenética de la delusión; de donde se desprende que la idea o fenómeno de la delusión ya habría despertado entonces el interés de los clínicos por su estudio. A partir de 1870, pues, las investigaciones para precisar su naturaleza no han cesado, suscitando el interés de psicopatólogos, psiquiatras y psicólogos; habiendo sido el aislamiento de la paranoia por Kraepelin, en 1913, uno de los mayores incentivos para el estudio de la delusión. Las divergencias de opinión acerca de su naturaleza han oscilado, así, desde conceptualarla como un trastorno primario de juicio, con Kraepelin y su escuela, hasta plantearle una existencia discutible, ya señalada hipotéticamente por el mismo Jaspers

en 1913 (16), y en los últimos años, considerada por Mahler, citado por Garety (11), «un producto esencialmente normal del razonamiento».

La concepción moderna de la delusión, no solamente toma en cuenta el específico aspecto judicativo sobre el que concentra su atención Jaspers (16), sino otras áreas más, claramente señaladas por Garety (11) y Roberts (20), por lo que resulta hasta el momento la más completa, como nos parece, la escogida por nosotros: «las delusiones son -dicen Gregory y Smeltzer (13) - las desviaciones más extremas del contenido del pensamiento, y patognomónicas de psicosis. Se definen como creencias falsas fijas que se mantienen a despecho de abrumadora evidencia objetiva y argumentación lógica en el sentido contrario. Además, la creencia (delusional) debe ser de tal naturaleza que ordinariamente no es aceptada por personas que tienen una similar formación educativa y socio-cultural (convicciones comunes en materia de supersticiones, de política, religión). Cuando la creencia involucra un juicio de valor, se considera delusional sólo si alcanza proporciones tan extremas que pone en tela de juicio su credibilidad (por ejemplo, que un individuo sea el más grande pecador que haya vivido siempre)».

Esta, a pesar de larga, nos parece una definición escueta de la delusión, como debe ser toda definición conceptual; pero en lo que atañe a este síntoma, deja de lado, por lo menos, el influjo inmediato sobre la con-

ducta del sujeto en la que había que considerar dos aspectos fundamentales, consubstanciales de toda delusión, el **extra-individual** y el **intra-individual**. Ilustremos esta distinción con dos ejemplos concernientes a una misma paciente:

a) Una señorita de 22 años inicia su enfermedad al año aproximadamente de haber perdido a su señor padre y a una abuela victimados a puñaladas por un pariente cercano. En el curso de cinco años de observación de tratamiento, la enferma reitera casi en una misma fórmula la siguiente queja: «nuevamente me siento fatigada, cansada, se me van los pensamientos de la mente y son conocidos por las personas; la gente sabe lo que pienso; las «voces» que escucho me dicen que ellos se enteran de todo lo que pienso; y lo mismo pasa con mis sentimientos: lo que yo siento, ellos también lo sienten; cualquier molestia que tenga, física o moral, ellos también la sienten; estas ideas me quitan naturalmente el sueño, las ganas de seguir estudiando, me ponen pesimista». Como puede observarse, el párrafo precedente ilustra mayormente el aspecto intra-individual influido por la delusión, pues la paciente se muestra claramente preocupada por lo que ocurre en su esfera íntima.

b) En ocasión posterior, la madre informa lo siguiente: «la crisis que le vino a mi hija la semana pasada fué terrible; se vino violentamente contra mí y me jaló de los pelos y me amenazaba con matarme; luego salió corriendo y lograron cogerla y conducirla a la comisaría. Un

momento antes me había calamniado diciéndome que «cómo es que estaba viéndome con ese hombre, así no más; que por qué no me caso, si debo respetar la memoria de su padre...». Según la informante, «esa acusación no tenía sentido, y no podía comprender de dónde le salían esas ideas a su hija, para ponerla en ese nivel tan bajo». La delusión celotípica de la paciente tenía muy probablemente que ver con las llegadas de uno de los tantos clientes al establecimiento comercial en el que atendía la madre. Pues bien, tal creencia o pensamiento también estaba pues al alcance de la gente - vía «publicación del pensamiento»- de modo que para la enferma todos estaban enterados de la supuesta y censurable conducta de la madre. Esto valga para ilustrar principalmente el influjo extraindividual de la delusión.

Este tipo de ejemplos sabemos que es muy frecuente en clínica psiquiátrica; pero lo hemos entresacado para ilustrar dos de los aspectos elementales del acto cognitivo: 1) el tramo perceptivo; 2) el tramo reflexivo o de razonamiento propiamente dicho. Pues bien, según la tesis de quienes sostienen que la delusión es «consecuencia natural o lógica del acto perceptivo», no es un juicio falso, puesto que es «coherente» con lo percibido por el sujeto, quedando de este modo configurado el segundo tramo, el reflexivo del acto cognitivo; en el caso del paciente que así procede, la delusión, según la tesis mencionada, sería un juicio lógico y, por lo tanto, normal. Pero los autores que postulan este modo de ver

las cosas dejan de lado, a sabiendas, el hecho de que en este segundo tramo del acto cognitivo, es decir, desde el momento en que el sujeto ha captado ya el estímulo del mundo exterior o interior, entra en juego no sólo la función razonante, sino también el resto de funciones psíquicas, como la memoria, el afecto, la voluntad, las tendencias instintivas, la conciencia del yo con todo lo que implica la personalidad; y, por consiguiente, el segundo paso de la cognición es la **summa summarum** de lo que cada una de estas funciones, en relación incuestionablemente recíproca, ha contribuido con su aporte. esto nos indica con claridad meridiana que la delusión, una vez **crystalizada** no es un fenómeno simple, sino que, además de ser extraordinariamente complejo, es igualmente -si se nos permite una expresión culinaria- un producto debidamente condimentado.

Consideremos ahora la **delusión conviccional pura** que, junto con la perceptiva, ya señalada, y la imaginativa, se mencionan clásicamente como formas del pensamiento delusional. En la delusión conviccional pura, no existe pues, fenomenológicamente, ningún estímulo previo de naturaleza alguna que explique el origen del pensamiento delusional. Ejemplo: Encontramos a un paciente, 35 años, esquizofrénico, que hace un par de meses recibe tratamiento en un establecimiento especializado; lo vemos en los jardines sentado en una butaca, ensimismado y solo. Le preguntamos sobre su salud, y nos dice: «Vea Ud. doctor, me en-

cuentro apenado, porque antes de venir acá, tenía una chica, era mi enamorada y mis intenciones eran serias, y no sé por qué razón no viene a verme; ella se llama **Florencia**, y no sé por qué he llegado a la conclusión de que ella está con otro chico». - ¿Está Ud. seguro, señor ?. Se le pregunta. «Sí, doctor, claro que lo estoy; porque, mire Ud. lo que he descubierto: la palabra «Florencia», ya no designa para mí lo mismo que antes; esta palabra es la reunión de «flor», de «en» y de «cía»: «flor» es la chica, «en» es en, y «cía» = compañía; luego se tiene como significación verdadera: **flor en compañía**; es decir, que esta señorita ya está con otro; está dando su cariño a otro hombre, y esto es lo que me tiene en la condición en que Ud. me encuentra, como esta tristeza». Pero ¿cómo puede Ud. afirmar que el nombre de su chica puede descomponerse en la forma que Ud. lo dice y llegar a significar lo que Ud. manifiesta; cómo ha llegado Ud. a ese resultado? - «No sé, doctor, pero estoy seguro que esa palabra significa para mí lo que acabo de decirle, que mi chica ya está con otro; no podría darle otra explicación». Esta es pues una delusión celotípica, matizada de «significados adventicias», pero no precedida de fenómeno perceptivo o alucinatorio alguno; tampoco hay ingerencia imaginativa propiamente dicha, aunque la habilidosa descomposición de la palabra «Florencia» y la respectiva adjudicación de significados a los componentes, no puede lograrse sin un grado de participación imaginativa. Pero la ausencia del acto perceptivo debilita pues la tesis de quienes

pretenden normalizar la configuración delusional.

3) Nuestra tercera pregunta que interroga si la delusión debe ser incluida imprescindiblemente en la esquizofrenia, nos parece tener una respuesta obviamente afirmativa. Pues es la delusión el fenómeno psicopatológico que mejor denuncia y expresa el carácter de escisión de la vida psíquica en esta enfermedad. Sin embargo, ha concitado nuestro interés el valor semiológico que se le ha venido atribuyendo hasta el presente a este síndrome. Así, entre las hipótesis que han tratado de interpretar el papel de la delusión en la esquizofrenia, se tiene el alegado influjo terapéutico sostenido protagónicamente por los psicoanalistas desde Freud (10), y ya sansionado por Bleuler (1). Este influjo, explicado por los autores en más de una manera: los psiquiatras de la época clásica, entre los que debemos incluir también a Jaspers (16), postulan dos cosas que no dejan de tener cierta importancia y verosimilitud aparente: a) la delusión es una explicación perentoria que se da el mismo enfermo, presa de la angustia que le ocasiona la vivencia terriblemente extraña y anonadante que estremece el sentimiento íntimo de integridad personal, fenómeno al que Jaspers denominó: «sentimiento de transformación radical de la personalidad»; con la «explicación delusional» se lograría el sosiego, la paz interior. Jaspers decía además, que gracias a la delusión el paciente reorganizaba su mundo ya desordenado por la invasión psicótica; y que de este modo le era posible

volver a compartir el mundo de los demás, etc.; b) la tesis freudiana también confiere a la delusión un papel «curativo», casi en los mismos términos jaspersianos, pero con diferente explicación. En 1911, Freud (10) decía textualmente que «la delusión, en la cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción...» y desarrollaba este concepto afirmando, entre otras cosas, que la libido es reiterada del mundo exterior hacia el yo durante el proceso de psicotización, creando en el enfermo su mundo de fantasía; pero que por obra de la delusión esa libido es devuelta al mundo exterior, restableciéndose de este modo el comercio con la realidad. Sabemos, a estas alturas, que la hipótesis freudiana, de carácter exclusivamente sexual, ha sido objeto de críticas y revisiones desde que fuera presentada. El mismo Jung (17) hizo argumentadas objeciones a la tesis pansexualista de su maestro, postulando la concepción de la libido, como una **energía en general**. Por otra parte, debemos recordar que una de las observaciones más serias que ha recibido hasta el momento la tesis freudiana, por sus consecuencias fructíferas, fué la del discípulo Federn, citado por Wyss (30), con su bella teoría acerca de la «estructura del yo», la «sensación y vivencia del yo», «los límites internos y externos del yo», y que estimamos una suerte de revolución conceptual con la que alcanzaron mayor ímpetu las investigaciones analíticas sobre **ego-psicología**, ya iniciadas, entre otros por Hartmann (14). La referencia

que acabamos de hacer no viene adrede, puesto que sabemos de sobra que el interjuego de catexias libidinosas que hemos señalado, tiene mayor asidero en la mentalidad ortodoxa del psicoanálisis, sólo al influjo de fuerzas ocultas inconscientes; en cambio, para el ego-psicoanálisis la problemática del paciente más tiene que ver con la serie de circunstancias actuales que lo estresan que con probables experiencias sexuales del pasado infantil, supuestamente latentes en el inconsciente.

- 4) La cuarta pregunta es la última que nos hemos formulado: ¿Dónde y en qué momento se ubica la delusión en el mundo esquizofrénico? Parte de lo que podemos decir acerca de la ubicación témporo-espacial de la delusión es producto de la observación personal y puede ser muy discutible; aunque, a nuestro juicio, sea pasible de un cierto grado de verosimilitud. ¿Dónde y cuándo aparece la delusión en el mundo esquizofrénico? Si representáramos el mundo esquizofrénico por una esfera, debemos reconocer en ella, por lo menos, la periferie, una zona intermedia y el centro o eje de la esfera. Pues bien, llamamos «delusión periférica», a aquella que se encuentra, como quien dice, «a flor de tierra», en que el paciente confiesa, sin necesidad de empleo de estratagema alguna de exploración, el pensamiento delusional, que lo describe a veces con lujo de detalles en su contenido y demás peculiaridades, dando incluso noticias acerca del tiempo que lo viene presentando y las circunstancias de su aparición, etc. En cambio, la delusión que

llamamos **intersticial**, no está tan a la mano, sino que, en homenaje a su calificación, se halla entre los «intersticios» del alma, por obra del mismo enfermo y ante la cual éste, asume una actitud de reserva y cautela, y su hallazgo demanda de parte del explorador el empleo de cierta técnica o arificio para determinar su existencia, para que el paciente revele esta perturbación; pues aquí existe una voluntad de no comunicar aquello que al mismo sujeto le parece extraño y/o censurable, o vergonzoso, o por el temor de ser juzgado «loco»; o, también, que es lo mas frecuente, porque el tema toca de muy cerca sentimientos muy personales y privados como son, generalmente, los de naturaleza sexual. Sírvanos de ejemplo, entre tantos casos, el de una mujer madura que sólo después de once años de haber consultado reiteradamente por «problemas familiares, depresión, fatiga, cansancio intelectual, dificultades para concentrarse», etc., revela al fin que su mayor y antiguo problema es el que le han creado dos hombres, soltero el uno, casado el otro, ambos compañeros de congregación y que hace tiempo vienen disputándose su cariño, el cual, «al no ser concedido por ella, llevados de despecho, vienen poniendo en práctica una campaña de desprestigio contra su persona, haciendo correr el rumor por calles y plazas y dentro de la congregación misma, que ella es una prostituta, mancillando de este modo su condición de señorita honesta, de firmes principios morales y muy de su casa», etc.

Llamamos Delusión axial, cén-

trica o nuclear a aquella que el enfermo mantiene «herméticamente protegida», oculta; siendo tal vez, la expresión psico-analítica de «reprimida», la más adecuada para calificar a este tipo de delusión. La hemos encontrado en pacientes de ambos sexos que durante años suelen pasar como pacientes circulares, con manifestaciones que clínicamente cuadraban bien como manías y/o depresiones, porque ni siquiera le daban lugar al clínico para presumir un diagnóstico de «psicosis mixta» o «esquizo-afectiva». Entonces la delusión, así aposentada, suele ser develada de dos maneras: a) el paciente puede dar indicios de comportamiento heteróclito y el observador valerse de esta coyuntura para explorar cuidadosamente al enfermo, logrando de este modo que confiese el problema de fondo, el núcleo delusional de su pensamiento, que hasta entonces prefirió no tocar para no «herir» sus propios sentimientos, o lo que él llama «mi dignidad», o para no ser tomado por una persona que «ha perdido la razón»; b) otra de las formas como puede ser percibida y/o revelada la delusión axial, es por una suerte de mecanismo autonómico o «inconsciente», como diría un psico-analista, obra, a veces, de la propia enfermedad en los episodios críticos que dejan patentes, entre otras, ideas de corte delusional, muy bien mantenidas en reserva o «reprimidas», incluso cuando el resto de síntomas prosiguen aparentemente atenuándose. El caso de una paciente es ilustrativo: ella era una muchacha joven, cuya historia se inicia con síntomas depresivos, mucha angustia, tristeza y tendencia al llanto, gran pesadumbre, indisposición para el trato, sarcástica y cortante, muy malhumorada y malhiriente. Con tratamiento antidepresivo salía en poco tiempo del cuadro depresivo; para luego, pasados unos meses, o

a veces, transcurridas unas semanas, aparecer la exaltación del ánimo, con logorrea, hiperactividad que la manifestaba también escribiendo poemas o pintando una serie de dibujos que más tenían que ver con proyectos y planes inmediatos, casi siempre carentes de fundamento y posibilidad. Sin embargo, en esta misma paciente y en etapas ya posteriores de su afección, las crisis depresivas eran rematadas por episodios de extrema agresividad, repulsa grosera contra familiares y médicos, pidiendo altanera, prepotentemente y al grito que se apartaran de su vista. En estas condiciones surgía el tema que no fuera manifiesto en los estadios tempranos de la enfermedad: el odio al progenitor a quien echaba la culpa de su «desgracia», pues cuando niña, y estando en una ocasión sentada en el carro al lado de un pariente político, éste le habría puesto la mano sobre el muslo, «cosa que ahora recuerda como un atrevimiento imperdonable». Confesó la escena a su progenitor en la esperanza de que éste aplicara la sanción correctiva, y como no hubo la respuesta esperada, sintió desde entonces gran desprecio y odio contra el aludido padre, con quien las relaciones filio-paternas nunca fueron buenas.

Síntomas concomitantes de la delusión.

Si meditamos detenidamente en las hipótesis antes mencionada, relativas a la delusión y, sobre todo, a la de su efecto «terapéutico», cotejando todo esto con los resultados de la experiencia ofrecida por la clínica, no se puede dejar de reconocer que hay algo de verdad en cada una de estas hipótesis, o que cada una de ellas ostenta un cierto grado de veracidad. Una veracidad, por lo menos ilusoria habría también que

concederle a la tesis sustentadora de que el segundo tramo del acto cognitivo se hallaría dentro de la lógica, considerando al fenómeno delusional de significación no patológica. Pero ningún psiquiatra formado seriamente puede admitir que la delusión sea un asunto, a secas, de lógica formal o matemática, sino un síntoma primariamente complejo, vital al modo ortegiano, o un representante puntual, si se quiere, de la biografía, de la vida y personalidad del enfermo. Por otra parte, disentimos parcialmente con la tesis o hipótesis jasperiana cuando considera que la delusión es una suerte de trueque del que se sirve el paciente para cancelar el sentimiento se angustia que le ocasiona el trágico sentimiento de «transformación radical de la personalidad», creándose en consecuencia «su propio mundo» que le permita traficar con el mundo de la realidad. Pues mucho tememos que el mundo de la realidad y el mundo esquizofrénico sólo sean en una mínima parte concordantes; el paciente se enfrenta casi siempre con un mundo que le es hostil, enigmático e incomprensible; el suyo está poblado de figuras e imágenes amenazantes, dolosas, hipócritas, desleales, traicioneras, humillantes; predominan en el mundo esquizofrénico las muestras y actitudes de supuesta ingratitud, de permanente amenaza, de falsedad, de deslealtad; es el mundo de segundas intenciones, de la zancadilla a cada paso, del envenenamiento edulcorado, del demonio detrás de la aparente santidad, un mundo baudelairiano del caos y de la destrucción, un mundo strindbergiano de lo paradójico, de lo antimónico, de la fatalidad y la desolación en los extremos. Tal es el mundo, aproximadamente, del esquizofrénico, poblado por las delusiones. No es pues una estación de paz, sino de perenne

discordia del enfermo consigo mismo y con el mundo de la realidad. Por esto mismo, 'no podemos aceptar el fácil postulado del psicoanálisis al afirmar que la delusión ejerce una acción «curativa» y, desde luego, beneficiosa para el enfermo; pues éste no puede recuperar su salud gracias al sencillo expediente del intercambio de catexias libidinosas o del retorno de las mismas al mundo de la realidad.

De este modo, una consecuencia de lo que acabamos de expresar, respecto del mundo esquizofrénico, nos parece vinculada a los variados síntomas que vendrían a denunciar igualmente su existencia bajo sus diversas formas. Veamos algunos:

- 1) La **mirada**. - La mirada requiere efectivamente, y se la merece, un tratamiento metafísico. La mirada se nos antoja como el lenguaje primordial más enigmático, a la vez que el más grandioso y el más colmado de maravillas que se haya dado en la creación. Ha sido tratada metafísica y existencialmente por Sartre (24), su estudio forma también parte de la fisiognómica y de la patognómica, ciencia ambas, sobre todo la primera, muy antigua y de la que Aristóteles había sentado las primeras bases, en opinión de Lange (19). Nosotros vamos a intentar también una consideración aislada, pero con la firme convicción de que en toda mirada hay siempre un aporte valioso del conjunto, específicamente del rostro humano; pues, a la sentencia de muchos autores fisiognomistas de que la mirada sin el rostro no tiene sentido alguno, oponemos la contraria; el rostro humano, exceptuando la mirada, nos comunica muy

poca cosa.

Nuestro tema del momento se refiere, desde luego, a la mirada del esquizofrénico: habrá que tomar en cuenta los varios tipos de mirada esquizofrénica, como la del paranoide, del catatónico, del hebefrénico, del simple, etc. Es muy probable que cada una de estas miradas requiera un estudio y consideración especiales para un clínico; pero en vista del predominio de la delusión en la esquizofrenia, nos parece que ocupándonos única y brevemente de la **mirada paranoide**, nos estaríamos sesgando el análisis y dando una síntesis antojadiza. Así pues, en lo que atañe a esta mirada, difícil resulta encontrar un paciente paranoide que no exhiba modificaciones significativas en ella, cuyas notas, como en toda mirada, no son nada fáciles de describir; sin embargo, se la ve y se la siente como una irradiación penetrante, como que el enfermo quisiera buscar o encontrar algo amenazante o extraño detrás de la mirada de su interlocutor; el paciente entabla el reto de la mirada a mirada; tratando, otras veces, de «adivinarle el pensamiento o la intención»; en otras ocasiones la mirada es oblicua, esquiva, zigzagueante o de reajo, o dirigida hacia abajo, incluso negándose a dirigirla hacia el interlocutor, en clara actitud negativista o defensiva ante el supuesto temor de ser escrutado o descubierto a través de la mirada; la mirada puede, también, ser desviada hacia arriba en los casos de exaltación mística, generalmente alucinatoria; puede, asimismo, estar desviada lateralmente y hacia arriba

cuando el paciente es presa de fenómenos alucinatorios, particularmente dependientes de «voces» amenazadoras o insultantes, etc.

- 2) El **retraimiento**.- Es por sí sólo síntoma del cuadro esquizofrénico, aunque no es comportamiento exclusivo de esta psicosis, la regla es que sea una conducta consecuente de la delusión: el paciente se retrae del mundo de la realidad, no sólo porque ya ha perdido el interés por relacionarse, sino también por el temor de ser observado o dar ocasión para que se le «insulte», se rían o se burlen de él de exponerse ante los demás.
- 3) La **actitud de suspicacia**.- A veces es muy notoria, es otra de las conductas con que el esquizofrénico muestra su desconfianza respecto del criterio que se tenga de su persona o de la aceptación o estima que se merezca de parte de los demás. Consideramos esta conducta claramente relacionada con la delusión o lo delusional, cuyos indicadores significantes son la mirada de soslayo o de frialdad, el distanciamiento en el trato, el aparente temor de dar la mano o, a lo sumo, darla apenas, etc.
- 4) El **descuido del aliño personal y/o extravagancia en el vestir**.- El descuido del aliño también es coherente con la conducta esquizofrénica; las fallas pueden observarse en el uso incorrecto de las prendas, en el abandono del aseo corporal; o, por el contrario, en cierta afectación en el vestir: el paciente se presenta entonces muy acicalado, y en el caso del varón,

fuertemente perfumado; sobre todo cuando la delusión, no infrecuentemente, se refiere a que el cuerpo despidе «malos olores» que los demás, incluyendo el interlocutor «deben percibir»; también resulta extravagante o afectado el cambio de ropa varias veces al día, alegando un «excesivo sudor», que indirectamente está también relacionado con la percepción de «malos olores», etc.

El suicidio y el homicidio.-

Con carácter deliberadamente apendicular a la presente exposición, queremos hacer referencia a dos gravísimas conductas, que no son obligadamente concomitantes de la delusión, pero que cuando se presentan en la esquizofrenia, tienen la innegable significación de un trastorno profundo del juicio, como suele explicarlo el contexto clínico. Esto no debe interpretarse, sin embargo, como que detrás de todo suicidio u homicidio hay siempre un grave desorden del juicio; el homicidio, por ejemplo puede tener otros móviles (robo, fanatismo político, religioso, etc.)

a) El **suicidio**.- Considerado como «perversión» del instinto de conservación de la propia vida, está vinculado casi exclusivamente a la depresión; pero nos estamos refiriendo entonces a la depresión esquizofrénica o a la forma esquizo-afectiva de tonalidad depresiva. Cuando es así, el esquizofrénico abrumado por ideas e impulsos suicidas suele terminar con su vida totalmente

«convencido» de lo siguiente: 1) su mal «no tiene curación»; 2) decide no continuar «siendo una carga para su familia»; 3) «la familia ya no quiere saber nada con él» -lo cual puede ser, con cierta frecuencia, verdad pues hay familias que literalmente abandonan a esta clase de enfermos; 4) abatido por una depresión, generalmente crónica y/o fármaco-resistente, o claramente existencial, concluye en que se le han agotado todas las fuerzas para seguir sufriendo y la voluntad para seguir viviendo; en más de una ocasión, el suicidio puede ser el cumplimiento de un «mandato divino» o «demoníaco».

b) El **homicidio**.- De rara presentación en clínica psiquiátrica, cuando acontece en el esquizofrénico, las más de las veces puede relacionarse con un contenido delusional de carácter generalmente «amenazador» para la vida del paciente, o a una «misión redentora»; otras veces, quizás las más frecuentes, puede ser la expresión de un impulso brutal y ciego.

En suma, suscribimos la tesis de que tanto el suicidio cuanto el homicidio cuando ocurren en el curso de la historia natural de la esquizofrenia -aparte el derrumbe de la auto-estima en el suicidio-, reflejan el influjo previo e incuestionable del desorden delusional sobre la conducta del paciente, siendo en tales casos, el resultado de una auténtica «alienación» por antonomasia.

REFERENCIAS

1. BLEULER E. (1960) Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Edit. Paidós, Buenos Aires.
2. BERRIOS G E. (1991) Delusion as Wrong Belief: A conceptual history. Brit. J. Psychiat. 159:6-13
3. BOYERS R. (1975) Laing and anti-psychiatry, Penguin Books, Harmondsworth.
4. CAPELLE W. (1972) Historia de la filosofía griega. Edit. Gredos, Madrid.
5. CASTILLO A. (1981) Teoría dopaminérgica de la esquizofrenia. Una revisión crítica. Rev. Neuro-Psiquiatría 44:101-117
6. COOPER D. (1970) Psychiatrie et anti-psychiatrie, Edit. Du Suclil, Paris.
7. CHAVEZ H. (1990) Aspectos neuro-químicos y fisiopatológicos de la esquizofrenia. Revisión general del problema etiológico de la esquizofrenia en su vertiente orgánica. Anales de Salud Mental, Vol VI Nº 1 y 2:75-90
8. DELGADO H. (1958) Die Psychopathologie der Schizophrenie, vom funktionellen Standpunkt aus betrachtet. Confin. Psychiat. 1:31-39
9. DELGADO H. (1969) Curso de Psiquiatría. Edit. Científico Médica, Barcelona.
10. FREUD S. (1972) Un caso de paranoia. Obras Completas, T IV (S Freud) Biblioteca Nueva, Madrid.
11. GARETY P. (1991) Reasoning and delusions. Brit. J. Psychiat. 159:14-18
12. GOLDMAN H H. (1988) Review of general psychiatry. Appleton & Lange, San Mateo, California.
13. GREGORY I & SMELTZER D J. (1983) Psychiatry. Essentials of clinical practice. Little Brown Co. Boston
14. HARTMANN H. (1978) Ensayos sobre la psicología del yo. Fondo de Cultura Económica, México
15. HARTMANN N. (1969) Introducción a la filosofía. Univer. Nac. Autónoma, México
16. JASPERS K (1959) Allgemeine Psychopathologie. Springer-Verlag, Berlin
17. JUNG C G. (1964) Teoría del psicoanálisis. Edit. Nac., México
18. LEHMANN H. (1980) Schizophrenic disorders. En Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV Ed. HI Kaplan & B Sadock. Williams & Wilkins, Baltimore
19. LANGE F. (1957) El lenguaje del rostro. Edit. Luis Miracle, Barcelona
20. ROBERTS G. (1991) Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality. Brit. J. Psychiat. 159:19-28
21. ROF CARBALLO J. (1972) Biología y psico-análisis. Desclée de Brouwer, Bilbao

22. SAAVEDRA J A. (1983) Consideraciones acerca de lo biológico en la esquizofrenia. Rev. Neuro-Psiquiat. 46:65-85
23. SAAVEDRA J A. (1989) El soporte biológico de la psicología profunda. Rev. Neuro-Psiquiat. 52:222-234
24. SARTRE J P. (1943) El ser y la nada Edit. Lozada, Buenos Aires.
25. SOLE-SAGARRA J & LEONHARD K. (1957) Manual de psiquiatría. Edit. Morata, Madrid.
26. SULLIVAN H S. (1964) La teoría interpersonal de la psiquiatría Edit. Psique, Buenos Aires.
27. SZAZS T (1972) The myth of mental illness. Paladin Books, New York
28. VALLEJO-NAGERA A. (1954) Tratado de psiquiatría. Salvat Edit. Barcelona
29. WEAKLAND J H. (1960) La hipótesis del «doble vínculo» en la esquizofrenia y la interacción tripartita. En Etiología de la esquizofrenia. D Jackson, compilador. Amorrortu Edit. Buenos Aires
30. WYSS D. (1964) Escuela de psicología profunda, Edit. Gredos, Madrid

Dirección Postal: Calle 22 No. 410 - 418.
San Borja. Lima 41.