

PSICOPATOLOGÍA Y DELIMITACIÓN CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA

Honorio Delgado*

1. De acuerdo con lo que hoy se sabe en materia de psicopatología de la demencia precoz o esquizofrenia, el orden más apropiado para el análisis de sus síntomas nos parece el correspondiente a las funciones, comenzando por las más diferenciadas y susceptibles de descripción para terminar con las de fondo. Lo seguiremos en nuestra exposición, sin perjuicio de completarlo con la consideración de los conceptos eficaces para el esbozo de una explicación sintética, en los aspectos estructural, dinámico y causal –incluso la relación de lo anímico con lo corporal.

Los desórdenes propios de la esquizofrenia en el campo de la percepción son varios, algunos de ellos característicos. La percepción de las cosas parece alterada sobre todo durante la actividad del proceso: pálida, mediata, lejana, como si se interpusiera una muralla impalpable entre el sujeto y el mundo, pero en realidad esta extrañeza del mundo de la percepción no implica compromiso ni de la excitación ni de la sensación, tal vez ni de la percepción misma, sino de su aspecto personal, como pertenencia del yo. Esto no excluye que se presenten parestesias y otros desórdenes de la sensibilidad, orgánicamente condicionados, que sirvan de base a manifestaciones elaboradas, las más simples de las cuales serían las ilusiones. Empero, lo que tiene una importancia particular en la esquizofrenia son las llamadas alucinaciones.

Las alucinaciones que se presentan son simples –sensaciones elementales– y mayormente complejas –contenidos de estructura mayor–, comprometiendo a veces simultáneamente distintos territorios sensoriales. Las del gusto –que como las del olfato no se puede asegurar que sean más que ilusiones–, aunque frecuentes en esta psicosis,

no se destacan a causa de su ordinaria pobreza. Las del olfato, la quinestesia y la cenestesia son más aparentes y de entidad para los enfermos, que las experimentan de varias maneras, en particular como agentes físicos de acción penosa. Las sensaciones sexuales juegan aquí un papel privilegiado. Las pseudo-percepciones visuales son de forma varia, particularmente en el período agudo de la enfermedad, no rara vez como visiones grandiosas o terribles, o simplemente de escenas que se desarrollan en el espacio tridimensional, o en las superficies, como película cinematográfica, o en un ámbito difícil de localizar o, en fin, en el «espacio interior» o subjetivo. De modo que tendríamos tanto verdaderas alucinaciones en el sentido de JASPERS –lo que no aceptan hoy SCHRÖDER, C. SCHNEIDER y otros–, o sea pseudopercepciones con todos los atributos de la percepción normal, cuanto pseudo-alucinaciones, con la mayor parte de los atributos de las representaciones y con sólo corporeidad y localización en el espacio –propios de la percepción–, y hasta sólo con corporeidad. Incluso la misma corporeidad, según GRUHLE, es susceptible de grados, de la misma suerte que lo son las cualidades de los objetos percibidos –desde la máxima claridad y riqueza de la figura hasta su imprecisión y pobreza extremas –y la proximidad al yo– desde la mayor plenitud personal de la percepción hasta la extrañeza y el automatismo.

Consideración especial requieren las pseudopercepciones acústicas y verbales del

* Ponencia oficial presentada en la Primera Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, en Santiago de Chile, 5 de enero de 1937. Publicada en separata aparte por Librería e Imprenta Gil S.A., 1937.



esquizofrénico. Además de los sonidos ilusorios y alucinatorios y de las «voces» -que pueden tener los caracteres de las alucinaciones verdaderas (se duda de su existencia) o de las pseudoalucinaciones, y que el enfermo puede en uno y otro caso tomar ora como realidades, ora como fenómenos especiales- tenemos como peculiar de esta enfermedad el *eco del pensamiento* y el *pensamiento que se hace sonoro*, que se convierte en voz. Así, en esta esfera, donde se confunde la percepción auditiva, la palabra interior y el pensamiento, podemos distinguir tres formas principales de desorden: 1° alucinaciones y pseudoalucinaciones psicosenoriales, 2° ilusiones verbales psicomotrices (cuando el enfermo ejecuta movimientos automáticos de articulación), 3° estados pseudoalucinatorios del pensamiento y la palabra, enajenados del yo. En este campo, como en los demás de la percepción, los desórdenes están relacionados con toda la vida mental del sujeto, especialmente con el pensamiento: las pseudopercepciones alimentan las ideas mórbidas y éstas, a su vez, alteran la percepción. En todo caso, la contaminación por el contenido presupone un desorden primario de la función. Las posibilidades de relación entre lo normal y lo anormal de las esferas de la percepción y el pensamiento son las siguientes, según el cuadro de KOPP - que, con GRUHLE, consideramos correcto-: 1° sensaciones reales aprehendidas normalmente e interpretadas de manera morbosa; 2° sensaciones reales aprehendidas anormalmente e interpretadas de manera morbosa; 3° sensaciones alucinatorias normalmente interpretadas; 4° sensaciones alucinatorias interpretadas de manera morbosa; 5° sensaciones engendradas por delusiones.

El carácter distintivo de las pseudopercepciones del esquizofrénico, señaladamente las voces y manifestaciones semejantes, es que el sujeto las experimenta, de modo más o menos intenso, como si fuesen hechas; extrañas al yo, las sufre pasivamente, de manera distinta a las percepciones normales, como formaciones parásitas,

indeseables y desagradables en diversos grados, penosas hasta lo horrible. Aunque la forma verbal es la más frecuente, se presentan también alucinaciones corporales, visuales etc. con el mismo carácter -lo cual depende sin duda de condiciones individuales. Cuando se trata de voces, el paciente puede oírlas incluso localizadas en el propio oído o en diversas partes de la cabeza o del cuerpo. En estos casos el esquizofrénico suele distinguirlas de las voces exteriores (reales) diciendo que proceden del propio cerebro y que de ahí se dirigen al oído etc. En resumen, las pseudopercepciones genuinamente esquizofrénicas se distinguen por ser experiencias que el sujeto vive sin asumirlas o sin poder asimilarlas en su existir autónomo.

2. El pensamiento ofrece en la esquizofrenia desórdenes muy particulares, aunque no constantes. Además de la incoherencia propia del pensamiento embrollado o confuso, frecuente también en otras psicosis, tenemos un conjunto de anormalidades de la ideación genuinas de esta enfermedad, que no siempre reúnen, el cual se conoce con el nombre de *pensamiento esquizofrénico*. A pesar de ser muy estudiado no poseemos todavía una nomenclatura completamente satisfactoria, pues a las dificultades inherentes a la investigación de la mentalidad del esquizofrénico, se agrega la de deslindar lo primario y propio del pensamiento de lo que se debe a la alteración de otras funciones. Aquí seguiremos un plan que ya hemos probado, sin pretender establecer cuál es lo primario, cuál lo secundario -tarea realmente todavía imposible, como lo demuestra la discordancia de opiniones entre los más eminentes conocedores de la materia.

El nombre de esquizofrenia entraña una de las características más saltantes del pensamiento esquizofrénico: la *disgregación*. No es precisamente una perturbación autóctona del mecanismo de asociación de las ideas, como creía BLEULER -a quien, como es sabido, se debe este término y el de esquizofrenia. Es una perturbación más profunda: si los pensamientos se actualizan



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

sin consecuencia lógica ni intuitiva no es meramente porque estén alteradas las vinculaciones automáticas, sino también por compromiso de las activas, de los actos conjuntivos, de la normal aprehensión de relaciones. Así, los pensamientos emergen dislocados y hasta discordantes, sin relación ni concierto, sin estructura ni finalidad manifiesta: mezcla de conceptos, ensalada de palabras. Como dice uno de nuestros enfermos: «carencia absoluta de ideas centrales ... y de ruta a seguir».

La *ambivalencia*, que GRUHLE considera desviación cualitativa de los impulsos, se caracteriza en la esfera intelectual por la coexistencia de juicios que se excluyen respecto del mismo sujeto, simultánea afirmación y negación, coincidencia actual de los opuestos en el mismo substrato. Acaso la *perplejidad* de los esquizofrénicos es, por lo menos algunas veces, expresión de las condiciones internas propias de la ambivalencia: así lo juzga C. SCHNEIDER.

Algo semejante pasa con lo que llamamos *pérdida o disolución del significado* de conceptos y palabras, una de cuyas formas sería la *condensación*, señalada primero por FREUD en los sueños: los pensamientos que se presentan simultáneamente en la conciencia fusionan su significación o adquieren nueva referencia, quedando uno solo como representante de todos. Otra forma sería la *inversa, disyección* o distribución del significado de un concepto en otros diferentes, de suerte que la referencia se hace de manera ilógica, pero semejante a la abstracción –con la diferencia que para expresarse una idea se requiere la presencia de varios conceptos u objetos, que son como sus miembros complementarios (y representativos). Otra forma es la *adjudicación a un ser, a una idea o simplemente a una imagen o palabra, de un significado meramente circunstancial y arbitrario, que se pierde acaso inmediatamente, para atribuírsele otro muy distinto.*

La mentalidad del esquizofrénico es pródiga en manifestaciones del pensamiento

precategorial o primitivo, en que lo propio del mundo interior se confunde o identifica con lo de la realidad externa y el aspecto pático de la experiencia predomina sobre el gnóstico. El esquizofrénico ofrece, en efecto, muestras en que es evidente el *simbolismo arcaico*: intuiciones y fantasías, más o menos disgregadas, más o menos relacionadas con los sentimientos del sujeto, caracterizadas por entrañar una relación secreta entre las cosas o un sentido a la manera de los sueños, los mitos, la poesía. Las construcciones simbólicas de los esquizofrénicos se expresan en estructuras complejas donde tienen parte las pseudopercepciones, los sueños, las ideas delirantes etc. Además de ser arcaico, el simbolismo del esquizofrénico es individual –estos dos caracteres, según JELGERSMA, lo diferencian del histérico que es convencional y para afuera.

El *autismo*, que figura entre los síntomas principales de la esquizofrenia, nos parece susceptible de ser involucrado entre las manifestaciones del pensamiento precategorial. No se puede negar su relación con el sentimiento de extrañeza frente al mundo y no es del todo desacertado suponer que depende de él. Sumirse en el propio mundo interior puede ser una consecuencia de la incapacidad de insertarse en el externo. Así interpreta FROSTIG el autismo: *pérdida de contacto con el ambiente como resultado de la incapacidad momentánea o duradera de participar en las normas colectivas del pensamiento humano normal. Lo esencial, incluso para las demás manifestaciones del pensamiento esquizofrénico sería, pues, «la impotencia para actualizar las estructuras colectivas y las convicciones que les corresponden».* Nos parece que FROSTIG tiene razón sólo en parte, pues la impotencia actual para aprehender el espíritu objetivo y los conceptos consuetudinarios explica únicamente la condición, en cierto modo negativa, del autismo, no la positiva y productiva: el contenido y la desfiguración especiales del pensamiento autístico, la irrupción de impulsos vigorosos y la manifestación de algo semejante a lo que los



psicoanalistas llaman la omnipotencia de las ideas, o sea, el poder mágico del pensamiento y la expresión personal.

Afín al simbolismo y acaso condicionada por el autismo, la reificación o concretismo de lo mental consiste en atribuir materialidad a lo inmaterial, sobre todo al pensamiento, en dar un sentido literal a las metáforas, en percibir alusiones en aquello que carece de virtualidad significativa y también en tomar las expresiones y símbolos, no como algo representativo, sino como ser mismo, último, inmediato, sustantivo.

Con la participación en el alma ajena y en el ser de las cosas –última de las variedades del pensamiento precategórico que consideramos– tenemos una de las manifestaciones más patentes de la quiebra de la crítica en lo que respecta a los límites entre el yo y el no yo. Aquí obra también el autismo, así como los «mecanismos» que los psicoanalistas denominan proyección e introyección, o sea, el hecho de atribuir a cosas y seres del mundo exterior procesos y particularidades de la propia alma y, viceversa, incorporar en el mucho interior lo perteneciente al externo.

Manifestación esquizofrénica por excelencia es el desapropiamiento o enajenación de las ideas, que implica no sólo la creencia en el concretismo del pensamiento propio, sino la posibilidad de que él sea percibido, influido, compelido y gobernado directa o indirectamente por otras personas o entidades, con independencia y desmedro de la voluntad del enfermo; o simplemente, que las ideas se escapen, se escurran, se esfumen, se pierdan; el esfuerzo para aprehenderlas o para seguir hacia un fin falla, se frustra a causa de su autonomía respecto del yo, acostumbrado a manejarlas y servirse de ellas de manera inmediata, espontánea y constructiva. Dicho de otro modo, los datos de la experiencia intelectual, el contenido actual o potencial de la conciencia se sustrae al gobierno monárquico del yo, se aleja, se despersonaliza. Formas extremas y típicas de este desorden son: los pensamientos hechos o introducidos, que

el esquizofrénico, aunque reconoce que determinadas ideas se manifiestan en su espíritu y se hallan en su cerebro, como las demás, considera que provienen de afuera, que tienen origen ajeno; la *substracción del pensamiento*, regida por la convicción de que los demás se apoderan activamente del contenido de la mente del enfermo sin que él llegue a formularlo verbalmente; la *publicación del pensamiento*, en fin, corresponde a la conciencia de que las propias ideas se hacen patentes a los demás, sea directamente, sea con artificios usados por éstos. Tal desorden se parece al anterior y tiene modalidades de transición respecto de él, así como aproximaciones al pensamiento que se hace sonoro y al eco del pensamiento, que hemos señalado entre las pseudopercepciones.

Entre las anormalidades más definidas del curso del pensamiento en los esquizofrénicos figuran las siguientes: el *bloqueo*, *obstrucción o detención*, consistente en una interrupción brusca, de variable duración, pudiendo interpretarse como consecuencia de las mismas causas del escape del contenido a que hemos hecho referencia, cuya forma extrema llevaría a la producción del vacío en la labor intelectual, al cesamiento de la emergencia de datos en el seno de la conciencia; la *incontinencia o erupción de ideas o pensamientos en tropel*, que se diferencia de la fuga de ideas por su manifestación comúnmente episódica y por su carácter disgregado, sin asociaciones fonéticas, salvo que se contamine de verbigeración; la *perseveración o estereotipia*, consistente en repetición de las mismas ideas.

En la esfera intelectual tiene manifestaciones el estilo esquizofrénico tan típicas como las similares del campo de la acción. Se destaca el *amaneramiento*, que cuando se muestra acentuado toma la forma de pedantería, formalismo, geometrismo, más o menos vacíos de sentido y correspondientes a intenciones sutiles, cabalísticas o que pueden parecer muy naturales al enfermo en su juzgar insensato. La *extravagancia* es asimismo frecuente en el pensamiento esquizofrénico y se confunde en parte con el amaneramiento por lo artificioso



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

del desorden de las ideas, unidas a menudo de manera chocante que da la impresión de cosa necia, ridícula o grotesca. Por este carácter de enormidad con sello particular incluimos tal manifestación entre las inherentes al estilo esquizofrénico, el cual parece expresar un obscuro apremio de actitud adecuada, que falla por la carencia de base efectiva y actual del ser vencido por la experiencia desarticulada y discordante del enfermo. Esto no obsta para que los esquizofrénicos inteligentes puedan mostrar cierta espiritualidad delicada y llena de intención, sarcástica a las veces.

Terminamos la revisión de los desórdenes del pensamiento con lo atañero al juicio. En algunas de las desviaciones antes señaladas se muestra la falla del juicio, pero ésta tiene su forma típica en el pensamiento delusional o delirante. La sintomatología esquizofrénica nos ofrece tanto *delusiones* o *delirios primarios*, de origen incomprensible y sólo explicable suponiendo cambios profundos en la personalidad, cuanto *ideas delusivas* o *delirantes*, comprensibles genéticamente, motivadas por otras experiencias anímicas y por las vicisitudes del destino personal. Con relación al contenido, predominan en la esquizofrenia los juicios mórbidos de referencia, de influencia (sobre todo con fuerzas físicas o misteriosas y con aparatos), de persecución, de alcurnia (a veces puramente negativa: negación de la paternidad), de grandeza, eróticos, hipocondríacos, de transformación cósmica o personal. En lo que atañe a la forma, se presentan tanto la disgregada como la sistematizada, la fantástica como la explicativa o la de interpretación. Por último, respecto de la dirección, tenemos todas las variedades, siendo dignas de señalarse por su frecuencia y acentuación la metamórfica y la palingnóstica o retrógrada (alucinación del recuerdo). Para GRUHLE es patognóstica de la esquizofrenia la verdadera delusión –establecimiento de relaciones sin motivo–, que no excluye ciertamente la experiencia de peligros vitales como factor necesario para la fórmula en que se cristaliza. El mismo investigador distingue cuatro modalidades en la actitud del enfermo

en sus delusiones: 1ª el paciente no nota cambio alguno en los acontecimientos exteriores, sólo advierte o barrunta claramente –sin poder dar pruebas– que algo le atañe; 2ª el enfermo adjudica lo extraordinario, de que tiene conciencia, al objeto exterior; 3ª el enfermo mismo se siente copartícipe del cambio de manera especial y encuentra las formas más peregrinas para la descripción (a menudo se reúnen las modalidades 2ª y 3ª); 4ª el enfermo advierte o barrunta primariamente que algo significa algo, pero él mismo no está comprometido en ello.

No podemos dejar el tema del pensamiento sin referirnos al problema de la decadencia intelectual, que le ha valido el nombre que debemos a MOREL: *demencia precoz* (1860). ALFONS MAEDER (1910) ha sido el primero en rechazar categóricamente el concepto, afirmando que «la llamada demencia no es más que una apariencia». Salvo casos de una «catástrofe» esquizofrénica (sobre todo catatónica con fuertes síntomas orgánicos), la inteligencia como disposición formal, como facultad, permanece intacta aunque el sujeto no se sirva de ella o no tenga interés en servirse de ella, como lo demuestran las frecuentes sorpresas que nos dan pacientes en apariencia totalmente deteriorados durante años que, con motivo de una enfermedad intercurrente u otra circunstancia, muestran un discernimiento perfecto. De suerte que en los casos dudosos mejor es hablar de un *déficit pragmático*, como sugiere MINKOWSKI, que de demencia o *Verblödung*.

A manera de resumen diremos que, si se pudiese sintetizar en términos generales lo que distingue el pensamiento esquizofrénico, señalaríamos como notas dominantes de su esencia las tres siguientes: descabal el contenido concreto, frustráneo el aliento de la función activa e impersonal y mediata la substancia primaria.

3. El sentimiento tiene en la esquizofrenia desviaciones triviales, de las que no trataremos, y características. La más frecuente



de éstas –aunque no exclusiva de nuestra psicosis– es el estado de ánimo o impresión de sentirse distinto, otro, decaído cualitativamente, o sentir el mundo exterior, las cosas etc., con esos caracteres u otros semejantes. Si es más definido, entonces toma las propiedades del *sentimiento de extrañeza*, cuya forma transitiva hemos señalado al principio: pérdida de la simpatía para los seres, pérdida de contacto afectivo con la realidad, en veces con cierto matiz de angustia, casi siempre de malestar. Diferente de este estado es la *apatía*, que tiene grados, desde la simple indiferencia afectiva hasta la completa aniquilación de los sentimientos. Mientras que el de extrañeza es positivo sentimiento de experimentar lo externo y el propio ser de otro modo, aunque sea empobrecido emocionalmente, la *apatía* es la pobreza misma o falta de sentimientos. Se comprende que no sean raras las manifestaciones intermediarias. El *sentimiento de anafectividad* corresponde a la falta de conciencia o de aspecto subjetivo de los estados afectivos, incluso de las emociones, no obstante que los enfermos expresan sentimientos reales, incluso vivos, y actúan como si los viviesen. La *ambivalencia afectiva* o *ambitimia* consiste en experimentar simultáneamente sentimientos opuestos; no es exclusiva de la esquizofrenia, pero en ella tiene su mayor acentuación. La sucesión inmotivada de sentimientos opuestos o *inversión de los afectos* es frecuente en la psicosis que nos ocupa, pero lo es también en otras.

Consideración aparte requieren las manifestaciones de la proyección afectiva morbosa, cuyas formas más rudimentarias se confunden, por una parte, con la simple *Einfühlung* anormal, así como con la participación en el ser ajeno y, por otra, en sus modos más diferenciados, con los desórdenes del pensamiento que entrañan alienación del contenido intelectual. Nos referimos a los sentimientos de imposición y de privación. El *sentimiento de imposición*, corresponde a la impresión vaga de que la propia conducta, el estado corporal y la vida interior –o sólo ciertos aspectos de esos

territorios de la experiencia– no dependen de la espontaneidad normal ni de la propia voluntad, sino que son determinados o forzados por alguien o por algo exterior. El *sentimiento de privación* se produce como estado de conciencia, penoso y no consentido, dominado por la impresión de ser desposeído de diversas posibilidades de la vida interior, sobre todo de satisfacciones y goces. Como se comprende, tanto el sentimiento de imposición como el de privación, de ordinario preceden, respectivamente, a los pensamientos hechos y a la substracción del pensamiento o se asocian a ellos. OTTO KANT considera un *sentimiento de influencia*, que surgiría de la oposición de dos tendencias: de afirmación de sí y de entrega de sí y, como la ambivalencia, tendría siempre el significado de mecanismo de defensa, en el sentido psicoanalítico.

En resumen, la vida afectiva del esquizofrénico tiene como caracteres predominantes, desde el punto de vista subjetivo, la presencia del sentimiento fundamental de estar cambiado; desde el punto de vista del observador, el ser impenetrable, inaccesible. Acaso la detración afectiva de la realidad es lo primario.

4. El instinto muestra anomalías en la esquizofrenia, acaso de una importancia fundamental, pero su conocimiento es todavía rudimentario. Los diversos impulsos y tendencias sufren manifiestas alteraciones, sobre todos las propias del instinto de conservación y del sexual: el enfermo puede permanecer por tiempo indefinido sin comer ni beber o por el contrario es bulímico o propenso a las alteraciones cualitativas del hambre: rumiación, geofagia, coprofagia etc. El instinto de protección y defensa también muestra anomalías: insensibilidad a los rigores de la intemperie, propensión a hacerse daño, a la automutilación, indiferencia a las agresiones etc. El instinto social manifiesta merma notable –primaria o secundaria– consistente en la indiferencia hacia los demás, u odio y agresividad incondicionados y ciegos o desproporcionados con los motivos.



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

La conducta muestra igualmente que los instintos espirituales se alteran y, sobre todo, se embotan o esfuman.

Pero lo más importante es que con el proceso esquizofrénico se produce una verdadera revolución en las tendencias instintivas, como si se pusiera a descubierto toda una región oculta de la vida anímica, la esfera titánica de las profundidades. Surge a la conciencia un tropel de impulsos violentos que amenazan la integridad de la persona. Esto lo experimentan los enfermos como acontecimiento terrible, que no hubieran querido jamás vivir y que, cuando lo pueden recordar, evitan con pavor ocuparse de él. Se destacan particularmente los impulsos sexuales y agresivos, a veces unidos o en pugna con creencias mágicas o religiosas, y con terrores o fervores insensatos. Los impulsos sexuales, con todas las formas de perversión, sobre todo la homosexual y la incestuosa, se manifiestan abiertamente o de manera simbólica, prestándose a interpretaciones justificatorias de las teorías psicoanalíticas. En efecto, el estudio imparcial de casos observados de manera prolija demuestra que los productos de la actividad mental –sobre todo las delusiones e ideas delusivas– y la conducta en general de los esquizofrénicos, entrañan la actualización de «mecanismos» semejantes a los que FREUD reconoce en la elaboración de los sueños, como lo sugiere JUNG en su obra sobre el contenido de la esquizofrenia. En la esquizofrenia se produce algo análogo a una quiebra de la represión, quiebra que no es total, pues siguen primando en la experiencia contenidos y fuerzas hostiles a la descarga o cumplimiento de los impulsos insurgentes–de ahí el encubrimiento, las formaciones de compromiso, el simbolismo. Pero si hay esto, ello no significa ni que todo, ni lo primario de la esquizofrenia, consista sólo en un conflicto o reacción psicógena. No significa tampoco que las manifestaciones subconscientes sean meras regresiones interpretables conforme a los esquemas freudianos. Del valor que se debe dar a los síntomas psicógenos de la esquizofrenia trataremos después. Acerca de la índole de su psicomauia precisaremos, lo

más lacónicamente que nos sea posible, nuestro punto de vista. La manifestación de impulsos sexuales perversos, de rechazo del padre, etc. no implica forzosamente que el sujeto cuando niño haya deseado cohabitar con su madre, que haya experimentado rivalidad sexual con su padre etc. y que esas propensiones reprimidas después hayan permanecido fijadas en la mentalidad subconsciente. Más conforme con la realidad nos parece considerar que, de la misma manera que el despertar sexual de la primera y de la segunda pubertad produce inseguridad, desconcierto y a veces extravíos en la coadunación de lo erótico y lo sexual con un objeto apropiado, la convulsión causada por los cambios primarios de la enfermedad entraña el desgobierno de la experiencia vivida por la supremacía de la sexualidad y la tendencia anexa de los celos, que contaminan y violentan el amor y la sumisión filiales. Si en la pubertad el desvío lleva a veces a la homosexualidad y aun al amor incestuoso más o menos velado, se comprende que la gran eclosión de la esquizofrenia, con su peculiar desdiferenciación de las tendencias, con el empuje del instinto sexual, pueda conducir a mayores y más tenaces proclividades. Debemos considerar que aquí se reúnen las circunstancias siguientes: 1ª una quiebra de niveles en la actividad anímica, con excitación de la sensualidad, en que dominan impulsos sexuales vigorosos y desatados; 2ª una confluencia desordenada de tendencias afectivas actuales e inactuales respecto de las personas más entrañables de la familia; 3ª tendencias morales del yo espiritual adversas a las enormidades de la concupiscencia; 4ª pérdida de la jerarquía y organización del mundo de la experiencia vivida, de las relaciones y actitudes valorativas y su orden histórico–personal. Todas estas condiciones hacen posible que se realice una fusión o identificación de los sentimientos familiares con los impulsos sexuales: la conciencia impotente para afrontar su contenido, funciona de manera deformante, de suerte que, en lugar de discriminar lo independiente –sexualidad y eros familiar– condena y condensa los



impulsos invasores, se torna maliciosa, favoreciendo así la contaminación y las acciones y reacciones tanto más enmarañadas e incomprensibles cuanto mayor es la disgregación del pensamiento.

Podemos compendiar lo más significativo del desarreglo de las tendencias instintivas en el proceso esquizofrénico con esta fórmula: emergencia de obscuras y poderosas fuerzas titánicas a la vez que reanimación desconcertada de actitudes afectivas y valorativas personales, manifestándose las infantiles no como infantiles e inocentes, sino adulteradas, como actuales y perversas, a causa de que la conciencia del adulto enfermo reacciona con una mezcla de malicia y grosería anexa al espíritu conmovido y violentado en su inserción existencial por la sexualidad desatada.

5. *En seguida consideramos los desórdenes de la acción -voluntad, psicomotilidad, expresión-, que no sólo consisten en deficiencias y exageraciones parciales sino en un trastorno general de su economía y gobierno, aparente por lo menos en algunos casos. Los impulsos están exaltados y sin freno en los actos impulsivos y en los estados de excitación, probablemente ausentes o neutralizados en el estupor, inhibidos en el bloqueo o interrupción de las acciones iniciadas, persistentes o resistentes al cambio en la catalepsia, perseverantes en la estereotipia, opuestos y actuales de modo explícito en la ambitendencia, pasivos y heterónomos en la sugestibilidad, en la obediencia automática, en la flexibilitas cerea, en la ecopraxia y sus análogos, opuestos a la voluntad ajena en el negativismo y la reacción de último momento. Dependientes directamente de factores orgánicos son sin duda ciertas aquinesias, hiperquinesias y disquinesias, a menudo con síntomas extrapiramidales. Son demostrativos de ello los casos de aquinesias (rígidas o flácidas) que aparecen y desaparecen de manera súbita, con integridad de la conciencia y de la voluntad en el aspecto de la motivación y de la decisión, que KLOOS denomina estados catapléticos en esquizofrénicos. Sin embargo,*

ni estos hechos y otros semejantes, ni los de la llamada «catatonía experimental» - fenómeno de sede muscular-, demuestran que todos los aspectos de la catatonía o todas las catatonías sean de orden exclusivamente neurológico. La observación clínica evidencia, por el contrario, que en algunos enfermos los síntomas catatónicos- como en general toda la vida activa del esquizofrénico- dependen de circunstancias genuinamente psicológicas.

La mímica en la esquizofrenia acusa rigidez y empobrecimiento del registro motor, que se expresan también en todas las formas de la acción, muy manifiestos en algunos enfermos, como pérdida de la gracia, de la holgura y la rotundidad en las actitudes y la conducta. La mímica suele dissociarse del pensamiento, expresando lo que no implica el contenido de éste - paramimia. Discordancia análoga se presenta con la palabra- parafasias y paralogias o lo que se interpreta como tales. Señalemos además las manifestaciones características más definidas: la verbigeración o estereotipia de frases, palabras o sílabas, la ensalada de palabras, los neologismos, las para-respuestas. Aunque no se siga a GRUHLE en negar rotundamente el origen orgánico de algunas perturbaciones del lenguaje que se trata de reducir al mecanismo de la afasia (KLEIST), creemos que en general las anormalidades de esta función son derivadas del desorden de otras funciones o del desorden fundamental, jugando sin duda un papel importante las extrañas experiencias propias de la mentalidad esquizofrénica. El enfatismo, la afectación, la extravagancia, el embrollo, que hemos señalado como anexos al pensamiento, se manifiestan con igual frecuencia en el lenguaje (verbal y escrito) y en general en toda actividad del esquizofrénico.

Condensemose. Cuando el esquizofrénico muestra vida activa típicamente esquizofrénica es falta de espontaneidad, modoso, de movimientos y acciones imprevisibles y abortivos, distante del ambiente y a la vez susceptible de ser influido por él tanto de manera pasiva (contagio mental) como reactiva (exquisita vulnerabilidad).



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

6. La memoria no ofrece en la esquizofrenia más perturbaciones que raras *amnesias psicógenas* y *alucinaciones del recuerdo*. La atención igualmente no tiene otras irregularidades dignas de mencionarse que la trivial distracción (muchas veces más aparente que real) y la infrecuente *hipermetamorfosis*, o sea, el interés perseverante por todas las impresiones que se suceden (reales o pseudopercepciones). La conciencia del tiempo, cuyo estudio se halla en comienzos, tiene indudablemente anomalías peculiares en la esquizofrenia. Según FISCHER, la mentalidad esquizofrénica muestra una *desnaturalización del tiempo*; éste en cierto modo se objetiva, acaso porque se contamina y se confunde con las cualidades de los objetos de la experiencia, sobre todo la espacialidad de la percepción y la acción. Puede dissociarse el tiempo del yo del tiempo del mundo, en direcciones y grados variables. Para MINKOWSKI, en el esquizofrénico se suspende en cierto modo la validez del tiempo y se halla alterada la situación del sujeto tanto respecto del tiempo como del espacio; falla el «yo-ahora-aquí» por incapacidad de presentificación, incluso de manera compleja, como no poder experimentar en el presente lo que es efectivamente propio del ser presente, y reconocerlo como tal a *posteriori* o creer que lo que acontece actualmente ha sido previsto (sentimiento retrospectivo de previsión).

La conciencia, como ámbito de la intencionalidad o de los actos anímicos, ofrece excepcionalmente anomalías en la esquizofrenia: *embotamiento de la conciencia*, *estado oníroide*, *amencia* o *estado confusional y delirio*. Estas perturbaciones son tanto más raras cuanto más comprometen la claridad de la conciencia. Su presencia debe hacer pensar en la posibilidad de desórdenes somáticos, esto es, en una esquizofrenia sintomática – dada su rareza en la genuina. En lo que atañe a la orientación, salvo las raras manifestaciones de desorden secundario (más a menudo sólo aparente), debe señalarse la *doble orientación* o «doble contabilidad» de los paranoides compensados, gracias a la cual no confunden el mundo de la realidad con su mundo delusional, insertándose pasablemente en el primero.

La conciencia del yo sufre en la esquizofrenia la alteración característica consistente en que el sujeto no experimenta como propios, sino como huidizos o que escapan, como influidos o impuestos, como ajenos o hechos, ciertos fenómenos de su experiencia, según hemos visto a propósito de la percepción, del pensamiento, del sentimiento etc. Esta pérdida de la soberanía del yo respecto del contenido de la experiencia, automatismo mórbido o *déposesion*, como la llaman los psiquiatras franceses, tiene grados que varían al infinito en el campo autóctono de la conciencia del yo – desde una moderada *despersonalización* hasta la *parálisis del yo* (GRUHLE), en que, perdido el albedrío, cesa de manifestarse la iniciativa y la propia voluntad como tales, ejecutándose los actos sin participación activa del yo, que se convierte en una especie de espectador de sí mismo, juguete de fuerzas que él considera extrañas. El sentimiento de extrañeza (desrealización) se relaciona íntimamente con la despersonalización y en general con las perturbaciones de la conciencia del yo, y la perplejidad es probable que no sea ajena a su influencia. Incluso el *transitivismo* o atribución a los demás de los propios síntomas, como si fueran proyectados, no es ajeno al desorden de la conciencia del yo. ZUTT cree que en todo esto hay una ruptura de la relación entre el yo y la «actitud interior». Nos parece que hasta hoy no se ha dado el valor que tiene aquí, como en el conjunto de los desórdenes mentales de la esquizofrenia, la erupción de impulsos que hemos señalado al tratar de los instintos.

La personalidad se halla comprometida en su función esencial. El observador y a menudo el paciente mismo notan un cambio radical en el modo de ser del individuo que enferma, no sólo una mengua de la espontaneidad y de la capacidad de reacción, sino también una perturbación cualitativa: rigidez y pobreza, así como incongruencia, desmesura, excentricidad, propensión a lo «anticonvencional». Pierde su naturalidad el comportamiento porque el mundo de la valoración personal, de la motivación carece



ya de estructura unitaria. GRUHLE formula las diferencias que existen entre la personalidad total del esquizofrénico y la del hombre normal en los términos siguientes: «Subjetivamente, es el alejamiento interior del prójimo, la soledad esquizofrénica, que se ha designado algo exageradamente y de manera poco feliz como concepción esquizofrénica del mundo; objetivamente, lo heteróclito, la conducta oposicional del enfermo. Y en la relación con el observador se impone a éste la incomprendibilidad, la inaccesibilidad afectiva del esquizofrénico, igualmente debida al desorden de la motivación (conmoción del sistema de valores)».

7. Con lo que precede podríamos dar por terminada la exposición de la psicopatología de la esquizofrenia. Pero un apremio de síntesis, una necesidad de alcanzar lo esencial y unitario obliga a buscar la clave psicológica del desorden en su conjunto, pues la vida anímica es una y sus fenómenos o aspectos parciales corresponden sólo a abstracciones metódicas. Al efecto no han faltado fórmulas desde el siglo pasado. Entre las modernas tenemos «la desintegración de la conciencia» de GROSS, «la ataxia intrapsíquica o desarmonía entre la noo y la timopsiquis» de STRANSKY, «el trastorno de la integración» de BLEULER, la «enorme tendencia a la automatización y a la fijación de los complejos» y la semejanza con el mundo de los sueños, de JUNG, «la discordancia, síntoma general común» de CHESLIN, «el automatismo mental» de DE CLÉLANBAULT, «la pérdida del contacto vital» de MINKOWSKI, «la hipotonía de la conciencia» de BERZE y «la perturbación general de la ejecución» de CARL SCHNEIDER. Nos detendremos sólo en estas últimas concepciones.

Según BERZE, lo irreductible, decisivo y que no podemos alcanzar directamente es la *perturbación fundamental*, de que dependen directamente los *síntomas primarios*, esto es, aquellas manifestaciones que no se puede derivar de otras. La hipotonía de la conciencia sería la *perturbación fundamental*, que tendría por consecuencia una *insuficiencia de la*

actividad psíquica, lo más importante y general del desorden accesible, el síntoma primario por excelencia. Equivale a «la perturbación del acto» psíquico, de GRUHLE, a «la falta de actividad propia» o «alteración cualitativa de la intencionalidad del yo» de KRONFELD y a la «mengua de tensión del arco intencional» de BERINGER. También corresponde a «la perturbación general de la ejecución» de C. SCHNEIDER, quien por su parte estudia la semejanza entre la esquizofrenia y el estado anímico del durmiente y del sujeto vencido por el cansancio. La perturbación general de la ejecución tendría en ambos procesos los caracteres siguientes: inconstancia, impenetrabilidad, deficiente articulación, vaguedad, imposibilidad de tomar una actitud, escurrirse, substituirse, desviarse, fusionarse, desatinar, plenitud de intuiciones, palidez. La diferencia que SCHNEIDER reconoce entre la ejecución del esquizofrénico y la del durmiente es que en el primero la inconstancia de la experiencia vivida pasa al fondo; el desatinar, por el contrario, se destaca, siendo mejor el fusionarse los elementos del contenido. Debemos agregar que en la esquizofrenia es posible la autoobservación, lo que no ocurre en el durmiente. Por otra parte, como lo demuestra el trabajo reciente de SUSSMANN, los ensueños en los esquizofrénicos son distintos de los del hombre normal, en el sentido de que manifiestan los síntomas de la enfermedad – son esquizofrénicos- lo cual demuestra que existe una diferencia esencial entre estos dos estados anímicos.

La concepción tipo BERZE-GRUHLE-SCHNEIDER-BERINGER-KRONFELD ha demostrado su eficacia en las investigaciones de ZUCKER y HUBERT acerca de los cambios en el aspecto funcional o formal del pensamiento esquizofrénico. Estos investigadores han puesto de manifiesto que tanto la tendencia, cuyo objeto de intención es el material, como lo que tiene por objeto de intención el propio yo fracasan en su orientación hacia el fin, hacia la labor de selección y logro, dejando vacíos que permanecen como tales o que se llenan con materiales adventicios y espurios.



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

Creemos que el desorden del acto, es decir, el desorden de la función, del «cómo», es esencial en la esquizofrenia, pero no nos parece sin importancia lo que atañe al contenido, al «qué». Los psicoanalistas exageran, indudablemente, el alcance de la experiencia eventual del sujeto en la dinámica de la esquizofrenia; toman de ordinario como factores patogénicos los que no son más que patoplásticos. Pero es innegable que, el contenido de la experiencia del esquizofrénico puede ser decisivo en veces para la evolución de su enfermedad. Por tanto –y en esto nos apartamos del criterio que preconiza GRUHLE– el psicopatólogo no sólo debe limitar su afán inquisitivo a los desórdenes de la función, sino que debe atender también al contenido, a la influencia de los acontecimientos. En otros trabajos nuestros sobre la psicología de la esquizofrenia hemos tratado de demostrar esto con la interpretación de casos concretos. Ahora tomaremos materia demostrativa ajena, tanto más valiosa cuanto que se presenta por los observadores sin darle el alcance que le damos. Nos referimos a la observación de ZUKER y HUBERT en una esquizofrénica y a una auto-observación de MORSELLI acerca de los efectos tardíos de una experiencia «alucinatória» condicionada por la intoxicación mescalínica.

El caso de ZUCKER y HUBERT corresponde a una mujer que no conserva de la esquizofrenia sufrida ninguna alteración funcional: las tendencias o actos son normales, pero persisten huellas definidas de la enfermedad en forma de material de sello esquizofrénico. Todos los sitios, personas y objetos con los cuales ha estado en relación durante la fase aguda suscitan en el espíritu de la convalenciente perturbación semejante a la característica de la esquizofrenia. En cambio, cuando se halla en ambiente que no haya sido «testigo» de la enfermedad, se siente perfectamente normal. Es evidente, pues, que se efectúa una contaminación de la función normal por el contenido mórbido.

En el sentido de las ideas de BERINGER, MORSELLI asimila los efectos de la mescalina a los síntomas de la esquizofrenia.

No podemos ver en su prueba un caso de «esquizofrenia experimental», como él pretende, pues hay tanta diferencia (o mayor) entre los efectos de tal intoxicación y la psicosis de que tratamos, como la que existe entre ésta y el fenómeno onírico. Damos importancia al caso, desde nuestro punto de vista, porque patentiza que el desfiguramiento de la experiencia por un desorden mental pasajero es susceptible de tener repercusión en la vida psíquica del sujeto, incluso cuando ha pasado el desorden y los efectos somáticos de la causa que lo provoca (en este caso la intoxicación por la mescalina). Entre las ilusiones que tiene MORSELLI bajo la influencia del tóxico se destaca la relativa al personaje de un cuadro del Ticiano, que cobra vida, asume una actitud hostil, provocativa, con gran plasticidad, mueve los ojos y, amenazador, sale del cuadro y abre la boca como para hablar. El experimentador cuya primera reacción conspira a favor de que hable el personaje – sin olvidar en ningún momento que éste es ilusorio–, acaba por aterrarse después de lanzarle un insulto. Cuando era inminente la respuesta del personaje, MORSELLI dirige su atención a otros objetos. Pasado el episodio de la intoxicación y durante dos meses por lo menos, MORSELLI es presa de un verdadero síndrome paranoide, que se exagera de manera extraordinariamente penosa a la vista del cuadro y, eliminado éste, al hallarse en la habitación donde se desarrolló la escena referida. El personaje, en el primer caso adquiere «una realidad que –según las palabras de MORSELLI– triunfaba sobre todas las correcciones y todas las objeciones de mi crítica, como si viniese de un mundo secreto, del cual yo mismo hubiese formado parte. Esta sensación de realidad –agrega– me parece hoy tanto más incomprensible cuanto que ningún desorden sensorial la acompañaba (percibía el cuadro de una manera completamente normal); cesaba desde que yo salía de mi departamento, pero no desapareció cuando llevé lejos de ahí el cuadro. ¡Cuántas veces al entrar o a la idea de entrar en la habitación temía encontrar ahí, oculto esperándome, el personaje de mi experiencia, armado y amenazador. –¡Cuántas noches me ví obligado



a levantarme e ir a dormir a otra parte!. Mientras permanecía en mi departamento, sentía su presencia invisible». Así tenemos que, desaparecido el desorden cerebral o somático, los acontecimientos de la vida anímica condicionados por él, ya como fuerzas exclusivamente mentales, son capaces de perturbar secundariamente el psiquismo de una manera muy intensa, si colaboran las circunstancias exteriores. Dicho de otro modo, estas observaciones demuestran que lo psíquico en tanto que psíquico tiene poder patogenético no desdeñable.

En suma, estos hechos, que tienen toda la fuerza de experimentos cruciales, explican que, según las circunstancias exteriores, los síntomas de la esquizofrenia y la enfermedad como un todo puedan evolucionar de maneras muy variables, ora atenuarse o «encapsularse» y «compensarse» (M. MÜLLER, MAUZ) y curar, ora reforzarse o desencapsularse y dominar el cuadro clínico, alienando al enfermo más y más de la realidad y deteriorando por la inactividad sus estructuras potencialmente sanas. Los resultados de la ergoterapia y de la psicoterapia cautelosa de los esquizofrénicos, corroboran estos hechos. Sus consecuencias prácticas son, pues, evidentes. Mas aquí lo que nos interesa es recalcar que las manifestaciones psicopatológicas de la psicosis que nos ocupa tienen una dinámica que no justifica una separación radical de factores patogénicos y patoplásticos ni de síntomas procesuales o de actividad y síntomas de déficit o residuales, - ya que lo patoplástico y residual es capaz de regenerar o crear desórdenes tan activos y de consecuencias como los primarios.

8. La esquizofrenia no es una enfermedad con sólo síntomas mentales. Los tiene también somáticos, aunque apenas característicos y menos frecuentes que los principales de orden psíquico. Ninguno se presenta en todos los casos, ni siquiera en la mayoría. Los más dignos de atención son los pupilares (anisocoria, *spasmus mobilis*, falta de inquietud pupilar); los de la musculatura estriada,

además de las aquinesias, disquinesias e hiperquinesias, ya indicadas, rigidez relativa del volumen de los músculos al pletismógrafo, asimetría de los diversos reflejos y síntomas de compromiso extrapiramidal, especialmente en los catatónicos; además de estos síntomas se agrega el estasis papilar en los casos de edema del cerebro, que suele ser mortal: acrocianosis, seborrea de la cara, mengua del metabolismo basal, ligera elevación de temperatura,* oscilaciones del peso, desórdenes de la menstruación y otros síntomas más raros y variados del sistema vegetativo y del endocrino. Se ha señalado como frecuente la disminución de la permeabilidad de las meninges. Después de haberse perseguido en vano sintomatología (y etiología) de tuberculosis, se renueva el afán por encontrar trastornos digestivos y lesiones hepáticas. LINGJAERDE, gracias a una extensa investigación con 12,000 pruebas, pretende que en el 80% de los esquizofrénicos se presenta insuficiencia hepática. CRAMER y otros investigadores no han podido ratificar este aserto.

Antes de dejar este punto es útil que nos reframamos a la última concepción de BLEULER (1930). Según ella, la esquizofrenia no es una enfermedad psicógena, sino de naturaleza orgánica. La explicación de las lesiones cerebrales como consecuencia de las emociones reprimidas, etc. -propia de los psicoanalistas- es inaceptable, ya que en las neurosis no se producen. En cambio no niega que en la esquizofrenia se constituyan superestructuras psicógenas y concede que sean legítimamente interpretables según los procedimientos psicoanalíticos. Así, los síntomas de la esquizofrenia son de dos clases: primarios, orgánicos o fisiógenos y secundarios, comprensibles o psicógenos. En el mismo síntoma pueden colaborar lo fisiógeno y lo psicógeno, como es el caso de las alucinaciones: «la falta de control por la disociación de las

* Con posterioridad a la lectura de esta ponencia, se ha publicado un trabajo digno de mención sobre episodios febriles y sub-febriles en esquizofrénicos, relacionados con un síndrome hemolítico: K.F. SCHEID & L.BAUHER: «Ueber febrile und subfebrile schizophrene Schübe», *Der Nervenarzt*, 1937, N°5.



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

funciones causa ciertamente la tendencia a oír voces; pero el contenido de éstas es determinado por los complejos». La delimitación entre lo primario y lo secundario es tan arbitraria por lo común como en lo que atañe a lo procesual y lo deficitario, según lo expuesto en el capítulo anterior.

9. Hemos enumerado los principales síntomas corporales que suelen presentarse en la esquizofrenia, a pesar de su escaso valor diagnóstico, con el objeto de completar el repertorio de datos para su identificación. Ahora debemos atender a la segunda parte del tema: la delimitación clínica. Ante todo debemos precisar qué es lo que se trata de delimitar: ¿un síndrome, un tipo clínico, una entidad nosológica? La psicosis que conocemos con el nombre de esquizofrenia no es sólo un síndrome, en el sentido de reunión de síntomas correlacionados y nada más. Ya que los síntomas de la esquizofrenia –o síndrome esquizofrénico– pueden presentarse en cuadros clínicos que no son la esquizofrenia, como precisaremos después. Tampoco es una entidad nosológica en el sentido preciso del término, pues carece de los caracteres de una enfermedad orgánica con unidad demostrada, con etiología y anatomía patológica propias. La concordancia relativa de los resultados en materia de genética patentiza, sin duda, que la esquizofrenia es condicionada por la herencia. Pero aunque se llegara a determinar con certeza el tipo de mecanismo mendeliano que rige la transmisión, con ello no se tendría la evidencia de que se trata de una verdadera entidad ya que es posible idéntico mecanismo en dos o más enfermedades distintas, semejantes o no clínicamente. Para que la genética pudiera arrojar datos decisivos acerca de la unidad o no unidad nosológica de la esquizofrenia se requiere investigaciones muy prolongadas y extensas, en condiciones de rigor quasi experimental, unidas a un prolijo análisis sintomatológico. Lo que se ha logrado en esta dirección será considerado después. En lo que atañe a la anatomía patológica, hoy por hoy no se puede hablar de lesiones patognósticas. En la reunión de agosto de 1936 de la Sociedad Alemana de Psiquiatría,

las más grandes autoridades en materia de histopatología de las psicosis, con KLEIST a la cabeza, pudieron comprobar que excelentes preparaciones de cerebros alterados por la esquizofrenia, sirvieron de base –como repara PETER (D.m. W. 1936, N° 41, p. 1701)– a las concepciones más opuestas. Y el propio KLEIST hubo de convenir en que la histopatología cerebral no ha llegado a resolver el problema de la base material de la esquizofrenia.

Si la esquizofrenia no es ni un síndrome ni una entidad nosológica, sólo puede considerarse como un tipo clínico, designación muy acertada de KURT SCHNEIDER, que no la define. Entendemos por tal, no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicables dentro de los otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, como lo que se diagnosticaba con el nombre de «paranoia» hace medio siglo, según pretende HOCHÉ que es hoy la esquizofrenia, sino la unidad estructural determinada por una serie de requisitos, de entidad diferente, que se presentan reunidos como constelación variable en la realidad individual concreta, pero con un núcleo constante. Los requisitos son los síntomas que hemos definido, con su jerarquía, y el hecho de surgir la psicosis de una manera abrupta, como algo nuevo y fundamentalmente incomprensible –esto es, como un proceso en el sentido de JASPERS– y no como algo inteligible, como consecuencia psicológica de la estructura de la personalidad premórbida y de la situación del individuo en que se manifiesta. La mentalidad del sujeto, por obra de la psicosis, es otra– ha cambiado fundamentalmente. La circunstancia de que la inteligencia se conserve virtualmente intacta no implica que el esquizofrénico sea un hombre normal con síntomas psíquicos que entorpecen el ejercicio de su normalidad– es otro hombre, hombre esquizofrénico. Lo cual no implica tampoco que la esquizofrenia es incurable, como sostienen algunos psiquiatras pesimistas. KRAEPELIN no se cuenta entre ellos. Según su experiencia, la remisión se presenta en el 8% de los hebefrénicos y en el 13% de los catatónicos; se resiste a creer que



los paranoides sanen nunca. Carecemos hasta hoy de un estudio basado en material numeroso y de larga observación, pero parece probable que la proporción sea mayor que la señalada por KRAEPELIN. Tal vez se aproxime a la verdad en lo que atañe a los casos no tratados como hoy es aconsejable* -como enfermedad orgánica en la fase aguda, como enfermedad psicológica en la crónica- la proporción que han verificado I.W. LASAREFF y T.J. JUDIN. En su investigación catamnésica de 163 esquizofrénicos varones internados 27 años antes, encuentran que la curación completa se presenta en el 18% (la mayor parte con iniciación aguda) y la curación social en el 11%, o sea 29% de remisiones duraderas.

La unidad de la esquizofrenia no se opone ni a la multiplicidad de formas clínicas ni a la posibilidad de desintegración en subtipos más o menos independientes. Las vicisitudes de la clasificación kraepeliniana de las formas clínicas es por sí demostrativa de la arbitrariedad de su fundamento si se aplica a todos los casos. LANGE dice a este propósito algo que todo psiquiatra observador puede confirmar: «Las subformas de la esquizofrenia -escribe en su último manual-, hebefrenia, catatonía y demencia paranoide, no se dejan deslindar una de otra. La hebefrenia puede acompañarse de rasgos catatónicos, así como los casos cuya manifestación principal sea de orden paranoide. Sobre todo, una esquizofrenia puede comenzar como hebefrenia, mostrar después episodios catatónicos y terminar más tarde como demencia paranoide. También encontramos realizadas todas las demás combinaciones posibles». Los genetistas, por otra parte, se inclinan a creer que las formas clínicas no dependen de diversos factores hereditarios sino del mismo factor (o factores) con

diversos fenotipos en lo que respecta al resto del patrimonio hereditario, diversa constitución o diversas condiciones de ambiente.

Con respecto a la posibilidad de que se separen subtipos diferentes de esquizofrenia, el análisis de muchos casos y familias, teniendo en cuenta toda la evolución de la enfermedad y la filiación de los individuos en que se presenta, será la base para verificarla. Las investigaciones de LEONHARD sobre los casos deteriorados son, en este sentido, el comienzo de una conversión del tipo clínico en grupo clínico y heredobiológico -que por lo demás requiere confirmación en este su comienzo. Ya tenemos el caso de las *parafrenias*, que KRAEPELIN intentó separar de la esquizofrenia y hoy vuelven a su seno. Aunque muchos investigadores, como MAUZ, LANGE, EYRIC, HOFFMANN etc., sin negar su afinidad fundamental con la esquizofrenia, las relacionan con el círculo de la psicosis maníaco-depresiva, es casi unánime el criterio de que representan subformas de la psicosis que nos ocupa, condicionadas de manera análoga a la variedad de hebefrenia, catatonía etc. Pertenecen igualmente a la esquizofrenia con idéntico carácter, la *psicosis presenil de daño*, la *paranoia de involución*, la *catatonía tardía*, la *paranoia de tipo psicótico* (en oposición a la de tipo reaccional o de evolución en una personalidad psicopática) y la *esquizofrenia injertada* (en oligofrenia). Se comprende que aquí haya discrepancias de opinión en los matices. El dictamen de la escuela de Heidelberg, que formula MAYER-GROSS, es que estas modalidades, en principio, son inseparables de la esquizofrenia. Otros psiquiatras, de no menor competencia, como KURT SCHNEIDER, son más categóricos, incluyéndolas sin reservas en el tipo.

Hemos dicho que la esquizofrenia no es sólo un síndrome. Admitimos que lo es, pero manifiesto en forma de proceso. Esto equivale a afirmar que, a pesar de ser característicos los síntomas con una estructura especial, ellos pueden presentarse aislados o con esa estructura en otras clases de desórdenes.

* Después de leída esta ponencia, hemos iniciado el tratamiento de los esquizofrénicos según los métodos de VON MEDUNA y de SAKEC. Los resultados son infinitamente más halagadores que los logrados con otros procedimientos, al extremo que, aplicados sistemáticamente en los casos de enfermedad reciente, hacen de la esquizofrenia una psicosis curable.



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

Efectivamente es así –no hay signo patognomónico de la esquizofrenia–, lo cual nos lleva a precisar el diagnóstico diferencial. La esquizofrenia endógena, esencial, genuina o psicosis proceso, de la que tratamos, se puede confundir, en primer lugar, con cuadros clínicos de psicosis sintomáticas, con signos semejantes o idénticos, pero a causa de influencias exógenas de orden material: infecciones, intoxicaciones etc. Aquí la etiología es patente y la evolución del desorden mental depende de la evolución del estado patológico del cerebro, de la enfermedad orgánica principal. Esta es la esquizofrenia sintomática o exógena, o mejor dicho *reacción somatógena esquizomorfa*, que puede presentarse sin predisposición hereditaria especial y con personalidad premórbida normal.

En segundo lugar, puede confundirse la esquizofrenia esencial con las reacciones o neurosis con síntomas semejantes o idénticos, en personalidades anormales, a expensas de cuya estructura se forman las manifestaciones del cuadro, de una manera comprensible. Aquí el análisis del caso hace patente la motivación psicológica, la continuidad genética de la etapa premórbida al desorden agudo. Tal es la *reacción psicógena o neurosis esquizomorfa*. La personalidad en que nace tiene ordinariamente particularidades que le dan una semejanza mayor o menor con ciertos aspectos de la esquizofrenia: los rasgos y combinaciones señalados por KRETSCHMER en sus tipos, ya de psicología popular, conocidos con los nombres de esquizotímico y esquizoide. A este respecto debemos impugnar la desviación del criterio que consiste en confundir el tipo de carácter con el tipo de psicosis. Ciertamente, la introversión, la limitada capacidad de contacto afectivo con el ambiente, la propensión a la extravagancia, etc., son susceptibles de grados diversos, pero de ahí a que entre la personalidad esquizoide y la psicosis esquizofrénica existan los matices intermediarios hay una gran distancia. Lo efectivo es que no sólo hay entre ambas diferencia cuantitativa sino también de calidad. Esto, claramente formulado por JASPERS hace varios años, y hoy sostenido por BERZE, K.

SCHEIDER, STRANSKY y otros, parece evidenciarlo, entre otros hechos, la verificación de SKALWEIT, con el estudio del proceso esquizofrénico gracias al método psicodiagnóstico de RORSCHACH, que resume en estos términos: «Cuanto más esquizotímica es la constitución prepsicósica, tanto más grave es el defecto esquizofrénico a causa del deterioro de la personalidad esquizotímica por el proceso esquizofrénico». Esto significa no sólo diferencia de índole entre lo esquizotímico y lo esquizofrénico, sino también oposición entre ellos. SKALWEIT, posteriormente, mantiene el mismo criterio respecto ya no meramente de lo esquizotímico, sino de lo esquizoide mismo. Otro orden de hechos digno de considerarse en referencia con el tema es que, en ocasiones, una personalidad esquizoide que aparentemente evoluciona en suave gradación hacia la esquizofrenia confirmada, en realidad no es tal personalidad esquizoide sino una esquizofrenia larvada o una esquizofrenia estacionada después de una fase que ha pasado desapercibida en una personalidad premórbida no esquizoide. Así, la esquizofrenia que llamaremos patente no es más que la escena tardía de un drama cuyo prelude careció de aparato impresionante. Una verificación del hecho nos ofrece el estudio de MISCOLCZY y JOO de 236 casos de esquizofrenia esencial comprobada. Una investigación cuidadosa de la conducta prepsicósica muestra el tipo esquizoide definido en un quinto de los casos, inclinándose a pensar, incluso en estos casos, que se trata de procesos esquizofrénicos abortivos no reconocidos, con daño cerebral ya antiguo. De la existencia de cambios histológicos, que valen como señales de defecto crónico definido en casos relativamente recientes, infieren que –como han observado SPIELMEYER y BOSTROEM en la parálisis general– también el proceso cerebral esquizofrénico puede preceder a los síntomas clínicos; de suerte que el correspondiente candidato a la esquizofrenia, a pesar de los avanzados cambios anatómicos de su cerebro, se impone como mentalmente sano o como personalidad esquizoide.

En tercer lugar queda la delimitación de la esquizofrenia frente a la psicosis maniaco-



depresiva y la psicosis epiléptica, que en la mayoría de los casos es fácil gracias al análisis del cuadro clínico y la anamnesia prolija. Hay un reducido número de casos en que por el tipo de constitución física o por otras circunstancias es difícil hacer el diagnóstico diferencial, quedando como un problema por resolver el de las psicosis mixtas. Parece que hay cierta oposición entre la epilepsia y la esquizofrenia, como si las condiciones etiológicas de ambas enfermedades no pudiesen coexistir en el mismo individuo. Con respecto a la psicosis maníaco-depresiva, KRETSCHMER, MAUZ y otros investigadores se inclinan a favor de la mixtura de disposiciones y cuadros clínicos. Por último, las psicosis hiperquinéticas o de la motilidad, sostenidas por KLEIST y su escuela como independientes, ofrecen problemas para la investigación futura, pues las conclusiones de E. FÜNFGELD no pueden tomarse como definitivas.

En conclusión, la esquizofrenia es un tipo clínico unitario en el estado presente de nuestro saber, sin constituir una entidad clínica. Se distingue de las pseudoesquizofrenias sintomático-somáticas por su comienzo sin causa patente, de la pseudoesquizofrenia neurótica por su aparición sin nexo de sentido con la personalidad premórbida, de las demás psicosis por el conjunto de su sintomatología y por las particularidades de su proceso. El diagnóstico diferencial requiere en todo caso anamnesia prolija, análisis sintomatológico preciso y observación prolongada. La sintomatología de la esquizofrenia es fundamentalmente psicológica. Aunque carece de síntomas patognomónicos, es característica la impresión de conjunto y la presencia de síntomas como los siguientes: la extrañeza del mundo de la percepción, las alucinaciones verbomotrices, el pensamiento que se hace sonoro, el eco del pensamiento, la discordancia de las diversas actividades psíquicas, el pensamiento esquizofrénico – sobre todo las delusiones propiamente dichas, los pensamientos hechos, la publicación y la substracción del pensamiento-, el amaneramiento, el autismo, la apatía, la

ambivalencia, los impulsos sexuales unidos a ideas de influencia, la pérdida de la soberanía del yo, las fallas de la intencionalidad y la desnaturalización de la personalidad.

RESUMEN

La demencia precoz o esquizofrenia, psicosis frecuente en la edad juvenil y condicionada fundamentalmente por factores hereditarios, se distingue por aparecer sin causa exterior notoria y manifestar un conjunto especial de síntomas orgánicos y mentales. Entre los últimos se encuentran algunos característicos. De ahí el interés del estudio psicopatológico de esta psicosis. Las manifestaciones psicopatológicas más importantes de la esquizofrenia son las siguientes: 1ª En el campo de la actividad perceptiva: la impresión de extrañeza del mundo, las pseudopercepciones de la sensibilidad corporal, las alucinaciones o pseudoalucinaciones verbales y verbomotrices, sobre todo el pensamiento que se hace sonoro, el eco del pensamiento, las voces dialogantes y las de comentario de la propia acción. En general, las pseudopercepciones genuinamente esquizofrénicas se distinguen por ser experiencias que el sujeto vive sin asimilarlas en su existir autónomo. 2ª En materia de pensamiento: la disgregación, la forma precategorial (simbolismo arcaico, autismo, participación en el ser ajeno), los pensamientos hechos, la substracción, la publicación y el bloqueo del pensamiento y las delusiones o delirios primarios (por falla directa del juicio, estableciendo relaciones sin motivo). En conjunto, el pensamiento esquizofrénico se puede caracterizar así: descabal el contenido concreto, frustráneo el aliento de la función activa, impersonal y mediata la substancia primaria. 3ª El sentimiento se apaga hasta el vacío afectivo con alguna frecuencia y manifiestas anormalidades cualitativas, como las siguientes: ambivalencia, sentimientos de (falsa) anafectividad, de imposición, de privación etc. 4ª En materia de instinto, lo más significativo es la emergencia de oscuras



Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia

fuerzas titánicas a la vez que la reanimación desconcertada de actitudes afectivas y valorativas del pasado personal, manifestándose las infantiles no como infantiles e inocentes sino, adulteradas, como actuales y perversas, a causa de que la conciencia del adulto enfermo reacciona con una mezcla de malicia y grosería, mezcla anexa al espíritu conmovido y violentado en su inserción existencial por la sexualidad desatada. 5ª La acción en la esquizofrenia tiene como desviaciones relevantes: actos impulsivos, estereotipias, amaneramiento, estupor, ambitendencia, negativismo, ecopraxia, fenómenos catatónicos etc. 6ª La conciencia del yo muestra una alineación del albedrío casi específica de la esquizofrenia, que puede llegar a la completa despersonalización y a la parálisis del yo. 7ª La personalidad pierde su unidad y su perspectiva de valores, de motivos eficaces y evidentes: la objetividad espiritual perenne es sustituida por el capricho subjetivo que cambia con el instante y no se funda en nada. Los desórdenes de la memoria, de la atención, de la conciencia, salvo la impotencia del acto intencional, son raros y poco característicos; los de la conciencia del tiempo son mal conocidos todavía.

La esquizofrenia no es una entidad nosológica sino un tipo clínico, con varias formas, susceptible de convertirse en un grupo de psicosis semejantes. Su diagnóstico diferencial tiene tres frentes: 1ª el de las psicosis orgánicas de origen conocido, en que pueden presentarse cuadros clínicos con síntomas esquizofrénicos y aun «pseudoesquizofrenias» o «esquizofrenias sintomáticas»; 2ª el de las psicosis de origen desconocido, sobre todo la psicosis maníaco-depresiva; 3ª las neurosis o reacciones pseudoesquizofrénicas, que aparecen en personalidades anormales o predisuestas. De las primeras difiere por la carencia de etiología manifiesta, de las segundas por la diversidad del cuadro de conjunto y la evolución, de las últimas en que no es comprensible en relación con las vicisitudes exteriores y la personalidad premórbida.

BIBLIOGRAFÍA

1. JOSEF BERZE & HANS W. GRUHLE: *Psychologie der Schizophrenie*, Berlin, 1929.
2. E. BLEULER: «Primaere und sekundaere Symptome der Schizophrenie», *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1930, t. 124, Nº 3 & 4.
3. HENRI CLAUDE: «Psychose périodique et démence precoce», *L'Encéphale*, 1931. Nº 5.
4. F. FISCHER: «Die Zeitstoerung als Schizophreniesymptom», *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 1930, t. 26, Nº 1.
5. JAKØB FROSTIG: *Das schizophrene Denken*, Leipzig, 1929.
6. HANS W. GRUHLE, K. BERINGER, H. BUERGER-PRINZ, OSWALD BUMKE, A. HOMBURGER, W. MAYER-GROSS, G. STEINER, A. STRAUSS, A. WETZEL, K. WILLMANN: «Die Schizophrenie», *Handbuch der Geisteskrankheiten*, t. IX, Berlin 1932.
7. KARL HAUG: *Die Stoerung des Persoenlichkeist-Bewusstseins*, Stuttgart, 1936.
8. A. E. HOCHÉ: «Der Entwicklungsgang psychiatrischer Erkenntnis», *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1935, Nº 31.
9. E. IRAZOQUE VILLALONGA: «Delimitación actual del grupo de las esquizofrenias», *Archivos de Neurobiología*, 1935, Nº 4.
10. KARL JASPERS: *Allgemeine Psychopathologie*, Berlín, 1923.
11. GERHARD KLOOS: «Ueber kataplektische Zustaende bei Schizophrenen», *Nervenarzt*, 1936, Nº 2.
12. EMIL KRAEPELIN: *Psychiatrie*, Leipzig, 1913, t. III.
13. ARTHUR KRONFELD: «Schizophrenie», KARL BIRNBAUM: *Handwoerterbuch der medizinische Psychologie*, Leipzig, 1930.
14. JOHANNES LANGE: *Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie*, Leipzig, 1935.
15. K. LEONHARD: *Die defektschizophrenen Krankheitsbilder*, Leipzig, 1936.
16. OTTAR LINGJAERDE: *Leberuntersuchung bei Geisteskranken etc.* (SKALWEIT, 1936).



17. FRIEDRICH MAUZ: «Der kompensierte und dekompensierte schizophrene Defekt, seine Prognose und Psychotherapie» *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1929, N° 49.
18. E. MINKOWSKI: *La schizophrénie*, Paris, 1927.
19. D. MISKOLCZY & B. JOO: «Ueber Frühsymptome der Schizophrenie» etc. (SKALWEIT, 1936).
20. G. E. MORSELLI: «Contribution à la psychopathologie de l' intoxication par la mescaline. Le problème d'une schizophrénie expérimentale», *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1936, Nos. 5-6.
21. M. MÜLLER: «Die schizophrenen Erkrankungen», *Fortschritte der Neurologi Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1935, N° 11.
22. CARL SCHNEIDER: *Die Psychologie der Schizophrenen*, Leipzig, 1930.
23. KURT SHNEIDER: «Die Diagnose der Schizophrenie und Zykllothymie», *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1935, N° 35.
24. SKALWEIT: *Konstitution und Prozess in der Schizophrenie*, Leipzig, 1934.
25. WOLF SKALWEIT: «Schizophrenie», *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1936, N° 6.
26. LOTTE SUSSMANN: «Beitrag zum Problem der Traeume der Schizophrenen», *Nervenarzt*, 1936, N° 9.
27. KONRAD ZUCKER & W. H. DE B. HUBERT: «A study of the changes in function found in schizophrenic thought disorder», *Journal of Mental Science*, 1935, N° 332.
28. J. ZUTT: «Die innere Haltung», *Mon. f. Psychiatr.*, 1929 (GOTTFRIED EWALD: «Schizophrenie», *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete*, 1931, N° 5).

