

## CLINICA NEUROPSIQUIATRICA DEL HOSPITAL PROVINCIAL Y CATEDRA DE PSICOLOGIA ME- DICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA - MADRID

Consejo Superior de Investigaciones Científicas por la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid. De esta suerte, se ha ido formando un grupo de trabajo. Un gran número de antiguos asistentes y colaboradores en el trabajo de la clínica se hallan dispersados por el mundo. Especialmente a ellos van dedicadas estas páginas.

Este Boletín se publicará todos los años. En él daremos cuenta de nuestro trabajo y de los temas que nos preocupan en la actualidad. Nuestra actividad futura se verá reflejada en sus páginas. Publicaremos un resumen de las conferencias que se pronuncian en el año y parte de las sesiones clínicas. Las correspondencias con el mundo íntegro se publican generalmente en la revista *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*; pero no llegan a todos los países y, en cambio, este Boletín lo enviaremos gratuitamente a los que soliciten el nuestro servicio.

Tomamos una lista de antiguos colaboradores que, desgraciadamente, no está completa. No ha sido tarea fácil reconstruirla. Por eso rogamos de antemano perdones las omisiones y nos comunicen su dirección para que los enviemos los Boletines.

De las actividades de años anteriores, especialmente años 1956 y 57, se publica nuestra obra "Síntesis sobre la esquizofrenia" editada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Del *Síntesis sobre la esquizofrenia* se han publicado las intervenciones íntegras en la revista *Actas*.

Esta revista servirá para mantener la unión con los que colaboramos en nuestro servicio del Hospital.

Año 1937

Boletín n.º 1.

CLINICA NEUROPSIQUIATRICA DEL HOSPITAL  
PROVINCIAL Y CATEDRA DE PSICOLOGIA ME-  
DICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA - MADRID

La clínica neuropsiquiátrica del Hospital Provincial de Madrid lleva ya funcionando varios años bajo mi dirección. En los últimos tiempos sus actividades se han visto aumentadas por el Departamento de Medicina Psicosomática del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, por la Cátedra de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid. De esta suerte, se ha ido formando un grupo de trabajo. Un gran número de antiguos asistentes y colaboradores en el trabajo de la clínica se hallan dispersados por el mundo. Especialmente a ellos van dedicadas estas páginas.

Este BOLETÍN se publicará todos los años. En él daremos cuenta de nuestro trabajo y de los temas que nos preocupan en la actualidad. Nuestra actividad diaria se verá reflejada en sus páginas. Publicaremos un resumen de las conferencias que se pronuncien en el aula y parte de las sesiones clínicas. Las conferencias, con el texto íntegro, se publican generalmente en la revista *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*; pero no llegan a todos ustedes y, en cambio, este BOLETÍN lo enviaremos regularmente a los que asistieron a nuestro servicio.

Tenemos una lista de antiguos colaboradores que, desgraciadamente, no está completa. No ha sido tarea fácil reconstruirla. Por eso rogamos de antemano perdonen las omisiones y nos comuniquen su dirección para que les enviemos los boletines.

De las actividades de años anteriores, especialmente años 1955 y 56, es buena muestra el libro "Simposio sobre la esquizofrenia", editado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Del Simposio sobre nuevas drogas hemos publicado las intervenciones íntegras en la revista *Actas*.

Estos boletines servirán para mantener la unión con los que colaboraron en nuestro servicio del Hospital.

## Organización del trabajo en el servicio del Hospital y Facultad de Medicina

1.º Trabajo diario en la Clínica, por las mañanas: exploración de enfermos, aprendizaje de técnicas de exploración neurológica, psicológica, diagnóstico y tratamiento, etc. El Servicio consta de las tres secciones siguientes:

Clínica Hospitalaria: Dr. Coullaut.

Consulta Externa: Dr. Lerma.

Consulta Neurológica: Dr. Peraita.

2.º Seminario clínico: dos horas alternas. Consistente en la discusión de los casos clínicos más destacados e interesantes.

3.º Curso sobre problemas actuales de neuropsiquiatría, psicología médica. Los miércoles, lección semanal, a las doce, en la que colaboran especialistas españoles y extranjeros.

4.º Lección semanal del profesor López Ibor en el Aula del Hospital, los viernes, a las doce.

5.º Seminario sobre algún tema especial.

6.º Trabajos especiales. Los asistentes al Servicio dedican sus tardes al trabajo especial, según sus aptitudes y vocación, consistentes en perfeccionamiento de diversas técnicas: electroencefalografía, tests, etc. Trabajos anatómopatológicos en colaboración con el Instituto "Cajal".

7.º Dos lecciones semanales de la Cátedra de Psicología médica en la Facultad de Medicina (Prof. López Ibor y colaboradores Dr. Poveda y Dra. Romano). En las prácticas colaboran los Dres. Valdespino, Iglesias y Lerma.

8.º Funciona en Madrid, desde hace dos años, una Escuela de Psicología, por las tardes. La sección de Psicología médica está a cargo del Prof. López Ibor, con la colaboración del Dr. Poveda y Dra. Romano.

### Seminarios organizados en el servicio.

Año 1952.—Sobre el texto de Bergson, "Materia y memoria", se celebró el primer trimestre de este año un seminario semanal.

Año 1954.—Seminario sobre las "Neurosis", se celebró durante el primer trimestre, semanalmente.

Año 1956.—Seminario sobre las "Psicosis", que se celebró durante el primer trimestre y culminó en el Simposium sobre la Esquizofrenia, celebrado en primavera siguiente.

Año 1958.—Seminario sobre "Psicología profunda", con la colaboración del profesor Igor Caruso, de Viena.

### Cursos organizados en la Clínica Neuropsiquiátrica.

1. "Comunicación para una Patología General Psicósomática". La Angustia Vital. Curso de diez lecciones, en primavera de 1943.
2. "Recientes avances en Neurología y Psiquiatría". Año 1945, con la colaboración de Manuel Peraita y Prof. Spillane de Inglaterra.
3. "Recientes avances en Neurología y Psiquiatría". Año 1946, con la colaboración de Peraita, Marco Merenciano, de Valencia, y Escardo y Germain, de Madrid.
4. "Recientes avances en Neurología y Neumocirugía". Año 1947, con la colaboración del profesor Olivecrona, del Instituto Carolino, de Estocolmo.
5. "Recientes avances en Neurología y Psiquiatría". Año 1948, con la colaboración del doctor Ludo Van Bogaert, del Instituto Bunge, de Amberes, y el doctor Eloy López García, de Madrid.
6. "Recientes avances en Psicocirugía". Año 1949, con la colaboración de los doctores Obrador, Ley y Urquiza.
7. "Recientes avances en Neurología y Psiquiatría". Año 1950, con la colaboración de los doctores Ey, de París; Ch. Durand, de Suiza, el profesor Honorio Delgado, de Lima, y el profesor Kleist, de Francfort.
8. "Recientes avances en Patología Psicósomática". Año 1951, con la colaboración del profesor von Weiszaecker, de Heidelberg, y el doctor Rof Carballo, de Madrid.
9. "Recientes avances en Psicocirugía". Año 1952, con la colaboración del doctor William Sargent, de Londres; los profesores Barahona y Polonio, de Lisboa, y Olivecrona, de Estocolmo; Urquiza, Obrador y P. Peraita, de Madrid.
10. "Recientes avances en Neurología y Psiquiatría". Año 1953, con la colaboración del profesor Slater, de Londres y Kranz, de Maguncia.
11. "Recientes avances en Psiquiatría y Antropología". Año 1954, con la colaboración del profesor Van den Horst, de Holanda; el profesor Wagner, de Múnich, y el profesor Janz, de Hannover.
12. "Simposio sobre la Esquizofrenia". Primera parte. Año 1955, con la colaboración del profesor Kurt Schneider, de Heidelberg; Jakob Wyrsh, de Berna; Barahona Fernandes y Polonio, de Lisboa; Ey, de Bonneval-París; Durand, de Prangins-Suiza; Rojas, Sarro, Alberca, Lafora, Delgado Roig (Lerma, Llaveró y colaboradores de la Clínica).
13. "Simposio sobre la Esquizofrenia". Segunda parte. Año 1956, con la colaboración de Manfred Bleuler, de Zurich; Gustav Ewald, de Gotinga, y doctor Ey, de París.
14. "Recientes avances en Neurología y Psiquiatría: nuevas drogas". Año 1957, con la colaboración de los profesores Sarró y Valdecasas, de Barcelona.
15. "Recientes avances en Psiquiatría y Neurología". Año 1958, con la colaboración del profesor Hollinghead, de Yale; Spurgeon English, de Filadelfia; Ey, de París, y Caruso, de Viena. Programa de este curso se adjunta.

**CURSO DE CONFERENCIAS EN LA CLINICA NEUROPSIQUIATRICA  
DE MADRID Y DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES PSICOSO-  
MATICAS Y CATEDRA DE PSICOLOGIA MEDICA.**

**PROF. LOPEZ IBOR**

**AÑO 1958**

Estas conferencias se pronunciarán en el aula del servicio los miércoles, a las doce. Los viernes hablará el profesor López Ibor. Los lunes habrá sesiones clínicas del servicio.

Día 8 de enero: "Sociología y Psiquiatría", Profesor Hollinghead, de Yale. Estados Unidos.

Día 15 de enero: "Unidad de la esquizofrenia". Profesor López Ibor.

Día 22 de enero: "Fundamentos de logoterapia". Manuel Barroso.

Día 29 de enero: "El test Machover". María Eugenia Romano.

Día 5 de febrero: "Depresión y climaterio". Jesús L. de Lerma.

Día 12 de febrero: "Tratamiento de las emociones en patología psicósomática". Profesor Spurgeon English, de Filadelfia, Estados Unidos.

Día 19 de febrero: "Los escrúpulos". Doctor Vicente Alcalá, S. J.

Día 26 de febrero: "Nuevos fármacos en esquizofrenias crónicas". R. Coullaut.

Día 5 de marzo: "Fisiopatología del nistagmus". Pablo Peraita.

Día 12 de marzo: "Formas de esquizofrenia". Profesor López Ibor.

Día 18 de marzo: "Etiología de las ciáticas". Pedro Urquiza.

Día 26 de marzo: "Dos años psicoanálisis en las psicosis". Carolina Zamora.

Día 2 de abril: "Factor familiar en desarrollo de la personalidad". J. Poveda.

Día 9 de abril: "Formas mitigadas, trastornos postconmocionales". L. Aliño.

Del 15 al 30 de abril: "Seminario de psicología profunda". Profesor Igor Caruso.

Día 22 de abril: "El Yo en el mundo y la ansiedad". Profesor Igor Caruso.

Día 7 de mayo: "Problemas que plantea la definición de esquizofrenia". Profesor H. Ey.

Día 14 de mayo: "Delimitación clínica de esquizofrenia". Profesor H. Ey.

Día 21 de mayo: "Neurosis de Cullen". P. Téllez Carrasco.

Día 28 de mayo: "Problemas en torno a la depresión". Jesús L. de Lerma.

Día 4 de junio: "Neurofisiología de los estados de conciencia". Carlos Castilla del Pino.

Día 11 de junio: "Bases biológicas del transfert". Juan Rof Carballo.

Día 18 de junio: "Situación actual de la patología psicósomática". Profesor López Ibor.

*En el Boletín número 2 publicaremos los resúmenes de estas Conferencias.*

## ESTUDIOS SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Por J. J. LÓPEZ-IBOR.

Madrid.

### A. LA UNIDAD DE LA ESQUIZOFRENIA.

La unidad de la esquizofrenia es un fantasma inalcanzable; pero, a pesar de ello, resulta un problema acuciante.

La unidad de la esquizofrenia podría fundamentarse en el terreno biológico o en el terreno psicopatológico. Claro es que se trataría de dos formas distintas de unidad. La unidad en el terreno biológico se establecería sobre una base análoga al resto de las unidades nosológicas de la medicina. La unidad en el terreno psicopatológico sólo puede establecerse como *tipo*.

En el terreno biológico no contamos con datos bastantes y seguros para establecer la unidad de la esquizofrenia. A pesar de todos los intentos, seguimos en la más completa ignorancia acerca de lo que sea la supuesta *somatosis* esquizofrénica. Ni la anatomía patológica, ni la química, ni ninguna de las otras técnicas auxiliares han logrado aportar una conclusión definitiva. Queda la heredobiología.

La heredobiología (escuela de Rüdín, Schultz y Kallman) ha demostrado el fondo hereditario común de la esquizofrenia, pero no su unidad; ni siquiera ha podido señalar límites definitivos respecto a la psicosis maniaco-represiva y a ciertos tipos de personalidades psicopáticas.

Desde el punto de vista psicopatológico no es posible, a mi modo de ver, ni siquiera pretender esa unidad. La busca de la unidad se puede hacer por dos caminos: por uno, tratando de limitar las fronteras entre lo que es esquizofrenia y lo que no es esquizofrenia, y por otro, volviendo, por así decirlo, al centro y buscando los síntomas específicos, que, por sí mismos, definen la existencia de la enfermedad.

A. *Las fronteras de la esquizofrenia.*—Por una parte, al definir la esquizofrenia como un *proceso* morboso quedan, al parecer, bien claros los límites frente a los *desarrollos* y a las *variantes psíquicas*. La esquizofrenia es una psicosis, y como la psicosis maniaco-depresiva de carácter procesal, sin base anatómica conocida. K. SCHNEIDER dice que se puede *postular*, dadas sus características psicológicas, que ambas psicosis tienen una base somática, si bien sea desconocida, y según WYRSCH existen buenas razones para creer que tal base somática no puede ser de tipo anatomopatológico, sino de carácter más fino, ya que las psicosis con anatomía patológica conocida muestran otros tipos de *sinomatología* (síndrome psico-orgánico) (1).

(1) Esta aseveración demuestra la finura de la psicopatología actual que permite predecir el tipo de lesión antes de que ésta sea descubierta.

La distinción entre los *procesos* y las *variantes psíquicas* no es, empero, tan tajante como pretende K. SCHNEIDER. Con respecto a la psicosis maniaco-depresiva la clínica muestra formas de transición entre los tipos clásicos y las personalidades psicopáticas depresivas o hipertímicas. Con respecto a la esquizofrenia mismo, no resulta clara muchas veces la distinción entre un proceso y un desarrollo hasta el punto de que algunos autores (NGYRÖ y KÖ) tratan de explicar la presencia de ciertos desarrollos paranoides, aceptando la existencia de un brote esquizofrénico generador, pero no percibido (se podría hablar de *esquizofrenia inapercepta*). Los llamados delirios sensitivos de referencia también resultan muchas veces dudosos en la adscripción a uno u otro grupo. KRETSCHMER describió los delirios sensitivos de referencia como tipo autónomo, pero muchos autores, como GRUHLE, los incluyen en la esquizofrenia.

El delirio sensitivo primario de K. SCHNEIDER también resulta dudoso en su filiación. Uno de los famosos casos de esquizofrenia de L. BINSWANGER (el caso Ellen West) ha sido considerado por ZUTT como una anorexia nerviosa.

Tampoco resultarían claros los límites entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva. Ya desde antiguo se han descrito formas mixtas con una u otra designación y con una u otra interpretación. La escuela de Tubinga (GAUPP y KRETSCHMER) insiste en que las formas mixtas surgen por la mezcla de las constituciones respectivas. En JASPERS se encuentra esbozado un principio, que podríamos llamar de la *gravedad* de los síntomas (2), en virtud del cual, en aquellos casos que ofrecen una sintomatología mixta prevalecerían, con valor diagnóstico, los síntomas más graves. Es decir, en un curso fásico en el que se observen síntomas esquizofrénicos el diagnóstico a establecer es el de esquizofrenia. Esta opinión de JASPERS alza prima el valor del *cuadro* clínico frente al *curso*, lo cual no es un principio enteramente aceptable. Es más importante, en el juicio de un trastorno psicótico, el hecho de dejar o no alterada permanentemente la personalidad, que la violencia con que el cuadro agudo afecta a las estructuras psicológicas.

Un punto de vista puramente relativista es el de K. SCHNEIDER. Se trata —dice— de dos tipos clínicos y la preferencia por uno u otro diagnóstico, en esos casos mixtos, depende del punto de vista en que se sitúe el clínico (3). Tal ambigüedad y relativismo deja intacto y sin solución el problema más acuciante de la clínica de la esquizofrenia, del cual hablaremos después.

No resulta tampoco más clara la delimitación de la esquizofrenia frente al *síndrome psico-orgánico*. De antiguo se conoce la existencia de *esquizofrenias sintomáticas*, hasta tal punto que una condición previa para la admisión de la existencia de una esquizofrenia consiste en la ausencia de un trastorno somático conocido que pueda explicar la presencia de tales síntomas. Es evidente la similitud entre ciertas psicosis confusionales y ciertos brotes agudos esquizofrénicos. Precisamente por ello, y repitiendo la misma postura que con respecto a las psicosis mixtas, algunos psiquiatras pretenden aislar estos tipos clínicos, como hace la escuela de Kleist con un grupo de ellos, constituyendo la *psicosis de la motilidad*. El problema es más difícil cuando se está frente a un cuadro clínico confusional o amencial de carácter febril. Muchas veces se opta por in-

(2) Es decir, de los síntomas que "pesan" más.

(3) La frase es reveladora: a esto "llamo" esquizofrenia. No se afirma si es o no es. No se trata de penetrar tanto; pero, en general, cuando se hace un diagnóstico siempre es la misma operación mental: llamar, designar. La diferencia está en lo que cree que hace el clínico cuando designa.

terpretarlo como psicosis exógena, pero evidentemente existen brotes confusionales esquizofrénicos, acompañados de fiebre no debida a ninguna infección, sino a una disregulación primaria de mecanismos probablemente diencefálicos. En forma más mitigada ya se conoce de antiguo los episodios febriles en la esquizofrenia sobre los que SCHEID publicó una excelente monografía.

Frente a todas estas inseguridades fronterizas que ofrece la clínica, muchos psicopatólogos insisten en el hecho de que la sintomatología esquizofrénica es *sustancialmente* distinta, a pesar de las dificultades que en la práctica pueda presentar.

Esta es, precisamente, la cuestión que debemos analizar ahora. Las disparidades en las listas de síntomas que permiten el diagnóstico de esquizofrenia es notable: Véase:

HOFF: Síntomas de comienzo. Estadio preliminar de carácter hipocondríaco-neurasténico: vivencia de cambio de la personalidad, alteraciones subjetivas del pensamiento, trastornos sexuales, tendencias filosóficas y huida del mundo exterior, falta de interés e indiferencia, cambio de la actitud libidinosa, síntomas obsesivos, actos criminales, cuadros paranoides, confusión catatónica, etc.

MAYER-GROSS, SLATER y ROTH: anormalidades del pensamiento, incongruidad y explosión de los afectos, negativismo, pérdida de los contornos del yo, síntomas catatónicos, seudopercepción primaria, etc.

K. SCHNEIDER: Sonoridad del pensamiento, voces dialogadas, voces comentaristas de la propia actividad, vivencia de influencia personal, intervención del pensamiento, divulgación del mismo, percepción delirante, sentimientos y acciones influenciadas o intervenidas.

GRUHLE: Alucinaciones, trastornos del pensamiento, delirio, humor fundamental esquizofrénico, impulsos.

BUMKE: Seudopercepciones peculiares, trastornos especiales del pensamiento, conducta afectiva singular, trastornos catatónicos del querer y del obrar.

BLEULER: Trastornos del curso del pensamiento (desplazamientos, condensaciones, simbolización, descarrilamientos, robo del pensamiento, etc.), trastornos de la afectividad (indiferencia, hipersensibilidad, rigidez, paratimias, falta del contraste afectivo) ambivalencia, autismo, despersonalización, etc.

¿Qué denominador común pueden tener todos estos síntomas alegados? BLEULER planteó con ahinco el problema del *trastorno fundamental esquizofrénico*. La expresión tiene una cierta ambigüedad; para algunos el trastorno fundamental esquizofrénico sería la somatosis que le sirve de base; para otros se trata del rasgo psicopatológico más *permanente* en la sintomatología. Permanencia que puede entenderse de dos maneras: como síntoma que se presenta *siempre* a lo largo del proceso ("durch gängige Symptom" o síntoma perforante) o como rasgo psicopatológico *común* en todos los síntomas (síntoma fundamental). La cuestión es tan difícil y espinosa que muchos autores tratan de evitarla. Hablan de síntomas *primarios* o incluso de síntomas de *primer orden*, lo cual no quiere decir que tengan nada de específico, sino que resultan valiosos para el diagnóstico.

Si a la vista de las anteriores ringleras de síntomas tratamos de hallar lo característico de la esquizofrenia, veremos que esta nota característica radica en una cierta *peculiaridad* de los síntomas. En la descripción del cuadro clínico intentan muchos autores clasificar los síntomas por funciones psicológicas; pero algunos, como la idea delirante o el humor delirante, escapan a esa clasificación, y otros, como la sonoridad del pensamiento, que se incluye en los trastor-

nos del pensamiento, tiene un componente sensorial. Muchas veces se observa la transición entre la sonoridad del pensamiento y las alucinaciones auditivas.

La sintomatología esquizofrénica escapa a esas mallas divisorias. Si buscamos lo peculiar, ese calificativo que BUMKE repite tantas veces, veremos que éste existe en un *trastorno de la actividad del yo* (GRUHLE, WYRSCH y LÓPEZ IBOR). Este trastorno consiste en una *inversión de la flecha intencional*. Lo que se halla alterado en la esquizofrenia es su "estar en el mundo", lo cual equivale a decir que lo cambiado es el *estado de ánimo*.

En la analítica existencial se usan las palabras "Befindlichkeit" y "Stimmung" para designar lo que en la psicopatología tradicional se expresa con la voz sentimiento. HEIDEGGER rechaza ese vocablo porque evoca la clasificación rígida con que el hombre opone el alma al espíritu, introduciendo una dualidad en lo que constituye la unidad del ser.

Al estado de ánimo fundamental (4) del esquizofrénico propondría llamarle *esquizoforia*. Su característica consiste en que es angustioso, pero con un colorido especial. No es la angustia vivencialmente sentida, sino que muestra la estructura de la angustia en la que transparece el carácter referencial del yo.

La traducción psicológica de la expresión "ser-en-el-mundo" consiste en la actividad psicológica del yo. El yo no existe sino en cuanto se realiza. Se percibe, se siente, se ama siempre algo. La actividad del yo es por una parte *extratensiva*, dirigida hacia afuera, y por otra *intratensiva*, recibiendo desde fuera. Así permanece constantemente abierto este círculo funcional del yo.

Pues bien, toda la actividad del yo cambia en la esquizofrenia en dos notas esenciales. Las *realizaciones psíquicas* anómalas, a pesar de ser efectuadas por él mismo se le aparecen como extrañas, y, además, como extrañamente *impuestas* (5). La actividad, en cada uno de sus despliegues, se *contamina*.

Este estado de ánimo anormal que sirve de base a la sintomatología esquizofrénica, es como todo estado de ánimo iluminador, revelador de la existencia. El hombre, en su vivir, se revela la existencia a sí mismo, descubre su posición en el mundo y su situación referente a los otros. A esta posición de cada uno en el mundo es a lo que llama ZUTT, "Stand". En el delirio paranoide, por ejemplo, existe una modificación de la existencia en su estructura fisonómica-estética, que consiste en una debilidad de la posición en el mundo, que aparece como pérdida de sus límites protectores, como amenaza de asalto. El humor del esquizofrénico, en pleno brote, está cargado de temor, presagios siniestros, etc.

Por ese carácter revelador, el estado de ánimo cristaliza en síntomas. Lo desconocido es más temible que lo conocido. Sus percepciones le impregnan de una posibilidad amenazadora y se constituyen en delirantes. A partir de esa *mutación* en el humor —*esquizoforia*— aparecen los síntomas que utilizamos en la exploración clínica.

Queramos o no queramos, al establecer un diagnóstico de esquizofrenia, lanzamos un fantasma pronóstico. El primitivo núcleo de la demencia precoz se caracteriza por su curso deletéreo. Las terapéuticas actuales tienen defensores entusiastas por un lado y escépticos por otro; ambos grupos, sin embargo, se hallan acordes en afirmar un resultado favorable, *a la corta*, de los tratamientos.

(4) Estado de ánimo, "accord affectif", "disposición afective", "temple", "estar".

(5) Admitiendo que la esquizofrenia tiene una base somática, esta alteración de la actividad del yo se puede considerar, *hipotéticamente*, causada por la somatosis. El cuerpo o el cerebro enfermo dejan de estar libremente a disposición del yo. La enfermedad es un *obstáculo*.

Es decir, que los casos del curso deletéreo lo siguen siendo a pesar de todos los tratamientos. Tales casos son los que constituyen *el núcleo de la auténtica esquizofrenia*. La caracterización de los mismos no es fácil; el grupo más importante se halla constituido por las formas de demencia esquizofrénica. En otros existe sintomatología más florida. Lo cierto es que la personalidad del enfermo se ha vaciado, se ha desustancializado. A esta personalidad mutada por el proceso esquizofrénico propongo llamarla *esquizosis*. El problema psicopatológico consiste en poner en relación los síntomas primarios del cuadro con estos síntomas finales. Existe un proceso de metamorfosis del síntoma mismo que se va "*cosificando*", perdiendo en valencias subjetivas. Se trata de una especie de *necrosis* de una estructura íntima de la personalidad, que deja tras sí un vacío. Sólo a partir de este cuadro final podríamos hablar de la *unidad de la esquizofrenia*. El cuadro final se muestra más típico.

Existe, pues, un *eje sintomatológico esquizofrénico*; pero sus fronteras externas son fluidas. La esquizofrenia es un *tipo*, una *forma de enfermar*. El diagnóstico de la enfermedad se hace como el diagnóstico caracterológico por *acentuación*, por *tipificación* de rasgos clínicos.

#### B) LOS SÍNTOMAS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE LA ESQUIZOFRENIA

Lo que llamamos esquizofrenia, nos es conocido por sus síntomas psíquicos. Lo curioso es que no hay todavía un acuerdo, ni quizá lo haya nunca, acerca de los síntomas que se consideran característicos de la enfermedad. En cada libro nos encontramos con una enumeración distinta. Desde E. BLEULER a nuestros días puede observarse un desplazamiento en el valor significativo concedido a muchos síntomas; por ejemplo, al autismo o a la ambivalencia.

Las interpretaciones psicoanalíticas, por un lado, y las antropológico-existenciales por otro, esforzándose en la comprensión de cada caso clínico con arreglo a sus circunstancias histórico-individuales, amenazan los principios mismos del diagnóstico.

Por ello resultaría importante aislar una serie de síntomas ateniéndonos no a consideraciones teóricas, sino a su utilización práctica en la clínica. El diagnóstico no es, al menos, no debe ser, una etiqueta, *sino un esquema de acción*.

Si se compara la enumeración de síntomas de la esquizofrenia que establecen algunos autores, se encuentra una cierta correspondencia entre ellas. Véase, por ejemplo, la que hacen K. SCHNEIDER, BUMKE y GRUHLE:

K. SCHNEIDER	GRUHLE	BUMKE
Sonoridad del pensamiento. Voces dialogadas. Voces comentadoras de la propia actividad. Vivencias de influencia corporal.	Alucinaciones.	Seudopercepciones peculiares.
Intervención del pensamiento	Trastornos del pensamiento.	Trastornos peculiares del pensamiento.
Divulgación del mismo. Percepción delirante. Sentimientos y acciones influidos o intervenidos.	Delirio. Humor fundamental esquizofrénico. Impulsos.	Especial conducta afectiva. Trastornos catatónicos del querer y obrar.

Especialmente, desde BLEULER, se viene hablando de síntomas esquizofrénicos *primarios* y *secundarios*. Evidentemente, existen en la esquizofrenia muchos síntomas que pueden considerarse *derivados* de otros; por ejemplo, una idea delirante puede derivarse, *comprensiblemente*, de un determinado estado afectivo. Claro es que los síntomas secundarios se engarzan, unos con otros, como en una cadena (6). La idea de síntoma primario puede formularse desde puntos de vista distintos. En BLEULER, el síntoma primario es aquel que está más próximo al supuesto trastorno corporal, que es el soporte del proceso esquizofrénico (7). En cambio, el *síntoma fundamental* (Grundsymptome) es el característico para el diagnóstico.

En la descripción clínica debemos mantenernos en este segundo plano: buscar síntomas *característicos* por su validez diagnóstica, lo cual supone que sean síntomas no derivados comprensiblemente de otros. Con este criterio pragmático se ha establecido la lista de K. SCHNEIDER, y por eso prefiere la designación de "síntomas de primer orden". Sería aún mejor utilizar vocablos clásicos, como el de síntomas *patognomónicos* o *patognósticos* (8). La validez en el diagnóstico de un síntoma de K. SCHNEIDER está bien probada. Si se compara la serie antes enumerada de este autor con la de GRUHLE y BUMKE se observa una gran analogía. Sólo que en K. SCHNEIDER el síntoma se halla más definido, más recortado. Es decir, no habla de un trastorno del pensamiento en el que hay que definir después qué es lo típicamente esquizofrénico, sino de la vivencia del pensamiento intervenido. Así logra dar una precisión al término que BUMKE repite constantemente: trastorno "peculiar" del pensamiento, trastorno "especial" de la conducta afectiva, etc.

Estas dos maneras de describir los síntomas nos acerca a lo que a mí me parece el núcleo de la cuestión. ¿Los síntomas "típicos" son, como dice K. SCHNEIDER, independientes unos de otros, o es posible encontrarles un denominador común? La expresión de BUMKE "peculiar" ¿es posible definirla de un

(6) K. SCHNEIDER dice: "Lo que no es primario es secundario o terciario y así sucesivamente. Hay que aceptar una sucesiva cadena sintomática. Quizá fuese preferible hablar de primario-no primario, en lugar de primario-secundario". Este es el sentido de la palabra secundario, que abarca, en cualquier asunto, todo lo que no es primario, principal, es decir, lo accesorio.

(7) Dice BLEULER: "Sólo podemos comprender una psicosis físicamente condicionada cuando logremos distinguir los síntomas que se engendran directamente, a partir del proceso morboso, de los secundarios que nacen por la reacción de la psique enferma a cualquier proceso interno o externo..." "Casi toda la sintomatología descrita hasta ahora de la "Dementia praecox" es secundaria, en cierto sentido, casual..." "Con seguridad no conocemos los síntomas primarios de la enfermedad cerebral esquizofrénica." ("Schizophrenie Hirnaffektion".) Enumera como probables síntomas primarios en este sentido: los trastornos asociativos; los estados de embotamiento ("Benommenheitszustände"); los accesos maníacos y melancólicos; la disposición a las alucinaciones y los síntomas catatónicos. A esta serie se agregan los síntomas físicos, tales como las diferencias pupilares, el temblor, las anomalías vasomotoras, los edemas y los ataques catónicos. Está clara, pues, la idea de síntoma primario en BLEULER: la que traduce *directamente* el proceso somático de fondo. Pero en la descripción del cuadro clínico, BLEULER distingue entre ("Grundsymptome") "síntomas fundamentales" y "accesorios". Los síntomas fundamentales son: "Spezifischen Dauersymptome", "síntomas permanentes específicos", que son *característicos* de la esquizofrenia, mientras que los accesorios pueden presentarse en otras enfermedades. Los síntomas fundamentales se agrupan, por consiguiente, según su *valor diagnóstico*. No coinciden con los *síntomas primarios*. Tan es así que entre los síntomas fundamentales incluye la *ausencia* de síntomas que juegan un gran papel en otras enfermedades, tales como los trastornos primarios de la percepción de la memoria, de la orientación, etc. Los síntomas fundamentales consisten en el trastorno esquizofrénico de las asociaciones y de la afectividad, y en la tendencia a sobrepasar la fantasía a la realidad (autismo, ambivalencia).

(8) Patognomónico de παθος enfermar y γνωμονιος que "indica". Patognóstico: la segunda raíz es γνωστικός, cognoscitivo.

modo más directo? Tal posibilidad es rechazada de una manera categórica por K. SCHNEIDER para la totalidad de los síntomas de primer orden, especialmente para la percepción delirante y para las seudopercepciones especiales ("Spezielle Sinnescinschugen"). En cambio, M. BLEULER insiste en que cada día nos sentimos *menos* inclinados a considerar las manifestaciones patológicas de la esquizofrenia como una serie de síntomas alineados unos al lado de otros, y nos acostumbramos más a buscar en ellos la manifestación de un mismo trastorno de la personalidad.

Examinemos esta cuestión más de cerca. Elijamos, para ello, el síntoma más característico y, en sentir de K. SCHNEIDER, más irreductible, la *percepción delirante* (Wahnwahrnehmung).

Se habla de percepción delirante cuando se atribuye a una percepción real un significado anormal, la mayor parte de las veces como una autorreferencia, sin que para ello exista un motivo comprensible, ni desde el plano racional ni de la vida afectiva.

A diferencia de la ocurrencia o intuición delirante (Wahneifall) la percepción delirante es *bimembre* (Zweigliedig). El primer miembro va del sujeto al objeto percibido, y el segundo, del objeto al significado anormal. Con frecuencia tiene un carácter *simbólico*, símbolo que no procede del saber individual ni colectivo. Si alguien encuentra un trébol de cuatro hojas y piensa que tal hallazgo significa una felicidad venidera está dentro del mundo de creencias del hombre normal. No, en cambio, si piensa que aquel hallazgo significa un mensaje especial de la divinidad.

¿Qué ocurre, sin embargo, en la vida normal cuando alguien, por ejemplo, un poeta, lanza un símbolo *nuevo*? ¿Dónde está el límite de la comprensibilidad cuando VÍCTOR HUGO dice, por ejemplo: "el mundo es un esputo de Dios"? Si se clava muy hondo el aguijón de la comprensibilidad, aún la vida psicótica puede resultar comprensiva. Esta es, en el fondo, la tesis psicoanalítica, y en otro sentido lo mismo persiguen las interpretaciones antropológicas de BINSWANGER y de ZUTT.

Por eso no está demás intentar un nuevo análisis de la estructura de la percepción delirante. La diferencia entre la percepción normal y la delirante es una diferencia *cualitativa*. El hombre normal vive sus actos psíquicos como propios, como originados en él y aun cuando utiliza los conocimientos adquiridos, como en la interpretación anterior, del hallazgo del trébol de las cuatro hojas, no falta nunca el sentimiento de actividad en el reconocimiento de tal significación. En cambio, el esquizofrénico recibe la significación delirante como extrañadamente impuesta. En realidad, viene de él (¿de dónde si no?); pero a él le aparece como una revelación de un poder externo y distinto. De ahí su carácter *numinoso*. En la vivencia de lo *numinoso* hay siempre incrustada una idea de poder extraño a la propia personalidad. Algo distinto que se impone. El ser se encuentra a merced de aquel poder. Desde el punto de vista psicopatológico existe, pues, una nota especial de *pasividad*, en contra de la *actividad* que acompaña, como fondo común, a toda experiencia psicológica. Esta cualidad resulta, más o menos transparente, en la vivencia, según los casos; pero si se sabe buscar, no es difícil encontrarla. En muchos enfermos, antes de que se perciba una significación determinada se revela como un cambio extraño en toda la percepción del mundo. Todo está dirigido a él "de un modo especial". La flecha del arco intencional se halla invertida; en lugar de ir del sujeto al mundo, para luego volver a él, es el mundo el que se le impone. La relación: percepción  $\rightleftharpoons$  su-

jeto que percibe, se encuentra cualitativamente alterada. El mismo K. SCHNEIDER dice, a propósito de las *intuiciones delirantes* (Wahneinfälle): "Constantemente se tiene la impresión de que las intuiciones delirantes esquizofrénicas son, vivencialmente, *distintas* de las no psicóticas por extrañas y grotescas que éstas sean; pero esta diferencia no es psicopatológicamente *comprensible*".

No acaba ahí la alteración de la *cualidad* de la vivencia en la percepción delirante. Su mismo nombre nos enseña su trama: la *contaminación* de las funciones psíquicas. La actividad psicológicamente normal es *discriminada* no sólo en cuanto a los contenidos, sino a la función misma. Hay la conciencia de una cierta independencia entre el percibir, el pensar, el sentir, etc., aunque naturalmente, la actividad de la persona es global y tal distinción sólo quiere decir que la función que se realiza en primer término tiene en sí una cierta pureza funcional. Pues bien, tal pureza funcional no existe en el esquizofrénico. Por eso, en la descripción de los síntomas aislados, tal como se presentan en clínica, se aprecia esa  *fusión* especial de funciones que revelan las expresiones, tales como "percepción delirante", "sonoridad del pensamiento", etc. (9). La función se *contamina*, contaminación debida a la alteración de su propia estructura.

Tal modificación de la actividad psíquica se encuentra en los otros síntomas patognomónicos: sonoridad del pensamiento, vivencia de influencia corporal, sentimientos y acciones impuestos, mandados, interferidos. La actividad del yo está cambiada. Por eso WYRSCH define la psicopatología de la esquizofrenia referida a un trastorno central de la actividad del yo; a lo que yo agregó que ese trastorno tiene una cualidad especial, ya que asienta sobre el carácter referencial, centrífugo de la actividad del yo. El yo del esquizofrénico se siente amenazado: sus relaciones con el mundo han perdido cordialidad, seguridad, confianza. Por ello puede hablarse de una total *mutación existencial*, como dice KUNZ, o de una pérdida del "Stand", como dice ZUTT. El esquizofrénico ha cambiado su puesto, su situación en el mundo.

Los síntomas primarios esquizofrénicos cristalizan en una atmósfera peculiar, a la que se llama *humor delirante* (WAHNSTIMMUNG). En JASPERS, el humor delirante tiene un cierto valor diagnóstico y también en GRUHLE. En K. SCHNEIDER existe la tendencia a desproveerlo de él por su vaguedad. La percepción delirante no deriva de un estado de ánimo —dice—. Cuando esto parece ocurrir, el humor delirante, por su misma vaguedad, no es posible que oriente, en su contenido, a la percepción delirante. No coinciden ni en su contenido ni en su colorido.

Esta manera de ver depende de la perspectiva de comprensibilidad en que se coloca el autor. El humor delirante no es un estado de ánimo equiparable a ningún estado de ánimo normal. Su cristalización en posibilidades, en pensamientos, no puede ser como la de los estados de ánimo normales. De ahí su paradoja, su contradicción. De ahí que una idea de tono negativo —el temor de la persecución— pueda surgir de un estado de ánimo que a nosotros nos parezca teñido de euforia o de alegría. Todo estado de ánimo tiende a iluminarse, a condensarse en interpretaciones; de ahí surge la relación entre el vago e indefinido de un estado de ánimo y lo concreto de las imágenes, pensamientos, deseos que lo pueblan. La estructura del humor delirante lleva, por sí mismo, al absurdo y a la disparidad, precisamente porque la *unidad de sentido* de la vivencia del ser normal está quebrada, fisurada. No está quebrada sólo la unidad de sentido,

(9) O sea: actividad perceptiva + actividad pensante; actividad sensorial + actividad pensante. No son los contenidos los que se fusionan, sino las funciones mismas.

sino la *unidad de la vivencia misma*, tal como se presenta en el hombre normal; de ahí, el fenómeno de la mezcla o contaminación, al cual hemos aludido antes, que se presenta en los síntomas primarios esquizofrénicos, tales como en la sonoridad del pensamiento. *Los síntomas primarios son cristalizaciones, formalizaciones de un estado de ánimo fundamental, más o menos transparente*, al cual propongo llamar *esquizoforia*. Si el estado de ánimo es menos transparente, el síntoma flota más aisladamente; parece más absurdo, más incomprensible. Su carácter procesal es más neto. Cuando una percepción delirante, por ejemplo, ver dos maderas cruzadas, significando que él va a ser crucificado, parece emanar de un ánimo no angustiado, nos parece más absurda. Si el enfermo está profundamente angustiado nos paramos a pensar si tal percepción es o no una cristalización de su angustia y, en tal caso, si nos hallamos o no, ante una auténtica percepción delirante. De ahí surgen las dificultades en la clínica y las distintas posiciones del psiquiatra, su tan criticada versatilidad. ¿Nos hallamos ante un esquizofrénico o ante un delirio melancólico secundario?

Los síntomas considerados como patognomónicos son la cristalización, en funciones psicológicas, de un estado de ánimo, de la "Grundbefindlichkeit" del esquizofrénico. El problema, en la expresión clínica, es el de si este trastorno de fondo es más o menos aprehensible. Su aprehensibilidad depende también de la actitud del psiquiatra.

En los delirios esquizofrénicos siempre se ha señalado su carácter referencial. El perro en la esquina o la ficha de dominó significan "algo" para el enfermo. Esto es el *resultado* de la alteración de la actividad del yo. Es una modificación de la misma que puebla la circunstancia, es decir, el mundo del enfermo, de cosas o hechos significativos para él. Tal modificación es una incrustación de pasividad, de automatismo en lo que debería ser flúido y libre. La modificación del acto se convierte en contenido; así aparece el nuevo símbolo. Tal modificación del acto se muestra también en las vivencias de influencia corporal, en las de eclipses del pensamiento, en las de intervención o influencia del pensamiento.

La actividad así alterada acaba a veces por *fusionarse*, de suerte que los pensamientos que al principio se hicieron sonoros aparecen después como venidos de fuera, engendrados fuera y existentes fuera. Los diversos síntomas de la esquizofrenia muestran esa gradación entre lo vivencialmente vivido en la atmósfera del yo y lo desplazado fuera, lo exteriorizado. La exteriorización va siempre acompañada de esa nota numinosa a la cual hemos aludido. Tiene un *poder* especial para actuar sobre él.

El diagnóstico de esquizofrenia no se establece sólo por los síntomas primarios, sino también por los de segundo orden de K. SCHNEIDER. En ellos lo peculiar de la esquizofrenia puede ser claro, menos transparente, como ocurre en las intuiciones delirantes. De ahí que sea más necesario, en lugar de apoyar el diagnóstico en un síntoma, apoyarlo en la totalidad. En esa totalidad, en esa compleja figura de síntomas de segundo orden, aparece realizada o en vías de realización, la fisura en la estructura del yo, cuyo primer momento es el trastorno de la actividad antes descrito. De esta manera van constituyéndose los cuadros crónicos de la enfermedad. En ellos parece como si la proyección hacia fuera de los resultados de la actividad del yo detenido hubiese vaciado la personalidad. El estado de ánimo del esquizofrénico en las fases avanzadas de la enfermedad no es tenso como al principio, pero su núcleo personal se ha vaciado.

En resumen, la esquizofrenia se caracteriza clínicamente por la aparición de

una serie de síntomas patognomónicos. La presencia de uno de ellos justifica el diagnóstico de esquizofrenia, bien entendido que diagnosticar es calificar un cuadro clínico. Existe una coincidencia entre los síntomas más característicos elegidos por varios autores, tales como K. SCHNEIDER, GRUHLE y BUMKE. Todos ellos ofrecen una estructura peculiar que no tiene que ver con su contenido, sino con la función misma. Tal estructura consiste en un trastorno de la actividad del yo que se manifiesta en dos notas esenciales: una es que la actividad tiene en sí una cierta circunstancia pasiva de tal suerte que lo que resulta de ella aparece como impuesto. La otra consiste en la contaminación o fusión de vectores distintos de la actividad del yo, como el percibir y el pensar, dando origen a esos monstruos psicológicos que conoce la clínica psiquiátrica con el nombre de percepción delirante, sonoridad de pensamiento y otros análogos. Si existe tal estructura común entre los diversos síntomas primarios es porque surgen como cristalización de la mutación total de la personalidad que trasparece, especialmente, en el llamado humor delirante. Se trata de una mutación existencial, lo cual justifica los intentos de análisis antropológico de la esquizofrenia (10).

La magnífica monografía de BERZE se esfuerza en distinguir, quizá, con mayor precisión y riqueza que cualquier otro psiquiatra, las características de la esquizofrenia en fase activa o de proceso y en fase de defecto.

El trastorno fundamental de la esquizofrenia consiste en una *hipotonía de la conciencia*. Claro es que conciencia puede hacerse coincidir con la totalidad de la actividad psíquica —como hace también H. EY—; pero no es éste el sentido usual en psicopatología. Los trastornos de la conciencia son algo concreto y definido psicopatológicamente. En la esquizofrenia hay también, en algunos casos, conciencia velada, hipotónica, podríamos decir. BERZE no acertó en la expresión, pero sí en el camino. Su obra no debe olvidarse.

Los síntomas de segundo orden, según K. SCHNEIDER son: el resto de las seodopercepciones, las intuiciones delirantes, la perplejidad, las distintas depresivas y eufóricas, el empobrecimiento de la vida afectiva.

### C. LAS FORMAS NUCLEARES Y MARGINALES DE LA ESQUIZOFRENIA

No es fácil lograr una concordancia en la descripción de las formas clínicas de la enfermedad. La experiencia clínica enseña que todos los intentos que se realizan apenas permanecen y se vuelve, una y otra vez, al mantenimiento de las formas clásicas de la misma, aunque no sean universalmente aceptadas: hebefrenia, catatonía, demencia paranoide. Las tres formas clásicas de la esquizofrenia, la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide parecen construídas sobre los tres planos de la vida psíquica: la hebefrenia sobre el trastorno de la afectividad, la catatonía sobre el de la voluntad y la demencia paranoide sobre el pensamiento. Y es que, en el perfil abigarrado del mundo esquizofrénico, el psiquiatra muchas veces, para observar, proyecta sus propios puntos de vista.

Pero la descripción de las formas clínicas debe tener un sentido. No debe tratarse sólo de una mera labor descriptiva, como LINNEO hacía con las plantas,

(10) La alteración de la actividad vital, en el fondo, ha sido entrevista por muchos otros autores. FREY SVENSON habla de la pérdida del sentimiento de actividad. (cit. por HENBERG). BERINGER, a partir de sus experiencias con la mescalina, habla de la debilidad tensiva del arco intencional. (Spannweite der intentionale Bogen).

sino que, en el aislamiento de formas morbosas, debe buscar el descubrimiento de las leyes evolutivas internas de la enfermedad.

La esquizofrenia tiene cursos diversos que pueden resumirse en dos tipos esenciales: unas, *formas fásicas*, y otras, con *carácter progresivo*. De las formas fásicas, unas cursan sin afectar a la personalidad, y otras, en cambio, dejan su huella. En las formas progresivas nos encontramos con cursos evolutivos más o menos rápidos. La sintomatología final no depende sólo del curso evolutivo de la enfermedad, sino de la circunstancia en la cual se desenvuelve el enfermo. Los hospitales psiquiátricos son hechos conformadores de la plastia sintomatológica final de la enfermedad. El hecho es demasiado evidente para insistir en él.

Por otra parte, la eficacia de los tratamientos resulta indiscutible en las formas *fásicas* de la enfermedad y más dudosa en las formas *progresivas* de la misma. De aquí que el problema clínico importante no sea el del establecimiento de unas formas clínicas *diagnósticas*, sino *pronósticas*.

¿Existe una forma nuclear o axial de la enfermedad y otras formas que pudieran llamarse periféricas o marginales?

HOCHE estableció, en la parálisis general un síntoma nuclear, la demencia paralítica y otros síntomas marginales. En la esquizofrenia, la forma nuclear estaría representada por todo aquello que condujere a las formas finales. Ahora bien, éstas son variadas y no pueden subsumirse todas bajo el denominador común de *demencia esquizofrénica*. Pero no cabe duda que en todas las formas finales ha habido una *mutación* de la personalidad. Tal mutación consiste en una transformación de sistema de valores de la persona.

LANGFELDT viene persiguiendo hace muchos años la distinción entre lo que podríamos llamar las formas auténticas e inauténticas de la esquizofrenia. Para la primera mantiene el nombre, y a las segundas las llama estados *esquizofreniformes*.

Este planteamiento del problema no es exactamente igual, aunque tiene muchas analogías, con el que aquí trato de establecer. Los estados esquizofreniformes no son todos verdaderas esquizofrenias: en un trabajo distingue las neuróticas, las sintomáticas, maniaco-depresivas, etc. Sólo en un último grupo incluye las "esquizofrenias realmente atípicas". Para todos aquellos casos que se parecen a la esquizofrenia, pero no lo son, se podría utilizar la expresión de SVEN HEDENBERG de *psicosis esquizomorfas*.

El problema, tal y como yo lo veo, es el siguiente: circunscribir la esquizofrenia como grupo morbozo, partiendo de unos criterios diagnósticos lo más severos posibles; por ejemplo, tal como se hace en mi clínica, utilizando los síntomas de primer orden de K. SCHNEIDER. De este grupo inicial de esquizofrenias, unas toman un curso deletéreo, bien, insidiosamente, desde el principio o tras varios brotes evolutivos, que van dejando, ya desde el principio, o sólo al final, una alteración de la personalidad, a la cual propongo llamar *esquizosis*.

Sólo las que evolucionan de esta suerte constituyen la esquizofrenia nuclear. La experiencia clínica demuestra que esta forma comprende gran parte de las hebefrenias y una cierta parte de las catatonías, esquizofrenias paranoides y demás formas menos típicas.

La esquizofrenia en sus comienzos no ofrece, todavía, el cuadro de una esquizosis; tampoco en el paralítico general es ya un demente, en sentido estricto, en la fase llamada clásicamente neurasténica de la enfermedad. Ni siquiera en

el período maniforme. La prueba está en la existencia de paráliticos generales tratados, en los que la demencia apenas existe.

El cuadro de comienzo de la esquizofrenia se caracteriza por una serie de síntomas que, en el fondo, son referibles a un trastorno de la actividad del yo (WYRSCH, KRONFELD, FREY SVENSON, LÓPEZ-IBOR, etc.). Tal trastorno tiene todavía un carácter flúido y reversible en las formas de comienzo. En el enfermo con una percepción delirante los sucesos del mundo adquieren, para él, *una significación específica que le viene impuesta*.

El eje de la esquizofrenia comienza en el período constituyente en los *trastornos de la actividad del yo*, y termina, en la fase constituida, en los *trastornos en la estructura de la persona*. Tal mutación es la que va de la *disgregación* ("Zerfahrenheit") a la *incoherencia* ("Verschrobenheit") y, sobre todo, de la presencia visible de un estado de ánimo, en el que se quiebran las relaciones del yo con el mundo, a un sistema de síntomas, ya constituido, que conforma el nuevo mundo privado del esquizofrénico. Parece como si éste se constituyese para liberar al enfermo de la angustia radical que siente en la primera fase. En esta evolución aparece un desplazamiento de los síntomas, que cada vez van tomando un carácter más *alógeno o alotrópico*; es decir, se consolidan proyectándose como fragmentos de mundo exterior, constituyendo la nueva realidad que envuelve al enfermo. Naturalmente que esto es sólo el esquema general de la evolución.

Los síntomas que se consideran de mal pronóstico son síntomas delatores de este proceso de solidificación del estado inicial esquizofrénico. Solidificación que, como en toda la patología, tiende a la aparición de *reiteraciones sintomáticas* (estereotipias, fijación del delirio, reiteración de los mismos temas como únicos existentes en la vida del esquizofrénico) y a la *coexistencia* de síntomas procedentes de la fisión esquizofrénica con restos de la personalidad normal. Así, por ejemplo, los primeros contornos de la esquizosis se anuncian por la aparición de incrustaciones de insulser en medio de un delirio religioso o político.

Las formas fásicas —los brotes— muestran períodos de actividad. En los períodos de actividad renace la enfermedad en la forma constituyente: muchos síntomas pueden volver a desaparecer, otros quedan como *artefactos* de la personalidad misma. Cada uno de estos residuos constituye un nuevo elemento del mundo esquizofrénico.

ARNOLD, que ha estudiado tan cuidadosamente los cursos de la esquizofrenia en relación con el pronóstico y con el resultado terapéutico señala dos series de síntomas esquizofrénicos: unos, pronósticos favorables, y otros, desfavorables.

Como síntomas favorables enumera:

1. Vivencia de la fluidez o volatilidad del pensamiento, pensamiento intervenido.
2. Experiencias sentimentales nuevas, como del perdón, de la ambivalencia.
3. Vivencia religioso-cósmicas, de fin del mundo o apocalípticas.
4. Estupor tenso.
5. Vivencias primarias de significación.

Desfavorables pronósticamente son:

1. Entremezclamiento de los pensamientos.
2. Sentimientos corporales y orgánicos nuevos.
3. Alucinaciones físicas.
4. Alucinaciones auditivas en tercera persona.
5. Disociación de los afectos.

En esa escala de síntomas se observa que, en el fondo, los síntomas favorables pertenecen al síndrome que podríamos llamar del *pensamiento inconsistente* que se despliega en dos direcciones: una, vivencial, como eclipse, robo del pensamiento, pensamiento mandado, interferido, intervenido, etc., y otra, en la consistencia misma de su curso formal, como pensamiento de estirpe fantasiiforme, interpretando la nueva situación del enfermo en el mundo. Este síndrome es *análogo* al primero de los síndromes descritos por C. SCHNEIDER.

Los síntomas de mal pronóstico son, como se ve, por una parte, las alucinaciones de la corporalidad y, por otra, vivencias en las que el proceso de *alotropía* o de enajenación del síntoma son muy patentes. Las seudopercepciones acústicas claras, en tercera persona, suponen ya la trasposición del síntoma del plano de la intimidad vivencial hacia fuera. También se podría establecer, en este sentido, una gradación entre los trastornos del pensamiento antes señalados y las alucinaciones físicas. Con respecto a la experiencia del yo, la alucinación corporal *es más externa* que la vivencia del robo del pensamiento. *La distancia del yo es mayor*. Son síntomas, en fin, de mal pronóstico aquellos en los que se revela el trastorno de la esquizofrenia ya *constituído*, y no constituyéndose como en la primera fase.

Existen formas de comienzo de la enfermedad en las que aparece un ligero *enturbiamiento de la conciencia*. MAYER GROSS habló de formas *oneiroides*, y recientemente, v. MEDUNA ha hablado de *oneirofrenias*. Resulta erróneo, sin embargo, incluir en tal grupo a todas las fases que tienen buen pronóstico. En algunas de estas formas no hay un enturbiamiento de la conciencia, sino una conciencia *alterada* (JASPERS), por lo que no debe extrañar que dejen lagunas mnésicas y falsos recuerdos (11). Pero existen otras formas también de buen pronóstico, como las antes descritas, en las que el síntoma primordial es la inconsistencia o la tenuidad del pensamiento y en las que la conciencia se halla completamente clara.

La transformación que sufre la esquizofrenia en *esquizosis*, se halla como móvil de los puntos de vista de KLEIST y LEONHARD. Sólo que la esquizosis es, para ellos, una *heredodegeneración*, con sus varias posibles formas clínicas.

La objeción que se les podría poner es la de que no existe correspondencia perfecta entre las formas de comienzo y las que ellos incluyen en esquizofrenia nuclear; es decir, las formas con defecto. Y que, a pesar de todo, esas formas defectuosas se dejan agrupar en los tres tipos principales: catatónico, hebefrénico y paranoide.

La línea fundamental descriptiva consiste, en KLEIST y LEONHARD, en el reconocimiento de una forma nuclear o axial de la esquizofrenia que camina hacia

(11) No se olvide, además, la acción de los tratamientos.

el defecto o *esquizosis*. Que éste se presente con una u otra variante tiene, a mi modo de ser, menos importancia (\*)

Leyendo las descripciones clínicas, y recordando la propia experiencia, se tiene la impresión de una observación rica artificialmente sistematizada. Los contornos de algunas formas no son claros, muchos enfermos no presentan con pureza el aspecto de una de sus formas, sino mezcladas de ellas. SARRÓ ha pretendido, con gran agudeza, ensartar el punto de vista antropológico sobre esta descripción variopinta de las formas esquizofrénicas. Que esto sea posible lo demuestra en su trabajo; pero, en realidad, lo que hace es el análisis de la vida de un determinado enfermo, como ocurre en los casos de BINSWANGER.

Se ha contrapuesto la noción de *proceso* con la de *desarrollo*. El proceso es una mutación de la personalidad, una quiebra en la continuidad de sentido de la vida, y el desarrollo no es más que el crecimiento caricatural de algo que ya había. La esquizofrenia es un proceso psicótico (12), los querulantes son tipos especiales de psicópatas paranoides. Entre ambos grupos quiso colocar KRAEPELIN la *paranoia*. La historia posterior, brevemente resumida, es así: KOLLE demostró que la mayoría de los casos de paranoia de Kraepelin ofrecían, sobre todo al principio, verdaderos síntomas esquizofrénicos. Las relaciones hereditarias eran, por otra parte, claras. GAUPP insiste en la paranoia como entidad autónoma, publicando los dos casos, mundialmente conocidos, WAGNER y HAGER. GRUHLE afirma, apoyándose en su observación directa, que tales casos son auténticas esquizofrenias.

El que HAGER remitiese y reconociese que sus vivencias de sentirse hipnotizado eran anormales no es extraño. En otros casos de esquizofrenia con remisión total o parcial espontánea ocurre lo mismo. KRESTCHMER publica y reimprime después de la guerra su libro sobre el "Delirio sensitivo de referencia". Muchos casos de los allí incluidos se consideran por GRUHLE y otros autores como auténticas esquizofrenias; en otros casos se trata de reacciones vivenciales anormales. K. SCHNEIDER no se muestra tampoco inclinado a aceptar la existencia de la paranoia como entidad autónoma. Los enfermos delirantes crónicos de este tipo deben incluirse en la esquizofrenia o en los desarrollos; es decir, en las variaciones de la vida psíquica. La observación clínica demuestra, a mi modo de ver, que en la génesis de muchos desarrollos *existe un brote o fase morbosa*.

(\*) He aquí la clasificación de LEONHARD:

- Formas nucleares* (con defecto). ,
- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| A. CATATÓNICAS .....                  | { | Rígida - paraquinética.<br>Negativista-proskinética.<br>Con pobreza elocutiva - con riqueza elocutiva.              |
| B. HEBEFRÉNICAS .....                 | { | Estúpida.<br>Confusa.<br>Autística.   |
| C. FORMAS PARANOIDES Y CONFUSAS ..... | { | Incoherente.<br>Fantástica.<br>Confabulatoria.<br>Hipocondriaca.<br>Fonénica (progresiva alucinosis).<br>Expresiva. |

(12) JASPERS habla de "Proceso psíquico". Que el proceso psíquico corresponda a algún cambio orgánico peculiar es verosímil, pero no está aún directamente demostrado; tal cambio no tiene por qué ser, *precisamente* de naturaleza anatomopatológica.

JULIUS NGYRÖ y STEPHAN KÖ han llamado la atención sobre casos en los que sobreviene una paranoia después de procesos esquizofrénicos anteriores de duración y formación de síntomas, a menudo leves. Pues bien, me inclino a pensar, apoyándome en mi experiencia clínica, que lo que se halla en la base de muchos desarrollos paranoides es una *fase psicótica de tipo angustioso-depresivo, no alineable al lado de la esquizofrenia, sino de la melancolía angustiosa o de lo que yo llamo afecciones del círculo timopático*. Ya STERZ había señalado la relación entre la paranoia y la psicosis maniaco-depresiva. Lo que ocurre, en esos casos, es que el delirio se establece de un modo permanente o indefinido. El delirio se construye sobre la desconfianza e inseguridad que da la angustia. Tal angustia no es reactiva ni psicógena, sino vital, fisiógena. No hay una vivencia clave que la engendre. A lo sumo, la cristaliza (13). Nos encontramos aquí, por consiguiente, ante un desarrollo en el que cuaja una fase psicótica. Por eso la personalidad queda intacta. La paranoia de Gaupp tendría esas dos fuentes: la esquizofrénica y la angustiosa-vital.

#### D. LOS CAMBIOS EN LAS INDICACIONES DE LOS DIVERSOS TRATAMIENTOS EN PSQUIATRÍA

En el Congreso de Psiquiatría de París, en 1950, tuve ocasión de exponer las indicaciones de los métodos biológicos de tratamiento resumiendo los resultados expuestos en muchos trabajos de diversos autores y apoyándome, además, en mi propia experiencia.

Han pasado siete años y se han introducido nuevas medicaciones; precisamente, por ello, resulta tan interesante el contestar a la pregunta ¿en qué han variado las medicaciones de la terapéutica psiquiátrica?

A) En primer término hay que señalar el intento de mejorar los resultados obtenidos mediante la insulina y el electrochoque, *potencializando*, por así decir, estos métodos. En general, podemos decir que tal línea ha fracasado. La electronarcosis se halla prácticamente abandonada, y lo mismo ocurre con la combinación de electrochoque y otras medicaciones (psicoterapia, coramina intravenosa, etc.). En algún caso raro pueden emplearse los comas insulínicos prolongados; no se buscan, sino que, desgraciadamente, alguna vez se padecen como accidente cada día más raro.

B) En cambio, sí se han realizado grandes progresos en la mitigación de la agresividad fisiológica y psicológica, sobre todo en el electrochoque. De este modo disminuye la angustia de los enfermos y también los riesgos de alguna fractura, aunque no hay que olvidar, como dice KALINOWSKY, que todo lo que sea complicar la técnica del electrochoque aumenta su peligrosidad. Algunas modificaciones técnicas, como las propuestas por IMPASTATO, son dignas de ensayo.

C) La introducción de las medicaciones *neuropléjicas* o *psicótropas* ha constituido un avance real. Pero ¿hasta qué punto han desplazado a los antiguos tratamientos? Cuando iniciamos su empleo, en mi servicio hospitalario, observamos un hecho que es el mismo que se ha observado en otras partes, en situaciones análogas. Poco a poco iban siendo sometidos cada vez más enfermos a las medicaciones neuropléjicas y empleando menos el electrochoque y la insulina. Hubo una época en la que éstas casi desaparecieron como técnicas terapéuticas. Después han vuelto a ser utilizadas de nuevo, si bien en menor cuantía que antes. Este aumento y disminución es el que nos permite dibujar el perfil del avance

(13) Prefiero hablar de cristalización que de provocación.

que suponen las medicaciones neurolépticas. Yo me permitiría comentarlo en los siguientes puntos:

1.º Las medicaciones neurolépticas han demostrado su eficacia en la *manía*. No es que la curen, sino que la amortiguan. En algunos casos se tiene la impresión de que la abrevian; sin embargo, la demostración estadística de este hecho es difícil. Ya en mi ponencia de 1950 llamaba la atención sobre dos tipos de manía desde el punto de vista terapéutico, unos resistentes al electrochoque y otros sensibles al mismo.

2.º En las *depressiones*, las medicaciones neurolépticas disminuyen algunos síntomas; más la angustia que la tristeza; la inhibición no se altera o se aumenta. Pero en el fondo, la medicación neuroléptica no constituye la terapéutica de elección en las depresiones endógenas típicas, las cuales siguen siendo tributarias del electrochoque. Hay depresiones mitigadas en las que puede resultar, psicológicamente, mejor indicada la medicación neuroléptica (14). También se halla ésta indicada, como es natural, cuando el electrochoque está contraindicado. (También las medicaciones neurolépticas tienen sus contraindicaciones médicas.)

Las medicaciones neurolépticas la amortiguan en seguida haciendo desaparecer los síntomas. También la insulina y el electrochoque lo logran. Sobre todo este último puede lograrlo con mayor rapidez. A pesar de ello, en muchas ocasiones, resulta preferible el empleo de las medicaciones neurolépticas, no por que su eficacia sea mayor, sino porque para el enfermo, y para el psiquiatra mismo, resulta una terapéutica menos agresiva.

Existen otras formas fásicas de mayor duración, en las cuales seguir utilizando la medicación neuroléptica resulta, a la larga, más inadecuado o incluso peligrosa que utilizar el electrochoque. El clínico procede, sin confesarlo muchas veces, estableciendo una regla práctica. Comienza un tratamiento con la medicación neuroléptica, si fracasa, sigue con electrochoque y, finalmente, con la insulino-terapia, si fracasan las anteriores. Aunque admito que este proceder sea aceptable en la práctica, no creo, en cambio, que se pueda deducir con seguridad, partiendo de esta gradación, una regla sobre la eficacia terapéutica. Supongamos, en efecto, una fase que hubiera durado de A a B, en la que se habría practicado las terapéuticas en ese orden. La insulina resultaría más eficaz por haber sido más tardíamente empleada. El problema puede ser aún más complejo si en lugar de una fase el curso está constituido por varias oscilaciones morbosas. Tras la tercera fase termina la enfermedad. Si esa tercera fase ha sido tratada con insulina, ante el fracaso de las anteriores, se atribuirá el éxito a la insulina. La realidad, como se ve, es muy otra. De todo ello se deduce, en conclusión, que las medicaciones neurolépticas han ocupado buena parte de las indicaciones de la insulina y el electrochoque, aunque no todo. Según mi experiencia, la que ha perdido más terreno es la cura clásica con la insulina.

4.º Ante este determinismo endógeno de los brotes esquizofrénicos hay quien precisa que las *terapéuticas son inútiles*. Nada más erróneo. En primer término, aunque las terapéuticas no hagan más que amortiguar el curso morbosos resultan *social y biológicamente* de un gran valor. En la esquizofrenia se emplea, cada día en mayor escala, la psicoterapia. En muchas curas psicoterapéuticas hay que hacer la objeción anterior; por ejemplo, al caso de Schultz-Hencke. Son muy conocidos los casos en los que la enfermedad, por sí sola, evoluciona

(14) No es lo mismo decirle a un enfermo, en el argot diario, "vamos a practicar una cura de sueño", que "vamos a ponerle electrochoques".

en cuatro o cinco meses. Pero aunque así sea, la psicoterapia en la esquizofrenia confirma una experiencia antigua en los clínicos que se han ocupado intensamente de ella. La sintomatología esquizofrénica es muy moldeable e influenciable; de ahí que tantas veces se piense en la existencia de factores reactivos en el desencadenamiento de los brotes esquizofrénicos. Los síntomas se impregnan de la atmósfera del establecimiento donde se hallan los enfermos. Es curioso anotar la diferencia esencial, en este punto, entre la esquizofrenia y la melancolía endógena, que tan impermeable resulta ante la acción psicoterapéutica. Esa plasticidad de la sintomatología esquizofrénica hace que la enfermedad, abandonada a sí misma, se complique con estructuras sintomatológicamente reactivas que pueden perdurar. En pleno brote existe una presión creadora de síntomas: si tal presión se disminuye o anula se realiza una gran labor terapéutica. Muchas veces se toman como recaídas lo que no son más que reapariciones de síntomas insuficientemente yuguladas.

5.º Insisto en un principio que ya he señalado otras veces: la *inespecificidad* de las terapéuticas en la esquizofrenia, incluso la leucotomía. La leucotomía actúa como una terapéutica biológica más en el primer momento; posteriormente, como una *operación ortopédica*, en cuanto supone una amputación de la base anatómica de la personalidad. La inespecificidad vendría a demostrarse, además, por el análisis del cuadro psicopatológico en la fase de recuperación de la enfermedad. La medicación neuroléptica ha permitido analizar este cuadro más detenidamente, porque el proceso de recuperación, por su lentitud, se realiza de una manera más visible al terapeuta; pero, en el fondo, la vida es la misma, salvo detalles accidentales, no pertenecientes al proceso curativo mismo, como la aparición del síndrome psicoorgánico en el electrochoque.

La terapéutica actúa sobre la presión creadora de síntomas que está en el núcleo del proceso morboso agudo. Lo primero que se modifica es la atmósfera que envuelve al síntoma como una carga interior, y luego ésta va empalideciendo poco a poco.

6.º A medida que el proceso esquizofrénico se encroniza, aparece una metamorfosis de sus síntomas. Un enfermo, por ejemplo, en la fase aguda nota que se eclipsa su pensamiento, y en la fase crónica es ya un aparato el que mediante sus ondas le roba el pensamiento. Hay un desplazamiento del síntoma que ha perdido raíces afectivas, pero que se ha exteriorizado y se ha "cosificado". Ha disminuído el coeficiente de extrañabilidad y aumentado su extrañeza, su extranjería.

El síntoma es el mismo, pero su estructura ya no lo es. Se ha desvitalizado y convertido en artefacto. A este fenómeno lo llamo *alotropía* del síntoma. Pues bien, el síntoma es más o menos influenciable terapéuticamente, según su desplazamiento alotrópico sea mayor o menor. El *enajenamiento del síntoma* constituye el rasgo esencial de la marcha de la persona hacia la enajenación.

En las formas de curso deletéreo la eficacia de los tratamientos es menor, pero no puede negarse totalmente. La construcción del mundo esquizofrénico es muy compleja. La terapéutica reduce la trama en la que se envuelve el enfermo. La *alteridad* de su mundo resulta así disminuída. Creo, con MAX MÜLLER, que, a la larga, también en los casos con recaídas se notan diferencias entre los enfermos tratados y no tratados. Cuando el proceso se mantiene activo, con rebotes, también el tratamiento ha de ser continuado y adoptado a la actividad de los brotes. En el tratamiento de los enfermos crónicos la medicación neuroléptica supone un gran progreso.

