

Carlos Pereyra

"Esquizofrenia"

Este material se utiliza exclusivamente para fines didácticos
del Curso Preparatorio para el Examen de Residencias de Psicología 2016 de S R M
Cursos®

RESEÑA HISTORICA Y EVOLUCION DEL CONCEPTO

La más antigua referencia que se haya tenido de la Demencia Precoz nos es dada por Regis, quien manifiesta en el capítulo respectivo: "... he encontrado en Willis (1672), capítulo de Estupidez o Morosidad, un pasaje relativo a los jóvenes de espíritu vivo, despierto y aun brillante en la infancia, que caen, al llegar a la adolescencia, en la obtusión y torpeza" (1).

Pinel, en 1809, consideraba estos casos bajo el capítulo de Idiotismo. Esquirol, en 1814, lo describió bajo el nombre de Demencia crónica y consecutiva a estados iniciales diversos: Lipemania, Manía, Melancolía, Onanismo, etc., aunque el capítulo comprendía un grupo heterogéneo de afecciones, entre las que se incluía también la Parálisis General Progresiva, se mostraban: "ciertos enfermos en los cuales el negativismo, el estupor, la apatía, las esterotipias, la verbigeración y las actitudes especiales, tenían ya llamada su atención" (2). Aparte, bajo el nombre de Idiotismo accidental o adquirido, hacía también una descripción de casos que parecían ajustar a la forma simple de esta enfermedad. Masselon transcribe: "Algunas veces, dice él, los niños nacen muy sanos; ellos crecen al mismo tiempo que su inteligencia se desenvuelve; son de una gran susceptibilidad, vivos, irritables, coléricos, de una imaginación brillante, de una inteligencia desenvuelta, espíritu activo. No estando esta actividad en relación con las fuerzas físicas, estos seres se agotan, su inteligencia queda estacionaria, no adquieren más nada y las esperanzas que ellos daban se desvanecen; es esto el Idiotismo accidental o adquirido" (3).

Spurzheim hizo, en 1818, la descripción de estos cuadros, bajo la misma designación de Idiotismo adquirido.

La denominación de Demencia Precoz corresponde a Morel, que designa con este nombre cuadros similares, en sus Estudios clínicos (1851-1853).

Según Regis, la obra de Morel a este respecto, no se limitó a citas aisladas de lo que él llamaba estado de Demencia Precoz, sino que

(1) E. Regis. — Tratado de psiquiatría. Pág. 227.

(2) René Masselon. — La Démence Précoce. París, 1904. Pág. 12.

(3) Masselon. — La D. P. Pág. 12.

"... había aislado y bosquejado en rasgos asombrosos, las sucesivas etapas de esta curiosa decadencia cerebral de la segunda edad, desde que sobrevénia el acceso agudo con sus engañosas apariencias de benignidad, hasta la fase terminal de disolución psíquica, pasando por las etapas intermedias de embotamiento y agitación" (1).

Morel, en su Tratado de las enfermedades mentales (1860), considera el tema en capítulos diferentes. Bajo el título de "El estado designado bajo el nombre de estupor o estupidez", se abarcan cuadros distintos. Algunas descripciones, parecen comprender particularmente la forma catatónica de la Demencia Precoz; el autor dice (pág. 488): "Cuando se recorren los asilos de alienados, se ve un cierto número de enfermos, que por su inmovilidad, por la ausencia de toda manifestación intelectual, por el estado de atontamiento y consternación que refleja su fisonomía, nos representan esa situación descrita por Félix Plater, bajo el nombre de Tontería, estupidez, "mentis consternatio". Bajo el nombre de Idiotismo, Pinel ha hecho alusión a ciertos estados de estupor, y Esquirol los habría indicado como una variedad de demencia. M. Baillarger, ha hecho de este estado una variedad especial de alienación, bajo el nombre de Estupidez". Más adelante, en una llamada, el autor se pregunta: "Si estos estados deben ser considerados como un tipo particular de alienación mental, o es más bien una forma que complica las principales perturbaciones intelectuales". En el subcapítulo de Extasis y Catalepsia (pág. 491), señala la necesidad de distinguir los episodios atribuibles a la histeria y ciertas formas de alienación caracterizadas por una concentración prolongada y exclusiva del pensamiento en motivos místicos, de "esos estados característicos donde hay inmovilidad de miembros, fijeza de la mirada, contracción tetánica, alternando con resolución, insensibilidad, etc., estado que por su prolongación y por el conjunto de sus síntomas, supone una afección especial de los centros nerviosos, que forma una complicación muy inquietante en la evolución de un acceso de locura". No obstante, el caso clínico escogido para su descripción corresponde verosímilmente a la Confusión mental estuporosa, con rápido deceso y comprobación de autopsia. En el citado capítulo, se hallan confundidas afecciones de variada naturaleza, aunque bien delimitados los síntomas catatónicos. Tal vez la referencia más precisa de Morel a la enfermedad que nos ocupa se halla en el capítulo de las "Locuras hereditarias a existencia intelectual limitada" de su tratado (2), donde figuran estos casos, también confundidos con la perversión, la frenastenia, etc., atribuidos todos a una única causa degenerativa de herencia psicopática o alcohólica. La historia escogida recalca la existencia de

(1) *E. Régis*. — Lugar citado, pág. 227.

(2) *B. A. Morel*. — *Traite des maladies mentales*. Paris. — Masson Pág. 562.

ambos antecedentes, y se refiere a casos de herencia con "transición al idiotismo el más irremediable bajo la influencia de ciertas causas intercurrentes".

La descripción de uno de los casos, relativa a un joven de trece o catorce años, es típica por su forma de comienzo y desarrollo; después de obtenerse en él una mejoría orgánica, merced a un tratamiento médico esmerado, el autor observa (pág. 566). "que el joven enfermo olvida progresivamente todo eso que él había aprendido; sus facultades intelectuales, antes brillantes, sufren una detención inquietante. Una especie de torpeza, vecina de la obtusión, reemplaza la actividad primera, y cuando yo lo reviso juzgo que la transición fatal al estado de Demencia Precoz estaba en vías de operarse. Este pronóstico, desesperante, estaba bien lejos de la idea de sus padres y mismo de los médicos que daban sus cuidados a este niño. Tal es, sin embargo, en estos casos, la funesta terminación de la locura hereditaria. Una inmovilización súbita de todas las facultades, una Demencia Precoz indican que el joven sujeto ha llegado al término de la vida intelectual de la que él puede disponer. Entonces son designados Imbécil, Idiota".

Como se ve, los enfermos habían sido claramente observados por Morel, pero según su sintomatología aparente, las descripciones integran capítulos distintos, de Idiotismo, Estupor o Demencia aguda, y entre los diferentes cuadros sindromáticos no se establecía un vínculo estable. Es lo cierto que hasta entonces la Demencia Precoz no había sido encarada como una entidad nosológica, sino que, más bien, había a su respecto un conjunto de cuadros o de estados semiológicamente fieles, pero confundidos con enfermedades de la más diversa índole.

Más tarde, en Alemania, muchos de los casos implícitamente comprendidos en separadas descripciones francesas, eran examinados de un punto de vista más unitario, y se tendía a la organización de entidades clínicas. Kahlbaum, en 1863, por primera vez destaca la existencia de una enfermedad, en relación con el desarrollo puberal, y a la que denomina Hebefrenia (1). Su discípulo Hecker (2) completa el cuadro en 1871, y la afección queda asentada sobre la base de un proceso especial, surgido al fin de la pubertad, que limita el desarrollo intelectual, desembocando, invariablemente, en la demencia. Una serie de caracteres constantes le dan jerarquía de entidad clínica, entre los que se cuentan: la edad de comienzo, la alternancia de accesos maniacos, depresivos, confusionales, las actitudes bizarras, las estereotipias; y, sobre todo, la rápida evolución hacia un cuadro terminal deficitario.

(1) Kahlbaum. — Gruppierung der Psychischen Krankheiten. 1863.

(2) Die Hebefrenie. Archiv. für path Anat. und Phys. 1871.

La concepción de Kahlbaum era la de una entidad nosológica, de la cual la hebefrenia constituía el aspecto juvenil y la neofrenia y la presbiofrenia las formas sobrevenidas al nacimiento y en la vejez, pero dependientes todas de una misma causa constitucional y predisponente a la decadencia a distintas alturas de la vida, y conocida con la denominación general de parafrenia. Posteriormente, Kahlbaum hubo de agregar un nombre más, la heboidofrenia, con el cual quería significar los casos de locura hebética o hebefrénica, en que no se comprobaban las subsecuencias de un estado demencial.

Masselon, comentando las discusiones suscitadas en Alemania y Francia, acerca de esta nueva concepción, pone a Krafft-Ebing y Magnan, respectivamente, a la cabeza de los opositores, quienes no veían en estos casos, bajo el imperio de la teoría de la degeneración, más que formas ya descritas de degeneración mental o delirios polimorfos de los degenerados hereditarios. No obstante, el tiempo afirma la entidad, que queda reconocida por los autores de una manera general, como proceso demencial característico y propio de las gentes jóvenes.

En 1874, Kahlbaum, bajo el nombre de catatonía, describe una especial perturbación mental, a la que atribuye una evolución psíquica, que se halla esencialmente caracterizada por fenómenos motores y que evoluciona hacia la curación o la demencia. Reconoce en ella la existencia de episodios de manía, melancolía, o estupor, al par que delirio deshilvanado e incoherente, alternativamente acompañado de estados catalépticos, mutismo, negativismo, estereotipias o crisis de agitación insulsa, teatral, declamatoria, acompañada de verbigeración y patetismo. Este cuadro, atribuible, en la mayoría de los casos, a las gentes jóvenes, encontró la misma oposición que la hebefrenia.

Chaslin y Seglas (1), consideraban que todo ello era la mera descripción de un síntoma o un síndrome, más bien que una enfermedad, y que su ubicación precisa estaba en el capítulo del estupor, del cual era una variedad simple o sintomática. No obstante, la concepción de la catatonía, como un aspecto singular de una enfermedad especial, tendía a afianzarse e inclusive se comenzaba a ver el nexo existente entre los dos cuadros descritos por Kahlbaum-Hecker.

En 1880, Finck señala la similitud de síntomas y otros factores concurrentes de edad y evolución, recalcando la existencia en ambos cuadros de la verbigeración y las estereotipias; pero, en realidad, no se llega a una idea unitaria hasta el advenimiento de Kraepelin.

Kraepelin (2), retoma el nombre de Demencia precoz creado por

(1) Arch. de Neurologie, 1888.

(2) Psychiatrie 4.^a édition. Leipzig. 1893.

Morel, y bajo su designación comprende los casos de hebefrenia, catatonía, y más tarde agrega la demencia paranoide.

La unidad de este grupo, que el mismo Kraepelin, considera provisoria, está dada esencialmente por la marcha más o menos rápida hacia la demencia con una sintomatología de comienzo también demencial. El criterio de evolución prima sobre toda otra observación clínica, pero el cuadro se extiende, tal vez desmesuradamente, merced a la incorporación de la demencia paranoide, que, tal como estaba concebida, rompe la armonía del conjunto. Hasta entonces, la hebefrenia, la catatonía y la Demencia Precoz de Morel comprendían fundamentalmente una forma de alienación juvenil. La demencia paranoide incorpora casos variados de delirios que, por lo general, comprenden formas juveniles, pero bajo el aspecto de Demencia Precoz paranoide, propiamente dicha, introducía también los delirios asistemáticos fantásticos, de comienzo en la edad madura, sin que hubiera argumento más valedero que la supuesta evolución hacia la demencia. Muchos de estos enfermos integraban la paranoia, de la que se desglosan para incorporarse a la Demencia Precoz.

El grupo se torna en este aspecto, caótico. Estos casos no son juveniles; su evolución, si excepcionalmente demencial, es extraordinariamente lenta. La sintomatología no tiene más punto de contacto que el carácter absurdo e incoherente del delirio. Hay una ausencia total de signos físicos, que, aunque irregulares, acompañan siempre a la Demencia Precoz propiamente dicha. El contacto con el medio ambiente de estos enfermos, substancialmente nunca está perdido. Toda su conducta es distinta y regida por sentido pragmático y relativa capacidad de adaptación.

Más tarde, Kraepelin rectifica estos puntos de vista, admitiendo que estos delirios de la madurez, no conducían nunca a ese especial embrutecimiento de los dementes precoces, y en 1912 forma con ellos un grupo aparte con la designación de Parafrenia, dejando en la Demencia Precoz paranoide sólo aquellos casos, en la práctica verdaderamente juveniles, en los que aún siendo prevalente la actividad delirante, presentan síntomas comunes o intercambiables con la catatonía y la hebefrenia.

El grupo recupera al menos unidad sintomática, añadida a esta forma la Demencia Precoz simple, descrita en 1899 por Christian como hebefrenia ligera o mitigada, y adaptada por Serieux, difundidor de las ideas de Kraepelin en Francia.

Kraepelin había demostrado el fondo común, tras la apariencia sintomática distinta, de la hebefrenia y la catatonía, por el paso de una a otra, la coexistencia ya advertida de síntomas iguales, como la estereotipia y la verbigeración; la identidad de posibilidades pronósticas, a pesar de la distinta opinión de los autores; las características variadas y comunes a

ambas, de la forma y momento de la eclosión, y particularmente el residuo, tras los accesos, o la similitud de la forma terminal.

Kraepelin (1), en una de sus clases sobre estupor catatónico, historia brevemente estos hechos (pág. 45): "Hace unos treinta años que Kahlbaum describió con el nombre de Katatonía o locura de la rigidez, una enfermedad cuyo signo típico es la tiesura de los músculos, la cual aumenta con las influencias exteriores, va seguida de una serie de evoluciones diferentes y termina en la curación o la demencia. Se ha demostrado que, en lo capital, la descripción de Kahlbaum se ajusta a la realidad, aunque, a mi ver, los cuadros morbosos agrupados por él en la catatonía son únicamente formas de la Demencia Precoz. De todos modos, también en la Catatonía presiden el estado morbo los trastornos emocionales y de la acción, en tanto que se hallan poco afectados el entendimiento y la memoria, pero también en todas las gradaciones de la Demencia Precoz vemos los síntomas catatónicos, negativismo, estereotipia, más especialmente la obediencia automática ya mencionada, la conducta extravagante y la súbita aparición de impulsos insensatos".

La circunstancia de ser una afección sobrevenida frecuentemente en la época puberal, ir precedida o acompañada de trastornos menstruales o gravidicos le llevó a concebir la etiología endógena y hormonal, echando por tierra las teorías emitidas hasta entonces, particularmente el concepto de degeneración. La unidad un tanto heterogénea en el orden clínico, merced a la incorporación indiscriminada de la demencia paranoide, pretendía también afianzarse en la anatomía patológica, que, desgraciadamente, ni aun ahora ha dado pruebas concluyentes.

Las ideas de Kraepelin, a pesar de su dominio, fueron duramente combatidas. Seglas se alzó en Francia contra el concepto de demencia paranoide, que comprendiendo todo delirio crónico, alucinatorio, con debilitamiento final, venía a englobar hasta los delirios de Magnan, con los cuales podían establecerse siempre netas diferencias. Otros, como Hochen, criticando toda la sistemática de Kraepelin, decía que las unidades-enfermedades eran fantasmas.

En general señala Constanza Pascal (2), "durante los primeros tiempos se olvidaron de estudiar y controlar los hechos y la crítica se dirigió al sustantivo demencia y al adjetivo precoz, buscando términos más precisos para designar esta afección, los unos han querido llamarle la enfermedad de Morel, los otros, enfermedad de Kraepelin, etc."...

Impuesta, a pesar de todo, como una entidad, desprovista, es cier-

(1) E. Kraepelin. — Introducción a la clínica psiquiátrica. Segunda edición, traducida. Madrid, 1905.

(2) Constanza Pascal. — La Demence Precoce. Etude psychologique medical et medico-legal. Paris, 1911.

to, de una base etiológica, patogénica y mismo anatómica, recupera, sin duda alguna, parte de su homogeneidad semiológica, cuando Kraepelin separa de ellas el grupo de parafrenias. No obstante, las críticas siguen incidiendo sobre la impropiedad designativa de Demencia Precoz o la artificiosidad del grupo cuya vastedad es enérgicamente negada por muchos autores.

Regis (pág. 228 de su Tratado), aduce en su contra: 1.º Que no es una enfermedad primitiva de la adolescencia, pues se encuentra en todas las edades; 2.º Que la D. P. no posee ningún signo que le sea propio, y que el mismo estado catatónico se encuentra como síndrome en numerosas neurosis y psicosis; 3.º Que la Demencia Precoz no es una demencia, ni aun incompleta, puesto que puede curar, tanto que, como dice Serbsky, es "un grupo patológico, cuyo carácter fundamental consiste en el paso a la demencia, se termina de ordinario favorablemente; habría, pues, demencia sin demencia". Regis recalca, sin embargo, que: "Los autores alemanes han tenido el mérito grande de resucitar la demencia precoz, y de agrupar *bajo este vocablo* una serie de estados similares que tienen por fundamento esencial un proceso particular de decadencia psíquica progresiva y rápida en los jóvenes". Lo que resulta un tanto contradictorio, si se tiene presente que la impropiedad del término es lo más combatido.

El mismo Regis formula su hipótesis, y acepta que la Demencia Precoz puede ser dividida en dos tipos esencialmente distintos. Un grupo se asigna a la degeneración, comprende los casos descritos por Kraepelin; se trataría de jóvenes predispuestos constitucionalmente, que se detienen intelectualmente, y más tarde declinan bajo la influencia auto-tóxica del proceso puberal. Un segundo grupo comprende los casos que sin predisposición alguna sufren un acceso de confusión mental aguda, tóxica o infecciosa, y cuyo porvenir es eventual: pueden curar, pasar a la confusión mental crónica y aún ser curables, o ir hacia la demencia post-confusional.

Es digno de ser destacado el hecho de que Kraepelin usaba el vocablo *demencia* con un sentido más restringido que el habitual. A su respecto, dice Masselon (1): "Sin duda el término Demencia Precoz ha contribuido a volver la noción de esta enfermedad oscura para un cierto número de alienistas, algunos casos de curación constatados, los numerosos casos donde la enfermedad no se termina por la demencia, sino por un simple estado de debilitamiento intelectual, permitiendo todavía una ocupación regular, a condición de que ella sea dirigida; ha alejado demasiado los espíritus de esta concepción, que ellos la juzgan contradic-

(1) Masselon. — Citado, pág. 5.

toria con su propia denominación". Dice el autor que Kraepelin lo había previsto, y añade: "Su definición misma, nos muestra, de otra parte, que no es necesario tomar aquí la palabra demencia en el sentido (que ella tiene en Francia) de ruina completa de las facultades intelectuales. Kraepelin habla, en efecto, de estados de debilidad intelectual (*Schwachzustande*) y no de estados demenciales completos. La demencia intelectual no obstante su frecuencia, no constituye el solo modo de terminación de la enfermedad".

Este concepto está apoyado por el mismo Kraepelin, en su Introducción a la Clínica psiquiátrica, pág. 204, capítulo que trata de los estados finales de la Demencia Precoz, donde dice: "No hay una demencia única con variaciones accidentales, resultado final de todos los trastornos mentales, sino que cada forma de locura, en tanto que no evoluciona a la curación, tiene un estado final que le es propio, caracterizado por síntomas esenciales de la enfermedad, a la cual, aun en dicho período, pueden dar gran variedad fenómenos incidentales".

Por otro lado, a lo largo de sus exposiciones bien se nota el uso indistinto de los vocablos: imbecilidad, embrutecimiento y demencia, para designar este particular estado de déficit psíquico, que para él no es demencial en el sentido estricto, y cuyas características quedan nitidamente destacadas cuando dice (1): "Comprenderéis, desde luego, que estamos frente a un estado de demencia, en el cual la facultad de comprender y recordar los conocimientos adquiridos hállase menos trastornada que el juicio, y en especial que los impulsos emocionales y los actos de volición, que con aquéllos se encuentran en la más íntima dependencia".

Es del todo evidente que el título escogido (D.P.), fué una complicación en la claridad de las opiniones, ya que a pesar del esfuerzo por destacar otros síntomas que los que la designación supone, esto no iba a ser olvidado en la crítica del momento y subsiguiente.

La precocidad fué el otro motivo de tenaz oposición y agria censura. Dice Chaslin, a su respecto, después de criticar la expresión demencia: "Si demencia precoz quiere decir comienzo de la afección muy temprano, esto es todavía peor, pues en contraste con los casos que comienzan a los ocho años (la demencia precocísima de S. de Sanctis), hay los que debutan tardíamente en la edad madura o mismo en la vejez" (2).

La rigidez de la entidad como cuadro nosográfico, tal vez ha sido la observación más justa que se pudiera hacer respecto de la concepción de Kraepelin, ya que el criterio de la evolución, como causa suficiente de unificación de los casos, llevaba necesariamente a reunir ele-

(1) Citado, pág. 41.

(2) Ph Chaslin. — *Elementos de Semiologie et Clinique mentales*. Paris, 1912, pág. 829.

mentos heterogéneos, si no del punto de vista pronóstico, al menos en su valoración sintomática. Baruk compara el cuadro de Magnan con esos, que considera enormes, de Kraepelin, fundados ambos en idénticos principios de evolución, y los considera una ficción condenada al fracaso por su rigidez, diciendo: "Se sabe, de otra parte, que el delirio crónico de Magnan fué bien pronto considerado como de más en más raro, y no pudo ser mantenido como entidad nosológica" (1).

Entre nosotros, Cabred y Borda (2) aceptaron la entidad creada por Kraepelin, como respondiendo en la práctica a la realidad clínica, con la sola y sensata reserva de la limitación de los casos que integraban la demencia paranoide, como más tarde lo iba a hacer el mismo Kraepelin, teniendo en cuenta, en este grupo, sólo los estados francamente polimorfos o de vaga sistematización.

Ameghino (3) en su relatorio oficial del IIº Congreso Nacional de Medicina, en 1922, ya citado, hace tal vez la crítica más severa como entidad nosológica, a la que califica (Pág. 535, Rev. de Psiquiatría y Medicina Legal), de: "Conglomerado de casos, entre los cuales es posible que exista la tan buscada unidad endógena y primitiva, mas es seguro que existen demencias primitivas exógenas, demencias rápidamente secundarias, exógenas o endógenas, simples demencias secundarias, de origen muchas veces sospechables, y aún afecciones no demenciales".

Los cargos se acumulaban por igual al nombre de Demencia Precoz como a la entidad nosográfica acusada de ficción. Pocos términos han sido tan desgraciadamente escogidos, como dice Rogues de Fursac, ya que iba a suscitar por sí solo tan apasionada controversia; pero, obvio resulta decir que si la designación, en un sentido estricto, no resultaba adecuada, el análisis y la comprensión sintomática del núcleo básico de este grupo de enfermos debían quedar intactos por las comprobaciones de hecho y la realidad clínica. La Demencia Precoz quedaba como un desarrollo patológico, prevalente de la edad juvenil, que conduce a una decadencia sui géneris y se presenta de una manera multiforme y variada, pero ligadas entre sí por la posibilidad de intercambiar sus síntomas en cualquiera de las formas clínicas. Estos eran hechos inalterables y, aunque la unidad no podía encontrarse en la extensión que le diera la sistemática de Kraepelin, no era posible desconocer el grupo básico que primero se había tenido en cuenta.

Hasta entonces, semiológicamente, la afección había sido caracterizada sucesivamente por los síntomas más destacados, confiriéndoles,

(1) Baruk H. — *Psychiatrie medicale. Physiologique et experimentale*, 1938, págs. 446-447.

(2) Revista Médica del Uruguay, Año XII, Tomo XII, 1904.

(3) A. Ameghino. — Concepto de la Demencia precoz. Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal, Año IX, 1922.

tal vez equivocadamente, verdadero valor patognomónico. Los signos de la serie catatónica, impresionaron vivamente, y su comprobación en afecciones distintas: parálisis general progresiva, histeria, encefalitis, tumores, confusión estuporosa, epilepsia, etc., sirvieron de argumento para contrariar la unidad de la Demencia Precoz, como si entre catatonía y Demencia Precoz se hubiera pretendido hacer una equivalencia absoluta.

En realidad, la catatonía era sólo un síndrome cuya presentación es variable, pero que en la Demencia Precoz cobra el valor singular de su frecuencia y la particularidad de su presentación en ausencia de toda causa morbosa indetectable.

El embotamiento afectivo y la indiferencia recalcada por Kraepelin influyeron en las concepciones francesas, que encararon la afección como una demencia afectiva. La sensibilidad paradójica y las intensas crisis emocionales, que interrumpen frecuentemente la monotonía de una aparente indiferencia, la ansiedad y las angustias del comienzo, etc., invalidaron la engañosa significación de este síntoma. La afectividad, más que inexistente, es referida a objetos extraordinarios y fuera de lo real.

Con Bleuler, en 1911, el trastorno básico es atribuido al aflojamiento asociativo y a la disgregación del pensamiento, y de él se hacen deducir los otros síntomas.

La gravitación de las críticas al nombre de Demencia Precoz iban al mismo tiempo a dar sus frutos: Bleuler, primero, y Chaslin, después (1911-1912), dieron satisfacción a las quejas designándola esquizofrenia y locura discordante, respectivamente. Puede decirse que desde entonces se entra en una nueva era esencialmente psicológica que, además de multiplicar hasta el infinito los trabajos sobre la materia, borra los límites de la enfermedad que, desde el núcleo básico de Morel, Kahlbaum-Hecker, se extiende sobre toda la psiquiatría.

Sin discusión, se reincide en la conducta rectificada por Kraepelin, esta vez no a nombre de una sistemática rígida y un criterio de evolución, sino en virtud de ciertos signos cardinales sobreestimados, de una psicopatología reactiva y de un fino diagnóstico polidimensional, que descubre los síntomas esquizofrénicos en los casos más dispersos de la patología mental.

En Kraepelin se había combatido con más razón la heterogeneidad y la amplitud de su cuadro nosográfico que el nombre de la afección. Con Bleuler se gana precisión designativa, pero la enfermedad se vuelve vagorosa. Boven (1), al referirse a la herencia en las afecciones esquizofrénicas, se plantea el problema previo de saber en qué consiste la tara

(1) *Congres des Med. alienistes et Neuér. de France, etc. Juilliet 1936. L'Hérédité des affections Schizophréniques.*

esquizofrénica, y encuentra: "que la oscuridad y la indeterminación no residen solamente en los términos, sino en el objeto"; no obstante, se propone trazar sus límites e historia brevemente los hechos del siguiente modo "Bleuler define la esquizofrenia: un grupo de enfermedades caracterizadas por el relajamiento de las asociaciones, vueltas incoherentes, y por la ruptura de las relaciones normales con el mundo real, por un repliegue sobre sí que despoja al paciente de sus relaciones con el mundo y desemboca en la destrucción de la personalidad".

"Esta afirmación es muy amplia; ella se presta a la extensión. Veamos como la esquizofrenia está constituida: es un poco la imagen y la historia de una villa que crece: de entrada un viejo lote, en el centro, como la ciudadela de una metrópoli: la D. P. de Morel; precocidad y demencia son las características; los enfermos están reducidos al estado vegetativo. La hebefrenia de Hecker viene a ser lo mismo. Después, alrededor de este centro, la catatonía de Kahlbaum, que su autor consideraba (en 1874) como una psicosis mortal desembocando en la demencia. Hasta aquí la comunidad permanece homogénea: es el idiota adquirido, imagen de la más profunda decadencia. En 1899, Kraepelin introduce la demencia paranoide en su "dementia praecox", y de golpe la variedad se introduce en este conjunto que comienza a volverse heteróclito. La demencia paranoide, subgrupo de la demencia precoz. Según Kraepelin, no presenta más, en efecto, el espectáculo del embrutecimiento total; los paranoides son los delirantes alucinados, más o menos crónicos, graves e incurablemente extraviados, pero, en fin, productivos a su manera. Mal trabajar o dormir son dos actividades diferentes. Con esta agregación nueva, el burgo desborda grandemente de su cerco.

Es necesario hacer notar que se alzaron protestas muy vivas en Francia, y que la demencia paranoide, subgrupo de la demencia precoz, permaneció muy discutida. En 1911, Bleuler ha expuesto su concepción de la esquizofrenia. Ella engloba con la Demencia Precoz de Kraepelin, toda una periferia de afecciones tenidas hasta entonces por distintas de ella: un número de casos impuros de melancolía y de manía, la mayor parte de las confusiones alucinatorias, la hipocondría incurable, una buena parte de la psicosis de los degenerados de Magnan, más de un síndrome carcelario, ganserismo, y la mayor parte de las parafrasias, que Kraepelin describió al año siguiente (1912). *¿Demencia y precocidad?* El criterio en adelante no es más valedero. La esquizofrenia reviste aspectos muy diversos, vueltos a atar aún con los débiles lazos de la definición de Bleuler más arriba citada. Estos arrabales de la esquizofrenia se rodean todavía de un vasto suburbio: la paranoia dicha de involución, sea la demencia paranoide tardía, el delirio presenil dicho de perjuicio, sin contar los síndromes de los querulantes (Bleuler), y,

para ciertos autores como Ecónomo, combatidos, es verdad, en Alemania mismo por Kraepelin, Bleuler y Bumke, la paranoia en el sentido estricto o sea los delirios de interpretación y de reivindicación de la psiquiatría francesa... ¡Nosotros estamos lejos del centro de la aglomeración paranoica! Pero he aquí que los suburbios se rodean, a su vez, de una zona inmensa que constituyen los alrededores de la esquizofrenia; estos son los terrenos vagos y los escombros de la esquizoidia que los alemanes llaman "das Schizoid". A la verdad, nosotros salimos aquí de la ciudad de la comuna esquizofrénica. Pero, Kretschmer nos asegura que la psicopatía esquizoide no es otra cosa que la envoltura, en cierto modo excéntrica, de una esquizofrenia que se atenúa de más en más, alcanzando el extremo periférico. Imagen, sin duda, y comparación no sin razón".

"Kretschmer se refiere a ciertos trazos propios de la mentalidad de los esquizofrénicos que él encuentra atenuados, esfumados hasta en los normales: la insensibilidad fría y la sensibilidad refinada, la introversión y el autismo, la autoridad seca y cortante que caracteriza alguna vez a los normales adquieren y acusan una intensidad patológica en los individuos en que choca una insociabilidad ya arisca, una retracción sobre sí inaccesible, singularidades ya groseras. Aun un golpe y estas anomalías agravadas constituirían la esquizofrenia. Identidad de la naturaleza de los procesos esquizofrénicos y esquizoides desiguales y no diferentes: degradación esquizotímica, esquizoide, esquizofrenia, del normal a lo patológico. Tales serían los aspectos o las etapas de un camino que puede detenerse definitivamente o puede proseguirse hasta el fin de un hombre, y que somete al diagnóstico un problema de cantidad patológica. La esquizofrenia se difunde insensiblemente, así, en una periferia esquizoide en la que es muy difícil fijar los confines".

Chaslin, al crear lo que el mismo llama el grupo provisorio de la locura discordante, ha querido comprender sólo una parte de los dementes precoces de Kraepelin, excluyendo los delirios alucinatorios sistematizados, y crea el término de discordancia, que, a su vez, señala el carácter más saliente de la afección, con el cual no quiere significar otra cosa que el síntoma destacado por Erwin Stransky, de ataxia intrapsíquica o la desarmonía intrapsíquica de Urstein. Estos suponen la pérdida de unidad de comando y centralización de las vivencias afectivas, volitivas e intelectuales que se expresan desarmónicamente y faltas de unidad y concordancia.

Pone en duda que este solo síntoma común sea suficiente para conferir a la locura discordante la jerarquía de enfermedad. Se exige de ser

terminante a este respecto, y da al grupo el carácter de provisorio. Las ventajas de la concepción de Chaslin radican, no sólo en la substitución de un término, cuya impropiedad había levantado protestas clamorosas, sino que se ciñe a la realidad clínica, estrechando los límites de la enfermedad al núcleo básico de la Demencia Precoz. Sus exposiciones son meramente sintomáticas, todo lo que permite el conocimiento real del momento, y no prejuzgan sobre otros factores de unidad nosográfica todavía inaccesibles o artificiosamente concebidos. La demencia de estos enfermos, variable en su intensidad y en su evolución, no autoriza a su juicio a calificarlos de dementes, porque esto requiere pérdida de memoria y debilitamiento intelectual. La demencia "es parcial", o no existe, aunque aparente serlo desde el comienzo.

No está demás repetir que, a pesar de hacer uso de la expresión demencia, a Kraepelin no se le había escapado esta característica particular de la relativa conservación de la memoria en los dementes precoces, la señala a cada paso, y en sus afanes por caracterizar la enfermedad, aludió principalmente al debilitamiento de los móviles afectivos, a la pérdida de la unidad interior, y a una perturbación de la capacidad de abstracción. Conceptos todos que no suponen ruina intelectual propiamente dicha, y que no hacen más que reaparecer con otros nombres en la sucesiva producción de los autores.

El término de Bleuler, esquizofrenia, difundido un año antes, prevaleció sobre ese de Chaslin. Bleuler tituló su monografía: Demencia Precoz o Esquizofrenia. No hacía diferencia de los casos de Kraepelin, ni intentaba modificar el grupo existente, como Chaslin, reduciéndolos (Téngase presente que aun Kraepelin no había separado su grupo parafrénico).

Su manifestación de propósito quedaba evidenciada de inmediato al decir: "Yo nombro a la Demencia precoz esquizofrenia, porque la disociación de las diferentes funciones psíquicas es una de las características más importantes. Por comodidad yo empleo la palabra para significar que el grupo comprende verdaderamente muchas enfermedades. La esquizofrenia comprende, en efecto, un grupo de psicosis que evolucionan tan pronto de una manera crónica como por "poussées", y puede detenerse en cada período o repetir, pero sin retorno completo "ad íntegrum".

Está caracterizada por una alteración de la inteligencia, una alteración de los sentimientos y de las relaciones con el mundo exterior, en alguna forma específica, y que no se encuentra en ninguna parte fuera de ella". Estos conceptos son ratificados en su Tratado de psiquiatría (1), después de justificar las dos grandes psicosis de Kraepelin: locura

(1) E. Bleuler. — Tratado de psiquiatría, Calpe, Traducido, 1924.

maniaco depresiva y demencia precoz, expresa en la página 280: "Mientras un ataque de psicosis maniaco depresiva termina bien siempre, el pronóstico del ataque de Demencia Precoz no es siempre del todo malo, por lo que en muchos casos, después del transcurso de una recaída, sólo pequeñas alteraciones de la psíquis nos llaman la atención sobre la existencia de la enfermedad. Estas alteraciones, sin embargo, tienen en casos graves y leves las mismas características y por ello la dirección del pronóstico de todo el grupo es sólo en un sentido, mientras el grado de la demencia a esperar, el pronóstico de la extensión no puede determinarse por el solo conocimiento de la enfermedad.

Como la enfermedad no progresa siempre hacia la demencia y no en toda ocasión se presenta precozmente en la pubertad o poco después de ella, prefiero el nombre de esquizofrenia para designarla.

Esta enfermedad puede permanecer estacionaria en todo período, y muchos de sus síntomas pueden remitir en parte o del todo; pero, si progresan, ello conduce a una demencia de un determinado carácter.

"Aunque no podamos hacer una clasificación natural, fundada en razones internas, nos parece la esquizofrenia, no como una enfermedad en su sentido estricto, sino como un grupo patológico algo análogo al grupo de los orgánicos, que se divide en parálisis, formas seniles, etc. Por tanto, se debe hablar en plural, de esquizofrenias, la enfermedad transcurre crónicamente o bien con recaídas; en todo período puede detenerse o retroceder algo, pero probablemente no hay ninguna "restitutio ad integrum". Está caracterizada por una alteración particular, que fuera de ella nunca sobreviene y que afecta al pensar, al sentir y a las relaciones con el mundo exterior. Además de esto, los síntomas accesorios, en parte con colorido específico son muy corrientes".

A pesar de quedar comprendidos en toda su vastedad los casos que abarca Kraepelin y aún más, según se verá, se introduce una modificación substancial de conceptos. La sistemática krepeliniana queda destruida. Los enfermos ya no van invariablemente a la demencia. La enfermedad no entraña un pronóstico, sino que cada caso hace virtualmente su pronóstico. Y el "quantum" de enfermedad oscila entre los estados profundos de demencia y las esquizofrenias frustras, en que sólo la sutileza clínica descubre signos anormales.

De este modo se advierte que la enfermedad esquizofrenia es extraordinariamente más extensa que la psicosis, puesto que estas últimas comprenden los casos groseros advertidos por todos en tanto que las formas frustras diluyen su carácter patológico hasta los límites mismos de la normalidad.

La afección conserva una condición juvenil en cuanto a que la edad puberal provee el mayor número de casos, pero las excepciones se hacen

considerablemente abundantes, y la edad no constituye casi un factor de importancia.

La sintomatología que dió carácter a las antiguas descripciones de la demencia precoz: el estupor, la catatonía, la bizarrería, el debilitamiento de los móviles afectivos, la detención del desenvolvimiento intelectual, la suficiencia, los delirios incoherentes, etc., adquieren un sentido secundario. La psicología descubre causas más profundas sobre las que asienta la enfermedad. El trastorno básico es el desorden asociativo. Las relaciones entre los términos inmediatos no se verifican de acuerdo a las leyes que rigen la normalidad, y los nuevos vínculos establecidos de una manera casual llevan a la incoherencia y falta de lógica. La ambivalencia y el autismo completan los signos cardinales. Con el primero quiere significarse el potencial equivalente de disposiciones contradictorias y simultáneas, frente a un mismo estímulo el enfermo está a un mismo tiempo por sí y por no, quiere y no quiere; pero el fenómeno no tiene secuela de angustias, no acarrea la duda, ni supone la lucha interior que sentiría un psiquismo *unitario* frente a dos propuestas antagónicas.

El autismo es una natural propensión del paciente a replegarse sobre sí, a la huida del contacto ambiente. Su intervención daría lugar a perturbaciones delirantes de autosatisfacción, ensueños y actitudes chocantes que por su investigación podrían ser aclaradas y que, en suma, contribuyen a dar la superestructura banal de la esquizofrenia.

El psiquismo es atacado en lo intelectual, en lo afectivo y en lo volitivo, globalmente. El fenómeno primario es intelectual, pero no deficitario, precisamente, sino un trastorno de ordenación, armonía y dirección; la demencia afectiva, es aceptada, pero sólo en los estados profundos de la enfermedad. Los que parecen más indiferentes sufren raptus de intensa carga emocional.

Lo volitivo es sólo una secuela de los trastornos anteriores: "La acción esquizofrénica se deduce fácilmente del desorden de la afectividad y de la asociación. Donde los sentimientos apenas existen, y donde, en los casos graves el autismo domina al paciente, éste no se ocupa más del mundo exterior" (1).

Los demás síntomas tienen un sentido accesorio: ilusiones, delirio, alucinaciones, trastornos de la personalidad, negativismo, estereotipia, impulsividad, amaneramiento, etc.

La enfermedad reconocería por causa, ante todo, un factor hereditario, ya que (Página 328): "en los antecesores directos de los enfermos hay psicosis, sobre todo esquizofrenias, con mayor frecuencia que en

(1) Bleuler, citado, página 290.

los sanos. Con la mayor frecuencia se encuentran en sus familiares caracteres esquizoides, confusos, desconfiados, incapaces de discutir, obtusos emotivamente, con irritabilidad simultánea, gentes que de modo extraño persiguen fines oscuros, reformadores del mundo, etc." La herencia morbosa lo sería en el sentido del temperamento esquizoide, propensos al autismo, las extravagancias, y desviados de la manera normal de pensar. Sería una constitución psíquica que por primera vez se señala como factor fundamental para contraer la enfermedad, aunque el autor admite que en algunos casos la investigación de antecedentes familiares y personales es nula. Los síntomas dichos cardinales reconocerían una causa orgánica de variable naturaleza, en tanto que los accesorios, en particular las formaciones delirantes, serían la secuela de las reacciones del enfermo ante el medio, por su natural propensión al autismo, la vida interior, y la pérdida de contacto con lo real. Todos los acontecimientos de la vida pasada, particularmente los de la infancia, juegan aquí su papel de móviles inconscientes, sentimientos, deseos, rechazos y complejos, en el sentido psicoanalítico. Es la huida compensatoria a la enfermedad.

La teoría es mixta, la propensión caracterológica es lo esencial, a veces, en realidad, más que una constitución es ya una enfermedad atenuada, que se hace manifiesta merced a factores orgánicos del más distinto origen: embarazo, puerperio, infecciones, etc. La sintomatología ruidosa y aparente, que otrora fuera característica de la Demencia Precoz, y ahora es sólo banal superestructura de la afección, sería psicogenética: amores desgraciados, sentimientos contenidos, odios y deseos, pueden ser desenmascarados psicoanalíticamente, en la intrincada maraña de estos delirantes incoherentes, gracias a una penetración muy sutil, pero, desdichadamente, muy personal y subjetiva.

Las cuatro formas clínicas: catatónica, simple, paranoide y hebefrénica, se han conservado intactas en cuanto a su denominación, pero, naturalmente, la incorporación de un número inmenso de enfermos, que nada tiene que ver con la vieja Demencia Precoz, ha hecho variar un tanto su color substancial, al punto que dice el autor (Pág. 319): "En el concepto actual, no desempeña en la hebefrenia ningún papel la edad de sus comienzos aunque en la mayoría de los casos se enfermen en la pubertad o después de ella. Constituye gran recurso para que se incluyan las formas que no encajan en los otros tres grupos".

La noción de enfermedad atenuada, con caracteres apenas esbozados, y la división de los síntomas en principales y accesorios, aceptando entre los primeros otros que los que hasta entonces fueron tenidos por característicos, van a dar la consecuencia inmediata de ampliar y hasta desnaturalizar el sentido que como enfermedad tenía la expresión Demencia Precoz. En efecto, el autor ha insistido en que demencia precoz

y esquizofrenia eran equivalentes, pero, de ahora en adelante, son dos cosas enteramente distintas; todo lo más que puede decirse es que la demencia precoz, tal cual era hasta entonces, y sobre todo en los comienzos, se halla comprendida en la inmensidad de la esquizofrenia y sirve de base a las descripciones como piedra angular de ese edificio de sorprendente imaginación.

El trastorno del curso del pensamiento, las trasposiciones, condensaciones y neologismos, permiten, en adelante, descubrir analogías y similitudes con todos los delirios incoherentes, y mismo, faltos simplemente de lógica, en cualquier época de la vida que se desarrolle, y aun cuando carezcan de todos los atributos que la clínica exigiría para diagnosticar la Demencia Precoz. La afección se extiende a las manías y melancolías atípicas, probablemente histéricas; las confusiones alucinatorias; amencias; parte de los delirios agudos; demencias primarias o secundarias sin nombre especial, psicosis de reclusión y estados crepusculares de Ganser; delirios de daño y perjuicio de los preseniles; las psicosis degenerativas de Magnan, etc.

Verdaderamente, no se acierta a encontrar entre estos cuadros y la vieja Demencia Precoz más puntos de contacto que la *locura*, o, extremando la buena voluntad, "la perturbación del pensamiento, de suerte que por el momento resulta la única característica común a todos estos multiformes cuadros clínicos" (1).

El autismo, la pérdida de contacto con lo real, va a permitir que todo enfermo con el que no se tenga rapport afectivo y posibilidad de relación íntima, pase de hecho a engrosar las filas de la esquizofrenia. Cualquier delirante, mismo sistematizado, desengañado de que se le haga la justicia que empeñosamente busca, se vuelve reticente, hermético y en cierto modo autista, se encapsula en su delirio y huye de todo contacto con el ambiente. Es preciso convenir que en nombre de este síntoma no se pueden construir unidades, sin correr el riesgo de caer en el absurdo.

Es sabido, y lo hemos repetido intencionalmente, que la idea de una evolución común, supuesta demencial, condujo a Kraepelin al error de agrupar al núcleo primitivo de los dementes precoces otras afecciones distintas que la clínica tiene razones sobradas para diferenciar. Los cuadros heterogéneos así formados fueron siempre resistidos y negados, hasta que la misma evidencia se impuso al autor, que terminó haciendo hasta nueve formas clínicas de la Demencia Precoz, pero excluyendo virtualmente de ellas la mayor parte de las demencias paranoides que integran hoy las parafrenias con características que le son propias.

(1) Oswald Bumke. — Tratado de las enfermedades mentales. 2.^a Edición, traducida, 1917.

A partir de Bleuler, esta heterogeneidad se multiplica hasta el infinito, merced, esta vez, al factor común de una sintomatología exageradamente valorizada. Analogías y similitudes sirven a veces de base para esta construcción artificiosa, que de ese modo da al diagnóstico de esquizofrenia, un sentido tan difuso e inespecífico que a la verdad no designa nada, y sirve en cierta manera para denominar todos los cuadros que no caen bajo un diagnóstico preciso.

Minkowsky (1), considerando el lado clínico del problema, intenta en vano justificar a Bleuler, y debe concluir (Pág. 69), en que comprende "que una cierta imprecisión se desprende de estas páginas".

Otra noción más se deriva de todo esto, con la esquizofrenia atenuada se penetra en el campo de la simple anormalidad de carácter, y además de hacer inconmensurable el número de los afectos, se ha de dar pie a la idea de constitución de la enfermedad. Las dos grandes entidades: locura maniaco depresiva y demencia precoz, son mantenidas en su integridad, pero su causa es radicada en una natural disposición a la sintonía o esquizoidia, respectivamente (2). Temperamentalmente, se tiende a la expansividad y contacto con el medio o bien a la retracción y el ensimismamiento. Los primeros vibran con el ambiente y son sensibles a todos los acontecimientos y circunstancias que les rodean; los segundos, resultan siempre extraños, fríos y extravagantes, mostrando su propensión al autismo patológico. Una simple cuestión cuantitativa separa a estos seres de las psicosis verdaderas.

Sobre estas bases se edifica el cicloide y el esquizoide, y la enfermedad que nos ocupa pasa a ser esencialmente constitucional, a pesar de las dificultades de descubrir en el pasado de muchos individuos la más remota disposición temperamental, a lo que se designa con el nombre de esquizoide. Por otro lado, una tal coincidencia, no siendo constante, pierde su sentido, puesto que, casi inexorablemente, toda la humanidad puede estar normalmente repartida en esas condiciones generales de esquizoidia y sintonía.

Marchando de lo patológico a lo normal, Kretschmer (3) constituye sus tipos básicos en relación con las dos grandes psicosis endógenas de Kraepelin: locura maniaco depresiva y demencia precoz (ahora esquizofrenia).

Las investigaciones genealógicas, la experimentación y la observación clínica y psicológica, concurren para definir estos dos tipos básicos premorbosos: cicloide y esquizoide. Distribuidos en el mundo como tem-

(1) E. Minkowsky. — La Schizophrenie. Psychopathologie des schizoides et des schizofrènes, Paris, 1927.

(2) Bleuler. — Die Probleme des Schizoide und der Syntonie, 1922.

(3) Kretschmer. — Koperban und Charakter, Berlin, 1922.

peramentos normales, ciclotimia y esquizotimia, guardan, además, una estrecha relación con la estructura corporal.

La unidad psico-física marca la propensión a tal o cual locura. Dice el autor, en su Manual de psicología (Pág. 265) (1): "La correlación entre la estructura del cuerpo y el temperamento se establece por la vía endocrina y humoral. Nosotros vemos, en efecto, ciertos fenómenos de uno y otro de estos conjuntos, desaparecer a consecuencia de una extirpación precoz de ciertas glándulas endocrinas. Los niños, en los cuales la glándula tiroides es insuficiente, presentan una obtusión del temperamento y un atraso del desenvolvimiento físico, bajo la forma característica de cretinismo y enanismo, mientras que la extirpación precoz de las glándulas germinales (castración) vuelve el temperamento flemático y muy debilmente impulsivo, al mismo tiempo que el cuerpo toma un aspecto eunucoide, con alargamiento exagerado de las extremidades y desaparición del sistema piloso. Por analogía con estos casos especiales, nosotros podemos, de una manera general, concebir las relaciones entre la estructura del cuerpo y el temperamento, como siendo determinadas, en parte, al menos, por las influencias humorales, cuando no solamente de las glándulas endocrinas, en el sentido estrecho de la palabra, sino también, y sobre todo, de los ganglios intraabdominales y de todos los tejidos que, de una u otra manera, participan en el conjunto del quimismo orgánico.

"Los dos principales grupos de psicosis constitucionales endógenas nos pueden servir de guías a través del dominio complicado de la psicología individual constitucional. La locura maniaco depresiva o circular nos ofrece la variedad mórbida del gran cuadro psicológico normal formado por los temperamentos ciclotímicos, mientras que las psicosis esquizofrénicas, o la demencia precoz, representan una variedad caricaturesca de otro gran cuadro normal formado por los temperamentos esquizotímicos".

"En cuanto a los estados psicopáticos, que son el límite que separa el estado de salud del estado de enfermedad, nosotros los designamos bajo el nombre de cicloides y de esquizoides".

En los enfermos circulares el hábito morfológico característico es el pícnico. A los esquizofrénicos corresponde, en primer lugar, la morfológica asténica-leptosómica, luego la atlética, y, secundariamente, un cierto número de displásticos que están en relación con los disglandularismos conocidos.

A este modo de ver, en lo físico, corresponden psíquicamente dos

(1) E. Kretschmer. — Manuel Théorique et pratique de Psychologie Médicale. Payet, Paris, 1917.

temperamentos opuestos, que son el fondo pre-estructurado de sus respectivas psicosis, realicen o no la enfermedad.

En los ciclotímicos, la tonalidad psíquica oscila entre dos polos opuestos, la alegría y la tristeza, esto constituye su proporción diatésica.

Los esquizotímicos, por lo contrario, oscilan entre la hiperestesia (sensibilidad) y la anestesia (frialidad), lo cual constituye la proporción psiquiestésica.

Los sujetos pertenecientes a uno y otro grupo, si están suficientemente definidos, son neutros o indiferentes con respecto a la escala opuesta. Además, respecto a su ritmo psíquico, la curva del temperamento de los ciclotímicos oscila entre la movilidad o la lentitud. En los esquizotímicos, esta curva ofrece variaciones de otro género, oscila entre la "vivacidad caprichosa" y la "tenacidad refractaria". El ritmo general no presenta rasgos característicos, pero tienden a ser extremadamente hipersensibles a unos estímulos y paradójicamente fríos ante otros.

La psicomotilidad resulta en los primeros adecuada al estímulo, franca y natural; en los segundos, inadecuada, rígida, perezosa, reservada, etc.

La acentuación de estos rasgos, dichos normales, llevan a las personalidades prepsicóticas, cicloides y esquizoides, respectivamente, y de allí, factores ocasionales determinan la locura maniaco depresiva y la esquizofrenia. El autor reconoce que tal pureza de tipos no es lo más frecuente, y admite "les alliagues", en virtud de las cuales pueden verse todas las combinaciones imaginables entre estas dos modalidades que matizan los cuadros individuales, y en los que es preciso discriminar bien cuáles son los factores dominantes, si los elementos esquizotímicos introducidos en un temperamento ciclotímico o inversamente.

La hipótesis constitucional psiquiátrica afianza notablemente con Krestchmer, rápidamente difundido y aceptado, en esta ingeniosa resurrección de la vieja teoría humoral de los temperamentos. La esquizofrenia en adelante basará en los esquizoides, que en cierto modo reemplazan a las esquizofrenias atenuadas de Bleuler, cuyo tipo es leptosómico-asténico, atlético, displástico o combinado en lo corporal. Hipersensible o frío, reservado, raro, autista y asintónico en lo temperamental. Sin embargo, muchos psiquiatras podrían adherirse a lo dicho por Bunke (pág. 968): "Aún menos justificada me parece, en el estado actual de nuestros conocimientos, otra extensión de la demencia precoz, que le permitiría llegar hasta los límites de la normalidad". Y más adelante añade: "En nuestra opinión el esquizoide de Krestchmer es una construcción artificial que ha mezclado en la psiquis humana normal rasgos esquizofrénicos aislados, voluntarios e inorgánicos. Por esto no insisto ahora tampoco en la discusión de las relaciones que este supuesto temperamento tendría con los

tipos corporales asténico y atlético. Las investigaciones hechas en mi clínica (Moellenhoff) no han podido, desde luego en contradicción con otras comprobaciones, demostrar los hechos afirmados por Kretschmer; todo lo más el 31,5 % de mis enfermos posee las características corporales que Kretschmer considera típicas de los esquizofrénicos. Mas como quiera que, según las propias observaciones de este autor, pueden presentarse "aleaciones" de los diversos temperamentos y de los distintos tipos corporales, con la misma frecuencia que inclusiones (cambio de carácter dominante), de ciclotímicos en esquizotímicos, o de constitución asténica en la pícnica, nos encontramos con que, en definitiva, su teoría no pasa de ser ahora una interesante sugestión, que quizá algún día podrá llegar a resultados utilizables".

A este mismo respecto, Ewald ha podido decir que: "El esquizoide es la designación general de todo carácter anormal". La vaguedad y la imprecisión que, desde que se llama esquizofrenia, caracteriza a la enfermedad se extiende a los conceptos de ella derivados, como si el pecado capital no fuera redimible. La clínica no puede comprobar la constancia de una tal constitución esquizoide, ni en lo morfológico ni en lo psíquico. Es frecuente ver los tipos somáticos más variados entre los dementes precoces, y en cuanto a sus antecedentes psíquicos, la irregularidad es la regla.

La existencia de algunos casos acordes con la teoría no constituye prueba en favor, toda vez que en esta repartición azarosa de modalidades sobre la cual recae la afección cabe la coincidencia, pues no hay temperamento que se excluya como tampoco niveles de mentalidad. Se hacen dementes precoces sujetos brillantes, inquietos y emprendedores, y otros obtusos, tímidos y retraídos.

Las investigaciones genéticas, fuera de la recesividad de la afección no pueden demostrar otra cosa que el polimorfismo de la ascendencia psicopática. Por otro lado, del punto de vista doctrinario, la noción de constitución debe ceñirse a principios de constancia e invariabilidad, que casi no admiten excepciones. Si el factor constitución es el determinante de un cuadro clínico, su ausencia, aun ocasional, es inexplicable. ¿Puede acaso, decirse que puede estar ausente un paranoico, detrás de una paranoia nítida? M. L. Neuberger (1) niega a la constitución esquizoide, que incluso considera carente de autonomía, pues generalmente es síndrome compuesto, en relación con la depresión y la emotividad y con síntomas de prestado de las constituciones vecinas, emotiva y paranoica. El esquizoide sería en suma un deficitario por su incapacidad de síntesis y desinserción de lo real, sin un verdadero desequilibrio funcio-

(1) L. M. Neuberger. — Congr. des Medecins Alien., etc. Juliet, 1932. "Faut-il admettre les constitutions schizoïdes et epileptoïdes."

nal activo y responsable de la psicosis que pretende determinar. "De Morsieux y Morel, dos compatriotas de Bleuler, dice Nuberger, han observado esquizofrenias indudables, entre las cuales la psico-clínica no había podido descubrir caso alguno de una disposición esquizoide anterior" (Pág. 308). A este paso, añade el autor, se puede llegar a concebir la constitución de la parálisis general progresiva, las constituciones sintomáticas, etc.

Las opiniones de Bleuler y Krestchmer imperaban en el mundo psiquiátrico, y bajo su inspiración, Minkowsky escribió su libro en 1927, apartándose de Bleuler en algunos puntos de vista. La influencia ejercida sobre él por las ideas de Bergson le llevaron a ver (Pág. 5) "la perturbación inicial de la esquizofrenia, no en el relajamiento de las asociaciones, sino en la pérdida del contacto vital con la realidad".

Para Minkowsky, este síntoma es el verdaderamente característico de toda la psicosis, y de él derivan los demás.

Esta concepción sólo tiene diferencias en matices con las hipótesis ya vertidas, y que hacen recaer el daño de la personalidad en la vida instintivo afectiva, toda vez que el mismo autor reconoce que la noción de quedar en contacto con el ambiente y vibrar al unísono con él descansa sobre la afectividad y la actividad del sujeto. El síntoma ha sido señalado por Bleuler, los pacientes se refugiarían en el autismo, siguiendo una natural disposición, por falta de fines reales y particularmente la imposibilidad de todo contacto afectivo. La jerarquía de signo capital, es la que preocupa a Minkowsky, y por su predominancia cree explicar todos los trastornos básicos que aquejan a los esquizofrénicos. "El contacto vital con la realidad —dice en la página 83— concierne al dinamismo íntimo de nuestra vida", y al ceñirse a las ideas de Bergson, de oposición fundamental entre el instinto y la inteligencia, destaca que ese primer aspecto psíquico es el perturbado y no el intelectual, que permanece intacto en sus funciones elementales.

La pérdida del contacto vital con la realidad supone la perturbación de ese aspecto de la vida psíquica, inconsciente, armónico, flúido y espontáneo, verdadero factor de adaptación y pragmatismo, que en los esquizofrénicos trataría de suplirse en vano intelectualmente. El geometrismo y el racionalismo mórbido, síntomas descriptos por él, serían su consecuencia.

Las mismas referencias traídas por el autor imponen la convicción de que la pérdida del contacto vital con la realidad no sería causa sino consecuencia de un trastorno más profundo que atañe a la personalidad instintivo afectiva.

Tal opinión había sido emitida por Dide y Guiraud (1), quienes proponen el término de *atimormia* juvenil para designar a la demencia precoz, caracterizando con este neologismo derivado del griego "la pérdida del alma cenestésica y afectiva" (Pág. 169).

Los autores añaden: "La afección se caracteriza por el decaimiento, desde el primer momento y precoz, de las fuentes instintivas de la vida mental, nacidas directamente de la actividad orgánica y cenestésica. Las operaciones puramente intelectuales sólo se modifican accesoriamente; su desorden consiste, durante largo tiempo, en obstrucción y orientación contradictoria y no en desaparición primitiva de la función. El debilitamiento del impulso vital de la afectividad es el elemento necesario y suficiente para caracterizar a la enfermedad".

Claude (2), en 1926, introduce un nuevo concepto. La demencia precoz y la esquizofrenia son para él dos enfermedades distintas. La demencia precoz comprende en esencia los casos clásicos de las descripciones de Morel-Kahlbaum-Hecker-Esquirol y algunos de Kraepelin. Se refieren con nitidez a una demencia primitiva, sobrevenida en la edad juvenil, en sujetos carentes de antecedentes psíquicos o caracterológicos y predispuestos por una labilidad funcional del sistema nervioso, por una desigual resistencia de su organismo, comparable a la insuficiencia sobrevenida en cualquier órgano de la economía: hígado, riñón, etc. Las causas determinantes estarían dadas por el agotamiento excesivo y los esfuerzo impuestos a este sistema lábil. El hecho estaría probado por la frecuencia con que la anamnesis recoge datos relativos a cambios de posición social, esfuerzos escolares, tareas intelectuales, etc. Las antiguas descripciones abonan este modo de pensar, en cuanto se refiere a la falta de antecedentes individuales, y es destacada por Esquirol, Morel, Christian, etc. Eventualmente, jugarían su papel desencadenante las infecciones: puerperalidad, fiebre tifoidea, gripe, etc. Coincidiendo en las opiniones de Regis acerca de las demencias post-confusionales tóxicas. Estos cuadros corresponderían a una demencia sin eufemismos, aunque unos aspectos del psiquismo fueran más gravemente atacados que otros.

Por oposición, la esquizofrenia nace de una constitución previa esquizoide, caracterizada por una tendencia a la disociación mental, unas veces simplemente esbozada como anomalía de carácter y otras acentuada hasta lo francamente patológico. Los determinantes de la afección serían aquí, traumas psíquicos sobrevenidos en el curso de la vida y representados por complejos a la manera freudiana. Los métodos pre-

(1) M. Dide y P. Guiraud. — *Psiquiatría del Médico Práctico*, 1922.

(2) Henri Claude. — *Cong. de Medec. alienist., etc.*, agosto, 1926. *Rapport de Psychiatrie. D. P. et eschizofrenie.*

conizados por el autor, la eterización, la hipnosis, serían capaces de poner en relieve la existencia de estas causas de shock afectivo, en tanto que el fracaso sería rotundo en presencia de un verdadero demente precoz. El autismo, a la manera de autismo rico, como lo designa Minkowsky, llevaría voluntariamente al paciente a un mundo extraño de fantasías compensatorias, con aislamiento de más en más del medio ambiente.

Esta afección carece de substratum anatómico, es sólo un estado funcional derivado de las tendencias constitucionales, accesible a los métodos de reeducación y readaptación a la vida normal. La demencia, sin embargo, puede sobrevenir si el estado psicótico se prolonga.

El autor designa esquizosis a todos los grados de esta particular afección e introduce un término nuevo entre la esquizotimia, esquizoide y esquizofrenia, la esquizomanía, que separa a las dos últimas y que representa el estado singular de un esquizoide que ha cesado de realizar esfuerzos de adaptación al ambiente, cobrando una apariencia inerte, inafectiva y ausente, en tanto se conserva íntegramente su inteligencia. Bajo el juego de complejos afectivos, viviría en un mundo imaginario y fantástico, determinante de su profunda interiorización. Es un estado que marca una etapa en la desintegración esquizofrénica, la de la conformidad del sujeto a su desagregación. Entre ésta y la esquizofrenia hay sólo un paso.

Los matices esquizofrénicos son tales que su delimitación precisa una penetración psicológica capaz de consternar a los clínicos más sagaces. Ya no basta tener experiencia y contacto habitual con los alienados, es necesario entrar en cada uno de ellos y con el instrumento normal de nuestras ideas y nuestros sentimientos, conocer y medir las sutiles diferencias de grado en el dislocado pensar, sentir y querer de los enfermos más extravagantes.

Minkowsky, asumiendo la defensa de Bleuler, ante los ataques de los psiquiatras franceses, se empeña, en su obra, en demostrar que jamás Bleuler atribuyó un origen psicogenético a la enfermedad esquizofrénica. Lo más, admitió, bajo la influencia de Freud, y más particularmente de Yung, que alguno de los síntomas frondosos y aparentes, que son tenidos por él como secundarios, reconocían este origen. La predisposición autista favorecería el desarrollo de estas fantasías íntimas cuyo nexo con traumas psico-afectivos podía ser demostrado, sin que esto influyera en el porvenir real del enfermo. La esquizofrenia, según Bleuler "es una afección fisiógena, es decir, a base orgánica, pero posee una gran superestructura psicógena" (Pág. 15, Rapport de Psychiatrie. — Congreso de París, 1926).

Con la nueva concepción de Claude, un grupo, verosíblemente el más numeroso de las esquizofrenias, pasa a ser esencialmente psicógeno. El autismo se transforma en el "pivot" alrededor del cual gira toda la afección, y de hecho la esquizofrenia queda dividida, creándose, por milagro de los términos, una nueva enfermedad, distinta de la que el propio autor quiso, y cuyo origen hay que buscarlo en las imprevistas derivaciones conceptuales.

La esquizofrenia era ya demasiado grande, no podía soportar su propio peso, y al partirse lo hace por el punto débil donde la conjunción era artificial. A un lado queda la verdad clínica de la vieja Demencia Precoz, y, al otro, el fárrago literario que comprende afecciones diversas, clasificables o no, sin más unidad que la que le presta una constitución sin identidad real.

E. Toulouse y Mignard (1), en 1911, se habían ocupado de un trastorno común a la mayor parte de las psicopatías. La perturbación de la autoconducción. Los autores sostenían que la psiquiatría atribuyó a la disociación mental el origen de todos los síntomas: alucinaciones, impulsiones, delirios, agitación, etc., como si estas perturbaciones se pudieran explicar por un automatismo que liberara elementos psíquicos aislados y substraídos a la acción de la síntesis mental. A juicio de estos autores, ninguno de estos fenómenos deja de pertenecer a la unidad consciente del sujeto. El trastorno reside en una alteración total de la autodirección del psiquismo. Ordinariamente la actividad mental subordina una serie de automatismos neurológicos en un equilibrio de influencias reciprocas, los que pueden predominar ante la pérdida de la dirección psíquica y merced a factores diversos de enfermedad.

Todas las afecciones mentales se resentirían de una pérdida de la dirección que, en un grado diverso de forma o intensidad, daría lugar a variados síntomas, en lo que el sujeto, por así decir, no deja de ser íntegramente solidario en un disloque total de su autoconducción.

Mignard (2) llama ahora autoconducción a la función normal de dirección, y subducción mental a la pérdida de la dirección del complejo psico-orgánico que acarrea el desequilibrio y la preeminencia de los automatismos neurológicos.

Las investigaciones hechas por Toulouse y Mignard, en la Demencia Precoz, con un método que esencialmente consistía en la repetición de las mismas preguntas aprovechando la variación de la atención de los pacientes, les llevaron a comprobar que (Pág. 72), "para un mismo su-

(1) *L. Toulouse et M. Mignard.* — *Revue de Psychiatrie.* Juillet, 1911. *Les maladies mentales et l'autoconduction.*

(2) *Maurice Mignard.* — *L'unité Psychiatrique et les troubles mentaux.* Paris, 1928.

jeto las respuestas eran variables, según el estado de la atención. Estas variaciones, sistemáticamente investigadas, muestran que estos enfermos, bajo su incoherencia y malgrado las respuestas absurdas, guardaban posibilidades superiores a esas que se les podía atribuir. No solamente las grandes funciones mentales: memoria, imaginación, juicio, razonamiento, eran conservadas, sino que muchas nociones adquiridas, aparentemente desaparecidas, manifestaban por instantes su persistencia".

"Nosotros somos convencidos de la existencia de una función de dirección, de aplicación del pensamiento, a la cual le hemos dado el nombre de autoconducción, y que se le podría llamar también autoconducción mental. Esta función consiste en la dirección y aplicación personales, conscientes y voluntarias, del pensamiento a su objeto. Sus perturbaciones engendraron los desórdenes del espíritu. El aspecto demencial era producido, en los casos estudiados, por una perturbación profunda de la autoconducción, que no permitía más al pensamiento aplicarse a su objeto natural".

Tales conceptos insinúan un trastorno básico de la demencia precoz, que, prescindiendo de la idea de su generalización a otras psicosis, estaba destinado a una amplia aceptación. En años siguientes, Gruhle, Kronfeld, Schneider, etc., iban a dar opiniones con numerosos puntos de contacto respecto del trastorno fundamental de la esquizofrenia.

Es interesante destacar el contraste entre las ideas de Mignard y Minkowsky. Mientras para el primero las fallas esquizofrénicas parecen depender de un trastorno superior de dirección, para el segundo, la falta de dirección y armonía nacen de las fuentes instintivas de la vida, y tratan de suplirse con el intelecto y la lógica pura. Viendo ambos el mismo defecto en la coordinación de la actividad del individuo, apragmatismo y desorientación.

La esencia del trastorno de la esquizofrenia ha sido universalmente reconocida, usándose las más variadas expresiones para designarlo y ligando ese estado a la presunta causa de la destrucción de la personalidad psíquica. Es el hecho, que aun los que, como Kraepelin, se valieron de la expresión demencia, quisieron sugerir la existencia de un desorden en la utilización, dirección y provecho de los materiales psíquicos disponibles. El trastorno no es atribuido a determinada función, sino globalmente al psiquismo que trasunta en un cambio total de la personalidad, advertido en los comienzos, aun por el mismo paciente, y cuyas consecuencias inmediatas son la desadaptación por incapacidad o insuficiencia del propio gobierno. Reiteradamente se ha comparado a una máquina o conjunto intacto, pero incapacitado de funcionar en el sentido de su destino; motor sin combustible (Chaslin); orquesta sin jefe (Kraepelin); libro privado de encuadernación, las páginas mezcladas (An-

glade). Puede decirse que la falla de una función esencialmente rectora, es causa bastante y suficiente para la determinación de este estado caótico, similar a la anarquía de las partes íntegras de un todo sin comando.

Tomamos de Engelson (1), los siguientes intentos de definición, realizados en el curso del tiempo, que denotan una singular coincidencia en la apreciación del trastorno substancial de la personalidad esquizofrénica, pero se separan en cuanto al factor psíquico principal de esa determinación:

"Insuficiencia de la atención" (Tschisch, Masselon, Weygandt, etc.). "Debilitamiento del consciente" (Freudenberg Schüle), "Baja de la energía del consciente" (Lehmann), "Descenso del nivel mental" (Madeleine, Pelletier, Janet), "Ataxia intrapsíquica" (Stransky), "Estrechamiento del consciente" (Ragnar, Vogt), "Vacío de la intencionalidad" (Loewy), "Destrucción del consciente con emancipación de las vías asociativas anexas" (Otto, Gross), "Relajamiento general de las asociaciones, con dislocación final de la personalidad" (Bleuler), "Lesiones de la simpatía y del Self-feeling" (Constanza Pascal), "Perturbaciones de la coordinación, bajo forma de perturbación paralógica de la activación" (Kleist), "Insuficiencia de la actividad psíquica" (Berze), "Discordancia" (Chaslin)". Hay que añadir el antiguo concepto de Minkowsky: "demencia pragmática", y luego "la pérdida de contacto vital con la realidad"; "la desarmonía intrapsíquica, de Urstein; "la atimormia juvenil" de Dide y Guiraud; "la tendencia a la automatización y fijación de los complejos" de Yung; "la pérdida de la autoducción" de Mignard; "disminución de la tensión del arco intencional" de Beringer; "Perturbación de la ejecución de los actos psíquicos" de Carl Schneider; "alteración cualitativa de la intencionalidad" de Kronfeld; "sensación de transformación de la personalidad", de Mauz, etc.

Esta larga lista, a la que podía agregarse, sin duda, mucho más, demuestra el esfuerzo incesante por llegar a establecer un síntoma capital, irreductible, del cual deriven los otros, tarea que se vuelve harto difícil si se tiene presente el poliformismo de la afección, la variable extensión de los cuadros clínicos, aquello que es fundamental e inicial de la psicosis y aquello que corresponde a la mera adaptación del psicótico al medio ambiente, los llamados síntomas reaccionales psicógenos, y aún los que derivan de las combinaciones de la psicosis.

Mira y López (1), en su "Manual de Psiquiatría", distingue, siguiendo las ideas de los distintos autores, cuatro categorías de esquizo-

(1) M. Engelson. — Evolution et structure de la Schizofrenie. Lausana, 1934, página 7.

(2) E. Mira y López. — Manual de Psiquiatría. 1935.

frenias: procesales, sintomáticas, reactivas y mixtas, independientemente de la forma clínica con que se presenten.

El primer grupo comprende la forma genuina de la enfermedad, y puede asignarse a la vieja Demencia Precoz; los del segundo serían consecutivos a una alteración encefálica de origen exógeno; el tercero abarca las esquizofrenias de origen y desarrollo esencialmente psicógeno; y, el cuarto, las distintas combinaciones de las esquizofrenias, entre sí, procesales y reactivas, o con otras afecciones (manía, melancolía), o injertadas (con oligofrenias), etc.

Dentro de este vasto campo esquizofrénico, parece difícil encontrar un signo básico y común, a menos que la investigación se dirija a un solo grupo homogéneo, en el caso la esquizofrenia genuina, aceptando implícitamente que las demás formas a parecido o semejanza de la misma, responden al hecho de que "los síntomas esquizofrénicos constituyen formas generales de reacción con los cuales el encéfalo puede responder a muy diversas causas morbosas" (Bumke, Pág. 898).

Berze (1) propuso la investigación de los síntomas entre: 1.º) las esquizofrenias procesales activas; 2.º) las esquizofrenias procesales inactivas; 3.º) las esquizofrenias reactivas; 4.º) las esquizofrenias complicadas. Intento que parcialmente ha seguido Mauz, según Lafora, dentro de las directivas tipológicas de Kretschmer. Mauz considera que los atributos de una esquizofrenia procesal, son: 1.º) "La actualidad de la enfermedad. La enfermedad está todavía trabajando: "En marcha" (Berze; 2.º) el carácter orgánico-físico de la enfermedad; 3.º) la tendencia destructiva progresiva. Ella da al curso del proceso el carácter esquizofrénico específico, determinando el rumbo hacia la destrucción esquizofrénica". Este proceso puede evolucionar en forma catastrófica (esquizocárica), o por brotes esquizofrénicos, pero, en todo caso, posee signos distintivos que permiten delimitar el proceso, es decir, la forma genuina de toda otra esquizofrenia.

El autor dice (Pág. 34): "Según nuestras observaciones, hay algo que es específico de la esquizofrenia proceso: la vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva; como al apereibir de una amenaza (Hinrichsen) del *yo* y su unidad; como "sensación de pérdida", de decadencia de la individualidad" (Wernicke). "La vivencia de insuficiencia" (Berze) del "palidecer de la propia actividad y la falta absoluta de la conciencia de actividad" (Kronfeld); la concienciación (Bewusstheit) de la variación, de un peligro que se cierne, y, a consecuencia de todo esto, el estado de ánimo intranquilo, de incertidumbre y espanto, la confusión y perplejidad, el sentimiento angustioso e inquietante de la

(1) Friedrich Mauz. — El pronóstico de las psicosis endógenas. (Prólogo de Gonzalo Lafora). Madrid, 1931.

conmoción y anulación psíquica (el estado de ánimo esquizofrénico, Berze y Gruhle)".

"A nuestro juicio, debe insistirse tanto, por lo menos, sobre la vivencia, la concienciación, el apercibimiento de la transformación misma, pues el hecho de la concienciación y la conmoción nos da, precisamente, la impresión de un proceso actual activo". Más adelante, añade, como síntomas aislados de un proceso actual: El robo del pensamiento; los pensamientos, actos voluntarios e impulsos fabricados; la extrañeza de la realidad o del mundo de la percepción; la sensación de influenciabilidad; la alteración esquizofrénica del pensamiento.

Para otros autores, como Engelson (citado), las características de la esquizofrenia deben ser buscadas en las perturbaciones globales de la personalidad, abandonando las tentativas de agrupar bajo un solo signo capital su variada sintomatología. Engelson, considera la afección dinámicamente evolucionando entre dos polos: "La despersonalización y el autismo, punto de partida y de llegada constantes, que justifican la entidad" (Pág. 7). El autismo, en el concepto actual de la psicología alemana, es decir, como una fijación definitiva e irreversible de la introversión, no debe buscarse sino como signo terminal. Distingue en la marcha de este proceso, cuatro etapas: a) un período de comienzo con sintomatología primaria orgánica "psicológicamente inasible e irreducible a los elementos conocidos"; b) un período de estado en que se suman síntomas secundarios y consecuencia de la actuación de la nueva personalidad en el ambiente; c) período preterminal con síntomas defectuales o secundarios que determinan un "estado patológico constituido, principalmente por perturbaciones definitivamente fijadas, poco variables, no reconociendo más oposición activa de parte de los vestigios de la personalidad sana más o menos en equilibrio con ella" (Comparable a la esquizomanía de Claude); d) período terminal dado por la acentuación de los síntomas anteriores, cuando no ha habido remisión, y que (Pág. 16), "consiste en la demencia esquizofrénica, propiamente dicha, sobre la base de secuelas irreversibles. La inactividad y la inercia del proceso son absolutas". El estado esquizofrénico fundamental tiene por eje la despersonalización, perturbación profunda de la totalidad del yo, que se expresa por el debilitamiento del sentido consciente de actividad, el estado de insuficiencia, la substracción del pensamiento, la auto observación, las perturbaciones del sentimiento del yo, y las perturbaciones de los afectos.

Las ideas de Minkowsky, Janet, Kronfeld, Schneider, Stransky, Berze, etc., tienen aquí su desarrollo para explicar los hechos, no como síntomas cardinales irreductibles, sino por su concurrencia en la determi-

nación del disloque global de la personalidad, que acarrea, en suma, la despersonalización.

Gruhle (1), reconoce en la esquizofrenia como síntomas primitivos: las alucinaciones sensoriales; las ideas delirantes; los trastornos de la mente; los trastornos del humor fundamental (Trastornos del *yo*) y del impulso.

Las alucinaciones no tienen valor patognomónico, y aun cuando juegan su rol de signo primario, son menos frecuentes de lo que se cree, pues muchas veces se dan por existentes, ante afirmaciones de los pacientes, que sólo representan el juego de su viva fantasía. En cuanto a las ideas delirantes, Gruhle, destaca un signo de singular valor. El carácter de la idea delirante primitiva del esquizofrénico, que conservando bien su percepción (Pág. 127): "no deduce de circunstancias y hechos, sino que sabe las cosas de un modo primitivo, y de aquí resulta, a menudo, el modo de ser altanero y lleno de superioridad de estos enfermos, que están convencidos de que ven mejor que las demás personas lo que se esconde detrás de las cosas. Para el sujeto sano, la idea delirante primitiva es siempre incomprensible". Estas ideas delirantes, no tienen derivación alguna, la simple percepción de un objeto o una sensación sugieren una idea, que no guarda relación específica con el antecedente. Un enfermo, K., que tuvo oportunidad de tratar, creyó de golpe, observando el trabajo de una hormiga, que Dios quería revelarle, por este medio, su poder y transmitírselo para modificar el mundo.

El trastorno mental se caracteriza por la conservación, aún después de mucho tiempo de enfermedad, de las funciones psíquicas elementales, que temporariamente no funcionan, principalmente para el autor, por un trastorno de la iniciativa.

El humor fundamental aparenta un estado de indiferencia, que, en realidad, es para el mundo circundante, pero acusan con frecuencia una sensibilidad exagerada con motivaciones íntimas que trasuntan en cambios inusitados e incomprensibles de actitud, excitación, estupor, impulsos, estereotipias, etc. Aquí, la enfermedad deja siempre una reliquia, que se advierte aún en los sujetos socialmente curados, y se manifiesta en una pérdida de la iniciativa, de la productividad, y una tendencia confusa a lo desacostumbrado, a lo extravagante, tortuoso, y poco natural.

Para Berze (2), el signo capital primario o irreductible, del cual derivan los demás trastornos esquizofrénicos, es la hipotonía de la conciencia, traducida por una insuficiencia de la actividad psíquica. Gruhle

(1) H. W. Gruhle. — Esquizofrenia. Tomo 3.º del Tratado de Clínica completa, de J. y F. Klemperer, Barcelona, 1935.

(2) Berze-Gruhle. — Psychologie der Schizophrenie. Springer. Berlin, 1929.

habla de la perturbación del *acto psíquico*, y especifica (Pág. 92): "El síntoma esquizofrénico del pensamiento hecho o fabricado o del robo del pensamiento, es prevalentemente una alteración del *yo* volitivo... y también los pensamientos robados pertenecen a esto; también en ello se trata de una parálisis del *yo* (Bürger), pero el trastorno no se refiere sólo al pensar sino a casi todas las funciones psíquicas".

Karl Schneider (1), habla de un trastorno primitivo de la ejecución de los actos psíquicos, y Kronfeld (2), de una alteración cualitativa de la intencionalidad del *yo*. El primero compara la sintomatología esquizofrénica con la psicología del sueño y de los estados de intensa fatiga, y el segundo, ve, como Mauz, ligada al trastorno de la intencionalidad, la vivencia de una amenaza contra la existencia. Ambos, igual que Mignard, advierten en los trastornos esquizofrénicos la unidad consciente del individuo. Dice Schneider (Pág. 109): "que no está alterada una categoría de actos, sino la existencia total de la conciencia de los esquizofrénicos, que es otra que la de los normales", y Kronfeld (Pág. 285), "En este plano es immanentemente esencial que la modificación primaria demostrada por nosotros se manifiesta como modificación del ser "yo mismo" (*selbstheit*, mismidad), y de su encuentro con el mundo en su totalidad. Y esto en todas las realizaciones (*Volzug*: expresión de que la realización de la experiencia inmediata es "una", y que permanece "una" también cuando alterada), ya sean de percepción, afectividad, pensamiento, voluntad y acción. La intencionalidad como tal está trastornada, y esto en sus materiales y la adecuación de estos materiales a la prensión formativa intencional adecuada". Lo que equivale a coincidir con Mignard en que la conducta esquizofrénica no es la expresión de automatismos psíquicos liberados de la síntesis consciente del sujeto, sino una reacción total y unitaria de la conciencia alterada.

Krapf (3) señala que Berze, Schneider y Kronfeld, los tres investigadores con puntos de partida distintos y metódica distinta, llegaron a conclusiones semejantes.

H. Delgado (4), encuentra una equivalencia entre los trastornos básicos designados por Berze: insuficiencia de la actividad psíquica, Gruhle: perturbación del *acto psíquico*; Kronfeld: falta de actividad propia o alteración cualitativa de la intencionalidad del *yo*; Beringer: mengua de la tensión del arco intencional; Schneider: perturbación general

(1) K. Schneider. — Die Psychologie des Schizophrenen. Leipzig, 1930.

(2) Arthur Kronfeld. — Perspektiven der Schenheilkunde. Leipzig, 1930.

(3) E. Krapf. — Nueva bibliografía sobre esquizofrenia, Münch med. 1932.

(4) Honorio Delgado, de Lima. — Relato oficial. Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico, Santiago de Chile, 1937. Psicopatología y delimitación de la esquizofrenia.

de la ejecución, y añade el autor citado (Pág. 422): "La concepción tipo Berze-Gruhle-Schneider-Berlinger-Kronfeld, ha demostrado su eficacia en las investigaciones de Zucker y Herbert, acerca de los cambios en el aspecto funcional o formal del pensamiento esquizofrénico. Estos investigadores han puesto de manifiesto que tanto las tendencias, cuyo objeto de intención es el material, como el que tiene por objeto el propio *yo*, fracasan en su orientación hacia el fin, hacia la labor de selección y logro, dejando vacíos que permanecen como tales o se llenan con materiales adventicios o espúreos"; y, más adelante, agrega: "El desorden del acto, es decir, el desorden de la función del "como" es lo esencial de la esquizofrenia". Substancialmente, puede decirse que éstas eran las ideas de Toulouse y Mignard cuando expresaron que el trastorno de la autoconducción "no permitían más al pensamiento aplicarse a su objeto natural".

Por nuestra parte creemos que tal coincidencia de opiniones puede referirse, sin desmedro, a las fallas de la voluntariedad en el esquizofrénico, entendiendo que el más modesto acto psíquico supone la intervención compleja de todas las esferas, pero que hay una naturaleza de hechos psíquicos que por su especificidad de acción y dirección caen en el dominio prevalente de lo voluntario en el sentido de querer, orientar, realizar o inhibir, y cuyas acciones se desenvuelven desde la oscura tendencia hasta la objetivación precisa y definida de las decisiones conscientes.

Estos trastornos son claramente comprensibles en su origen si se acepta que la falla de unidad y dirección radica en la actividad volitiva, la cual puede ser herida indistintamente en las fases finales de decisión y ejecución o en las iniciales de las tendencias y fijación de objetivos pragmáticos. En cada caso, el trastorno surge con apariencias distintas. Si es al final, cobra un aspecto consciente, comprendido por el paciente y experimentado como incapacidad de la propia actividad, indeterminación y falta de plenitud de los actos. Si la interrupción de este arco volitivo es al comienzo, aparenta una deficiencia instintivo-afectiva. Cuando el trastorno afecta los tramos iniciales del arco volitivo, el vacío y la falta de finalidad y fijación de propósitos desconectan al sujeto del mundo circundante, las vivencias normales se reemplazan por otras parásitas y el sujeto pierde la conciencia de su estado real.

En cada etapa del proceso, desde este punto de vista, puede apreciarse la mayor o menor profundidad del trastorno, midiéndolo por el punto en que es interceptada la actividad volitiva, considerada desde que el sujeto tiende a un fin hasta su propia ejecución. Todas las hipótesis tienen explicación, juzgados los hechos desde este ángulo: La pérdida del impulso vital, la demencia afectiva, el aflojamiento de las asociaciones, son meros aspectos instintivos-afectivos, intelectuales, de una única causa defectiva, la actividad voluntaria, irreducible a otro proceso

psíquico y alcanzada en cualquiera de los tramos de impulsión, elaboración o decisión.

La clínica, como se verá, responde con hechos a este modo de ver, las perturbaciones específicamente volitivas, están presentes en todas las etapas y en todas las formas clínicas de la Demencia Precoz, y ahí, donde los signos que se han dado como fundamentales, como la disgregación del pensamiento, no se pueden comprobar.

El trastorno volitivo, marca, asimismo, el verdadero comienzo de la afección, cualquiera sea su variada apariencia sintomática, y es el residuo positivo de todas las remisiones sociales y aparentes curaciones, bajo la forma de deficiencia de la iniciativa y progresión en el sentido de los fines útiles y de perfeccionamiento, a pesar de hallarse intactos los materiales intelectuales. Constituye, en esencia, la sintomatología del llamado defecto esquizofrénico.

La mayor parte de los autores últimamente citados, conservan, desde Bleuler, la vastedad clínica de los cuadros esquizofrénicos. Algunos, como Gruhle, no establecen diferencias formales entre las formas típicas de Demencia Precoz y las diferentes esquizofrenias tardías y reaccionales, considerando, incluso, un fracaso (pág. 136) "el ensayo que hizo Kraepelin de separar de la esquizofrenia un grupo de afecciones delirantes peculiares, al que denominó parafrénias".

Lange (1), aunque hace distinciones expresivas entre esquizofrénicos y parafrénicos, en lo relativo a sus síntomas, sólo acepta estos últimos como una variedad especial de esquizofrénicos por su constitucionalidad (herencia circular), que los hace más resistentes, razón por la que contraen más tarde la afección.

Haymann y Stern (2), especifican bien las dificultades de una delimitación de la forma paranoide, que ha suscitado y suscita vivas discusiones; pero, tienden a caracterizar la parafrénia, en la que implícitamente incluyen la mayoría de los síndromes paranoides.

El reconocimiento de una esquizofrenia procesal o genuina, similar en todo a la clásica Demencia Precoz, distinta en su presunta etiología, patogenia y recursos terapéuticos, a las formas sintomáticas y reactivas, parecen conducir hacia el núcleo básico de donde se partió.

La esquizofrenia de Bleuler quiso ser en todo la Demencia Precoz de Kraepelin, corrigiendo sus defectos; pero, a medida que este último la reducía, el primero la ampliaba, resultando al final una manifiesta falta de equivalencia. La extensión desmesurada que Kraepelin dió a sus cuadros, merced a un criterio erróneo de evolución común, fué rectificada. Otro tanto, a nuestro juicio, debe ocurrir con la actual esquizofre-

(1) *Johannes Lange*. — *Psiquiatría*, 4.ª Edición, Servet, 1942.

(2) *Herman Hayman y Erich Stern*. — *Diagnóstico diferencial de psiquiatría*, traducido, 1933, por Vallejo Nágera.

nia, extendida ahora en virtud de una sintomatología básica equivocada; de la consideración exagerada de los factores psicógenos; por similitud y semejanza, y por la intervención de un concepto constitucionalista, que aproxima casos dispersos con la comprobación de remotas tendencias al autismo o escisión, y que, en suma, sólo se deducen de la falta de "affektiven rapport" con los alienados.

En efecto, este sólo síntoma y la incoherencia o falta de lógica, ciñe la mayor parte de las formas tardías y reactivas al núcleo real de la esquizofrenia procesal. Esta heterogeneidad, y no el diagnóstico polidimensional (Caracterología, ambiente, disposición familiar, personalidad pre-psicótica, etc.), llevan a esa extraordinaria irregularidad pronóstica, una vez que se ha diagnosticado esquizofrenia.

La práctica diaria, cada vez más nos convence que la Demencia Precoz o la esquizofrenia genuina, como se quiera llamarla, no necesita antecedentes individuales caracterológicos para su realización; sobreviene fundamentalmente en la edad juvenil y los caracteres individuales (temperamento, cultura y acontecimientos), matizan el cuadro en forma intrascendente, como los vestigios del pasado de un paralítico general pueden hacerlo en la misma demencia. La investigación esmerada de sutiles inclinaciones individuales, acontecimientos y fricciones con el medio, no reportan ni un verdadero recurso terapéutico, ni un mejor conocimiento de la enfermedad, que en forma aguda o crónica, continuada o por brotes, va hacia una decadencia sui géneris. Que no es demencia en tanto no afecta la memoria y la integridad elemental de los componentes psíquicos, pero que implica déficit definitivos en el potencial productivo de un sujeto, aunque le sea posible la convivencia social.

Los cuadros con *apariencia* esquizofrénica, son los que pueden tener otro curso y otra probabilidad y ser tributarios de cualquier recurso psicoterápico. A muchos de ellos, puede referirse con provecho la existencia de una constitución; generalmente mitómana o histeroide. La mayor parte de los delirios paranoides tardíos y parafrenias que engrosan la esquizofrenia, tienen una diferenciación simple, toda vez que los puntos de contacto son los que pueden existir entre todos los síndromes. Las catatonías tardías deben ser asignadas a ese síndrome, esparcido por la psiquiatría en afecciones de causas diversas, y no ser comprendidas en la Demencia Precoz o esquizofrenia.

Mantenemos el criterio de que la Demencia Precoz o esquizofrenia, si esto quiere decir lo mismo, es ante todo y con raras excepciones, una psicosis juvenil a cuya condición está subordinada sintomática y tal vez etiológicamente. Las demás afecciones, afectando algunos aspectos esquizofrénicos, y comprendidas bajo el mismo rubro, merecen reintegrarse a los capítulos de donde fueron extraídas a falta de un conocimiento mejor.

LA DEMENCIA PRECOZ O PSICOSIS ESQUIZOFRENICA

Como muchas entidades psiquiátricas, sujetas a permanente revisión, la esquizofrenia se levanta sobre la exclusiva base de sus síntomas. La etiología, la patogenia y la anatomía son desconocidas en su esencia, malgrado las múltiples observaciones e hipótesis formuladas. El estado actual de la cuestión sólo permite decir con Bumke (pág. 898), que: "es una destrucción de la personalidad psíquica que tiene lugar sin causa conocida en los años juveniles".

COMIENZO DE LA AFECCION: EDAD Y SEXO

Para la mayoría de los autores, y desde las primeras observaciones, la esquizofrenia se desarrolla habitualmente entre los quince y los veinte años. Kahlbaum, aceptaba que sus casos de hebefrenia, iniciaban desde los dieciséis a los veinte años. Excepcionalmente, Kraepelin cita observaciones de desarrollo hebefrénico antes de los doce años, pero el concepto de demencia precocísima o demencia precoz pre-puberal es impuesto por S. de Sanctis (1), en 1905, en cuya época se refiere por primera vez a enfermos de once a trece años, y aún menos, que por su sintomatología y evolución son diferenciables de todas las formas de frenas-tenias conocidas y asimilables, en cambio, a la Demencia Precoz, proponiendo que se le designe con el nombre de demencia precocísima.

Al año siguiente, 1906, contribuye al enriquecimiento nosográfico de este tema con la descripción de casos típicos de seis y ocho años de edad, a la que siguen otras observaciones de diferentes autores, que consagran la identidad de la afección en la infancia, describiendo casos hasta de tres años.

Lanfranco Ciampi, en su tesis: "La Demenza Precocissima", reúne cincuenta casos de toda la literatura conocida hasta 1919, algunos inciertos, y proclama la existencia indiscutible de esta psicosis en la infancia, reconociendo su extraordinaria rareza.

Por lo que se refiere al máximo de la edad y el porcentual en la iniciación de la psicosis, las opiniones de los autores varían entre límites muy extensos.

(1) Ch. Atti del V Cong. internaz. de Psicol. Roma, 1905.

FORMAS DE COMIENZO DE LA ENFERMEDAD

El poliformismo que caracteriza a la afección, considerada en sus cuatro variedades clínicas, se hace también presente en las formas de comienzo. La enfermedad puede instalarse lenta e insidiosamente, o bien con extraordinaria brusquedad después de un brevísimo cuadro prodrómico. Es creencia de Bumke que estos cuadros tempestuosos son la expresión de la rebeldía del enfermo contra los síntomas de la enfermedad que "se le viene encima" (pág. 948).

La iniciación de la Demencia Precoz puede afectar la forma de la mayor parte de los síndromes psiquiátricos: excitación, confusión, depresión, delirio; y aún simples cuadros neuróticos: neurastenia, psiquiastenia, histeria; o bien, ofrecer aspecto particulares que no encajan en los cuadros conocidos. Como se verá más adelante, el fenómeno común, dentro de esta variedad, es el cambio de carácter.

El grado intelectual de los pacientes antes del desarrollo psicótico, es, asimismo, variado, encontrándose con frecuencia casos de manifiesta debilidad mental, para los cuales Regis hallaba más fácil la realización de la Demencia Precoz, al lado de otros en que las aptitudes intelectuales son brillantes o simplemente normales.

Conocidas son las discrepancias acerca del carácter previo del sujeto. Los constitucionalistas ven, la mayor parte de las veces, las características esquizoides, cuya simple acentuación marca el comienzo de la enfermedad. Tales hechos no fueron observados antiguamente, y la vieja literatura destaca, insistente y tenazmente, el carácter sorpresivo de la afección, que hiere un organismo sano en apariencia, no predispuesto psíquicamente, constituyendo uno de los factores desconcertantes de la enfermedad. Este criterio es hoy sostenido por gran cantidad de autores, cuya opinión compartimos. M. G. Heuyer y Mlle. Serin (1), después de expresar que entre los casos que sirvieron a su trabajo sobre el comienzo de la demencia precoz, no encontraron uno solo dicho esquizoide, manifiestan (pág. 108): "La esquizofrenia, si se quiere designar con este término a la Demencia Precoz, es aparecida como una enfermedad nueva que ha golpeado un cerebro más o menos tarado hereditaria-

(1) *Ann. Méd. Psychologiques*, 1930. Les Troubles du caractère au début de la démence précoce.

nte, algunas veces en apariencia absolutamente sano, y que ha determinado manifestaciones de carácter totalmente diferentes de aquellas que son habituales a la personalidad anterior del sujeto".

Los comienzos, según las variedades neuróticas, naturalmente son acompañados de una gran lucidez, y se caracterizan por la instalación lenta de la afección. Los signos del período de estado no se hacen presentes o están profundamente disimulados. Para Dide y Guiraud, que han considerado detalladamente estas formas, existe la predominancia de alguno de los síntomas fundamentales, que es preciso despistar hábilmente, para no confundir estos cuadros con las afecciones que simulan. La psiquiastenia es, de entre ellas, la que más se presta a errores diagnósticos, y a su propósito señalan los autores citados el hecho de que (pág. 171); "si se lee con cuidado el trabajo fundamental de Janet, se verá que muchas observaciones de psiquiastenia pertenecen a la Dementia Precoz".

La histeria ha sido objeto de un trabajo especial de Claude (1) en sus relaciones con la esquizofrenia, y el autor encuentra (pág. 242), que la histeria y la esquizofrenia presentan caracteres emparentados, y que las dos afecciones sean definitivamente confundidas, y su carácter de analogía consiste en el fenómeno de disociación, pérdida incompleta en el contacto con el mundo exterior y variaciones en la intensidad del autismo, que puede tomar una parte principal en la esquizofrenia, y estar en el segundo plano en la histeria".

Cualquiera sea la forma que a su debut aparente la esquizofrenia, el hecho, a nuestro juicio, trasciende con una constancia que en el fondo vincula todos estos cuadros en apariencia dispares, y con tanto más claridad cuanto más lucidez tenga el enfermo: la insuficiencia de la actividad voluntaria.

El psiquiasténico verdadero, angustiado y luchando contra sus estados obsesivos, fobias e impulsos, no solamente domina su conducta en lo fundamental de su rol social, sino que, su juicio crítico, exaltado, se pone al servicio de su voluntad, energéticamente potente, aunque abrumada y entorpecida por la intensidad y violencia de las emociones. En el esquizofrénico, las cosas ocurren desde el comienzo, como si la crítica, todavía indemne, descubriera la característica anormal de las vivencias atológicas. Cuando se queja, los hechos desfilan con escaso colorido afectivo, el sujeto se limita a relatarlos, poco o nada espera de la ayuda del interlocutor; la misma entrevista solicitada por él parece falta de finalidad, y sobre todo la voluntad de cambiar este estado de cosas, está ausente. Sus deseos parecen simple expresión verbal, teórica, de lo que

(1) H. Claude. — "Rapport de l'histerie avec la Schizofrenie". *Annales Méd. Psychologiques*, N.º 2, julio 1937.

debe ser y es comprendido por la inteligencia, separadamente, como si la continuidad entre los móviles y la finalidad estuviera interrumpida. Cada hecho en sí es valorado, pero el sujeto nunca da una visión panorámica, sintética, del mal que le aqueja. Ya entonces, en lo social, su abandono es grande, las tareas son descuidadas o sencillamente abandonadas, no hay lucha, el cuadro no es de angustia, sino de abulia.

Afectivamente, el paciente sufre, pero su dolor no le da una dirección salvadora, como si los actos necesarios para salir del trance no tuvieran posible realización. No hay, tampoco, resignación; fallan los medios, la orientación. El conjunto da una impresión de frialdad, que enmascara el cuadro, pero cuyo fondo corresponde a una impotencia en el enlace, conducción y realización de las vivencias, que descansan normalmente en la vida volitiva.

Durante un año atendí un "neurasténico" que desembocó en una Demencia Precoz, hoy recluso en un sanatorio, desde hace tres años, aproximadamente. Enumeraba minuciosamente sus males, e incluso anotaba en papelitos, para no olvidar su cita. Sus quejas eran las habituales: digestiones difíciles, sensación de vacío en la cabeza, parestesias, insomnio, alternativas de caídas de cabello o cambios diversos, interpretados, a su modo, en el organismo, corazón, genitales, etc. No obstante, desde su iniciación, la enfermedad tenía un carácter sui géneris, en cada entrevista, hecha la exposición o una vez sometido a la revisión médica, como si hubiera cumplido su obligación con descargar eso, mostraba apremio por retirarse, sin poner interés ni en las palabras, ni en los medicamentos destinados a aliviar sus malestares. En su actitud no había esperanza ni decepción. Cada visita tenía algo de inconcluso, y era como si hubiera cumplido con un mandato; sin embargo, venía por su propia cuenta, a veces, con asiduidad abrumadora, otras, dejando largos intervalos, en los cuales no visitaba a otro médico, como es frecuente en los neurasténicos. Había fijado más el lugar que el médico mismo, y parecía incapaz de cambiar la dirección encontrada en su primer esfuerzo. Se sentía unas veces peor, otras mejor, pero su humor no cambiaba nunca; ni triste ni angustiado, monótonamente desagradado, y, sobre todo, perplejo, frente a problemas que, aunque consultaba, parecía querer resolver a propia cuenta. Más que las preocupaciones físicas, objetivadas por el paciente, trascendía de él una desoladora impotencia general, de la cual, sin embargo, no se quejaba. Parecía no saber bien lo que quería. Inteligente, culto y muy lúcido, no había cometido acto extravagante, ni había llamado la atención en su medio familiar o social, donde se le creía físicamente enfermo. Por entonces, ya había hecho abandono total de su trabajo y de gran parte de sus relaciones. Bruscamente un día se excitó, intentó golpear a sus familiares, y en forma incoherente

expuso una serie de ideas de carácter persecutorio, proyectadas particularmente contra la madre, donde se mezclaban confusamente temores de envenenamiento, acciones de influencia y reconvenciones por una supuesta tara hereditaria. En la actualidad, la psicosis se desenvuelve como una forma paranoide, por el predominio delirante, habiendo tenido alternativas del orden catatónico.

El psiquiatra advierte que el fondo común y chocante de estos comienzos radica, más que en la atipia de las neurosis, que en los síntomas banales se superponen a las formas corrientes, en el aspecto total de la personalidad, que impresiona por la indefinición de sus objetivos, la actitud de incertidumbre, de finalidad misma cuando trata al médico, y la desorientación que se refleja en su humor constante. Los deseos y tendencias existen, incluso son vehementes. Los pacientes razonan y razonan bien. La sucesión de actos que establecen la corriente flúida y armónica entre aquello que se quiere y la forma de obtenerlo, la aplicación pragmática del *yo* a su propósito, el acto volitivo, en esencia, es el que falla. No es la falta de "elan vital", la fuente instintiva, en este caso, ya que los sujetos son movidos por deseos y temores, sino la conducción desenvuelta y libre de quien tiene elementalmente representado el camino que debe seguir. Naturalmente que toda decisión entraña una raíz afectiva, pero no es necesario que ésta sea la afectada en el complejo mecanismo deliberativo; son sus funciones propias, intrínsecas, las que engranan malamente, dando en todos los sujetos lúcidos esa particular sensación de falta de plenitud en la acción a desarrollar: "incompletud", de los actos.

Otro tanto puede decirse de las formas en apariencia histéricas. Mientras los propósitos tienen una clara definición en los histéricos, a pesar de los tortuosos caminos escogidos para desarrollarlos, en los esquizofrénicos sorprende la ausencia de finalidad comprensible. La tendencia patética y declamatoria de ciertos hebefrénicos y catatónicos, puede prestarse a confusión, pero la teatralidad legítima corresponde a la histeria, que se resiente de falta de público apropiado; por esto mismo, el autismo a que se refiere Claude, como aspecto a veces común, tiene legitimidad en la esquizofrenia y carece de ella en la histeria.

Los casos en que la afección comienza, en apariencia súbitamente, con excitación o confusión, requieren más cautela, y frecuentemente es necesario esperar a la declinación de la crisis para poder diagnosticar con precisión.

Generalmente, ha mediado una sintomatología prodrómica de difícil obtención por la anamnesis, pero que de algún modo se ha revelado por cambio de carácter, síntoma capital, que, no obstante ser común a

la mayoría de las psicosis, adquiere relieves particulares en las psicosis esquizofrénicas.

En principio, la eclosión brusca de estos síndromes, sin causa aparente ni antecedente individual, en la edad juvenil, debe prevenir contra la posibilidad de una Demencia Precoz.

La excitación esquizofrénica, tiene, no obstante lo anteriormente dicho, caracteres que le son propios, y que desde el principio llaman la atención. Como acceso maniaco es impuro, se acompaña, las más de las veces, de ideas delirantes, de alucinaciones, que en la manía distan de ser regla; la actividad motriz, la asociación rápida y difluente, las consonancias, la verborrea, pueden ser iguales, pero el enfermo realiza más con los materiales internos que con los excitantes externos; en su humor predomina la irritabilidad y la agresividad, no la euforia, y la suficiencia protectora y triunfante del maniaco está reemplazada por una estúpida pedantería, fría y desprovista de gracia.

La digresión maniaca y la elipsis pueden aparentar incoherencia, pero como realmente ésta no existe, sus discursos siempre pueden ser seguidos; la insulsez y la falta de sentido del esquizofrénico se imponen marcadamente. Es notable la tendencia al uso de conceptos abstractos por oposición al carácter concreto de las representaciones de los maníacos.

El vínculo de los términos inmediatos es, a veces, tan extravagante que insinúa el comienzo del aflojamiento asociativo. Con todo, la disipación de los cuadros agudos, es prudente medida para la seguridad diagnóstica. La excitación esquizofrénica generalmente no se sostiene o cede más a los recursos terapéuticos, dejando ver tras ella el estado fundamental.

www.srmcursos.com
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

Historia Clínica: A. M. — Ingresó al Hospicio el 26 de julio de 1941. Argentino, 19 años, alfabeto, mecánico. los antecedentes consignan una buena salud física. Cursó hasta quinto grado, repitiendo el segundo y el cuarto. Su conducta fué siempre buena, y su humor habitual alegre. Cultivaba amistades. Gustaba del cine, el teatro, la lectura simple y los deportes, tenía hábitos de trabajo y estaba siempre bien dispuesto. Un año antes de su ingreso, la familia nota un cambio en el carácter; se vuelve taciturno, aparenta estar deprimido, abandona el trabajo, toda su conducta cambia, y, particularmente en la casa, se vuelve irritable y castiga a los hermanos por causas ínfimas. Comienza a exteriorizar ansiedad y vagos sentimientos de temor a la muerte y a la locura, su abandono es completo, y por largas temporadas permanece en mutismo absoluto. Estos síntomas se atenúan sin llegar a la normalidad; el muchacho está "cambiado", y, sobre todo, es un "gran haragán". La convivencia ha sido posible, y, de cuando en cuando, formula propósitos de enmienda y habla de trabajo, sin llegar jamás a una decisión. En la casa se le creía transitoriamente afectado por malos hábitos (onanismo), lecturas y compañías perniciosas, pero no enfermo de consideración.

En el mismo día de su ingreso, estalló en una violenta crisis de excitación, propositos agresivos, insultos e incoherencias, que sorprendieron por lo insólito. Sale nudo y corre sin objeto por la calle.

En la Sala: turbulento, vocífera, forcejea, quiere irse, y proclama que no está o, rompe un vidrio; es necesario reducirlo. El interrogatorio apenas es posible, atención no se sostiene; sin embargo, trasciende que su orientación es perfecta; manifestaciones espontáneas, trucas y mal iladas, denotan ansiedad y un franco estado alucinatorio: Se le habla, se le mortifica y se le aconseja, "no es dueño de mismo, está atrofiado y se le cruzan ideas estúpidas". "Su pensamiento va más que el de los otros, pero se pierde". "Aquí lo quieren volver loco". Se alta y luego se ríe; a la pregunta, contesta "que se acuerda de una película". Intentativas de hacerle tomar estímulos se desvanecen. Contesta lacónicamente y elve a sus temas; otras veces insinúa una respuesta, y no la da o la deja inconclusa. Habla incesantemente, y en sus pensamientos se mezclan acontecimientos reales y productos de su fantasía, imposible a veces de seguir. Este estado culminó a los dos días, dando luego paso a los síntomas de un estado esquizofrénico con mañeo, interceptaciones, reacciones paradójicas, etc.

El comienzo de forma confusional es bastante frecuente. También antes de la eclosión de estos síntomas, una buena anamnesis halla promedios. Sin embargo, frecuentemente se presentan los hechos como repentin y bruscamente iniciados.

La ausencia de antecedentes tóxicos, infecciosos, traumáticos o convulsivos, ponen sobre la pista. El estado de mal físico, no tiene la importancia que en la confusión mental, propiamente dicha, pero con relativa frecuencia hay cuadros febriles acompañando al estupor catatónico, o, sencillamente, puede haber una intercurrentia febril para hacer más difícil la orientación. Cuando el estupor es muy marcado, la falta de paralelismo con el cuadro clínico general orienta hacia el esquizo-enfermedad. El negativismo, la flexibilidad o algunos cambios insólitos de conducta, podrán aclarar más, sin perder de vista la posibilidad de presentación de estos últimos síntomas, en otros cuadros exógenos o endógenos. Sin embargo, la confusión mental que abre la escena de una esquizofrenia, tiene algunos caracteres que pueden diferenciarla de la confusión enfermedad, fuera de los elementos de la serie catatónica, cuyo valor es relativo desde que su comprobación puede hacerse en numerosas afecciones. Sobre todo, el confuso accesible al interrogatorio, realiza un esfuerzo evidente por tratar de percibir; está entorpecido, generalmente lo sabe, y la angustia de esta impotencia se rebela en sus gritos. La buena voluntad es tan patente como su incapacidad. Los estímulos son repetidos para fijarlos, y se ayuda, en lo posible, con los rminos de inmediata referencia cuando fracasa la búsqueda directa de un objetivo. Hasta donde su fatiga lo permite, el sujeto está tenso pendiente de lo que oye. A este estado corresponde, generalmente,

una profunda desorientación; ignora la fecha, el lugar, y a veces elementales datos individuales.

El esquizofrénico presenta, por el contrario, una mayor fijeza de actitud; su contacto con el interlocutor se realiza de mala gana; los esfuerzos por salir de su torpeza no son evidentes, y a apariencias iguales, su percepción es mucho mayor. Sabe, con frecuencia, todo lo relativo a su persona y al lugar en que se halla. La fatiga que caracteriza a la confusión mental está substituida prevalentemente en el esquizofrénico por irritabilidad.

Los dos parecen impotentes para seguir un curso de ideas, pero, en tanto el confuso impresiona por el agotamiento, el esquizofrénico lo hace por su falta de lucha.

Con frecuencia se lee que la verdadera confusión mental, tóxica, infecciosa o traumática, puede, en los casos prolongados, durar meses. En nuestra opinión, este factor duración de la confusión mental es de capital importancia diagnóstica, y cuando el cuadro se prolonga en las gentes jóvenes es lo habitual que desemboque en una Demencia Precoz. A este respecto, resulta ilustrativa la historia clínica que a continuación se resume, y que corresponde a un caso que de primera intención hizo pensar en una confusión mental post-emocional.

www.srmcursos.com
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

V. M. R., argentino, empleado, 27 años. Sin antecedentes individuales y familiares de valor. Ingresó al Hospicio de las Mercedes el 14 de marzo de 1936. La tía, única pariente, informa que cuatro meses antes, con motivo de una incidencia que sostuvo juntamente con unos amigos, fué llevado a una comisaría donde permaneció detenido por espacio de veinticuatro horas. El hecho le impresionó vivamente, y a partir de entonces se produce un profundo cambio de carácter. Se queja de constantes dolores de cabeza; se halla deprimido y desganado, rehuye todo contacto con sus amigos, y abandona sus obligaciones; en ocasiones llora y no atina a explicar las causas; pasa largas temporadas encerrado y en silencio. En los últimos tiempos sólo se queja de su falta de memoria.

Cuando ingresa, su cuadro es sub-confusional, y nada impresiona en él como esquizofrénico. Realiza evidente esfuerzo para contactar con el medio, que se traduce objetivamente por la vivacidad y dirección de su mirada. Está orientado autopsíquicamente, y las referencias personales las da con rapidez. Todo otro trabajo mental es, por el contrario, extremadamente lento. Parcialmente, se orienta en el tiempo. Tiene una idea vaga del lugar, pero no puede precisarlo. Acepta la ayuda, sigue con interés al interlocutor, y de esta manera va negando que se trate de una cárcel, una comisaría, una escuela, para concluir asintiendo cuando se le nombra un hospital. Sabe que se halla enfermo, y con ayuda puede suministrar los antecedentes de su enfermedad, aun cuando fracasa ante todo esfuerzo espontáneo. Su bradi-psiquia parece acentuarse y la atención decae. Lee, a pedido, un artículo del diario, que dice: "Francia, si es agredida, contará con el apoyo de varias potencias". Lo hace con corrección, pero al invitarlo a que explique su contenido se limita a decir: "Francia... Francia...", hallándose en la imposibilidad natural de proseguir.

Los estímulos deben ser repetidos insistentemente, y a pesar de aplicarse con buena voluntad no percibe el sentido elemental de muchos de ellos. No hay otra perturbación asociativa que la del ritmo; no se acusan ideas delirantes, y es consciente de que "está mal porque no puede pensar". No hay extravagancias, y la conducta es acorde con su impotencia. Tranquilo si no se le estimula. Sólo espera curarse.

Este cuadro es doblemente aleccionador por la ausencia de los caracteres que hemos señalado como útiles para diferenciar los esquizofrénicos a comienzo confusional, y porque, su duración, sorprendentemente prolongada, con los mismos caracteres, aunque atenuados, llevó al paciente, al cabo de siete meses, a una serie de reacciones netamente esquizofrénicas.

En una de sus salidas del establecimiento, intentó, sin causa previa, matar a la tía; se escondió, armado, todo un día debajo de su cama y gritaba en forma incoherente. Ninguno de estos hechos recibe clara explicación. Trascienden ideas delirantes inconexas, aisladas, de persecución e influencia. Está alucinado, lo insultan. Sus interceptaciones son frecuentes. Amanerado y paradójal en su mímica. Luego cae en indiferencia, abulia e inercia. Lleva una vida vegetativa con embotamiento de todos los intereses y apariencia demencial simple.

La disipación del cuadro confusional, según se desprende de este caso, se impone como necesaria para formular el diagnóstico, aun cuando otras veces, de primera intención, los síntomas diferenciales a que nos hemos referido hacen su aparición con mayor claridad.

En el resumen de la historia que sigue, se aprecian también la existencia de antecedentes patológicos, precediendo al estallido agudo. Datos de singular valor para diferenciar a los esquizofrénicos de los cuadros críticos que simulan.

J. L. P., argentino, ayudante de constructor, de 19 años de edad, alfabeto. Ingresó el 18 de febrero de 1942 al Hospicio de las Mercedes. Un tío alienado. Se carece de otros antecedentes de valor. Dos meses antes de su ingreso, sin causa aparente, súbito cambio de carácter; anomalías de conducta en la casa, irritabilidad e intentos agresivos. Abandona el trabajo. Se encierra en su domicilio, donde vive esperando ansiosamente que le maten. Se arma de un revólver para su defensa; alucinado; oye pasos en derredor de la casa, y se profieren amenazas contra él; otras veces, es un león el que camina. Ha sufrido ataques de largas horas de duración, en que le suponían inconsciente, insensible a todos los estímulos, al parecer de naturaleza catatónica, pues salía de ellos inesperada y bruscamente.

A su ingreso es diagnosticado como: "Estado psicopático confusional de origen alcohólico". Se sabía que había bebido, aunque no era habitual en él. Presentaba un tinte térreo y se hallaba febril.

Sin embargo, ya de entrada, los caracteres confusionales tienen un particular matiz esquizofrénico. Su expresión es ausente, habla en voz baja, responde a las preguntas elementales con ritmo distinto, pero siempre incoherente; a veces interrumpe inopinadamente los parlamentos, y luego sigue; tiene frecuentes alternativas de ansiedad, durante ellas no atiende y da libre curso a ideas delirantes inconexas, tan pronto lo quieren matar, forzar, como envenenar, etc., o está ya concluido y carece

de aliento para hablar. En calma, parece que no pudiera comprender lo que se dice; las órdenes simples son ejecutadas con dificultad, musita expresiones ininteligibles y no se obtiene ninguna referencia concreta. De nada parece darse cuenta, pero tampoco se le ve esforzarse por salir de su obnubilación. Jamás mira al interlocutor. Su actitud es fija, encogida, se irrita o sigue el curso de sus ideas, sin tratar nunca de sintonizar.

En la mañana de ese mismo día, espontáneamente había dado referencias de su persona, y había hablado con claridad. En los días subsiguientes, tuvo alternativas de mutismo absoluto, actitudes catatónicas, flexibilidad cérica y obediencia pasiva. Despejado y lúcido un mes más tarde, es evidente la abulia, pérdida de la iniciativa, incapacidad de síntesis, reacciones afectivas frías o inadecuadas.

Los familiares le consideran sano, y es dado de alta, a su pedido.

El comienzo melancólico enmascara otras veces el proceso esquizofrénico. El dolor moral, el llanto, el aislamiento, el mutismo o las quejas monótonas, la inercia y las tentativas suicidas, el fondo delirante con ideas de autoculpabilidad o de renunciamento, pueden darse con la misma frecuencia que en la locura maniaco-depresiva. Sólo matices de diferenciación, a veces difícil, pueden aclarar el cuadro: Las ideas en relación con la culpabilidad, generalmente no se sostienen y dan paso a otras de carácter persecutorio; el origen de las mismas es más caprichoso. Primitivamente impuestas, no guardan relación de estrecha dependencia con los bienes materiales y acontecimientos reales del enfermo. El melancólico sufre por su familia, por la ruina de los suyos, por provocar su desgracia o por la supuesta incurabilidad. En sus recuerdos desfilan, escogidos, todos los acontecimientos desgraciados de su existencia. En el esquizofrénico, las ideas matrices de su dolor tienen menos nexo con la realidad, parecen pueriles y se mezclan, frecuentemente, con otras que desentonan con el cuadro. Además, el delirio va dominando en la depresión del esquizofrénico, hasta absorberla. Todo el cuadro es menos persistente.

Cuando los sujetos son accesibles, se ve al melancólico genuino seguir los estímulos dados, vibrar con ellos; todo lo que toma de afuera, es reducido a su dolor, pero los acontecimientos interfieren, las palabras llegan, y hasta pueden marcar el curso de un razonamiento, aunque siempre impregnado de su humor fundamental.

El esquizofrénico es poco sensible a estos abordajes, su dolor sigue el ritmo de sus propias ideas, y los estímulos sirven, a veces, para descubrir su impermeabilidad, o bien, lo que es más claro, para poner en evidencia reacciones paradójales.

El resumen clínico que sigue ilustra sobre alguna de estas características.

S. F., argentino, de 29 años, soltero, alfabeto, agente de policía. Ingresó al Hospicio el 2 de agosto de 1941. Los antecedentes personales y familiares carecen

e valor. Dos meses antes había intentado suicidarse, descerrajándose un balazo a nivel del tercer espacio intercostal izquierdo. El proyectil salió por la espalda.

Se presenta con actitud fija, reconcentrada, mirada baja y expresión dolorosa, tendencia a la inmovilidad.

El interrogatorio es difícil, contesta en voz baja, monótona; es lúcido y se orienta; interrumpe sus parlamentos con crisis de ansiedad y llanto, sin relación con el tema que se trata, sin que se pueda recoger explicación en el momento. Espontáneamente expresa sus deseos de morir. La depresión domina todo el cuadro: inmovilidad, bradispsiquia, dolor e inhibición.

Transcurrido un breve tiempo, se consigue que explique las razones de su tentativa de suicidio. El humor ha cambiado, más que pena, trasunta un desplacer indefinible, el relato es frío. Amaba a una mujer, a la que fué incapaz de declararse, nunca la habló, y la consideraba inaccesible; no obstante, la llama su novia; por eso quiere matarse. En busca de una explicación más valedera, se insiste y resulta que se consideraba impotente sexualmente, pero no es posible saber cómo le consta, si tuvo una opinión médica, nada. Es una idea primitiva, no deducida de hecho alguno de su experiencia personal. Por otro lado, el objeto de su afecto también lo es de su rencor, pero no como la causa accidental de su desgracia, sino vinculado a vagas ideas de influencia y daño, ejercidas en forma deletérea sobre su persona.

Todo es imprecisión, vaguedad, y el mismo cuadro melancólico va perdiendo colorido; el sujeto trata de estos temas como de cosas extrañas, sin concentrarse en ellas, y termina mirando distraidamente para los lados, con un gesto de aburrimiento indefinido.

En pocos días experimentó vivos cambios, llegando a estar, incluso, alegre. Su cuadro hoy es francamente esquizofrénico, y se desempeña eficientemente en tareas simples y dirigidas.

El comienzo delirante, con todo el más frecuente, tiene tales singularidades de variabilidad, polimorfismo e inconsistencia, que sólo puede ser confundido con otros delirios, cuando excepcionalmente las ideas se apartan de estas características, y siguen un cierto curso lógico que, en realidad, nunca se sostiene. Además, en estos casos poco frecuentes, la defensa de sus opiniones tiene poca vivacidad, no hay empeño en persuadir a los demás, como si el mismo que las sustenta no estuviera del todo convencido, y no se apela a procesos razonados y deductivos para demostrarlas.

Con un enfermo lúcido, correcto en el trato y coherente en el relato de sus peripecias, que parcialmente, al menos, pueden aceptarse como verosímiles, y que describe los hechos con cierta vivacidad, se hace la prueba intencionada de cortar bruscamente la dramática exposición con pretextos fútiles, y se le ve retirarse, indiferente y frío a esta desairada situación.

Las más de las veces, el carácter absurdo y primitivo de las creencias, no obligan a recurso alguno para identificar su naturaleza. Así, uno de nuestro enfermos, cree súbitamente que debe venir a Buenos Aires, porque el Presidente Ortíz le ha hecho llamar para darle un cargo importante; esto no se le ha dicho, ni lo ha leído, pero él lo sabe muy bien. Como se le contraría, cree que se conspira contra él y se le

quiere envenenar. Otro, atribuye ciertas perturbaciones cenestésicas a experiencias que se realizan con él a gran distancia, pronto nota el cambio de su persona física y psíquica, "se interviene su pensamiento", y se hace de él lo que se quiere. Un tercero, denuncia su enfermedad agrediendo súbitamente a un transeúnte que al mirarlo "ha querido significar algo que él no puede repetir", etc.

Las ideas esquizofrénicas, más bien tienen el carácter de creencias súbitas, de idea primitiva, como dice Gruhle, cuyos antecedentes y relaciones con los hechos es en vano buscar, y resultan generalmente incomprensibles para los normales.

El delirio de influencia y las vivencias de cambio son los más frecuentes. Las alucinaciones psíquicas y extra-campinas, y la rareza de las alucinaciones visuales, sin ser exclusivas, caracterizan bastante a estos procesos. Tal vez las dificultades diagnósticas pueden presentarse cuando el delirio se acompaña de algunos de los episodios ya descritos, de excitación, confusión, etc., en cuyo caso es prudente esperar su disipación, como se ha dicho.

Nos ha parecido siempre, cuando la excitación es moderada, que las mayores posibilidades de error pueden cometerse con las bouffée de los débiles mentales. La tontería, la vacuidad pedante de ciertos contenidos ideatorios, la alegría insulsa y la falta de gracia de las expresiones, la pérdida del pudor, los cambios bruscos e insólitos, la coexistencia de ideas persecutorias y depresivas o de sobrevaloración, son otros tantos factores de error. Error tanto más concebible, cuanto frecuentemente un débil se hace esquizofrénico.

Tengo a la vista una historia clínica de un sujeto que calificado después de numerosas pruebas testimoniales y antecedentes de torpe escolaridad, como débil, casi en el límite imbecílico, ha adquirido, después de una crisis de excitación y delirio, un aspecto inconfundible de esquizofrenia catatónica, que se mantiene desde hace tres años.

Los antecedentes, en tales casos, adquieren un gran valor. Si el medio del cual procede el enfermo es de gran incultura, y él mismo carece de instrucción elemental, sólo la evolución, podrá, a veces, develar la íntima naturaleza del proceso.

El comienzo a forma de simple estancamiento de las aptitudes generales de un sujeto, suele ser objeto de consideración tardía por los médicos. El cuadro se desarrolla sin dramaticidad, y no despierta verdadera alarma entre los que rodean al paciente. Todo se reduce a una marcada disminución de las energías para la ejecución de los actos más simples, y a una falta de apetencia, por lo que antes podía suscitar algún entusiasmo.

En su competencia dentro del medio, el sujeto se retrasa y desciende socialmente del lugar en que estuviere colocado, sin que esto provoque inquietud en su espíritu ni despierte propósitos de enmienda. Indiferente a las reconvenciones y protestas de los allegados, a pesar de parecer entenderlo todo, no formula propósitos de nada. El carácter ha cambiado fundamentalmente a expensas de una dominante abulia y apatía, todo lo cual se atribuye a una pereza que en vano se trata de corregir.

En este periodo, es difícil comprobar la existencia de otros síntomas que aclaren el cuadro, y las dificultades diagnósticas se presentan, en particular, con la inestabilidad afectiva y los trastornos transitorios de la pubertad. Habla en favor de la psicosis, además del quantum de las perturbaciones anotadas, el embotamiento del sentido moral, siempre vivo en los púberes inestables.

Los anormales y perversos han mostrado su constitución tempranamente, tanto éstos como los de forma adquirida (encefalitis), tienen actitud muy distinta frente a los hechos en que incurren, apelando a su habilidad para ocultar sus condiciones.

Es lo más frecuente ver que la instalación de la esquizofrenia se hace, aguda o lentamente, remediando alguna de las neurosis o psicosis conocidas, pero siempre, sino de primer momento al cabo de un tiempo, con la intervención de elementos propios de la afección, que confieren al cuadro caracteres de artificiosidad. Esto no obstante, el comienzo puede escapar a toda limitación, y resulta de la intrincada combinación de las formas antedichas, o bien se denuncia por singulares anomalías de conducta, que todavía presentan un marcado contraste con la aparente integridad psíquica del sujeto. Alguno, que hasta entonces había demostrado laboriosidad y empeño en sus tareas, sin causa apreciable, hace abandono de ellas, y cambia volublemente todas sus actividades. Otro, se muestra desagradado, gruñón y hostil dentro del medio que le es habitual, sin que se pueda ver, ni él aclarar, qué antecedentes tiene su actitud. Las afinidades conocidas de un sujeto sufren una transformación a veces súbita, y se le ve, con sorpresa, dirigirse a otros objetivos, buscar otras amistades, o cambiar el género de sus lecturas y lugar de concurrencia. La actividad general no siempre está disminuía, sino que, a veces, se halla intensificada, multiplicada, pero con nuevos incentivos, que salen de lo común dentro de la modalidad conocida y género de vida del sujeto; orientado hacia algo nuevo y distinto, que sorprende siempre por su vaguedad e imprecisión.

Unas veces tercamente tenaces y otras extraordinariamente volubles en la persecución de un fin, dan siempre la impresión de haber salido de su cauce. Las ambiciones razonables, las tendencias estéticas, la moral familiar y la orientación intelectual, que daban carácter a su

personalidad, han sufrido, de algún modo, un cambio. El sujeto, dentro del medio, a veces por algo indefinible, no parece el mismo. Son fundamentalmente, sus mecanismos de dirección y adaptación, los que se resienten, y poco tarda en ser advertido por los que lo rodean, que para referirlo, a falta de un elemento más concreto, expresan que "ha cambiado el carácter".

Dentro de lo proteiforme del comienzo esquizofrénico, es, tal vez, el cambio de carácter el elemento más constante y pertinaz.

Se puede alegar que tal síntoma, si así puede llamarse, carece de valor patognomónico, y no sirve para la identificación de una psicosis, toda vez que inicia gran variedad de afecciones diferentes. Pero en los enfermos que tratamos, tal vez no haya nada de patognomónico, y, además, los cambios sobrevenidos en la modalidad de un sujeto adquieren en esta psicosis un valor singular: se producen sin causa aparente que los legitime, como ocurre con la reserva o la hostilidad de un delirante, el mal humor de un hipocondríaco, la acritud y la misantropía de un senil.

El nuevo carácter, por así decir, no tiene la dirección o el matiz definido que con el cambio adquiere en otras psicosis. Es, más bien, la pérdida de lo que antes se tenía, ahí reside el cambio, pero en su reemplazo no parece adquirirse una modalidad definida. Nada de lo que después de este cambio se hace o dice sirve para *caracterizar* al sujeto, para identificarlo en algún modo, porque todo es contradictorio, inasible, inestable, falta esencialmente una dirección y lo que mejor puede precisarlo es la desorientación total de la personalidad, fluctuante, ambigua y caprichosa.

Diríase, quizá, más prácticamente, que tal cambio de carácter supone la pérdida de todo carácter. El sujeto todavía indemne en su caudal afectivo e intelectual, no adapta sus vivencias al mundo circundante, no inhibe ni acelera a voluntad, no modera ni controla sus apetitos, no selecciona con sentido de utilidad, ni decide, en general, la serie de actos conducentes a la adaptación de su persona al medio en que se desenvuelve; de ahí que no adquiere un aspecto definido.

Esta facultad de ceñirse al ambiente y de corregir en cierta medida aparente las íntimas tendencias, con sentido pragmático, aprovechando la experiencia y escogiendo las actitudes, descansa, esencialmente, en la actividad volitiva, que contribuye, de este modo, a la formación del carácter.

El cambio de carácter, que es el comienzo real de todas las psicosis esquizofrénicas, es, así "sui géneris", diferente de todos los cambios observados en otras psicopatías; por defecto, más que por desviación. Su

íntima naturaleza enraiza en la primitiva insuficiencia de la voluntad.

Psicológicamente, "el carácter comprende el lado sentimental y voluntario de la personalidad total" (1). Entendido que lo sentimental está representado por el temperamento con sus tendencias innatas y particular forma de reacción libre, lo volitivo interviene en la regulación y control de estas tendencias individuales en su relación con el ambiente.

Diríamos, sintéticamente, que el temperamento representa, en suma, el instinto diferenciado, y el carácter es el temperamento en función social. Esta función es, esencialmente, adaptativa, requiere el concurso del conocimiento y la experiencia, pero su unidad de dirección, persistencia, claridad y determinación de objetivos, atañe a la actividad volitiva. Es, pues, insistimos, el defecto primitivo de la voluntad, causa eficiente y suficiente para la determinación del cambio de carácter de los esquizofrénicos.

Este cambio de carácter, es, decididamente, el fenómeno inicial de la psicosis, cualquiera sea su aspecto, pues precede a toda otra manifestación. Ya hemos visto que los que aparentemente iniciaban con cuadros agudos, a forma de excitación, confusión, depresión, etc., habían presentado, en realidad, síntomas premonitores vagos e indefinidos, que en substancia deben ser asignados a este cambio del modo individual de conducirse, y que afecta al carácter.

Esta peculiar modificación del carácter en los esquizofrénicos, asimila la afección a las insuficiencias y no a las demencias. Las viejas expresiones de estupidez e idiocia adquirida, reviven, desde este punto de vista, pero, probado el hecho, de que la inteligencia no se halla fundamentalmente afectada, lo que, por otro lado, resulta presumible, porque la enfermedad sobreviene a una altura de la vida en que el desarrollo intelectual se ha completado, tal insuficiencia se refiere a la total integración de la personalidad, en cuanto ésta está formalmente culminada con el carácter, último término de la evolución individual, que afirma la manera propia de ser y determina la absoluta capacidad de decisión y autoconducción.

www.srmcursos.com
CURSO RESIDENCIAS PSICOLOGÍA

(1) Kretschmer. — Manual de Psicología médica, citado pág. 292.