

# ESTUDIO CLINICO DE LOS SINTOMAS PRIMARIOS ESQUIZOFRENICOS \*

Prof. Dr. A. VALLEJO-NAGERA

Catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid

NINGUNA de las enfermedades psíquicas tiene la importancia científica, clínica y social de la esquizofrenia, cuyo conocimiento constituye el eje de los psiquiátricos, pues pueden observarse en ella toda suerte de fenómenos psicopatológicos. Precisamente la variedad de síntomas, de formas clínicas y de curso de la esquizofrenia dificulta la investigación de lo patognomónicamente procesual esquizofrénico, para separarlo de lo patoplástico y psicogenético. Dicha separación es indispensable si quieren resolverse otros problemas, principalmente si se trata de una entidad nosológica única o de un grupo de psicosis de parecida sintomatología y distinta raíz biogénica.

## El problema de la unidad nosológica

Habían descrito los alienistas del pasado siglo varios síndromes (hebefrenia, catatonia, etc.), que KRAEPELIN (1893) considera pette-

necientes al mismo proceso morboso, al que denomina *dementia praecox*, etiqueta ya usada anteriormente por MOREL, pero con aplicación limitada a los síndromes demenciales aparecidos en la pubertad. Este concepto unitario de la enfermedad lo mantiene BLEULER (1911), si bien la denomina esquizofrenia y llama la atención sobre que no siempre es precoz ni evoluciona hacia el estado final demencial. Frente al concepto unitario de la Escuela alemana aparece el dualista de la francesa, enunciado por REGIS (1904) y defendido por CLAUDE en 1926, cuando ya la mayoría de los psiquiatras aceptaba el concepto bleuleriano y se hablaba universalmente de esquizofrenias, habiéndose olvidado la vieja etiqueta.

Los problemas que plantea la esquizofrenia son profusos y enmarañados: sólo el clínico puede orientar la investigación en sus vertientes genética, fisiopatológica y psicológica. Empero, es condición primordial para ello que apli-

\* Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el día 26 de abril de 1935. Presidencia: Dr. Corominas.

que correctamente la etiqueta esquizofrenia a una especie morbosa perfectamente definida, para lo cual se tropiezan varias dificultades. En Patología general se tiene un concepto concreto y bien delimitado de la especie morbosa, pues se conoce la causa de la mayoría de las enfermedades. No ocurre lo mismo en Psiquiatría, en donde la invigencia del principio de causalidad impide el uso de una clasificación etiopatogénica. Por otra parte, no existe un concepto genérico de la enfermedad mental, que en todo caso, como muy acertadamente indica H. EY, no puede definirse más que como una *fisonomía clínica*, una forma típica de evolución de los trastornos de la vida psíquica, teniendo una estructura particular y condicionada a un proceso somático, sea de detención, sea de disolución del edificio psíquico. Este *criterio clínico*, que mantiene un alienista de nuestros tiempos, nos vuelve al etioclínico kraepeliniano de atender a las causas, síntomas, evolución y terminación de la enfermedad para diferenciar unas especies nosológicas de otras.

La experiencia clínica ha conseguido la discriminación de una serie de hechos o fenómenos patológicos que caracterizan suficientemente la esquizofrenia, y son los siguientes:

1.º Existencia de una predisposición, hereditaria o constitucional,

al padecimiento del proceso esquizofrénico.

2.º Existencia de un proceso somatógeno cerebral manifestado por síntomas psíquicos.

3.º Existencia de síntomas primarios, casi patognomónicos o específicos del proceso esquizofrénico.

4.º Evolución del proceso esquizofrénico activo hacia síntomas defectuales o de desintegración de la personalidad, más o menos profundos, según los casos, y que caracterizan —unidos a las superestructuras psicógenas— las muchas formas clínicas y terminales de la dolencia.

La *desintegración de la personalidad* es común a todos los estados defectuales esquizofrénicos, incluídos aquellos casos en que la terapéutica haya obtenido la remisión, aparentemente completa, del proceso activo.

Los hechos demostrados hablan en favor de la unidad y contrariamente a la pluralidad de las esquizofrenias, no obstante sus variadas formas finales, puesto que sea la que sea la forma clínica, caracteriza la esquizofrenia el iniciarse por síntomas primarios y evolucionar fatalmente hacia una desintegración de la personalidad, sin que pueda demostrarse otra causa que una predisposición hereditaria.

El concepto dualista de CLAUDE puede defenderlo la observación de una serie de casos de esquizofrenia, cuya sintomatología apenas difiere del síndrome que denomina JANET psicastenia, y que, con otros investigadores, hemos demostrado que se trata de formas mitigadas y de curso insidioso de la esquizofrenia, dada su evolución hacia el defecto esquizofrénico y desintegración de la personalidad.

Nuestras investigaciones clínicas nos llevan a la conclusión de que no puede mantenerse la psicastenia de JANET como una entidad nosológica autónoma. Los síntomas fundamentales que caracterizan la psicastenia son, en realidad, procesuales esquizofrénicos, a los que se unen otros psicogenéticos. El predominio de los síntomas obsesivos en algunos casos induce a un error diagnóstico cuando no se investigan los síntomas primarios esquizofrénicos que revelan la naturaleza del caso.

La sintomatología de la psicastenia y la de la esquizofrenia es idéntica en sus síntomas axiles, pues los trastornos que denomina JANET descenso de la tensión psicológica, pérdida de la función de realidad, agitación o inhibición de función, disgnosias y locura de duda no son otra cosa que los síntomas esquizofrénicos denominados sensación subjetiva de insuficiencia de la actividad psíquica, extrañeza de sí mismo, extrañeza del mundo externo, desgobierno de la

actividad psíquica y perplejidad. Entre la psicastenia de JANET y la esquizofrenia, las diferencias son cuantitativas, y todo consiste en que se trata de una forma de curso lentamente progresivo, en que la actividad del proceso está mitigada y es muy lenta y casi imperceptible el deterioro de la personalidad.

La forma impulsivo-obsesiva de comienzo de la esquizofrenia la admitimos todos los autores modernos. Trátase de una forma de comienzo insidioso y curso crónico, caracterizada por el predominio de las obsesiones, fobias e impulsos patológicos, acompañadas aquéllas de los típicos ritos o ceremoniales, y cuya ulterior evolución confirma su verdadera naturaleza. Habitualmente se trata de formas juveniles e incluso prepuberales, lo que se explica dada la preponderancia del llamado pensamiento mágico en las personas de cultura inferior.

Una revisión catamnésica de los casos etiquetados de psicastenia en nuestro archivo clínico nos demuestra la frecuencia de *defectos esquizofrénicos* consecutivos a inadvertidos brotes esquizofrénicos infantiles o juveniles, casos que siguen una evolución tórpida hacia formas esquizofrénicas finales hebefrénicas de LEONHARD. En términos generales nuestra experiencia nos lleva a la conclusión de que debemos cambiar el diagnóstico psicastenia por el de *defecto esquizofrénico*.

En los procesos exógenos lo importante es el *centro demencial*.

### Concepto del proceso esquizofrénico

La génesis dinámica de la esquizofrenia la defendía MEYER en 1906, enunciando la hipótesis de que la demencia precoz no es una entidad nosológica, sino más bien un tipo de reacción que se desarrolla en ciertas personalidades como resultado de conflictos o complejos y de una dificultad progresiva en la adaptación, conduciendo la acumulación de hábitos inapropiados de adaptación a una conducta psicobiológica «distorsionada» (*parergasia*). La génesis dinámica de la esquizofrenia también la mantienen en Europa algunos sectores de la Escuela freudiana y derivadas, y asimismo los modernos existencialistas, sin que estas Escuelas nos expliquen el *deterioro permanente de la personalidad* producto del proceso somático cerebral esquizofrénico que caracteriza la enfermedad, y mucho menos explican que los métodos biológicos de choque consigan remisiones de las esquizofrenias activas impasibles a los métodos psicoterápicos, los últimos sólo útiles contra las superestructuras psicogenéticas, como también para hipercompensar psicológicamente el defecto producido.

Mantenemos la convicción empírica de que la esquizofrenia es

una somatosis general de preferente localización cerebral, somatosis probablemente toxi-metabólica, con participación del sistema endocrino, pero cuya esencia íntima ignoramos, pues las investigaciones fisiopatológicas no han podido descubrir su naturaleza, como tampoco las histopatológicas han revelado, ni indiciariamente, las lesiones cerebrales que originan la sintomatología esquizofrénica. Empero, no es suficiente la identificación de la somatosis toxi-metabólica para explicarnos la etiopatogenia de la esquizofrenia, sino que es necesario asimismo el conocimiento de las condiciones cerebrales necesarias para que las toxinas metabólicas produzcan o desencadenen el proceso esquizofrénico. Dicha predisposición cerebral, ¿es adquirida o constitucional...? He aquí el problema que nos hemos planteado repetidamente, sin que haya encontrado todavía solución satisfactoria.

La constitucionalidad de la esquizofrenia no puede negarse, y la demuestra el hecho de su preferente presentación en las personas que exhiben el biotipo leptosomático de KRETSCHMER, el longilíneo de VIOLA, o el asténico de STILLER; y, por otra parte, la benignidad destructiva del proceso esquizofrénico en los biotipos pícnicos de KRETSCHMER o brevilíneos de VIOLA. Empero, asimismo se observa que la enfermedad no sale de su estado de latencia en muchas per-

sonas tachadas hereditariamente, lo cual infiere una debilitación cerebral concomitante con una tacha hereditaria para que la somatosis tóxica desencadene el proceso esquizofrénico. En nuestra opinión, no puede negarse en la esquizofrenia la importancia del papel constitucional o biohereditario, papel que concebimos como debilitante del cerebro a las agresiones toximetabólicas; pero creemos que es necesario que opere un factor desencadenante (infección, intoxicación, anemia, etc.) para que la enfermedad se manifieste.

#### Signos clínicos del proceso esquizofrénico

Pese a la ignorancia de la etiopatogenia y carencia de un substrato anatomopatológico, el proceso esquizofrénico ofrece peculiaridades clínicas que permiten diferenciarlo de los procesos exógenos y de las reacciones psicogenéticas. Recordemos que desde JASPERS caracteriza el proceso la presentación de síntomas psicopatológicos o de un cambio psíquico nuevo, por un cerebro hasta entonces sano, no relacionados los síntomas con las vivencias y desarrollo del sujeto, teniendo una causa somatogena de localización cerebral, que produce un defecto permanente de la personalidad.

Según la doctrina de BERZE, hoy seguida por muchos autores, caracterizan los síntomas esquizofré-

nicos la organicidad, clara percepción subjetiva, presentación de fenómenos psíquicos nuevos para el sujeto y establecimiento de relaciones anormales con el medio ambiente. Se habla de *organicidad* cuando los síntomas procesuales son irreferibles a vivencias u otros síntomas, incomprensibles psicológicamente, además de ser elementales e incomplicados. La *claridad de la percepción subjetiva* de los fenómenos patológicos es muy típica en la esquizofrenia y casi puede asegurarse que el síntoma es procesual cuando aparece en la conciencia nítido, elemental y sin complicaciones. Empero, lo que principalmente define el proceso esquizofrénico es la *presentación de algo nuevo*, vivencia que el esquizofrénico experimenta como la presentación de algo inusitado que no corresponde a la natural evolución de su personalidad. La certeza de procesualidad es mayor si el síntoma se presenta *sin causa*, espontáneamente, o bien la etiología no corresponde de modo comprensible a los efectos psicopatológicos desencadenados, de tal manera que intuitivamente nos parece que aquellos fenómenos no pueden tener otra etiología que la esquizofrénica.

La mayoría de los autores están conformes en que la existencia de las características enumeradas justifica el diagnóstico de un proceso esquizofrénico. Las discrepancias comienzan cuando se trata de la

denominación, número e importancia semiológica de los síntomas específicamente esquizofrénicos, llamados primarios, fisiogénicos o procesuales, porque emergen directamente del proceso esquizofrénico. Ello se debe a que las denominaciones adjudicadas a los síntomas procesuales quieren simbolizar, más o menos acertadamente, el contenido de la vivencia psicótica. Por otra parte, unos autores consideran primario determinado síntoma; v. g., el robo del pensamiento, y otros le conceptúan secundario.

No obstante las dificultades que se presentan para la creación de un sistema natural de los síntomas específicos esquizofrénicos y las objeciones que pueden oponerse al intentado primeramente por BLEULER y posteriormente por BERZE, MAUZ y K. SCHNEIDER, actualmente diferenciamos claramente la sintomatología procesual primaria, propia del proceso activo, de aquella defectual o resultante del deterioro de la personalidad consecutivo a la actividad del proceso, y también de la psicogenética o reactiva de una personalidad deteriorada e inadaptada. El tomo IX del «Tratado de BUMKE, dirigido por K. WILMANN», ofrece un estudio exhaustivo de la esquizofrenia, principalmente en lo que respecta a sus manifestaciones clínicas, expuestas por W. MAYER-GROSS. Empero, cuando MAYER-GROSS enfoca el problema del diag-

nóstico diferencial, se aprecian dudas y vacilaciones al determinar el valor diagnóstico de cada síntoma. Sin conceder carácter patognomónico a ninguno de los trastornos psicopatológicos, aunque «representan lo esencial de la enfermedad esquizofrénica», valora positivamente los trastornos de la actividad psíquica del yo, las percepciones delirantes primarias con vivencia de significación, la pérdida de la empatía y las alucinaciones.

Dos caminos señala K. SCHNEIDER para el diagnóstico de la esquizofrenia: la *comprensión por el curso*, o la *comprensión de los síntomas*, investigando las vivencias fenomenológica o funcionalmente. El diagnóstico se fundamenta en los síntomas primarios indiscutiblemente esquizofrénicos, que, según K. SCHNEIDER, son de tres órdenes: las alucinaciones acústicas, las interpretaciones del pensamiento y las percepciones delirantes primarias, a condición de que dichos síntomas carezcan de etiología. Asimismo indica que se encuentran trastornos esquizofrénicos específicos en aquellos casos en que con exactitud puede hablarse de un trastorno de la actividad de la conciencia, o de una alteración del yo.

Coincidentemente con K. SCHNEIDER pensamos que el diagnóstico de la esquizofrenia debe basarse en la identificación de los síntomas procesuales primarios específicamente esquizofrénicos, sin

que ello impida que se estudie el curso, estudio que en último término se reduce a una investigación retrospectiva de los síntomas. La identificación de los síntomas primarios auténticamente esquizofrénicos y su diferenciación de los psicogenéticos reactivos ofrece no pocas dificultades, dependientes de que los autores no han sabido ponerse de acuerdo sobre las características que deben reunir los síntomas para considerarse procesuales o primarios. Nosotros consideramos síntomas auténticamente primarios los incomprensibles psicológicamente, que emergen súbita y directamente del proceso esquizofrénico sin elaborarse intrapsíquicamente, apareciendo en la conciencia nítidos, elementales, claramente percibidos como extraños al yo y *que no tienen, o no pueden tener, otra etiología que la esquizofrénica.*

Conocidas las características de los síntomas primarios esquizofrénicos, ya puede procederse a su identificación e investigación de su frecuencia en los brotes esquizofrénicos. Para el estudio de los síntomas primarios deben observarse casos agudos que hayan evolucionado hacia el defecto esquizofrénico, pues tal evolución asegura la procesualidad. No sirven los casos de evolución crónica activa debido a que las superestructuras psicogenéticas encubren muchas veces los síntomas primarios.

Una vez caracterizados los sín-

tomas y estudiada su frecuencia, pueden deducirse aquellos que pueden considerarse típicos y característicos del *proceso esquizofrénico activo.* Ateniéndonos a estas normas, hemos estudiado quinientos brotes esquizofrénicos observados en nuestra clínica privada, bien en pleno brote o ya remitidos estos últimos sin tratamiento biológico. En unos casos encontramos solamente uno o dos síntomas esquizofrénicos procesuales, en la mayoría varios, pero rara vez es el proceso monosintomático. Deducimos de nuestro estudio aquellas vivencias sobre las que los pacientes proporcionan datos confusos o embrollados, y sólo incluimos en la estadística las claramente percibidas y descritas. Como otros autores, hemos intentado la creación de un sistema psicológico natural de los síntomas esquizofrénicos, sujeto a múltiples objeciones, pero utilizable para la investigación que nos proponemos.

#### **Vivencias de desgobierno de la actividad psíquica**

En el diagnóstico de la esquizofrenia, aguda o crónica, partimos de la investigación de los trastornos del pensamiento, que conceptuamos derivados directamente del proceso cerebral. Los trastornos del pensamiento en los brotes agudos se experimentan subjetivamente como una especie de vivencia de *desgobierno de la actividad*

*psíquica* y en muy variada forma. Se refiere la vivencia a la participación del yo en la percepción, representación, ideación y juicio, percatándose el enfermo de que carece de libertad para pensar y obrar. Deben, por consiguiente, considerarse vivencias de desgobernio de la actividad psíquica no sólo las vivencias de alteraciones del pensamiento, sino también las vivencias de desgobernio de la afectividad y voluntad.

La vivencia de desgobernio suele experimentarse en primer término como una *sensación subjetiva*

servado con la frecuencia señalada en el cuadro adjunto.

#### Vivencias de despersonalización

La presentación de *algo nuevo*, no experimentado hasta entonces por el cerebro sano, de algo que no comprende psicológicamente el sujeto, que es extraño a su personalidad, ha recibido muy distintas denominaciones de los autores, y unos hablan de *vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva*, otros de *estado de ánimo esquizofrénico*, o bien de *ame-*

Vivencias de desgobernio psíquico	Casos	Porcentaje
Insuficiencia actividad psíquica . . . . .	150	30,0
Flujo de ideas . . . . .	31	6,3
Influencia sobre la actividad psíquica . . . . .	91	18,2
Robo del pensamiento . . . . .	39	7,8

*va de insuficiencia*, o como *flujo de ideas*. En otro caso se presentan las vivencias de desgobernio de la actividad psíquica en forma de *influencias en la esfera de la actividad psíquica* y de *robo del pensamiento*. Sea el que sea el contenido de la vivencia, el sujeto percibe subjetivamente la sensación de que sobre su pensamiento influyen fuerzas extrañas, que llega a decisiones o ejecuta actos extraños a su yo o en contra de su voluntad, que los pensamientos y propósitos no son personales, sino impuestos y extraños a su personalidad.

Dichos fenómenos los hemos ob-

*naza del yo y de su unidad*. Empero lo importante no es la denominación del síntoma, sino el hecho de que el proceso esquizofrénico haya creado en la conciencia del paciente un nuevo modo de percepción de los acontecimientos psíquicos, que acarrea las vivencias de *extrañeza de sí mismo*, y de *extrañeza de la realidad ambiental*, vivencias que consideramos de despersonalización. La vivencia de pérdida de la energía psíquica conduce a un refugio de la personalidad en el inconsciente, cuyas reservas dinámicas permiten todavía su conservación, pero la conserva-

ción de una personalidad transformada, falta de dirección. El primer efecto es que el sujeto se encuentra extraño a sí mismo, carece de fuerzas para luchar, se sumerge en el mundo de las vivencias y percepciones esquizofrénicas y termina por sentirse transformado en otra persona o cosa; ha perdido su propio yo y lo ha trocado por el yo esquizofrénico, originándose la denominada *vivencia de transformación* o *conversión*.

En la vivencia de transformación interviene la sensación de extrañeza de sí mismo, consecutiva

normales con el mundo exterior y se experimentan la serie de sensaciones raras y extrañas que hemos descrito. Por otra parte, la hipotonía de la conciencia aleja al paciente de la realidad ambiental, experimentándose una sensación subjetiva de *cambio del medio ambiente*.

Consideramos, por consiguiente, fenómenos de despersonalización las vivencias de extrañeza de sí mismo y del medio ambiente, la de transformación, la de alteración del esquema corporal (dismorfopsias) y la percepción de extra-

Vivencias de despersonalización	Casos	Porcentaje
Extrañeza de sí mismo y conversión . . . . .	187	35,4
Extrañeza del medio ambiente . . . . .	100	20,0
Dismorfopsias. . . . .	77	15,4
Sensaciones extrañas . . . . .	34	6,8

al desgobierno de la actividad psíquica; pero también la alteración de las percepciones cenestésicas, que el sujeto experimenta subjetivamente como una *alteración del esquema corporal*, bien en forma de *dismorfopsias*, o de sensaciones extrañas (cerebro de cristal, gota de cera en el cerebro, etc.), bien como vivencia de *extrañamiento* del mundo externo. Unas y otras vivencias se deben a que la organicidad y destructividad del proceso esquizofrénico altera las sensaciones cenestésicas. Consecutivamente se rompen las relaciones

ñas sensaciones corporales que nada tienen que ver con las alucinaciones cenestésicas. Entre las vivencias de transformación pueden registrarse la de conversión del propio yo (*cambio de personalidad*), la de trueque del yo individual por el de otra persona, la de haberse transformado en un animal o cosa (*transitivismo*), o la de experimentar en el propio cuerpo los fenómenos que ocurren en una persona extraña (*personificación*). Ahora bien, para que se trate de auténticas vivencias esquizofrénicas primarias, principalmente

si se trata de la vivencia de transformación de la personalidad, es necesario que se experimenten súbitamente y como vivencia extraña al yo. Hemos obtenido las siguientes cifras de frecuencia de las vivencias de despersonalización:

#### Vivencias catastróficas

El estado de ánimo esquizofrénico y el temple delirante son síntomas frecuentes en los brotes esquizofrénicos agudos, pero que no deben confundirse uno con otro, pues tienen diferente valor semiológico.

El estado de ánimo esquizofrénico lo consideramos consecutivo al desgobierno de la actividad psíquica causado por la hipotonía de la conciencia, pues consecutivamente a dicho desgobierno el sujeto no sólo se encuentra alejado de su yo (vivencias de despersonalización), sino también del medio ambiente. Por consiguiente, experimenta simultáneamente la sensación de que tanto él como las personas y las cosas que le rodean aparecen cambiadas, de lo cual nace la sensación de que *algo extraño ocurre en el mundo, temiéndose que ocurran insólitos sucesos*. Consecutivamente el enfermo experimenta la sensación de que le amenaza un peligro, originando cierto estado de angustia, perplejidad, incertidumbre, confusión e inquietud, que se han considerado espe-

cíficos del brote esquizofrénico cuando reúnen determinadas características. La dificultad reside en señalarlas, pues las sensaciones subjetivas propias del estado de ánimo esquizofrénico se experimentan en diversa manera por cada paciente, y de aquí que también se describan en muy variada manera por los autores.

Nosotros entendemos por estado de ánimo esquizofrénico la sensación de que *ocurrirá algo definitivo y catastrófico para la personalidad*. El enfermo no sabe decir lo que le sucede, tiene miedo a todo sin saber a qué, teme volverse loco, siente que pierde energía y actividad psíquicas, que se disuelve su personalidad, etc., etc. Consecutivamente sobrevienen infinita angustia y desconsuelo, síntomas casi constantes en los brotes esquizofrénicos agudos. El desgobierno de la actividad psíquica causa también la perplejidad y desconsuelo, síntomas cuasi patognomónicos esquizofrénicos cuando no tiene etiología comprensible psicológicamente el estado de ánimo existente, o la reacción rebasa a la presumible causa.

La separación entre el estado de ánimo esquizofrénico y el temple delirante es difícil, porque las percepciones delirantes propias del último también desconciertan al paciente al presentarse instantánea e inesperadamente. Consecutivamente, al estado de ánimo esquizofrénico sobreviene la clara per-

cepción subjetiva de que «algo extraño ocurre», sin que el enfermo sepa decir con certeza qué «es lo que sucede». En algunos casos se teme «lo que sucederá», suceso que será catastrófico para el enfermo y para la humanidad, vivencia que suele denominarse de *fin del mundo* y que rara vez se experimenta con tal contenido. La vivencia de fin del mundo hemos visto que en algunos casos la experimenta el paciente como vivencia de *hallarse en pecado mortal*, y por ello sobrevendrán terribles castigos para la humanidad. Anotamos la siguiente frecuencia de los fenómenos des-

que no reúnen las características que nosotros asignamos a las auténticamente esquizofrénicas.

Prescindimos de la distinción entre percepciones, convicciones o ideas delirantes si la vivencia reúne las características que en seguida diremos.

Las vivencias delirantes primarias esquizofrénicas se caracterizan por la incomprendibilidad psicológica, la incorregibilidad, la insistemización y el no poder relacionarlas con otros síntomas. Se presentan súbita e inesperadamente, como una intuición, con gran certeza subjetiva, y carecen de

Vivencias catastróficas	Casos	Porcentaje
Estado de ánimo esquizofrénico . . . . .	242	44,4
Temple delirante . . . . .	40	8,0
Vivencia de fin del mundo . . . . .	4	0,8

critos en el cuadro que adjuntamos.

**Vivencias delirantes primarias**

Constituyen el fenómeno psicopatológico que se presenta con mayor frecuencia en los brotes esquizofrénicos, pues las hemos encontrado en 290 casos de los 500 examinados, con una proporcionalidad de 58 %. Ahora bien, consignamos exclusivamente aquellos casos en que parece bien definida y caracterizada la vivencia delirante primaria, desechando aquellas percepciones o ideas delirantes primarias

elaboración intrapsíquica. Empero, el enfermo experimenta súbitamente la intuición de que los acontecimientos externos tienen cierta *significación*, quieren indicar alguna cosa, sin que por ello se halle alterada la percepción, pues no se trata de alucinaciones, sino de simbolizaciones, de *conceder cierto significado a las percepciones normales*. Para diferenciar semiológicamente la vivencia delirante primaria conviene tener en cuenta que el trastorno no radica en la percepción, tampoco en la apercepción, ni en la ulterior elaboración intelectual, pues no la tiene, sino en

la *impulsión a la interpretación simbólica*.

Además de las percepciones delirantes que puedan tener relación con las vivencias de despersonalización, se observan percepciones delirantes primarias, consistentes en que el paciente relaciona con su persona los acontecimientos del mundo externo, relación morbosa que se establece primaria e instantáneamente, con plena certidumbre de los hechos por parte del paciente. El mundo sigue su marcha normal, pero todo lo que le ocurre se refiere a él: le aluden (delirio de alusión o autorreferencia).

En la clínica debe diferenciarse la vivencia delirante primaria esquizofrénica de la alusión o del delirio sensitivo de alusión de KRETSCHMER. El último tiene un origen dinámico, brota de determinados complejos afectivos subconscientes, esto es, relacionados con vivencias sobresaturadas afectivamente, y el establecimiento de las relaciones egocéntricas con el medio ambiente sobreviene paulatinamente y cuando se ha producido en el sujeto el estado afectivo denominado *humor delirante*, que nada tiene que ver con el *temple delirante* procesual. En nuestra investigación estadística hemos separado el delirio sensitivo de alusión psicogénico del procesual, incluyendo el último entre las vivencias delirantes primarias, y el psicotécnico entre las superestructuras constelacionales que pueden observarse en la es-

quizofrenia. Registramos 105 casos de delirio de alusión psicogénico, con un porcentaje de frecuencia del 21 %.

Es muy difícil decidir si las *vivencias de influencias corporales* deben considerarse vivencias delirantes o fenómenos seudoperceptivos, pues reúnen los caracteres de unas y otros. El paciente experimenta la sensación de violación, robo de semen, calambres eléctricos, etcétera como auténticas alucinaciones cenestésicas, pero las interpreta con un significado (el daño que quieren hacerle sus enemigos) y por ello reúnen las características de las percepciones delirantes y de los trastornos alucinatorios, prefiriendo incluirlos entre los últimos.

#### **Vivencias alucinatorias**

##### **Las alucinaciones esquizofrénicas**

Las alucinaciones procesuales o primarias esquizofrénicas ofrecen características específicas que permiten diferenciarlas perfectamente de las alucinaciones que se presentan en otras psicosis, especialmente en las infecciosas y tóxicas. La distinción es más difícil cuando se trata de enfermedades endógenas como la epilepsia, o exógenas procesuales de cierto tipo, como los procesos alcohólicos o traumáticos cerebrales.

Consideramos alucinaciones esquizofrénicas primarias sólo aquellas que se caracterizan por su cla-

ridad y corporeidad, y por el carácter de *impuestas* que tienen: el sujeto se encuentra *obligado* a oír las voces, a sufrir las corrientes eléctricas y malos olores, fenómenos alucinatorios que se producen en contra de su voluntad, sin que pueda sustraerse a ellos, lo cual le desconcierta y molesta.

Las alucinaciones primarias pueden referirse a todos los sentidos, pero pueden considerarse casi patognomónicas los *fonemas* que se refieren a los actos del paciente, principalmente si son imperativos, el *eco* o resonancia del «pensar en alta voz» y las percepciones de influencia corporal a que nos referimos en el párrafo anterior. Las *alucinaciones visuales* nunca ofrecen

el carácter de corporeidad que las auditivas, y de aquí que no las consideremos síntomas de procesualidad cuando se trata de visión de resplandores o de personajes divinos o humanos. En cambio, nos parece que tienen carácter de procesualidad las *alucinaciones autoscópicas*, tanto internas como externas, aunque son de muy rara presentación, como puede verse en la estadística. Tampoco nos parece que tiene carácter de procesualidad las *alucinaciones de visión de movimiento*, ni las vivencias de *levitación*, puesto que difícilmente se diferencian de las que se observan en las psicosis exógenas. Veamos la proporcionalidad de los fenómenos alucinatorios:

Alucinaciones	Casos	Porcentaje
Fonemas sobre los propios actos . . . . .	159	31,8
Fonemas dialogados. . . . .	4	0,8
Eco o resonancia del pensamiento . . . . .	20	4,0
Influencias corporales . . . . .	27	5,4
Visuales . . . . .	75	15,0
Visión de movimiento . . . . .	6	1,2
Autoscópicas externas . . . . .	5	1,0
Autoscópicas internas . . . . .	1	0,1
Levitación . . . . .	12	2,4