

Eugen Bleuler

## La esquizofrenia (1926)

Quisiera, en primer lugar, expresar mi profunda gratitud por haber sido invitado para presentar un informe al Congreso de Médicos Alienistas y Neurólogos de Francia y de los Países de Lengua Francesa. Aprovecho la ocasión para honrar la memoria de esa dinastía de célebres psiquiatras que nos dio la Francia del siglo XIX. Sobre su obra reposa la psiquiatría contemporánea, no sólo en su país de origen sino en el universo entero. Y si hoy debatimos las cuestiones que figuran en el orden del día, es sólo para ver de qué modo algunas nuevas experiencias, adquiridas posteriormente, pueden ser alojadas en el edificio erigido por tan ilustres predecesores.

El tiempo del que dispone un ponente del Congreso no es suficiente para permitirle aportar las pruebas que apoyan su parecer; me esforzaré pues, simplemente, en presentar mis ideas de una forma que resulte comprensible incluso para quienes están acostumbrados a estudiar los mismos problemas desde un ángulo completamente distinto. Soy consciente de que es una tarea difícil. Cuando leo trabajos franceses sobre la esquizofrenia, tengo la impresión de ser un personaje legendario al que a menudo se atribuyen palabras que jamás ha pronunciado y actos que nunca llevó a cabo. Mi terminología se basa en un punto de vista diferente del que es habitual en los alienistas franceses; por tanto será difícil evocar en ustedes exactamente las mismas representaciones mentales que deseo evidenciar. Temo que esta dificultad no podrá ser totalmente superada. Les ruego, no obstante, que no juzguen demasiado prematuramente mi labor. Algunas de mis afirmaciones po-

drán parecerles erróneas; sin embargo, quizá se trate en tal caso de un simple malentendido. Apelo a su indulgencia si, en mi exposición, no llego a alcanzar la claridad y la precisión que caracterizan al pensamiento francés.

En el marco de un simple informe, sólo podré esbozar algunos puntos básicos. Los datos que debemos discutir son complejos; algunas de mis aserciones solamente son adecuadas con reservas, así que no siempre será posible precisarlas más. Tampoco podré mencionar todas las excepciones. No obstante, quisiera expresar el deseo de que el debate se plantee sobre *hechos y conceptos*. Que un *nombre* haya sido bien elegido o no tiene sólo un interés completamente secundario. Me interesa igualmente ponerles en guardia contra los peligros de una discusión sobre la aplicación de la noción de *demencia* a la esquizofrenia. Tal discusión está condenada a seguir siendo estéril si cada cual no establece previamente el sentido que da a la palabra «demencia». No existe *una* sino varias demencias. Esta palabra tiene un significado más social que patológico.

Cuando en 1886 dejé la clínica de Zurich para ser médico-jefe del asilo de Rheinau (Suiza), llevé conmigo cierto número de jóvenes pacientes en los que no había podido obtener ninguna mejoría. Dedicándome completamente a ellos, esperaba alcanzar mejores resultados, tanto más considerando que los enfermos estarían entonces alojados en un asilo en pleno campo y se encontrarían en condiciones más favorables que las que podía ofrecerles una institución suburbial. Tales pacientes estaban

etiquetados con los diagnósticos más variados: melancolía, manía, paranoia, confusión mental, etc.; sin embargo, con el tiempo todos evolucionaron hacia la misma forma peculiar de demencia. Diez años más tarde, Kraepelin describió esta forma bajo el nombre de «Verblödungspsychose» (psicosis demencial), al que substituyó enseguida por el de *demencia precoz*.

Fue una muestra del genio de Kraepelin determinar al mismo tiempo que el grupo de la demencia precoz el de la psicosis maniaco-depresiva. Porque precisamente esa oposición es lo que aclara plenamente la noción kraepeliniana de demencia precoz y lo que permite determinar sus límites. Sin embargo, fue necesario mucho tiempo para que el concepto de Kraepelin se admitiese incluso en su país de origen. Creo que durante muchos años yo fui el único en reconocer todo el alcance que tenía el concepto y en adoptarlo sin reservas. Por otra parte, el obstáculo principal no residía en los hechos en sí mismos, sino en el nombre elegido para designarlos. Ya desde el principio, Kraepelin advirtió curaciones sociales de la psicosis descrita; sin embargo, la palabra demencia sugería la idea de enfermedad absolutamente incurable, y por eso se oía siempre repetir la muy superficial objeción de que en la mayoría de los casos no se trataba de demencia ni de precocidad. Con el fin de salir al paso a tal clase de objeciones, propuse el nombre de *esquizofrenia*<sup>1</sup>. Pero incluso tras este cambio de nombre se ha continuado, en muchos sitios, queriendo separar los casos de evolución más benigna de los que finalizan en un estado definitivo de deterioro y pretendiendo ver en los primeros una entidad clínica autónoma.

<sup>1</sup> Si el término de Chaslin, «locura discordante», ya hubiese existido en ese momento, hubiese podido igualmente escogerlo.

Por otro lado, yo mismo había dudado durante mucho tiempo si unir o no al grupo de la demencia precoz las formas paranoides leves, en las cuales la personalidad del enfermo parece mantenerse relativamente bien conservada. Cuando me decidí a hacerlo, el propio Kraepelin separó de la demencia precoz estos casos bajo el nombre de *parafrenias*. Este hecho es bastante demostrativo de las dificultades que encontramos en este terreno y de las divergencias de enfoque que de ahí resultan.

La esquizofrenia se distingue de cualquier otra afección por las siguientes características:

En primer lugar, desde el punto de vista *anatómico*: en todos los casos severos de esquizofrenia se constatan modificaciones anatomopatológicas en el cerebro, modificaciones de un carácter suficientemente definido y que no se encuentran en absoluto en las otras psicosis. La intensidad de tales modificaciones se corresponde poco más o menos con la gravedad de los síntomas primarios, tales modificaciones tienen un carácter crónico en los casos de evolución crónica, y un carácter agudo durante el curso de los brotes agudos de la enfermedad. *La esquizofrenia es así no sólo una entidad clínica, sino al mismo tiempo una entidad anatomopatológica.*

La enumeración de todos los síntomas de la esquizofrenia sería demasiado larga. Por ello, esta enfermedad es más fácilmente delimitable, desde el punto de vista semiológico, por el lado negativo. Los trastornos primarios de la percepción, de la orientación, de la memoria y de la coordinación motora faltan por completo en la esquizofrenia. Tampoco aparecen los signos característicos de las psicosis orgánicas (demencia senil, parálisis general, etc.), como son la imprecisión y lentitud de las per-

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

cepciones, la disminución del número de asociaciones simultáneas y su determinación por los instintos del momento, la dificultad de evocación, tanto más acusada cuanto más recientes sean los recuerdos, la labilidad del humor, etc.; ninguno de estos síntomas pertenece a la esquizofrenia. Tampoco encontramos en el terreno de la esquizofrenia trastornos de orden *epiléptico*, como el enlentecimiento, la dificultad para despegarse de un tema, la perseveración afectiva, la tendencia a perderse en detalles inútiles.

*Podríamos enumerar de igual manera los principales síntomas de otras afecciones y constatar que no se encuentran nunca en la esquizofrenia.*

Las únicas excepciones son la locura maniaco-depresiva y las neurosis, cuyos síntomas aparecen en los esquizofrénicos; sin embargo, en éstos se acompañan de signos característicos de disociación esquizofrénica. De todo esto se desprende que el grupo de las esquizofrenias presenta particularidades muy definidas que *permiten distinguirlo de todas las demás enfermedades* y que hacen de él una entidad autónoma.

En todas las formas de esquizofrenia, incluso en las menos acusadas, encontramos un trastorno particular de *pensamiento* caracterizado por un relajamiento (*Lokerung*) de las asociaciones habituales. A la pregunta: «¿Dónde está Egipto?», a ninguna persona normal se le pasa por la cabeza contestar: «Entre Asiria y el Estado del Congo». Ya el hecho de asociar en el pensamiento uno de los más antiguos Estados del mundo con uno de los más modernos no es posible más que cuando la noción del tiempo, que en el hombre normal nunca deja de desempeñar su papel en el inconsciente, ha sido omitida por el enfermo. Pero juntarlos con la noción de Egipto es aún más raro

desde el punto de vista geográfico. Una idea menos complicada, como «Noreste de África» o cualquier otra parecida, no surge en el enfermo, sino por el contrario la de un país que pertenece a otro continente y cuya frontera ni siquiera roza a Egipto, y seguida de la de otro país que sólo indirectamente se relaciona con Egipto a través del Sudán. Y no obstante la respuesta del enfermo demostraba que conocía bien la situación geográfica de Egipto.

Para resaltar todo el alcance de este trastorno de las asociaciones hubiera sido necesario dar aún toda una serie de ejemplos. No podemos hacerlo aquí. El ejemplo citado bastará sin embargo para dar una idea de lo que tenemos en mente cuando hablamos de un relajamiento de las asociaciones. Muchos otros trastornos, relacionados con la lógica y los conceptos, pueden deducirse de ese relajamiento, tales como la insuficiencia del juicio, la imprecisión, la condensación de varios conceptos en uno solo, etcétera.

En la *esfera afectiva* constatamos un ostensible trastorno, que, en los casos graves, puede ser tan acusado que durante años no se detecte la mínima manifestación de los afectos. Los enfermos llevan una vida puramente vegetativa, incluso sin preocuparse de su propio cuidado, de forma que hasta el instinto de conservación parece completamente abolido en ellos. Hay que darles de comer, acostarlos y levantarlos; en caso de incendio se quedan inmóviles en medio de las llamas y se dejarían quemar vivos si no se les socorriese. Impasibles, pueden soportar sin decir una palabra el peor trato.

En los casos menos graves esos síntomas son menos acusados, pero en el fondo *se trata solamente de diferencias de grado y no de naturaleza*. Las reacciones afecti-

vas son irregulares, normales respecto a ciertos sucesos, pueden quedar enteramente ausentes respecto a otros, y esa falta de afectividad se manifiesta a menudo precisamente ante los acontecimientos más importantes. En tales momentos, bien la afectividad es «rígida», adecuándose mal a las modificaciones que se producen tanto en el ambiente como en el propio individuo, no poseyendo la plasticidad necesaria, hasta el punto de que se podría hablar de una especie de adiadococinesia afectiva; o bien nos encontramos en presencia de reacciones afectivas insólitas y paradójicas (paratimia, paramimia). Con frecuencia dos sentimientos opuestos colorean simultáneamente la misma representación mental (ambivalencia). En los casos algo menos acusados encontramos también un insuficiente contacto con el ambiente, y en cambio una vida interior replegada sobre sí misma (autismo). Los trastornos de las asociaciones y de la vida afectiva, descritos anteriormente, así como el autismo, no faltan en ningún caso grave de esquizofrenia. Creo que constituyen los signos esenciales de esta enfermedad. Por esa razón les llamamos *síntomas cardinales*.

Aparte de esos síntomas cardinales, existen *síntomas accesorios*. Éstos pueden estar tanto presentes como ausentes. Casi nunca se los encontrará reunidos en el mismo enfermo. Algunos de esos síntomas sólo se ven en esquizofrénicos, por ejemplo, la sensación del paciente de que sus pensamientos son bloqueados por una fuerza exterior, o, por el contrario, «hechos» por enemigos, de que su voluntad sufre extrañas influencias, de que le hipnotizan, etc. Enfermos lúcidos, bien orientados, pero que manifiestan ideas delirantes incoherentes o presentan alucinaciones masivas, sobre todo alucinaciones de la sensibilidad

general, cenestésicas (les electrizan, les golpean, les queman, les cortan en pedazos, les violan, etc.), o también que realicen actos impulsivos sin ningún motivo plausible, sólo se encuentran entre los esquizofrénicos. La confusión esquizofrénica, sobre todo en su forma crónica, difiere claramente de los estados confusionales de otros orígenes. La catalepsia, el estupor, la hipercinesia, las estereotipias, el negativismo, la eco-praxia, los automatismos, en una palabra: los *síntomas catatónicos* se encuentran de forma pronunciada casi únicamente en las esquizofrenias o como mucho en las formas mixtas (los síntomas análogos, observados en la encefalitis epidémica, tienen un carácter sensiblemente diferente). En el fondo, los síntomas accesorios también llevan el marchamo de la esquizofrenia; por eso distinguimos sin ninguna dificultad, por ejemplo, las alucinaciones de un delirante alcohólico de las de un esquizofrénico. Por otra parte, Kraepelin llegó a su concepto de demencia precoz basándose ante todo en los síntomas accesorios.

Podríamos así establecer una larga lista de peculiaridades que sólo existen en el grupo de las esquizofrenias. Y si bien no encontramos nunca todos los síntomas esquizofrénicos reunidos en el mismo enfermo, no es menos cierto que los que presente tendrán casi siempre la marca característica de esta afección. Del mismo modo, una variedad de la raza europea se diferencia de cualquier otra variedad de la misma raza mediante numerosos signos particulares; sin embargo, ningún individuo de una variedad dada reúne todos los rasgos distintivos, y dos individuos de la misma variedad pueden aparentemente no presentar sino rasgos diferentes o incluso opuestos.

Las divergencias constatadas en los diferentes *cuadros clínicos* tampoco nos pro-

porcionan base suficiente para desmembrar el grupo de las esquizofrenias. Tales divergencias no son sino la expresión exterior del mismo proceso fundamental. La esquizofrenia, como por ejemplo la tuberculosis, puede aparecer bajo diversas formas clínicas. Un síndrome que hoy parece un estado catatónico, paranoide, confusional o demencial, puede muy bien verse reemplazado al día siguiente, o haber sido precedido por otro síndrome completamente distinto pero de naturaleza esquizofrénica. Es verdad que la mayor parte de los estados terminales no retroceden de forma sensible y no cambian casi de aspecto, y que por otro lado el comienzo de la enfermedad nos permite, en ciertos casos, prever con gran probabilidad la evolución ulterior así como las características particulares de los estados terminales a los que llegará. Las formas paranoideas de evolución lenta, por ejemplo, habitualmente conservan hasta el final su carácter paranoide, mientras que las formas catatónicas, de comienzo insidioso, finalizan siempre en estados de deterioro acusado y permanente. *No es menos cierto que, en general, la forma que la enfermedad tome al principio no permite prever con certeza qué formas podrá presentar en el curso de las fases sucesivas de su evolución.* La forma primitiva puede dejar paso a cualquier otra forma terminal.

Podríamos también citar la opinión de numerosos alienistas franceses en apoyo de esta tesis. Remitimos, por ejemplo, a uno de los mejores manuales de psiquiatría disponibles, el de Rogues de Fursac. No deja de causar extrañeza que algunos se obstinen en considerar estos síndromes como entidades morbosas independientes.

El caso es que todas las numerosas tentativas de separar las formas paranoideas del conjunto de las esquizofrenias han fracasado

completamente. W. Mayer<sup>2</sup>, por ejemplo, ha podido demostrar que dos tercios de los pacientes que sirvieron de base a Kraepelin para su descripción del grupo de las parafrenias se convirtieron claramente en esquizofrénicos en el transcurso de los nueve años siguientes a la creación del concepto de las parafrenias, proporción al menos tan grande como la que se registra en los casos que empiezan con síntomas hebefrenocatatónicos agudos.

Lo mismo podemos decir respecto a las diferencias observadas en la *rapidez de la evolución*. Una demencia paranoide crónica parece, a primera vista, no tener nada en común con una catatonía aguda que, a menudo, estalla bruscamente y desaparece al cabo de algunos meses. Sin embargo, si examinamos con atención las historias de estos últimos pacientes, encontramos que en ellos la enfermedad evoluciona de una manera más o menos insidiosa durante decenas de años, presentando todos los casos exacerbaciones agudas de vez en cuando. En cada fase evolutiva la enfermedad puede permanecer estacionaria o incluso mejorar. Antes y después de cada brote agudo hay un periodo de evolución crónica; e incluso en los casos que, aparentemente, evolucionan de una manera de lo más lenta y regular, la posibilidad de un brote agudo jamás puede excluirse. Debido a esto, la intensidad y la gravedad de la enfermedad son enormemente variables, pues hay grados intermedios que unen, de manera continua, las formas más graves con las más benignas, de suerte que aquí tampoco existe un límite claro que permita establecer una distinción precisa. Además, cada uno de los

<sup>2</sup> «Paraphrene Psychosen». *Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, vol. 26, 1921, p. 77.

síntomas enumerados más arriba puede variar más o menos entre dos límites extremos, y esto independientemente de los demás síntomas, tanto en el mismo enfermo como también de un paciente a otro. Por eso es completamente imposible establecer una intensidad máxima que la enfermedad estudiada no pueda sobrepasar. Esto concierne sobre todo al síndrome que habitualmente llamamos «demencia». Cualitativamente, la demencia aquí siempre será específicamente esquizofrénica; en cuanto a su intensidad, variará desde un debilitamiento intelectual apenas perceptible hasta los mayores grados de la estupidez. *La distinción entre formas demenciales y no demenciales entraña únicamente una diferencia de grado y no de naturaleza.* Cualquier forma de esquizofrenia puede finalizar en un estado demencial mediante un simple aumento de la intensidad de los síntomas. La demencia manifiesta de orden esquizofrénico puede ser identificada por el hecho de que las asociaciones falsas e insólitas se producen en gran cantidad, el interés hacia el mundo exterior se modifica o falta por completo, y la vida afectiva está como bloqueada<sup>3</sup>. Si el número de falsas asociaciones es muy elevado, si la afectividad está intensamente bloqueada, la demencia esquizofrénica aparece de forma muy ostensible. Si, por el contrario, las asociaciones anormales sólo se producen raras veces y si la vida afectiva llega aún con relativa frecuencia a manifestarse de forma adecuada, la demencia es poco notable o incluso *preferimos, en estos casos, no hablar en absoluto de demencia. No obstante, se trata únicamente de una diferencia de grado, siendo los trastornos en*

*ambos casos de una misma naturaleza: sólo que, en uno de los dos casos, alcanzan una intensidad extrema y, al tiempo, se extienden a casi todas las reacciones del enfermo, mientras que en el otro son menos intensos y menos frecuentes y dejan paso de vez en cuando a comportamientos normales. Los materiales del pensamiento se mantienen completamente intactos tanto en un caso como en otro.*

La *confusión mental*, asimismo, no es sino la expresión de un aumento de la intensidad del trastorno de las asociaciones. Y si el debilitamiento de las asociaciones, que lleva a la confusión, parece presentar matices particulares, tales matices también se encuentran, aunque en grado menor, en las otras formas de las esquizofrenias. Ocurre que al hablar de confusión en la esquizofrenia, se contemplan solamente los casos en los cuales la mayoría de las asociaciones se desvían de la norma en la dirección de la que venimos hablando. En aquellos otros en que las desviaciones de tal orden se producen con menos frecuencia, se difuminan en el conjunto de los demás síntomas esquizofrénicos.

El intento de separar los casos graves de los benignos, como si fuesen entidades autónomas, ha quedado sobradamente anulado por el hecho de que cualquier caso de esquizofrenia puede permanecer estacionario en cualquier momento de su evolución o incluso retroceder parcialmente.

Si a lo antedicho añadimos también que la investigación de los factores hereditarios relaciona todas las formas de esquizofrenia con los mismos rasgos familiares, y que siempre hay que buscar la causa principal de la enfermedad propiamente dicha en una constitución peculiar, podemos por tanto afirmar que *todas las formas clínicas que hemos reunido bajo el nombre de esquizo-*

<sup>3</sup> Se percibirá sin esfuerzo hasta qué punto esta demencia difiere de la demencia orgánica y de la de las oligofrenias.

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

*frenia constituyen realmente una misma y única entidad, y esto tanto desde el punto de vista clínico como hereditario, etiológico y anatómico.* Que a esta entidad se le quiera llamar o no enfermedad es, desde luego, una cuestión de gustos.

Por mi parte, y en el estado actual de nuestra ciencia, considero a la esquizofrenia como una enfermedad. Comprendo no obstante, con facilidad, las dudas de los alienistas franceses, no sólo para hablar de enfermedad, sino también para reconocer el fundamento de la entidad clínica que me he esforzado por aislar. Los franceses son ciertamente los mejores psicólogos y creadores de sistemas, y nosotros... ¡los peores! Baste recordar aquí que Griesinger, el primer profesor de psiquiatría de la Facultad de Zurich, a quien debemos el primer manual moderno de psiquiatría en lengua alemana, no aporta en su libro ningún caso personal: los toma de los trabajos franceses, probablemente seducido por sus modélicas descripciones psicológicas. Desde el punto de vista psicológico, una catatonía aguda, una manía hebefrénica, un delirio de interpretación, una demencia crónica primitiva, son evidentemente estados completamente distintos, y el hecho de que un enfermo caiga en la demencia o no, es esencial. Los cuadros clínicos de la psiquiatría francesa merecen pues el nombre de entidades igual de bien que la esquizofrenia o la psicosis maníaco-depresiva, pero se trata de entidades de un orden diferente. También en el reino vegetal podemos distinguir árboles, arbustos y hierbas, pero podemos aplicar asimismo a este dominio las clasificaciones de Linneo o la de Candolle. Cada una de esas clasificaciones tendrá su razón de ser, con la condición de no ser aplicada más que allí donde pueda ser útil; es evidente que no sirve para nada agrupar todos los árboles en

una entidad siguiendo un criterio filogenético, ni tampoco considerar como entidad a todas las monocotiledóneas cuando se trate de determinar su rendimiento como leña para calefacción. En un momento dado la medicina consideró a la hidropesía como entidad clínica; admitió entonces una clasificación de la misma según los órganos afectados; se hablaba de hidropesía del pecho, del pericardio, de una ascitis, etc. Más tarde la hidropesía se convirtió para nuestra ciencia en un síntoma común a varias afecciones. La ciencia no debe ser unilateral en ningún caso. Debe contemplar todos los puntos de vista que pueden entrar en juego y elegir entre ellos el que mejor responda al fin perseguido. Los cuadros clínicos de orden psicológico presentan la gran ventaja de precisar, en cada caso particular, relaciones psicológicas esenciales, así como el modo de comportarse el enfermo y el alcance social de la afección. Incitan cada vez más al psiquiatra hacia la observación psicológica —siempre que esté capacitado para hacerla. El excelente trabajo de Sérieux y Capgras sobre los delirios de interpretación probablemente no habría visto la luz si la psiquiatría francesa hubiese enfocado las cosas desde otro ángulo.

Así pues, por otra parte, descubrimos, hoy en día, en un grupo de enfermedades, aparentemente distintas unas de otras, tal conjunto de síntomas comunes y factores semejantes en su evolución y en su etiología que ya no parece permisible ignorar esa similitud. Y como esa etiología, esa evolución y esa sintomatología no se encuentran en otras, no es posible otra cosa sino hacer de ello una entidad y enfrentarla a las otras entidades. Estamos autorizados para hablar, en ese sentido, de una entidad morbosa, de una enfermedad o de un grupo de enfermedades.

Al hacerlo, podemos perfectamente conservar las nociones anteriores, como la catatonía, la confusión mental, la paranoia, el delirio de interpretación, etc. Sólo que veremos en ellas subdivisiones de la nueva entidad o, si ustedes lo prefieren, especies del mismo género.

Durante el curso de una parálisis general podemos encontrar síntomas maniacos, melancólicos o catatónicos. No por eso dejamos de hablar en esos casos de parálisis general; y es porque los estados terminales, los datos anatomopatológicos y la etiología son los mismos en todas esas variedades clínicas y existen numerosos síntomas que les son comunes, a los cuales, *por estas razones*, consideramos como síntomas cardinales de la afección<sup>4</sup>. Hubo una época en que los casos graves y los leves de la tuberculosis pulmonar eran considerados como enfermedades diferentes. Hoy en día tal cosa ya no puede plantearse. Todos los casos de «tisis», independientemente de su grado de gravedad, se consideran en la actualidad pertenecientes a la misma afección; de igual modo hemos aprendido a reunir en una misma y única entidad los casos graves y los casos benignos de esquizofrenia. Y en el terreno de esta afección no conocemos, hasta el presente, signos de orden cualitativo ni cuantitativo que nos permitan establecer subdivisiones que correspondiesen a diferencias biológicas precisas; incluso desde el punto de vista psicológico las diversas

formas clínicas se revelan, en un examen más atento, como pertenecientes a la misma enfermedad. La tendencia a llevar demasiado lejos la clasificación de las enfermedades mentales conduce muy a menudo a resultados de una espantosa esterilidad. Basta recordar a este respecto las treinta y una variedades de estados alucinatorios que enumera Chaslin, los treinta y un nombres y treinta y una delimitaciones específicas que reunió en su concepto de la confusión mental primitiva<sup>5</sup>. La utilidad de una clasificación semejante es más que dudosa; por otra parte, nadie hasta el presente puede ufanarse de haber encontrado los signos precisos para delimitar tales subdivisiones específicas en la esquizofrenia; me parece juicioso deducir de ello que, hasta el momento es imposible establecerlas. Quizá con el tiempo se descubrirán nuevos criterios. De aquí a entonces es prudente mantenerse en las posiciones actuales, es decir, sin separar lo que no se puede diferenciar.

*El diagnóstico:* Contrariamente a lo que suele opinarse, el concepto de esquizofrenia es tan preciso como pueda serlo el de cualquier hecho observable en la naturaleza. No se deja confundir con ninguna otra afección mental. Como mucho, tiene alguna relación con la paranoia kraepeliniana. Entendemos ésta hoy como una reacción psicógena que se produce sobre una variedad particular de la constitución esquizoide. Se diferenciaría entonces de la esquizofrenia por la ausencia de lesiones anatómicas y de los síntomas de éstas.

La esquizofrenia abarca pues todos los grados que van sin solución de continuidad desde el estado normal a las formas más graves de demencia, de confusión o de

<sup>4</sup> Aunque con menos frecuencia que en la esquizofrenia, en la parálisis existen excepciones a la regla que acabamos de enunciar. Hay casos de parálisis que permanecen estacionarios, incluso que mejoran sin recaer hasta que el paciente muere, en tal caso, a causa de otra enfermedad. Y no sólo la enfermedad evoluciona más o menos rápidamente en distintas zonas del cerebro, sino que puede retroceder, a veces hasta simultáneamente, en todas las localizaciones cerebrales.

<sup>5</sup> CHASLIN, *La confusion mentale primitive*, París, 1895.



catatonía. Es evidente que las formas leves son las más difíciles de reconocer, como también es el caso de las formas leves de la debilidad mental o de la tuberculosis. Esta dificultad es aquí tanto mayor en cuanto el carácter innato, observado en el individuo antes del supuesto inicio de la enfermedad, presenta en germen los mismos rasgos esenciales que la esquizofrenia manifiesta. A veces *la observación saca a la luz incidentalmente* la presencia de una idea delirante o de alucinaciones en individuos que se comportan normalmente en la vida cotidiana y que son considerados sanos por quienes les rodean. Designamos esos casos con el nombre de *esquizofrenia latente*. A menudo es posible diagnosticar esta forma de la esquizofrenia si en el pasado de un psicópata se encuentra, en un momento dado, un brusco punto de inflexión en la evolución personal del individuo, un cambio de carácter en dirección a la esquizofrenia. Pero es sobre todo al estudiar atentamente el pasado de los esquizofrénicos manifiestos cuando nos damos cuenta de la existencia de la forma latente; constatamos en su pasado numerosas peculiaridades cuya naturaleza esquizofrénica no presenta la menor sombra de duda a la luz de la observación actual; la enfermedad, hasta entonces latente, se volvió manifiesta mediante una simple exacerbación del estado anterior.

Mientras que la esquizofrenia permanece latente suele ser habitualmente etiquetada como *degeneración*, o, según nuestro vocabulario, como psicopatía. El diagnóstico de esquizofrenia no se hace posible hasta que la aparición de uno de los síntomas indudables de esta psicosis no zanja definitivamente la cuestión. Las «*bouffées délirantes*» de Magnan es evidente que se encuentran tanto en esquizofrénicos como en

simples degenerados. La presencia de las características de un proceso esquizofrénico permite reconocerlos como tales, pero la ausencia de esos signos no excluye en absoluto el diagnóstico: pues pueden producirse reacciones puramente esquizofrénicas en el curso de cualquier esquizofrenia y en cualquier momento de su evolución. A veces también es difícil en la práctica hacer la distinción entre la esquizofrenia y las neurosis. Síntomas histéricos, neurasténicos, obsesivos, todos los síntomas neuróticos, en una palabra, pueden encontrarse en el curso de una esquizofrenia. Por eso los casos de comienzo insidioso son a menudo confundidos con neurosis. Esto tiene gran importancia tanto desde el punto de vista pronóstico como para el tratamiento.

*Asociaciones de síntomas esquizofrénicos con los de otras psicosis.*—Las que más claras resultan son las relaciones de aquéllos con las *psicosis orgánicas*. Si una parálisis general, una demencia senil o una psicosis de Korsakov afectan a un individuo esquizoide, los síntomas esquizofrénicos fácilmente vendrán a complicar el cuadro clínico de esas psicosis<sup>6</sup>.

Tres eventualidades son posibles cuando coexisten en el mismo individuo factores esquizoides y *factores maniaco-depresivos* de orden constitucional:

1.º Aparición de accesos maniaco-depresivos de tinte esquizoide, por analogía a lo que acabamos de decir sobre presencia de síntomas esquizofrénicos en el curso de psicosis orgánicas. En este caso no existe proceso esquizofrénico, ni, por consiguiente, estado demencial.

<sup>6</sup> En caso de que una psicosis orgánica, tras la destrucción parcial del cerebro, detenga su evolución, la secuela que de ello resulte puede presentar las características de un cuadro netamente esquizofrénico.

2.º Aparición de una esquizofrenia que presente algunos síntomas maniaco-depresivos.

3.º Coexistencia simultánea de las dos afecciones, sea que una de ellas desencadene la otra, sea que se manifiesten con independencia una de otra. En estos pacientes vemos entonces sucederse accesos maniaco-depresivos y brotes esquizofrénicos, eventualmente seguidos estos últimos de una agravación progresiva de la demencia esquizofrénica. Es interesante señalar que la asociación de las dos afecciones, en ciertos casos, puede ser tan íntima que se transmite como tal de generación en generación, formando así una verdadera entidad hereditaria (Madame F. Minkowska).

Es posible, además, que ciertos estados maníacos y sobre todo ciertos estados melancólicos no sean sino manifestaciones directas de un proceso esquizofrénico.

Cuando hay presencia simultánea de esquizofrenia y locura depresivo-maniaca, el pronóstico depende de la intensidad del proceso esquizofrénico.

Las asociaciones de la esquizofrenia con la *epilepsia* presentan probablemente las mismas variedades que las de la esquizofrenia con la locura maniaco-depresiva.

Si la esquizofrenia evoluciona en un *débil mental*, la asociación de ambas afecciones no presenta ninguna particularidad sobresaliente. En todo caso se puede señalar que la paranoia de los oligofrénicos, debido a su debilidad mental y su tendencia a las alucinaciones, a menudo es difícil delimitarla de las formas paranoides.

*Patología.*—La esquizofrenia es una afección fisiógena, es decir, de base orgánica. Sin embargo, posee tal superestructura psicógena que la gran mayoría de los síntomas manifiestos de esta enfermedad, como son las alucinaciones y las ideas delirantes,

así como todo el modo de comportarse del enfermo, se derivan de factores y mecanismos psicológicos. Algunos psicoanalistas llegan incluso a entender que la esquizofrenia en pleno es una afección psicógena. Esta opinión es ciertamente errónea. La esquizofrenia, por un lado, tiene en común con las psicosis orgánicas la existencia de síntomas directamente derivados de un proceso cerebral, y por otro, con las neurosis, la evolución de síntomas psicógenos sobre la base de una constitución particular.

*El origen orgánico* de la esquizofrenia es demostrable hoy día con toda la evidencia que se quiera exigir. Ya hemos hablado más arriba acerca de los datos anatomopatológicos. Desde el punto de vista clínico, hay que retener que la mayoría de los accesos agudos se producen sin ningún motivo psíquico aparente y que toda la evolución crónica hacia la demencia es asimismo independiente de la situación psíquica. La enfermedad se encuentra en todas las clases sociales y no es menos frecuente en los ricos que en los pobres. La última guerra no ha aumentado el número de esquizofrénicos a pesar de todas las dificultades y todos los choques emotivos que causó. Y en fin, casi siempre se llega a distinguir sin demasiadas dificultades los síntomas psicógenos de los síntomas fisiógenos, por ejemplo, un estado crepuscular de orden psicógeno de un acceso agudo de catatonía o de confusión de orden orgánico.

No sabemos aún nada seguro acerca de la naturaleza del proceso orgánico que está en la base de la esquizofrenia. Algunas circunstancias hablan a favor de un trastorno primitivo de naturaleza química. Hace ya mucho tiempo que alienistas principalmente franceses han llamado la atención sobre la posibilidad de una relación de la esquizofrenia con la insuficiencia hepática. Pero

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

aún estamos lejos de ver con claridad los factores fisiológicos de la esquizofrenia.

Un agente tónico o lesiones cerebrales determinarán los síntomas primarios, siendo el trastorno esquizofrénico de las asociaciones, claro está, uno de los más elementales entre los síntomas psíquicos que conocemos. La mayoría de los otros síntomas se deducen de él sin gran dificultad. Sin embargo, esto no es más que una hipótesis, de la cual es completamente independiente el valor de la esquizofrenia como unidad clínica. Atribuyo a esta hipótesis tanta menos importancia en cuanto que ese síntoma, en sí mismo, no es a mi entender sino la expresión de un trastorno *más general* de la vida psíquica del individuo, trastorno que no hemos conseguido precisar hasta el presente. Comprobamos asimismo excitaciones nerviosas en la base de parte de las manifestaciones alucinatorias y tenemos razones para admitir que los trastornos de la función de los núcleos centrales tienen cierto papel en la génesis de los síntomas de tipo afectivo y catatónico. Casi diría que el trastorno primitivo se extiende principalmente sobre la *vida instintiva*. No obstante, no puedo probar ahora los fundamentos de esta afirmación, ni decir de manera suficientemente precisa en qué consiste tal trastorno de la vida instintiva. Por eso no me extenderé más aquí.

Las alteraciones de la lógica, incluidas las ideas delirantes, pueden muy bien entenderse como consecuencias del debilitamiento de las asociaciones habituales, mientras que parte de las alucinaciones, sobre todo las alucinaciones de la sensibilidad general, a semejanza de las del delirio alcohólico, no son otra cosa que el resultado de excitaciones nerviosas reales interpretadas erróneamente, es decir, son parestesias que, a consecuencia de los trastornos

del pensamiento, son proyectadas al exterior y objetivadas. Pero tales alucinaciones así generadas, una vez que el individuo las ha conocido y ha almacenado su recuerdo, pueden posteriormente ser evocadas directamente y reproducidas por vía psíquica. De ese modo, la sensación de ser electrizado es al principio una parestesia interpretada de forma errónea; pero a continuación puede ser evocada psíquicamente al servicio de las ideas delirantes. Las alucinaciones visuales tienen a menudo el mismo carácter. Entre las auditivas, las alucinaciones médicas son habitualmente de origen orgánico, por el contrario, las alucinaciones verbales, las voces, al menos en cuanto a su contenido, son psicógenas. Pero es más que probable que existan también otros mecanismos que puedan contribuir a producir alucinaciones verbales. Los síntomas catatónicos, con los trastornos graves de la ideación, de la voluntad y de la motricidad que les caracterizan, suponen una disposición orgánica particular; sin embargo, los factores psíquicos pueden ejercer una gran influencia sobre ellos. Basta recordar el hecho de que estos síntomas, a consecuencia de circunstancias ambientales, pueden desaparecer bruscamente o aparecer de nuevo de un momento a otro.

Parece probable que ciertos *accesos maníacos* y sobre todo ciertos *accesos de depresión*, observados en el curso de esquizofrenias, no se deban a un temperamento ciclotímico. Sin embargo, es difícil precisar el vínculo que relacione tales accesos con el proceso esquizofrénico en sí.

En cuanto a las reacciones psicógenas producidas sobre la base de trastornos cardinales de orden esquizofrénico y bajo la influencia de dificultades pasajeras, están completamente aclaradas. Se trata, evidentemente, de estados de excitación de to-

do tipo, de estados crepusculares, de *bouffées* delirantes y de síndromes agudos o crónicos de carácter histérico, «neurasténico» o hipocondriaco.

La distinción de los síntomas psicógenos y fisiógenos tiene en el campo de la esquizofrenia una gran importancia tanto desde el punto de vista del pronóstico como en lo concerniente a cuestiones de orden práctico, como son, por ejemplo, las de daños y perjuicios o los seguros. Los síntomas orgánicos indican siempre la persistencia o la evolución del proceso morboso. Los síntomas psicógenos, por el contrario, sólo son reacciones que retroceden completamente con la desaparición de sus causas. Sin embargo, si la causa se perpetúa, tales síntomas pueden volverse crónicos, como es el caso, por ejemplo, de un delirio de persecución desarrollado sobre la base de ciertos complejos.

Por otra parte, la mayor parte de los síntomas tienen un origen mixto. Ya sea en el consciente o en el inconsciente de una enferma que hasta entonces se había mantenido como esquizofrénica latente, el matrimonio de la hermana menor despierta el sentimiento de su propia incapacidad de amar. Este traumatismo psíquico puede determinar un estado de excitación si la enferma ya era anteriormente una esquizofrénica; pero, por otro lado, el proceso esquizofrénico por sí solo, sin el concurso del traumatismo, habría sido incapaz de producir un acceso semejante.

Desde el punto de vista *terapéutico* son sobre todo las secuelas psicógenas de los accesos graves las que atraen nuestra atención. Después de un brote agudo se ve con frecuencia que el enfermo no reencuentra el camino de la realidad; por el contrario, queda adherido a algunas ideas delirantes o a ciertas tendencias patológicas, como, por

ejemplo, la del suicidio. Es cierto, la dificultad de retomar a la vida normal demuestra que el proceso esquizofrénico no ha remitido del todo; sin embargo, con la ayuda de procedimientos psicoterapéuticos se llega a menudo a hacer abandonar al paciente su actitud morbosa. La situación es muy parecida a la de un hombre normal a quien tras un sueño muy vivo le costase trabajo recobrar su orientación.

Allá donde los síntomas orgánicos predominan, nuestros medios de tratamiento se muestran tan impotentes. Por el contrario, cuando nos encontramos en presencia de una superestructura psicógena acusada el pronóstico depende, en su mayor parte, del tratamiento. Son la habilidad y el saber hacer del médico los que decidirán el destino ulterior del enfermo. Bajo la influencia del tratamiento apropiado, muchos pacientes que estarían condenados a permanecer en el asilo hasta el fin de sus días reemprenden sus actividades en el exterior. La esquizofrenia es la única psicosis en la que el médico puede verdaderamente hacer algo eficaz para el restablecimiento de las facultades esenciales del individuo.

El *contenido de las alucinaciones* y de las ideas delirantes está determinado, fuera de los estados crepusculares graves de naturaleza catatónica, por los deseos y temores del enfermo. Algunos de esos deseos y temores han sido reprimidos y son, por consiguiente, inconscientes. Por esta razón, las alucinaciones y las ideas delirantes surgen muy a menudo directamente del inconsciente y no son reconocidas por el individuo como pertenecientes a su personalidad. En los delirios crónicos, incluso cuando la confusión es muy acentuada, es posible descubrir el sentido profundo de las ideas delirantes. El conocimiento de los mecanismos psicológicos, descubiertos por

## HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA

Freud se muestra aquí especialmente importante. La gran mayoría de los deseos, sobre todo de los deseos sexuales, se expresa de forma *simbólica*; los términos usuales del lenguaje adquieren un nuevo significado; varias ideas se hallan «condensadas» en una sola, etc.

Todos estos mecanismos freudianos, como son el desplazamiento de elementos afectivos, el simbolismo y la condensación, se observan en la esquizofrenia. Lo mismo ocurre en cuanto al papel predominante de la *sexualidad*. No existe apenas en la mujer esquizofrénica una sola idea delirante de la cual la sexualidad no constituya el motivo esencial, por no decir el único. Y en el hombre encontramos igualmente, en todos los casos, la existencia de complejos sexuales, bien solos, bien junto a otros complejos. Dado que he podido comprobar esas relaciones en las personas normales y en toda una serie de enfermos, y por haber aprendido a apreciar su papel en los neuróticos y en los psicóticos, soy un adepto a las ideas de Freud. Pero no puedo admitir su teoría de la evolución del instinto sexual y aún menos la del origen puramente psicógeno de la esquizofrenia. Sólo una parte de los síntomas es psicógena, y son los síntomas más aparentes; pero están lejos de ser las manifestaciones esenciales y primitivas de la esquizofrenia.

Encontramos en los esquizofrénicos, antes de la eclosión manifiesta de la afección, así como entre los miembros de su familia, particularidades muy características en su manera de ser. Esas particularidades son semejantes en todos sus aspectos a las que presentan los pacientes como residuo de un acceso esquizofrénico anterior; por otra parte, desde el punto de vista cualitativo son exactamente de la misma naturaleza que los síntomas de una esquizofrenia ma-

nifiesta. Esta última aparece, en esas condiciones, como una exageración de las peculiaridades en cuestión. Designamos el conjunto de tales características con el nombre de *esquizoidia*. Cuando sobrepasan los límites de lo normal sin que pueda plantearse la existencia de un proceso morboso en vías de evolución, hablamos de *esquizopatía*. Y, por fin, cuando el proceso cerebral se produce, se trata de *esquizofrenia*. El modo esquizoide de pensar y sentir es la exageración de una función normal que se encuentra en todo individuo sano, el cual, según las circunstancias, reacciona bien como esquizotímico, bien de otra manera (*reacciones esquizotímicas*).

Debemos tener muy presente que hay una graduación insensible desde las reacciones esquizotímicas del hombre normal hasta las del esquizofrénico, pasando por el esquizoide y el esquizópata. Evidentemente, el proceso esquizofrénico parece antes que nada un elemento nuevo, un factor hereditario aparte («gen»), que se añade a la esquizoidia; pero las graduaciones que acabamos de mencionar hablan a favor de una hipótesis que ve la esquizofrenia como una simple exageración de la esquizoidia. Esta hipótesis también es posible; también en la locura maniaco-depresiva hay un ordenamiento ascendente que lleva desde las reacciones sintónicas del individuo normal, a través de los cicloides y los ciclópatas, hasta las formas francas de locura maniaco-depresiva; también aquí las investigaciones genealógicas han llegado a confirmar el parentesco próximo de esas manifestaciones de un mismo tipo. Es completamente erróneo pretender que Kretschmer y yo dividamos a toda la humanidad en dos clases: los esquizoides y los ciclótímicos. Los dos modos en cuestión no se excluyen de ninguna manera, y, en sus extremos patológicos, son

tan independientes uno de otro, desde el punto de vista hereditario, como el color del cabello lo es respecto del talento musical.

Algunos han formulado la opinión, como ya dijimos, de que tendría que intervenir un factor nuevo y autónomo para transformar la esquizopatía en esquizofrenia. Nuestros conocimientos actuales no hacen indispensable en absoluto esa hipótesis. Hay motivos para retener, sin embargo, que los esquizofrénicos presentan más signos de degeneración que los maniaco-depresivos, los paranoicos y los normales, y que los casos graves de la esquizofrenia tienen en general un aspecto más displásico que los casos ligeros. Esto hace suponer que una enfermedad constitucional predispone, al menos, a la esquizofrenia. Eso explicaría el hecho de que la esquizofrenia se encuentre asociada con relativa frecuencia a la epi-

lepsia, la cual también tiene algunas relaciones con la displasia. Se podría sin embargo objetar que la esquizofrenia afecta con la misma frecuencia a individuos inteligentes y a débiles mentales, pese a que entre estos últimos hay muchos más displásicos.

Señores, he intentado mostrarles que el concepto de esquizofrenia no es un simple producto de la imaginación, sino que se centra sobre una serie auténtica de hechos y contiene interrogantes que pueden contribuir al progreso de nuestra ciencia. No dudo que la psiquiatría francesa, cuando examine con rigor este concepto, llegará, con el espíritu de claridad y precisión que la caracteriza, a desarrollarlo y hacerlo entonces verdaderamente fértil.

(Traducción: Ramón Esteban Arnáiz)