

e-book

Dementia Praecox o el grupo de las esquizofrenias

Síntomas fundamentales

Eugen Bleuler



Gador

NUEVO

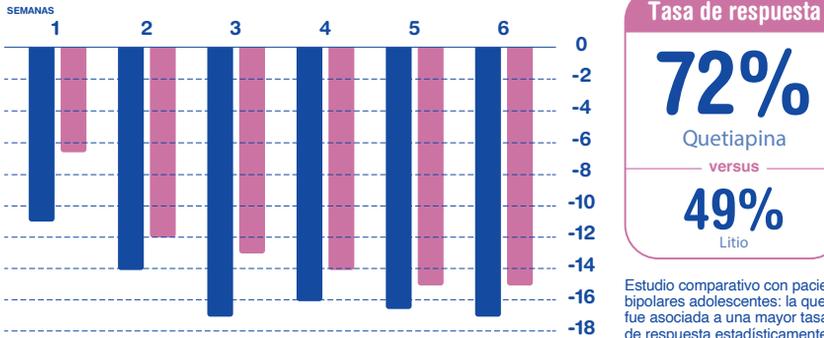
anelka®

QUETIAPINA

LA QUETIAPINA GADOR

La quetiapina demostró una **mayor tasa de respuesta** versus el gold estándar de tratamiento²:

Medidas de eficacia clínica a lo largo del tiempo



Estudio comparativo con pacientes bipolares adolescentes: la quetiapina fue asociada a una mayor tasa de respuesta estadísticamente significativa y con una reducción general de los síntomas maníacos en comparación con el litio.²

■ Descenso en YMRS Quetiapina ■ Descenso en YMRS Litio

Sedativo | Antidepresivo | Antipsicótico³



Referencias: 1. IQVIA Unidades MAT Ene'25. 2. Patino LR, et al. A Randomized, Double-Blind, Controlled Trial of Lithium Versus Quetiapine for the Treatment of Acute Mania in Youth with Early Course Bipolar Disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2021;31(7):485-493. 3. López-Muñoz F, Alamo C. Active metabolites as antidepressant drugs: the role of norquetiapine in the mechanism of action of quetiapine in the treatment of mood disorders. Front Psychiatry. 2013 12:4:102.

Gador líder en antipsicóticos¹



Para más información sobre ANELKA® visite www.gador.com

Información exclusiva para profesionales de la salud, prohibida la reproducción total o parcial de estos contenidos sin autorización de Gador S.A.

Gador



ÍNDICE

Presentación	4
Introducción	5
Síntomas Fundamentales	7
Funciones Simples	8
Funciones Compuestas	54
Bibliografía	83



PRESENTACIÓN

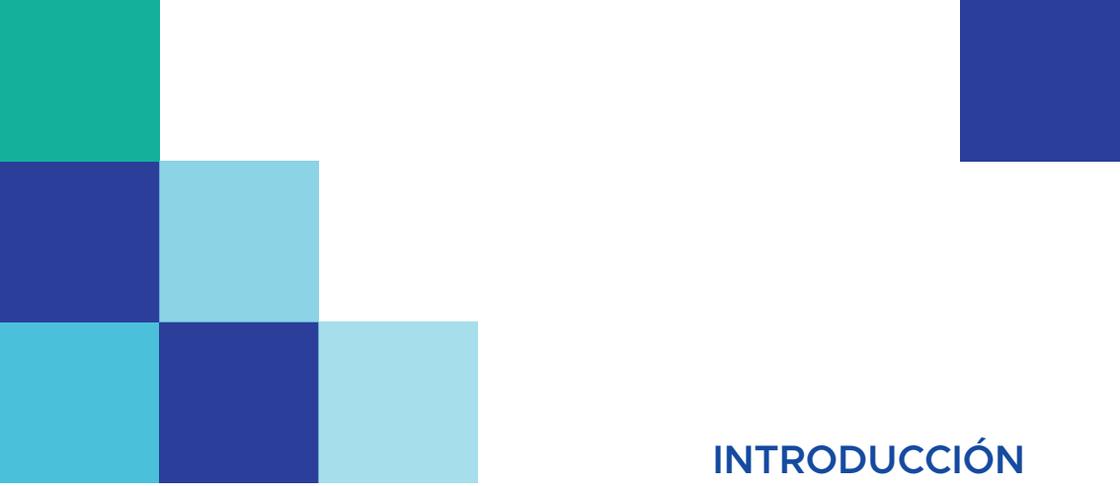
Transitamos la era de las nuevas técnicas de neuroimágenes y los estudios de asociación de la era posgenómica, que nos introducen inevitablemente en la generación de ciencias híbridas. Mientras tanto, la búsqueda del trazado humano de la enfermedad mental puede seguir siendo mejor interpretada con la renovada lectura de los fundadores de la Psiquiatría. Entre ellos Eugen Bleuler, quien ejerció y recibió una profunda influencia de Sigmund Freud.

La noción de esquizofrenia creada por Bleuler llega hasta nuestros días y ha ordenado todo el campo de las psicosis ayudando, adicionalmente, a segmentar los perfiles clínicos de los recursos farmacológicos, en especial el de los antipsicóticos.

Creemos posible que la lectura de la clínica psiquiátrica clásica puede seguir brindando aportes sustanciales para una mayor claridad conceptual y epistemológica al controversial campo de la nosología, la clasificación y el tratamiento de las enfermedades mentales.

GADOR desarrolló a lo largo de más de dos décadas una enriquecedora tarea de difusión y acceso al conocimiento en habla hispana de numerosas obras de grandes autores clásicos de la Psiquiatría.

GADOR y Vertex Revista Argentina de Psiquiatría desean rescatar para sus lectores, en esta ocasión, el trascendental legado de Eugen Bleuler, editando en forma exclusiva los síntomas fundamentales descriptos por el autor en el presente *ebook*.



INTRODUCCIÓN

Ciertos síntomas de la esquizofrenia están presentes en todos los períodos de la enfermedad y en todos los casos pero, como todo síntoma patológico, deben haber alcanzado cierto grado de intensidad para que puedan ser diagnosticados con certeza. Naturalmente, nos estamos refiriendo a los más amplios complejos sintomáticos como un todo. Por ejemplo, el específico trastorno de la asociación siempre está presente, pero no necesariamente cada uno de sus aspectos parciales. Algunas veces las anomalías de la asociación pueden manifestarse en la “interceptación” (barrages), o en la disgregación de ideas; y otras veces en síntomas esquizofrénicos diferentes.

Además de estos síntomas específicos o fundamentales, podemos encontrar una multitud de otras manifestaciones más accesorias, tales como ideas delirantes, alucinaciones, o síntomas catatónicos, que también pueden faltar completamente durante ciertos períodos, o incluso durante toda la evolución de la enfermedad; mientras que otras veces, ellas solas pueden conformar permanentemente el cuadro clínico.

Por lo que sabemos hasta el presente, los síntomas fundamentales son característicos de la esquizofrenia, mientras que los accesorios pueden presentarse también en otras enfermedades. Sin embargo, aun en esos casos, una exploración detallada revela con frecuencia particularidades en la génesis o en la manifestación de un síntoma que sólo se ven en la esquizofrenia y podemos esperar que, poco a poco, se podrán reconocer los rasgos característicos en un gran número de estos síntomas accesorios.

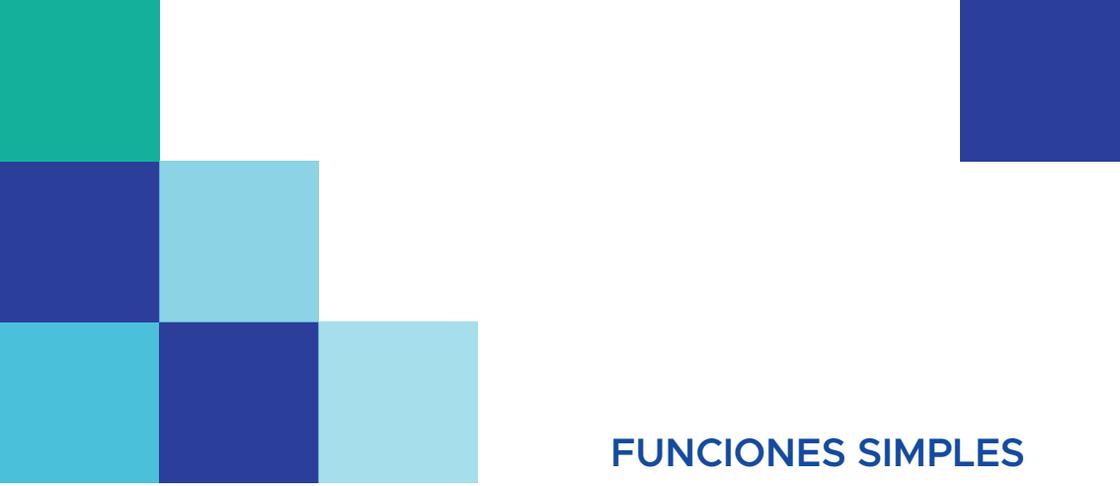
Una descripción de los síntomas sólo puede fundarse en los casos de corte más patente. Pero es muy importante saber que ellos existen en grados y matices variados en toda la gradación que va desde lo patológico a lo normal; y

que los casos más leves, de esquizofrenia latente con síntomas mucho menos evidentes, son mucho más comunes que los casos más manifiestos. A esto se agrega, en virtud del carácter fluctuante que caracteriza al cuadro clínico de la esquizofrenia, que no es de esperar la posibilidad de demostrar todos los síntomas en cada etapa de la enfermedad.



SÍNTOMAS FUNDAMENTALES

Los síntomas fundamentales consisten en trastornos de la asociación y de la afectividad, la tendencia a anteponer la propia fantasía a la realidad y a separarse de la realidad (autismo). Además, podemos agregar la ausencia de síntomas que juegan un papel muy grande en otras afecciones, tales como los trastornos primarios de la percepción, la orientación, la memoria, etc.



FUNCIONES SIMPLES

1. Funciones simples alteradas

a. Las asociaciones

En la esquizofrenia, las asociaciones pierden su coherencia. De entre los miles de hilos asociativos que ordenan el pensamiento, esta afección parece interrumpir, azarosamente, a veces alguno solamente, a veces todo un grupo, y algunas veces amplios segmentos de ellos. De esa manera, el pensamiento se hace ilógico y a menudo insólito y extravagante. Las asociaciones tienden a seguir nuevos recorridos, de los cuales conocemos hasta ahora los siguientes: dos ideas, que se encuentran por casualidad, se reúnen en un pensamiento, cuya forma lógica se determina incidentalmente. Las asociaciones por asonancia cobran una importancia desmesurada, otro tanto ocurre con las asociaciones indirectas. Dos o más ideas son condensadas en una sola. La tendencia a estereotiparse conduce a que el curso del pensamiento quede bloqueado en una idea o que el paciente retorne sistemáticamente a ella. Hay, en general, una pronunciada pobreza de ideas, hasta arribar al monoideísmo y, frecuentemente, alguna idea domina el curso del pensamiento bajo la forma de una fascinación, una enunciación o una ecopraxia. La facilidad de distracción no se presenta de manera regular en los diversos tipos de esquizofrenia. Si los trastornos asociativos alcanzan un grado elevado se llega a un estado de confusión.

En cuanto a la dimensión temporal de las asociaciones, se pueden encontrar dos perturbaciones peculiares de la esquizofrenia: la velocidad en el pensar, esto es, un flujo de ideas incrementado patológicamente, y el característico *barrage* o interceptación.

* * *

Un joven esquizofrénico que pareció ser al principio paranoide o hebefrénico y que algunos años después devino gravemente catatónico, escribió espontáneamente lo siguiente:

“La época de la floración por la horticultura”

“En el período de la luna nueva, Venus aparece en el cielo de agosto de Egipto e ilumina con sus rayos luminosos los puertos comerciales de Suez, El Cairo y Alejandría. En esta ciudad de los califas, famosa históricamente, se encuentra el museo de monumentos asirios de Macedonia. Allí florecen las espigas de maíz, la avena, el trébol y la cebada, e igualmente los bananos, los higos, los limones, las naranjas y los olivos. El aceite de oliva es una salsa de licor árabe, que los afganos, moros y musulmanes utilizan en la cría del avestruz. El plátano de la India es el whisky de los parsis y árabes. El parsi o caucasiano posee tanta influencia sobre su elefante como el moro sobre su dromedario. El camello es el deporte de los judíos y los hindúes. En la India crecen admirablemente bien la cebada, el arroz, y la caña de azúcar, es decir, el alcaucil. Los brahmanes viven en castas en el Beluchistán. Los quirguises habitan la Manchuria, en China. China es el El Dorado de los pawnees.”

Un hebefrénico, enfermo desde hacía quince años pero todavía apto para trabajar y lleno de proyectos, me dio la siguiente respuesta oral¹ a mi pregunta: “¿Quién fue Epaminondas?”.

“Epaminondas fue uno de aquellos que son particularmente poderosos en el mar y en la tierra. Él condujo maniobras de potentes flotas y libró batallas navales contra Pelópidas, pero en la Segunda Guerra Púnica recibió un golpe en la cabeza debido al naufragio de una fragata acorazada. Con sus naves fue desde Atenas hasta el bosque de Mamre, llevó allí uvas de Caledonia y granadas, y venció a los beduinos. Asedió a la Acrópolis con cañoneras, e hizo quemar en estacas a la guarnición persa, como antorchas vivientes. El Papa Gregorio VII ... eh... Nerón, siguió su ejemplo, y todos los atenienses, todas las tribus romano-germano-célticas que no eran favorables a los sacerdotes, fueron quemadas por los druidas en el día del Santo Sacramento del Dios Sol Baal. Ése es el período de la Edad de Piedra. Puntas de lanza de bronce.”

Estas dos producciones muestran un grado moderado de trastorno esquizofrénico de las asociaciones. Aunque pertenecen a dos pacientes cuyos cuadros clínicos son diametralmente opuestos, son, sin embargo, asombrosamente semejantes. En estos pacientes falta por completo el factor más importante de las asociaciones, el concepto de representación de fin. El primer paciente desea aparentemente describir algo sobre los jardines orientales, extraña idea para un simple empleado que nunca salió de su región natal y que permanece desde hace años en una sala de hospital. El segundo paciente responde formalmente a la pregunta que se le hace, pero en realidad nunca habla de Epaminondas, sino de un círculo de ideas mucho más amplio.

Esto significa que la cohesión de las ideas está subordinada a cierto tipo de *concepto genérico*, pero no son relacionadas y dirigidas por ninguna *representación*

¹ El hecho de que las peculiaridades del proceso asociativo aparecen generalmente tanto en la expresión oral como en la escrita es de una gran importancia para la teoría del pensamiento asociativo, aunque no ha sido percibida hasta ahora.

tación unificadora de dirección o de fin. Como si las ideas de una cierta categoría en el primer caso, las correspondientes a Oriente, en el segundo, a datos de la historia antigua, hubieran sido mezcladas en una olla y luego extraídas al azar y ligadas entre sí por una forma meramente gramatical u otras representaciones accesorias. Sin embargo, ciertas secuencias de ideas están más estrechamente unidas por alguna clase de hilo conductor, el cual, empero, no proporciona una conexión lógicamente útil (maniobras navales-batalla naval-fragata acorazada; Acrópolis-guarnición persa-quemar-antorchas humanas-Nerón; sacerdotes-druidas-día del Santo Sacramento-Dios Sol Baal, etc.)

Al analizar los trastornos de la asociación, debemos recordar las influencias que guían de manera general nuestro pensamiento. Las asociaciones formadas por hábito, semejanza, subordinación, causalidad, etc., no generan, obviamente, pensamientos verdaderamente fecundos. Sólo el concepto dirigido a un fin enlaza los eslabones de la cadena asociativa en un pensamiento lógico. Lo que queremos decir cuando hablamos de un concepto dirigido a un fin no es una sola idea, sino una jerarquía de representaciones infinitamente complicada. Cuando elaboramos un tema particular, el primer objetivo es dar una formulación permanente a una idea parcial para la cual, generalmente, servirá como símbolo una frase. Un objetivo más general es la construcción de un párrafo, que nuevamente debe subordinarse a un capítulo, y así sucesivamente.

En la mente de un labriego debe estar siempre presente el objetivo principal, que es conseguir la mayor fertilidad posible de su tierra. Aunque en un momento dado esta idea pueda no estar en su conciencia focal, esa representación principal determinará siempre sus asociaciones. Pues si pudiéramos probarle que el trabajo que ejecuta no sirve a ese fin principal, lo abandonaría inmediatamente. A la representación principal de fin se subordina una multitud de objetivos anexas. Si en una cierta época el labriego se prepara a sembrar, debe tomar en cuenta otras actividades que pueden entrar en conflicto con ello, tales como el comer y dormir, los cambios del clima, etc. Además, todas las actividades involucradas por el acto final de sembrar –cómo obtener la semilla, ir al campo, sembrarla– tienen sus objetivos especiales, parciales. La representación de estos fines así como su coherencia deben influenciar permanentemente sus actos y, por lo tanto, en primer término, sus asociaciones.

No sólo nuestro concepto-fin, sino también las ideas subordinadas, mucho más simples, con las que operamos comúnmente, se componen de múltiples elementos que cambian según el contexto. La representación de agua es muy diferente según que se refiera a la química, a la fisiología, a la navegación, al paisaje, a una inundación o a una fuente de energía. Cada una de estas representaciones parciales se relaciona con las demás por medio de ligaduras muy distintas. Ninguna persona normal piensa en agua cristalina cuando su casa es arrasada por una inundación; ni en el agua como factor de empuje para permitir el flotamiento de los barcos cuando tiene sed.

En los procesos mentales de la esquizofrenia, todos los hilos conductores asociados mencionados aquí, sea aisladamente o en grupos determinados por el azar, pueden ser totalmente ineficaces. Otros ejemplos ilustrarán esto:

“Querida madre:

Hoy me siento mejor que ayer. Realmente no tengo muchas ganas de escribir, pero me gusta escribirte. Sin embargo, puedo intentarlo dos veces. Ayer, domingo, me hubiera sentido muy feliz si hubiera podido tener permiso para ir al parque contigo y Luisa. Se

tiene una vista tan hermosa desde la Stephansburg. El Burghölzli es muy lindo. Luisa escribió Burghölzli en las dos últimas cartas que recibí, quiero decir en los sobres. Pero yo escribí Burghölzli en el lugar donde puse la fecha. También hay en el Burghölzli pacientes que lo llaman Hölzliburg. Otros hablan de una fábrica. También se lo puede considerar un lugar de curación.

Estoy escribiendo sobre papel. La pluma que utilizo para ello es de una fábrica llamada Perry and Co. Esta fábrica está en Inglaterra. Eso supongo. Detrás del nombre de Perry and Co. está garabateado el de la ciudad de Londres; pero no la ciudad. La ciudad de Londres está en Inglaterra. Lo aprendí en la escuela. Siempre me gustó la geografía. Mi último profesor de esa materia fue el profesor Augusto A. Era un hombre de ojos negros. También me gustan los ojos negros. También hay ojos azules, y grises, y de otras clases. He oído decir que las serpientes tienen ojos verdes. Todos los seres humanos tienen ojos. Hay también algunos que son ciegos. Estos ciegos son guiados del brazo por un niño. Debe ser muy terrible no poder ver. Hay personas que no pueden ver y otras que no pueden oír. Conozco a algunos que oyen demasiado. Se puede oír demasiado. Hay muchos enfermos en el Burghölzli; los llaman pacientes. Uno de ellos me gusta mucho. Su nombre es E. Sch. Me dijo que en el Burghölzli hay cuatro categorías: pacientes, internados, guardianes. Hay también personas que no están aquí en absoluto. Todos son personas extrañas..”

Un autor no esquizofrénico nos relataría aquello de su entorno que tiene una influencia sobre su estado; lo que lo hace sentirse cómodo o incómodo; o quizá de algo que puede interesar a su corresponsal. Aquí falta todo objetivo semejante. El denominador común de todas las ideas del paciente reside en el hecho de que están en relación con su entorno; no en que tengan alguna relación con él. Su pensamiento está todavía más disociado que el de la “Horticultura” o el de “Epaminondas”. Por el contrario, en los detalles está mejor coordinado. Mientras que en los otros ejemplos la coherencia de los detalles era la excepción, y sólo existía en pequeños grupos, en esta carta no encontramos rupturas repentinas del curso del pensamiento. A este respecto, siguen vigentes las “leyes de la asociación”. En un test experimental de asociaciones que excluyera la idea de un fin principal, estas asociaciones podrían haber sido consideradas incluso perfectamente válidas: Londres-lección de geografía-maestro de geografía-sus ojos negros-ojos grises-ojos verdes de las serpientes-ojos humanos-personas ciegas-sus acompañantes-destino horrible, etc. Aunque casi todas las ideas expresadas son correctas, la carta carece de sentido. El paciente tiene el propósito de escribir, pero no de escribir algo preciso.

Una hebefrénica quiere firmar una carta con su nombre, “B. Graf”. Escribe “Gra”; entonces pasa por su mente otra palabra que comienza con “Gr”; inmediatamente cambia la “a” por una “o”; agrega una “s” doble, y luego repite un par de veces la palabra “Gross”. De tal manera que todo el complejo de representaciones que constituían la base del propósito de firmar con su nombre se hace súbitamente por completo ineficaz, con excepción de las dos primeras letras, “Gr”. De esa manera, los pacientes pueden extraviarse en las asociaciones anexas más insignificantes y no se produce una cadena de pensamientos homogénea. A este síntoma se lo ha denominado “Vorbeidenken” (una especie de pensamiento “non-sequitur”, es decir, un pensamiento “de lado”).

A la pregunta “¿Qué era su padre?”, un paciente responde: “Johann Friedrich”. Comprendió que la pregunta se refería a su padre, pero la cuestión acerca de su profesión no influyó su respuesta; en lugar de ello, respondió a la pregunta, que no se le había hecho, sobre el nombre de su padre. Si se investigan más de cerca tales casos, descubrimos por lo general que el paciente captó la pregunta en cuanto tal, pero las representaciones adecuadas correspondientes no fueron elaboradas en su mente.

Un hebefrénico solicitaba al gobierno su alta del hospital en los siguientes términos:

“Lo invito a proceder a mi encarcelación y a proceder a su publicación en los periódicos de mayo de 1905. De lo contrario será revocado de sus funciones, en virtud de mis de-

rechos tradicionales. Puede continuar las rutinas de su cargo hasta las próximas elecciones. Atentamente...”

Este hombre, que anteriormente fue realmente miembro del concejo municipal, no tenía la idea delirante de que podía dar órdenes al gobierno o deponerlo; simplemente, mientras estaba escribiendo estaba ausente de su pensamiento todo lo que no se adecuara a tal representación.

Un hebefrénico escribe: “Las montañas delineadas en las ampollas del oxígeno son hermosas”. Ésta es la descripción de un paseo que había realizado el paciente, en la que no cuadran esos términos químicos. Es evidente que flotaba en su mente algo acerca del “aire fresco”, pues en la siguiente frase, muy bruscamente, comienza a hablar de su salud.

Un ejemplo similar: “¿Se siente muy desdichado?”, “No”, “¿Algo pesa mucho en su alma?”, “Sí. El hierro es pesado.” Aquí se otorga, de pronto, a la representación “pesado” su sentido físico.

Cierto día se retiró una mesa que estaba habitualmente ubicada junto al lecho de un paciente. Él entonces exclama: “¡Adiós, soy Cristo!”, se echa hacia atrás, como si estuviera agonizando, y apoya su cabeza. Cabe señalar que, habitualmente, no se considera Cristo. El pensamiento parcial es que algo le ha sido quitado como cuando una persona se despide, y esto fue inmediatamente asociado con el gesto de retirar la mesa. Para una persona normal, estos dos conceptos pertenecen a universos distintos, pero las asociaciones del paciente fueron influidas solamente por la representación de “retirar”, que no se adecua de ningún modo al caso específico. La despedida, asociada con la mesa, despierta en él la imagen de Jesús. Para este paciente no entra en consideración la enorme diferencia entre la despedida de Jesús y el hecho de decirle adiós a una mesa. En cambio, no sólo se produce la asociación con Jesús, sino que la analogía mínima de la situación del paciente con la de Cristo basta para hacerlo identificarse con éste, al menos durante un breve lapso. Aquí también se perdieron una cantidad de representaciones intermedias, que diferencian la despedida de Jesús a los Apóstoles y su despedida en la Cruz (no pudieron descubrirse otros elementos coyunturales que explicaran cómo surgió la idea de Jesús).

Allí donde los hilos conductores asociativos son de naturaleza más secundaria, las asociaciones no devienen propiamente absurdas, pero siguen pareciendo *extrañas, bizarras, desplazadas*, aunque sean correctas en lo esencial. Si, por ejemplo, se llama a Bruto “un italiano”, ello es correcto, excepto en relación con el período histórico que sugiere el término. Pero es infrecuente que el término más general, “italiano”, sea sustituido por el concepto más preciso, “romano”. El autor de “La época de la floración por la horticultura”, respondió a la pregunta “¿Dónde está Egipto?” diciendo “entre Asiría y el Congo”. Esta respuesta, correcta en cuanto a su contenido, es poco común por la definición del lugar en términos de un país africano y otro asiático; y aún más extraña debido a la referencia a uno de los Estados más antiguos y uno de los más modernos. Tanto con respecto al tiempo como al espacio, los conceptos parciales, que de ordinario nunca faltan, se han vuelto ineficaces. Durante un experimento, un paciente asoció “hilos” a la palabra estímulo “corazón”, porque “dos corazones están ligados como por un hilo”. Un hebefrénico define “heno” como “un modo de sustento de la vaca”. El final de una carta escrita por una paciente dice: “Por favor, déle recuerdos míos a mis otros hermanos y hermanas, cuñadas, y a sus niños. Que sea con todos vosotros no sólo la ira y el castigo del Dios, sino también su amor y la gracia del Señor Jesucristo, y vosotros vendréis a mí.” Aquí,

todas las transiciones de una idea a otra pueden explicarse fácilmente por las circunstancias y los sentimientos que dominan a la paciente. Cada frase expresa una idea que podría haber finalizado la carta; y cada una se relaciona de un modo inteligible con la anterior. Sin embargo, en su conjunto la carta parece tan extraña que no se puede pensar en definirla como una fuga de ideas maníaca y, mucho menos, como un pensamiento normal.

En algunos casos se han roto *todos* los hilos conductores del curso del pensamiento. A menos que se encuentren nuevos caminos, el resultado es el estupear o la interceptación. Con frecuencia el paciente abandona un pensamiento de una manera totalmente natural y sigue con otro muy diferente que no tiene ninguna vinculación asociativa con el anterior.

En el siguiente fragmento de un "relato autobiográfico", los saltos repentinos están señalados con el símbolo - // -. Una parte de estos se explica por influencias ambientales (distracción), pero no todos.

"Uno debe haberse levantado lo suficientemente temprano, y entonces se tiene, generalmente, el apetito necesario. «*L'appétit vient en mangeant*»², dicen los franceses. - // - Con el tiempo y los años, el individuo se vuelve tan cómodo en la vida pública que ya ni siquiera es capaz de escribir. En una hoja de papel como ésta, uno puede comprimir muchas cartas³ si se tiene el cuidado de no excederse en un «zapato cuadrado». - // - Con un tiempo tan magnífico, uno debería poder ir a pasear al bosque. No solo, naturalmente, sino *Avec*⁴. - // - Al final de cada año siempre se hace el balance anual. - // - Ahora el sol está en el cielo, y sin embargo no son todavía las 10. ¿También en Burghölzli? No lo sé, puesto que no tengo conmigo un reloj, como antes. *Après le manger, On va p...*⁵ Hay también suficientes entretenimientos para personas que no pertenecen y nunca pertenecieron a este asilo de locos. ¡No está permitido hacer 'travesuras' con 'carne humana' en Suiza! - // - *La for*⁶, *das Heu*, *L' herb*⁷, *das Gras*, *morder*⁸ =beissen etc., etc., etc., etcétera usw. Und so weiter⁹! R... K... En todo caso, viene mucha 'mercancía' desde Zúrich a Burghölzli; de otro modo, no estaríamos forzados a quedarnos en 'cama' hasta que a tal o cual persona 'tenga ganas' de decir 'a quién hay que culpar de que a uno no se le permita salir a tomar aire' - // - 1000 medios quintales - // - ¡Amor por las bellotas!

"A. *Las escaleras de un hombre que no puede ir más a la trampa XII. ¿Conoce usted eso? En Allemagne: Die Eichln und das heisst auf französisch: 'Au Maltraitage' - // - TABAK (Ich habe dir so schön gehehen). - // - Wenn auf jede Linie etwas geschrieben ist, so ist es recht. 'Jetzt ischt albi elfi grad. Der Andere'. - // - Hü, hü, umme nö hä?! - // - Zuchthäusverein: Burghölzli. - // - ¿Ich naning après le manger!?! Meine Frau war eine vermögliche gewesen*¹⁰."

En el lenguaje hablado y escrito habitual, esta singular ruptura de los hilos asociativos está combinada a menudo con otras perturbaciones, de modo que es difícil encontrar ejemplos de casos puros. En los estados agudos, esta anoma-

² N. del E.: En francés en el original.

³ N. del E.: En el original en alemán *Buchstaben*, letras del alfabeto.

⁴ N. del E.: En francés en el original. Giro idiomático para decir "pasear con una muchacha".

⁵ N. del E.: En francés en el original.

⁶ N. del E.: *Foi* (en francés en el original) en lugar de *Foin* (heno en francés), *das Heu* en alemán.

⁷ N. del E.: En francés en el original.

⁸ N. del E.: Por morder.

⁹ N. del E.: *Usw* = etc. *und so welter* = etcetera.

¹⁰ N. del E.: Todo el párrafo está escrito parte en francés, parte en alemán, conformando un verdadero galimatías y se lo ha conservado tal cual.

lía puede llegar a tal extremo que sólo excepcionalmente puede seguirse una secuencia de pensamientos a lo largo de sus muchos eslabones. Se habla entonces de “pensamiento disociado” (Ziehen, 21) o de “incoherencia”; y el cuadro patológico externo puede denominarse “confusión”. Sin embargo, algunas veces el modo de expresión del paciente sólo es oscuro, de manera que puede presumirse que todavía existen transiciones lógicas. Ante la presencia de conexiones anormales, no puede decirse con certeza que se haya producido una ruptura total en el curso del pensamiento, como se puede ejemplificar con la siguiente transcripción estenográfica:

“El orgullo de ser suizo debe merecerse. Salü K..., yo soy la monja. Si eso basta, todavía eres suya. Ése es un bravo caballero, tómalo por esposo. Carolina, tu bien sabes que eres el Señor, mi Dios, pero fuiste sólo un sueño. Si eres el palomar, la Sra. K. todavía tiene miedo. - // - Habitualmente yo no soy tan puntual para las comidas. Cuidado con el caldo. - // - ¿Dónde pusiste el pincel? ¿Dónde estás, Hermann? Dar a Hermann, Altorf, Anna, Walder, o dirigido al conductor de la locomotora, en tus brazos duermo bien. - // - Esto es Burghölzli. - // - Ida ¿te has convertido en mexicana?; tú me pareces muy instruida. Ahora hay por una parte, un Caballero de Burghölzli, luego tienen un fiesta acuática o hacen una procesión a la luz de las antorchas. El niño perdido tiene una cabeza de ladrillo. ¿Dónde están los señores de la Sagrada Fiesta? Es la fuente de la vida.¹¹”

Todas las perturbaciones indicadas pueden variar entre un máximo que corresponde a la confusión total y un mínimo que puede ser apenas perceptible. No toda asociación de ideas en el esquizofrénico tiene estas características. Pero aunque en los casos graves las falsas asociaciones predominan realmente, solamente una observación paciente y prolongada puede revelar algún error de ese tipo en los casos de demencia precoz “curada” o latente.

La aparición de ideas nuevas se hace más evidente en las entrevistas de preguntas y respuestas y en los test de asociación, en los que el paciente debe responder a una palabra estímulo con la primera palabra o idea que venga a su mente. Así, un paciente mira fijamente una vela y cuando se le pregunta qué ve, contesta: “Hay una vela; luz eterna: - // - Bárbara von R. a S. - // - Algo allí atrás a la derecha. Barbos¹², sí, se los encuentra en el Rhin”. Al ordenar al paciente que vaya a trabajar, se puede recibir la siguiente respuesta: “¿Por qué lo deja caer? - // - El sol está en el cielo. - // - ¿Por qué lo deja caer?” (nadie ha dejado caer nada.) Además de las rupturas en el pensamiento, señaladas con el símbolo - // -, es evidente que ni siquiera la primera frase tiene relación con la orden que se dio al paciente. Esto es muy común; a menudo la respuesta a una pregunta sólo es una réplica formal, pero su contenido no tiene nada que ver con aquella.

A una paciente, a la que se suponía colaborando en las tareas domésticas, se le pregunta por qué no está trabajando y responde: “Yo no entiendo nada de francés”. No se relaciona lógicamente ni con la pregunta ni con la situación.

¹¹ N. del E.: El escrito no identifica formalmente el sexo del autor, solo la frase delirante “...yo soy la monja” puede suponer el sexo femenino en el texto en alemán.

¹² N. del E.: Barbo, tipo de pez de río.

Para examinar la sensación estereognósica de una paciente, capaz de trabajar, que coopera con el test y tiene un comportamiento muy bueno, se le coloca en la mano una llave y se le pregunta qué es. Ella responde: "Un consejero municipal".

O bien, en un experimento, la palabra "tinta" provoca las asociaciones: "Mancha de tinta. - // - Eso es lo que quizá deseamos heredar".

A veces la laguna puede llenarse por formas gramaticales, simulando así una cierta coherencia: ideas diferentes, que no tienen relación entre ellas, están combinadas en una frase, como en el ejemplo mencionado, "Pero yo no entiendo nada de francés", que ofrece sólo la forma, pero no el contenido, de una respuesta.

En lugar de un saludo se da como respuesta: "Ése es el reloj del pequeño judío, en referencia a Daniel". En el ya citado "relato autobiográfico", encontramos: "En todo caso, viene mucha *mercancía* desde Zúrich a Burghölzli. De otro modo, no tendríamos que quedarnos en cama". La nueva idea de "quedarse en cama" es introducida formalmente como prueba de la precedente.

En este punto, podemos resumir la exposición como sigue:

En el proceso normal del pensar, las numerosas imágenes presentes y latentes se combinan para determinar cada asociación. En la esquizofrenia, en cambio, pueden volverse ineficaces imágenes aisladas o combinaciones enteras, de una manera que, aparentemente, no obedece ninguna regla. En lugar de ellas, el pensamiento opera con ideas y conceptos que no tienen relación, o tienen una relación insuficiente con la idea principal, y que por lo tanto deberían quedar excluidos del curso del pensamiento. El resultado es que el pensar se vuelve disociado, bizarro, incorrecto, abrupto. Algunas veces faltan todos los hilos asociativos y el curso del pensamiento se interrumpe totalmente; después de esa "interceptación" pueden aparecer ideas que no tienen ninguna relación reconocible con las precedentes.

Sin embargo, sólo en ciertos estados de estupor encontramos un cese completo del pensar. *De ordinario, aun cuando los hilos conductores estén rotos, en un breve lapso o enseguida, surgen nuevas ideas cuya relación con las precedentes es frecuentemente imposible encontrar.*

Pese a lo que dice Swoboda, el surgimiento de una idea sin relación alguna con la anterior cadena de pensamientos, o sin ningún estímulo externo, es tan extraño a la psicología normal que nos vemos obligados a buscar aun en las ideas del paciente que en apariencia están tiradas de los pelos, una vía originada en un concepto anterior o en un estímulo exterior. De esta manera, en algunos casos, si bien no en todos, puede ser posible demostrar los eslabones que las relacionan. E incluso conseguiremos señalar, en un número suficiente de casos, varias de las principales direcciones a lo largo de las cuales se produce el descarrilamiento de los pensamientos.

Aun cuando sólo se interrumpe una parte de los hilos asociativos, comienzan a operar en lugar de las indicaciones lógicas otras influencias, que en circunstancias normales no son perceptibles. Hasta donde sabemos, ellas son en su mayor parte las mismas que determinan la aparición de nuevas conexiones después de

una ruptura total en el curso del pensamiento; relaciones con ideas que han surgido accidentalmente, condensaciones, asociaciones por el sonido, asociaciones intermedias y persistencia de ideas (tendencia a la estereotipia). Todas estas asociaciones de ideas no son extrañas tampoco a la psique normal. Pero en ésta se presentan sólo de modo excepcional y accesorio, mientras que en la esquizofrenia están exageradas hasta parecer una caricatura y a menudo literalmente dominan el proceso del pensamiento.

Con mayor frecuencia, podemos observar cómo *dos ideas que no tienen entre sí ninguna relación intrínseca, y que preocupan al paciente simultáneamente, son simplemente asociadas*. La forma lógica de la conexión dependerá de las circunstancias concomitantes. Si se le hace al paciente una pregunta, responde con cualquier idea que pueda tener en ese momento. Si busca una razón, las ideas son relacionadas causalmente. Si tiene una autoconciencia exagerada patológicamente, o si se siente menospreciado, referirá las nuevas ideas directamente a sí mismo, de acuerdo con la valencia afectiva de esos complejos.

De tal modo, un paciente dice del dibujo de un peine que es “necesario para la toilette”, porque en el dibujo hay una tina de lavar próxima al peine; a un escarabajo lo llama “pájaro-escarabajo”, porque antes se le había mostrado un pájaro.

“¿Por qué no ha dicho nada durante tanto tiempo?”; “Porque estoy enojado.”; “¿Por qué?”; “Quiero ir al baño y buscar papel higiénico, y no hay.” (Abraham.) Aquí se ofrece como razón el primer pensamiento que se le ocurre. La esposa de un maestro esquizofrénico pierde una llave. El mismo día, un cierto Dr. N. había visitado la escuela; por lo tanto, el Dr. N. debe mantener relaciones ilícitas con la esposa del maestro.

Es muy común que los pacientes nos den respuestas que surgen de un modo fortuito a cualquier pensamiento del momento. En consecuencia, nada más natural que los pacientes se contradigan en cada oportunidad cuando se les hace la misma pregunta varias veces.

El paciente hebefrénico de Dawson, que se había arrojado al agua, dio los siguientes motivos de su acto, en diferentes ocasiones: no creía en el futuro y no esperaba mejorar; era miembro de las clases inferiores de la sociedad y debía dejar lugar a los de las clases superiores; estaba envenenado; lo hizo debido a una depresión religiosa.

Eventualmente, ambos pensamientos se originan en circunstancias externas o en la misma secuencia de ideas:

“¿Cómo está?”; “Mal” (con una cara sonriente); “Parece estar muy bien; ¿todo marcha como es debido?” (dando una palmada a la paciente en la espalda); “No, tengo un dolor en la espalda” (señalando el lugar donde fue tocada); “¿Por qué se ríe?”; “Porque usted está vaciando la cómoda”; “Pero ya se estaba riendo antes de eso”; “Porque todavía estaban las cosas adentro”.

Lo más frecuente es que la idea se vincule con cosas que el paciente está haciendo.

Sucede todos los días el que los pacientes se ensucien o desgarran sus vestiduras, “porque no me dejan ir a casa”. Un paciente asocia a la palabra clave “nave”: “Nuestro Señor Dios es la nave del desierto”; él asocia en principio a la palabra clave la locución “Nuestro Señor Dios”, que está en el primer plano de sus intereses religiosos patológicos y a me-

nudo aparece en sus pensamientos de otras maneras; y al final, esa locución es complementada con una idea que pertenece a una secuencia intelectual totalmente diferente. A “madera”, una joven asocia “que mi primo Max vuelva nuevamente a la vida”. La paciente emplea la idea parcial de “ataúd de madera”, que había desempeñado un papel en su desdichada relación amorosa, para vincular la palabra estímulo con su complejo. El ambicioso Bosshard de Oerlikon, es Bonaparte de Orleans, como se lo sugiere su nombre. Como lo ilustran estos ejemplos, este tipo de asociación de una impresión accidental con un complejo¹³ subyacente, juega un gran papel en el origen de las ideas delirantes.

Además, las asociaciones por el sonido (asonancia) son muy frecuentes: Kopf - Tropf; Frosch - Rost - rostig; sauber - Tauber - (wilder - böser - starker - Kerl); geschlagen - betrogen - betroffen - beklagen¹⁴. Tales asociaciones son semejantes a las asociaciones por asonancia de la fuga de ideas. Sin embargo, asociaciones como “Frosch - Rost” serían muy extrañas en un maniaco; mientras que “betrogen - betroffen” (diamante - dínamo) serían muy raras. La semejanza sonora no sería suficiente. Encontramos muchas asociaciones todavía más desusadas, como: Pauline - Baum - Raum; See - Säuhund; Tinte - Gige (= Geige); Nadel - Nase¹⁵. Para Tinte - Gige, la asonancia es apenas audible para una persona sana; la “i” de Tinte es breve y tiene otra consonancia que la “i” larga de Gige. Pero cuando uno oye asociar “Schon - ein Paar Schuhe”¹⁶, y enseguida “Krieg - das ist die Schönheit”¹⁷ nadie, por poco que conozca las asociaciones maníacas y las normales buscará solamente en la asonancia la relación entre Schuh y Schönheit. Sin embargo, cientos de combinaciones de ese tipo nos han enseñado con certeza que la identidad e incluso la analogía de un solo sonido es suficiente para co-determinar la dirección de las asociaciones.

Las asociaciones por asonancia ostentan con frecuencia el sello esquizofrénico de lo bizarro.

Una paciente nos dice que un calendario es una venta de rocas, porque una roca estaba desnuda¹⁸. Una catatónica escucha algo que se dice acerca de un mercado de pescado y comienza a repetir: “Sí, yo también soy un tiburón”. De modo que emplea una asociación por asonancia totalmente peculiar e imposible para todo ser humano en estado de vigilia, pero posible para un esquizofrénico. Se utiliza la asociación “Fisch-mark-Haifisch” para expresar la idea de que ella es una persona muy mala; ella ignora, empero, que su identificación es completamente imposible.

Otros ejemplos de asociación por asonancia en los libremente fluientes procesos mentales de los pacientes, son: una paciente hebefrénica que es capaz de trabajar y se desempeña bastante bien, incluso fuera del hospital, fue regañada por su médico a raíz del desorden de su habitación y respondió: “No quiero dinero italiano”. Cuando se le pregunta “¿Qué quiere decir con eso?”, dice: “Sou’ es el dinero italiano o francés. Yo no

¹³. Complejo: término abreviado para indicar un complejo de representaciones (ideas) que están tan fuertemente cargadas afectivamente, que influyen permanentemente sobre el contenido temático de los procesos psíquicos. La influencia normal de la afectividad (emociones) sobre las asociaciones tiene por resultado que el complejo adquiera una cierta tendencia a volverse fijo y delimitado, incluso en la persona sana, y logra obtener una especie de independencia, convirtiéndose en una estructura más resistente dentro de la masa cambiante de representaciones.

¹⁴. La traducción en español no permite apreciar las asonancias del alemán: cabeza - gota; rana - herrumbre; limpio - sordo; (salvaje - malo - fuerte - muchacho), golpeado - trampeado - tocado - deplorar.

¹⁵. Pauline - árbol - espacio; mar - forajido; tinta - violín; aguja - nariz.

¹⁶. Ya - un par de zapatos.

¹⁷. Guerra - es la belleza.

¹⁸. *Kalendar* = calendario - *Kahl* =calvo, desnudo (árbol, roca).

soy Suberli (apellido de una empleada del hospital, que difícilmente podía ser asociado con la idea de “conservar el orden”) y además, Madame Suter ha muerto”.

Sea consciente o inconscientemente, la paciente pensó que el reproche del médico incluía la expresión (no desusada, entre personas sin educación): “Sauordnung”¹⁹ (palabra que en realidad no había usado). Ahora bien, esa palabra se pronuncia “sou” o “su”; de tal modo son determinadas parcialmente las palabras o ideas “sou-Suberli-Suter”. La forma negativa de su frase expresa la idea de que la paciente no desea ser considerada una desordenada (Riklin). Una paciente varió la frase estereotipada, que había usado durante treinta años, “es ist mir nicht wohl”²⁰, empleando diversas expresiones dialectales en lugar de “bien”, y también la palabra inglesa “well”. Un día alteró esta palabra para decir “es ist mir nicht Velo” (velo = Farrahd = bicicleta).

Por supuesto, la asonancia por sí misma nunca es suficiente para determinar una asociación dada. Cuando se asocia primero la palabra “Schuh” y después “Schönheit” con “Schon” la asonancia es sólo uno de los muchos determinantes involucrados. Hay, por cierto, centenares de otras palabras que comienzan con “Sch”. ¿Por qué entonces aparecen precisamente “Schuh” y “Schönheit”?

En el ejemplo “Teinte – Beige”, conocemos por lo menos otro co-determinante: al paciente lo preocupan pensamientos sexuales, que se expresan muy llanamente en muchas asociaciones. En la jerga popular suiza, en la que la “d” y la “t” son bien diferenciadas, casi siempre se usa “violín” en un sentido obscuro (para designar el pene, la vagina o una prostituta) y raramente como nombre de un instrumento musical. Puede demostrarse la presencia del mismo determinante sexual en muchas de las asociaciones de este paciente, así como en las que producen muchos otros. Los determinantes sexual y por asonancia son tan frecuentes en los esquizofrénicos, que a menudo deben encontrarse en combinación. Así, por ejemplo, a la frase: “Por favor, dígame...”, una enferma responde: “No necesito un bidé”²¹. Con gran frecuencia los complejos predominantes del paciente, tales como ideas delirantes de persecución, ocasionan la mala interpretación de una palabra escuchada.

Sin embargo, dos determinantes no definen una asociación inequívocamente. Existen, por cierto, muchas más palabras asonantes, en el sentido más amplio, y que poseen una connotación sexual. La elección real de la asociación debe estar determinada entonces por otras relaciones, que en la mayoría de los casos, empero, se nos escapan.

De una importancia casi igual a la de las asociaciones por el sonido son las simples *series de locuciones usuales* en la vida cotidiana, que el esquizofrénico puede usar de una manera totalmente inadecuada. Una paciente que estaba hablando de un paseo con su familia comenzó enumerando los miembros de ésta, “padre, hijo”, agregando “y el Espíritu Santo”. Luego añadió “la Santa Virgen”, manifestando así que sus pensamientos se habían desviado más aún en dirección de la frase bíblica.

¹⁹. N. del E.: *Sauordnung* = Puerco desorden.

²⁰. N. del E.: *Es ist mir nicht wohl* = No me siento bien.

²¹. N. del E.: *Bitte* = por favor – *das Bidet* = el bidé.

Las *condensaciones*, es decir, las contracciones de muchas ideas en una, no son en principio diferentes de las vinculaciones asociativas accidentales.

Vemos este proceso en acción en el ejemplo ya mencionado de “el Señor Dios es la nave del desierto”. Allí, dos conceptos completamente diferentes, correspondientes a dos complejos de ideas distintos, se fundieron en un pensamiento. Un catatónico asocia a la palabra “vela”, “vela a vapor”, combinando las dos ideas de “barco a vapor” y “barco a vela”²². En la construcción de ideas delirantes y símbolos, la condensación es un componente primordial, y la causa de una multitud de neologismos: “trauram” por “traurig” y “grausam”²³, “schwankelhaft”, compuesto de fragmentos de tres palabras “wankelmütig”, “schwankend” y “nich Standhaft”²⁴.

En los test de asociación encontramos una notable proporción de *asociaciones indirectas*. Sospecho que no haber podido demostrarlas con mayor frecuencia en el curso del pensamiento de nuestros pacientes se debe a una insuficiente observación.

En un ejemplo ya citado, la asociación “ataúd de madera - primo muerto” puede ser considerada una asociación indirecta. Pertenecen por cierto a este grupo ejemplos tales como “See - Geist” vía “Seele”²⁵; “Stengel - Wadenswil”, por intermedio de “Engel”, nombre de una hostería de Wadenwil importante en la vida sentimental de la paciente²⁶; “Herz” - Tannemaubum”, por intermedio de “Harz”²⁷; “kochen - Schwindsucht”, por intermedio de “Koch - tuberculine”²⁸. A una paciente catatónica se le muestra una llave y se le pregunta: “¿Qué es esto?”. Rápidamente contesta: “La fuente blanca”. Tal asociación se produjo indudablemente por intermedio de la palabra “Schlüssel”²⁹.

En un experimento efectuado utilizando palabras escritas en un cilindro giratorio, Reis (12, p. 617) descubrió también asociaciones indirectas, tales como “disputa” en lugar de “guerra”³⁰, “caballo” en lugar de “ganado”³¹. La impresión sensorial primaria no llega a la conciencia, pero no obstante determina una nueva asociación. También Gross llama la atención sobre el hecho de que a menudo los pacientes contestan una pregunta clara, no con la respuesta, sino con una asociación a la respuesta (Ver Stransky (19, p. 1077).

Con no poca frecuencia, la *tendencia a la estereotipia* es una causa suplementaria del descarrilamiento de la actividad asociativa del paciente. Los pacientes quedan fijados a los mismos círculos de ideas, a determinadas palabras, a determinadas estructuras de la oración, y retornan a ellos una y otra vez sin necesidad lógica alguna. En el curso de test de apercepción, Busch descubrió que en algunos casos, numerosas respuestas erróneas se producían por la repetición de los estímulos precedentes.

En los test de asociación, los pacientes parten de la palabra-estímulo o de la palabra-reacción precedente: “Estrella”- “es la mayor de las bendiciones”; “caricia”- “es la perfección”; “maravilloso”- “la voluntad”; “niño”- “de Dios”; “púrpu-

²² N. del E.: Segel que lleva a *Dampsegel*, a partir de *Dampschiff* y *Segelschiff*.

²³ N. del E.: Si se quisiera traducir por un neologismo vecino se podría proponer: “tristuel”, resultado de “triste” y “cruel”.

²⁴ N. del E.: *Wankelmütig* = irresoluto, versátil - *schankend* = vacilante - *nicht standharft* = que no aguanta.

²⁵ N. del E.: See = mar o lago, según el género - *Geist* = mente, espíritu, *Seele* = alma.

²⁶ N. del E.: *Stengel* = tallo; *Wadenswil* = nombre de una localidad.

²⁷ N. del E.: *Herz* = corazón; *Tannemaubum* = pino. *El Harz*: macizo alemán en el que abundan las plantaciones de coníferas.

²⁸ N. del E.: *Kochen* = cocinero; *Schwindsucht* = tisis.

²⁹ N. del E.: *Der Schlüssel* = la llave; *die weisse Schlüssel* = la fuente blanca.

³⁰ N. del E.: *Zank* = disputa; *Krieg* = guerra.

³¹ N. del E.: *Pferd* = caballo; *Vieh* = ganado.

ra"- "cielo y tierra". La palabra "estrella" evocó una idea religiosa, que fue luego elaborada en las siguientes respuestas, sin tener en cuenta, y desdeñando totalmente, las palabras-estímulo subsiguientes. Las primeras dos respuestas revelan la estereotipia formal que puede señalarse en la mayoría de las respuestas del paciente, teniendo por resultado estructuras como: "gato"- "el gato es un ratón"; a la palabra-estímulo se asocia "ratón", pero debido a las asociaciones anteriores se la pone en la forma de un predicado.

Las estereotipias pueden fijarse durante largos períodos. En unos pocos casos, observamos que se daba la misma respuesta, proporcionada en una primera ocasión, a un 40 % de las palabras-estímulo, después de cuatro semanas. Una paciente reaccionó ante la palabra "so"³² con la incomprendible afirmación: "das ist ein Kanal"³³; se descubrió después que en un día anterior había dado la misma frase como respuesta a "See"³⁴. La misma paciente asoció: "Rechnen" con "das ist essen"³⁵ y más tarde "Rech" con "das ist viel essen"³⁶. Tenemos nuevamente aquí la misma fijación en la asonancia de las palabras.

En la pseudo-fuga de ideas del esquizofrénico confuso agudo, el constante retorno a lo que se ha dicho antes es un hecho común.

La tendencia a la estereotipia, combinada con la carencia de propósito del pensamiento, conduce, por una parte, al "*Klabeledenken*" (pensamiento adhesivo, pegajoso), a cierto tipo de *perseveración* y, por otra parte, a un *empobrecimiento general del pensamiento*. En tal caso los pacientes hablan siempre del mismo tema (monoideísmo) y son incapaces de interesarse por ninguna otra cosa³⁷.

Puede deberse a la carencia de propósito y a la estereotipia de las ideas el que el paciente sea realmente incapaz de proseguir un pensamiento hasta su conclusión; una absurda compulsión a asociar³⁸ puede reemplazar el pensamiento propiamente dicho. Así, un hebefrénico no podía apartarse de los conceptos de "amor" y "tener"³⁹ y durante un largo tiempo perseveró espontáneamente en la asociación de cadenas como las siguientes: "Liebe, Diebe, Gaben, Dame, haben, Liebe, Diebe, Gaben, Dame, haben, Liebe, Diebe, zurückgenommen, zurückgenommen, zurückgenommen, zurückgenommen, haben..."⁴⁰.

De esta manera, los pacientes se embrollan en largas enumeraciones que manifiestan claramente el carácter esquizofrénico de sus trastornos asociativos.

Un paciente escribió: "El Cielo no está solamente sobre la casa parroquial de Wil, sino también sobre América, Sudáfrica, México, McKinley, Australia".

³² N. del E.: So = así.

³³ N. del E.: *das ist ein Kanal* = es un canal.

³⁴ N. del E.: See = mar.

³⁵ N. del E.: Contar con es comer.

³⁶ N. del E.: *Rech* = derecho, justo; el derecho - *Das ist viel Essen* = es comer mucho.

³⁷ Ver las asociaciones experimentales, al final de esta sección.

³⁸ N. del E.: Bleuler utiliza el neologismo *Ausassoziiieren*, que evoca una idea de asociaciones descontroladas y sin objetivo.

³⁹ N. del E.: Amor = *Liebe*; tener = *Haben*. La serie de asociaciones será citada en alemán, en razón del rol preponderante que tienen las asonancias.

⁴⁰ N. del E.: "Amor, ladrones, regalo, dama, tener, amor, ladrones, regalo, dama, amor, robo, retirado, retirado, retirado, tener..."

Eventualmente, se elabora cierta idea añadiéndole asociaciones desde todos los ángulos posibles. "Es por ello que te deseo un año muy feliz, agradable, saludable, bendito y rico en cosecha de frutos; y luego también muchos años de buena vendimia, así como años de buena cosecha de papas y años de chucrut, y años de repollos, y años de zapallos, y años de nueces; un buen año de huevo, y también un buen año de queso..., etc., etc..." Un paciente, cuya hija se había convertido al catolicismo, le escribió a ésta que el rosario era "un *multiplicador de plegarias*, y esto a su vez es una *plegaria para multiplicar*, y en cuanto tal no es nada más que un *molino de plegarias*, y por lo tanto es una *máquina de plegarias de molino*, lo que a su vez es un *molino de máquinas de plegaria*", y seguía así a lo largo de muchas páginas.

En los test de asociaciones no es nada raro que los pacientes comiencen a nombrar todo lo que ven, de modo que por ejemplo, respondan a toda palabra-estímulo enumerando los muebles de la habitación. Hacen tal cosa aun cuando hayan comprendido perfectamente el tema del experimento, y querrán apartarse de esa idea.

Este síntoma tiene una semejanza exterior, y a veces también interior, con lo que Sommer ha llamado *nombrar y explorar*⁴¹. En muchos pacientes, y especialmente en aquellos que están algo confusos, la única asociación reconocible a las impresiones que provienen del mundo externo consiste en nombrarlas: "espejo", "mesa"; o bien, aquellas son expresadas en frases: "Éste es un barómetro. Ésta es una lámpara de gas. Éstos son sacos". Tal modo de "nombrar" no aparece solamente en respuesta a impresiones visuales. Por ejemplo, tomo a un paciente de la mano y dice "la mano"; o, cuando se le pide que haga alguna cosa, la califica mediante alguna réplica: "dentro del jardín", "desvestirse". De una manera muy parecida, los pacientes alucinados a menudo enuncian o describen sus actividades: "ahora él se sienta", "ahora él quiere escribir", "ahora él escribe". La transición desde la redacción de cartas en las que se limitan a enumerar cosas o acontecimientos circundantes hasta este "nombrar" es muy fluida. El paciente que describía lo que estaba escrito en su pluma no está muy lejos del paciente que "nombra". También pertenece a este grupo el que al ver que se acerca alguien llevando una linterna, observa: "Yo digo que esto es una linterna". Lo que es común a todos estos fenómenos es la fijación en una impresión sensorial debido a la carencia de un concepto de fin. Los pacientes ligan y añaden ideas a cualquier impresión, venga desde su interior o desde el exterior. La idea que asocian, y la dirección que toma el proceso, son variables y en cuanto a lo que respecta a la actividad asociativa, están determinadas accidentalmente, como en el caso de nuestro paciente escritor de cartas.

Un proceso similar es el "tocar" los objetos, descrito por von Leupoldt⁴². Este "tocar"⁴³ o palpar consiste en que el paciente sigue con sus manos el contorno de los objetos que están a su alcance. Aquí, en lugar del "nombrar" los objetos, se asocia la correspondiente actividad motriz.

⁴¹. Algunos autores ubican este fenómeno entre las anomalías motrices. Kleist lo denominó un "acto en corto-circuito".

⁴². No comprendo por qué Von Leupoldt habla de ello como compulsión, particularmente dado que él mismo afirma que no se trata de una compulsión "en sentido estricto del término". Tampoco se aplica a todos los casos su hipótesis de que la carencia de aptitud para comprender ideas complejas es fundamentalmente responsable de este fenómeno. Su propio paciente entendía la foto de la inauguración de un monumento, "en su conjunto", como una procesión.

⁴³. Movimientos hipermetamorfósicos (descritos por Wernicke).

Si un concepto dado implica elementos motrices, entonces puede suceder que la única asociación reconocible consista en la representación de la idea correspondiente. El paciente representa, imita, lo que oye y ve: *ecopraxia* y *ecolalia*. En realidad, no puedo separar el “nombrar” de la “ecopraxia”. Todas las representaciones tienen un componente motriz; este componente le resulta muy evidente a la persona sana en las acciones que ve ejecutar ante sus ojos, en las palabras que oye. Si no hay motivos para derivar otras asociaciones, es muy comprensible que esos elementos motores no sean inhibidos ni reprimidos. Por tanto, incluimos aquí hechos como los siguientes: un paciente ha roto el panel de vidrio de una puerta; otro paciente atraviesa el agujero, arrastrándose una y otra vez. Persiste en ello sin saber por qué lo hace.

Si bien un paciente puede estar tan aprisionado por la fascinación de la impresión visual que bajo ciertas condiciones esta percepción sensorial tiene una predominancia patológica, también se ve lo inverso. En otras condiciones, el paciente puede ignorar completamente el mundo exterior. Entre ambos extremos hay todos los grados intermedios.

El grado de *distracción esquizofrénica*⁴⁴ no está necesariamente alterado en alguna dirección específica en cuanto lo que respecta a las asociaciones. Aquí se trata más bien del resultado de muchos procesos primarios, entre los cuales uno de los más importantes es la activa exclusión por el paciente del mundo exterior. A veces los pacientes parecen depender completamente, y estar a merced de las impresiones externas, y no controlar sus propias finalidades y objetivos, como cuando el “nombrar” domina el cuadro clínico. Otras veces no se distraen de ningún modo. Los más poderosos estímulos no pueden influir la secuencia de sus pensamientos ni atraer su atención.

La mayoría de los casos crónicos exhibe, en su conducta habitual, muy pocas cosas que sean notables en este sentido. Estas personas se concentran en su trabajo; cuando sucede algo especial, intentan obtener información, exactamente como una persona sana, y se ocupan del nuevo *hecho* en la medida en que les interesa. Cuando hablan es posible interrumpirlos. Sin embargo, con frecuencia, especialmente en los casos graves, la capacidad de distracción está amenguada. Sommer (17) lo ha demostrado experimentalmente, dado que en pruebas de cálculo obtuvo los resultados normales pese al ruido que se producía en torno al paciente. Si el esquizofrénico está emocionalmente excitado, y en particular colérico, se comprueba una perturbación en la capacidad de distracción. Desdeña totalmente las objeciones, o las entiende solo de acuerdo con sus pensamientos, y a menudo le sirven como nuevos pretextos para sus desahogos. Incluso una alteración de las circunstancias apenas influirá sobre estos pacientes mientras estén bajo los efectos de sus afectos. Es muy común que un paciente que está profiriendo insultos, cuando nos retiramos de su lado, continúe maldiciendo e insultando sin que lo perturbe en

⁴⁴. *Vigilität der Aufmerksamkeit de Ziehen.*

lo más mínimo el que no haya nadie para escucharlo o, por lo menos, nadie a quien dirigir sus injurias. A veces, *la ausencia de interés* del paciente puede ser tomada por una deficiente capacidad de distracción. Dado que no se molesta por nada, nada puede influir en su conducta. Sin embargo, puede demostrarse que estos mismos pacientes comprenden muy bien lo que sucede alrededor suyo, aunque no parezcan dirigir su atención a cosa alguna.

En ciertos estados clínicos agudos, la capacidad de distracción está reducida considerablemente, algunas veces a cero.

* * *

Las diversas peculiaridades del curso del pensamiento esquizofrénico se pueden encontrar simultáneamente en la mayor parte de las producciones de los enfermos graves.

“Todavía no he estado nunca en Hamburgo, Lubeck o Berna; nunca vi al profesor Hilty; nunca fui a la Universidad de Basilea; nunca he visto a Lutero, ni tuve nunca un “lütter” (una expresión vulgar para designar una diarrea). Pero ya he visto a todos los miembros de la legislatura; y voy a ver al general Herzog, le mostraré a esa carroña...”

Vemos que aquí se mantiene la forma negativa a lo largo de siete ideas. La enumeración de nombres de lugares no está dispuesta sistemáticamente. La transición desde Lubeck a Berna es abrupta (quizá por intermedio de la asonante: Bremen); el último nombre le recuerda al paciente un profesor de la Universidad de Berna, facilitando la transición a “Universidad de Basilea”. Esta institución desempeñó un papel importante en la historia de la Reforma; de aquí la asociación, “Lutero”. Luego sigue la insensata asociación por asonancia, “lütter”, pero el cambio de verbo indica que la paciente pensaba en el significado usual de la palabra (diarrea). La “legislatura” depende, nuevamente, de la idea anterior de “Berna” (que es la capital de Suiza y sede de la legislatura). A partir de aquí no es totalmente ilógico, aunque sí algo extraño, dadas las circunstancias, pensar en el general Herzog, fallecido hace tiempo. A él se vincula la idea poco razonable de que la paciente desea ir a verlo. La idea de “General” está ligada con el concepto de “poder” o algo similar. Ese puede ser muy bien el motivo de que siga la frase, por completo absurda, “le mostraré a esa carroña...”, en tanto se asocie del modo habitual el concepto de poder al mismo paciente, quien así se siente repentinamente más fuerte que el general.

En la siguiente carta, la ilación de las ideas no parece permitir ningún análisis. Nos da en su totalidad la impresión de un balbuceo confuso e inconexo. Pero un conocimiento preciso de los complejos acentuados, afectivamente, de la paciente, nos permitiría por cierto aclararla en gran parte.

“Burghölzli, 20 de noviembre de 1905.

¡Honorable familia Fridöri y familia Comte u Orejas Schmidli!

Aquí, en la casa del forjador, las cosas no van muy bien. Aquí no hay iglesia, ni una casa parroquial, ni hospicio, sino que en lugar de eso hay ruido, furor⁴⁵, muros salvajes⁴⁶ = so-leil=ruidos del cielo; más de un gran y pequeño agricultor, Humel, Surbeck, Armtrunk de Thalweil, Adlisweil, d’Albis, de Sulz, de Seen, de Rorbach, de Rorbas se fue de su casa,

⁴⁵. N. del E.: *Kollder*, sin duda por *Koller* o *Kolder* = acceso de cólera, furor.

⁴⁶. N. del E.: *Brumberen*, seguramente por *Brombeeren*.

no volvió más, así "entaucht" un joven carnicero, Siegrist, el campesino Vorsängers, también un Meier administrador de bienes, Messner Jacob, bastante viejo, jóvenes soldados suizos, también Ernst, de Ernst, que se cortó dos dedos en el año mil nueve centésimos mes de agosto, así como su padre Konrad y su madre están divorciados. Porque los hombres y las mujeres proveedores de seda tienen cotidianamente la tentación de matar las visitas, porque ellas esperan tanto tiempo, hasta que los pacientes salen peleándose, ellos no tienen tampoco buena leche, "hollen", los enfermeros no son otra cosa que locas "capsulosas" que atraviesan vuestros corazones, hay hastío de tejer enaguas, pequeñas camisetas, medias, el día, les hace falta crearle problemas a los anfitriones del cielo y de la tierra la noche...

Saludos a Todos los que todavía viven.

Anna."

"Mis propios parientes ya no existen.

Si la dirección Foreli está bien muerta, si solo el rey Bühl nos traía a la casa en coche, porque el ferrocarril no hace sino daño, si la abeja hiciera el rodeo de Wyl Hüntwangen hasta Neuhausen, tiraba los vagones del ferrocarril en un foso de pedregullo y los recubría de tierra. Un corazoncito de mujer no puede hacer gran cosa. Un corazón de hombre es más fuerte".

Vemos entonces que los trastornos esquizofrénicos de la asociación más intensos conducen a una total confusión.

La *confusión* en sí misma no debe ser considerada como un síntoma *sui generis*. Es el resultado de las diversas perturbaciones mentales elementales, que han alcanzado finalmente tal grado de intensidad, que se han perdido por completo las conexiones o relaciones, para el paciente o para el observador, o para ambos. Debemos insistir enfáticamente en la separación de la *fuga de ideas* maniaca de la perturbación esquizofrénica del flujo de las ideas. La fuga de ideas maniaca puede también llevar a la confusión, si es lo suficientemente intensa, como lo hace la *inhibición* melancólica cuando la lentificación del flujo ideativo y la incapacidad de vincular ideas hacen imposible la orientación y la elaboración conceptual de ideas complicadas. También las *alucinaciones* pueden conducir a un estado que podríamos denominar *confusión*, cuando se mezclan con las percepciones de la realidad e introducen la confusión en la *percepción del mundo*⁴⁷.

De modo que en la esquizofrenia, la confusión es, a veces, la consecuencia de una especie de disolución de las ideas, otras veces, el resultado de una *intercepción* debida al surgimiento de nuevas ideas, y otras veces aún, la supresión de determinantes asociativos aislados, con la irrupción de asociaciones secundarias; o puede ser también el resultado de una aceleración en el pensar (véase más adelante), de una verdadera fuga de ideas, de alucinaciones o incluso de varios de esos factores operando juntos.

Curso de las asociaciones

No sabemos casi nada acerca de las relaciones temporales de los procesos asociativos esquizofrénicos. Es posible que no haya en ellos nada característico. Naturalmente, en los estados maniacos ocasionales comprobamos un flujo "acelerado" en el sentido de una fuga de ideas, y en los estados depresivos, un retraso. Debemos suponer, además, que las asociaciones son lentificadas en

⁴⁷ Dejo a un lado aquellos estados en los cuales las mismas alucinaciones e ilusiones producen una mezcolanza general que, por supuesto, no es entonces otra cosa que una manifestación de las asociaciones confusas sobre las que se basan las alucinaciones.

ciertos estados de estupor que pueden ser considerados manifestaciones de una exacerbación de los procesos cerebrales esquizofrénicos. En todos esos casos, no se trata de estados permanentes sino de episodios o complicaciones.

La simple *aceleración del pensamiento* puede durar años, aunque apenas se la puede observar en los casos completamente deteriorados. Muchos pacientes se quejan de que tienen que pensar demasiado, de que las ideas se persiguen en sus cabezas. Ellos mismos hablan de un “desbordamiento de los pensamientos” (porque no pueden retener nada en sus mentes), de “urgencia en el pensar”, de “acumulación de pensamientos”, porque parecen ocurrírseles demasiadas cosas a un mismo tiempo. Muchas veces, la información acerca de este “pensar demasiado” le produce al observador la impresión de que el paciente está pensando menos, y no más, en contraste con la sensación subjetiva descrita por el paciente. Sin embargo, es cierto que en muchos pacientes hay un ímpetu ideativo patológico. Entonces los pacientes tienen la sensación de verse forzados a pensar. Con mucha frecuencia dirán que alguien los está obligando a pensar de esa manera. Se quejan de una sensación de agotamiento subsiguiente. Cuando los sentimientos de compulsión están ausentes, el paciente cree estar cumpliendo una gran tarea. Superficialmente, esta aceleración del pensamiento parece contrastar abiertamente con la “*intercepción*”⁴⁸ o el detenimiento del pensamiento. Podemos observar con frecuencia que ambos fenómenos aparecen juntos. Uno de nuestros pacientes instruidos dibujó una línea, en uno de cuyos lados, según nos dijo, había una “presión compulsiva” de muchas ideas y en el otro, “simplemente nada”.

El contenido de esos pensamientos apremiantes es esencialmente el mismo que en cualquier otro tipo de pensar esquizofrénico. Un teólogo pasó toda una noche riéndose suavemente para su coleteo a raíz de los juegos de palabras que se le ocurrían constantemente mientras pensaba: “Soy un ingenioso, un nada, un Nietzsche”⁴⁹. Debemos una de las mejores descripciones de este fenómeno a un inteligente paciente de Forel (5). En la exposición del mismo paciente podemos observar también cómo lo impresionó el retorno constante de las mismas ideas anteriores.

“En mi mente se sucedía, como el interminable movimiento de un reloj, una compulsiva, torturante e ininterrumpida secuencia de ideas. Naturalmente, no estaban nítidamente definidas ni claramente desarrolladas. Las ideas se unían en una sorprendente y extravagante serie de asociaciones, aunque siempre había cierta vinculación entre eslabón y eslabón. En conjunto había suficiente coherencia o sistema, de modo que siempre podía distinguir el lado luminoso y el sombrío de las cosas, personas, acciones o palabras oídas que venían a mi espíritu. ¡Qué ideas, qué imágenes no habrán dado vueltas revoloteando en mi cabeza! ¡Qué divertidas asociaciones de ideas obtenía! Siempre parecía volver una y otra vez a ciertos conceptos, a ciertas imágenes, que ahora, sin embargo, apenas puedo recordar. Por ejemplo, el *Droit de France*⁵⁰, Tamins, Barbera, Rohan. Me parecían constituir

⁴⁸. Discutiremos la intercepción del pensamiento (francés: *barrage*; inglés: *blocking*) más adelante.

⁴⁹. *Ich bin ein Witz – ein Nichts – ein Nietzsche*.

⁵⁰. N. del E.: En francés en el original.

etapas en esa verdadera cacería de pensamientos; y profería en alta voz, rápidamente, como una contraseña, por así decir, la idea que mi infatigable pensamiento acababa de alcanzar. También usaba este artificio para no perder la ilación, y para conservar un cierto control sobre el abrumador, enloquecedor e impetuoso flujo de pensamientos que me pasaban por la cabeza. Esto era particularmente necesario en ciertos momentos de mi vida cotidiana, como al entrar en una habitación, o cuando se abría la puerta de mi cuarto, o al ir a comer, cuando encontraba a alguien en el salón, etc.”

El elemento formal más extraordinario del curso del pensamiento esquizofrénico es la denominada *intercepción*. Es como si la actividad asociativa hiciera un alto brusco y completo. Cuando se reanuda nuevamente, surgen ideas que tienen escasa o ninguna relación con las que antes se habían presentado.

Conversando con un paciente, no se nota nada anormal en el aspecto temporal de su secuencia de ideas. Proposición y réplica, pregunta y respuesta se suceden como en cualquier conversación normal. Pero, súbitamente, en la mitad de una frase, o al pasar a una nueva idea, el paciente se detiene y no puede continuar. A menudo puede superar el obstáculo repitiendo el intento. Otras veces sólo lo consigue desviando sus pensamientos en una nueva dirección. Frecuentemente no puede superarse la intercepción durante un largo intervalo; en tales casos puede extenderse sobre toda la psique y el paciente se queda en silencio sin moverse, y casi sin pensamientos.

El concepto de *intercepción* se lo debemos a Kraepelin y es de importancia fundamental en la sintomatología y el diagnóstico de la esquizofrenia. Lo encontramos asimismo en la esfera motriz, en las acciones, en los recuerdos e incluso en el campo de las percepciones. La intercepción es esencialmente diferente de la *inhibición*, que es un síntoma concomitante habitual de las depresiones afectivas pronunciadas de todo tipo. El pensar y actuar inhibidos progresan lentamente y con dificultad, acompañados por un anormal gasto de energía psíquica. Esta energía psíquica parece comportarse como un fluido viscoso en un sistema de tubos, que empero son siempre permeables. En cambio, en la intercepción, el libre flujo del fluido se detiene bruscamente porque en alguna parte se cerró una llave de paso. Podemos también comparar el mecanismo psíquico a un reloj. Entonces, la inhibición corresponde a un grado de fricción en los movimientos muy aumentado, mientras que la intercepción corresponde a una súbita detención de todo el mecanismo del reloj. Con frecuencia se puede demostrar fácilmente esta diferencia en la esfera motriz. A un paciente que hasta el momento ha efectuado pocos movimientos, y éstos muy lenta y débilmente, y que apenas ha dicho una palabra espontáneamente, se le ordena que haga girar rápidamente las manos una en torno de la otra, o que cuente rápido de uno a diez. El paciente inhibido, a pesar de los mayores esfuerzos, moverá las manos o contará lentamente; el paciente “obstruido”, una vez superada la intercepción, comenzará repentinamente a contar tan bien como una persona normal y a mover sus manos sin dificultad.

Los pacientes perciben la *intercepción* del curso del pensamiento, y suelen describirla bajos diversos nombres. En su mayoría, pero no siempre, encuen-

tran que es un estado muy desagradable. Una paciente catatónica, bastante inteligente, tenía que permanecer sentada y quieta durante horas “para volver a encontrar sus pensamientos”. Otro paciente no podía decir nada de ello, excepto: “A veces puedo hablar y otras no”. Otro paciente sentía como si tuviera la mente “entumecida” (Abraham). Otro se queja de “discapacidad para pensar” o de la sensación de tener la “cabeza fija y como si se la apretaran”. Otro describe la interceptación “como si alguien le arrojara encima una bolsa de caucho”. Una campesina la expresa como “si me enviaran una fuerza contraria (hace un gesto como si le cargaran algo sobre el pecho), es como si apretaran mi boca con fuerza, como si alguien dijera ¡cierra el pico!”. En este último ejemplo hay también una interceptación de la función motriz del habla, que un paciente de Rust describió con las palabras “como si me detuvieran el habla”. Es muy común que se atribuya la interceptación a una influencia extraña. Así, cuando se le pidió a uno de nuestros pacientes que cantara, repentinamente no pudo continuar porque las “voces” le dijeron, “¡Ves! ¡De nuevo te olvidaste!”. Pero estas “voces” eran de los mismos personajes que, según el paciente, provocaban la pérdida de su memoria.

Jung le escuchó a una de sus pacientes el mejor término para designar el fenómeno; subjetivamente, ella lo experimentaba como una “*sustracción del pensamiento*”⁵¹. El término es tan adecuado, que muchos esquizofrénicos se dan cuenta instantáneamente de lo que quiere decir. Ante la pregunta: “¿Siente usted como que le sustraen el pensamiento?”, los pacientes responden inmediatamente “Sí” y luego describen lo que entienden por esa expresión. Cuando este síntoma está presente se puede hacer el diagnóstico de esquizofrenia con un grado considerable de certeza. Al menos hasta ahora, no hemos encontrado ninguna excepción a esta conclusión. Aun los pacientes que han utilizado diferentes palabras para describir el concepto de “interceptación” saben lo que se quiere decir con “sustracción del pensamiento”. Un paciente contestó rápidamente a la pregunta de Jung de si sufría de sustracción del pensamiento: “Así que usted lo llama privación de pensamiento; hasta ahora yo siempre lo había llamado estrechamiento del pensamiento”. El paciente de Kraepelin lo expresó de un modo semejante como “*extracción de los pensamientos*”.

La interceptación tiene aparentemente algo de caprichoso, objetivamente para el observador, y subjetivamente para el paciente. A veces el paciente puede hablar con facilidad y rapidez, moverse muy libremente y luego nuevamente el pensamiento o los movimientos se detienen, se congelan o se coagulan. Sin embargo, una investigación más cuidadosa muestra que el fundamento de la interceptación reside generalmente en la importancia que tiene para el paciente la secuencia de pensamiento bloqueado. *A la inversa, por la aparición*

⁵¹ N. del E.: Como lo dice A. Viillard, en su traducción francesa de la obra de Bleuler, es preferible traducir *Gedankenentzug* como “sustracción del pensamiento”, en lugar de “robo del pensamiento” (usual en español y en francés = *vol de la pensée*), porque al describir este síntoma Bleuler entiende que el paciente experimenta el fenómeno sin atribuirlo, necesariamente, a la consecuencia de una influencia exterior.

de una interceptación en un paciente acerca del cual no sabemos mucho, podemos concluir que hemos tocado uno de sus complejos importantes.

Le preguntamos a una joven acerca de su vida anterior y proporciona un buen relato cronológico de su pasado. De repente, no puede continuar y cuando la interrogamos sobre lo que le ha sucedido no podemos obtener nada más. Sólo mucho rato después, utilizando toda clase de medios indirectos, conseguimos que revele que en esa época particular de su vida, cuando llegó al punto en el que interrumpió su discurso, había conocido a su novio. Un maestro, que malgastó todos sus esfuerzos tratando de mejorar su posición y sus ingresos, responde a la pregunta acerca de si obtuvo su promoción: "¿Qué es promoción?", y no puede comprender esa frase porque todo el complejo de ideas ligado a la palabra "promoción" ha sido obstruido. Muchos pacientes piden insistentemente ver al médico porque tienen cosas importantes que tratar, pero cuando éste viene no saben qué decir.

Un paciente muy inteligente y de buena educación canta una canción de amor, pero pretende después que ella era meramente la descripción de un hermoso paisaje rural. No la puede reproducir más, aunque se le canten partes de ella. Sostiene muy firmemente y con convicción que nunca cantó esa canción.

En nuestros pacientes, los complejos afectivamente cargados están generalmente relacionados con ideas delirantes y alucinaciones. Por lo tanto, obtenemos muy poca información acerca de esos procesos psíquicos del mismo esquizofrénico, aun cuando por lo común dominan todos los pensamientos y sentimientos del paciente. Una paciente sabe que ciertas personas "están poseídas" porque no puede hablarles. Los "poseídos" eran los personajes de sus ideas delirantes.

La interceptación no es absoluta e invencible en todos los casos. Por medio de interrogatorios persistentes, utilizando diversos estímulos⁵², y especialmente mediante la distracción, frecuentemente se la puede superar. Sin embargo, tales maniobras les provocan a los pacientes sensaciones desagradables. Una paciente se asustó mucho después de haber conseguido contestar, como si hubiera hecho algo impropio.

También la voluntad, o por lo menos el deseo, de los pacientes, tiene su parte en la aparición de la interceptación. Un hebefrénico llama al complejo sintomático de la "interceptación" (ligado a ideas delirantes y otras producciones patológicas) el "sello estampillas", y a menudo lo provoca cuando alguien quiere darle una tarea que no desea hacer. Entonces queda "bloqueado" para todo y no se puede hacer nada más con él. Es evidente que existen todos los grados de transición entre ese tipo de conducta y la mala voluntad conciente y la simulación. Del mismo modo, los límites que distinguen la *interceptación* del *negativismo* no son ni teórica ni sintomatológicamente claros. Ambos fenómenos se convierten casi imperceptiblemente en el otro; y el negativismo pasivo puede quizás explicarse como una combinación de obstrucciones.

Casi enteramente iguales al negativismo eran los efectos de la interceptación en una paciente que daba respuestas lentas, vacilantes, musitadas y a la que,

⁵². Por ejemplo, el alcohol puede ayudar a superar una interceptación y se lo puede utilizar durante un examen clínico.

a veces, le faltaba completamente la voz, en especial si se la interrogaba con insistencia. Era imposible superar la interceptación si no se le preguntaba directamente.

En algunos casos es sencillamente imposible distinguir a la interceptación del negativismo, particularmente cuando el paciente elude la resistencia empleando “respuestas de lado (pararespuestas)”. Durante su examen, una paciente no reveló ni interceptación, ni negativismo, ni “respuestas de lado”, excepto cuando se le preguntó cuándo había venido al hospital por primera vez. A esta pregunta, reiterada varias veces, dio respuestas tales como: “En una ambulancia”, “Me trajo sor L.”, “Estoy aquí desde hace tres días y tres largas noches” (en realidad, había sido admitida en el hospital el día anterior).

Una *interceptación parcial* como la que hemos descrito puede manifestarse también en otras formas. No es para nada raro que el habla esté obstruida mientras que se continúan expresando los procesos de pensamiento mediante una breve serie de gestos que sirven para completar una frase ya comenzada. En mi experiencia, generalmente la secuencia de pensamientos cesa luego de completarse la mímica de la misma frase. Hay un tipo de interceptación parcial al cual uno de los pacientes de Jung llamó “fascinación” (*Bannung*). Los pensamientos parecen haberse detenido por completo o haber quedado fijados a alguna impresión sensorial, y sólo ésta permanece en la conciencia, con exclusión de toda otra cosa. Probablemente abarque parcialmente este mismo síntoma lo que Sommer designó como “fijación visual”.

* * *

En el estado actual de nuestros conocimientos, las asociaciones experimentales a menudo no parecen estar perturbadas en los estados crónicos de los casos más leves. Sin embargo, por lo general observamos peculiaridades que, sin duda, no bastan por sí mismas para establecer un diagnóstico con algún grado de certidumbre pero sugieren la probable presencia del mal.

1. Gran irregularidad en el tiempo de latencia de asociación, que no puede ser explicada completamente por la predominancia de complejos con tonalidad emocional. Las variaciones de tiempo son mucho mayores que en los complejos de la persona sana. Con frecuencia se producen cambios notables; a veces las asociaciones van muy lentamente, luego, bruscamente, se ve que el paciente puede pensar con gran rapidez (en el mismo experimento, por supuesto). Naturalmente, uno se siente inclinado a atribuir tal irregularidad a vacilaciones en la buena disposición o, por lo menos, en la atención del paciente. En los casos agudos, las reacciones muestran la tendencia a hacerse progresivamente más lentas durante cada experimento individual.
2. También es notable el retorno a palabras-estímulo o respuestas anteriores. No es necesario que este efecto retardado de un pensamiento anterior sea continuo. Un paciente puede abandonar una secuencia de pensamientos sólo para volver nuevamente a ella en asociaciones posteriores, como hizo el paciente, ya mencionado, que vinculó “Berna”, “legislatura”, etc., después de que tres ideas enteramente diferentes lo habían desviado de la original. Sin embargo, frecuentemente las perseveraciones de ideas se encadenan entre sí.

3. El efecto *a posteriori* de pensamientos anteriores también se manifiesta en la tendencia a estereotipar las respuestas, tanto en la forma como en el contenido. Algunos casos particularmente graves responden absurdamente, al final del experimento, con unas pocas respuestas que durante el mismo fueron utilizadas muy correctamente: “para pensar”, “para escribir”, “para comer”, etc. (naturalmente, la pobreza de ideas facilita tal comportamiento).
4. A veces los pacientes se aferran a la palabra estímulo y la repiten sin añadirle ningún otro pensamiento. Esta especie de ecolalia aparece más a menudo en los estados agudos (estados de obnubilación) que en los crónicos.
5. Aun cuando no se produzca con mucha frecuencia la repetición de una misma palabra, comprobamos una notable pobreza de ideas en muchos pacientes. Es verdad que no se aferran a la misma palabra, pero quedan fijados en otras semejantes o en ideas íntimamente relacionadas.
6. Los esquizofrénicos exhiben tipos de reacción mucho más individuales que otros casos (Kent y Rosanoff). Si después de un largo intervalo se les presentan las mismas palabras-estímulo, se encuentra una variedad mucho mayor que en la persona sana (Pfenninger).
7. Más sorprendentes son las asociaciones bizarras, de las cuales dimos ejemplos anteriormente; así como esas asociaciones que son real o aparentemente incoherentes, y en las cuales la palabra-estímulo sirve solamente como una señal para pronunciar una palabra cualquiera (para nombrar uno cualquiera de los muebles que aciertan a estar dentro del campo visual, etc.).
8. Con frecuencia no puede descubrirse ninguna relación entre las asociaciones, ni siquiera con la ayuda del paciente. En la mayoría de estos casos, puede suponerse que opera un complejo de ideas cargado emocionalmente. Cuando digo “que opera”, no quiero decir “que opera en la conciencia del paciente”, puesto que el paciente mismo no nos puede dar realmente ninguna información al respecto. Así, un paciente que aparentemente era bastante inteligente y se orientaba bien, asoció conceptos (insuficiente, deficiente) que afectaban sus emociones con la palabra “corto”, sin saber porqué lo hacía. La solución del problema está en el hecho de que él era un “corto”, un hombre bajito, y ese elemento formaba parte de sus complejos.
9. No es de ningún modo rara una marcada tendencia a las asociaciones indirectas.
10. Los signos de complejos emocionalmente cargados se manifiestan a menudo de una manera muy exagerada. El tiempo de reacción ante estímulos que tocan los complejos aumenta desmesuradamente; o bien deja de producirse la reacción completamente. Todos los indicadores de complejos, como los describió Jung, son en muchos casos especialmente evidentes; superficialidad, si los tiempos de reacción son largos; citas, respuesta en un idioma extranjero; rápido olvido; el efecto retardado, intelectual y afectivo se refleja en las asociaciones subsiguientes. En algunos casos, los complejos son tan dominantes que las asociaciones sólo pueden presentarse en relación con ellos. Todos estos signos, sin embargo, varían mucho, no sólo de un caso a otro, sino entre un máximo y un mínimo, en el mismo paciente, dentro de un breve período de tiempo.

La necesidad de parecer inteligente (complejo de inteligencia) se manifiesta aquí, como también en los defectuosos mentales, en la inclinación por las definiciones: su aspecto bizarro traiciona a menudo el origen específicamente esquizofrénico: ojo = punto de “visionería”⁵³, abuela = “antiporción”⁵⁴ sexual, sartén = artículo para calentamiento, y así por el estilo.

⁵³. N. del E.: Neologismo resultante de la traducción aproximada de *Sehungspunkt* o *Sehung*, derivado de *sehen* (ver).

⁵⁴. N. del E.: Traducción aproximada de *Anteilung*, neologismo que combina *Anteil* (parte, porción, participación) y *Teilung* (división, desmembramiento, partición).

Pese a muchas investigaciones, no se han encontrado en los experimentos de asociación huellas directas de *negativismo*. Sólo en dos pacientes vimos una tendencia a la negación y a las asociaciones por contraste, pero precisamente, estos pacientes no eran negativistas.

* * *

Ziehen (20) también sometió a prueba las *asociaciones retrógradas* o inversiones de la asociación. En estados clínicos que nosotros consideramos esquizofrénicos, encontró alguna dificultad para la reproducción de series a la inversa. Sin embargo, es tan difícil separar las perturbaciones de la asociación de aquellas de la atención, de la buena disposición, etc., que no me atrevo a extraer conclusiones definidas del breve trabajo de ese autor.

* * *

Los trastornos de las asociaciones descritos aquí son característicos de la esquizofrenia. *Pero, además, junto a ellos, hay también otros tipos de anomalías del curso del pensamiento que aparecen de manera intercurrente.*

En las fases maníacas de la esquizofrenia se agrega la fuga de ideas a las perturbaciones de la asociación típicamente esquizofrénicas. En los episodios depresivos comprobamos que reacciones afectivas anormales provocan inhibición del pensar y trastornos de la asociación. A menudo, los mecanismos histeriformes de aislamiento pueden dominar el cuadro clínico. Los pensamientos compulsivos son frecuentes.

* * *

Como se ha prestado poca atención a los estados clínicos agudos de la esquizofrenia, la descripción aquí ofrecida de los trastornos de la asociación es insuficiente. Sin embargo, todavía no hemos descubierto nuevas peculiaridades cualitativas en tales síndromes, sino más bien solamente exageraciones de las ya descritas. (Dejamos de lado, por supuesto, la exposición de los signos de los estados maníacos, melancólicos o inhibidos de causa orgánica).

Considero una seria carencia el que nos veamos obligados a deducir la mayoría de las anomalías a partir de las producciones orales y escritas de los pacientes; los *actos* más complejos emanan, sin duda, exactamente de los procesos de pensamiento que se expresan en el discurso. Es costumbre nuestra interrogar a los pacientes acerca de los motivos de su comportamiento. Sucede de un modo diferente con las asociaciones que gobiernan nuestra conducta o actividades menores, que no dirigimos conscientemente, mientras que en la conciencia vemos surgir sólo al objetivo de tal o cual acto o comportamiento. Si escribo algo, pienso conscientemente en mi tema, pero no sé exactamente cómo saqué el papel de mi escritorio, qué tipo de movimientos específicos y coordinaciones utilicé, etc. Hay indicios de que en los esquizofrénicos están alterados incluso estos mecanismos muy automáticos, como, por ejemplo, lo demuestra la aparición de fenómenos similares a la apraxia. No obstante, todavía no sabemos si estos trastornos se derivan también de una insuficiencia de la suma requerida de asociaciones individuales referentes a estas actividades especiales. Es posible que la torpeza sea debida a contracorrientes negativistas o a la perplejidad.

b. Afectividad

En las formas francas de la esquizofrenia, el “deterioro emocional” se instala mansamente hasta ocupar el primer plano del cuadro clínico. Se sabe desde los primeros años de la psiquiatría moderna que una psicosis “aguda curable” se convierte en “crónica” cuando comienzan a desaparecer las emociones, a perder agudeza los afectos. En las últimas etapas, muchos esquizofrénicos dejan de manifestar afecto alguno durante años y aun decenios enteros. Se sientan por ahí, en las instituciones donde están confinados, con rostros inexpresivos, encorvados, la imagen de la indiferencia. Permiten que se los vista y se los desvista como si fueran autómatas, que se los lleve desde su lugar habitual de inactividad hasta el salón comedor, y luego de vuelta nuevamente, sin manifestar signo alguno de satisfacción o desagrado. Ni siquiera parecen reaccionar ante los maltratos que les infligen otros pacientes.

Aun en las formas menos graves de la enfermedad, la indiferencia parece ser el signo exterior de su condición; una indiferencia ante todas las cosas, ante los amigos y conocidos, la vocación y los esparcimientos, los deberes y los derechos, la buena y la mala fortuna. “No me importa lo más mínimo, sea de un modo o de otro”, dijo un paciente de Binswanger. Generalmente, este defecto se manifiesta del modo más sorprendente en relación con los intereses más vitales del paciente, requiera o no su comprensión un proceso mental complicado. Ya al comienzo de su enfermedad, una madre puede mostrarse indiferente ante el bienestar y el infortunio de sus hijos. Sin embargo, no sólo puede emplear las palabras que usaría una madre con sentimientos normales, sino comprender realmente lo que es bueno o malo para un niño. Cuando la ocasión lo exige (por ejemplo, cuando necesita un pretexto para pedir que se le permita salir del hospital), puede discutir sobre el tema con mucha competencia. Para tal paciente es indiferente que él mismo o su familia vayan a la destrucción o a la ruina. A menudo el instinto de conservación está reducido a cero. Los pacientes ya no se preocupan, sea que estén muriendo de inanición o no, que yazcan sobre un montón de nieve o sobre un horno al rojo vivo. Durante un incendio en el hospital, cierto número de pacientes tuvo que ser sacado de la sala amenazada; ellos mismos no se hubieran movido de sus lugares, se hubieran dejado quemar o asfixiar sin mostrar ninguna respuesta afectiva. Ni las enfermedades ni las amenazas de algún mal posible perturbarán la paz de muchos esquizofrénicos. Por supuesto, lo que les sucede a los demás no les interesa en modo alguno. En una sala, un paciente mata a otro; sus compañeros de sala no creen necesario llamar al enfermero. Un estudiante casi estranguló a su madre; luego, no puede comprender por qué se hace tanta bulla por un “pequeño intercambio de palabras”. Un paciente escribe a su hogar por primera vez después de estar internado un mes y medio en la institución; pero aparte de algunas frases irrelevantes e insignificantes, sólo pregunta cómo está su gato.

Los esquizofrénicos pueden escribir autobiografías completas sin manifestar la menor emoción. Describirán sus sufrimientos y sus acciones como si fueran un tema de física. Una mujer croata, que sólo hablaba su lengua nativa, se las arregló para llegar a Zúrich; y fue internada durante meses en el hospital sin poder hacerse entender, puesto que no prestaba atención a los gestos, aunque era de un temperamento vivaz. Finalmente, interpelada por una compatriota contestó sus preguntas pero no exhibió la menor emoción. Un hebefrénico hablando de la muerte de su padre dijo: "Dado que en esa época yo estaba en casa, fui al funeral, y me alegré de que no era yo a quien enterraban; ahora estoy enterrado vivo".

Generalmente, es muy notable el modo en que muchos pacientes, en especial los más viejos, revelan la misma indiferencia ante sus propias ideas delirantes, con las cuales, sin embargo, están constantemente preocupados.

Durante una larga consulta clínica, un paranoide se queja constantemente acerca de sus persecuciones, pero mientras hace su relato está sentado con mucha calma y disciplina. Cuando se le pregunta si cree que sus alucinaciones son reales, contesta, encogiéndose de hombros: "Quizá son patológicas, quizá son reales". Evidentemente, esa cuestión no le interesa. Es bien conocido que los esquizofrénicos paranoides de más edad relatan con la mayor calma cómo fueron desollados y quemados por la noche, cómo se les arrancaron las entrañas. Una hebefrénica, por ejemplo, fue a ver al médico para pedirle que por favor no la mate, pues, aunque cree verdaderamente que se trata de un asunto de vida o muerte, no muestra ninguna emoción.

En los casos más leves, esta indiferencia puede estar ausente o enmascarada. Al comienzo de la enfermedad comprobamos a menudo una hipersensibilidad, de modo que los pacientes se aíslan consciente y deliberadamente para evitar todo lo que pueda suscitarles emociones, pese a que pueden tener todavía algún interés por la vida. Los esquizofrénicos latentes pueden parecer casi demasiado lábiles en su afectividad, casi sanguíneos. Pero sus emociones carecen de profundidad. Además, en una observación más atenta de tales casos se verifica que hay una indiferencia parcial respecto a intereses que anteriormente interesaban al paciente. Sin embargo, yo no diría que esta descripción se aplica también a los numerosos esquizofrénicos que nunca son examinados por un psiquiatra. Además, hay muchos esquizofrénicos que, al menos en ciertos aspectos, exhiben vivas emociones. Entre ellos están los que son activos, escritores, reformadores del mundo y de la salud, fundadores de nuevas religiones. Estas personas son unilaterales en su pensamiento y desconsideradas en su conducta. Es muy difícil comprobar si sus emociones en cuanto tales son también patológicamente unilaterales.

A menudo observamos "*estados de ánimo (timia) básicos*", de modo que no puede hablarse realmente de una indiferencia general en estos pacientes. Ese estado puede ser de euforia, tristeza o ansiedad. Vemos las transiciones desde un estado de euforia a la indiferencia o a una mezcla de ambas, en los muy frecuentes estados emocionales de los hebefrénicos que manifiestan lo que se denomina una "*Wurstigkeit*", suerte de "indiferencia callosa", o lo que los franceses llaman "*je-m'en-fichisme*"⁵⁵. En tales casos, aunque los pacientes no son

⁵⁵ N. del E.: je-m'en-fichisme (en francés en el texto), se puede traducir aproximadamente como "todo me importa un bledo".

felices, están por lo menos muy satisfechos con ellos mismos y con el mundo. Los acontecimientos indeseables no son considerados como desagradables. En esas ocasiones, sus respuestas se hacen muy impertinentes. Esta reacción se ve facilitada por el hecho de que sus asociaciones incorrectas les proporcionan un material muy adecuado. También otros estados de ánimo se expresan de una manera semejante. Durante veinte años, una de nuestras pacientes fue conocida como "la loca cordial", porque presentaba sus absurdas quejas con risas y una gran bonhomía.

En esos episodios agudos de esta enfermedad que fueron denominados anteriormente manía y melancolía, las emociones no faltan, por supuesto, sino que adquieren una coloración o tono especial que a menudo permite por sí misma hacer el diagnóstico de la afección. En lugar de la emoción clara y hondamente sentida de la psicosis maniaco-depresiva, tenemos la impresión de una afectividad nada profunda. Lo que está ausente, sobre todo, es la coherencia de la manifestación afectiva. Las palabras que, según se supone, expresan dolor o placer, el tono de voz y los gestos, no parecen ser congruentes o apropiados respecto de la actitud total del paciente. La mímica carece de unidad; la frente fruncida, por ejemplo, expresa algo parecido a la sorpresa; los ojos, con sus pequeñas patas de gallo, dan la impresión de hilaridad, y las comisuras de los labios pueden estar caídas como la tristeza. A menudo las expresiones faciales parecen exageradas y melodramáticas. En estos casos es muy notable la rigidez o torpeza de los movimientos. Tanto los lamentos como el júbilo se expresan con monotonía.

Es más fácil percibir estos fenómenos que describirlos. Lo que puede subrayarse mejor en la exposición es la falta de adaptabilidad al cambiante contenido mental, la *capacidad de modulación deficiente*. El estado afectivo del esquizofrénico con síntomas maniacos corresponde apenas, o bien no corresponde de ningún modo, al cambiante contenido mental. El verdadero maníaco, como el individuo normal, acompaña los matices emocionales de sus pensamientos con las modificaciones apropiadas, cualitativas y cuantitativas, de sus manifestaciones afectivas; el paciente definitivamente esquizofrénico muestra pocas o ninguna de esas modulaciones, sea que esté haciendo un chiste o lamentándose por su internación, o contándonos la historia de su vida⁵⁶. Una paciente catatónica se quejaba porque su marido estaba en la cárcel. Yo le aseguré que estaba en libertad, a lo que ella respondió: "¿De veras? ¡Qué bien!". Expresó esta respuesta con un tono de voz invariablemente quejoso, como si yo le hubiera confirmado el encarcelamiento de su esposo.

Tal actitud difiere de la indiferencia sólo aparentemente. Cualquiera sea la emoción que exista, no es por cierto una reacción ante un pensamiento, sino más bien algún estado básico anormal de la afectividad, un ajuste diferente

⁵⁶ Si escuchamos a un esquizofrénico hablar en un idioma que nos es extraño, frecuentemente no tendremos ninguna indicación de lo que está diciendo, ya que puede haber un importante cambio de tema (de comida a muerte de la madre, por ejemplo) y, sin embargo, no expresarse con ningún indicio que sugiera tal cambio de tema y mucho menos la entonación afectiva esperable

del punto-cero afectivo⁵⁷. Los pacientes con otros tipos de psicosis reaccionarán de acuerdo con sus conceptos, con vacilaciones hacia arriba o hacia abajo de este punto-cero afectivo; no así el esquizofrénico.

En algunos casos comprobamos claramente oscilaciones emocionales que casi se aproximan a las normales. No obstante, una rigidez afectiva subyacente puede otorgar a las expresiones de los estados de ánimo más diversos una especie de denominador común difícil de describir. Podría decirse, como comparación, que parece como si toda la mímica estuviera teñida del mismo color. Estas personas parecen reír y llorar con el mismo tono de voz. Aun cuando al expresar una emoción eleven las comisuras de los labios y en otra las dejen caer, ambas expresiones conservan un elemento de evidente similitud.

A menudo se evidenciará la inadecuada profundidad de la emoción en cuanto el paciente se muestra incapaz de mantener un humor. Una paciente catatónica sentía un gran temor por un Judas Iscariote alucinatorio que la amenazaba con una espada. Gritaba que se llevaran al Judas, pero en los intervalos pedía un trozo de chocolate. Al día siguiente se lamentaba por estas alucinaciones y se disculpaba por sus actos violentos; pero en medio de sus quejas expresaba el placer que le causaba un hermoso cinturón. Se las arregló para mezclar este cinturón en sus alucinaciones, hasta el punto de que fue necesario asegurar que no se trataba de un "beso de Judas". Otra catatónica pasaba sus días y sus noches acusándose desesperadamente e intentando dañarse. Sin embargo, cuando lograba escaparse de los enfermeros, se reía de todo eso.

En los estados agudos puede producirse una rápida alteración de la expresión afectiva, aun sin que haya un humor básico continuo, dentro de un breve período de tiempo, por ejemplo durante un examen clínico. Debido a cualquier asociación fortuita, accidental, el paciente pasará en un segundo de una agitación colérica exageradamente intensa, con maldiciones, gritos y saltos, a un estado de ánimo exageradamente erótico, dichoso, para volver a ponerse triste y lacrimoso minutos después. En estos casos, parece transformarse, junto con la emoción, toda la personalidad. En contraste con la ya expuesta fijación de ciertos componentes de una expresión afectiva anterior, encontramos aquí que las emociones anteriores no parecen obrar como lo harían normalmente. Muy repentinamente aparecerá un tono emocional completamente nuevo. Este tipo de rápida modificación y de rigidez emocional distingue fácilmente a estos casos de los orgánicos.

Por eso es comprensible que Masselon (10, p. 83) cuente entre las peculiaridades emocionales de la esquizofrenia no sólo a la displicencia, la indiferencia y la irritabilidad, sino también una gran "*labilidad afectiva*" (movilidad del humor, *versatilité*⁵⁸, etc.). Aun su irritabilidad parece contrastar de algún modo

⁵⁷. La independencia de esos estados de ánimo esquizofrénicos del contenido mental se manifiesta con particular claridad en los casos, no infrecuentes, en los que un paciente que ha elaborado ciertas ideas delirantes apropiadas durante una depresión, se sigue aferrando a ellas pese al rápido cambio de humor (que pasa a la euforia), pero las expresa con un tono alegre totalmente inadecuado, que contradice el contenido.

⁵⁸. N. del E.: En francés en el original.

con la indiferencia, y mucho más su labilidad, que presupone una sensibilidad exacerbada de una manera anormal.

En los casos leves, que se ven rara vez en los hospitales, a menudo la labilidad parece dominar, pero una observación más atenta revela los defectos de la emotividad.

Un hebefrénico estaba amenazado por una sentencia debido a cierta violación de la ley. Se hallaba ligeramente eufórico, considerándose afortunado por haber venido al hospital para recibir cuidados médicos. Alababa los cuadros (malos) que colgaban de la pared y no quería ser transferido a una sala mejor porque los pacientes de la suya le parecían muy agradables. Después de ser trasladado a la nueva sala, rezongaba y maldecía contra la anterior. Durante una ligera fiebre (y ocasionalmente sin ninguna causa discernible), se mostró deprimido, gritando como un niño que se iba a morir. La misma reacción se producía por los motivos más insignificantes; por ejemplo, cuando relataba cómo se había resistido su padre a pagar la pequeña matrícula semestral de sus estudios. Si alguien le decía algo que le desagradaba, se excitaba, amenazaba, destrozaba objetos cercanos, tiraba el dinero furiosamente y golpeaba a su esposa. Pese a esta labilidad emotiva con un leve humor maniaco, era muy evidente la perturbación esquizofrénica de la afectividad. No buscaba ningún contacto con su medioambiente, como lo hace un paciente verdaderamente eufórico y permanecía indiferente ante los acontecimientos más importantes de su vida (confinamiento, negocios, divorcio, etc.). Este hombre bien educado y cortés había perdido por completo su sentido del tacto social. Sus expresiones faciales eran rígidas, fijas, completamente incongruentes con su modo de hablar ampuloso. Expresaba con el mismo semblante ideas de valor afectivo diferente y podía decir cuán terriblemente excitado estaba en un tono de máxima indiferencia.

En alguna medida, parecería que esta labilidad afectiva se relaciona con la incapacidad del paciente para comprender en cuanto tales a muchos sucesos importantes. Aun la persona sana no se molestará mucho por ideas sin importancia. Es muy comprensible, por lo tanto, que el esquizofrénico, para quien nada tiene importancia, salte a menudo de una emoción a otra. Por otra parte, la labilidad afectiva corresponde a su pensamiento disociado. Un paciente hebefrénico se agita desesperadamente, aúlla que él ha arruinado todas las cosas; repentinamente, dice en un tono tranquilo: "Ahora me voy a reír", y se ríe secamente. Poco después, anuncia: "Ahora voy a gritar", y grita y forcejea. Otro paciente estalla en cólera ante cada visita del médico, rechinando los dientes y amenazando atacarlo, de modo que tiene que ser sujetado. Sin embargo, poco después se mete en su cama y con un gesto elegante le envía al médico "un beso de reconciliación". Ocasionalmente vemos que el hebefrénico orientado lamenta sinceramente las acciones que cometió durante períodos de agitación. Uno de nuestros esquizofrénicos paranoides sollozaba después de maltratar a su esposa. No obstante, nunca he vuelto a encontrar un arrepentimiento tan cabal y franco.

Aun cuando las emociones cambian, lo hacen más lentamente que en la persona sana. A menudo *los afectos parecen rezagarse detrás de las ideas*. Durante una entrevista se le mostró reiteradamente a una paciente un cuadro con un niño. La emoción correspondiente tardó un cuarto de hora en aparecer. Asi-

mismo, puede observarse durante las celebraciones cuánto más que la persona sana tarda el esquizofrénico en llegar al humor festivo. Aunque la cólera y la furia tienden a prolongarse, pueden aparecer tan bruscamente en la persona normal como en el esquizofrénico. No puede considerarse esto como una labilidad especial de estos pacientes. Sin embargo, existe indudablemente una prolongación patológica de los afectos en la tendencia habitual de los esquizofrénicos a persistir en su ira, o incluso aumentarla, durante largos períodos, aunque haya desaparecido el motivo de la emoción.

De todo esto debemos extraer la conclusión (en oposición a Masselon) de que la labilidad del esquizofrénico no es un fenómeno esencial.

Mucho más notable que los rápidos *cambios afectivos* (por lo menos exteriores) son las variaciones y desplazamientos no provocados de los estados de ánimo; la aparición caprichosa de emociones. Hoy un paciente puede aparecer muy indiferente, mañana puede estar irritable o ser accesible a sentimientos muy diferentes. Pfersdorff (11, p. 18) observó lo siguiente acerca de sus pacientes: "Su estado afectivo básico era manifiesto sólo cuando hablaban, cosa que rara vez hacían espontáneamente". Como sucede tan a menudo, las emociones comienzan a revelarse cuando los pacientes se ven obligados a enfrentarse con su medioambiente y a reaccionar ante él. Pero con mayor frecuencia *los pacientes se excitan afectivamente sólo cuando se los hace pensar en determinadas ideas que, antes de la aparición o durante las primeras etapas de su enfermedad, los preocuparon en sumo grado* (complejos). Así, una paciente hebefrénica se quedaba sentada en una muda euforia erótica, para mostrar emociones normales solamente cuando se discutían sus relaciones con el esposo. Hasta décadas después es posible evocar en estos pacientes el dolor o el gozo de una aventura amorosa pretérita, en toda su intensidad, cuando conseguimos superar la *intercepción* siempre presente en relación con estos temas. Las emociones aparecen como si hubieran sido resguardadas. Todos los matices del placer sexual, de la turbación, el dolor o los celos, pueden surgir con toda vivacidad, cosa que nunca encontramos en las personas sanas cuando se trata de recordar el pasado. Con frecuencia se expresan estos recuerdos de tal modo que manifiestan el carácter de las experiencias de tiempos pasados, en notable contraste con la edad actual del paciente.

Una paciente hebefrénica de setenta y un años que ingresó al hospital debido a una ligera depresión había tenido su primer ataque transitorio poco después de la pubertad. Habló con la mayor indiferencia de los acontecimientos de su vida, en particular de su esposo. Cuando conseguimos, en cambio, hacerla recordar un amante del período inmediatamente anterior a su primera afección, exhibió el semblante turbado de una jovencita a quien se interroga sobre tales temas. Manifestó todas las reacciones características; no sólo se ruborizó y bajó los ojos, sino que también se rió con embarazada satisfacción, retorció alrededor de sus dedos el dobladillo del delantal, se arregló el cabello y exhibió otros pequeños gestos típicos. La emoción juvenil pudo así evocarse, casi se diría exhumarse, en toda su frescura, después de medio siglo; y todo ello en el más notable contraste con el aspecto sumido y el rostro arrugado de una anciana.

En este caso, como en muchos otros, fue posible revivir la experiencia.

Se pudieron efectuar observaciones análogas, aunque quizá no tan llamativas, en la mayoría de los casos de esquizofrenia analizados concienzudamente. Cuando, en una presentación clínica, se han revelado por primera vez los complejos afectivamente acentuados, es a menudo muy difícil convencer al público de la real carencia de emoción del paciente, tanta es la normalidad con que parece éste reaccionar, aunque durante años no sólo ha manifestado sino también experimentado una completa indiferencia.

Con alguna paciencia, en un individuo que aparentemente es sólo un organismo vegetativo puede descubrirse la presencia de emociones relacionadas con sus ideas delirantes. A menudo hacen falta meses para establecer algún contacto intelectual con esos pacientes completamente apáticos y mudos. Pero si se lo consigue, se encuentra con gran regularidad un sistema de ideas delirantes que no sólo ha originado deseos y temores, sino que está acompañado por emociones totalmente adecuadas.

Aun cuando se inicia la atrofia cerebral, a menudo se presentan las emociones, con el resultado de que algunos de esos individuos afectados difieren poco de los casos habituales de senilidad, "que pueden llorar y reír siempre que lo desean". En Rheinau observé durante diez años a una catatónica que, salvo en el primer período de su enfermedad, sólo me había dirigido insultos, y que se quedaba sentada dejando salir la lengua por uno de los ángulos de la boca, en una actitud claramente negativista. Cuando visité el hospital, diez años después de haberme ido de allí, volví a verla, y ella se apresuró a saludarme y me rodeó con sus brazos como si yo fuera un viejo amigo. Una paciente paranoide, que yo sabía había sido emocionalmente indiferente durante treinta años, tuvo un ataque de apoplejía. Mientras se encontraba atrayendo moscas con dulces, le pregunté en broma si las moscas no se la comerían también a ella y siguió la broma diciendo: "Hay algunas muy grandes que quieren comerme". Durante la primera mitad de la frase se reía, pero en la segunda mitad estaba tan abrumada por la idea de ser devorada, que comenzó a llorar (como lo hacen los verdaderos casos seniles).

Por lo tanto, no puede haber ninguna duda de que la capacidad psíquica de presentar emociones no ha desaparecido en la esquizofrenia.

De modo que no puede causar asombro encontrar que tal o cual afecto se conserva bien, incluso en los casos más graves. Pero el carácter específico de la emoción que encontramos está determinado en gran parte por "azar". Hay, además, mayor probabilidad de descubrir ciertas emociones que otras.

Como ya vimos, con frecuencia pudimos descubrir impulsos eróticos (en un sentido amplio). Muy a menudo, cuando podemos seguir ensoñaciones diurnas del paciente, encontramos los sentimientos más delicados en el mismo paciente que sólo manifiesta violencia y procacidad ante el mundo.

Incluso en los casos avanzados, encontramos, en lugar de interés, su equivalente (muy desarrollado ya en los pájaros y los gatos): la *curiosidad*. Los pa-

cientes que aparentemente no se interesaban por nada de lo que sucedía alrededor de ellos siempre se las arreglaban para espiar o escuchar una conversación a través de una puerta abierta, o echar un vistazo a un libro abierto. Hacen esto aunque parezcan demasiado aletargados como para tocar incluso lo que consideran peculiar. En los casos hospitalizados durante un largo tiempo observamos un cierto *apego a la institución*. Los esquizofrénicos que han trabajado en un hospital muchos años sienten por él una especie de afecto. Se interesan por la administración de la granja y eventualmente hacen alguna contribución espontánea en ese sentido. Pueden manifestar nostalgia por la institución después de haber sido dados de alta. Con la misma frecuencia, sin embargo, encontramos que estos laboriosos pacientes ejecutan su tarea diaria como verdaderos autómatas, sin que los moleste la lluvia ni la nieve, el calor o la helada.

Es en la esfera de la irritabilidad, la cólera, y aun la furia, donde encontramos con mayor frecuencia que se conservan las emociones. Muchos pacientes hospitalizados sólo reaccionan de este modo. El personal que los asiste corre siempre el riesgo de ser insultado o atacado mientras les prestan los cuidados ordinarios y de rutina, incluso cuando les llevan sus alimentos. Entre tales casos extremos, y actualmente raros, y los de irritabilidad común, existen todos los grados de variación.

Esta irritabilidad relacionada con el sistema de ideas delirantes y con el negativismo de los pacientes es particularmente difícil de tratar en los hospitales e instituciones. Los “perseguidos” están insatisfechos con su medioambiente, al que consideran la fuente de la persecución. Otros pacientes, que creen que todos sus deseos se han cumplido, son perturbados por su entorno en sus sueños dichosos, lo que les proporciona un motivo suficiente para la ira y la furia. De modo que la cólera es la reacción habitual de muchos pacientes ante sus alucinaciones; y lo que es muy importante, eso sucede aunque sus “voces” no les digan nada desagradable.

No exactamente en el mismo nivel está su indignación, que se ve con frecuencia en los hospitales, por la falta de libertad o alguna otra incomodidad que entraña el tratamiento inevitablemente. Muchos pacientes se quejan de nostalgias de su hogar, pero muy rara vez se comprueban signos que indiquen la presencia de una añoranza real o de un verdadero deseo de volver al hogar. En realidad, sucede con frecuencia que un esquizofrénico que ha estado molestando continuamente para conseguir su libertad, al recibir un permiso, se niegue a utilizarlo o que abandone el hospital sin ningún propósito y sin regresar nunca a su casa.

Con gran frecuencia se encuentra que el único elemento afectivo que se ha conservado, además de la irritabilidad del paciente, es el amor paternal o maternal. Las madres, en particular, a menudo se siguen interesando verdaderamente por el bienestar de sus hijos, mientras que pueden no preocuparse por

ninguna otra cosa, ni siquiera por su propia salud física. Tales pacientes manifestarán una real alegría cuando sus hijos las visiten o cuando reciban buenas noticias de ellos. Una paciente, enferma durante unos treinta años y que durante un largo tiempo permaneció en un estado alucinatorio importante, intentó convencer a su médico, a quien creía su yerno, de que la enfermedad que la afectaba no había sido heredada por su hija.

Tampoco el sentimiento de simpatía hacia los demás está siempre extinguido. A menudo los pacientes pueden simpatizar mucho con la situación o condición de otros, especialmente en los hospitales, donde la mayoría se conocen unos a otros bastante bien. Un hebefrénico, cuyo mismo lenguaje era pura confusión, sostenía la boquilla en la boca de otro paciente que sufría de atrofia muscular y ya no podía sostener el cigarro entre sus labios. Hacía esto con una paciencia y una infatigabilidad de la que ninguna persona normal sería capaz. Sucede en ocasiones que tales samaritanos esquizofrénicos consiguen dar alimento a un paciente resistente, a quien ninguna otra persona ha podido alimentar.

Una empatía artística tampoco es rara. Los poetas y músicos moderadamente esquizofrénicos pueden manifestar esa capacidad. Mientras se encontraba aparentemente en un profundo estado de estupor, una mujer catatónica grave danzaba al compás de la música con pasos y movimientos que ella misma improvisaba y que ofrecían una interpretación delicadamente estética, y asombrosamente exacta, de los sentimientos expresados por la música. Una de nuestras catatónicas, continuamente irascible e inclinada a la violencia, totalmente indiferente ante su medio, sucia e indecorosa en grado máximo, podía, sin embargo, no sólo danzar, sino también adaptarse con gran precisión a todos los matices de la música y de los movimientos de su pareja.

Pocos pacientes muestran inclinación al humorismo. Podría decirse que son más propensos a producir ellos mismos algún rasgo de humorismo que a apreciar los de los demás; aunque no obstante, las bromas groseras son en cierta medida apreciadas.

Es verdaderamente notable cuán pronto se embotan los sentimientos que regulan el intercambio social entre las personas. El paciente casi no ve diferencia entre dirigirse a alguna persona con autoridad o a alguna de posición más humilde, a un hombre o a una mujer. Con frecuencia no queda la menor huella de modestia, aun en pacientes que en otros aspectos no están muy afectados. Confiesan o relatan toda clase de fechorías, que ellos mismos reconocen como tales. Hablan de sus experiencias sexuales en los términos más groseros. Se masturban abiertamente. Un paciente, un inteligente estudiante que concurría a la escuela superior, le escribió a su madre lo siguiente: "Querida madre, ven a verme tan pronto como sea posible. Debo saber qué edad tenías la noche en que me engendró mi padre".

Sin embargo, la fuerte emotividad exhibida en asuntos insignificantes puede contrastar marcadamente con los graves defectos ya señalados. Un hebefrénico

que trabajó durante un tiempo en nuestro consultorio se pavoneaba cuidadosamente acicalado, con las manos arregladas y el cabello engominado, y no parecía notar en modo alguno las bromas que le dirigía otro empleado. Pero cuando le escribió su madre, pidiéndole que fuera a su casa para ver al padre moribundo, no fue y le envió, en cambio, unas pocas palabras de "consuelo". Dos pacientes, mujeres, comen su propio excremento. Una de ellas, una vieja doncella, todavía se resiste esquivamente a revelar su edad; la otra, una pintora, encontraba un gran deleite en los hermosos colores de su "extraño alimento".

En ocasión de celebrarse en el hospital diversos *festejos*, los pacientes reaccionan de diferentes maneras. En general se muestran algo rígidos, y es evidente en sus juegos la carencia de iniciativa. A menudo demoran un tiempo anormalmente largo en alcanzar el estado de ánimo apropiado; pero por otra parte, llegan a exaltarse tanto que muchos no pueden detenerse a la hora debida, excitados por el humor festivo. En un baile al que asisten algunos pacientes más o menos seleccionados, un profano difícilmente observaría algo particularmente llamativo o anormal.

Las *cualidades éticas* de los esquizofrénicos son de una gran variedad. En todos sus aspectos, los pacientes parecen tan embotados en este sentido como en otros. Dado que la mayoría de ellos no son muy activos, pocos llegan a ser criminales. Ocasionalmente alguno se convierte en ladrón o en estafador luego de la aparición de la enfermedad. En tal caso, es imposible decir si se ha puesto de manifiesto una tendencia anteriormente inhibida o si la misma enfermedad provoca la conducta criminal. De modo que en lo que concierne a la moralidad, puede confiarse en los esquizofrénicos tanto o tan poco como en las personas normales.

La situación es mucho peor respecto de su impredecibilidad. Pero en conjunto, puede decirse que hay menos mentiras, robos, estafas y calumnias entre los pacientes que entre las personas sanas. En los casos más leves aparece a menudo una dolorosa conciencia moral y escrupulosidad. Por supuesto, nada tienen que ver con la ética los ataques cometidos como consecuencia de ideas delirantes, puesto que desde el punto de vista de los pacientes son actos *justificados de autodefensa*.

Vemos que *el carácter del esquizofrénico es tan variado como el de la persona normal*. No obstante, la indiferencia, la tendencia al apartamiento, la inaccesibilidad a las influencias, los caprichos y la irritabilidad, todas estas peculiaridades son características recurrentes que indudablemente dotan todos los casos avanzados de una apariencia externa común. Pese a todas las dificultades, algunos pueden conservar un carácter agradable, e incluso amable, hasta muy avanzado el curso de la enfermedad. Otros se convierten en monstruos vengativos, crueles y mentirosos, inclinados a toda clase de excesos. La enfermedad puede transformar a una persona congénitamente mala en inofensiva por la pérdida de energía y actividad, pero aparentemente no puede mejorarla.

Los impulsos inferiores y, en relación con ellos, el énfasis emotivo en los procesos corporales, parecen sufrir menos que los afectos "superiores"; pero la diferencia no es suficiente como para permitir la demostración de tal relación en todos los casos. Kraepelin describe con cuánta frecuencia los pacientes reciben las visitas de sus parientes sin una palabra de agradecimiento ni signo alguno de participación emocional, pero en cambio arrebatan sus bolsos y cestos para buscar alimentos que devoran inmediatamente, con voracidad y hasta la última migaja.

En contraste, hay muchos que parecen totalmente impermeables al hambre, la sed, la falta de sueño o los malos tratos de todo tipo. A menudo, una extrema acumulación de excrementos en el recto o la vejiga, o bien posiciones incómodas, no son acompañadas por sentimientos desagradables. Ni siquiera los estímulos acústicos más fuertes y agudos, ni el efecto de una luz cegadora, parecen perturbarlos. He visto a muchos pacientes mirar continuamente al sol deslumbrante con aparente placer. Por qué no se destruyen sus retinas, no lo sé. No he observado pupilas especialmente pequeñas en ninguno de estos pacientes; sin embargo, no pude examinarlos en momentos críticos.

* * *

Los pacientes esquizofrénicos reaccionan de maneras diferentes ante sus trastornos afectivos. La mayoría no es consciente de ellos y considera su reacción como normal. Los más inteligentes, empero, pueden razonar acerca de ellos con gran corrección. Al principio perciben la variedad emocional como algo penoso, de modo que con facilidad se los puede confundir con melancólicos. Uno de nuestros catatónicos se consideraba "insensibilizado"; uno de los pacientes de Jung no podía rezar más debido al "endurecimiento de sus sentimientos". Más tarde, tienden a desplazar los cambios que se han efectuado en ellos mismos al mundo exterior, que debido a tales cambios afectivos se convierte en algo vacío, huero, extraño. A menudo el elemento de extrañeza tiene un matiz de pavoroso y hostil.

Otros, como por ejemplo la paciente de Aschaffenburg, lo expresan de una manera muy característica. Después de un ataque moderado de la enfermedad, ella se sintió decididamente mejor que antes. Anteriormente, siempre que era necesario colaborar en las ocupaciones familiares y tareas domésticas, se sentía compelida por sus sentimientos morales a sacrificar su descanso y su salud; después de la enfermedad pudo vivir para sí misma sin remordimientos de conciencia. Algunos hebefrénicos exhiben su indiferencia muy conscientemente.

Ocasionalmente, un paciente sostendrá que experimenta una emoción pronunciada y poderosa, mientras que el observador no nota ninguna o comprueba un afecto distinto del que dice sentir el paciente (Schott, 16, p. 262.) Debo dejar para la investigación futura la cuestión de si el paciente quiere decir algo distinto que nosotros en su uso de los términos o si el fenómeno puede explicarse por la disociación psíquica.

Las *manifestaciones corporales de los afectos* se corresponden grosso modo con el proceso psíquico. Frecuentemente, una sola manifestación, como un cambio en la respiración, expresará una variación afectiva.

Se pueden mencionar especialmente los fenómenos *psicogalvánicos* (Veraguth, Jung), que pueden servir como un indicador del curso de la onda afectiva. Serían muy deseables estudios ulteriores de este problema. Por el momento, todo lo que podemos decir es que la indiferencia y el estupor se expresan por un trazo rectilíneo de la curva de reposo, pero que se encuentran también curvas muy lábiles, más frecuentemente en pacientes alucinados. Las respuestas a estímulos psíquicos y físicos están, en conjunto, reducidas, hasta llegar a cero en los casos graves. Ricksher y Jung encontraron un enlentecimiento en el desarrollo de las oscilaciones de sus paranoides.

La ausencia de fluctuación del volumen de los miembros y de las variaciones del pulso y la respiración ante estímulos de dolor y frío (compárense también los reflejos pupilares) que fue observada por Bumke y Kehrer⁵⁹ tienen un significado similar.

* * *

La paratimia, que se encuentra con frecuencia en los esquizofrénicos es particularmente llamativa. Los enfermos pueden reaccionar ante noticias tristes con alegría e incluso con risas. Se entristecen o, con mayor frecuencia, se irritan ante acontecimientos que a otros dejarían indiferentes o producirían placer. Un simple saludo puede encolerizarlos. En ocasiones experimentan sentimientos eróticos hacia personas o cosas inapropiadas. Una paciente afirmaba que el agua de su baño estaba envenenada, que tenía un gusto muy amargo, y acompañaba sus palabras con una recatada sonrisa erótica. Otros pacientes aman a un compañero de sala con total prescindencia de su sexo, fealdad e incluso de su aspecto repulsivo. Relatarán riéndose sus torturantes alucinaciones o se presentarán como desgraciados con un semblante alegre (Foersterling (4), p. 288). Una forma particularmente frecuente de paratimia la constituyen los *estallidos de risa inoportunos o inmotivados*. La parafunción de la afectividad puede manifestarse en la mutua relación cuantitativa de los sentimientos, como una paciente de Masselon que estalló en carcajadas ante la noticia de la muerte de su hermano, explicando que le gustaba mucho recibir cartas con bordes negros; pero la pérdida de su pariente no pareció suscitarle ninguna emoción.

La alteración paratímica puede ser a menudo muy notable en las esferas del gusto y del olfato. Muchos pacientes tragan tranquilamente objetos que a una persona normal le producirían sensaciones altamente desagradables: chinches, aserrín, alambre, cucharitas, basura, nafta y, por supuesto, con frecuencia sus propios excrementos, tanto sólidos como líquidos. Un catatónico a quien le pregunté por qué bebía su propia orina me respondió con una expresión extasiada: "Señor Director, si usted la probara aunque sea una sola vez, nunca querría beber otra cosa".

⁵⁹ Archives für Psychologie, Vol. XLVII, p. 945.

No siempre es posible diferenciar la paratimia de la *paramimia*.

Una de nuestras pacientes catatónicas parecía estar melancólica al ingresar al hospital, pero poco después de su entrada dijo que había disfrutado con las formalidades de la admisión y que el apretón de manos del médico, por ejemplo, le pareció algo sagrado. Otra paciente catatónica se acercó a una de las enfermeras, a quien quería mucho, y le dijo del modo más cordial y con el tono más dulce: "Creo que voy a romperte la cara ahora mismo, a las personas como vos se les dice comúnmente hijas de puta". Otro paciente bailaba y cantaba trozos de una canción popular, pero exhibía continuamente una expresión de tristeza y el tono de su voz trasuntaba dolor.

La ya mencionada falta de homogeneidad en la expresión puede conducir a una especie de *paramimia*. Una paciente se quejaba amargamente de sus "voces" y alucinaciones corporales: su boca y su frente manifestaban disgusto, pero sus ojos expresaban un erotismo jubiloso. Después de pocos minutos, la boca también asumió la expresión de felicidad, mientras que la frente seguía sombría y arrugada. Ella misma decía que los sentimientos que describía como desagradables eran, de alguna manera, agradables. De modo que cada uno de los componentes elementales de la mímica (voz, actitud corporal, movimiento de las manos, de los pies, etc.) puede estar disociado de los demás y contradecirse mutuamente.

c. Ambivalencia

La tendencia de la psique esquizofrénica a dotar los elementos psíquicos más diversos de un índice positivo y otro negativo simultáneamente (*ambivalencia*), no siempre es muy evidente. Sin embargo, luego de una observación lo suficientemente prolongada, siempre se la encontrará presente, incluso en los casos leves. La incluimos entre los síntomas fundamentales porque es una consecuencia tan inmediata de los trastornos esquizofrénicos de la asociación, que su completa ausencia parece ser altamente improbable. El mismo concepto puede estar teñido simultáneamente por sentimientos agradables y desagradables (*ambivalencia afectiva*): el esposo ama y odia a su mujer. Sus alucinaciones revelan a la madre la "deseada" muerte del hijo a manos del esposo que ella no ama. Estalla en interminables sollozos y lamentos. Sufre la más intensa ansiedad porque cree que van a matarla y, sin embargo, pide constantemente a la enfermera que lo haga. Dice que afuera hay un hombre negro. Entonces cae en una espantosa confusión de llorosos pedidos, quejas y violencia, rogando que se la retenga en el hospital y se le permita reunirse con el hombre negro. Dice: "Tú, demonio, tú, ángel, tú, demonio, tú, ángel..." (refiriéndose a su novio).

En la *ambivalencia de la voluntad* ("*ambitendencia*"), el paciente quiere y no quiere comer. Comienza a llevar la cuchara a su boca docenas de veces, pero nunca completa el acto, o hace algún movimiento inútil. Ruega que se lo deje en libertad y luego se resiste con quejas e insultos cuando se le informa que será dado de alta de la institución. Solicita trabajo, pero se enfurece cuando se le da algo para hacer y después no puede decidirse a realizar su tarea. Un paciente, duran-

te uno de los primeros accesos de su enfermedad, tenía fuertes remordimientos porque siendo joven había practicado una “fellatio” a un compañero. Sin embargo, en el hospital, intenta insistentemente y con violencia hacer lo mismo con otros pacientes. Las “voces” le aconsejan que se ahogue e inmediatamente, para su gran sorpresa, en la misma frase se burlan de él por querer ahogarse.

La *ambivalencia intelectual* se expresa, por ejemplo, en un paciente que dice sin transición: “Soy el Dr. H.; no soy el Dr. H.”; o bien, “Soy un ser humano como usted, porque no soy un ser humano” (Foersterling). Con mucha frecuencia escuchamos tales afirmaciones, y muy a menudo sin que se les dé a las mismas palabras, en la segunda frase, un significado distinto del que tienen en la primera (se podría haber mencionado la misma confusión en los pacientes de Foersterling).

Un catatónico con educación filosófica hizo el siguiente comentario: “Cuando uno expresa un pensamiento, siempre ve el pensamiento opuesto. Esto se intensifica y se vuelve tan rápido que uno no sabe realmente cuál fue el primero”. Un paciente menos culto, a quien le hice notar que en respuesta a una carta muy amable de su esposa él había escrito una carta de despedida, dijo: “Hubiera podido perfectamente escribir otra carta; decir buen día o decir adiós es lo mismo”.

Puede demostrarse fácilmente que los pacientes no notan las contradicciones cuando tomamos sus respuestas negativas por positivas. Por ejemplo, cuando le pregunté a un paciente: “¿Oye voces?” y lo negó rotundamente, yo continué: “¿Qué le dicen esas voces?”, y me respondió “Oh, toda clase de cosas”, o bien pueden ofrecer un ejemplo preciso como respuesta. Más a menudo se hace evidente en el lenguaje y comportamiento de los pacientes que piensan simultáneamente una cosa y su inversa, aunque no siempre aparece con tal claridad como en esta proposición: “Ella no tenía pañuelo; lo estranguló con su pañuelo”. A la misma categoría pertenece la expresión de una idea por su opuesta: un paciente se queja de que se le ha quitado la llave maestra de las salas, mientras que realmente quiere que se le dé la llave. En la “lengua especial” de Schreber, “recompensa” significa “castigo” y “veneno” significa “alimento”, etc.

Las tres formas de la ambivalencia no se distinguen netamente entre sí, como lo ilustran estos ejemplos. La afectividad y la voluntad son sólo distintas facetas de una misma función; las antinomias intelectuales a menudo no pueden separarse de las afectivas. Una mezcla de megalomanía con delirios de persecución e inferioridad puede derivar de deseos y temores, o de la afirmación y negación de su propia valoración. El paciente es especialmente poderoso y al mismo tiempo impotente; la persona amada o protectora se convierte fácilmente en perseguidora sin abandonar su papel anterior. Es más excepcional que el enemigo se convierta en amigo y aliado (un paciente paranoide católico se unió a la secta de los Viejos Católicos⁶⁰ porque creía ser perseguido por el Papa, quien no obstante deseaba regalarle millones). De un modo semejante, muchos pacientes se quejan de persecuciones, pero simultáneamente creen que ellas contribuyen a su educación, a su progreso, y son una etapa preparatoria para su elevación a un rango superior.

⁶⁰ Secta católica, constituida como Iglesia independiente en 1870, que rechazaba el dogma de la infalibilidad papal.

Los siguientes ejemplos muestran una ambivalencia mixta, en una forma algo diferente: una paciente alaba y critica a su esposo, sus posesiones y riquezas y dice muchas otras cosas mezcladas de una manera negativa y positiva a la vez; resulta enteramente imposible decir en qué sentido las entiende realmente. Un hebefrénico explica en tono de queja, con mucha carga afectiva, que el tiempo que pasa en el hospital no le parece nunca muy largo, sino más bien demasiado breve, y no se contradice nunca al respecto; pero poco tiempo antes había asociado "largo" a "tiempo". Es común que pacientes que creen que el médico los está envenenando siguen aferrándose a él, y que aquéllos que se muestran muy hostiles tanto hacia los médicos como hacia los enfermeros, repentinamente, casi inmediatamente después de insultarlos, vuelcan sus corazones agradecidos con una efusividad desbordante.

La ambivalencia puede presentar todas las gradaciones hasta llegar al negativismo, particularmente bajo la forma de la ambitendencia. Veremos más adelante que esto tiene importancia en la génesis de las ideas delirantes.

2. Funciones simples intactas

A diferencia de las psicosis orgánicas, en la esquizofrenia comprobamos, al menos con nuestros métodos de investigación actuales, que la sensibilidad, la memoria, la "conciencia" y la motricidad no están afectadas directamente. Puede ser que un proceso patológico extremadamente intenso llegue a alterar incluso esas funciones; pero en los pacientes en quienes aparecen tales perturbaciones no podemos distinguirlas de las alteraciones secundarias que a veces se presentan. Las anomalías que verificamos en esas esferas son todos fenómenos secundarios y, por ello, meramente contingentes. Aunque a veces pueden dominar todo el cuadro clínico (como, por ejemplo, las alucinaciones), debemos clasificarlos como síntomas "accesorios".

En la literatura psiquiátrica se encuentra una exposición abundante de trastornos de esas funciones. Pero porque ella se basa en su mayor parte en una mala interpretación del negativismo, indiferencia y resistencia a pensar de los pacientes y, sobre todo, de sus respuestas irreflexivas. Ésta y otras fuentes de error similares indujeron a Masselon (10, p. 115) a decir que los pacientes son rara vez capaces de proporcionar el año, mes o día exactos y que a menudo no saben en qué estación del año se encuentran. El médico debe utilizar siempre métodos indirectos para obtener una información correcta acerca del conocimiento que el paciente realmente posee. Nunca debe concluirse de respuestas meramente negativas que el paciente no conoce lo que se le ha preguntado. La simple pregunta con respecto al año es muy a menudo respondida incorrectamente; pero el mismo paciente, cuando tiene ocasión de escribir una carta, se muestra totalmente orientado en cuanto a la fecha. Una paciente que nos fue enviada desde la cárcel no "sabía" que el año en curso era 1899, pero inmediatamente después recordó que había sido enviada a prisión en 1897 y que "permaneció allí dos años".

Con mucha frecuencia se diagnostican erróneamente trastornos y defectos en razón de que el paciente y el clínico no hablan el mismo lenguaje. El paciente toma simbólicamente lo que el médico entiende en su sentido literal. Un paciente insistía en que no podía ver, en que estaba ciego, si bien era muy obvio que su visión no estaba dañada. Lo que quería decir era que no percibía las cosas "como reales". Al responder a la pregunta acerca de cuánto tiempo había estado en el hospital, una paciente insistía con la mayor certeza en que sólo había estado allí tres días, aunque había permanecido en la institu-

ción cuatro semanas, mientras que en otras ocasiones había dado pruebas suficientes de poseer una orientación temporal normal. Este período de tiempo de “tres días” era para ella idéntico a “toda mi vida”. Ella misma pudo dar la explicación siguiente: el primer día correspondía al período de su primera juventud, en el que había cometido una falta moral; el segundo día, a aquel en que había reincidido, siendo ya una mujer madura; el tercer día todavía no había llegado a su fin. Esta última idea era una referencia indudable al hecho de que había depositado su amor en el médico del servicio. Con la misma frecuencia encontramos el fenómeno inverso: el paciente toma al pie de la letra una frase metafórica.

Es de especial importancia saber que estos pacientes llevan una especie de “*doble contabilidad*” en muchas de sus relaciones. Conocen tanto el verdadero estado de cosas como el contrario y, de acuerdo con las circunstancias, responderán con uno u otro tipo de orientación, o con ambos a la vez. Esto último es especialmente frecuente en los casos de falsos reconocimientos: el médico “es reconocido aquí como el Dr. N.”, pero en otros momentos es el antiguo novio.

a. Sensación y percepción

La respuesta sensorial ante un estímulo exterior es normal en sí misma. Ciertamente, los pacientes se quejarán de que todo les parece ser diferente a lo habitual, y frecuentemente observamos una ausencia del “sentimiento de familiaridad” con las cosas conocidas. Sin embargo, esta extrañeza puede atribuirse habitualmente a un déficit en las asociaciones acostumbradas y, en particular, a una alteración de la carga afectiva, y no a perturbaciones de la sensación. Aun la persona normal, en circunstancias especiales, puede sentir súbitamente que ciertos contenidos de la percepción son distintos de los habituales, como también conocemos la sensación descrita por los melancólicos de que “el mundo se ha vuelto gris”. Muy a menudo se ha postulado que en estos pacientes están alteradas las sensaciones que derivan de los órganos del cuerpo y se han explicado numerosos síntomas complejos por esta alteración. Es imposible distinguir las sensaciones del paciente de sus alucinaciones e ilusiones, a las que corresponden muchas, si no todas, de estas parestesias. En todo caso, puede demostrarse con gran frecuencia que tales sensaciones son una *consecuencia* de conceptos teñidos afectivamente, mientras que no se ha verificado con certeza la existencia de una verdadera perturbación primaria de la sensación.

Rosenfeld (14, 15) sostuvo que en los catatónicos hay una frecuente perturbación del sentido estereognóstico. A pesar de una concienzuda investigación, no he podido corroborar tal cosa y no puedo evitar la sospecha de que este autor fue inducido a error por el negativismo, la interceptación o la escasa cooperación de los pacientes.

Wiersma observó prolongados *efectos retardados de los estímulos* en tres casos de paranoia. Pero estas observaciones no fueron lo suficientemente constantes como para garantizar conclusiones definitivas.

Aun en los pacientes con lucidez de la consciencia puede observarse a menudo la presencia de una completa *analgesia*, que incluye tanto la piel como los órganos internos. Con o sin intención, los pacientes se producen heridas bastante serias, intentan arrancarse un ojo, se sientan sobre una estufa caliente y reciben graves quemaduras en los glúteos, etc. Según Alter (1, p. 252) la sensación de dolor puede ser eliminada por la falta de atención.

Podemos agregar también que hasta el presente no conocemos ninguna perturbación primaria de la percepción que no pueda ser siempre separada, en nuestras observaciones, de la sensación. Por supuesto, no incluimos en esto las alucinaciones e ilusiones. Tampoco podemos incluir entre los trastornos de la percepción la fijación del paciente en alguna impresión sensorial, con la consiguiente incapacidad de liberarse de ella; o la *intercepción*, que impide a las sensaciones o percepciones ingresar en la conciencia. Este último fenómeno es muy frecuente. Un estudiante hebefrénico se quejaba de que a veces no podía oír nada de la clase a la que asistía; sentía como si repentinamente se hubiera quedado sordo. Otro paciente fue súbitamente incapaz de ver, cosa que explicaba como producida por alguna misteriosa "influencia". Una catónica sentía "como si algo me hubiera golpeado" y, súbitamente, le parecía como si sus oídos se hubieran cerrado y solamente podía oír el sonido pero no entendía ninguna palabra.

Busch y Kraepelin (utilizando aparatos como el disco de tiro y el tambor giratorio en experimentos sobre la percepción⁶¹), han descubierto que los esquizofrénicos presentan muchos más errores, y en particular omisiones, que las personas sanas. El número de lecturas correctas de ciertos pacientes está un poco disminuido, aunque dentro de los límites de variación de los individuos normales. Naturalmente, los casos agudos, y especialmente los de estupor, exhiben los resultados más bajos. Sin embargo, los experimentos demostraron claramente que no se trataba de trastornos de la percepción sino más bien de perturbaciones de la atención y del interés. Otros de los factores involucrados son la tendencia a la estereotipia, así como la dificultad para distinguir las representaciones de las percepciones. Los pacientes parecen tener una mayor sensación de certeza de haber percibido correctamente respecto de sus lecturas erróneas, que las personas sanas. De un modo característico, los autores comprobaron las mismas perturbaciones esquizofrénicas en un caso de una paciente que ellos consideraban histérica.

En otro libro (8, II, p. 177), Kraepelin dice que los estímulos de muy corta duración son por lo general percibidos muy incompletamente. No pudimos confirmar ese hecho, aun utilizando aparatos de precisión. Las observaciones de las reacciones de los pacientes ante estímulos externos durante el juego, durante luchas, y en la exposición, lo más breve posible, de imágenes, no han revelado evidencia alguna de anomalías en la comprensión, aun cuando los pacientes cooperaran con buena voluntad y atención, y habiendo excluido factores tales como el negativismo, la falta de interés, la disociación afectiva, los estados de obnubilación, etc. Aun en estados delirantes agudos los pacientes pueden identificar, casi tan bien como la persona normal, la presencia de ciertas personas por el ruido de los pasos, el sonido de una tos lejana, etc.

Por lo tanto, preferimos dejar abierta la cuestión de si los resultados de Kraepelin se refieren o no a trastornos de la atención, de la asociación de ideas o de otros procesos centrales. El mismo autor añade a esta información: "que los pacientes siempre hacen un número extraordinariamente grande de afirmaciones falsas, además de unas pocas correctas (en los experimentos), un signo de que existe una tendencia exacerbada hacia la selección arbitraria de conceptos fortuitos".

⁶¹ N. del E.: El disco de tiro es un disco giratorio perforado que permite explorar la velocidad y la precisión de la reacción a los estímulos visuales, y el tambor o cilindro giratorio es un aparato de esa forma sobre el que se aplica una hoja papel escrita que los pacientes deben leer.

b. Orientación

La integración de las percepciones referidas a la *orientación espacial y temporal* es bastante buena. Incluso los esquizofrénicos delirantes agudos, en su mayoría, están bien orientados en el espacio y en el tiempo. No obstante, a menudo hay considerables perturbaciones secundarias en estos pacientes. Numerosas alucinaciones pueden llevar a la mente, en lugar de percepciones reales, tantas imágenes falsas del entorno inmediato, que se vuelve imposible un pensamiento correcto y apropiado. Quien ve una cámara real en lugar de la sala del hospital es lógicamente incapaz, en esas oportunidades, de orientarse correctamente. Quien debido a sus complejos pretende vivir ocho días adelantado, dará la mayoría de las veces una fecha posterior a la real. Quien supone estar con Jesús cuando Él estaba en este mundo, sólo dará correctamente su edad cuando no la calcule a partir de esa idea delirante. Por lo tanto, a veces contestará correctamente y otras veces no, según el complejo asociativo que domine su mente en el momento. En ninguna otra función se destaca tanto la "doble contabilidad" como en la orientación. Un paciente que durante años no habla casi nada aparte de una ensalada de palabras y que actúa en consonancia puede ser no obstante perfectamente capaz de registrar todo lo que sucede alrededor de él, hasta incluso el día y la hora.

La orientación respecto de la situación general, el reconocimiento de las relaciones de uno mismo con los otros y sus impulsos y actos dependen de procesos de razonamiento bastante complejos que a menudo nuestros pacientes son incapaces de efectuar, en parte como resultado de trastornos de la asociación y en parte como consecuencia de su ideación delirante. Quien no puede producir asociaciones para realizar operaciones lógicas que le permitan conocer sus relaciones exactas con sus superiores, seguramente no podrá ubicarse adecuadamente en su posición personal. Quien crea que fue encarcelado en el hospital debido a las intrigas de enemigos ocultos no podrá estimar que es mejor para él permanecer en la institución. *Vemos así que la orientación respecto a la propia situación está muy a menudo perturbada en el esquizofrénico, como en casi todos los pacientes de los asilos psiquiátricos.*

Sin embargo, la orientación en el tiempo y en el espacio no está nunca perturbada en forma primaria.

c. Memoria

La memoria como tal no está afectada en esta enfermedad. Los pacientes pueden recordar, tan bien como cualquier persona sana, sus experiencias y los acontecimientos anteriores y posteriores al comienzo de su enfermedad y, en muchos casos, mejor que las personas normales, puesto que pueden registrar las cosas casi como una cámara fotográfica, que fija lo accesorio tanto como lo importante. De modo que a menudo pueden dar muchos más detalles de lo que podría una persona normal, hecho que ofrece una ventaja decisiva cuando se trata de explorar datos en la anamnesis. Aun las fechas y circunstancias

similares son retenidas por los pacientes con asombrosa precisión. Especialmente, muchos paranoides son capaces de proporcionar fechas exactas de los acontecimientos mencionados en sus detalladas peticiones: "Conozco casos de paranoia en quienes la peculiar alteración de la memoria es muy sorprendente. Es casi algo así como una hiperfunción (hipermnesia). Estos paranoides pueden recordar los detalles más insignificantes de hechos remotos"⁶².

La declinación gradual de la memoria con la edad por supuesto que también afecta a estos pacientes. Mucho de lo aprendido durante la infancia en la escuela se pierde gradualmente con el tiempo. Cuando, sin embargo, se compara esto con lo que olvida una persona normal, por ejemplo, de lo que aprendió en la escuela superior, es realmente asombroso cuánto se conserva todavía en la memoria de nuestros pacientes. Incluso las habilidades físicas, que según la opinión habitual requieren alguna ejercitación regular de los músculos y articulaciones, pueden desplegarse después de muchos años, como si se las hubiera practicado continuamente. Un catatónico que apenas se ha movido normalmente en tres décadas, y que hace muchos años que no toca el piano, puede atacar imprevisiblemente alguna pieza técnicamente difícil, correcta y expresivamente.

Sin embargo, leemos casi diariamente en las historias de casos que la "falta de memoria" fue el primero o uno de los primeros síntomas importantes de la enfermedad; y los mismos pacientes se quejan a menudo acerca de su memoria. Incluso observadores como Masselon (457, p. 105) encuentran la "memoria" debilitada en la demencia precoz. Este autor llega a decir que ha encontrado que la memoria es mala respecto de cosas complicadas y buena para las simples (p. 117)⁶³.

También Ziehen comprueba en todos sus "estados deficitarios" que se registra un debilitamiento de la memoria, aunque no es tan importante al comienzo como en las "demencias secundarias" del tipo de la parálisis general⁶⁴.

La aparente contradicción se explica muy fácilmente. *Lo que es muy bueno en el esquizofrénico es el registro del material proporcionado por las experiencias sensibles y la conservación de las huellas de memoria. Pero la evocación de la experiencia pasada puede ser perturbada en cualquier momento dado. Esto resulta*

⁶² Berze (2, p. 443), quien clasifica a nuestros paranoides bajo la denominación de paranoides.

⁶³ Masselon dice también (p. 110) que ningún detalle puede repetirse. Esto también es erróneo. Cuando él reporta que una paciente, alumna de la escuela de parteras, habría perdido todos sus conocimientos adquiridos durante los estudios pero se acordaba de su infancia, se trata de una respuesta azarosa debida a los complejos de la paciente o al modo de interrogarla. Por el contrario, cuando Masselon dice encontrar una "estereotipia de la memoria", la observación es justa: con frecuencia ocurre, efectivamente, que las operaciones mnésicas se estereotipen también, como otras funciones, de tal manera que cuando uno aborda, aun tangencialmente, un cierto tema, el mismo material mnésico no cesa de evocarse, frecuentemente incluso con las mismas palabras.

⁶⁴ Yo no he encontrado, tampoco, alteraciones de la memoria en los idiotas e imbeciles, aunque autores como Ziehen las describen. Seguramente, esta divergencia se debe a que tenemos concepciones diferentes de lo que consideramos como "memoria". Parecería evidente que un idiota podrá retener en su memoria, de una conversación que no comprende, tan poco como yo podría de una ópera china. No obstante, hay muchos idiotas que pueden retener en la memoria más detalles no comprendidos (las tablas de multiplicar, sermones enteros, etc.) que la mayoría de las personas normales. Poseen incluso la capacidad de reproducir con la mayor expresividad, después de muchas décadas, acontecimientos que han entendido, pese al hecho de que apenas pueden hablar. *Considero un examen como un test de la memoria adecuado sólo si es tan independiente como sea posible de todas las otras perturbaciones, tales como la capacidad de comprensión de un idiota, la interceptación, la carencia de interés o la pereza del pensar esquizofrénico.*

muy obvio si se considera el hecho de que el esfuerzo evocativo debe seguir el camino de las asociaciones, las que están influidas por la afectividad. Precisamente estas dos funciones son las que están gravemente trastornadas en la esquizofrenia.

La interceptación de los recuerdos es una ocurrencia común durante el examen de los pacientes, y sobre todo impide el recuerdo de hechos vinculados con los complejos emocionalmente acentuados. Este “descarrilamiento” de la asociación da cuenta del gran número de respuestas erróneas; la falta de interés y particularmente las tendencias negativistas impiden una reflexión correcta de las preguntas, y favorecen así las respuestas irreflexivas y “de lado” (*à coté*).

Por ello, es muy comprensible que al interrogar a los esquizofrénicos no obtenamos a menudo ninguna respuesta o bien recibamos respuestas erróneas. *Ya sea que la respuesta requiera una operación de memoria o una reflexión, el resultado es por lo general casi el mismo: los enfermos responden incorrectamente, aunque se trate de temas actuales.* Por todo esto, vemos que sería erróneo señalar la memoria como la fuente de la perturbación. Naturalmente, las funciones más complejas y menos ejercitadas serán trastornadas más fácilmente que las simples y de uso común. De modo que Masselon tiene razón en ciertos aspectos. Sin embargo, cuando consideramos la *proporción numérica* entre las fallas en operaciones simples y en las más complejas, debemos concluir que ambas, las actividades psíquicas simples y las complejas, son igualmente afectadas por el *proceso patológico*. La influencia de la enfermedad sobre las funciones superiores es sólo más aparente, así como la mengua normal de la memoria ejerce un efecto menor sobre los recuerdos acerca del lugar donde se fue a la escuela que sobre aquel los que se refieren a lo que se aprendió en la escuela, por ejemplo, los acontecimientos de la vida de Alejandro Magno.

Con nuestros métodos actuales de investigación, podemos decir que la memoria como tal no está perturbada en la esquizofrenia simple. Sin embargo, está ciertamente alterada la capacidad para el recuerdo asociativo de imágenes de la memoria. Pero en general esto es secundario y deriva de las perturbaciones de todos los procesos afectivos y asociativos, y sólo se presenta en constelaciones psíquicas específicas.

Así, puede suceder que los pacientes parezcan ser olvidadizos, que a menudo no puedan recordar las cosas más sencillas, que algo que estaban a punto de hacer “se les escape de la cabeza” o que, aun como los pacientes seniles, formulen reiteradamente la misma pregunta a la misma persona. Pero es importante observar que a veces estos pacientes “olvidan” y otras veces “saben” el mismo hecho, según sean las circunstancias implicadas. Por supuesto, también otros factores psíquicos pueden causar trastornos de la memoria. Con frecuencia un paciente dará una información excelente y precisa sobre el período anterior a su enfermedad, mientras que la descripción del período de la enfermedad será oscura y tediosa, de modo que será imposible comprender lo que dice. La causa

de esto puede ser que las experiencias psíquicas de la enfermedad sean difíciles de expresar en el lenguaje corriente. Un factor coadyuvante puede ser el hecho de que las experiencias de ese período parecen estar desprovistas de las relaciones lógicas ordinarias, de modo que tanto el paciente como el observador, aunque esas experiencias sean reproducidas con exactitud, se ven frente a una confusa secuencia de pensamientos impregnados por las frecuentes amnesias y paramnesias pertenecientes a los síntomas accesorios de la afección.

Busch efectuó experimentos de lectura con esquizofrénicos utilizando el disco de tiro. Observó el hecho sorprendente de que un intervalo de 10 segundos entre la percepción y la reproducción que mejoró los resultados de la persona normal sólo sirvió para empeorarlos considerablemente en los esquizofrénicos, y comprobó también que esos pobres resultados se producen aunque el intervalo sea aumentado a 30 segundos. Evidentemente, este fenómeno está relacionado más estrechamente con la insuficiente elaboración de las impresiones sensitivo-sensoriales por parte del esquizofrénico que con lo que denominamos memoria.

d. Conciencia

La expresión “trastorno de la conciencia”, que hasta cierto punto coincide con el viejo término “obnubilación del sensorio”, no corresponde realmente a ningún concepto preciso. En este sentido, la orientación y la memoria son componentes esenciales de la conciencia⁶⁵. Porque “conciencia del tiempo y del espacio” no son otra cosa que la orientación en el tiempo y en el espacio. Como sea, en los casos de anomalías de la conciencia (“obnubilación del sensorio”) se agrega todavía un trastorno primario, no solamente en la síntesis de las impresiones sensoriales en una representación figurativa de tiempo y espacio, sino también bajo la forma de una alteración de la sensación y la percepción. Los estímulos sensoriales, en su mayoría (¡nunca en su totalidad!), son mal aprehendidos o bien transformados de una manera ilusoria por vía de interpretaciones. Por eso la psique crea desde adentro un mundo enteramente personal que luego se proyecta al exterior. Hablamos entonces de estados crepusculares.

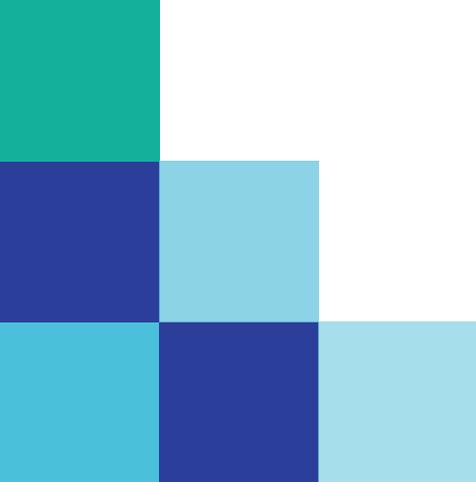
⁶⁵ “Conciencia” significa, en primer lugar, esa propiedad (no descriptible) de los procesos psíquicos que distingue al ser sensible del autómeta. Esta conciencia puede estar presente o ausente; esta última eventualidad no sucede en los estados psicóticos, pero sí en el estado de coma y en los desvanecimientos profundos. No hay un trastorno que vaya en la dirección de producir una “para-función” de la conciencia. Puede considerarse la conciencia como marcadamente alterada, en sentido cuantitativo, dado que en un momento dado sean conocidos considerablemente muchos o pocos procesos mentales, y puesto que esos procesos, para llegar a ser conscientes, deben adquirir un grado más o menos suficiente de intensidad. Sin embargo, tales conceptos no pueden ponerse en práctica: la “conciencia” de un idiota tiene, seguramente, menor contenido que la de un epiléptico en estado crepuscular o la de una persona inteligente en un momento de ensoñación. No obstante, llamamos a la primera normal y a la segunda “obnubilada”. En lo que respecta a la cuestión de la intensidad necesaria del estímulo, un estímulo muy pequeño, que difícilmente sería percibido en un estado normal, puede hacerse consciente muy fácilmente en un estado crepuscular (¡estados crepusculares histéricos!) Asimismo, los estímulos internos durante los estados crepusculares son por lo general aprehendidos por la conciencia del paciente, sin que tengamos motivos para suponer que poseen una intensidad especial. En verdad, conocemos muy poco acerca de la dinámica de los procesos psíquicos. La palabra “conciencia” reviste un significado muy distinto cuando hablamos de “conciencia alterada” en aquellos casos que muestran una orientación incompleta y una relación defectuosa con el mundo exterior; algunos hablan de conciencia alterada incluso cuando se manifiestan ideas delirantes. A menudo, también el recuerdo *a posteriori* ha sido considerado como índice de la presencia de conciencia en un momento dado. Resulta claro que tales conceptos no son muy fructíferos. Igualmente desafortunado es el concepto de “conciencia de sí”, que ha dado lugar a una gran confusión. Quienquiera que es consciente no se confunde a sí mismo con el mundo externo y, por ende, posee conciencia de sí mismo en el sentido en que lo entiende la psicología. Por lo tanto, la conciencia de sí no puede estar alterada. Si entendemos por este término el concepto de comprensión de nuestra propia personalidad, entonces preferiríamos emplear para ese fenómeno el último término, porque es más claro.

La conciencia, entendida ésta en el sentido de que el paciente ha perdido todas las vinculaciones sensoriales y relaciones con su entorno, no está alterada en los estados crónicos de esquizofrenia. En este aspecto, el esquizofrénico se conduce como la persona sana. Por otra parte, hay muchos síndromes agudos que son análogos a los estados crepusculares histéricos y a los estados de confusión de diversa etiología. Además, ese síntoma permanente que representa el autismo (ver capítulo siguiente) puede, en cierto sentido, ser calificado también como un trastorno de la conciencia.

e. Motricidad

En cuanto nos informan las investigaciones actuales, la motricidad sólo parece estar alterada de un modo accesorio (catalepsia, etc.). Según las circunstancias, los pacientes se muestran muy hábiles; el aspecto psicomotor del lenguaje no revela nada anormal; la escritura manual se manifiesta tan poco afectada como el habla⁶⁶. Incluso movimientos tan delicados y complejos como los de tocar el violín no parecen estar alterados, aunque es raro que se obtenga una ejecución completamente satisfactoria, debido a dificultades en la integración entre lo musical y lo afectivo.

⁶⁶ Ver las anomalías accesorias de la escritura más adelante.



FUNCIONES COMPUESTAS

Las funciones compuestas que resultan de las operaciones coordinadas de las funciones discutidas anteriormente, tales como la atención, la inteligencia, la voluntad y la acción, están perturbadas, por supuesto, en la medida en que lo estén las funciones elementales (simples) de las que dependen. Sólo debemos considerar aquí la asociación y la afectividad. Sin embargo, la esquizofrenia se caracteriza por una peculiar alteración de la relación entre la vida interior del paciente y el mundo exterior. La vida interior asume una preponderancia patológica (autismo).

a. Relación con la realidad. Autismo

Los esquizofrénicos más graves, que no tienen más contacto con el mundo externo, viven en un mundo propio. Se han encerrado en su crisálida con sus deseos y anhelos, que consideran cumplidos, o con las tribulaciones de sus ideas persecutorias, y se han apartado en todo lo posible del contacto con el mundo exterior.

Denominamos *autismo*⁶⁷ a este desapego de la realidad, combinado con la predominancia, relativa o absoluta, de la vida interior.

⁶⁷. El autismo es casi lo mismo que lo que Freud denominó *autoerotismo*. Pero dado que para este autor los conceptos de libido y erotismo son mucho más amplios que para otras escuelas, no podríamos usar aquí su término sin dar origen a muchos malos entendidos. En esencia, el término de autismo designa, de una manera positiva, el mismo concepto que P. Janet (7) formuló negativamente como “la pérdida del sentido de la realidad”. Sin embargo, no podemos aceptar sin discusión el término de Janet, porque él entiende este síntoma en un sentido demasiado general. El “sentido de la realidad” no está totalmente ausente en el esquizofrénico. Sólo falta en relación con asuntos que se han puesto en oposición a sus complejos. Nuestros pacientes hospitalizados, relativamente graves, pueden comprender y retener muy correctamente las experiencias y sucesos del hospital que no tienen importancia para sus complejos. Se pueden obtener anamnesis detalladas que se pueden confirmar, etc. En resumen, muestran diariamente que no han perdido su sentido de aprehensión de la realidad, sino que esa capacidad está inhibida o deformada en ciertos contextos. El mismo paciente que durante años nunca pareció preocuparse por su familia, puede, cuando está ansioso por escapar de sus perseguidores del hospital, abordarnos repentinamente con una cantidad de razones perfectamente válidas y correctas por las cuales se lo necesita muchísimo en su hogar. Sin embargo, esto no impide que él no extraiga las demás consecuencias de sus reflexiones. Si fuera realmente dado de alta del hospital, o si se le ofrecieran fáciles condiciones de evasión, nunca se le ocurriría hacer nada por satisfacer su “anhelo” por ver a su familia.

En los casos menos pronunciados, la realidad ha perdido solamente algo de su importancia afectiva y lógica. Los pacientes están todavía implicados en el mundo externo, pero ni la evidencia ni la lógica tienen influencia alguna sobre sus esperanzas e ideas delirantes. Lo que está en contradicción con sus complejos simplemente no existe para su pensamiento o sus sentimientos.

Una mujer inteligente, que durante muchos años fue tomada por una neurasténica, "había construido en torno suyo un muro que la aprisionaba tan estrechamente, que a menudo sentía como si estuviera en una chimenea".

Una paciente que era socialmente aceptable en otros aspectos canta en un concierto, pero lamentablemente, una vez que ha comenzado no puede detenerse. El público empieza a silbar y a gritar, y produce un desorden; ella no se altera en lo más mínimo, continúa cantando y cuando finalmente termina se siente muy satisfecha. Una joven de buena educación, cuya afección es apenas perceptible, de improviso defeca en medio del salón durante una reunión social y no puede comprender la perplejidad e indignación que les provoca a los presentes. A lo largo de un lapso de diez años, un paciente me entregó de vez en cuando una nota en la que siempre figuraban las mismas cuatro palabras, con las que daba a entender que había sido internado injustamente. Le resultaba lo mismo alcanzarme media docena de esas notas al mismo tiempo y, cuando se discutía el asunto con él, no comprendía la insensatez de su acción. Sin embargo, este paciente mostraba buen juicio al referirse a otros pacientes y trabajaba con independencia en su sala. Con gran frecuencia los esquizofrénicos nos entregarán numerosas cartas sin esperar ninguna respuesta o nos formularán una docena de preguntas, una detrás de la otra, sin darnos siquiera tiempo para contestar. Predicen un acontecimiento para un cierto día, pero cuando la profecía no se cumple el hecho los afecta tan poco que no intentan siquiera buscar explicaciones. Aun cuando la realidad ha confirmado en apariencia sus creaciones patológicas, la ignoran frecuentemente.

Los anhelos y deseos de muchos pacientes giran en torno a su liberación del hospital. Sin embargo, cuando ella se produce realmente permanecen indiferentes. Uno de nuestros pacientes, que tenía un marcado complejo acerca de los niños, hizo un intento de asesinar a su esposa porque ésta sólo le había dado cuatro en diez años. Sin embargo, se muestra totalmente indiferente respecto a sus hijos. Otros pacientes están enamorados de alguien. Si esa persona está presente, no les causa impresión alguna y si se muere no les importa. Un paciente pide constantemente que se le dé la llave de la puerta de la sala. Cuando finalmente se le entrega, no sabe qué hacer con ella y la devuelve casi en seguida. Cada día intenta abrir la puerta mil veces. Si se la deja abierta, se turba y no sabe qué hacer. En cada una de las visitas del médico lo persigue continuamente con las palabras: "¡Por favor, doctor!". Al preguntársele qué desea, manifiesta sorpresa y no tiene nada que decir. Una paciente pidió ver al médico. Cuando se la citó para la entrevista, pudo al menos, después de algunos minutos de perplejidad, comentar sus deseos señalando el anillo matrimonial de aquél. Durante semanas, una madre apela a todos los medios que hay a su alcance para ver a su hijo. Cuando se le concede el permiso, prefiere pedir un vaso de vino. Durante años una mujer quiere divorciarse de su esposo. Cuando a la larga obtiene el divorcio, se niega a creerlo, y se pone furiosa si no se dirigen a ella con el nombre de casada. Muchos pacientes se consumen de ansiedad por su muerte

inminente, pero no toman la menor precaución para su cuidado personal y quedan totalmente indiferentes ante un peligro real.

Es difícil detectar el autismo en una primera mirada. Inicialmente, la conducta de muchos pacientes no exhibe nada notable. Sólo en una observación prolongada se comprueba en qué medida buscan siempre su propio camino, y cuán poco permiten a su entorno aproximarse. Aun los pacientes crónicos graves mantienen un buen contacto con su entorno con respecto a cuestiones poco relevantes, de todos los días. Conversan, participan en los juegos, buscan estímulo, pero son siempre selectivos. Se guardan sus complejos para sí mismos, no dicen nunca una sola palabra acerca de ellos y no quieren que se los toque de ningún modo desde el exterior.

De esta manera, es comprensible la indiferencia de los pacientes respecto de lo que podrían considerarse sus intereses más apreciados. Otras cosas tienen mucha mayor importancia para ellos. Ya no reaccionan ante las influencias del exterior. Parecen estar "estuporosos" aunque ninguna otra perturbación inhiba su voluntad o sus acciones. El mundo externo debe parecerles a menudo muy hostil, puesto que tiende a molestarlos en sus fantasías. No obstante, hay también casos en que el aislamiento del mundo exterior es causado por razones distintas. Particularmente en el comienzo de la enfermedad, estos pacientes rehúyen conscientemente todo contacto con la realidad debido a que sus emociones son demasiado intensas y deben evitar todo lo que pueda desencadenarlas. La apatía frente al mundo externo es entonces secundaria y, en realidad, está originada en una sensibilidad excesiva.

El autismo se expresa en muchos enfermos por su apariencia exterior (naturalmente, por lo general esto no es intencional). No sólo no se interesan por nada de lo que los rodea, sino que se sientan desviando el rostro, mirando hacia una pared vacía o tapándose con el delantal o con la ropa de cama. En realidad, anteriormente, cuando en general se abandonaba a los pacientes a su propia iniciativa, se los encontraba a menudo en posiciones encorvadas o agachadas, indicando que intentaban restringir todo lo posible el área sensible de su piel. Los pacientes no pueden rectificar casi nunca, o bien solamente con gran dificultad, los malos entendidos que surgen del curso de sus pensamientos autistas.

Una hebefrénica yace en un banco con un malísimo humor. Cuando me ve, intenta incorporarse. Yo le ruego que no se moleste y me responde en un tono irritado que si pudiera sentarse no estaría allí echada, imaginándose aparentemente que yo le reprochaba su postura. Varias veces, utilizando diferentes palabras, repito la sugestión de que permanezca descansando como estaba, pero se irrita más y más. Todo lo que digo lo interpreta erróneamente, siguiendo el curso de sus pensamientos autistas.

Para los enfermos, el mundo autista tiene tanta realidad como el real, pero es otra suerte de realidad. Con frecuencia no pueden diferenciar esos dos tipos de realidad, aunque puedan distinguirlos en principio. Un paciente nos oyó hablar de un tal doctor N. Inmediatamente después pregunta si se trató de una alucina-

ción o si realmente hablamos de un doctor N. Busch ha demostrado a través de test de lectura la escasa capacidad de los pacientes para distinguir entre representación y percepción.

La realidad del mundo autista puede también parecer más válida que la del mundo real; entonces, los pacientes toman a su mundo fantástico por real y a la realidad por una ilusión. Ya no creen en la evidencia de sus propios sentidos. Schreber describió a sus enfermeros como "hombres apurados y chapuceros". El paciente se puede dar cuenta muy bien de que otras personas juzgan las cosas de un modo diferente. También sabe que él mismo las ve en esa forma, pero para él no es real: "Dicen que usted es el doctor, pero yo no lo sé". O bien: "pero, en realidad, usted es el ministro N". En un grado extremo, la realidad es transformada por las ilusiones, y en gran parte reemplazada por alucinaciones (estados crepusculares).

En los estados alucinatorios comunes, la sobrestimación de las ilusiones es la regla. No obstante, los pacientes siguen actuando y orientándose de acuerdo con la realidad. Muchos de ellos, empero, ya no actúan de ningún modo, ni siquiera de acuerdo con su pensamiento autista. Esto puede suceder en el estado estuporoso, o bien el mismo autismo puede llegar a tan alto grado de intensidad que las acciones de los pacientes pierden toda relación con la realidad. El enfermo se ocupa del mundo real tan poco como la persona normal durante sus sueños. Con frecuencia se presentan simultáneamente ambos trastornos, la inmovilidad del estupor y la exclusión de la realidad.

Los pacientes con lucidez de la conciencia parecen ser a menudo mucho menos autistas de lo que realmente son, porque pueden reprimir sus pensamientos autistas o sólo se ocupan de ellos, aparentemente, al igual que ciertos histéricos, en un plano teórico, y ordinariamente les conceden muy escasa influencia sobre sus acciones. Estos pacientes rara vez permanecen bajo nuestra observación durante mucho tiempo, pues nos sentimos inclinados a darlos de alta como mejorados o curados⁶⁸.

Un aislamiento completo y permanente de la realidad sólo aparece, si es que se produce, en el grado más alto del estupor. En los casos más leves, los mundos real y autista no sólo existen en paralelo, sino que se interpenetran de la manera más ilógica. El médico es en un instante el médico del hospital y en otro, el zapatero S., y ambas cosas a la vez en un mismo contenido idéico del paciente. Una paciente que todavía conservaba buenas maneras y era capaz de trabajar se hizo una muñeca de trapo a la que consideraba la hija de su imaginario amante. Cuando este "amante" viajó a Berlín, quiso enviar tras él a "la niña", como medida de precaución. Pero primero fue a la policía, para preguntar si no sería ilegal enviar a "la niña" como equipaje y no con un boleto de pasajero.

⁶⁸ La preocupación muy común en los jóvenes hebefrénicos por "las cuestiones más profundas" no es otra cosa que una manifestación autística. Las "cuestiones" por las cuales se interesan tanto son aquellas que no pueden ser resueltas, puesto que la realidad no interfiere con ellas. Freud considera la duda y la incertidumbre como un primer grado de lo que denomina autoerotismo (*Jahrbuch für Psychoanalyse*, Vol. I, p. 410).

Los deseos y los temores constituyen *el contenido del pensamiento autista*. En aquellos raros casos en que no son percibidas de ningún modo las contradicciones con la realidad, están involucrados solamente los deseos; los temores aparecen cuando el paciente se da cuenta de los obstáculos que se oponen a sus deseos. Aun cuando no surjan verdaderas ideas delirantes, el autismo se manifiesta en la incapacidad de los pacientes para enfrentarse con la realidad, en sus reacciones inadecuadas ante las influencias exteriores (irritabilidad), y en que no presentan resistencia a ninguna idea disparatada o impulso.

Del mismo modo en que los sentimientos autistas se desligan de la realidad, el pensamiento autista obedece a sus propias leyes. Sin duda, utiliza las relaciones lógicas habituales en la medida en que le resultan convenientes, pero no está atado de ningún modo a esas leyes lógicas. El pensamiento autista está dirigido por las necesidades afectivas; el paciente piensa mediante símbolos, analogías, conceptos fragmentarios, vinculaciones accidentales. Pero si el mismo paciente retorna a la realidad, es capaz de pensar con claridad y lógica. *De modo que debemos distinguir el pensamiento realista y el autista, que existen yuxtapuestos en el mismo paciente.* En el pensamiento realista el paciente se orienta perfectamente bien en el tiempo y en el espacio y adapta sus acciones a la realidad, hasta el punto de que ellas parecen normales. El pensamiento autista es la fuente de las ideas delirantes, de las crudas infracciones de la lógica y de la propiedad, y de todos los otros síntomas patológicos. A menudo las dos formas de pensamiento están bastante bien separadas, de modo que el paciente puede pensar a veces de una manera completamente autista y otras veces muy normalmente. En otros casos, las dos formas se mezclan, llegando a la completa fusión, como vimos en los casos ya citados.

El paciente no se da cuenta necesariamente de la peculiaridad, de la desviación de su pensamiento autista de su anterior tipo realista de pensamiento. Sin embargo, los pacientes más inteligentes pueden apreciar la diferencia durante años. Experimentan el estado autista como penoso; sólo rara vez como placentero. Se quejan de que la realidad les parece diferente de lo que era antes. Las personas y las cosas ya no son lo que ellos suponían que eran. Están cambiadas, extrañas, no tienen ya relación con el paciente. Una paciente dada de baja decía que era "como si estuviera dando vueltas por una tumba abierta, tan extraño parecía el mundo". Otra "había comenzado a entrar por el pensamiento en una existencia enteramente distinta. En comparación, todo era muy diferente; hasta su novio no era como ella lo había imaginado". Una mujer todavía muy inteligente consideraba que se producía un cambio positivo cuando lograba trasladarse, a voluntad, a un estado en el que experimentaba la más viva felicidad (sexual y religiosa) y quería incluso enseñarnos a hacerlo.

El autismo no debe ser confundido con "lo inconsciente". Tanto el pensamiento autista como el realista pueden ser conscientes e inconscientes.

b. Atención

En cuanto fenómeno parcial de la afectividad, la atención se ve afectada junto con ella. Según hemos comprobado con nuestros actuales métodos de investigación la atención parece ser normal en la medida en que subsiste interés como sucede ante la mayoría de los hechos en los casos leves y, por lo menos en las actividades cargadas de afecto (por ejemplo, en la elaboración de planes para la fuga) en los casos graves. En cambio, donde falta la disposición afectiva, también estará ausente el impulso a seguir los procesos externos e internos, a dirigir la marcha de las sensaciones y los pensamientos; esto es, no habrá una *atención activa*.

La *atención pasiva* está alterada de una manera enteramente distinta. Por un lado, es evidente que los pacientes que no muestran interés o se han encerrado en sí mismos de un modo autista prestan escasa atención al mundo externo. Por otro lado, empero, es notable cuántos de los sucesos que los pacientes parecen ignorar son, no obstante, registrados por ellos. La selección que ejerce ordinariamente la atención normal sobre las impresiones sensoriales puede estar reducida a cero, de modo que se registra casi todo lo que llega a los sentidos. En consecuencia, están igualmente perturbadas las propiedades inhibitorias de la atención y las facilitadoras.

Pacientes que parecen estar completamente absortos en sí mismos, que siempre se sientan mirando hacia algún rincón, pueden reproducir años después y con todo detalle hechos que han ocurrido en la sala, no relacionados con ellos, o noticias de periódicos que han escuchado sólo al pasar, de tal modo que casi no se comprende cómo se las arreglaron para enterarse de esas cosas. Una de nuestras enfermas catatónicas, que durante meses se había ocupado continuamente en hacer pantomimas frente a la pared, mostró luego de una mejoría que estaba completamente familiarizada con lo que había acontecido durante el período de su enfermedad en la Guerra de los Boer. Seguramente debe haber captado observaciones aisladas de sus vecinos dementes y luego las conservó ordenadamente. Otra paciente que durante muchos años no había pronunciado una sola palabra sensata ni ejecutado una acción oportuna (ni siquiera se había alimentado ella misma), conocía el nombre del nuevo papa varios años después de su asunción, aunque siempre vivió en un ambiente protestante, donde no se hacía ninguna referencia a la iglesia de Roma.

La *tenacidad* y la *vigilancia* de la atención pueden alterarse independientemente una u otra, tanto en un sentido positivo como negativo, pero no hay en tales alteraciones nada característicamente esquizofrénico⁶⁹. No obstante, hay perturbaciones psíquicas específicas que dan origen a un estado de hipovigilia, como sucede cuando "los pensamientos son sustraídos". Por otra parte, la tenacidad desaparece cuando la secuencia de pensamientos se extravía en divagaciones.

El *resultado de la concentración de la atención* varía. Puede ser enteramente normal. Por otro lado, la *intensidad de la atención* puede alterarse tanto que el paciente, aunque se esfuerce especialmente para lograrlo, casi no puede con-

⁶⁹ La noción de distractibilidad está incluida en el concepto de vigilancia.

centrarse. En ese caso, también sufre la amplitud de la atención. Entonces el paciente es incapaz de producir las asociaciones necesarias para una reflexión apropiada. Tales perturbaciones pueden estar condicionadas por obstáculos primarios en los procesos psíquicos, que todavía no podemos explicar. Sin embargo, el sostenimiento de la atención depende de los trastornos asociativos, además de las emociones. Si el curso del pensamiento se ha desintegrado completamente, el pensar correctamente se vuelve imposible sin un esfuerzo anormalmente intenso.

En algunos casos, la *tendencia general a la fatiga* también provoca la rápida disminución de la atención. La mayoría de los pacientes crónicos, empero, manifiestan una capacidad normal e incluso superior a la normal para mantener la concentración de la atención, si es que se ha logrado obtener su atención activa.

La preocupación debida a complejos, interceptaciones e inhibiciones impide a menudo al paciente, transitoriamente o durablemente, seguir un curso de pensamiento preciso o pensar en la dirección deseada. Así, muchos sólo pueden seguir de un modo fragmentario la historia que se les está leyendo o la representación dramática que están presenciando. Otros pueden relatar a la perfección lo que han escuchado o visto, aunque durante todo ese tiempo hayan conversado continuamente con sus "voces". *También la atención puede "escindirse"*. Con gran frecuencia, la atención, como las otras funciones, está bloqueada por una interceptación: los pacientes, en medio de una conversación, o mientras trabajan, parecen estar pensando en otra cosa o no estar pensando en nada. Curiosamente, en ambos casos pueden seguir pensando con pleno conocimiento de lo que sucedió en el período de no atención y, por ejemplo, contestar más tarde a una pregunta que en su oportunidad parecían no haber escuchado.

Muchos catatónicos exhiben una compulsión a dirigir su atención hacia actividades específicas, externas o, preferiblemente, internas. Las alucinaciones, en particular, parecen incitar continuamente la atención del paciente, contra su voluntad.

No será tenido en cuenta aquí el estado de la atención en los cuadros de obnubilación, oniroides y alucinatorios, en parte porque resultan difíciles de describir y además porque son evidentes.

c. Voluntad

La *voluntad*, en cuanto resultante de los diversos procesos afectivos y asociativos, es alterada por supuesto de varios modos, pero sobre todo por el marasmo de los sentimientos. Aun los casos leves entran en colisión frecuentemente con su ambiente, en razón de su *abulia*. Los pacientes parecen ser perezosos y negligentes porque ya no se sienten impulsados a hacer nada, sea por iniciativa propia o por órdenes de otros. Pueden pasar años en la cama. En los casos moderados, donde todavía existen deseos y anhelos, no harán nada por realizarlos. Sin embargo, comprobamos también la forma opuesta de debilidad volitiva, que consiste en la incapacidad del paciente para resistir a los impulsos que provienen desde su interior o desde el exterior. Muchos de ellos llevan a la práctica inmediatamente cualquier deseo, cualquier noción que atraiga su fantasía. Algunos hacen esto porque no consideran las posibles consecuencias; otros las ven perfectamente pero no pueden resistir a sus impulsos, o

ellas los dejan indiferentes. En un estado emocional, son, por lo tanto, capaces de cualquier cosa, aun de cometer graves crímenes.

En ciertos casos se puede hablar literalmente de *hiperbulia*. Hay pacientes que ejecutan con la mayor energía lo que se les ha metido en la cabeza, trátese de algo razonable o absurdo. Pueden mostrarse enteramente implacables aun hacia ellos mismos, esforzarse al máximo, soportar dolores y penalidades de toda clase, y no permitirán que nada los distraiga de su propósito. En tales casos pueden manifestar una perseverancia que puede durar años.

Por otra parte, vemos a menudo la *asociación*, que se encuentra con frecuencia en las personas normales, de *déficit de la voluntad* con terquedad, manifestándose una u otra según las circunstancias⁷⁰. En general, la mayoría de los pacientes aparecen como inconstantes y versátiles. Hacen toda clase de promesas, sin cumplir ninguna. Los pacientes hospitalizados, por ejemplo, pueden solicitar que se les asigne una tarea, pero luego se muestran incapaces de llevarla a cabo. Habitualmente tampoco cumplen sus amenazas.

La interceptación es particularmente notable en la esfera de la voluntad: con frecuencia un paciente quiere realmente hacer algo, pero no lo puede realizar porque falla su aparato psicomotriz. Cuando las *interceptaciones persistentes de la voluntad* perduran, constituyen una forma de estupor catatónico.

Bajo circunstancias diferentes, pueden observarse *actos compulsivos*, *automáticos* y las diversas formas de *obediencia automática*. Estos fenómenos serán tratados en el capítulo sobre los síntomas catatónicos.

d. La persona

La orientación autopsíquica es habitualmente normal. Los pacientes saben quiénes son, en la medida en que las ideas delirantes no falsifiquen la personalidad. Pero el Yo nunca está totalmente intacto. Se manifiestan regularmente ciertas modificaciones, especialmente la tendencia a la disociación. Sin embargo, en los casos más simples estas perturbaciones no son lo suficientemente evidentes como para prestarse bien a la descripción. Por lo tanto, las describiremos con mayor detalle al tratar los complejos de síntomas accesorios.

e. “Demencia” esquizofrénica

El estado de las asociaciones y de la afectividad es lo que mejor caracteriza el trastorno esquizofrénico de la inteligencia. Ninguna descripción de los resultados de estas funciones puede abarcar su infinita variedad. Por lo tanto, sólo podemos ilustrar los rasgos más importantes que asume esta perturbación mediante ejemplos. Aquí nos proponemos tratar solamente la demencia esquizofrénica propiamente dicha, sin entrar en los matices particulares que adquiere por agregado de los síntomas accesorios.

⁷⁰. Utilizamos aquí “déficit de la voluntad” en el sentido de una carencia de potencia de la fuerza motriz (apatía), así como una falta de tenacidad y homogeneidad de la voluntad (veleidades, caprichos) y en el de un defecto de inhibición.

En ninguna enfermedad la perturbación de la inteligencia se designa más inadecuadamente con los términos de “demencia” e “imbecilidad” que en la esquizofrenia. En esta enfermedad no vemos absolutamente nada relativo a una “pérdida definitiva de los recuerdos” o a otros trastornos de la memoria que son imprescindibles para definir verdaderamente el concepto de demencia. Así, algunos psiquiatras pueden sostener que ni siquiera los más graves esquizofrénicos son dementes; y otros, en su mayoría autores franceses, ven necesario separar este trastorno intelectual de los otros tipos, aplicándole el término de “pseudodemencia”.

La demencia, en el sentido de las psicosis orgánicas, es algo fundamentalmente diferente. Igualmente distintas son las múltiples formas de idiotez congénita, si bien los déficits intelectuales en estos diversos tipos de perturbación pueden dar en última instancia un resultado similar en apariencia, conduciendo a reacciones inadecuadas ante el mundo exterior. En otros términos, el concepto de demencia es casi tan vasto como el de enfermedad mental en general, y comprende casi tantas subdivisiones como éste⁷¹.

Debemos enfatizar que aun en un grado muy grave de esquizofrenia se conservan todas las funciones elementales que son accesibles al examen. En la deficiencia mental nunca se forman conexiones complejas de ideas y asociaciones; en las psicosis orgánicas se ha perdido mucho, si no por una verdadera lesión cerebral al menos por la pobre utilización de los recursos psíquicos. En contraste con esos casos, hasta el esquizofrénico más “demente” puede, en condiciones apropiadas, presentar resultados de un tipo altamente integrado (por ejemplo, realizar ingeniosos intentos de evasión, etc.). *La estupidez esquizofrénica grave se caracteriza (aparte de la importante falta de interés y actividad) por el hecho de que se producen numerosos fracasos de los pensamientos y los actos, sin importar que la tarea que se proponga sea fácil o difícil. A la inversa, en los casos más benignos la demencia se caracteriza por el hecho de que aunque tales personas son habitualmente muy sensatas, son también capaces de todas las estupideces y tonterías posibles.* El paralítico general o el imbecil leve demuestran su ineptitud cuando son necesarias reflexiones que, para ellos, son demasiado complicadas, mientras que en las materias más simples se comportan normalmente. En esos pacientes, puede estimarse el grado de demencia por la medida de los logros posibles y, aún entonces, sólo mediante una verificación cuidadosa que tenga en cuenta el contexto, el estado de ánimo, la fatiga, las peculiaridades individuales, etc. Los pacientes que son incapaces de multiplicar, menos aún podrán dividir; quienes no pueden entender una fábula tampoco comprenderán una novela; pero quien entienda todo el curso de una novela no tendrá dificultades para entender un simple cuento. La situación en la esquizofrenia es muy diferente. Un paciente que en determinado momento no puede sumar 17 y 14, pese a que lo intenta ansiosamente, será súbitamente capaz de resolver un problema aritmético difícil o de producir un discurso bien redactado y fundamentado. Otro esquizofrénico puede apreciar, aplican-

⁷¹ La discusión con respecto a la presencia de demencia en la paranoia demuestra cuán controvertido y poco nítido es realmente el concepto de demencia. Algunos consideran que los paranoicos son dementes porque piensan de una manera muy ilógica y actúan en consecuencia; otros insisten en que no son dementes puesto que todavía pueden ejercer muy hábilmente profesiones tales como las de arquitecto, juez, científico, etc.

do un juicio excelente, la conducta, la patología de sus compañeros de sala, y la conveniencia de las medidas terapéuticas que se les aplican. Pero al mismo tiempo es incapaz de comprender que su propia conducta es insoportable y que por ello no se lo puede dar de alta del hospital, dado que todas las noches causa un escándalo en el dormitorio y golpea a sus vecinos. Un paciente puede haber estado sentado en un banco durante años en un estado de euforia demencial, sin decir otra cosa que las frases más banales; luego, súbitamente asume cualquier clase de trabajo y una vez dado de alta parece recuperado en todos sus aspectos. Por lo tanto, el cuadro externo de la demencia esquizofrénica se caracteriza mucho más por el estado de la afectividad, y en particular por el interés y la espontaneidad, que por el trastorno intelectual en sentido estricto. Este último es esencialmente un concepto numérico y no puede graduarse según el mayor o menor grado de los logros posibles en un momento dado, sino solamente por la proporción entre las prestaciones correctas y las incorrectas a lo largo del tiempo.

Por lo tanto, es completamente erróneo comparar la demencia de los esquizofrénicos con la inteligencia de un niño de determinada edad (Rizor (13), p. 1027) creyendo que la demencia esquizofrénica puede ser demostrada o excluida mediante un “test de inteligencia”, se trate de uno que lleve unos pocos minutos o de uno que demande días. Quien proceda de esa manera demuestra una completa incompreensión de las peculiaridades de la esquizofrenia. En su conjunto, el monto real del conocimiento queda intacto, pero no siempre está disponible o bien se lo emplea de una manera equivocada. Lo que puede ser inaccesible en cierta constelación psíquica, puede utilizarse libremente en otra. Por ello es que los test de complemento de Ebbinghaus y los test de imágenes de Heilbronner (6) fracasan frecuentemente y no son aplicables en esta enfermedad para estimar el grado de inteligencia⁷². Los hábitos de vida y la falta de adaptación al medioambiente son lo único que puede demostrar, en los casos más benignos, hasta dónde ha progresado la demencia. El método más rápido y más adaptado que se puede aplicar en el hospital consiste en someter al paciente a un breve interrogatorio acerca de su situación actual, de los motivos de su internación, sus relaciones con sus superiores y sus planes futuros. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que puede haber una comprensión completa durante el mismo y, no obstante, haber graves déficits en otros dominios.

En consecuencia, si se quiere hablar de demencia intelectual en nuestros pacientes, es necesario expresarse aproximadamente así: *el esquizofrénico no es puramente y simplemente demente, pero lo es en ciertos períodos, respecto a ciertos contextos y ciertos complejos*. En los casos leves, las funciones deficientes son la excepción. En los casos más graves, los de aquellos que vagan en nuestras instituciones indiferentes a todo, las funciones deficientes son la regla. Y entre ambos extremos encontramos todas las formas de transición. La diferencia entre la demencia moderada y la grave reside en la amplitud, no en la intensidad. El más benigno caso de esquizofrenia puede cometer una locura tan grande como el caso más grave, pero la comete mucho más raramente.

⁷² Algunos de estos pacientes necesitan latencias anormalmente largas para proporcionar soluciones correctas, mientras que muchos de los casos más graves no son capaces de resolver esos problemas de ningún modo: llenan los blancos con palabras inapropiadas o aun completamente erróneas, sin tener en cuenta su significado ni la estructura gramatical.

No obstante, el déficit intelectual no se produce de un modo enteramente azaroso. Por ejemplo, los rendimientos intelectuales particularmente malos están ligados con complejos cargados de afectos. Además, es evidente que en cada etapa de la enfermedad los déficits intelectuales aumentarán cuanto más compleja sea la función perturbada. Cuando una asociación entre cien es patológica, la función que involucre sólo unas pocas asociaciones será alterada rara vez, mientras que la que implique varios cientos de asociaciones individuales tendrá más probabilidades de estar perturbada. Por otro lado, la evidente disminución de la capacidad para condensar muchas ideas desde un punto de vista lógico homogéneo, perjudica más las funciones complejas que las simples. De modo que, en conjunto, las funciones mentales superiores corren más riesgo de estar severamente alteradas.

La anomalía que denominamos demencia esquizofrénica resulta de los efectos combinados del trastorno de las asociaciones, la indiferencia y la irritabilidad en la esfera afectiva, y el repliegue autista respecto de las influencias del mundo exterior. La formación de *conceptos* está afectada por la desintegración de las asociaciones. Sin duda, la mayoría de los conceptos no parecen ser mucho menos precisos en los estadios crónicos de esta enfermedad que en las personas normales. Por ejemplo, se comprueba muy poco de la vaguedad que es tan notable en los conceptos de los dementes epilépticos, aunque se puede observar en los esquizofrénicos una tendencia a aplicar conceptos generales donde sería apropiado utilizar conceptos específicos. Así, nuestros pacientes llaman “hierro” a un instrumento hecho de hierro, o a una pala “utensilio doméstico”. Aunque el uso de tal terminología es raro, excepto en respuesta a preguntas explícitas, revela sin embargo una anomalía de la conceptualización y no simplemente de la expresión. No he comprobado una reducción real de los conceptos en la esquizofrenia, en el sentido de la completa pérdida de algunos de ellos. *Por el contrario, los conceptos pierden con frecuencia alguna de sus partes constitutivas.* Todos estos trastornos pueden variar de un momento a otro. Defectos más o menos consecuentes y constantes se comprueban solamente en los conceptos que están implicados en las ideas delirantes o que están compuestos por complejos cargados de afecto.

Por lo tanto, el método de Wernicke, que consiste en interrogar al paciente para que exprese la diferencia que hay entre dos conceptos vecinos, es totalmente insuficiente para la investigación de esta enfermedad, a pesar de que es evidente que, en ciertas circunstancias, la comparación y diferenciación de ideas insuficientemente pensadas está alterada. Es muy probable que la hebefrénica citada en la p. 41 de sus presentaciones de enfermos, conociera muy bien la diferencia entre ciudad y aldea, a pesar de sus respuestas bizarras que, incidentalmente, no indicaban de ningún modo una ignorancia sino que eran a lo sumo una “para-función” de sus asociaciones *actuales*. Tampoco puedo creer que el paciente de Wernicke, que confundió al enfermero con su hermana Laura hubiera olvidado la imagen mnésica de las vestimentas masculinas y femeninas⁷³. Por lo general, los esquizofrénicos lúcidos retienen muy bien tales conceptos e imágenes. Sólo se observan excepciones en determinados complejos psíquicos, por ejemplo, cuando son activados complejos en los estados de distracción y, con gran probabilidad, en las afecciones orgánicas importantes. Así, un hebefrénico asocia “*Fass*” a “*Rad*” e indica que

⁷³ Citado por Sandberg, p. 627.

las ideas de “Rad” y “Reif” eran realmente casi idénticas para él en ese momento⁷⁴. El mismo paciente puede después diferenciar muy bien ambos conceptos, sin que la enfermedad haya manifestado cambio alguno. A menudo, los objetos son confundidos porque sólo se nota una parte de sus cualidades, pero las otras cualidades no son “olvidadas” completamente y se las asocia entonces libremente para formar otros objetos. Un cuadro en la pared con un marco muy profundo es entonces una escupidera. La escalera de incendios, frente a la sala, se convierte en “nuestra escalera del granero”. El director del servicio psiquiátrico es el reverendo F., porque administra el servicio como el reverendo F. lo hace en el hospital; un paciente denomina la hilandería de algodón donde trabaja “fábrica de vestidos”.

La *condensación* comprime varios conceptos en uno solo. Con particular frecuencia, se concibe a varias personas como una sola. Un paciente es el padre y la madre de sus hijos. Otro paciente, durante un episodio agudo de su enfermedad en el que sufría solo una obnubilación moderada, no distingue a sus hijos tal como son en el momento actual de los mismos siendo niños. Cuando la conversación trata de asuntos sexuales y de la educación infantil, su esposa y su propio Yo parecen unirse en un concepto indisoluble. Confunde, asimismo, el hospital con su casa: al hacerle preguntas o estimularlo de otras maneras, no es posible distinguir de cuál de los dos lugares está hablando, pues dice lo mismo acerca de ambos y es imposible obligarlo a disociarlos. Una paciente identifica la historia de la infancia de Moisés con la de la matanza de los inocentes ordenada por Herodes. Con bastante frecuencia, los complejos cargados de afecto determinan la modificación de conceptos.

Una paciente que espera que le suceda algo extraordinario en el futuro habla de sus “futuros padres” como si se tratara de algo muy natural. Un paciente paranoide que tiene ambiciones militares se ha visto a sí mismo retratado como un “general con uniforme francés y suizo”. La mezcla de ambos ejércitos no parece molestarlo. Al objetarle que Suiza no tiene generales, contesta que un coronel es también un general. En tales casos es fácil demostrar que lo que está alterado son los conceptos y no sólo el modo de expresión. Un hebefrénico firma una carta a su madre como “tu sobrino lleno de esperanza”. No hubo manera de entender lo que lo llevó a escribir eso, y él defiende ese disparate con el argumento de que su madre tiene una hermana y que él era sobrino de ella; en todo caso, sus ideas acerca de las relaciones familiares se hicieron confusas, por lo menos durante unos instantes. Una catatónica había recibido como regalo un reloj que le producía un gran placer. Pero también encontraba placer en todas sus otras posesiones, así como en su novio. Todo ello se fundió en un solo concepto, que designaba con el término “regalo”. Las expresiones inapropiadas de los pacientes alucinados ocultan frecuentemente conceptos groseramente ampliados: un hebefrénico “tuvo dos veces dolor, eso es el envenenamiento criminal”.

La identificación de dos conceptos sobre la base de un componente común conduce, en muchos casos, al *simbolismo*, que juega un papel de primer plano en las ideas delirantes. Un paciente firma como “El principio y el fin del mundo”; en esta frase se expresa su idea delirante. Para nuestros pacientes, el símbolo se transforma en realidad. Cuando los “quema” un amor secreto, pueden llegar a creer que personas reales los están quemando en un fuego verdadero.

⁷⁴ N. del E.: Fass= barril; Rad= rueda; Reif =aro.

Las siguientes ideas son del mismo orden: un catatónico hace un movimiento con sus cejas, imitando a una cierta Srta. N.; pretende luego haber tenido relaciones sexuales con ella; el movimiento de la Srta. N. imitado con su cuerpo es la misma cosa que la misma Srta. N.

La alteración de los conceptos en la esquizofrenia tiene la peculiaridad de que las ideas simples pueden ser deformadas casi con la misma facilidad que las complejas. El elemento decisivo es, sobre todo, la relación con un complejo emocionalmente acentuado, que a veces facilita y otras veces impide la conceptualización. Pero aparte de esto, la perturbación varía con las oscilaciones de la enfermedad, la que a veces puede afectar la mayor parte de los procesos de pensamiento y otras veces retrocede y afecta sólo unas pocas funciones aisladas.

Por supuesto, no pueden efectuarse operaciones intelectuales claras y precisas con conceptos fragmentarios.

Un paciente bastante perezoso pudo ser inducido, finalmente, a realizar un trabajo durante media hora, por lo que consideró que tenía derecho a recibir toda clase de recompensas. Cuando éstas no llegaron, dejó de trabajar. Era correcta su idea de que debía ser compensado por su trabajo, pero no hacía distinción alguna entre media hora de trabajo y un trabajo prolongado y regular; y no diferenciaba tampoco una retribución pequeña de una grande. Una tarea nimia era para él *trabajo* en general. Por compensación, entendía todo lo que deseaba. Sus conceptos de trabajo y recompensa eran poco claros y, por lo tanto, era imposible una correlación cuantitativa adecuada entre ambos conceptos.

La delimitación nebulosa de conceptos favorece las más absurdas *generalizaciones* de ciertas ideas.

Un paciente paranoide deja de oír el ruido alucinatorio de una máquina; en consecuencia, todo el hospital deja de existir para él. Otro paranoide ha hecho las paces solemnemente con un enemigo suyo; luego quiere actuar con todos como pacificador. Un hebefrénico le ha hablado groseramente a su padre. Cree entonces que tiene que purificarse por ese pecado. Finalmente, extiende esta purificación a todas las cosas que lo rodean. No sólo se lava a sí mismo y lava los muebles, sino que deja sus ropas sobre el tejado para que la lluvia las purifique. Las ideas delirantes propiamente dichas son ampliadas con frecuencia bajo la forma de tales generalizaciones⁷⁵.

Los trastornos de la afectividad influyen sobre la inteligencia en una multiplicidad de maneras. Cuando falta el interés, el pensar languidece o no se lleva a su fin apropiado. Siempre que el paciente tiene un objetivo que lo apasiona, se muestra capaz de efectuar deducciones excepcionalmente agudas y complejas para conseguirlo. E inversamente, muchos paranoides leves piensan incorrectamente sólo cuando están implicados sus complejos. Schreber era capaz de criticar muy oportunamente las opiniones de los expertos acerca de su tutela cuando estaba defendiendo sus ideas delirantes más absurdas.

En general, la actividad intelectual varía en función de los complejos cargados de afectos, que a veces suprimen la reflexión y otras la ponen a su servicio y la favo-

⁷⁵ Aquí, la extensión del concepto es al mismo tiempo una transferencia; el sentimiento de impureza moral conduce, como sucede tan frecuentemente en los neuróticos, a una exagerada higiene física.

recen (estas fluctuaciones funcionales no deben ser confundidas con las oscilaciones de la misma enfermedad. A menudo un paciente parece estar mucho más demente en ciertos períodos, en razón de que el proceso patológico se ha hecho más intenso).

Las perturbaciones de la afectividad son la causa más importante de “*la pérdida de la valoración psíquica*” (Schüle). Los deficientes mentales y los casos orgánicos también pueden dejar de percibir la diferencia entre lo esencial y lo no esencial; los primeros, porque son incapaces de aprehender ideas complejas en su totalidad; los segundos, por la misma razón y porque, además, sus secuencias de ideas se limitan a aquellas que corresponden al afecto dominante. El proceso es mucho más complicado en la esquizofrenia. Las ideas son elaboradas por fragmentos completamente irregulares que, con frecuencia, conservan las relaciones más lejanas y pierden las más cercanas. Los afectos inhiben y facilitan las asociaciones en una medida mucho mayor que en los casos orgánicos y además están ellos mismos alterados, cualitativa y cuantitativamente. Si al paciente no le importa ir a la ruina junto con su familia, quedar internado para siempre o no, vivir en la suciedad o no, entonces, tales ideas, tan vitalmente importantes para la mayoría de las demás personas, no pueden ejercer influencia alguna sobre las reflexiones de aquél. Si a un paciente de esa clase se le permite elegir entre renunciar a un capricho o perder su trabajo, se decidirá por lo último sin reflexionarlo, porque sólo el capricho tiene una carga afectiva. Éste es uno de los aspectos más importantes de la demencia esquizofrénica.

Junto con la afectividad también se altera la *sugestibilidad*. Como está disminuida en su conjunto, esto impide la influencia psicológica exterior pero facilita el uso del juicio cuando éste es aún posible. A este respecto, los esquizofrénicos más inteligentes están en ventaja para desarrollar nuevas ideas. Debido a la flexibilidad de sus asociaciones, pueden concebir y comprender ideas que se apartan de lo normal más fácilmente que la persona sana. Son menos sensibles a las críticas y opiniones de los demás y por ello tienen el valor de sostener ideas y planes que le parecerían inconcebibles a una persona normal. En cierta oportunidad se me consultó acerca de un esquizofrénico que actualmente está ejecutando planes económicos muy importantes en diversos países extranjeros con ayuda gubernamental, planes de su invención que una persona normal podría haber pensado pero hubiera considerado irrealizables. Todo nuevo movimiento, bueno o malo, atrae a su seno a un cierto número de esquizofrénicos.

En otros casos hay una combinación de superficialidad afectiva con perturbación asociativa en el pensar, que tiene por resultado una extrema credulidad. Un hebefrénico aparentemente muy lúcido, que trabajaba como compositor tipógrafo durante sus períodos de compensación, permitió en cuatro ocasiones distintas que se lo llevara al hospital con el mismo pretexto de que tenía que ir a consultar a un médico acerca de alguna dolencia física. En las transacciones comerciales complejas, los pacientes son víctimas fáciles de quienes

saben aprovecharse de ellos. A los pacientes con disposición hipocondríaca se les puede provocar fácilmente una enfermedad por sugestión, con sólo una pregunta imprudente. Naturalmente, el contenido de los complejos determina la dirección de esta sugestibilidad parcial. Pudimos mejorar considerablemente a una paciente con ideas hipocondríacas, bien conservada en el plano intelectual, por medio de diversas sugestiones, con un tratamiento de dos meses. Pero su vinculación estrecha con un paciente melancólico durante unos pocos días bastó para hacerla volver a su estado anterior. Cualquier imbécil puede hacerles creer a los paranoides que tal o cual persona es su defensor o su enemigo, pero permanecen impermeables a toda influencia lógica.

Es asimismo sorprendente con cuánta facilidad reaccionan los esquizofrénicos ante influencias neutrales. Cierta vez respondí a una paranoide utilizando en lugar de "nein" (no), "noi", con el acento zuavo (éste no tenía relación alguna con nuestra conversación). Inmediatamente la paciente comenzó a imitarme usando ese acento, aunque no tenía con él una relación mayor que cualquier otro nativo de Zúrich, y persistió en esto hasta el final de nuestra conversación, aunque no volví a introducir otro estímulo para hacerlo.

Tanto los casos recientes de esquizofrenia como los de larga data pueden ser hipnotizados. Sin embargo, el poder de la sugestión hipnótica no llega muy lejos en el tratamiento de esta enfermedad.

Los esquizofrénicos pueden resistir a la *sugestibilidad* de masas mejor que las personas sanas. Sin embargo, también en ellos aumenta la influencia de la sugestión cuando se la administra simultáneamente a cierto número de personas. Sin embargo, los esquizofrénicos reaccionan con gran sensibilidad al ambiente. No puede deberse a un mero azar el que las formas externas de esta enfermedad varíen tan marcadamente de institución a institución, de médico a médico, de enfermero a enfermero. La catalepsia, el negativismo, la hiperkinesis, la violencia, las pulsiones suicidas, la alimentación por sonda y otras restricciones varían mucho cuantitativamente según la hora y el lugar, aunque los miembros del cuerpo directivo se esfuerzen al máximo para que el tratamiento de los pacientes sea todo lo uniforme que es posible. La sugestión no proviene solamente del personal y de la estructura del hospital, sino igualmente de los demás pacientes. Un solo paciente puede desorganizar toda una sala. Si alguno acierta a dar el tono en la sala, tendrá inmediatamente cualquier número de imitadores entre los esquizofrénicos activos. En una sala, por ejemplo, se rechaza un determinado plato del menú; en otra, es otro tipo de comida el que se rechaza. Eso proseguirá hasta que se cambie de lugar al instigador del asunto. El poder de la sugestión se manifiesta también en las *psicosis inducidas*, por lo cual un esquizofrénico activo impondrá frecuentemente su sistema delirante a un miembro de la familia que es un esquizofrénico latente. Un aumento muy particular de la sugestibilidad aparece en la *obediencia automática*, que expondremos luego, al tratar los síntomas catatónicos.

El estado de la inteligencia esquizofrénica está, naturalmente, también en relación recíproca con el *autismo*. Este último no puede surgir sin una concomitante debilidad de la inteligencia y ocasiona así los errores lógicos demenciales por la exclusión de la realidad del material del pensamiento. Es así como una joven hebefrénica erotomaniaca cree que cierto gentilhomme de

elevada posición se va a casar con ella, cuando en realidad éste no quiere tener ninguna relación con ella. Un hebefrénico promueve en su pensamiento a su tío al rango de general, para que esté en mejores condiciones para ayudar al paciente que en su rango actual de coronel. Ni siquiera piensa que esta promoción no puede tener ningún efecto para tal fin. Otro paciente responde a la pregunta: "¿Ha estado usted antes internado en un hospital para enfermos mentales?", diciendo: "No, pero injustamente".

El autismo se relaciona también con la *disminución de la influencia de la experiencia adquirida*, que es lo que acarrea el mayor desorden en el pensamiento lógico. Un esquizofrénico que se quema no siempre temerá al fuego. Sin importarle cuáles sean las consecuencias, permitirá una y otra vez que lo guíen sus ideas aberrantes o su negligencia. Sin embargo, esto no sucede en todos los casos: los castigos o recompensas disciplinarios a menudo tendrán alguna influencia, aun sobre los pacientes graves.

Por supuesto, los *trastornos de la asociación* son responsables de la mayor parte del desorden y la confusión en el pensamiento lógico. Éste es una reproducción de asociaciones equivalentes o análogas a las que nos ha enseñado la experiencia. Debido al relajamiento de las vinculaciones habituales entre los conceptos, el pensar se aparta de la experiencia y toma caminos errados. La interceptación se produce precisamente en puntos importantes, de modo que el paciente es incapaz de completar su pensamiento al tocar ciertos temas. Peor aún, en lugar de las asociaciones obstruidas afloran otras que no pertenecen en modo alguno a esa secuencia intelectual o bien pertenecen a otra coyuntura de la misma. Así, puede repetirse la historia acerca del burro que cruza un arroyo cargado primero con sal y luego con esponjas como sigue: "Cargaron tanto al burro que quedó aplastado... ahora es una costumbre en la religión católica... se ha dicho que era la extremaunción que se administra a los agonizantes."

Si las relaciones inadecuadas entre ideas se vuelven muy numerosas, el curso del pensamiento no puede llegar a ningún resultado, puesto que su dirección cambia constantemente.

Por lo tanto, muchas operaciones lógicas fracasan porque se liga de inmediato algún pensamiento al complejo dominante (ideas delirantes de referencia), o bien porque los pacientes no pueden hallar ninguna vinculación con su complejo. En consecuencia, muchas preguntas directas acerca de sucesos afectivos que determinan la sintomatología son respondidas al principio, o persistentemente, en forma negativa, o bien son eludidas. El paciente vino al hospital "porque se torció el pie"; a la pregunta "¿Por qué?" responde: "Vine en un coche". Éstos son realmente casos de "pensamiento de lado", y no meramente de "lenguaje de lado".

("¿Qué dicen las voces?") – "Tengo también dos hijos". (Repetimos la pregunta) – "Se dicen tantas cosas aquí". (Repetimos nuevamente la pregunta) – "No mucho". (La repetimos otra vez) – "De todas maneras, yo no hablo mucho". (Repetimos) – "Sí, no mucho".

(Repetimos) – “Sí, no lo puedo decir” (“¿Por qué no?”) – “No lo sé.” (“¿Qué dicen las voces?”) – “Sí, hablamos más o menos juntos, pero yo no hablo mucho”.

Este tipo de pensamiento puede generalizarse bastante y también trasladarse a temas neutrales. Si preguntamos la fecha en la que estamos, nos pueden responder: “La misma”. Y cuando preguntamos “¿La misma qué?”, nos responderán, por ejemplo: “La misma que somos hoy”. Tales respuestas pueden provenir de pacientes perfectamente lúcidos, que se esfuerzan por pensar correctamente. Pero nunca logran ir más allá de esas frases generales.

Un tipo muy frecuente de respuestas a las que podemos denominar *respuestas al azar* puede producir la impresión de un alto grado de demencia: (“¿Cuándo nació?”) – “1876”. (“¿Es verdad eso? ¿Cuándo?”) – “1871”. (“¿Cuál de las dos fechas es la correcta?”) – “1872” (En realidad, ninguna de estas respuestas era correcta). Es particularmente en las preguntas que pueden ser contestadas con un “sí” o un “no” cuando uno debe guardarse de aceptar las respuestas según su valor aparente. A menudo obtenemos algunas como éstas: (“¿Quiere levantarse?”) – “Sí”. (“¿Quiere quedarse en cama?”) – “Sí”.

La insuficiente participación de las asociaciones necesarias causa también una *interrupción prematura* de las reflexiones. A menudo, el paciente dará una respuesta antes de que se haya completado la pregunta, de donde surgen los muchos juicios incompletos de aspecto “demencial”.

El surgimiento inopinado de nuevas ideas acarrea *ocurrencias patológicas*. Repentinamente, un catatónico dice con toda seriedad que quiere ver las cataratas del Niágara. Otro paciente, al ingresar al hospital, no encuentra nada más importante para preguntar que si el Sahara está todavía en África. Los resultados son particularmente absurdos cuando se produce una interceptación entre las líneas directrices lógicas del curso del pensamiento y asociación temática, y cada una de estas funciones sigue su propio camino.

Le pregunté a un paciente qué podía hacer por él un conocido. Me respondió: “Nada, salvo que yo pueda recibir un poema suyo”. De tal modo me dio, formalmente, una respuesta a mi pregunta. Se designa el poema como el objeto deseado, en una forma perfectamente correcta y lógica. Sin embargo, en realidad el paciente recogió esta idea sólo porque poco antes yo había conversado de poesía con otro paciente; él no deseaba ningún poema. Discuto con una paciente diciéndole que ella no posee una casa. “Sí”, dice ella, “la música lo prueba”. Efectivamente, se oía una música lejana, y de allí sacó la idea que utilizó inmediatamente como prueba en contra de mis objeciones.

El contenido mental está determinado a menudo por alguna noción pasajera o fantasía repentina (“¿Por qué sacude las manos?” – “Porque no puedo comer a algún estudiante”) o por algún deseo o temor que preocupa al paciente. El paciente se ensucia “para que se lo traslade a una sala mejor”, o toma su contenido del mundo exterior (véanse los ejemplos citados antes), o bien la noción pertenece al círculo de pensamientos implicados en la pregunta. De modo que no se trata de motivación por el contenido cuando el paciente de Stransky declara que se encoleriza porque el doctor viste un traje de color gris.

Según mi experiencia, en realidad el paciente se enfurece por motivos muy diferentes, relacionados con sus complejos. Luego, al azar, menciona el traje gris como la razón de su furia. Tales pseudo-motivaciones *a posteriori*, que el mismo paciente cree, son muy comunes en la esquizofrenia. Uno de nuestros pacientes tenía plena conciencia de que siempre inventaba las motivaciones con posterioridad, "después de haberme sorprendido por las estupideces que había cometido". Luego de un intento de suicidio, se vuelve a llevar a la cama a una paciente, quien insiste en que trató de suicidarse porque tenía que quedarse en la cama. Nos encontramos con la misma clase de justificación del comportamiento *a posteriori* en el caso de un hebefrénico bastante inútil, quien nos dijo que se endeudó sólo para demostrarle a su esposa que podía obtener dinero sin su ayuda; o cuando un paciente peligrosamente agresivo dijo haber comprado un revólver sólo para probarle a su mujer que no la iba a herir aun teniendo tal arma. En esos casos, el tipo de justificación *a posteriori* puede parecer la razón real a un observador superficial, de modo que a menudo hasta las personas inteligentes se dejan engañar y le atribuyen al paciente un juicio correcto.

La insensibilidad de los pacientes a las contradicciones más flagrantes es sorprendente. En la frase principal, un hebefrénico puede quejarse de que no consigue dormir de noche, mientras que en la frase subordinada indica lo maravillosamente bien que durmió. Los pacientes se quejan amargamente a sus parientes de que no se les permite hacer tal o cual cosa. Tan pronto como reciben autorización para hacer lo que desean, no quieren hacerlo. Un paciente le pide a su esposa en una carta que, primeramente, le envíe su navaja para poder suicidarse; en segundo lugar, que venga a sacarlo del hospital; y, finalmente, que le traiga un par de zapatos.

Excepto en raras ocasiones, no sirve de gran cosa llamar la atención del paciente sobre sus contradicciones porque en general tienen notablemente reducida la necesidad de dar una forma lógica a las cosas, de reflexionar sobre ellas y ordenarlas bajo un denominador común. En el otro extremo tenemos a los alcohólicos, que inventan liberalmente elaboraciones de sus relatos para perfeccionarlos, y para buscar una motivación causal de sus acciones. En contraste, el pensamiento esquizofrénico se compone de fragmentos lógicos. Para estos pacientes, frecuentemente la causalidad parece no existir. Pocos de ellos se interesan por saber de dónde vienen sus voces. Pueden quedar internados en el hospital por largo tiempo sin que pregunten el motivo. Esto parece ser no sólo un defecto afectivo, sino también un defecto lógico.

En ciertos aspectos, los pacientes carecen de *capacidad de discusión*. Piensan algo y enseguida lo dan por demostrado. Como evidencia ofrecerán pseudo-pruebas y las evidencias en contrario más lógicas no causan ningún efecto. Si se los confronta con tareas complicadas, a menudo los pacientes parecen estar tan confusos y su psique tan desorganizada, que no es fácil descubrir la

fuerza de sus errores de pensamiento. No obstante, con alguna paciencia es posible aun en esos casos encontrar algunos indicios diseminados.

En el *reconocimiento de imágenes* también se revela la perturbación del pensamiento en sus diversas formas. Muchos pacientes pueden reconocer ilustraciones simples y complejas tan bien como la persona sana. El paranoide B. St., descrito por Jung, superaba en la comprensión de láminas al personal de enfermería sometido al mismo test. Pero por otro lado, muchos otros pacientes no son capaces, o lo son sólo parcialmente, de comprender ilustraciones complicadas; o bien dan interpretaciones erróneas, en especial cuando las imágenes están asociadas de algún modo con sus complejos. Incluso no reconocen imágenes de objetos simples.

Una hebefrénica ligeramente agitada llama a un estudiante "pipa de tabaco"; sólo presta atención a ese detalle. Denomina a un martillo "la Naturaleza (=esperma), el martillo"; su mango es el mango del martillo, pero *al mismo tiempo* es también el pene en relación con sus complejos eróticos sexuales. Un reloj se convierte para ella en el "reloj electrizador"; porque lo vincula de alguna manera con sus alucinaciones sexuales. A la ilustración que representa una piña en su tamaño y colores naturales la denomina "espiga". Sólo toma nota de la forma, y aun esto incorrectamente. Otra paciente llama a las orejas de una cebra "nudos sobre la cabeza", de acuerdo con sus tendencias hacia los adornos y la grandeza. En las siguientes respuestas, se indica un concepto parcial: "colgado" (en lugar de ropa colgando de la soga), "un montón" (en lugar de papas). A menudo la interpretación se hace tan sistemática como el eslabonamiento anormal de ideas: (se le muestra la imagen de una novia) "No sé lo que es"; ("¿Qué están haciendo estos músicos?") – "Están haciendo ruido"; (de nuevo se muestra la novia) – "Una mujer, con un sombrero" (califica como sombrero el ramo de novia). A objetos tales como espárragos y serpientes de inmediato se los denomina erróneamente, por lo general en conjunción con otros indicios de una sexualidad excitada.

A veces, pacientes que en otras ocasiones se muestran atentos no dan ninguna asociación a las ilustraciones que se les exhiben (del mismo modo que nos sucede con millares de cosas que vemos sin prestarles atención mientras caminamos por la calle).

A veces es también muy característica la narración de cosas experimentadas o leídas. Con frecuencia hay diferencia entre las experiencias anteriores y posteriores a la aparición de la enfermedad. En el último caso, por supuesto, las diversas perturbaciones de la comprensión pueden afectar el resultado. Ocasionalmente, aun los pacientes cooperativos con buena comprensión ya no asimilan nada nuevo. Pueden relatar fragmentos de cuentos leídos en épocas anteriores, mientras que relatan incorrectamente los leídos más recientemente. A veces también insertan nuevas ideas en las viejas historias. Así, un hebefrénico con buen nivel educacional llama a Guillermo Tell un "capitán de barco". O les resulta demasiado el esfuerzo de recordar y obtenemos entonces como respuesta a la pregunta: "¿Qué sabe usted de Guillermo Tell?", afirmaciones como "Ya se ha discutido bastante acerca del tema".

Muchos pacientes que en otras oportunidades cometen las mayores estupideces o se ocupan de las más absurdas ideas delirantes, pueden repetir per-

fectamente, y también resumir y aplicar en otras conexiones, cuentos que han leído⁷⁶. Pero en su mayoría, los pacientes hospitalizados fracasan completamente en esa tarea; o deducen la moraleja en el sentido de sus complejos o lo hacen a partir de asociaciones puramente accidentales. Así, del cuento utilizado como test un paciente extrajo la moraleja de que uno no debe asustarse si se ve enfrentado a una tarea difícil.

La comprensión de una historia puede verse impedida por la interceptación, aun en pacientes cuyo pensamiento no está inhibido en otras ocasiones. Un paciente naturalmente inteligente y habitualmente atento era incapaz de asimilar un cuento corto y sencillo, aunque forzó tan intensamente su atención que su rostro enrojeció, transpiraba y respiraba pesadamente: "Las voces interfieren demasiado", nos dijo. Aunque una lectura repetida algunas veces ayuda, no siempre mejora el resultado por este medio.

Algunos pacientes relatan una historia completamente distinta de la que se les ha leído. Otros solo recuperan fragmentos de las ideas mencionadas, dentro de un contexto nuevo. Así, hemos escuchado muchas veces que "un burro se quería ahogar". O se reproducen fragmentos inconexos, a menudo con agregados esquizofrénicos: "Un burro estaba pesadamente cargado con sal y se lanzó a través del desierto". A veces los pacientes notan la falta de incoherencia o la confusión en su relato. (Después de una segunda lectura): "Un burro estaba llevando una carga de sal y tenía que cruzar un río; entonces vino una esponja, no sé, ¿era una esponja, o un cisne, o un ganso?". (Aquí el paciente notó que es difícil que una esponja –*Schwamm*– pueda moverse, y entonces la cambió por un cisne –*Schwan*– o un ganso). En los casos más graves, los distintos conceptos de los cuentos son mezclados y luego ligados gramaticalmente: "Un burro cruzó un arroyo en el que había esponjas, y entonces la carga se hizo demasiado pesada". A la inversa, si se acentúa especialmente o se elabora mediante adiciones innecesarias a las relaciones causales, nos encontramos por lo general ante un cuadro esquizofrénico complicado con alcoholismo: "Un burro llevaba un cargamento de esponjas, tenía sed y entró al río para beber agua...".

Las transformaciones reales de la historia se manifiestan generalmente como resultados de la influencia de los complejos. Una paciente que tenía remordimientos porque no se había defendido de un ataque sexual con la fuerza suficiente, aparentemente quiso decir que un hacha había caído al río. Pero en lugar de "río" dijo "agujero". Cuando se le indicó que se trataba de un río, dijo: "Sí, era un agujero lleno de agua". Aparte de tales casos, comprobamos muy escasas referencias personales de ese tipo en la lectura de fábulas por los esquizofrénicos, mientras que los depresivos orgánicos, por lo general, consideran que son ellos mismos los que se ahogan o están abrumados por el peso. Asimismo, la mayoría de los alcohólicos ve en la mención del agua una referencia a su debilidad.

En esta enfermedad, la mayoría de las alteraciones parecen ser accidentales. No obstante, pueden ser mantenidas persistentemente. Una hebefrénica insistía en que acababa de leer algo sobre un "río profundo", y al mostrársele el libro insistió en que las palabras impresas habían sido cambiadas. Rara vez parecen predominar fantasías reales. Pero si

⁷⁶ A partir de diferentes investigaciones se comprobó que la fábula siguiente es útil como test para medir la capacidad de razonamientos simples: "El asno cargado con sal", dice así: "Un asno cargado con bolsas de sal tiene que cruzar un río. Resbala y cae, y queda acostado cómodamente en el agua fresca durante unos minutos. Cuando se levanta, advierte que su carga es mucho más liviana, porque la sal se disolvió en el agua. El asno nota el fenómeno y decide aprovecharlo al día siguiente, cuando debe transportar a través de ese mismo río un cargamento de esponjas. Al cruzarlo nuevamente se deja caer deliberadamente, pero las esponjas absorben una gran cantidad de agua y vuelven su carga más pesada que antes. Finalmente, la carga se hace tan pesada que el asno se ahoga". Conclusión: "Un mismo método no es bueno en todos los casos".

se presentan, tienen libre juego debido a la falta de sentido de la realidad. Un pintor hebefrénico describía con mucha precisión la técnica de la pintura, pero evocaba con errores los detalles sus propias experiencias, así como las historias de la Biblia y de Guillermo Tell, relatándolas “tal como podrían haber ocurrido”.

La dificultad general para pensar puede ponerse en evidencia en las repentinas interrupciones de la narración, y en el progreso por pequeños pasos del proceso mental. — “Era un burro”. (“¿Qué estaba haciendo?”) — “Atravesaba un río”. (“¿Y entonces?”) — “Se cayó”. (“¿Y entonces?”) — “Se quedó echado allí”. (“¿Y entonces?”) — “...se levantó”. Otro paciente sólo contestaba a los repetidos “¿Y entonces?” con palabras aisladas. “Orejas largas — nadar — pesada carga — levantar la cabeza — atravesar — tener una oreja cerrada — sacudirse — seguir la ruta — debe ser castigado”.

La *conciencia de enfermedad* ha servido como un elemento de medida tradicional de la inteligencia, y tal comprensión es muy característica en la esquizofrenia. Como en otras enfermedades mentales, en el acmé de la enfermedad se carece de ella o se tiene parcialmente. Sin embargo, en el comienzo de la afección, muchos de los pacientes no sólo se consideran como “nerviosos”, sino que también reconocen las anomalías de pensamiento, la abulia y muchos otros síntomas. Si bien no se consideran enfermos mentales, temen “volverse locos”, mientras que en las últimas fases de la enfermedad insisten en que “los volvieron locos”. Aun en esos casos, no es rara una conciencia parcial de enfermedad, aunque los pacientes sólo por excepción extraen consecuencias prácticas de ella. Los paranoides son muy notables en este aspecto. Consultan al médico quejándose de que padecen ideas delirantes de persecución o alucinaciones y describen las anomalías tan objetivamente como es posible. Una parte normal de su Yo juzga a la anormal correctamente, en todos los detalles, sin poder, empero, influir sobre ella. Por supuesto, hay también períodos en los que estos pacientes están completamente dominados por sus ideas delirantes y aun durante los exámenes médicos presentan, regularmente, asociaciones en las que la comprensión falta o es muy inadecuada.

Muchos pacientes se dan cuenta de que ven las cosas de una manera diferente que antes, pero creen que entonces se equivocaban, mientras que ahora han conocido la realidad. Pretenden, incluso, tener una “inteligencia reforzada”. En el acmé de la enfermedad interpretan mal sus propias acciones y motivos. Así, aun una paciente tan inteligente como la Srta. L., de Forel, creía que había sobrellevado todas las cosas con una gran paciencia, mientras que en realidad había sido extraordinariamente difícil de tratar durante un buen tiempo. En cada episodio recurrente de la enfermedad, los pacientes pueden reincidir en acciones que han reconocido como erróneas durante los intervalos de mejoría, pero que ahora defienden una vez más como completamente fundados.

Durante las remisiones se reconocen las ideas delirantes como tales, pero puede demostrarse casi sin excepción que bajo ciertas condiciones aquellas todavía operan. El paciente “curado” puede considerar que su conducta durante la enfermedad fue anormal y absurda, pero aun ahora, una crítica completa, en general, falta. He visto a una catatónica que mientras estuvo en el hospital se mostró muy

violenta hacia ella misma y hacia los demás, se ensuciaba, rechazaba la comida, etc., y que durante un período de gran agitación fue llevada a su casa por el padre. Desde el primer día en que volvió pudo hacerse cargo de la casa y escribió sus memorias. Recordaba su permanencia en el hospital en todos los detalles. Pudo calificar como anormal tal o cual síntoma, pero todavía sostenía que se la había internado muy injustamente. Mis prudentes señalamientos en el sentido de que su violencia y su negativa a comer podían difícilmente ser consideradas como signos de salud fueron rechazados por ella con el argumento de que había actuado de ese modo “porque quería ocasionar trastornos a la dirección de un hospital en el que se la había maltratado de tal manera”.

Los pacientes severamente afectados apenas son capaces de *aprender cosas nuevas*. A menudo, todavía pueden adaptarse a tareas agrícolas sencillas. También se los puede adiestrar para alguna actividad industrial, pero siempre deben ser supervisados. En el hospital para enfermos mentales crónicos de Rheinau hice un gran esfuerzo para introducir la cestería. Sin embargo, fue imposible conseguir que de entre esa población tan enferma uno solo trabajara con autonomía.

Esto, por supuesto, no excluye el hecho raro de que un paciente, catatónico grave durante algunos años, y que padecía ahora una paranoia alucinatoria, pudo súbitamente comenzar a estudiar el inglés y continuar esa actividad de manera autodidáctica en el hospital adquiriendo capacidades hasta tal punto que pudo vender sus traducciones.

Según Specht (18), la *capacidad para el estudio*, medida por la facilidad para sumar, es normal. Pero para Reis, el progreso en la capacidad de estudio está reducido en alguna medida, como lo demostraron diversos test psicológicos. Todavía se necesita una mayor investigación de los casos avanzados, puesto que la capacidad de fijar la atención y la cooperación por parte de los pacientes incide naturalmente en el resultado.

En los casos graves, la capacidad para *calcular* se altera fácilmente, aunque puede restaurarse en cualquier momento en que el paciente esté lo suficientemente sosegado como para poder concentrarse en el problema. Naturalmente, en los pacientes hospitalizados aparecen con frecuencia errores de todo tipo, debidos a la perplejidad y a la escasa atención. Además, a menudo ellos no desean constatar correctamente. Aun los esquizofrénicos inteligentes no se sentirán perturbados al decir, durante un examen clínico, que $3 \times 1/4$ es igual a 100. No obstante, a veces los casos más leves se adaptan, en su etapa crónica, a efectuar tareas que requieren cálculos. No se los puede distraer fácilmente y casi no piensan en otra cosa que en lo que están haciendo. Trabajan continuamente como robots con la mayor escrupulosidad o quizá deberíamos decir con la mayor “precisión”.

En los *juegos* de toda clase los pacientes se comportan como lo hacen en otras actividades intelectuales; es decir, de un modo extraordinariamente variable. Muchos parecen no sentir necesidad ni deseo alguno de divertirse. Otros, que

manifiestan la inclinación a jugar, aplican a menudo a esta actividad una atención tan completa como la persona sana. En realidad, no sólo los casos crónicos pueden tomar parte, con inteligencia y plena comprensión de las dificultades del juego, en los juegos habituales, especialmente los de naipes, sino que aun un catatónico aparentemente confuso, en un estado agudo, puede sorprendernos con su virtuosismo como jugador de ajedrez. Naturalmente, la mayoría de los pacientes no es capaz de desempeñarse en aquellos juegos sociales que requieren "ingenio".

Por lo general, la imaginación de los esquizofrénicos está marcadamente afectada. La mayoría de ellos no siente el impulso de pensar algo nuevo y menos aún tienen la capacidad de hacer algo nuevo. Pensamientos novedosos resultan a menudo de combinaciones peculiares de los viejos conceptos ya existentes. Sin embargo, están concebidos sin ningún objetivo intelectual. Por lo tanto, esas ideas son meramente extrañas y no verdaderas creaciones productivas. Un paciente paralítico general, en estado maniaco, puede producir en un solo día más ideas nuevas que toda una sala de esquizofrénicos en un año.

Las *capacidades estéticas* están casi completamente destruidas, o por lo menos seriamente dañadas por la enfermedad. Esto se debe a la falta de pensamiento coherente, de juicio, de sustrato emocional, y sobre todo, de iniciativa y capacidad de producción. En general falta la sensibilidad para gozar de una obra de arte.

Ocasionalmente vemos con asombro que un paciente que parece estar completamente deteriorado y que durante años no expresó una emoción adecuada o una palabra sensata, encuentra en la improvisación musical una expresión artística de sus más variados estados de ánimo. Pero los humores y los medios de expresión cambian muy bruscamente en la mayoría de los pacientes con aficiones musicales. El modo de pensar esquizofrénico, con sus saltos imprevistos, sus bizarrerías, sus interceptaciones y su perseveración, se manifiesta tan claramente en las producciones musicales como en el habla. A veces se puede hacer el diagnóstico casi con certeza escuchando un breve trozo de melodía ejecutada al piano.

En su mayoría, los *artistas plásticos* son gravemente dañados por esta enfermedad. Aquí, la idea extraña, la técnica y la ejecución bizarra llaman la atención casi de inmediato. Evidentemente, la productividad es afectada. Hay, sin embargo, pintores que, durante un largo periodo de tiempo, repiten siempre el mismo motivo innumerables veces. A menudo el arte sirve como medio de expresión del sistema delirante y casi desde el primer golpe de ojo se lo puede reconocer como patológico⁷⁷.

Naturalmente, el *talento poético* sufre grandemente a causa del proceso de pensamiento esquizofrénico, por la disociación, la inafectividad, la carencia de gusto, la ausencia de productividad y de iniciativa. Si bien se ha impreso una

⁷⁷ En los casos relativamente benignos, la singularidad del tema, de la concepción y de la técnica pueden hacer célebre al pintor esquizofrénico.

considerable cantidad de poesía esquizofrénica, muy poco de ella se ha publicado y ha tenido algún grado de significación o valor. En el mejor caso, las producciones son irrelevantes; la mayoría de ellas son insoportables.

Los últimos poemas de Hölderlin son buenos ejemplos, entre los cuales el más conocido es "Patmos"; que ilustra la secuencia esquizofrénica de pensamientos como rara vez ha sido logrado con mayor belleza. Christian (3, p. 27) nos ofrece el siguiente y oportuno ejemplo de vacío y de confusión de ideas a pesar de la conservación de una cierta habilidad técnica formal:

*"Sous le chaud soleil qui rayonne
Cachée à l'ombre du Sumac,
La dormeuse mêle au tabac
Sa crinière épaisse de lionne"⁷⁸.*

Los versos que publicó Stawitz muestran la banalidad de pensamiento y forma:

*Der Chorgesang.
Stärker als die Sprache der Natur
von bekannten Sängern schallte nur,
eines Tags ein Lied mir zu.
Manch Träne, die mein Herz verbarg,
schaffte so der Seele Ruh!
Mehr noch schätzte ich das Singen
als vorher; es gab ja Schwingen*

*Meinem Rückblick in die Zeit.
Meinem Ohr ´ ward es zur Weid.*

*Mehr als alle andern Künste
mach Gesang das Herz, das dümmste,
stärker dir im Nu.
Er ist seiner Schwestern Führer
reuiger Gemüter Kürer
schafft dem Herzen Ruh ´.
Jeder Bund, der gerne übet
Den Gesang, wird nicht getrübet
Durch die Wolken aller Zeiten,
lässt sich von Entzücktheit leiten"⁷⁹.*

⁷⁸ N. del E.: Se trata de un texto en francés (Bajo los cálidos rayos del sol / escondido a la sombra de Sumac / la durmiente mezcla al tabaco / su crin espesa de leona).

⁷⁹ N. del E.: El canto coral – Más fuerte que el lenguaje de la naturaleza, de cantores conocidos resonó en mis oídos una música. ¡Más de una lágrima escondida en mi corazón, se ha derramado, con poco esfuerzo, dando tal paz a mi alma! Aprecié el canto aún más que antes porque hacía vibrar mi mirada hacia el pasado. Devino un deleite en mis oídos... Más que todas las otras artes, por simple que sea, el canto hace instantáneamente más fuerte tu corazón. Él es el guía de sus hermanas, el sanador de las almas arrepentidas y da paz al corazón. Ninguna liga que practique el canto es turbada por las nieblas eternas, ella se deja guiar por el arrobamiento.

Lo extravagante y raro se expresa en los siguientes versos, cuyo autor no puedo citar porque no recuerdo su nombre:

*Wie hat die Liebe mich entzückt,
Ais ich noch schwer und kugelrund!
Hier sitz ich jetzt und bin verrückt,
und wiege kaum nocho hundert Pfund⁸⁰.*

En los casos graves, el resultado es habitualmente una ensalada de palabras o simplemente una retahíla escrita más o menos en verso de palabras desconocidas.

Aunque no se llegue a tal extremo de desorganización, las producciones intelectuales de los esquizofrénicos sufren mucho de falta de elaboración, de vacío del pensamiento y de banalidad de su contenido, o bien la falta de elaboración vuelve intrascendentes a ideas que en sí no son malas.

Todo esto vale para los casos más avanzados que nos llegan a la consulta médica. Sin embargo, sabemos también que varios pintores y poetas famosos (por ejemplo, Schumann, Scheffel, Lenz, Van Gogh) fueron esquizofrénicos.

Puede decirse que las formas leves de la esquizofrenia puedan favorecer la producción artística. La subordinación de todas las asociaciones de pensamiento a un solo complejo, la tendencia a cursos de pensamiento novedosos e inhabituales, la indiferencia ante los valores estéticos establecidos por tradición, la carencia de pudor, pueden ser todas cualidades favorables si estas características no son aplastadas por los trastornos de la asociación propiamente dichos. De hecho, casi todos los verdaderos artistas son individuos con complejos muy cargados de afectos y marcadamente escindidos, razón por la cual presentan síntomas histeriformes con tanta frecuencia. También los esquizofrénicos son personas dominadas por los complejos. Este asunto merece un estudio más profundo.

En los estados agudos encontramos incluso una especie de productividad patológica. La paciente de Forel era habitualmente incapaz de escribir poemas, pero en la etapa prodrómica de su enfermedad fue literalmente “perseguida” por los versos que le surgían.

f. Actividad y comportamiento

La franca conducta esquizofrénica se caracteriza por la falta de interés, de iniciativa y de una meta definida, por la adaptación inadecuada al medioambiente, esto es, por la no consideración de muchos factores de la realidad, por la confusión y por repentinas fantasías y peculiaridades.

Los casos leves latentes viven en lo esencial como las demás personas y se los considera normales. Lo notable en ellos es principalmente su sensibilidad y,

⁸⁰. N. del E.: ¡Cómo el amor me ha embelesado cuando yo estaba pesado y redondo como una bola! ¡Ahora estoy aquí, y soy loco y no peso más que apenas cien libras!

ocasionalmente, alguna particularidad. Son capaces de trabajar dentro y fuera del hospital; algunos con gran aplicación, otros de una manera más voluble e irregular. Actúan en todas las ocupaciones más simples, a veces también en actividades artísticas o docentes. A menudo hacen las cosas bien y a veces incluso muy bien. Sin embargo, esto último se encuentra sólo en tareas claramente definidas, como las de peones agrícolas o mucamas. Cambian de trabajo con frecuencia y a veces lo abandonan sin esperar que se les pague el salario que se les adeuda. Un joven escultor, que se desempeñaba bastante bien en su profesión, estuvo vagando durante casi todo un año portando un fonógrafo. La mayoría de estas personas limitan sus contactos con el mundo externo en diversos grados; algunas lo hacen en general, otras sólo en determinados aspectos.

Lo más notable en estos casos leves es por lo general su irritabilidad y sensibilidad. Por algún asunto sin importancia que en un momento dado les desagrada, se enojan, insultan, se van. Si el novio no viene, eso no está bien; si llega puntualmente, ella encontrará sobrados motivos para retarlo. Son desagradablemente tercos, tanto en las cosas nimias como en las importantes, además de lo cual son caprichosos y malhumorados, y a veces, de lunáticos que son, salen a la calle en plena noche.

Al mismo tiempo que los pacientes tienen tendencia a aislarse de las otras personas, pueden caer en excesos en compañía de marginales. La indiferencia por las cosas importantes y la pereza a menudo llevan a estas personas a vivir en la calle o en algún otro ambiente desfavorable y pueden terminar como vagabundos⁸¹, ladrones y, más raramente, como estafadores u otros tipos de criminales. He visto también a dos esquizofrénicos piromaníacos. No obstante, su apatía y su abulia los hacen generalmente bastante inofensivos. Aunque toda cárcel alberga esquizofrénicos, su número no es de ningún modo proporcional al de los que viven en libertad, muchos de los cuales, ya sea debido a su ideación delirante o a la rabia que les provoca anteriores restricciones a su libertad, carecen en mayor o menor grado de sentimientos sociales o se inclinan a pensar o sentir de un modo francamente antisocial. Como quiera que sea, en números absolutos, los esquizofrénicos asesinos no son tan raros. La ambición es por lo general débil, si no es que se ha apagado por completo. En algunos casos puede ser excepcionalmente fuerte, aunque orientada exclusivamente (reformadores del mundo, pseudo-poetas, etc.). En un trabajo al que los pacientes no están acostumbrados, es la energía y no la inteligencia lo que parece fallar primero. Muchos de los casos más graves evitarán toda clase de trabajo con alguna excusa tonta o incluso sin ninguna excusa. A veces trabajan maquinalmente. Si, por ejemplo, se le indica serruchar una madera, moverá el serrucho hacia adelante y hacia atrás hasta cortar la madera y permanecerá parado apáticamente hasta que el asistente reemplace otro trozo de madera. Otros pueden ser muy útiles si se les proporciona algún tipo de tra-

⁸¹. Ver Willmanns.

bajo que no requiera mucha reflexión o iniciativa personal. Pueden transportar carbón, cortar el césped, zurcir medias, ordenar una habitación o pequeños encargos como llevar y traer la correspondencia. Algunas veces encontramos esquizofrénicos que parecen no experimentar cansancio y que trabajan todo el día, sin pensar mucho o incluso con ocasionales quejas. En realidad se los tiene que proteger contra su propio ardor por el trabajo.

La observación de Kraepelin (9, vol. II p. 315) de un caso que era totalmente *incapaz de terminar o detenerse* en lo que estaba haciendo es interesante y merece mayor estudio. Esta carencia era de prever, dado que no había en él ni fatiga ni interés.

En los grados más avanzados de la afección, el déficit de la inteligencia en sentido estricto vuelve a estas personas total o parcialmente no aptas para tareas complejas.

Así, uno de los pacientes de Kraepelin podía aún dibujar muy bien, pero no podía trazar una curva. Otro podía copiar con exactitud, pero no colocaba correctamente los signos de puntuación. En general, estos pacientes manifiestan en su trabajo una escasa capacidad para variar, hacen su trabajo de acuerdo a como se les ocurre, aun cuando su método sea completamente inapropiado. Su incapacidad de reflexión es muy notable. Por ejemplo, un maestro jubilado pidió su reincorporación, pero en su carta de petición insultaba a las autoridades; un médico que había sido internado en el hospital debido a sus amenazas violentas y peligrosas pensaba con toda seriedad que podría obtener todo tipo de concesiones iniciando una querrela legal contra mí, ya que al tener que defenderme en el juicio yo no podría emplear mi poder como experto y director del hospital para imponerle limitaciones. Todos los días se producen disparatadas tentativas de fuga en pacientes aparentemente lúcidos; por ejemplo, hacerlo bajo los mismos ojos de los enfermeros o bien saliendo precipitadamente de los cuartos al corredor, sin reparar, aparentemente, que después deberán sortear varias puertas cerradas con llave.

Los objetivos que se fijan los pacientes están en obvia contradicción, no solo con sus capacidades reales, sino también con sus facultades intelectuales en general. La reforma del mundo, la poesía y la filantropía son actividades preferidas por muchos esquizofrénicos. No obstante, tanto en asuntos pequeños como grandes, suelen señalar verdades que las personas normales habitualmente no piensan.

También pueden ser, en asuntos de importancia menor, sumamente impertinentes. Un paciente sin escolarización escribía a su médico, en una larga carta, excelentes consejos acerca del modo en que debía tratar a su propia familia. En otro caso, un paciente demente daba instrucciones, con un tono de voz impresionante, con respecto a las buenas maneras de vivir en sociedad. Esto no es peor, sin embargo, que un artículo periodístico que escribió un paciente discutiendo el valor formativo del circo para el público de Zúrich. A veces se vislumbra, en estas exteriorizaciones, una exagerada vanidad, que puede alcanzar la más estrambótica caricatura. Sin embargo, es mucho más frecuente que los pacientes se vuelvan completamente sucios y desaliñados.

Sin embargo, a veces hasta individuos gravemente enfermos pueden imponerse a personas de su entorno, justamente porque no tienen en cuenta todas las

dificultades. Una dama esquizofrénica logró casarse con un hombre de buena posición, casi contra la voluntad de éste, que era muy decidido en otros aspectos y que se había ganado una reputación en una posición importante. En discursos públicos, tales personas pueden convencer a todo un auditorio de que están sanas y de muchas otras cosas ficticias. El poeta autor de la canción "*Freut euch das Lebens*" ("Goza de la existencia") eligió a una esquizofrénica como novia, precisamente debido a la "*étourderie naïve*"⁸² de ésta, que la distinguía de la rígida sociedad de la época. A menudo, lo más notable en la esfera intelectual, tanto en los casos graves como en los moderados, es la falta de conexión.

Una señora muy cultivada escribe varias cartas, les pone la dirección y la indicación de "certificadas", pero luego no las envía. Un maestro solicita repentinamente un empleo donde se le pague un salario de 2.000 francos suizos, y abandona su cargo actual. Otro, inculto, desea estudiar la teoría musical. Un empleado de comercio viaja en una y otra dirección en el tren Romanshorn-Ginebra, porque ha oído que algunos hombres se han comprometido con buenos partidos viajando en trenes nocturnos. Un hombre se desnuda, en pleno invierno, y camina a través del pueblo para darse una zambullida en un río que está a media hora de marcha. Una joven cose medias sobre un felpudo.

Las fantasías patológicas les hacen imposible a algunos pacientes ganarse la vida. Individuos muy diligentes un día faltan inopinadamente a su trabajo, sin excusa evidente, y consideran obvio que luego podrán retornar a él sin ofrecer una explicación.

Un hebefrénico que durante años había echado fertilizantes en los espaciosos jardines del hospital con un celo infatigable, fue sorprendido un día cortando las raíces de los árboles enanos para "ponerlos más altos", según decía. En su peregrina idea de hacer algo útil, había arruinado varios cientos de árboles. No hay absurdo, por grande que sea, que nuestros pacientes no cometan, sin considerar las consecuencias. Un paciente se contentará con golpear la mesa unas pocas veces, otro cantará como un gallo, otro, en cambio, incendiará una casa o arrojará al pozo a su madre.

Con frecuencia los pacientes se apartan más y más de lo normal en su comportamiento y se vuelven progresivamente más bizarros. Esto puede llegar tan lejos como el caso de tres de nuestros pacientes, de buenas familias, que mientras todavía eran considerados normales adquirieron la costumbre de envolver sus excrementos en pedazos de papel y luego esconderlos en armarios. Uno de nuestros pacientes, que trabajaba bien en el hospital, iba a su casa de visita todos los domingos y allí, entre las 13.45 y las 17.30, sin dirigir una palabra a su familia, se sentaba en una silla determinada mirando siempre hacia el mismo ángulo de la habitación. Los casos más avanzados adquieren la costumbre de coleccionar toda clase de objetos, útiles e inútiles, con los cuales colman sus habitaciones hasta que apenas queda espacio para moverse.

⁸² N. del E.: En francés en el original. *Étourderie naïve* puede traducirse aproximadamente como alguien distraído e inocente.

Finalmente, esta manía de coleccionar se vuelve tan estúpida que se llenan los bolsillos con piedritas, trozos de madera, de trapos y toda suerte de desperdicios. La tendencia a la bufonería puede hacerse también tan intensa que nos coloca frente a un monótono cuadro de *payasadas crónicas*.

Por momentos, pacientes que habitualmente exhiben la conducta más incomprendible vuelven a parecer más o menos normales, pueden volver a retomar sus trabajos o cumplir, muy satisfactoriamente, períodos de varias semanas en el servicio militar⁸³. Inversamente, una súbita explosión de excitación, ya sea provocada o no, puede alterar un cuadro clínico hasta ese momento tranquilo. Durante su mejoría, un paciente quiso matar un gato, pero su padre lo reprendió; entonces se excitó mucho, exclamó: "¡Ahora ha terminado todo!", se arrojó al río, volvió nadando hasta la orilla y reinició el trabajo que estaba haciendo como si nada.

La relación con las demás personas no es perturbada solamente por la irritabilidad y las bizarrías. Sumidos en el autismo, pueden comportarse como si estuvieran solos en un cuarto de trabajo, sin embargo lleno de gente; los demás no existen para ellos. En la sala, muchos pacientes durante la visita del médico no cambian de posición, salvo para hacerle más notorio su rechazo por medio de la mímica o la actitud. Le vuelven la espalda al mundo y tratan de protegerse de todas las influencias exteriores. Esto puede ir hasta el punto de desarrollar una especie de *estereotipia*, cuando el paciente sólo se siente cómodo en algún rincón o pegado a una pared, o echado en el ángulo que forman la pared y el piso, dando la cara a la pared y a menudo cubriéndosela con un trapo o con las manos. En los estados más leves de la enfermedad sucederá, por ejemplo, que un hebefrénico regrese de América sin aviso previo, vaya a pernoctar al granero de sus padres y se lo descubra allí sólo después de un tiempo, puesto que se levanta temprano para ir al distante lugar donde trabaja. La iniciativa de participar en eventos de esparcimiento social está por lo general ausente, aun en los pacientes que son capaces de trabajar, con lo cual sus vidas se limitan a un monótono círculo de trabajo, alimentación y sueño.

Si se ven forzados a establecer relaciones con otras personas, los esquizofrénicos adoptan conductas bizarras. A veces los pacientes son inoportunos y cargosos, repiten interminablemente las mismas cosas y se muestran completamente impermeables ante las objeciones o actúan de manera seca, rechazante o grosera. Como ese farmacéutico hebefrénico que les reprochaba a sus clientes que le trajeran recetas que demandaban mucho trabajo de preparación.

* * *

⁸³ En realidad, es mucho más frecuente que el esquizofrénico latente no logre adaptarse a la vida militar.

Así son los casos que todavía son capaces de actuar y de tener relaciones con la gente. Pero cuando se impone el autismo, se produce un completo repliegue sobre la psique enferma. Los esquizofrénicos más graves viven en las salas del hospital como entregados a un sueño, a veces desplazándose como autómatas o moviéndose sin finalidad aparente; otras veces, permaneciendo mudos e inmóviles y reduciendo a un mínimo imperceptible su contacto con el mundo exterior. Si en algún estadio de la enfermedad pasan a primer plano síntomas accesorios, son ellos los que determinan la actividad y el comportamiento aparente.

Bibliografía

1. ALTER, Über eine seltenere Form geistiger Störung, *MSPN*, 1903, vol. 14, p. 240.
2. BERZE, *Das Primärsymptom der Paranoia*, Halle, Marhold, 1903.
3. CHRISTIAN, La D.P. des jeunes gens, Masson, París, 1889, y *AMP*, LVII.
4. FOERSTERLING, Ein Fall von Motilitätspsychose mit vorwiegender Beteiligung der Sprache, *MSPN*, 1904, vol. XV, p. 282-301.
5. FOREL, Selbstbiographie eines Falles von Mania acuta, *APN*, 1901, vol. 31, p. 960.
6. HEILBRONNER, Zur klinisch psychologischen Untersuchungstechnik, *MSPN*, 1905, vol. XVII, p. 115.
7. JANET P., *Les obsessions et la psychasthénie*, 1903.
8. KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Leipzig, Barth, 7ª ed., 1903.
9. KRAEPELIN, *Psychologische Arbeiten*, Leipzig, Engelmann.
10. MASSELON, La D.P., París, Joanin, 1904.
11. PFERSDORFF, Über Rededrang bei Denkhemmung, *MSPN*, vol. XIX, 1906, p. 108.
12. REIS, Über einfache psychologische Versuche an Gesunden und Geisteskranken, *Kraepelins psychologische Arbeiten*, Engelmann, 1899, vol. II, p. 587.
13. RIZOR, *Jugendirresein*, *APN*, 1908, vol. 43.
14. ROSENFELD, Über Herdsymptome bei den zur Verblödung führenden Psychosen, *Zeitschrift für klinische Medizin*, vol. 56, ref. *CBN*, 1905, p. 323 y 471.
15. ROSENFELD, Über Partialdefekte bei Endzuständen der Katatonie, *NCB*, 1905, p. 631.
16. SCHOTT, Beitrag zur Lehre der katatonischen Verrücktheit, *AZP*, 1905, vol. 62, p. 257.
17. SOMMER, Zur Lehre von der Hemmung geistiger Vorgänge, *AZP*, 1894, vol. 50, p. 234.
18. SPECHT, Zur Analyse einiger Shwachsinsformen, *NCB*, 1906, p. 1133-1134.
19. STRANSKY, Zur Auffassung gewisser Symptome der D.P., *NCB*, 1904, p. 1074 y 1140.
20. ZIEHEN, Rückläufige Assoziationen bei Geisteskrankheiten, *NCB*, 1904, p. 1065.
21. ZIEHEN, Über Störungen des Vorstellungsablaufes bei der Paranoia, *APN*, 1892, vol. 24, p. 112, 365 y 1120, ref. *CBN*, 1891, p. 443.

midax[®]

OLANZAPINA

2,5 • 5 • 10 mg



Eficacia clínica multidimensional

EN ESQUIZOFRENIA BENEFICIOS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO ⁽¹⁾

- Eficacia clínica en síntomas generales ⁽¹⁾
- Rapidez de respuesta ⁽¹⁾

Presentaciones:

Midax[®] 2,5
Envase con 28
comprimidos
conteniendo 2,5 mg
de olanzapina.

Midax[®] 5
Envases con 14 y 28
comprimidos
conteniendo 5 mg
de olanzapina.

Midax[®] 10
Envases con 14 y 28
comprimidos
conteniendo 10 mg
de olanzapina.

EN TRASTORNO BIPOLAR ⁽²⁾

- Primera línea de tratamiento en episodios agudos y prevención de recaídas ⁽²⁾
- Alta adherencia al tratamiento en monoterapia o terapia combinada ⁽²⁾



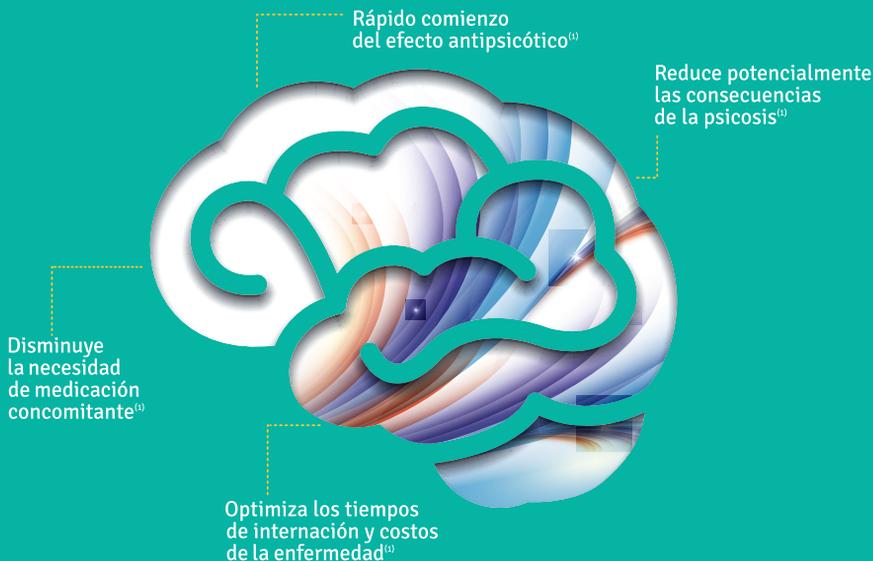
Referencias: 1. Gargoloff P, et al, Resultados clínicos de 3 años del estudio Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) en Argentina. Arch Neurocienc (Mex) 2009; 14(3):190-198. 2. Kutzeinigg A et al. Compliance as a stable function in the treatment course of bipolar disorder in patients stabilized on olanzapine: results from a 24-month observational study. International Journal of Bipolar Disorders 2014, 2(13): 1-14.



Para más información
sobre MIDAX[®]
visite www.gador.com

Información exclusiva para profesionales de la salud,
prohibida la reproducción total o parcial de estos contenidos
sin autorización de Gador S.A.

 Gador



RISPERIN[®]

RISPERIDONA 0,25 • 0,50 • 1 • 2 • 3 mg • Sol. oral 1 mg/ml

Versatilidad de presentaciones

RISPERIN 0,25 mg

Envases con 20 comprimidos.

RISPERIN 0,50-1-2-3 mg

Envases con 20 y 60 comprimidos.

RISPERIN Solución oral

Envase conteniendo 1 mg/ml por 30 ml de solución oral + 1 pipeta dosificadora.



Las presentaciones 0,25 y 0,5 mg no están incluidas en PAP.



Referencia: 1. Glick I, et al. Differential early onset of therapeutic response with risperidone vs conventional antipsychotics in patients with chronic schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol 2006; 21(6):261-6.



Para más información sobre RISPERIN[®] visite www.gador.com.ar

Información exclusiva para profesionales de la salud, prohibida la reproducción total o parcial de estos contenidos sin autorización de Gador S.A.

