

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de MEDICINA

ESQUIZOFRENIA

TESIS que presenta

IGNACIO SIERRA M.

para sustentar Examen Profesional de

Médico, Cirujano y Partero.

MEXICO, D. F.

1944

INDICE

	Pág.
PROLOGO	5
I.—INTRODUCCION.—Concepto biológico del hombre	9
II.—CONCEPCION FILOSOFICA.	
Sinonimia	17
Algunas definiciones	19
Las constituciones mentales	23
Psicología o psicopatología del esquizoidismo	29
Algo sobre la psicología de la edad juvenil	30
Psicología del esquizoide	39
Biología del esquizofrénico	59
III.—ETIOLOGIA Y PATOGENIA.	
Frecuencia. Raza	59
Herencia	60
Edad	62
Sexo	63
Ecología	63
Agente causal	64
Anatomía patológica	64
La residencia de la esquizofrenia	65
PATOGENIA.—Los hechos y su interpretación	71
IV.—ASPECTOS CLINICOS.	
Principio.—La esquizofrenia y otras psicósomas	81
Esquizofrenia y confusión mental	82
Esquizofrenia y psicastenia	83
Esquizofrenia y paranoia	85
Esquizofrenia y neurastenia, histeria, cicloimia, epilep.	86
Las llamadas formas clínicas	90
Patoplastia y evolución	91
Las formas delirante simple y delirante paranoide	97
DIAGNOSTICO	103
PRONOSTICO	107
ELECTROENCEFALOGRAFIA	109
V.—HIGIENE Y TERAPEUTICA.	
HIGIENE	111
TERAPEUTICA	114
Situación	114
Tratamiento sintomático	116
Tratamientos no sintomáticos	117
Tratamientos médicos	117
Coma insulínico	119
Pentametileno tetrazol. (cardiazol)	121
Cloruro de Amonio	125
Choque eléctrico	125
Borrasca vascular	126
Hiperoxigenación	127
Quirúrgicos	127
Leucotomía bifrontal	128
Las funciones del lóbulo frontal	128
Mixtos.—"Total push"	133
Psicológicos	134
Psicoanálisis y psicagogía	134
Laborterapia	135
Gimnoterapia	135
Terapéutica biológica y sintomática	136

IGNACIO SIERRA M.

ESQUIZOFRENIA

(Demencia Precoz)

MEXICO

A mis padres.

PROLOGO

La complejidad árdua de este tema no se me ha ocultado ni por un momento, mas la elección yo no la hice, y no quiero que ésto me sirva de justificación, sólo lo expreso por sinceridad.

Hay en este trabajo muchas cosas extrañas, que ni a mi mismo se ocultan, sin embargo algunas las considera más un mérito que un defecto, alguien me dijo humorísticamente que debía encabezar ésto con una paráfrasis de Mencio: "No tengo tiempo soy muy perezoso". Mas como dice Gracián que la brevedad hace una parte de la bondad, quiero tener siquiera esa parte. Y esto lo digo porque en cien páginas quise hacer caber muchos miles de ellas.

Y después del fin no puedo más que repetir lo que ya sabía al principio: "Conocer a los hombres es Sabiduría; conocerse a sí mismo es Claridad" y temo no ser claro, aparte de no ser sabio, la máxima es de Lao-Tsé. Pero ¿cómo realizarla?

Los esquizofrénicos siempre me han inquietado, —¿y por qué no expresarlo?— siempre los he admirado. Quizá sea por tendencia, tal vez por que: "Sapiente no habla, parlante no sabe" y... ¡ellos son tan callados!

O acaso sea esa la enfermedad del escéptico Sócrates, tan bien descrita por el egregio creador del taoísmo: "Saber su no saber es grandeza, no tener ese saber es enfermedad. Sentir esa enfermedad es no tenerla ya" ¿Y quién la siente verdaderamente?

Pascal con su profunda sutileza nos legó este pensamiento: "Tenemos tan alta idea del alma del hombre que no podemos sufrir ser despreciados y no gozar de la estima de nuestra alma. En tal estima consiste toda la felicidad de los hombres" por eso debemos amar a los locos, los pobres locos, y entre ellos, entre los esquizofrénicos, se cuentan: Strindberg, el novelista; Hugo Wolff, el músico; Holderlin, el poeta; Van Gogh, el pintor, pero a que seguir este doloroso desfile... y a la palabra loco le damos muchas veces el sentido equívoco de juego-agonía anotado por Huizinaga, Hernández Catá hace hermanas la locura y la muerte.

La duda es el sello que impera en todo lo referente a la esquizofrenia, y a pesar de mis afirmaciones sigo dudando, la duda es una afección que olvidó Spinoza y es la merecedora de mayor benevolencia pues como él dice, engendra la desesperación.

* * *

Quise ser lo más conciso posible en el curso de lo siguiente, al mismo tiempo lo menos confuso. Por eso siempre rehusé el uso de una terminología que se está formando y la cual no domino. No puse historias clínicas, ni puse ejemplos, para demostrar mis asertos, pues siempre al leer trabajos que las contienen las salto; y... ¿para qué gastar papel? En cuanto a la falta de bibliografía al final como es la costumbre, que se ha tornado insana, me excuso diciendo: la consultada es poca y difícilmente lograda, pero,

al final de cada escrito sobre el tema siempre se encuentra una copiosa lista, y el ponerla aquí no tendría más mérito que una repetición.

A muchas personas agradezco el logro de esto, pero el nombrarlas es hacer cómplices en la mala calidad de lo aquí escrito sin haber sido responsables.

INTRODUCCION

Concepto biológico del hombre

En derecho le pertenece a la biología el dar una teoría general del hombre, pues aunque han sido creadas diversas ciencias con la pretensión de estudiar al hombre, ninguna de ellas lo ha logrado, ni siquiera ha tratado de enfocarle en todos sus aspectos, y digo que a la biología en derecho le pertenece el dar una teoría general del hombre, considerado como unidad, pues es ante todo un ser vivo, y todo lo que realiza lo hace como tal.

Actualmente la biología ha ampliado mucho sus conocimientos, más no ha tenido tiempo aún de integrarlos dentro de una sistemática, sin embargo ya se vislumbra esto y se han hecho muchos ensayos desde diversos puntos de vista (Darwin, Kämpf, Nôvoa Santos, Monakow, Jakobs y Carrell entre otros.) Lógicamente el primer problema que se plantea es: ¿qué es la vida? En su solución se han anticipado los filósofos a los biólogos pero sin embargo no ha sido resuelto en forma satisfactoria. Lo más característico de los seres vivos es el que estén en relación con un medio, actuando sobre él, asimilándolo y transformándolo, esto es, el viviente conoce lo que le rodea, lo hace suyo en cierta forma; pero este vivir, este actuar mutuo del ser vivo y del

medio, se hace así, simplemente, porque quien vive sabe usar de sus órganos, y aprovechar el medio sin aprendizaje, acaso ahora por dotación congénita y hereditaria, éste saber aprovechar el medio y los órganos en forma más o menos correcta es lo que hemos convenido en llamar instintos, instintos no ya tan misteriosos y tan inmateriales si les llamamos tropismos, tropismo es la conducta originada por un excitante físico-químico, punto de contacto de la actuación vital con la cósmica. El salmón en la época de celo emigra, se decía antes, en busca de agua dulce, lugar donde nació. Más ¿cómo se guía para encontrar esa agua dulce? Al igual la amiba que busca en la lámina cubre-objetos calentada por zonas, donde la temperatura (27o a 30o) sea propicia para su vida, ahora no decimos esto se hace por instinto, sino, fueron causadas estas conductas por un tropismo; el salmón que habitaba mientras estaba creciendo, en agua de una salinidad no muy alta, necesita al cumplir determinada edad, agua de mayor salinidad y con una temperatura determinada, entonces "ciegamente" emigra a donde encuentra agua con esas características y por cambios sucesivos llega al río; así la amiba, donde "encuentra" la temperatura en que su tensión superficial disminuye al máximo, allí permanece y manifiesta mayor vitalidad, pues sus movimientos son más libres y al pasar a otra zona de mayor o menor temperatura, su tensión superficial aumenta, se encogen sus pseudópodos y sus movimientos se hacen más lentos, ¿pero cómo explicar por el mismo mecanismo físico-químico el instinto de reproducción de los animales superiores, o, la sensación de hambre en el hombre, por ejemplo? En los animales a más de las influencias climáticas, etc., que por sí solas no bastan para despertar la inquietud sexual, existen, producidos al menos en muchas especies, olores, quizá causados por las citadas influencias cósm-

micas, afrodisíacos, afrodisíacos específicos como pueden ser las drogas conocidas por el hombre, que al reaccionar con determinados humores y centros nerviosos producen el celo, con sus características físicas y sobre todo psíquicas; así el hambre en el humano, que es fenómeno puramente mental, es producida por alteración físico-química neuro-humoral.

A pesar de que los actos instintivos son múltiples, los podemos reducir a dos hechos generales: el crecimiento y la reproducción.

El más conocido de los llamados instintos, el de conservación, que se ha generalizado del individuo a la especie por un salto metafísico, tiene también una explicación trópica o quimiotáctica, como nos indican los que podríamos llamar fracasos de él (intoxicación placentera por el CO), los instintos de alimentación, de inmortalidad, etc., quedan abarcados ampliamente por el de crecimiento, pues todos los actos caracterizados con esos nombres se traducen por crecimiento. La reproducción no se puede incluir biológicamente dentro del crecimiento, pues es también característica de él la conservación de la individualidad.

El asociarse es otro hecho general de los seres vivos; la vida en común es casi constante en toda la escala biológica y se manifiesta desde la simple contigüidad originada por la reproducción en las colonias bacterianas, hasta la complicada organización sociológica de las ciudades de hormigas o de hombres, desde el gregarismo familiar de las tribus primitivas a las más complicadas superestructuras de la vida contemporánea.

Así pues, definimos a los seres vivos, y al hombre entre ellos, como seres bio-psico-sociales y a la biología, como la ciencia que estudia las reacciones físico-químicas, psíquicas

(conocimiento, instintos, etc.) y sociales de los seres capaces de tenerlas. No pretendo con esto abarcar a la psicología ni a la sociología como ciencias dependientes de la biología, más sí como correlativas.

Ahora lo que tenemos que hacer es individualizar al hombre de los demás vivientes; no creo que sea la razón la que le distinga de los animales, razón tienen también éstos más o menos rudimentaria pero generalmente más lógica y firme que la del hombre; es en los instintos, residencia de la actividad vital, donde se encuentra ésta distinción, pues si ellos son los conductos normativos de todo fenómeno vital, lo son lo mismo de la razón que de la sexualidad y si ellos conducen a los seres vivos, en su calidad está lo que diferencia a un reino de otro, y todas las creaciones del hombre en su origen son religiosas, como dice Pierre Janet, y en su tendencia también lo son; pero lo religioso no es exclusivamente lo mágico como aparece superficialmente, sino es una tendencia a lo infinito, hambre biológica de eternidad, existente sólo en el hombre por lo que dice el teólogo místico Garrigou-Lagrange: "que hemos sido creados para lo infinito, para conocer la verdad infinita y para amar el bien infinito..." y añade: "prueba de ello es que nuestras dos facultades superiores, la inteligencia y la voluntad, tienen amplitud infinita". Lo podemos decir biológicamente así: el hombre es el único ser dotado con una orientación instintiva infinita; culminación consciente del crecimiento y la reproducción.

Ahora trataré de hacer la fisiología y la anatomía de éstos dos instintos en el hombre. La residencia de la instintivo-afectividad, se ha casi demostrado, está en los núcleos grises centrales. Pero el porqué reside allí y como funciona no se ha intentado explicar más que parcialmente.

La afectividad es la resultante mímico consciente de la actuación instintiva.

De instinto están dotadas cada una de las células vivientes, y están unidas neuro-humoralmente, ya que no por continuidad anatómica, y de la síntesis de estas instintividades coordinadas es de donde nacen los instintos, ya, del hombre unida, tenemos al lado de nuestras llamadas sensibilidades conscientes una sensibilidad inconsciente que se hace consciente cuando toca los umbrales de la normalidad o cuando los traspasa en lo patológico, y aún puede permanecer inconsciente a pesar de su enfermedad, pues como lo dice Schwarz, una enfermedad para que lo sea, necesita existir en tres o en dos órdenes; la enfermedad anatómica o fisiológica, enfermedad en sí, que no es considerada como tal si el paciente no tiene conciencia de su existencia, conciencia dada por los nervios, ésta es la enfermedad neurosis, la que puede existir sin necesidad de la primera etapa anatomofisiológica, y por último, la enfermedad psicosis en la cual se tiene conciencia del hecho patológico considerado en sí, y que puede ser producida por el médico al revelar éste a un sujeto que ignora su enfermedad, su estado patológico, al cual inmediatamente "neurotizará".

Las vías nerviosas esplánicas y las que podríamos llamar celulares estrictamente, pertenecen al sistema nervioso vegetativo que aparte de su relativa autonomía se centraliza en los núcleos de la base (Ranson, Karplus y Kreidl en el hipotálamo); este sistema nervioso vegetativo (animal parásito de Diego Ruiz) es afecto y efector tanto de las células como de los citados núcleos de la base, y para que su actividad se haga consciente se necesita relacionar, o trasladar mejor dicho, al sistema llamado de relación. Así que la efectividad para adquirir categoría de consciente se necesita 'corticalizar'.

Este sistema nervioso vegetativo está formado por dos sistemas neuroendocrinos, sistemas que actúan con una sinergia especial y que han sido considerados como antogónicos, estos dos sistemas entre sí forman una unidad; y dentro de sí considerados tienen una relativa autonomía seccional. Son llamados: vagal, parasimpáticos, colinérgico o tropoformo (Müller) y el simpático, ortosimpático, adrenérgico o ergotropo (Müller).

Están compuestos en la siguiente forma: el primero o parasimpático, por el nervio vago con sus orígenes centrales, núcleos de la base, núcleos vegetativos del cerebro, plexos parasimpáticos, parte de la hipófisis, paratiroides, timo (?), islotes de Langerhans y órganos inretores de acetilcolina (casi todas las células del organismo). El segundo u ortosimpático también tiene núcleos vegetativos en el encéfalo, núcleos grises centrales, cadena simpática y plexos más o menos autónomos de ella, la otra parte de la hipófisis, tiroides, suprarenales, gonadas y los órganos secretores de simpatina (también casi todas las células del organismo). Así pues, las células todas llevan a los núcleos de la base a través de los sistemas neurovegetativos sus modificaciones más íntimas dando así la cenestesia orgánica, cenestesia vaga que traducimos en la conciencia por estados de ánimo, y se reflejan éstos por vías neurovegetativas formando así un arco reflejo tálamo estriado-orgánico, reflejo incondicionado (Pavlov) o instintivo, reflejo que se puede realizar y de hecho se elabora muchas veces sin intervención de la conciencia, dada por la corteza cerebral, que está íntimamente unida a los citados núcleos basales.

Ahora bien, dijimos que los instintos eran tendencia innata (hereditaria y congénita) al empleo adecuado de los órganos, así que para que un pensamiento, un acto elaborado en la corteza, en la conciencia en sí, se realice, necesita

para ser ejecutado correctamente pasar por éstos núcleos instintivo-afectivos, que son los que dan la lógica a los pensamientos, la coordinación a los movimientos, y lo más importante, la fuerza afectiva que permite la realización de cualquier pensamiento y le da la aprobación o reprobación afectiva (tono, Sterz).

También vemos que los instintos tienen órganos en donde reside por antonomasia su función, siendo para el instinto de reproducción los genitales y los órganos que con ellos se relacionan, éstos son, como ya dijimos, simpaticotónicos eminentemente la sensibilidad genital tiene como fin intermedio de la sensación al orgasmo y como desencadenante de la eyaculación en el hombre un ganglio simpático, las increciones genitales son simpaticotónicas (en la mujer la foliulina al menos) las increciones estimulantes de éstas glándulas son también simpaticotónicas (tiroides en la mujer y también tiene en ella influencia erotizante las suprarrenales que serían las intermediarias directas del estímulo genital masculino y de sus caracteres sexuales secundarios, como el tiroides es en la mujer). Aquí vemos una de las sinergias del vago y del simpático la vasodilatación pélvica (cuerpos cavernosos y esponjosos) es de origen vagal es preludio, —quizá ésto se explique por la existencia de fibras adrenérgicas en el vago y colinérgicas en el simpático—, simpático que es el fin intermedio como dijimos ya, del acto sexual.

El instinto de crecimiento actúa por medio del sistema vagal, conservando la individualidad por ejemplo con la expulsión del feto, siendo el sistema anabólico por excelencia (insulina y funciones digestivas).

En las neurosis se haya elevado segmentariamente el tono de estos sistemas y quizá de allí se origine un cierto

simbolismo, traduciéndose cualquier dificultad de orden sexual por una sintomatología de distonía simpática y las alteraciones del tono vagal serán originadas por impedimentos al instinto de crecimiento, quizá basándonos en esto podamos hacer una fisiopatología de las cenestopatías. Así por ejemplo, en las neurosis de involución generalmente se presentan síntomas vasculoespasmódicos que son interpretados delirantemente, en cambio, en la pubertad (ambición) vemos presentarse sonrojos, etc.

Resumiendo: el hombre considerado biológicamente es el único ser teológico y corpóreo, o dicho de otro modo, es el único ser vivo, —ya explicamos más arriba lo que significa vivo para nosotros: conocer, tener instintos y asociarse—, capaz de darle una prolongación infinita a sus instintos.

Hago estas consideraciones biológicas sobre el hombre lo más brevemente que me ha sido posible, pues son necesarias para permitirme un orden lógico y para no tener que hacer escapes en el curso de lo siguiente, no son el tema central, y por su importancia y el volumen que ameritan podrían absorber a lo que únicamente quiero sirvan de introducción.

CONCEPCION FILOSOFICA

Sinonimia

Ante todo me declaro partidario de seguir denominando a este padecimiento con el nombre de esquizofrenia, reconociendo que este apelativo tiene muchos inconvenientes, pero creo que un nombre significa lo que connota históricamente (semánticamente) y no lo que encierra su etimología; y digo que este nombre me parece más indicado que otros más acertados quizá, pero que no se han generalizado y sólo producen confusión, lo mismo que el viejo nombre de demencia precoz con una significación demasiado clara de la que cuesta trabajo hacer abstracción.

Dicho esto paso una revista ligera a lo poco que se sabe de la historia de este padecimiento, posiblemente el primer esquizofrénico que existió fué el primer mago que hubo en el mundo, y quizá el último que haya será el Anticristo; de la historia entre éstos dos extremos poco podemos decir: Hipócrates habla de 'locuras especiales', las cuales según Dávila se refieren a la esquizofrenia, y después, hasta 1672 volvemos a encontrar algo que se pueda referir a esta enfermedad, en Willis, quien dice que ciertos jóvenes con espíritu vivo y a veces brillante en su infancia, se hacen estúpidos en la adolescencia; Sydenham, el célebre médico in-

glés, repite ésto en 1772, Esquirol en 1814 describe un idiotismo accidental o adquirido que se puede referir a esta psicosis.

Morel en su "Traité des Maladies Mentales", publicado en 1860 hace una descripción completa de la esquizofrenia, la llama demencia precoz y la estudia en el capítulo sobre Estupidez. Kahlbaum, ocho años después, añade a esta descripción de Morel, las formas hebefrénica y catatónica. Clouston, más o menos simultáneamente a Morel, la describe con el nombre de adolescent insanity.

Hasta aquí es lo que consideran ciertos autores la primera época, precientífica, de la patología de este padecimiento. Y añaden, no se por qué, que la segunda época empieza en 1893 cuando Kraepelin publica su libro y la conocida clasificación alemana de los padecimientos mentales.

Kraepelin confirma el nombre de demencia precoz, la pretende definir y la divide en formas clínicas, a saber, demencia precoz simple o heboïdofrenia, demencia precoz hebefrénica, demencia precoz catatónica y demencia precoz paranoide, de la que aisló posteriormente las parafrenias.

Régis acepta esta denominación, antes llamaba a la esquizofrenia: confusión mental crónica.

E. Bleuler juzgando que la demencia precoz era excepcionalmente una demencia y que no siempre era precoz, le da el nombre de esquizofrenia (del griego Squix: escindir, dividir y fren: mente) nombre inspirado en su concepción psicopatológica de esta enfermedad. Este nombre data de 1911, en que se publicó la primera edición de su "Tratado de las Enfermedades Mentales".

Laignel Lavastine en su brillante psiquitría hermosamente escrita le da el nombre de demencia hebefreno catatónica, apelativo que aún suelen usar ciertos autores.

Desde entonces los nombres se han multiplicado, unos basándose en supuestas etiopatogenias, otros en concepciones psicopatológicas. Algunos de ellos son: parergasia (Mayer se usa por los discípulos de este autor estadounidense), psicosis paratuberculosa (Claude, Dublineau), esquizopraxia por esclerosis tálamo estriada (Kleist), etopatía distirógeno gliotóxica (Freeman), neurotoxemia acidósica (Rizzatti), disfrenia aminotóxica (Buscaino), atimormia juvenil (Dide y Guiraud), ataxia intrapsíquica (Svansky), paramimia hebefrénica (Ziehen), demencia vesánica precoz (Gilbert y Ballet), locura discordante (Chaslin), demencia aperceptiva (Weygandt), demencia sejuntiva (Gross), desarmonía intrapsíquica (Urstein).

Ya dijimos los que se siguen usando en la actualidad y los repito: esquizofrenia, demencia precoz, parergasia, y demencia hebefrenocatatónica.

Algunas definiciones .

Dice inteligentemente el P. Lachapelle, que la esquizofrenia se haya en un período de elaboración psicofilosófica, significando con ésto la tendencia de ciertos psiquiatras, Min. kowsky y Salazar entre otros, que han querido resolver el problema psicopatológico de esta psicosis, haciendo consideraciones clínico-filosóficas sobre el tiempo, y junto a esta orientación que quizá es la que tiene más valor actualmente, los psiquiatras, "los más conservadores de entre los médicos" (Frolov) han buscado teorías etiopatogénicas sin haber siquiera individualizado la esquizofrenia.

De ella podemos decir con más razón lo que dijo Lassé- gue de la histeria: "nunca ha sido definida y no lo será jamás".

La abundancia de enfermos diagnosticados de esquizofrenia, la multiplicidad de síntomas que presentan éstos, síntomas muchas veces contradictorios, la diversidad de su evolución, etc., nos presentan a la esquizofrenia como la más genuina de las locuras, pues para reconocerla basta a los psiquiatras no entender la conducta del paciente, quedar desconcertados ante su actitud, toda la riqueza de los nombres inventados por los freniatras no alcanza para calificar las llamadas reacciones esquizofrénicas, y es, posiblemente, más fácil decir lo que no es esquizofrénico que lo que sí es. Por su sintomatología extraña y aparatosa siempre desconcertante, se ha rodeado a este concepto de prejuicios de toda índole, estricto apego al nombre, el que Boll y Delmas sin motivo conocido, la consideraron como enfermedad orgánica no constitucional.

En principio no todo lo que se llama demencia precoz o esquifrenia lo es, sino que los síntomas considerados como fundamentales de esta enfermedad se pueden presentar no sólo sintomáticamente a otras enfermedades, sino ligeramente en situaciones determinadas. Por lo cual si se quiere definir este padecimiento se deben revalorar sus signos (sus síntomas), olvidando las pretendidas teorías etiopatogénicas que la han querido definir como se vé por los nombres que hemos citado, y se debe disgregar psicopatológicamente por ahora.

Históricamente la primera definición que se puede considerar dada para la esquizofrenia es la de Kraepelin, quien como dijimos la llamó demencia precoz, aunque posteriormente cuando creyó era causada por desarreglos gonádicos le diera un nombre alusivo, y la caracterizó en la siguiente forma: es una destrucción de la personalidad psíquica que tiene lugar sin causa conocida en los años juveniles, es de naturaleza orgánica y de sintomatología polimorfa.

Como vemos, esta definición no define nada, sino sólo dice que todo padecimiento mental que sobrevenga en la juventud y cuya causa se ignore, es demencia precoz.

Bleuler hizo un estudio psicopatológico de estos enfermos, pues la edad no basta para caracterizar un padecimiento, encontrando como síntoma más característico y constante en ellos la desagregación de la mente y de allí originó el nombre que usamos, a más de estos síntomas encontró generalmente: autismo y ambivalencia sentimental; la define así: la esquizofrenia es una psicosis de causa aún desconocida que se caracteriza por disgregación mental, autismo y ambivalencia.

Esta definición psicopatológica aunada a la dada por Dide y Guiraud, —quienes no ven en la disgregación del pensamiento lo esencial de la esquizofrenia, y por tanto rechazan el nombre, sino creen que se debe al doblegamiento (élancer) precoz y “de golpe” de las fuentes instintivas de la vida mental, que parten directamente de la actividad orgánica y cenestésica (posiblemente se hayan inspirado en la psicopatología de Th. Ribot) proponen el nombre de atimormia juvenil y la definen como el debilitamiento del “elan” vital y de la afectividad ocurrido en la pubertad— forman el concepto que impera en la actualidad.

Posteriormente se han dado otras definiciones con pretensiones de ser críticas y otras etiopatogénicas, doy algunas a continuación.

Los autores franceses de la escuela de Claude (Lévy Valensy, Dublineau, etc.) apegándose estrictamente a los nombres de demencia precoz y esquizofrenia, niegan que sean el mismo padecimiento, siendo la demencia precoz una enfermedad mental caracterizada por una demencia (pérdida progresiva, irreparable y con lesiones anatómicas)

real que se establece en la juventud, que es incurable y cuyas causas pueden ser múltiples, quedando abarcadas dentro de este nombre la encefalosis psicótica difusa juvenil, etc., e incluso la enfermedad de Bayle en su forma juvenil. A la esquizofrenia no la consideran una enfermedad propiamente, sino una manera del pensar, Dublineau cita una frase de Bleuler del trabajo que éste presentó a la reunión de alienistas de Lausana, en la que dice: "la esquizofrenia es una enfermedad sólo si se la quiere considerar como tal", manera que se caracteriza por la "disgregación del pensamiento, acompañada a veces con expresiones y acciones inninteligibles para nosotros, que encierran dentro de sí una lógica, que quizá el psicoanálisis pueda desentrañar, la esquizofrenia nunca se acompaña por sí sola de un fondo demencial". A pesar de estas consideraciones Claude mismo ha creado, o descrito, estados que pudiéramos llamar esquizofrenoides como la esquizomanía, a la cual Minkowsky la considera sólo una forma clínica de la esquizofrenia y reprocha a Claude y sus discípulos que consideran a ésta esquizomanía como una enfermedad y a la esquizofrenia no.

Esta posición de considerar a la esquizofrenia no como enfermedad sino sólo como una manera especial del pensar, nos recuerda la opinión de Salazar, quien cree que la esquizofrenia no es más que la agudización de la actitud que tomamos todos al plantearnos el irresoluble problema de la vida y el origen.

Los psicoanalistas definen a la esquizofrenia como una destrucción de la personalidad debido a un conflicto intrapsíquico de fondo libidinoso y cuya sintomatología es simbolismo referente al contenido del conflicto en forma de regresión a la etapa narcisista.

Por último, *Mayor* describe su parergasia como la revelación de lo acumulado en el curso de la vida en un sujeto mal dotado psicobiológicamente (constitución) por falta de hábitos de adaptación, revelación que se hace sintomatología en relación con la vida llevada por el paciente.

Willmans pretendiendo adoptar una posición crítica dice que la esquizofrenia es una enfermedad mental, esencialmente unitaria, endógena, orgánica, debida a causas tóxicas de naturaleza desconocida, y Bumke la caracteriza como una destrucción de la personalidad psíquica que tiene lugar sin causa conocida en los años juveniles y que tiene como síntomas específicos: la disgregación del pensamiento, determinadas pseudopercepciones específicas y reacciones afectivas paradójicas. Casi resumiendo lo anterior, Guevara la define como una alteración del pensamiento de causa desconocida (casi seguramente orgánica) general o local, posiblemente en relación con los núcleos grises centrales con manifestaciones cardinales definidas y de curso variable.

Aunque se está formando la patología de la esquizofrenia y su definición lógicamente se debería dar al final, lo hago en primer lugar pues creo que se debe normalizar alguna vez la psiquiatría.

No doy aquí otras concepciones como las de Minkowsky, Delgado y González Enríquez por ser más psicopatológicas que definitivas.

LAS CONSTITUCIONES MENTALES

Planteamiento del problema

Morel es posiblemente quien primero habla de los temperamentos mentales como estados previos a las psicosis,

las cuales no serían más que la **acentuación** de las alteraciones o anormalidades ya existentes por herencia, o congénitamente (terreno, degeneración). Es posible se haya inspirado en la viejísima teoría de los temperamentos humorales, de origen chino, y popularizados en Europa por Hipócrates, teoría que influenció a la psicología y a la medicina hasta principio de este siglo y sirvió a Pavlow para clasificar a sus animales de experimentación.

Hay en la actualidad dos grandes orientaciones en las divisiones tipológicas mentales, una psicológica y otra psicopatológica. De la primera dirección viene parte de su historia en el libro de Jung sobre el asunto. La segunda la iniciaron brillantemente Delmas y Boll, quienes hicieron una distinción arbitraria entre enfermedades orgánicas y no orgánicas. Las clasificaron, y las anorgánicas las relacionaron con temperamentos mentales, como los llamó Morel, ellos les dieron el nombre de constituciones psicopáticas y son cinco a saber: paranoide, perversa, mitomaniaca, ciclotímica e hiperemotiva. Estas constituciones psicopáticas según ellos, sólo son el aumento o disminución de las cualidades normales, cualidades que en su juego armónico dan la constitución mental normal. Estas cualidades son en el mismo orden que cité, las constituciones, avidez, bondad, sociabilidad, actividad y emotividad, se basan en "el método científico de la prueba y la contraprueba", como se ve a simple vista, esta clasificación no tiene ningún rigor científico ni objetivo, se basa en la mayor apariencia de los síntomas de las psicopatías, cosa explicable, pues fué elaborada en una época en que la psiquiatría era estática descriptiva, más creo que ya se deben abandonar, pues hemos avanzado algo en la fisiología psíquica, lo cual basta para destruir el único argumento en su favor: el que tengan un relativo valor clínico. Las psicopatías o psicosis

anorgánicas son la acentuación patológica de los temperamentos citados. Dentro de esta misma línea se han aumentado los temperamentos histeroide y psicastenoide, más éstos ya no correspondiendo a una cualidad normal sino siendo ya residentes psicopáticos más o menos constantes en cada uno de los hombres. Como se ve, no pusieron entre estas enfermedades ni entre sus temperamentos nada que correspondiera a la esquizofrenia que consideraron, posiblemente sólo por simpatía, una enfermedad orgánica, pues ni entonces ni ahora se ha encontrado ninguna lesión, ni ningún tóxico específicos de este padecimiento.

Al lado de esta brillante y aparentemente sistemática clasificación, que se ha hecho clásica en la psiquiatría, existieron las observaciones de Kraepelin sobre la oposición entre lo que él llamó demencia precoz y la locura circular y también encontró un parecido entre sujetos considerados normales con los dementes precoces y los ciclotímicos, y entre ellos la misma oposición.

Bleuler estudió ésto en forma detenida encontrando también sujetos normales que presentaban una pequeña disgregación del pensamiento y autismo, en una palabra, personas normales que eran en cierta forma esquizofrénicas y las llamó esquizoides; estos esquizoides le daban la impresión de que vivían "dentro de un vaso de cristal", lo cual no permite la comunicación de ellos con las demás personas, sus estados de ánimo aparecen enigmáticos, son sujetos muy sensibles a quienes vemos pasar rápidamente de una anestesia aparente a una hiperestesia excesiva sin una causa con la cual podamos relacionar ese cambio, viven dentro de un ambiente sin que éste parezca modificarlos, no comparten sus sentimientos, en fin, impresionan por su frialdad impenetrable. Es el aspecto, disminu-

do del esquizofrénico, a quien no comprendemos, que nos parece falta de gracia, cuyos estados de ánimo nos dejan indiferentes, pues no podemos penetrar sus móviles. Les vemos enojarse súbitamente, o estar alegres sin que podamos saber el porqué.

Al lado de esta enigmática manera de ser de los esquizoides y de los esquizofrénicos hay otros sujetos que por el contrario viven con el medio, toda su actuación está motivada por causas aparentes, nos comunican sus estados de ánimo, es decir, su tono afectivo es sintónico al ambiente, y les llama sintonos, y esta manera de conducirse es semejante a la de los maníaco-depresivos, quienes viven a pesar de su estado mental influenciando y siendo influenciados por lo que les rodea, su alegría nos la comunican, sus agudezas las comprendemos, la movilidad de su pensamiento se hace asociada a las sugerencias que les llegan, su tristeza nos conmueve, los motivos de ella se nos revelan, observándolos, en fin, los comprendemos y sintonizan nuestro ánimo con el suyo.

Así pues, para Bleuler existen dos tipos mentales: el esquizoide y el sintono, en relación con los estados patológicos esquizofrénico y maníaco depresivo respectivamente. Sin que llegue nunca a decir en forma clara que son estados previos a las enfermedades.

En su "Constitución física y carácter" y posteriormente en forma más sistemática en su "Psicología médica", Kretschmer describe ya con pretensiones de ser universales dos temperamentos mentales llamándoles: esquizotímico y ciclotímico, y en forma no terminante el viscoso, adquiriendo importancia especial por relacionarlos con la morfología física.

El esquizotímico se puede sobreponer al esquizoide de Bleuler, y el ciclotímico al sintono. Los datos que dá para reconocer estos tipos son: para el esquizotímico, proporción psicoestésica, variación rápida entre sensibilidad y frialdad, nerviosidad, sensibilidad interior fina y diferenciada que reacciona violentamente a pequeños estímulos, reacción que no se manifiesta al exterior, gran capacidad de escisión, tendencia a la perseverancia y a las estereotipias; para el ciclotímico: proporción diatésica, alegría, tristeza, tranquilidad, sensibilidad fina y poco diferenciada que se manifiesta al exterior, poca o ninguna capacidad de escisión, ninguna tendencia a la perseverancia, lo que se revela por fácil distraibilidad e inconstancia. Es obvio decir que esta clasificación es inadecuada, pues caracteriza lo normal por lo patológico yendo por ese camino tan socorrido por los alienistas, camino contrario a toda lógica. Sin embargo, esto nos indica una orientación constitucioanalista como la de Mayer cuya definición de esquizofrenia (parergasia) dimos en el inciso anterior.

De las clasificaciones tipológicas en psicología las que tienen más importancia por ahora son las de Jung y las de Pavlov, clasificaciones más dinámicas y de mayor objetividad. Como se sabe la de Jung establece dos tipos fundamentales y cuatro tipos asociados y simultáneos a éstos, que podemos considerar como características secundarias, es curioso que esta clasificación se identifique casi, en sus tipos fundamentales, con la de Kretschmer. Los tipos para el psiquiatra suizo son: introvertido y extrovertido. El primero se caracteriza por verter hacia dentro, hacia sí mismo el libido (energía psíquica, fuerza determinante). Es decir que el introvertido piensa, obra y siente en vista de su propio interés, por una determinante personal únicamente. Al revés del extrovertido (verter hacia fuera el li-

bido) quien piensa, obra y siente por motivos externos. Siendo sus ejemplos típicos: Adler, el introvertido, quien construye su sólida "psicología individual" en la que dice que toda la actuación humana se hace en vista de un acrecentamiento de la propia personalidad, y de los obstáculos y defectos que encuentra el individuo surgen los sentimientos de inferioridad, y Freud el extrovertido, —que con su orientación psicoanalítica junto con la psicología dinámica de Janet han dado el impulso fundamental a la psicopatología contemporánea—, quien considera que el hombre vive en busca de saciar su libido (deseo de placer) con motivos exteriores. Usando una terminología análoga podemos indentificar estos tipos y los de Kretschmer y Bleuler. Jung añade que esta disposición habitual del ánimo puede ser introvertida o extrovertida, constituyendo así el tipo basal, el cual, además, tendrá una determinante sentimental, reflexiva, perceptiva o intuitiva, más al lado de este tipo basal existe en todos un tipo secundario opuesto a aquel que en determinadas circunstancias se revela. el tipo secundario también tiene una determinante de las cuatro citadas. Es de notar también la confusión o superposición que hizo Jung al principiar su clasificación entre los tipos introvertido y reflexivo, y, extrovertido y sentimental.

Pavlov considera dos tipos mentales, el artístico y el pensante, tipos que es excepcional encontrar puros, existiendo generalmente la mezcla de los dos en mayor o menor escala (tipo mixto). Al lado de estos tipos puramente mentales considera otros cuatro tipos en cuanto a actividad del sistema nervioso, las cuatro constituciones mentales hipocráticas, y los llama: débil, melancólico, colérico y equilibrado, el cual puede ser lábil o inerte. De aquí saca consideraciones psicopatológicas, compara sus tipos

con los de Kretschmer, a los cuales considera parciales. Parece que es constitucionalista en cuanto a la esquizofrenia, pues identifica al esquizotímico con el débil.

Vemos pues, que a través de estas teorías existen dos grandes maneras de considerar etiopatogénicamente a la esquizofrenia, una manera constitucionalista y otra no constitucionalista la que considera a la esquizofrenia como producida por noxas de cualquier especie (psíquica, tóxica, infecciosa). Podemos resumir las relaciones que existen entre esquizoidia y esquizofrenia, considerando todas las direcciones actuales en la siguiente forma: la esquizoidia no existe, sino que a quienes se llama esquizoides son esquizofrénicos con sintomatología poco aparente o remitidos sociales (Bumke). La esquizoidia es una constitución psíquica previa a la esquizofrenia, la cual no es más que su aumento patológico (Mayer, Kretschmer. . .) La esquizoidia es un tipo psicológico sin más relación con la esquizofrenia que un escaso parecido, pues ésta es una enfermedad lesional o tóxica. Esta última manera de ver es la que tiene más adeptos.

PSICOLOGIA O PSICOPATOLOGIA DEL ESQUIZOIDISMO

No me interesa precisar por ahora, las relaciones que hay entre esquizoidismo y esquizofrenia, y no creo que se pueda hacer en tanto no se haya liquidado definitivamente el problema etiológico de ésta, ni quiero tampoco adherirme a las concepciones de predisposición de Kleist y Birnbaum.

Lo único que sabemos efectivamente es que no tenemos un método de limitación precisa entre la enfermedad y su antecedente constitucional (?), la delimitación entre

ambos estados sólo se hace en los casos liminales por consideraciones sociológicas (criminales, familiares, etc.) Así que hablo muchas veces en forma indistinta de esquizoide y esquizofrenia, pues relación psicopatológica sí tienen. Lo que voy a tratar de hacer en lo que aquí sigue, es una psicogenia, o psicopatogenia de los fenómenos mentales de esta manera de ser, y quizá muchas veces se antoje que es "mí" esquizofrenia y no la esquizofrenia impersonal, abstracta, a la que le ha pasado lo mismo que aconteció durante tres siglos al "hombre salvaje", quien era alabado o deprimido, quien era descrito imaginativamente, sin que a sus panegiristas (Rousseau, Diderot, etc.) ni a sus detractores (Lombroso) se les hubiera ocurrido estudiarlo. Se hacían consideraciones filosóficas sobre él, se sacaban consecuencias de todas índoles, más no se había tenido la "humilde ocurrencia de estudiarlo" (Levy-Bruhl). Y cosa extraña, quienes mejor les habían conocido eran los más ignorados, los menos brillantes de quienes sobre ellos habían escrito, los misioneros y los exploradores que estaban en contacto con ellos, dice Ch. Blondel, pues ellos no los habían observado con prejuicios filosóficos.

Algo sobre psicología de la edad juvenil.

Es indiscutible que la esquizofrenia es una enfermedad que aparece con mayor frecuencia en la pubertad o mejor aún en el inicio de la juventud, y como todo fenómeno de frecuencia en la biología sigue una curva paraboloide, (curva de errores de Gauss). La edad en que empieza la mayoría de las veces va de los 19 a los 25 años, siendo más raro su comienzo entre los 17 y los 19 años y entre los 25 y los 28, sabido es ya lo excepcional de las esquizofrenias más precoces o más tardías. Es, pues, una coincidencia casi constante que debe tener, por tanto, alguna significación biológica.

La historia biopsicológica del hombre es un encadenarse, es una secuencia de estados interactivos que va desde la apariencia potencial del recién nacido hasta la plenitud del hombre maduro y sus obras, y más allá hasta la senectud y la muerte. El desarrollar ésto es labor imposible para mí en este sitio, por lo cual sólo trataré de describir algo de lo que es la juventud, pero insisto es consecuencia de la niñez, y que al tomar ciertas características evolutivas lo hago habiendo seguido sus antecedentes aunque aquí no se relaten.

Pierre Mendousse es quien con concepto más claro ha buscado la continuidad de la infancia y la adolescencia pero desgraciadamente, por ser tan seductivo el tema, también después la aísla de la infancia, como lo han hecho posteriormente casi todos los psicólogos (Spranger, Bühler, Ponce, etc.).

Es la juventud el término de la adolescencia y la pubertad, que se revela físicamente por haber adquirido ya una estatura más o menos definida, unos rasgos fisonómicos y morfológicos precisos. Es costumbre añadir aquí: y haber adquirido la dotación sexual definitiva; los prejuicios mágicos de la menstruación, y de la aparición "del vello y flor del rostro" en el hombre, como signos del inicio sexual y de la capacidad de reproducirse han sido destruidos repetidas veces, tanto por el psicoanálisis como por los frecuentes embarazos en niñas de pocos años y de la capacidad fecundante del semen de los niños.

La sexualidad intelectual, dicen los psicoanalistas, salva la etapa narcisista infantil y pasando por una homosexualidad pasajera, se orienta definitivamente. No he encontrado en forma constante el narcisismo más allá de los 3 6 4 años de edad. Ya desde los 5 años aparece un anta-

gonismo entre los sexos, en el que casi siempre lleva ventaja la mujer, existe también desde entonces en forma intuitiva y equívoca el placer heterosexual.

Insisto, la juventud es la adquisición casi definitiva de la morfología corporal y es resultante de la acumulación a través de la infancia del acaecer psíquico y fisiológico (culminación de los instintos de reproducción y crecimiento).

Ahora bien, a través de la infancia ha asimilado el niño todos los contenidos culturales y nutritivos de su sociedad, contenidos dados y recibidos como prejuicios, cuya valoración es automática, contenidos que han sido realizados muchas veces en el juego; es el juego del niño la realización de algo imaginado previamente, y cuando algo imprevisto sucede le enoja. Es excepcional que el niño juegue al azar, aunque éste sea más o menos dependiente de él como en los deportes, que equivocadamente se les obliga a jugar. Es decir: el niño casi siempre hace lo que debe hacer, pues su capacidad extraordinaria de síntesis identifica el pensamiento y la acción (psicomotricidad). Es eminentemente anabólico, de anabolismo biológico, psíquico y social (costumbres, ética. Y como ya se sabe, las funciones anabólicas, al menos en lo biológico, son de fondo vagal. El aprendizaje del lenguaje y de los movimientos musculares conscientes, van desde una primera etapa de difusión (atáxica) cortical, siendo sus primeras manifestaciones convulsivas y resultantes o manifestantes de la sensibilidad cenestésica o exteroceptiva, Mas en su construcción genética tenemos como base un engrama psíquico y neurofuncional pues se traduce por movimiento. Las asociaciones sensitivoneuronales tienen un equivalente reflejo en las motoras, así se explica que los niños aprendan el lenguaje que oyen, aprendizaje no solo del idioma en sí, sino también del

“acento”, armonía, etc., y es por esto que los sordos de nacimiento no logran hablar hasta que con los procedimientos ortofoniatricos se les enseña, procedimientos que se basan en la misma transferencia de lo sensitivo a lo motor, mas ya aquí no de las vías auditivas, sino de las ópticas y musculares. La coordinación y la fonación se hacen simultáneas a la mielinización cerebral. En cuanto al aprendizaje conceptual y gramatical no se puede decir algo definitivo, pero vemos que éste se hace también apegado a lo idiomático aunque en un orden progresivo, sustantivo matizado desde el primer momento como una tendencia a la ritmicidad y con una entonación afectiva que caracteriza, quizá en frase monopalábrica, el principio de acción y voluntad que representan los verbos, los cuales son los siguientes en aparecer en el lenguaje, mas no significa esto, como han querido hacerlo aparecer, el que surja hasta entonces la sensación de movimiento (témporoespacial) pues esto es muy anterior, sino porque al ser éstos más inconcretos que los nombres requieren un mayor esfuerzo de fijación, después aprenden los pronombres en forma “de espejo”, etc. Vuelvo a insistir que la construcción gramatical se hace por aprendizaje condicionado por el medio idiomático. Así pues, resumiendo, vemos que la evolución del lenguaje, en su principio es fenómeno puramente afectivo en relación con fenómenos cenestésicos, reacción difusa a alteraciones orgánicas, ligadas a los núcleos grises centrales y que posteriormente, la mímica y la modulación que acompañan a toda acción expresiva, son resultantes de la liga de los reflejos condicionados e incondicionados y que cuando hay lesión de estas vías (parkinsonismo) la voz se hace monótona, se pierde la expresividad mímica, lo que nos indica que estos núcleos son filtro forzado del lenguaje y la praxia y les dan la tonalidad afectiva. Conviene hacer un paréntesis sobre la fisiología

de estos núcleos grises centrales repitiendo algo de lo que dijimos en la Introducción. Reside allí en forma casi indiscutible el centro del hambre, del frío, de la sed, del instinto genital (Ronssy, Mosinger, Müller, Pavlow) del sueño (Piéron, Legendre, Overton, Economo, Lhermitte, Fulton) aunque intervenga indirectamente la corteza. Por otra parte, la excitación de estos núcleos o la descorticalización del animal producen la mímica de la "furia". Las experiencias de Pavlow, Bard y Fulton de la lobotomía bifrontal producen una "euforia beata" que recuerda bastante a la actitud irresponsable, pueril e indiferentemente egoísta de los leucotomizados humanos, mas con conservación de la capacidad mímico expresiva, nos hace pensar que se pierde parcialmente la concientización de la tímica por interrupción de las vías tálamocorticales. Es además en estos núcleos diencefálicos donde residen los centros principales del metabolismo (agua, glúcidos, etc.) y es el cerebro orgánico donde se elaboran los reflejos incondicionados superiores o instintos (Pavlow, etc.), el gramatismo (P. Marie).

Es la juventud, decíamos, físicamente la culminación del crecimiento y la reproducción. Ya el crecimiento en lo sucesivo se matiza de temporalidad ante todo, al igual que la reproducción. Psíquicamente existe una agudización de la cenestesia causada por motivos exteriores, manjares, música y demás fenómenos que producen una mayor riqueza de las sensaciones propioceptivas, las cuales son experimentadas con voluptuosidad; lo inverso sucede con las sensaciones propioceptivas de fondo orgánico, lo contrario de lo que se dice generalmente y se revela esto por los desvelos, las hambres y otras privaciones que se imponen los adolescentes. Como consecuencia de estos dos fenómenos surge el desprecio por la mezquindad del cuerpo humano,

la tendencia frecuentísima al suicidio, el desprecio al dolor físico, las aficiones artísticas y filosóficas. Analizando estas dos últimas aficiones, aficiones que pueden ser pervertidas o vertidas al juego de azar (duda, angustia), son en el principio de la juventud características, lo vemos fácilmente en los llamados poetas "demoníacos" como el conde de Lautréamont, Rimbaud... Keats, Shelley, y aquí en López Velarde y la primera época de casi todos (Díaz Mirón, los primeros cuentos de Manuel Gutiérrez Nájera...) y entre los filósofos a Séneca, Kierkegaard, Unamuno... Es lo que con irónica sonrisa llama Valencia "la angustia metafísica".

Ya el niño que quería ser "grande" físicamente, quiso ser "fuerte" en la pubertad, quizá ante la fatalidad de tener que ser así, de esa estatura. Pero en el inicio de la juventud ya su cuerpo, como tal, le interesa poco, aunque se vea frente al espejo con frecuencia, pues se ve inquisitivamente midiendo sus posibilidades, tiene la duda de sí mismo (esto es cierto para los dos sexos sólo con variantes de adjetivos), duda que oculta y deforma y le engendra ambición y angustia. La más bella y completa descripción de esto lo hallamos en la vida del Buddha, quien fué rico príncipe de la raza de los Sakya, de la dinastía muy poderosa de Gautama. Se dice; que Sidartha habiendo llegado a la pubertad era un joven fino y delicado, que gustaba de la meditación. Su padre quiso casarle e invitó a los reyes vecinos para que llevaran a sus hijas y de entre ellas escogiera el príncipe. Mas todos rehusaron, pues conociendo a Sidartha argumentaron que era débil e ignorante en el arte de la guerra y si ésta llegaba a estallar ese muchacho endeble no podría defender a su esposa. Mas éste repuso que se le sometiera a todas las pruebas de habilidad, de fuerza o de ciencia. Y de todas salió tan brillante-

mente que asombró a los más hábiles guerreros y a los más doctos sabios. Escogió entonces como esposa a la muy gentil Yasodhara, con quien tuvo un hijo que llamaron Rahula.

Sidarta vivía en un hermoso palacio del cual su padre había retirado todo lo que fuese tristeza y dolor. Mas el príncipe quiso conocer el mundo, todo fué arreglado para que saliera un día, en su carruaje tirado por cuatro caballos, a recorrer la ciudad, la que fué engalanada para tan grande contecimiento. Por desgracia caminaron mucho y encontraron a un viejo, ante él se desconcierta el joven y reflexiona: "¿Qué gozo o qué placer pueden experimentar los hombres, cuando saben que pronto padecerán y caminarán lánguidamente?" Sin embargo, continuaron, apareció ante ellos un enfermo "y Sidarta sintió que todos los placeres estaban gastados y disgusto por los goces de la vida". Siguieron adelante para retirarse del desgraciado y tropezaron con un muerto que cubierto de flores y guirnaldas era conducido por compungidos dolientes. Al enterarse el príncipe de lo que era eso, exclamó: ¡Oh, hombres mundanos, cuán fatal es vuestro error! Inevitablemente vuestro cuerpo se hará polvo; y, sin embargo, sin cuidado y sin preocupación continuáis viviendo". Al volver a su casa vió con desprecio sus tesoros y apartó de sí a su mujer que le quería consolar, a lo cual repuso: "En todo encuentro huellas de la mudanza y eso me oprime el corazón. Los hombres envejecen, enferman y se mueren. Eso destruye la dicha de vivir".

Y una noche pregunta: "¿Cómo puede obtener uno la paz en este mundo agitado? Estoy traspasado por la vanidad del placer y tengo horror a la voluptuosidad. Todo me abrumba y hasta la misma vida se me hace intolerable". Y luego dice: "Me he despertado a la verdad y he resuelto cumplir mi propósito. Romperé todos los lazos que me su-

jetan al mundo y abandonaré mi casa para buscar el camino de la salvación".

Decidido a ésto el Budha va al cuarto de su esposa para despedirse de quienes tanto quería, "más que a todos los tesoros de la tierra". Quiso abrazar por última vez a su hijo; pero dormía en los brazos de su madre y no podía cogerle sin despertar a los dos. "Los contempló, a la mujer tan bella, al niño tan adorado y sintió traspasársele el corazón. Y aunque su espíritu estaba firmemente resuelto se le escaparon las lágrimas pues no estaba en sus manos el contenerlas o el suprimir su causa. Abandonó la estancia ahogando sus sufrimientos pero sin extinguirlos de su memoria."

Salió al silencio de la noche seguido únicamente por su fiel caballerizo Chauna, quien le había enseñado los tres dolores.

Pocas páginas tan sublimes hay en la literatura universal y posiblemente más pocas aún las que describan con tanta habilidad, sencillez y veracidad el alma humana. Más resumido en el Evangelio de San Lucas encontramos otra perfecta descripción de "esa compleja, caótica y siempre parcial psique de los jóvenes": fué un joven, cierto día, a buscar a Cristo para preguntarle qué debía hacer para salvar su alma y Este le respondió: "Debes cumplir los mandamientos"; preguntó el joven cuáles eran y fué respondido. Afirmó el joven haberlos cumplido y volvió a interrogar qué más debía hacer. Jesús dijo entonces: "Vende todos tus haberes y dalos a los pobres. Después ven y sígueme". Al oír esto el joven entristeciósese, pues era sumamente rico.

Resumiendo encontramos en la psique juvenil: la pregunta "¿Por qué existo? ¿En qué está mi valor?" (Spran-

ger). Pero sólo es una pregunta y el joven está viviendo, tiene que cumplir con las exigencias de una sociedad hierática y fría que le ve con codicia, que fatalmente le absorbe. Y en el joven poeta nunca encontramos lirismos a pesar de que imite, como tampoco encontramos en el joven filósofo la prudente maquinación del cosmos sino contradictorios y profundos abstractivismos. Su cuerpo deja de ser fuente principal de motivaciones, abandona su palacio encantado entre adornos y promesas, mas ya no quiere lo que se debe querer sino también algo más, ya su juego no es mera diversión es experiencia y es habilidad, también sexual; todo esto es inquietud, ya no hay más paz en el joven, la vida se hace intolerable, rompe imaginativamente todos los lazos con la sociedad para buscar una nueva valoración del mundo, así lo cree aunque sólo es una nueva valoración quizá la primera de su yo ante el mundo, valoración precisa, lógica sin sentimentalismos, mas no cruel pues los guarda dentro de sí, cuando más los comparte con un amigo. Del amor piensa como un juego obligatorio con sus reglas y sus azares pero no le es indispensable, aunque sí honroso.

Expresando psicofisiológicamente esta breve síntesis podemos observar; que la plenitud física se traduce por una menor cenestesia, y por tanto una disminución del egocentrismo y de la noción de lo concreto; una repercusión cenestésica mayor de las excitaciones exteriores con tendencia a la identificación extrapersonal, creándose entonces un conflicto intrapsíquico de valoración entre el yo y el mundo, o sea estimulación tálamo cortical (yo) o córtico talámica (mundo) conflicto permanentemente renovado, triunfo de la corteza acompañado de distimia, triunfo del tálamo sonrisa y sensación de plenitud interior, mas este conflicto se le aparece como mala dotación y cree debe simular frialdad y cinismo.

Psicología del esquizoide

Los trabajos fundamentales que se han hecho sobre este aspecto son: el de Schneider y el de Mynkowsky aunque son sobre todo descriptivos, tienen más objetividad que los de Monakow, Krestschmer, Laforgue, etc., el seguir citando los autores que se han ocupado de esto es labor interminable.

Dije más arriba, que quizá el primer mago que hubo haya sido un esquizofrénico, pues muchos esquizofrénicos nos dan la impresión de pensar y actuar en forma paralógica y paracósmica y esto basta para diagnosticarles. Los análisis que sobre este conjunto se han hecho se han sistematizado en largas listas de síntomas que, como la minuciosa de Homburger no permiten distinción posible entre la normalidad y el esquizoidismo y que por otra parte no dan ningún síntoma característico, también es conocida la necesidad de recurrir a muchos pacientes para ejemplificar el cuadro sintomático.

Los síntomas más constantemente relatados por los autores son: disgregación mental, autismo, indiferencia emocional, estereotipias, sonrisas inmotivadas, reacciones afectivas paradójicas, y en cuanto a la esquizofrenia su edad de aparición. Algunas veces encontramos todos, otras algunos y en ocasiones ninguno, lo cual ha llevado a decir a ciertos psiquiatras que no hay ningún signo constante en la esquizofrenia. En otras ocasiones se presentan reacciones esquizoides en campos restringidos de la actividad mental, conservándose normal el resto de la conciencia es lo que constituye las parafrenias y las esquizopsiquias parciales.

El intento descriptivo psicopatológico de Bleuler hizo residir en la escisión mental lo más característico del es-

quizoidismo. Mynkowsky antepone a éste el autismo. Lange la ataxia psíquica, Monakow la pérdida de lo intelectual y la actuación de lo instintivo, Schneider lo describe como un estado intermedio entre la vigilia y el sueño, etc. (1).

En el contacto clínico o amistoso con un esquizoide encontramos una cierta rigidez intelectual la cual es manifestación de la dificultad expresivo emotiva, que se acompaña de una tendencia a la despersonalización, a la huida de lo concreto, de un abstractivismo morboso. Estos sín-

(1) Lo mismo aquí que en la etiología, los estudios que se han hecho son muchos, como después de estudiarlos me convence que era inútil a más de fatigoso el resumirlos, sólo indicaré que de las teorías de Monakow y Mynkowsky se desprenden casi todas las llamadas filosóficas como las de H. Delgado, L. Salazar, R. Sarró, . . .

Schipkowensky habla de relaciones irracionales y misteriosas entre esquizofrenia y muerte, considerando "mística" esta enfermedad. R. González E. encuentra un paralelo entre el lenguaje esquizofrénico y el de las primeras etapas evolutivas del desarrollo humano; no he encontrado ninguna publicación sobre esto, por lo cual no puedo extraer mejor esta concepción "evolutivista" que parece ser una sistematización del criterio psicoanalítico.

C. G. Jung se ha ocupado repetidas veces de este mal, y se ha rodeado a sus concepciones de un gran prestigio por lo cual las resumo aquí: la esquizofrenia consiste en un intenso abatimiento del libido producido por diversas causas: fatiga, sueño, intoxicaciones, anemia, afectos intensos, fanatismo, etc., este abatimiento se traduce en defectos de la conducción de la conciencia y en intromisión del inconsciente (mentalidad primitiva), de donde los simbolismos y demás características. Este abatimiento de la energía psíquica es más intenso que en las neurosis, donde también existe. Esta teoría como la psicoanalítica ortodoxa y la de Schneider se intercalan.

tomas los encontramos siempre en los esquizoideos y en los esquizofrénicos y son psicogenéticos de los anotados más arriba.

Entre las definiciones que dimos está la de Dide y Guiraud, quienes llaman a la esquizofrenia atimormia juvenil y la describen funcionalmente como el "doble gamiento" precoz y de "golpe" de las fuentes instintivas de la vida mental, que parten directamente de la actividad orgánica y cenestésica, y la definen como el debilitamiento del "elan" vital y de la afectividad ocurrida en la pubertad.

Aceptando en parte la descripción psicofuncional doy en seguida una descripción psicológica de la esquizoidia. Posteriormente haré una neuro-psico-patogenia inspirándome en los llamados "mecanicistas" Pavlow, Morel, Kretschmer (en su descripción de la histeria), etc.

Existen, dije, en el esquizoide, como núcleo de todas sus otras manifestaciones una dificultad expresiva, una dificultad para verter sus sentimientos y sus afectos y en gran parte sus pensamientos. Esta dificultad que es ante todo mímicoexpresiva engendra el autismo, la aparente hipoafectividad, la ambivalencia, la disgregación del pensamiento, etc., y la cual tiene como fondo la disminución de la conciencia instintivo cenestésica y da la apariencia de lo que Mayer Gross y Berze llaman falta de espontaneidad.

Esta dificultad es un bloqueo, una falta de impulso para la versión neuromuscular de sus sentimientos, de su pensar, etc. El esquizoide piensa y siente, mas le falta el impulso afectivo para traducir ésto en movimiento o emoción, le falta la dirección y el matiz instintivo, que surge de la cenestesia toda, que coordina y "afecta" ese pensar y sentir al expresarse y al ser objeto de conciencia refleja, o, sea que hay un bloqueo entre la corteza y los núcleos de

la base, bloqueo funcional de las fibras efectoras de los núcleos instintivo afectivos que impide la llegada a la conciencia, corteza, de la cenestesia orgánica. Perdido este impulso, esta energía, la elaboración mental de la corteza no tiene fuerza por sí misma para expresarse, y al no tener un fondo orgánico de conciencia se desconcretiza y abstrativiza (de esa abstracción surge esa impresión de inteligentes que dan los esquizoides y los esquizofrénicos y que ha llevado a afirmar a unos autores que lo son y a otros a recalcar la frecuencia de los injertos oligofrénicos esquizofrénicos), también por ésto el lenguaje esquizofrénico y esquizoide aparece como pedante y lleno de palabras huecas, ésto según los psicólogos evolutivistas es muy frecuente en la pubertad.

Resumo e insisto que lo fundamental de la esquizofrenia es la falta de impulso afectivo instintivo para la expresión de los procesos conscientes que parte de la disminución de la conciencia de los procesos cenestésicos.

Sobre esta base psicobiológica intentaré explicar unitaria y genéticamente todos los síntomas llamados esquizoides y esquizofrénicos.

Lo primero que aparece en el lenguaje del esquizoide como distinto de la normalidad y que se conservará mientras dure este estado es un abstractivismo, una tendencia a la generalización de conceptos, una fuga de lo concreto, pero no una fuga de lo real.

El esquizoide para hablar o para actuar duda, dura largo tiempo, pues sus deseos no tienen el impulso primordial que los lleva a realizarse. Así pues, el esquizoide no es autista en forma voluntaria, no es un ensoñador. En el esquizoide los procesos mentales se realizan, mas no tienen fuerza para expresarse totalmente sino que sólo se expre-

san parcialmente, el final de su razonamiento, no todo el camino seguido. Lo que expresa está dotado de un extraordinario poder de razonamiento lo que le hará ser perseverante en la consecución de lo que quiere. También el esquizoide buscará palabras, frases o gestos, (estereotipias) que le sean fáciles de ejecutar para usarlos cuando tiene un bloqueo más o menos invencible en su instintivo afectividad. El que el esquizoide reaccione tardíamente lo mismo a la alegría que a la tristeza o al enojo se explica por el mismo mecanismo, pues, como se desprende de la doctrina de Kretschmer sobre la histeria, hay una memoria instintivo afectiva. Así cuando tenemos un gran gozo, una sensación de plenitud interior sonreímos involuntariamente, aún sin pensar en la causa de esa alegría, y lo mismo, en su estilo, sucede con la tristeza; así la afectividad se va acumulando en el esquizoide sin que se pueda expresar hasta un momento en que lo hace en forma involuntaria, y a veces brutal, cosa que desvirtúa por completo la pretendida indiferencia emocional "tan característica" del esquizoide, que es correlatada a la pintoresca expresión de la "caja de cristal" en que está encerrado el esquizofrénico, esta sensación analizada, nos indica un estado angustioso, en el que el enfermo contempla y es afectado por el ambiente, sobre el cual no puede actuar, él no se puede expresar, verter a ese medio. Y del autismo, dicen, nace la ensoñación patológica, el soñar despierto, ese estado semejante al de las alucinaciones hipnagónicas, como lo hace aparecer Schneider. ¿Mas quién no sueña? ¿Quién no desea lo inadquirible? ¿Quién no se regocija imaginando poseer algo imposible? Es quizá un poco más exagerado esto en el esquizoide que en las personas normales, pero análogo a lo que sucede al psicastenoide o al paranoide quienes imaginan en forma compensatoria su menorvalía (holotimia). En el esquizoide se puede establecer el círculo vicio-

so, al sentir su torpeza para comunicarse al exterior se encierra dentro de sí, pero también puede suceder lo inverso, que trate de vivir con el medio ambiente para compensar su defecto. Hay esquizoides intravertidos y extravertidos aplicándose únicamente a los primeros lo que dice Minkowsky de todos: 'dan preferencia a su mundo imaginario en detrimento de la realidad', fenómeno que pasa en cualquier introvertido (en su sentido lato). Kretschmer los llama ensoñadores. Claude ha descrito dos tipos en relación con el esquizoide extravertido: el "infantil" y el "enojón". Hay en todos los manicomios esquizofrénicos silenciosos, aislados, y otros por el contrario, habladores, comunicativos, fuera de los estados maniacodepresivos tan frecuentes en ellos. Vemos a unos que escriben o pintan y otros que por el contrario se niegan a cualquier actuación. No es más que la intraversión o la extraversión en ellos. En el fondo de todos estos procesos dinámicos siente el esquizoide una insatisfacción de su estado actual, una falta de dirección energética que le lleve a aspirar un futuro. Una incapacidad de poner en movimiento a su ser; puede compensar ésto dándose un compás de espera, una intuición de ser predestinado.

Después de la acción, después de haber logrado sus deseos, le queda una desilusión, se interroga si lo que ha hecho vale la pena si eso que había imaginado tan difícil y le fué tan fácil era lo que debía hacer. Es decir, tiene una insatisfacción continua, insatisfacción que puede ser engendrada en dos formas, a saber: por no tener el término egoísta de sus actos, o por carecer en principio, ya, de esa cenestesia íntima en que se traduce toda ejecución. Siendo en el primer caso una reacción y en el segundo una constitución, en su sentido amplio.

El esquizoide a pesar de una aparente inercia, o de una aparente agitación permanente, tiene siempre una sensación

angustiosa, más o menos, de carencia de motivación, tanto actual como teleológica, que exagerada engendra las distimias tan frecuentes en ellos. Esto tiene dos aspectos sociales fundamentalmente, el de la clase baja y el de las clases media y alta. En el primer caso el esquizoide de poco poder económico degenera muchas veces en vagabundo. Los otros son quienes se sienten predestinados, se aíslan de su familia, —la cual muchas veces les hace exigencias económicas y les pide sacrificarse en futuro—, reaccionan violentamente contra ella, evitan lanzarse a la lucha por la vida, retardándolo en inútiles actividades.

La facultad sintónica, que Bleuler les negara a los esquizofrénicos, es algo más que una mera expresión mímica, se remonta a las misteriosas relaciones de la simpatía, que Scheller no pudo resolver, es la sintonía una compleja y vaga sensación de compartición de sentimientos, de tonalidades afectivas, de captación de las emociones de otra persona y que puede ser correspondida o no. Está por encima de la simpatía y es quizá la cualidad que más poseen o deben al menos poseer, los actores, maestros y oradores. Es quizá lo que llama el vulgo la personalidad, es la sintonía, quizá, la clave del amor y de la amistad.

Quizá ésto tenga una base biológica, quizá no sea otra cosa que el llamado "magnetismo animal" de Mesmer, y que siempre ha existido al lado de la ciencia, mas ahora sabemos que el hombre como todos los seres vivos e inanimados tiene un campo magnético cuya intensidad y forma "no están bien determinadas, mas con una intensidad y frecuencia de ondas resultante de las alteraciones iónicas existentes en todos los cambios físicoquímicos celulares, sistematizados en ciertos complejos eléctricos como el cardíaco". (Zunz) Por otro lado nos hablan los teólogos cristianos de los "dones del Espíritu Santo". "Teniendo la virtud de infundir calma e ins-

pirar confianza quienes poseen el don de sabiduría . . ." Pongo como un paréntesis estas dos últimas consideraciones del magnetismo animal y de los dones del Espíritu Santo, paréntesis no como intento de explicación sino como comprobación de la existencia de la sintonía.

El esquizoide posee la facultad sintónica mas como esta facultad es de fondo biológico instintivo, el cual el esquizoide tiene disminuido en conciencia no le llega con claridad la aprobación, burla, etc., que provocan sus actos en el ambiente, pudiéndose por ésto aislar fácilmente de él.

Es la ironía una facultad espontánea y muy frecuente en el esquizoide, la ironía dice el diccionario es una figura retórica que consiste en expresar lo contrario a lo que se dice. Pittaluga en sus "Seis ensayos sobre la conducta" dice que la ironía es un estado de ánimo y que quien es irónico no lo es voluntariamente, sino porque esa es su manera de ser. Manera de ser esquizoide, añado yo; es lo agradable una energía íntima que facilita la consecución de lo que es, lo han ligado hasta a la realización de un instinto, es la ironía algo que acompaña a lo desagradable, la ironía en su mecanismo íntimo está ligada al chiste que es según Freud una forma de expresar algo en forma ahorrativa y el ejemplo primero que pone en su libro al respecto no es más que una ironía. El esquizoide al tener que expresar algo desagradable no se sentirá dotado de energía suficiente para usar de circunloquios o descargar simplemente lo desagradable u ofensivo y adaptarse a la nueva situación afectiva que provoca, entonces recurre a la ironía expresando con ella lo que desea con el menor desgaste de energía y sin alterar o alterando al mínimo el estado sintónico. La ironía persiste como forma de expresión en muchos esquizofrénicos profundos, pero casi nunca es comprendida por el interlocutor por la casi completa carencia de expresividad mímico afectiva.

Existe también en los esquizoides una tendencia a cierta clase de vicios, o toxicomanías como el cafeísmo, el alcoholismo, el cannabismo, todos en función de sus sensaciones distímicas logrando con estos excitantes aumentar su cenestesia cuya disminución, como tan bien lo expresa el término es la causante de ese molesto estado de ánimo.

Hay en el esquizoide una inclinación a la extravagancia, que aparece muchas veces simbólica y que las más de las veces no lo es conscientemente. La rareza en la expresión, la originalidad de enfocar los problemas, tienen como fondo esa tendencia abstractiva, impersonalista, que puede ser estoica muchas veces, aunque egoísta, se siente observador ante todo, un poco marginal a la vida y sus problemas, especulando sobre ella pero generalmente actuando en forma sugerida. Es, y lo han dicho muchas veces, muy sugestionable, actuando por ésto en dos formas fundamentales: siguiendo servilmente la sugestión o siendo radicalmente negativista, faltándole el impulso, la energía orgánica para la acción, a pesar de sus razonamientos originales el esquizoide actúa más o menos urgido por el exterior, habiendo una inhibición de su razonamiento será sugestible directamente, existiendo energía cortical puede ante varias solituciones, como los perros de Pavlow, inhibirse en la acción o ser negativista.

La magia, el pensamiento mágico, influye a gran cantidad de esquizoides, —pues siendo ésta una relación extraña no establecida por la costumbre entre la realidad y el pensamiento, la dotación de una fuerza física a la mente, simbolismos, ensalmos, etc.— quienes encuentran un paralelo entre esto y su manera de percibirse; son de este tipo muchos aparentes místicos, santones, milagreros y adeptos de ellos. (Conan Doyle, Maeterlinck), lo mismo que los exaltadores desmedidos de la ciencia y la razón.

Por último, diré algo sobre la sexualidad y el amor en los esquizoides. Para muchos autores (Dávila, Urzaís, Lachapelle) es la masturbación frecuente un signo casi patognomónico de la esquizoidia o de una forma más grave de esquizofrenia; ha sido considerada causa y consecuencia. El esquizoide que como dijimos tiene disminuida la conciencia de la afectivoinstintividad, encontrará poca diferencia entre la masturbación y el acto sexual normal; y posiblemente prefiera la primera, pues interviene en su mecanismo, la imaginación (corticalidad), requiere menos energía (Ellis) y en ella no tiene que vencer su barrera expresiva.

Werther es la descripción de lo que es el amor para un esquizoide. Lo mismo vemos en el Cyrano de Roustan. El esquizoide enamorado, habla del amor y de su amada, incluso con ella misma, como si se tratara de una persona ajena a sus sentimientos. El esquizoide llega a rehuir al objeto de sus deseos ante la incapacidad de verter, expresar sus emociones.

Vemos a través de todo ésto lo que han llamado la habilidad psicológica introspectiva de este tipo de individuos. Espectadores forzados, muchas veces intravertidos de sí mismos, analistas doloridos de su sensibilidad más o menos impotente de salir al exterior.

Hago ahora unas consideraciones sobre el tiempo pues muchos autores han querido hacer residir en la ausencia de concepto de tiempo la clave de la psicopatología del esquizofrénico. El tiempo como lo han descrito los filósofos parte de una sensación de sucesividad de estados de conciencia, es el factor dinámico que da la unidad de la personalidad. De fondo puramente racional se forma con la edad y posteriormente al concepto de espacio (concepto instintivo según el autor de la "Evolución creadora"). De esta ausen-

cia del concepto dinámico se origina el "geometrismo morboso" que no es otra cosa que una forma de lo que llamé abstractivismo.

La sensación de tiempo en nosotros siempre está ligada a la de espacio y no puede existir en la conciencia sin ésta. Lo mismo que la de espacio siempre está ligada a la de tiempo. Son siempre concepciones témporoespaciales dinámicas tetradimensionales. Existe en las dos grandes culturas originales greco romana e hindú china esta contraposición; en la segunda es considerada como fundamental y como aspiración humana lo espacial, lo contrario de la otra que considera lo temporal como fundamental y como aspiración. Están unidos, sin embargo, en lo infinito el tiempo y el espacio por más idealmente que sean considerados. Existe la sensación de tiempo en el niño, lo mismo que en el animal, desde muy temprana edad, sólo que en los niños lo mismo que en ciertos pueblos retrasados la causalidad es destruida por lo temporal y es, quizá, a este fenómeno de causalidad dentro del tiempo lo que los psicólogos han identificado totalmente a la noción pura de tiempo.

Es cierto, por otra parte, que la sensación agudísima de transcurrir del tiempo relativo y la atenuación rápida de los fenómenos de la memoria de un habitante de una ciudad moderna, está muy disminuida en los esquizofrénicos y en general en todas las situaciones de confinamiento prolongado, que es análogo en cierta forma al autismo de algunos esquizoides. Pero de esta disminución a una desaparición, hay gran diferencia. Si tomáramos en cuenta esto serían esquizofrénicos todos los habitantes de regiones agrícolas.

Existe aparentemente una semejanza psíquica en el esquizoide y en el adolescente que lleva a exageraciones como las de Mira, quien dice que muchos adolescentes exage-

rando los rasgos de psicoevolutividad padecen esquizofrenias transitorias. Sin embargo, es la adolescencia un estado paratípico codeterminante del genotipo que posiblemente en herencia fisiopatológica manifieste una tendencia. Es también digno de notar la evolución posterior de la esquizoidia, la cual desaparece cuando no es muy acentuada entre los 26 y 30 años. Desapareciendo en otros muchos casos en la edad involutiva, en la cual estallan generalmente los temperamentos paranoides y ciertas esquizopsiquias parciales. Por último, la senilidad modifica frecuentemente no sólo la esquizoidia sino incluso esquizofrenias graves.

Aquí sólo hice psicología, psicología sencilla, y puse una serie de formas de reaccionar del esquizoide habiendo otras muchas más, naturalmente, pero todas estarán selladas por la base mental anotada como característica.

BIOTIPOLOGIA DEL ESQUIZOFRENICO

La biotipología del esquizofrénico, y del esquizoide por tanto, pertenece en rigor a la clínica pero como aún se encuentra en pleno período filosófico la coloco en este sitio.

Únicamente considero las direcciones biotipológicas de Pende y Kretschmer pues las de Viola, Auliffe, Baner, Kraus, Mills, Peorl, Marinesco, etc., están casi olvidadas y son indiscutiblemente más completas las dos primero citadas.

La biotipología pretende definir a la persona humana como: "síntesis psicofísica de los factores morfológicos, morales, intelectivos y dinámico humorales sustentados por el patrimonio hereditario" (Pende).

Como se ve, ya Pende resolvió (!) lo que es el hombre basándose en lo que arbitrariamente considera factores de

la personalidad individual. Esto es análogo al razonamiento parafrénico de Gall que creó la frenología; pero va más allá en la solución de los problemas, de toda clase de problemas, de presente, pasado y porvenir del individuo.

Kretschmer más prudente y siendo psiquiatra eminente aisló primero los tipos psicológicos ya dichos de ciclo-tímico y esquizotímico. De esta tipología psicológica derivó una biotipológica al notar la constancia con que se encuentra la eurisomía (gordura) es en los ciclotímicos (?). En los portadores de lo que llamaba mentalidades esquizoafines no halló uniformidad en su morfología física. Mauz aisló más finamente estas mentalidades surgiendo para Kretschmer entonces en forma clara la relación psicósomática: esquizotímico-leptosoma (delgados). Planteado, dice él, ya el problema de la conformación corporal encontró que había sin poderse abarcar en estas dos formas antropológicas la de los atletas los cuales tienen características que ameritan un tipo constitucional biotipológico, investigando a posteriori su mentalidad.

Marañón que hace la defensa literaria de la biotipología en su "Gordos y flacos" nos dice que la primera definición que da el vulgo (*Vox populi, vox Dei*) es la de gordos y flacos y que de allí se sacan muchas características psicológicas. Pero como se ve eso no basta como argumento científico. Se ha ligado, al menos en nuestra cultura europeo americana a la "delgadez" la mayor "evolución" psíquica y corporal, y, aún los que afirman que no es necesario que el esquizofrénico sea inteligente, lo ligan a esta constitución física.

Pende hace la síntesis de sus biotipos en la siguiente forma: I. Longilíneos, esténicos, tónicos, son individuos altos, erguidos, tónicos, hiposómicos (masa corpórea: divi-

sión estatura entre perímetro torácico), sexualmente bien diferenciados, espaldas anchas, pelvis estrecha, sistema muscular y caracteres sexuales bien diferenciados (para lo primero se puede obtener una indicación aproximada con el perímetro del cuello) hipertrichosis en tórax, abdomen y miembros inferiores, en la mujer naturalmente en menor cantidad. Esto en cuanto a la cara morfológica.

La endocrino humoral ofrece variantes según las glándulas endocrinas predominantes siendo más frecuentes las asociaciones hipertiroidea-hiperpituitaria, hipertiroidea, hipersuprarrenal e hipertiroidea hipergenital. Predominan en ellos, pues, las funciones catabólicas y son simpaticotónicos.

Psíquicamente son taquiprágicos (energía funcional) taquipsíquicos (velocidad funcional) hiperemotivos e irritables. Predomina en ellos la voluntad y la fantasía. Son esquizoides, pesimistas e introvertidos.

II.—Longilíneos, hipoesténicos, hipotónicos, son altos de tórax estrecho y parálisis, hiposómicos (pueden ser gordos). Desarrollo muscular hipotrófico e hipotónico. Cara larga, nariz afilada, pómulos prominentes, piel fina. Articulaciones laxas. Caracteres sexuales secundarios escasos, aparato genital hipotrófico.

Las asociaciones endocrinas frecuentes son: hipertiroidea hiposuprarrenal, hipertiroidea-hipertímica (?), hipertiroidea-eunucoide, hipertiroidea-hipoparatiroides (espasmofilia),

Hipoplasia y ptosis visceral. Escaso desarrollo cardiovascular, pulmonar. Hipoglucémicos. Vagolábiles.

Francamente esquizoides. Inteligencia muy desarrollada (?) pero fatigable. Taquipsíquicos, hipoinstintivos hiperracionales; místicos e hiperracionales (pertenece al ti-

po "místico" puesto de moda por el Greco y en su descripción psicológica se basa en eso y no en la realidad).

III.—Brevilíneos, esténicos, tónicos: (Índice estatura, peso disminuído). Sistema muscular desarrollado, cabeza corta y ancha, pómulos y mentón prominentes, ojos pequeños e inexpresivos, inversión de la relación tronco miembros, cabellos escasos, ausencia de vello en tórax y miembros. Aparato genital poco desarrollado. Hipergenitales, hipotiróideos. hiposuprarrenales, bradiprágicos. Vagotónicos.

Mentalmente son: hiperinstintivos, extrovertidos, eufóricos, volitivos, psicohipertónicos e hiperestésicos, ciclotímicos, realistas concretos.

IV.—Brevilíneos, hipoesténicos: disminución del índice estatura peso (macrosomía). Sistema muscular poco desarrollado. Ojos pequeños y de expresión pueril. Barbilampiños. Caracteres sexuales secundarios y primarios poco desarrollados. Tendencia a la obesidad.

Endocrinológicamente son a menudo hipotiróideo hiperinsulínicos, hipogenitales. Vagolábiles.

Psíquicamente apáticos, bradipsíquicos ciclotímicos. Como los anteriores realistas y concretos.

Añado a esta síntesis algunos aspectos más detallados de la llamada pirámide biotipológica.

De la base constituida por la herencia se investiga: antecedentes hereditarios de padres y abuelos (vida sexual, influencias ambientales, hábitos, carácter sobre todo durante el tiempo concepcional, pre y post, raza y diátesis, la cual es para Pende la predisposición hereditaria a determinados padecimientos. Establece las siguientes. artrítico litógena, tubercuosa, adenolinfática, dishémica, pletórica,

hemorrágica, lipógena, atrépsica neoplásica, endocrinopática, neuropática, distimicopsicopática, amoral, hidrolábil, exudativa, ictafín, anafiláctica metereopática osteodistrófica, cardioangiopática, colémica, renal, autoinfectiva).

De la cara morfológica son lo más importante los índices estatura-peso (que nos da según sus tablas la macrosomia, microsomia y normosomia) y estatura-perímetro torácico medio (que da lo longilíneo, brevilíneo y normolíneo). El tono (que se obtiene por las proporciones musculoligamentosas, cardiorrespiratorias y genitales, se puede lograr simplificadaamente midiendo el diámetro muscular de la nuca). Este tono en sus modificaciones puede ser: esténico y asténico.

De la cara dinámico humoral lo esencial es determinar el predominio anabólico o catabólico que se obtiene con la metabolimetría. Lo neuromuscular lo valoran midiendo fuerza, velocidad y resistencia y la velocidad psicomotriz (bradipragia, taquipragia).

Luego las conocidas morfologías endocrinas que llaman temperamentos.

De la cara moral: la estudia conforme a tests y establece los once tipos siguientes: hiperinstintivo-hiposentimental, hipoinstintivo-hipersentimental, hiposentimental hiperracional, hipertónico, deprimido, hiperestésico, hipoes-tésico, hiperirritable, hipoirritable, taquipsíquico y bradipsíquico. Son los bastante característicos los nombres para detallarlos. Esta clasificación está inspirada en la de Spranger.

En la cara intelectual estudia: inteligencia, subconciencia, carácter, instinto de imitación y atención.

De Kretschmer ya dijimos que había partido de dos tipos mentales, el esquizotímico y el ciclotímico, para des-

pues encontrar sus relaciones biológicas. En cuanto a características antropológicas encuentra tres normales: asténico, atlético y pícnico, y como anormales o displásicos tres también: gigantes-eunucoïdes, obesos pluriglandulares eunucoïdes, hipoplásicos-infantiles.

Las características físicas resumidas, pues hace como Pende gran cantidad de medidas, son: asténico, cintura escapular pequeña al igual que la circunferencia torácica, cráneo achatado y pequeño, nariz larga y estrecha, ninguno de los sistemas plásticos los tiene desarrollados.

El índice de Pignet (relación entre peso y volumen) los diferencia fácilmente de los atlético y de los pínicos.

Atléticos, gran cintura escapular, circunferencia torácica media, cráneo fuerte y corto. Es en ellos característico el gran desarrollo óseo y muscular. La diferencia entre cintura escapular y perímetro torácico los distingue de los pínicos.

Entre estos dos pone un tipo intermedio el asténico-atlético que es delgado y da la impresión de fuerza.

El pícnico por último al igual que el asténico tiene pequeña cintura escapular, cráneo largo y voluminoso, sistema óseo y muscular poco desarrollado, en cambio gran cantidad de pániculo adiposo. Como dijimos se parece al atlético en el índice de Pignet, pero se diferencia de él por su menor cintura escapular y su mayor perímetro torácico que indica el gran volumen de sus cavidades esplánicas.

A más de esto hace un complicado interrogatorio que llama "psicobiograma".

A estas formas corporales pertenecen "disposiciones primarias" o "radicales de la personalidad", no ya los com-

plejos caracterológicos, sino las reacciones condicionadas directamente por lo biológico como son: estado de ánimo, "tempo psíquico", excitabilidad, etc., que agrupados constituyen el núcleo disposicional", es pues una síntesis psicocotípico-constitucional la cual está a su vez formada por la herencia.

De sus tipos psicológicos no digo nada pues ya lo hice más arriba. Sólo pongo aquí el resumen dado por el mismo Kretschmer; Forma corporal pícnica que tiene como temperamentos afines: hipomaníacos, sintónicos depresivos y como enfermedades afines las psicosis circulares.

Forma corporal leptosómica o asténica, que tiene como temperamentos afines. esquizotímicos, hiperestésicos, intermedios, anestésicos, y como enfermedades afines: grupos centrales esquizocáricos.

Forma corporal atlética que tiene como temperamentos afines: viscosos, flemáticos, explosivos. Enfermedades afines: grupos catatónicos destructivos de la demencia precoz estricta (!) y epilepsia.

La esquizocaria y la demencia precoz estricta las abarca dentro de la esquizofrenia.

Para las formas displásticas no ha llegado aún a conclusiones definitivas de la relación psicósomática, aunque ya ha notado la relación entre infantilismo e histeria.

La comparación de estas dos clasificaciones nos revela a simple vista que Pende, endocrinólogo ante todo, y que plantea bien el problema, es absorbido posteriormente en sus teorías por las mucho más claras y fáciles de Kretschmer, encimándose, como ya sus mismos discípulos lo hacen, los tipos: longilíneo-esténico-tónico y atlético, longilíneo-hipoesténico-hipotónico y leptosoma; y el pícnico abarca-

ría al brevilíneo-esténico-tónico y al brevilíneo hipoesténico; el primero puede que sea un pánicoatlético.

Aunque indiscutibles las influencias corporales, endocrinológicas y hereditarias, no determinan por sí mismas el psiquismo de nadie. Así Mollenhoff concluye que nada encuentra de correspondencia entre figura corporal y temperamento mental. En los esquizofrénicos Kolle opina lo mismo y añade que la doctrina de Kretschmer "oculta con exactitud pseudocientífica el problema". Bumke en su tratado dice que las excepciones a los tipos de Kretschmer son más frecuentes que los tipos. Prinzhorn con estudios estadísticos demuestra que Kretschmer exagera. Rosenfeld en su "Psiquiatría práctica" encuentra una concordancia del 50% al 60% de esquizofrénicos y leptosomas; pero la asociación pánico cicloide es mucho más rara.

Aquí en México encontramos la misma frecuencia que anota Rosenfeld, aunque es cierto que es mucho menos frecuente en nuestro medio el pánico que en la Europa central y esto por lo demás no es una excusa.

La tipología somato-psicológica es casi tan vieja como el mundo y muchas veces ha sido confundida con la psicología. Las últimas distinciones hechas por Kretschmer solucionan en parte las objeciones planteadas, pero su método de selección es en sí un defecto a más del que haya partido de prejuicios. Son tantas las influencias que recibe una persona humana desde antes de su nacimiento, que es imposible averiguarlas para poder lograr una línea vital que además no nos daría ninguna certeza ni patológica ni normal.

Es quizá con el método de psicología de Adler de donde surge la interpretación más acertada de la patología endo-

crina y orgánica. Hay psicosis y neurosis que tienen un fondo psicofisiológico fácilmente determinable y es posible que cuando la endocrinología avance más, podamos resolver muchos misterios de ideas delirantes, cenestopatías, etc.

En resumen: no encontramos ninguna determinación biotipológica del esquizoide, al menos una biotipología diferencial; ni tampoco ninguna afinidad biológica entre éste padecimiento y una morfología física.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Frecuencia. Raza.

Es la esquizofrenia el padecimiento mental diagnosticado con mayor frecuencia según algunas estadísticas, anticipándole en otras las demencias sifilíticas. Estas dos enfermedades reunidas constituyen del 65% al 80% de los internamientos en los manicomios. Es indiscutible que se abusa de éstos diagnósticos, de la esquizofrenia por nuestra ignorancia actual, y de la lúes por abuso de los diagnósticos serológicos; sin embargo eliminando todos los errores posibles siguen siendo estos dos padecimientos los más abundantes. Según Luxenburger los esquizofrénicos constituyen el 0.64% de la población total. De los internamientos a frenocomios le corresponden del 30% al 37%, más de la población de ellos llegan hasta el 40% o al 45%. Esto se explica por ser ésta enfermedad crónica e incurable, por ahora, siendo los padecimientos sifilíticos curados o remitidos por la piritoterapia, por lo que se disminuye la población permanente de ellos como de otras psicosis curables o intermitentes (con mayor frecuencia que la esquizofrenia).

No hago la clasificación estadística de las llamadas formas clínicas pues tiene poca significación, tanto por la

clasificación en sí como por su variabilidad evolutiva, lo que falsea totalmente los números. Sin embargo puedo decir que la denominada forma paranoide es la más frecuente en el comienzo.

Las estadísticas han sido hechas por anglosajones y admiradores de la esquizofrenia, quienes la creen un padecimiento de razas superiores y se adjudican la mayor abundancia de estos enfermos.

Las razas nórdicas excluyendo a las eslavas, dicen, son las más propensas a enfermar de esquizofrenia, siendo en los asiáticos y los negros un padecimiento excepcional (J. Schottk). Ignoro la certeza de esto, cito a manera de curiosidad un comentario del vulgar Lin Yu Tang quien dice que la locura en China es tan rara que si se encontrara un loco sería adorado como un enviado del cielo.

En México es también, con la parálisis general progresiva, el padecimiento psiquiátrico más frecuente; ocupando, grosso modo, la misma frecuencia que la anotada en Francia, Alemania, España, etc. No he encontrado ningún estudio estadístico diferencial de la esquizofrenia en las diversas razas aborígenes, sin embargo, se ven en nuestro manicomio, que por lo demás no concentra todas las regiones indígenas por muchas causas, distintos tipos antropológicos con este trastorno mental.

Herencia

La herencia como factor determinante o predisponente se encuentra actualmente muy controvertida. La heredología en los padecimientos mentales "no ha pasado del más rudimentario empirismo" (P. Magnan). Desde las teorías de la degeneración de Esquirol pasando por Darwin, Morel, la herencia psicológica de Ribot, etc., hasta los mo-

dermos concepto de herencia fisiopatológica, la heredología humana ha avanzado muy poco debido a una falta de método que permita sacar conclusiones con un "material pequeño, longevo y no "sanamente" experimentable" (Rudin).

De la farragosa terminología que usan quienes de esto se ocupan saqué lo siguiente:

Ciertos autores relacionan la esquizofrenia con la epilepsia (Galastschyon, Campollo) como etapas de un mismo padecimiento quedando por tanto sometidas a las mismas leyes heredobiológicas.

Luxenburger y Wolfsohn encuentran en 647 esquizofrénicos el 64% de herencia. Los autores alemanes constitucionistas (Mauz, Kretschmer) consideran las esquizotimia genotipo de la leptosomía.

Estadísticas rusas concluyen: la esquizofrenia no es transmisible por heterocigote. El homocigote sólo produce predisposición que en concurrencia de factores patógenos (paratípicos) producirá la esquizofrenia (fenotipo).

De la herencia heteróloga son partidarios Aldana y Janet, con observaciones poco numerosas, encontrándose entre los diversos padecimientos capaces de producir por herencia la esquizofrenia, los siguientes: psicosis maníaco depresiva, neuropatías (alcoholismo, histerismo, etc.) epilepsia, esclerosis en placas, parkinsonismo. Aunque existe un movimiento muy fuerte en contra de la herencia heteróloga, la cual es considerada vestigio de la teoría de la degeneración.

Para terminar diré algo de la consanguinidad como causa de la esquizofrenia, según Desruelles y Gardin —siguiendo a Anglade, Roubinovitch, etc.—, la consanguinidad está sometida a las mismas leyes de herencia que la

no consanguinidad. Más en caso de concurrencia de factores genotípicos homocigotes "la herencia se eleva a su máxima potencia".

Es pues sólo heredada la predisposición (Galastchyon) la cual no es transmisible polihíbridamente y es por tanto carácter recesivo. Por lo cual es posible el atavismo (importancia de averiguar antecedentes de abuelos y colaterales). Los caracteres predispositivos tienden a desaparecer en proporción geométrica.

La consanguinidad sólo es perjudicial en caso de concurrencia homocigota. La herencia heteróloga no ha sido demostrada fehacientemente y es posible que no lo sea, por la frecuencia de los padecimientos considerados capaces de transmisión heteróloga.

A pesar de las anteriores conclusiones no estamos autorizados a afirmar o negar la heredabilidad de la esquizofrenia mientras no se conozca su causa. La teoría del germen y el soma (y posiblemente el psicoplasma) sigue imperando actualmente, y no sabemos cuales son los caracteres adquiridos, como puede serlo la esquizofrenia, susceptibles de transmitirse. Sin embargo podemos considerar como diátesis psicopáticas que imprimen a los descendientes tendencia a padecimientos mentales en forma homóloga, y tal vez heteróloga, los trastornos de la timopsique (ciclotimia, histeria, paranoia, etc.) que para algunos no serían más que diversas manifestaciones. Resenfeld y muchos otros hacen notar que es frecuente la aparición de esquizofrénicos en familias normales.

Edad.

Ya dijimos que la edad más frecuente de aparición de esta enfermedad va de los 19 a los 25 años, siguiendo co-

mo fenómeno biológico la curva de Galton o la de los errores de Gauss. Desciende el número de principios de los 15 a los 19 años y de los 25 a los 32 años, siendo excepcional su comienzo antes o después de estas edades pero comenzando sin embargo. Esto es lo suficientemente característico para ayudar a un diagnóstico. Vale anotar que corresponde a las edades de mayor gravedad de aparición de la tuberculosis.

Sexo

Es poco más frecuente en las mujeres que en los hombres, siendo un poco más precoz en ellas. Han querido encontrar mayor número de esquizofrenias paranoides en la mujer correspondiendo a los hombres el mayor número de heboidofrenias v hebefrenias.

Ecología

En cuanto a las llamadas clases sociales la esquizofrenia no tiene predilección. Es sin embargo raro encontrar profesionistas con este padecimiento, aunque los estudiantes son frecuentemente tributarios; ésto se explica por la edad en que se terminan las nombradas profesiones liberales. Es conveniente llamar, una vez más, la atención a nuestras autoridades sobre la gran cantidad de enfermos mentales de todas clases, en especial de esquizofrénicos, que repatriar los Estados Unidos de entre los denominados braceros. Se necesita un examen psiquiátrico más minucioso de quienes salen, pues podría ser este despego y esta ambición más frecuente entre psicópatas, o la índole de trabajo, trato y demás a que están sometidos, ser causa de estas enfermedades.

También se anotan repetidos casos en los cuales es.

talló el padecimiento en los días subsecuentes al matrimonio, cosa que han hecho notar los psicoanalistas.

Es también, dicen, frecuente en los campesinos trasladados a la ciudad.

Entre las ocupaciones, todos los hombres tienen ocupaciones, donde es frecuente encontrar esquizofrénicos, y ya se ha dicho mucho, es entre los vagabundos, constituyendo con los epilépticos o epileptoides, el mayor número de ellos. Gran cantidad de pequeños criminales reincidentes, excepcionalmente grandes criminales generalmente reclutados entre los vagabundos son a menudo enfermos de esta índole.

AGENTE CAUSAL

Llegamos ahora al punto considerado como nodal por casi todos los autores, pero más que punto nodal es álgico, ¿qué es lo que produce la esquizofrenia? A mí me parece con Boven que el problema que antes que éste se debe resolver es el problema clínico; cuando hayamos aislado un determinado número de padecimientos esquizofrenoides de la esquizofrenia, podremos con más certeza lanzarnos a la ardua labor de resolver el problema del agente causal determinante de esta enfermedad. A este respecto se han propuesto teorías diversas: anatómicas, degenerativas (heredobiológicas), fisiológicas, psicológicas (y metafísicas) y mixtas.

Ya en la sinonimia y en las definiciones vimos algo referente a esto, más antes de continuar, nos conviene hacer un análisis de la anatomía patológica de la esquizofrenia.

Anatomía Patológica

Lo más original que ha hecho la medicina posterior a la biología griega ha sido, indiscutiblemente, el dar impor-

tancia fisiológica y psíquica al cerebro, tan despreciado por los helenos, concepción que ha tenido comprobaciones asombrosas, más a la que no se debe pedir todo el psiquismo humano, psiquismo que es resultante de esa unidad maravillosa que somos en acto y en historia. Sin embargo por nuestras parcialidades intelectuales hemos querido hacer la residencia oficial de todo lo mental en el cerebro, cosa que ha sucedido con la esquizofrenia también, y los trabajos que de la anatomía patológica de esta enfermedad se ocupan, sólo se refieren al cerebro, con excepción de los hechos por quienes con espíritu clínico o con algún prejuicio, han buscado en otros sitios o en otras alteraciones no puramente anatómicas encefálicas la localización de las enfermedades mentales, en vista de esto se plantea la cuestión, para los organicistas, de la localización de la esquizofrenia.

La residencia de la esquizofrenia. ¿Enfermedad cerebral en su localización, o sólo en sus manifestaciones?

Aquí lo primero que se debe solucionar es la existencia de las esquizofrenias sintomáticas. Cita Baruk, por ejemplo, una esquizofrenia franca, diagnosticada con toda certeza, en un individuo con un tumor en el lóbulo temporal, pongo este caso por ser el más conocido. Se internan frecuentemente confusos y postencefalíticos diagnosticados como esquizofrénicos francos, diagnóstico hecho con toda certeza; más su evolución muchas veces hace rectificar las etiquetas. Al lado de esto hay, entre otros, el caso, que cita Laburu, de Adler: un joven diagnosticado esquizofrénico incurable repetidas veces por eminentes psiquiatras, y a pesar de lo cual se encargó del enfermo, empezó su tratamiento y un día el joven le agredió hiriéndose la mano. El psicoanalista le vendó y entonces el joven que no

hablaba dijo: "estoy decidido a curarme. Las pláticas con usted me han vuelto el interés a la vida, el cual había perdido por completo". Desde entonces, dice, se inició una mejoría franca que llevó al paciente hasta la curación. Y aquí concluye que no había lesión física, pues no se hubiera podido curar con charlas.

Nos vemos, pues, obligados a concluir, o que estos casos no eran de esquizofrenia, o que las manifestaciones clínicas que son las conocidas en ellos son conforme a la regla de fisiopatología general. —las alteraciones fisiopatológicas están contenidas eminentemente en el órgano normal—, siendo entonces un complejo sindromático, respuesta a noxas fisicoquímicas o psíquicas. Respuesta al parecer favorita de la mente humana o al menos de ciertas constituciones.

Los anatomopatólogos que de ésto se han ocupado, repito, han fijado fundamentalmente su atención en el cerebro, quizá porque son neuroanatomopatólogos, viéndose obligados en la actualidad a concluir que no existe ninguna lesión en el encéfalo que se pueda considerar específica de la esquizofrenia, trasladando su esperanza para el futuro (Klahrfeld, Nieto, etc.) para cuando la citoarquitectura cerebral sea conocida. Es la citoarquitectura una teoría inteligente a la cual han sido conducidos los neurólogos en vista de las especificidades funcionales de las vías nerviosas, que tendrían como fin una neurona con funciones también específicas, ésto es casi indiscutible en cuanto a lo neurológico, pero en lo referente a lo psicológico presenta grandes dificultades debido a las definiciones y vicarizaciones psicofuncionales.

Sin embargo han sido descritas gran cantidad de lesiones cerebrales consideradas por algunos como Dide y

Guiraud (falta de pigmento en el locus niger, degeneración grasosa de las células del tálamo, sobre todo en la confluencia del putamen y del núcleo caudado y menos aparente en la cola del núcleo caudado y en el globus pallidus, en la corteza aspecto joven o embrionario de las células piramidales), Alzheimer (abundancia de células de glía de forma amiboidea), Mott (lipoidosis nerviosa a más de atrofia testicular y aplasia vascular), Nissl y Sioli (esclerosis parcial del córtex), Füngfeld (lagunas neuronales en ciertas capas de ciertas zonas) específicas de este trastorno.

Se han descrito otras muchas lesiones concurrentes en cerebros de esquizofrénicos y de enfermos no mentales como observaron Spielmayer, Ecónomo y Peters: degeneración en capa de las células corticales, dependiente de alteraciones vasculares como las derivadas de la neumonía, arterioesclerosis, uremia y semejantes a las que se presentan en la agitación psicomotriz intensa y prolongada de cualquier origen. Entre estas alteraciones de causa vascular se encuentran las descritas por Dide y Guiraud. La lipoidosis citada arriba también es frecuente en personas normales, como la llamada enfermedad celular de consunción de Füngfeld (desaparición de las granulaciones de Nissl lo que da aspecto reticular al protoplasma y desaparición del núcleo) la ausencia de algunas circunvoluciones, lo mismo que esclerosis o retracción parcial del córtex descrita por Nissl, Sioli y Southard.

Así pues, repito, no se ha encontrado ninguna lesión anatomopatológica cerebral propia de la esquizofrenia (Nieto, Klarfeld, Ecónomo, Spielmayer...) y como dice Nieto se debe asumir toda clase de reservas mentales a las descripciones de anatomía patológica de la esquizofrenia, y en especial recomienda ésto a los no peritos en anatomopatología. Cosa que hace Klarfeld también.

Entonces tenemos que volver, en vista de ésto, a recurrir a las esquizofrenias sintomáticas. Vallejo y Nágera entiende por psicosis sintomáticas: "los trastornos psíquicos que se presentan en el curso de las enfermedades de los órganos internos, infecciones agudas, endocrinopatías, etc., cuyas lesiones no tienen una localización cerebral" o sea síntomas que se agregan a una enfermedad no cerebral.

Birnbaum propone el análisis estructural de las psicosis, al igual que se plantea en la patología general, hay: I.—factores patogénicos los cuales confieren el carácter específico y genético del proceso morboso, II.—factores predisponentes que son las maneras individuales de reaccionar, III.—factores desencadenantes o sea los que actúan poniendo en marcha el proceso. Habiendo en la sintomatología una patoplastia o síntomas que matizan la enfermedad, éstos son de origen externo ecológico.

Los heredoconstitucionalistas apasionados, Luxenburger, Bumke, etc., que inspiran gran desconfianza por sí mismos por ser tan apasionados, resuelven el problema en forma cómoda, la esquizofrenia, afirman, es constitución heredada genotípicamente, que se hará fenotipo al ser puesta la constitución potogénica en contacto con factores desencadenantes: toxifecciones, puerperio, pubertad, etc. Pero ya vimos que los estudios sobre herencia no comprueban en forma contundente, ni mucho menos, esta manera de pensar, en contra de la mayoría de los autores alemanes.

Entonces tenemos que buscar la causa en un lugar fuera del cerebro o recurrir a las teorías animistas puras.

Presentan los esquizofrénicos alteraciones en otras diversas partes de su organismo. Se han descrito muchas: Monakow y Kitabayashi han visto atrofia de la barrera ectomesodérmica (plexos coroides, epéndimo, etc.) pero no

es frecuente. Cotton, Bayard Holmes, creen que las infecciones focales de las amígdalas, dientes o intestinos pueden producir por intoxicación la esquizofrenia. Ya citamos que Mott encontró atrofia testicular y aplasia vascular en estos enfermos. A más de éstas y otras muchas teorías como las indispensables de sífilis, heredosífilis y tuberculosis (metatuberculosis de Claude y Dublineau, inspirados en la misteriosa forma filtrable descrita por Fontes, hicieron inoculaciones sucesivas en cuyos hasta obtener mycobacteria tuberculosis. Además, la frecuencia con que según ellos se encuentra la tuberculosis entre los esquizofrénicos y sus familiares; ésto fue investigado por Levy Valensy "sin obtener resultados precisos". El Dr. Dávila me hacía notar lo excepcional que es en México la asociación esquizofrenia-tuberculosis.

Hay desde hace algunos años una inclinación a investigaciones metabólicas y se encuentran efectivamente en los esquizofrénicos trastornos de esta índole, más para su crítica debemos tener en cuenta que estas investigaciones se hacen en individuos sometidos a un régimen alimenticio y de vida uniforme, a condiciones psíquicas deprimentes, etc., que tienen gran influencia sobre ésto. Variaciones de peso tanto en ascenso como en descenso; disminución del metabolismo de base; predisposición a fenómenos alérgicos; el factor M N de Landsteiner y Levine se encuentra un 5% más de M (Prokop, etc.). Estos trastornos físicos sobre todo los metabólicos son muy inconstantes, posiblemente por falta de un criterio de la normalidad.

En la sangre se han investigado las constantes habituales: coagulación, sangrado, biometría hemática, grupos sanguíneos, volumen, número de glóbulos los cuales están disminuidos para Finkelman y Haffron, etc., de ésto dice Mira, ninguna de las alteraciones es lo suficientemente

constante para ser tenida en cuenta. La bioquímica también ha sido minuciosamente estudiada (Mc. Farland y Goltstein): azúcar: las constantes glucémicas no se hallan alteradas (Newcomer, Weston, Freeman, etc.) aunque después de la ingestión de glucosa, la hiperglucemia se mantiene más tiempo del normal sobre todo en los paranoides (Mann, etc), para Zara hay alteraciones marcadas del metabolismo de los glúcidos, Freeman, Looney encuentran escasa respuesta a la epinefrina. p. H. sanguíneo normal (Pugh, Poli). Bióxido de carbono normal en cantidad, más existe disfunción en el aprovechamiento del oxígeno (Looney y Freeman). El mecanismo de eliminación del bióxido de C es rígido y estático; Notkin afirma que la distribución de éstos gases no sería uniforme en todo el organismo. Sin embargo esto no se ha podido demostrar obteniendo sangre de diversas venas (yugulares, cefálicas, etc.). Calcio y fósforo: Weston y Leeman encuentran cantidades normales de ambas sustancias, Siegler también haya valores normales y en algunos casos aumentados, Rizzati dice que hay hipocalcemia (6 a 7 mg. por 100 c.c.). Substancias nitrogenadas: Adler, Bowman, Hinsie, etc., encuentran valores normales. Reid cree que la teoría de Looney sobre las aminas tóxicas como productoras de estados depresivos se comprueba en la esquizofrenia; Bisgaard dice que el nitrógeno total está aumentado (7.06 mg.) y que la creatinina está disminuída. Lipoides: Sharpe encuentra lecitina en cantidad normal, colesterol disminuído el 25% en el principio de la enfermedad y aumentado en 30% en las formas viejas, Claude observa valores normales. Cloruros: Delaville, Tschernyakofsky y otros hayan valores ligeramente altos dentro de lo normal. Lo característico de la esquizofrenia no es, pues, el aumento de ninguna sustancia sino las variaciones continuas de un momento a otro

con brusquedad fisiológica de los valores normales (Hoskins y Zelinck).

Gilb Muyle encuentra en el L. C. R. de los esquizofrénicos incipientes hiperalbuminosis e hiperglobulinosis, sobre todo en los agitados.

Se ha hecho la angiografía cerebral encontrándose las mismas variaciones que en sujetos normales.

De las teorías psicógenas, como la psicoanalítica, etc., tenemos que decir, no bastan por sí solas para explicar la etiopatogenia teniéndose que recurrir al constitucionismo. Meynert concibe la esquizofrenia como una profunda regresión a la etapa narcisista (etapa en que el libido se dirige a su propio cuerpo, o para Freud, la síntesis final del autoerotismo aislado) cuando aún no se ha diferenciado totalmente el cuerpo del mundo, esta regresión no afecta todas las esferas de la experiencia sino únicamente a las esferas de fijación correspondientes a la vida llevada. Los mecanismos del ego y del superego parcialmente conservados se interfieren continuamente en la libre expresión de las tendencias sexuales primitivas. El superego en el curso de la regresión sufre severos cambios retornando a la primitiva fase de desorganización. Fase de erotismo sádico oral, posiblemente por las tendencias extrañas y destructivas. Más para ésto el superego presupone un fuerte complejo de Edipo (Schilder).

Sobre esta concepción se basan más o menos casi todas las teorías etiopatogénicas psicológicas cambiando nombres y algunos detalles de especificación.

P A T O G E N I A

Los hechos y su interpretación.

Encontramos fisiológicamente con constancia una debilidad neurovegetativa, debilidad de ambos sistemas vege-

tativos que se hace aparente con la llamada prueba neuro-circulatoria y defectos de la circulación periférica (pletismograma) la disminución de los movimientos respiratorios fisiológicos, que se traduce algunas veces por hipooxigenación globular, tendencia a constipación o diarreas por atonía intestinal, orinas de escasa concentración y la variabilidad de la bioquímica sanguínea, escasa respuesta a la vasodilatación por histamina (Friedman, Thale), etc. Toda la sintomatología que da una hipotonía vagosimpática con las zonas de preferencia individual, sobre esta hipovagosimpaticotonía se puede establecer naturalmente la preeminencia de tal o cual sistema (simpático en los paranoides, vago en los catatónicos), sin embargo en general poca reacción a la adrenalina (Freeman, Looney). Los biotipos hipovegetativos descritos por los autores (débil, leptosoma, etc.) (1). Psíquicamente sensación de debilidad cenestésias extrañas, pérdida de las sensaciones de hambre o satisfacción. Tendencia a la despersonalización, abstractivismo morboso, con trastornos de la expresión, trastornos de la esfera afectivo instintiva, delirio, alucinaciones (?).

Analizando: dijimos en la psicología del esquizoide que lo fundamental en él era una dificultad expresiva que engendraba el autismo, dificultad expresiva que se debía a falta de impulso instintivo afectivo, engendrada por la cenestesia del organismo y conducida y coordinada por el neurovegetativo que se centraliza en los núcleos grises

(1) Se han hecho muchos estudios sobre este punto sobre todo en EE. UU. Por ejemplo Angyall y Blackmann han estudiado las respuestas vestibulares con excitaciones calóricas y rotatorias, variando el medio interno (alcohol, CO, hiperpnea) observando "Inversión" cualitativa y cuantitativa del nistagmo. Inversión que es siempre disminución, ya es sabido cuales son las vías del nistagmo.

centrales, que de esta falta cenestésica surgía el abstractivismo, la duda, la perseverancia, las estereotipias, la desilusión del actuar, la falta del "deseo de vivir", la carencia de sintonía, la ironía, las distimias, el negativismo, el pensamiento mágico, la tendencia a la masturbación, el amor "wertheriano", el intropectivismo, etc.

En el esquizofrénico tenemos aumentado al máximo, lo descrito para el esquizoide. Sobre un acentuado fondo de debilidad neurovegetativa existe un bloqueo de las excitaciones que van de los núcleos de la base a la corteza, bloqueo cuyo origen, como el de la hipotonía neurovegetativa puede obedecer a la misma causa, posiblemente sea tóxica, debido quizá a la histamina como sospechó Bayard Holmes o a una substancia análoga, o quizá sea la metatuberculosis sospechada por Claude pues existe gran paralelo en cuanto a edad (gravedad y recrudescimiento en la adolescencia de los procesos tuberculosos), morfología corporal, debilidad vegetativa, etc.

En el adulto existe mucha menor influencia de esos núcleos sobre la corteza como ya lo observaron L'hermitte y Krasmagorsky lo que psicológicamente se traduce por una menor emotividad, etc, la cual en el inicio de la juventud, por el reacomodo biológico, es más acentuada como psicológicamente se revela.

Lo fundamental que se presenta en el esquizofrénico ya dentro de la franca patología mental es la alteración del pensamiento; considerando al pensamiento influido por la afectividad. Y siendo manifestaciones del pensamiento las pseudopercepciones, —pues creo con Ey que obedecen éstas al mismo mecanismo de las ideas delirantes—, los trastornos del lenguaje como expresión del pensamiento, si no sería puramente una afasia— como los trastornos de la motricidad

consciente como catatonía, amaneramientos, etc., entran dentro de la misma génesis del pensamiento.

Es por demás insistir en la constancia de las localizaciones neurológicas conocidas que se relacionan con estos trastornos en los núcleos grises centrales.

Así pues, vamos a estudiar los trastornos del pensamiento como característicos de la esquizofrenia. Consideramos, lo acabo de decir, trastornos del pensamiento: pseudopercepciones, lenguaje, trastornos de la motilidad consciente y los considerados clásicamente dentro de éste como ideas delirantes, robo, influencia, rigidez, incoherencia.

El esquizofrénico percibe el mundo en forma extraña, imprecisa, como nosotros contemplamos el teatro, el esquizofrénico no tiene participación activa vital en lo que sucede en su torno, al igual que el espectador de escasa sintonía asiste a una representación con una sonrisa fría, con un agudo sentido del ridículo, la instintiva afectividad no participa nunca de lo que sucede en su torno a pesar de que su mente, su conciencia, esté recogiendo todo lo que pasa a su alrededor, mas claro está no con la viveza y precisión que da la afectividad a lo que pasa al sujeto normal. Es otra vez la "caja de cristal" que impide al esquizofrénico "tener sentimientos", lo que hace que no desee el mundo y que éste se vaya deshaciendo en conceptos.

Al lado de esta percepción "fantasmagórica" del mundo, tienen estos enfermos trastornos psicosenoriales muy frecuentemente, es aquí donde se encuentra más la confusión entre alucinación, ilusión y delirio anotada por Ey.

El esquizofrénico nunca tiene alucinaciones propiamente dichas, ya Bleuler lo había observado al notar que

generalmente sus alucinaciones son extracampales de los sentidos, es frecuente que el esquizofrénico vea "dentro de su cabeza", "detrás de sí", oiga "dentro del cerebro", etc. Analizando ésto cuidadosamente los enfermos explican que "sienten" tal o cual percepción más ya no insisten en ver u oír, etc. sino en "sentir", de esto a las ideas de influencia, de robo del pensamiento, no hay más que diferencia de interpretación. Cuando la pseudopercepción cae en el campo sensorial es extraña, e in formulable, siendo muchas veces pareidólica. Es casi seguro que las alucinaciones y las ilusiones como lo han demostrado ya para algunas (L'hermitte, etc.) se hacen en los núcleos de la base y en las zonas a que corresponde el relevo del sensorio respectivo en su paso a la corteza. La excitación de estas neuronas extracorticales se traduce en las pseudopercepciones las cuales son percibidas "objetivamente" por la corteza, tan objetivamente que es característico de ellas no dudar la certeza de su existencia, y residiendo en esta vía el trastorno fundamental de la esquizofrenia, los automatismos liberados aquí serán percibidos con vaguedad e imprecisión en la corteza. Pero esta misma autonomía hará que las pseudopercepciones sean muy frecuentes en casi todos los campos sensoriales.

Los pensamientos elaborados conscientemente carecerán de motivación orgánica y afectiva por eso se suspenderán repentinamente pudiendo ser interpretado esto como robo del pensamiento por un paranoide. Al igual las ideas que le vengan le serán dadas contra su voluntad pues él no percibe la fuente asociativa de donde provienen; y este mismo mecanismo sirve para explicar todos los trastornos referentes.

F. Morel trata de dar una patogenia al eco del pensamiento, descrito por Clerambault, —y que para algunos se

presenta en la esquizofrenia—, como alucinación muscular verbal “se encuentra, dice, en los propioceptores de los aparatos de la respiración, de la fonación y de la articulación verbal” propioceptores que están en los núcleos optoestriados, es criticado pues el eco no desaparece con la articulación vocal de lo que se piensa, más es que no toman en cuenta que normalmente no se tiene conciencia de los propioceptores y aquí se tendrían “dos conciencias”, una de los propioceptores y otra de la fonación propiamente dicha, no creo que el eco del pensamiento que es por lo demás una alucinación auditiva como cualquier otra se presente en los esquizofrénicos, cito su patogenia para insistir en el mecanismo de las alucinaciones.

Antes de pasar a las ideas delirantes revisaremos funciones más simples del pensamiento; de la memoria no digo nada pues no presenta trastornos notables en la esquizofrenia; la comprensión en el esquizofrénico no se haya alterada, las orientaciones tanto alopsíquica como autopsíquica también están conservadas, la asociación de ideas es donde para Bleuler reside el trastorno fundamental: la disgregación, las ideas se asocian sin orden alguno, dice, la unidad que da la conducción lógica de las ideas para formar los conceptos está rota. Sin embargo debemos tener en cuenta dos cosas para juzgar esto, que el esquizofrénico labora con material perceptivo y mnémico diferente al nuestro y que el contenido de sus palabras no es siempre objetivo relacional.

~~Para el estudio de esto tenemos ya que pasar a considerar el lenguaje por eso lo haremos después de hablar de las ideas delirantes.~~

Es curioso que Bumke haga aparecer como uno de los síntomas más precoces y constantes de la esquizofrenia la

rigidez del pensamiento, síntoma que es evidentemente opuesto a la disgregación. Síntoma que existe frecuentemente pareciendo muchas veces como pensamiento obsesivo, pero más que obsesivo es estereotipado. La rigidez del pensamiento, la persistencia de motivos, la fijeza de interés sin acompañante emocional es característica de la esquizofrenia y es lo que matiza a sus ideas delirantes, siendo su máxima expresión en las parafrenias, las ideas delirantes del esquizofrénico permanecen rígidas e ininfluenciables vegetando al lado de la personalidad del enfermo muchas veces y a pesar de la influencia patoplástica del ambiente. Estas ideas delirantes son generalmente extravagantes: negación de órganos, enfermedades extrañas o simbolismos, de despersonalización (Dublineau) matizado con todas las características de los delirios: perjuicio, persecución, influencia (el más frecuente para Bleuler), hipochondríaco, melancólico, autoacusación, místico, de grandeza, reformador idealista, invención, querellante y de celos, como se ve siguió a Mira en su clasificación de delirios, pero hago la advertencia que no va la actividad delirante ligada en sí a la afectividad como Mira lo quiere hacer aparecer en la autoacusación. No puse el de transformación cósmica pues casi se identifica con la despersonalización de los franceses y me parece caracteriza mejor el trastorno.

La despersonalización y la negación o patología orgánica encuentra la misma explicación de no transmisión del impulso instintivo afectivo a la corteza. Pasando al lenguaje: puede haber mutismo, mutismo simple sin más alteraciones mentales aparentes, siendo éste el bloqueo puro del interés de versión del sujeto al mundo, es esto lo que debe llevar el nombre de esquizofrenia simple; disgregación de la expresión o ensalada de palabras, estos dos últimos trastornos se presentan durante las etapas maníacas.

cas de algunos esquizofrénicos en donde habiéndose perdido la orientación instintiva, el núcleo gramatical, ligado como notó Pierre Marie a los núcleos de la base, está abolido y da este lenguaje sin arquitectura.

Cuando se conserva el gramatismo el lenguaje aparece "insípido, lleno de frases vacías y pomposas, lleno de términos prestados de lenguas extranjeras o clásicas, grandes palabras, incapacidad de expresar una idea en forma concisa, precisa, composición ilógica y extraña de las frases..." como el de cualquier filósofo, si tomáramos al azar una página de un libro de algún filósofo auténtico como Scheller, Kierkegaard (no su satélite Unamuno) nos acontecería lo mismo que con un párrafo de un esquizofrénico. La diferencia estriba en que el esquizofrénico no se podrá expresar nunca y el filósofo sí. Si Papini o Dostoiwsky no se hubieran expresado correctamente serian considerados (como lo han sido por lo demás) esquizofrénicos.

De la motricidad consciente repetimos lo que dice J. Vié, tiene siete características: falta de iniciativa, dificultad en el comienzo y en su regularidad, continuación y perseverancia de las actitudes, repetición estereotipada de los movimientos, negativismo, descargas episódicas. Es obvio situar ésto y hacer su patogenia.

De la afectividad no tenemos nada más que decir. Estos son los hechos de lo que es la esquizofrenia, más ya saber cual es su causa es otro asunto que no se puede resolver. Yo me inclino a una etiología tóxica, no lesional del cerebro, creo como Kraepelin que la edad interviene en mucho, hablo de edad en su sentido endocrino funcional, que es el determinismo de la juventud y es mucho más complejo que el que se planteó el mismo Kraepelin que la refirió a las glándulas sexuales. No creo que sea lesional ce-

rebral por las frecuentes remisiones de esquizofrenias indiscutibles y sabido es que las células nerviosas no son renovables. Más los núcleos mesencefálicos en íntima relación con las endocrinas deben también afectarse funcionalmente al estar éstas alteradas, —y es posible sigan el camino propuesto por Weizsacker de neurosis, biosis, esclerosis—, alteradas en tal forma que producen la disminución de la instintivoafectividad que es dada bioquímicamente, en última instancia por la acetilcolina y la simpática cuya disminución es la causa inmediata de la esquizofrenia, pero el porqué de esa disminución es la verdadera primera causa y ésta casi seguramente es neuroendocrina metabólica.

ASPECTOS CLINICOS

Principio. La esquizofrenia y otras psicosis.

Es el diagnóstico de la esquizofrenia en su principio uno de los más arduos problemas que se pueden plantear al clínico. El principio es en general lento, insidioso, confuso, con remisiones, adoptando sintomatologías diversas. Muchas veces son diagnosticados, con precisión de fechas ciertos enfermos, sobre todo desde los tratamientos de Sakel etc., es esto muy sospechoso pues generalmente se trata de confusiones mentales con sintomatología esquizofrénica, las formas de establecimiento rápido del cuadro son excepcionales, casi todos los esquizofrénicos tienen ya una historia de rarezas en el carácter, la conducta, etc.

Ewen Cameron señala como síntomas precoces de esquizofrenia los siguientes: **Síntomas no específicos.** Nerviosismo (tensión), insomnio, inquietud (aprehensión), pesadillas, hipocondría, descontento, impaciencia, capricho, inclinación a la censura y a moralizar.

Patrón hipoafectivo: seclusión (aislado, silencioso), soñar despierto, preocupación, pérdida de amigos, irritabilidad, pérdida del interés y de la ambición, depresión, falta de energía, falta de concentración, fatigabilidad, pérdida del apetito.

Síntomas específicos de esquizofrenia en su principio:

Grupo I.—Psíquicos: Hablan de estar: vigilados, estupefactos, tener miedo a la violencia, ideas de desgracia, ideas de redención, alucinaciones.

Grupo II.—Síntomas físicos: sensación estuporosa, vértigos, extrañeza de su propio cuerpo.

Grupo III.—Psicosomáticos: gritos y risas inmotivados, enojos súbitos, caprichos (tantrum), falta de coordinación al comer, al hablar y al moverse.

Sin embargo es excepcional poder diagnosticar la esquizofrenia por estos hechos, pues generalmente van agrupados a otros síntomas de otros padecimientos, por eso sigo con más detalle estas aparentes asociaciones, sin embargo cuando se investiguen antecedentes, este cuadro, aunque no esté totalmente de acuerdo con él, puede ser muy útil.

Esquizofrenia y confusión mental.

Muchas veces la enfermedad se establece seguidamente de un acceso febril lo que simulará un estado confusional, otras veces aparece seguidamente a una enfermedad venérea, más ya hay antecedentes en estos individuos de trastornos catalogables como esquizofrénicos o al menos como esquizoides. Otras veces el inicio se hace con las características de la confusión mental, con su sintomatología desordenada la cual lentamente se hará esquizofrénica, más aquí se vuelve a plantear tanto para el diagnóstico como para el pronóstico la investigación de los antecedentes.

Es quizá en los estados confusionales donde aparezca la posibilidad de comprobar las relaciones entre constitución física y sintomatología mental, pues es a menudo en

los asténicos donde el cuadro confusional toma caracteres de éste tipo, más sin embargo la evolución hacia la curación hace pensar también que no es sólo el factor constitucional el que interviene en la producción de la esquizofrenia.

Siendo la confusión expresión de una intoxicación masiva del organismo puede causar las alteraciones productoras de la esquizofrenia, pero esto es muy raro, pues la llamada confusión mental crónica siempre tiene un fondo demencial que puede bastar para distinguir estas dos enfermedades. No doy datos de mayor precisión pues eso corresponde al diagnóstico.

Esquizofrenia y Psicastenia.

Es éste un modo muy frecuente de principio de la esquizofrenia y en muchos puntos se confunden estas dos psicosis. Ya han hecho notar que Janet simultáneamente a Bleuler al describir la psicastenia, habló de una pérdida de la función de lo real. Y posiblemente bien estudiada esta afección y quitando muchos de los prejuicios que hay en torno de la esquizofrenia, aparezca la psicastenia como una forma prodrómica a veces y otras atenuada de la esquizofrenia. Es el esquizofrénico psicastenoide quien con mayor frecuencia de entre los esquizofrénicos, va a ver al psiquiatra antes de que su padecimiento adquiriera una forma antisocial y sea diagnosticado. Janet, creador de la psicastenia, la describe así: "El trastorno esencial parece consistir en la ausencia de decisión, de resolución voluntaria... y en la incapacidad de experimentar un sentimiento exacto en relación con la situación presente." Son las dos características del psicasténico de Janet: la pérdida de "función de lo real" y el sentimiento de vacío o de incompletud, sobre un fondo de

falta de tensión búlica que se acompaña frecuentemente de obsesiones.

Es por demás decir lo que significa "la perte de la fonction du réel" que ya han identificado con el autismo de Mynkowsky. En cuanto al sentimiento de vacío los enfermos de Janet dicen: "me parece que no soy más yo, que no soy de este mundo" "¿Estoy durmiendo, o estoy despierto?" La primera frase la ponen en la boca de los esquizofrénicos incipientes como característica, y la segunda es el resumen de la teoría de Schneider. La hipobulia o abulia se traduce además de una falta de actividad por una "anestesia sentimental".

Estos paralelos en los síntomas fundamentales bastan para identificar estas dos entidades.

Levy Valensi identifica a la psicastenia con la melancolía, es una pequeña melancolía, dice. El melancólico cree imposible el acto, el psicasténico duda de su posibilidad. El melancólico se acusa de malas acciones, el psicasténico cree haberlas cometido, cuestion de grados, concluye.

Ya a la psicastenia la han colocado entre los estados llamados predisociativos (Claude). Sin embargo quiero insistir en la diferencia fundamental que hay entre un psicasténico y un melancólico. El melancólico se parece más al neurasténico agudo y éste al hipocondríaco. El hipocondríaco no es un psicasténico sino un neurasténico crónico, quizá constitucional.

La depresión es un enfermedad eminentemente intelectual, "cortical" influida por la afectivoinstintividad aumentada, pues sus síntomas correponden precisamente a lo que consideramos como facultad superior de síntesis, la lentitud de su pensamiento y de su motilidad piramidal,

la racionalización de todos los procesos que pasan dentro de él, la concientización aguda, imperiosa, de su cenestesia. El melancólico considera todo lo que va a hacer y se siente incapaz, se conmueve del mal que ha hecho, en su sentimiento delirante de culpabilidad se reprocha todo el mal que ha hecho, todo lo que ha dejado de hacer, su indignidad, etc.

En cambio el psicasténico siente ante todo, y al igual que el esquizofrénico, una falta de energía interior "vital, cenestésica", se siente débil, enfermo, duda si es capaz, si ha hecho bien o mal, se rodea de un ceremonial para no actuar, entra en el pensamiento mágico, tiene una anestesia afectiva (?) que no le preocupa como al melancólico que la tiene, es pues una disminución de la afectivo instintividad que llega tardíamente a la corteza y no le da el impulso para actuar, como en la esquizofrenia. Son las obsesiones el mecanismo que salva al psicasténico de la esquizofrenia, las obsesiones siguen indiscutiblemente el mecanismo de las parafrenias expansivas. Son el núcleo que establece relaciones entre el córtex y los reflejos incondicionados, son las obsesiones del psicasténico generalmente normales, cuando más se les califica de pequeñas "manías" que el psicasténico no intenta explicarse. Son indicio de una forma más grave de esquizofrenia cuando tienen ya interpretaciones delirantes y empiezan a adquirir el sello fantástico. Generalmente esta forma se hace grave cuando aparece una enfermedad real.

Pertenece al mismo principio psicasténico de la esquizofrenia, el llamado tipo de adolescente perezoso de Dide y Guiraud.

Esquizofrenia y Paranoia.

Es esta la forma casi habitual de comenzar la esquizofrenia y es el esfuerzo fundamental que hace el organis-

mo para defenderse de ella, si se quiere hablar de antagonismos entre esquizofrenia y otra enfermedad, debemos hablar de antagonismo con la paranoia. Son casi todos los esquizofrénicos incipientes, como casi todos los remitidos, paranoides. Es la paranoia el acrecentamiento del yo, la identificación del yo con algo trascendente. El yo, ya no actúa en vista de un deseo, de un motor interno, sino en vista de algo exterior, ya no se necesita la energía instintivo cenestésica para vivir, sino actuar en función del concepto motriz, complejo de inferioridad, idea reivindicadora, etc., es la voluntad de creer, de James, como motivo de la vida. Es por esta manera, generalmente exaltada de ser, por la que se niegan antecedentes a muchos esquizofrénicos; será el odio a algún familiar, la adhesión a tal partido político, el entusiasmo místico... lo que constituya la energía vital para esos esquizofrénicos que se defienden y aparecen como apasionados, más que raramente llevan a su fin lo que emprenden, que a menudo cambian, aunque sostengan lo que hacen en vista del mismo mecanismo, nunca pueden explicar el porqué de sus actuaciones, a menudo tienen ideas de influencia e intuicionismo morboso el cual compensa y mantiene ese lazo frágil a punto de romperse.

Esquizofrenia y Neurastenia, Histeria, Ciclotimia, Epilepsia

Es la neurastenia una forma poco común de aparecer la esquizofrenia, es muchas veces un matiz de la forma paranoide; la habitual manera de ser del esquizoide es lo que el vulgo llama neurastenia, cuando se presenta la esquizofrenia en forma neurasteniforme, son las sensaciones de los neurasténicos matizadas por un aspecto extraño, "se les empolva el cerebro, se les desvía el intestino, etc." y ese cuadro es diagnosticado por ellos mismos con todos sus detalles: causa patogenia y sintomatología, el diagnóstico

del médico no les sirve para nada. Son sus cenestias, si es que las tienen, imposibles de percibirse en la forma que ellos las describen. Este esquizofrénico no es como el neurasténico un sujeto quejumbroso con todos los que le rodean, sino únicamente con quienes le son íntimos, no desea que le examinen como el neurasténico.

La histeria y la mitomanía son muy favorecidos por los psiquiatras por su manera pintoresca de ser y su frecuencia. Las han querido agrupar también entre los estados predisociativos, el amplísimo campo que se le ha otorgado a éstas enfermedades y el que sean tan favorecidas por la ciencia como por la literatura, hacen posible tengan algún punto de contacto con la preesquizofrenia, aunque son enfermedades que no se parecen ni poco ni mucho, ni siquiera en las pretendidas esquizofrenias reactivas de Krisch. Es la histeria una reacción "degenerada" instintiva a problemas difícilmente solucionables, problemas que pueden ser situaciones o estados. Para la solución de estos problemas se necesita, dice Pavlow, una solidez de la corteza cerebral, los histéricos la tienen débil viniendo la fatiga de ésta hay una inhibición de ella, inhibición reparadora, análoga a la del sueño más no total como en él, sobreviniendo en esas lagunas de la conciencia una descarga de los núcleos instintivo afectivos, más se debe añadir que es esta una reacción instintiva degenerada, pues ya notó Kretschmer la memorización de los defectos y enfermedades, a más de los simbolismos infantiles los cuales se actualizan en estas descargas (ley de la meiorpragia y del simbolismo en la histeria). Aquí también vale decir algo de las llamadas neurosis de regresión las cuales según los psicoanalistas son etapas a esta psicosis.

La manía representa la excitación de los núcleos grises centrales, excitación que se transmite a la corteza y al

organismo. habiendo en aquella la taquipsiquia y en el organismo la plenitud y el mayor aprovechamiento anabólico. Con la esquizofrenia se puede asociar, traduciendo inmediatamente en hiperactividad física y "disgregación" del pensamiento y del lenguaje; presentándose aquí la típica esquizofasia, ensalada de palabras, pararrespuestas (síndrome de Ganser), etc., siendo este "cambio de carácter" revelador de la esquizofrenia y en muchos casos al remitir la manía se considera como curación pues se vuelve al tipo esquizoide, cuando no se queda en esquizofrénico franco. La ensalada de palabras, las pararrespuestas, etc., se explican, pues este individuo con sensación de plenitud instintivo afectiva la traduce también en palabras, palabras que no tienen el carácter como los actos de estos enfermos, de impulsivos, altisonantes, etc., la corteza como no es impresionada por esta cenestesia de plenitud, querrá inhibir las palabras o no les dará coordinación, teniendo de ellas sólo conciencia refleja.

La catatonía y la melancolía están íntimamente unidas. Es el catatónico un melancólico sin tristeza. Es la catatonía según Scouras, siguiendo a Baruk, la liberación de los automatismo subcorticales, la propagación de excitaciones sobre vías preestablecidas de los mecanismos automáticos de la base, por una especie de cortocircuito reflejo subcortical, quedando el córtex fuera del campo de acción.

Las causas capaces de producir la catatonía desde las experiencias de Baruk no quedaron limitadas a las intoxicaciones, como la producida por bulbo-capnina, pues es indiscutible que existe una catatonía hipnótica que sería puramente fisiológica. Pero la localización, el sitio central de donde se irradia el síntoma, si quedó establecido. La catatonía es un síntoma que se presenta en otras enfermedades recordándoles a algunos el parkinsonismo postence-

falístico, pero es más frecuente síntoma de esquizofrenia y melancolía, melancolía neurológica, que de otras asociaciones.

Es en ciertos casos manifestante de la esquizofrenia, adoptando estos enfermos una gran tendencia a los actos impulsivos (melancolía ansiosa) o a la pequeña catatonía

Ha sido la epilepsia considerada como asociación excepcional a la esquizofrenia ya que no antagonista como pretendió Meduna, ya anoté arriba que algunos la han considerado como etapas de una misma enfermedad, es posible, pues cuando se hace luz en un pequeño sector de la psique se encuentran analogías insospechadas y relaciones que no se habían imaginado.

Sin embargo los epilépticos no viscosos aparecen como francamente esquizoides, siendo clásicos Pascal y Dostolowsky como ejemplos, es la viscosidad manifestación de inhibición cortical. No hay torpeza intelectual sino objetivismo excesivo, con una cierta tendencia a la despersonalización (misticismo pueril) con escasa emotividad habitualmente, emotividad que se despierta con inhibición de la corteza lo mismo en el ataque convulsivo que en los diferentes síntomas de automatismo epiléptico, equivalentes. Es la corteza la frenadora de la motilidad epiléptica y la inhibición de ella, y no su excitación, la desencadenante del acceso, es inhibición total de las zonas frenadoras motoras que guardan una relación con sectores de la conciencia, de allí su frecuente simbolismo. Los medicamentos usados en este padecimiento comprueban lo anterior. Siendo la esquizofrenia la disminución de las conexiones afectadas por los núcleos de la base y afectoras de la corteza, será menos fatigante para ella la represión seguida en camino inverso pues sufre menos sollicitaciones, de allí es

posiblemente de donde se derive la escasa frecuencia de los ataques comiciales, más de la frecuencia de los equivalentes no podemos decir nada, en cuanto a lo que ésto influye en la esquizofrenia es igual a lo que hacen las grandes conmociones y lo que posiblemente podría servir para mejorar sintomáticamente a ésta, la producción masiva de adrenalina y acetilcolina se pierde durante el estado confusional siguiente al ataque. La mezcla de estos padecimientos epileptoidismo y esquizofrenia se hace disminuyendo aparentemente los síntomas mentales de la última, predominando el viscosismo, más dá la apariencia de un viscosismo demencial. Es por demás decir que el cuadro epileptoide es más precoz que el esquizofrénico manifestándose éste muchas veces con los primeros accesos convulsivos.

Son, pues, las formas de comienzo de la esquizofrenia múltiples, simulando a veces padecimientos afines y siendo revelada otras veces por su asociación con otros trastornos. Siendo, en fin, la forma paranoide, una defensa del organismo contra la esquizofrenia, reacción de trasladar lo instintivo afectivo al exterior. No mencioné, pues lo creí inútil, que en todos estos cuadros están presentes más o menos ocultos, los síntomas esquizofrénicos.

LAS LLAMADAS FORMAS CLINICAS

Han sido descritas muchas formas clínicas con diversos matices y con diversos puntos de partida. Las primeras formas descritas son las de la apariencia clínica: la simple o heboidofrénica, la hebefrénica, la catatónica y la paranoide las cuales, según Lugaro, se deben a reacciones de cerebros de diferentes edades ante el mismo ataque, después se han añadido otras formas como la ppropfhebefrenia (Rosenfeld), esquizomanía (Claude), esquizocaria (Mauz), etc.

y han sido quitadas otras. La descripción de los grupos clínicos anotados es discordante y caótica pues casi todos los autores las conciben a su manera sin importarles la correspondencia con los demás. Se han propuesto otras clasificaciones como la de Mauz (formas catastróficas, por brotes e intermedias). Otra forma de clasificar clínicamente a la esquizofrenia es ateniéndose a su causa (!) (Gruhle, Berze, Mauz) comprende las formas, procesales, sintomáticas y reactivas, siendo la primera la esquizofrenia propiamente dicha y las otras el síndrome esquizomorfo. División como se comprende valdiera únicamente para los constitucionalistas.

Ya dijimos el frecuente intercalamiento y el paso de unas formas clínicas a otras (notado ya por Regis y Kraepelin) y por tanto el diagnóstico de tal o cual forma tiene muy poca importancia.

Los elementos que sirven para caracterizarlas varían mucho según los autores, sin embargo podemos esquematizarlas así: esquizofrenia simple o heboidofrenia, se presenta la indiferencia emotiva, la ambivalencia sentimental y un estado demencial que conduce, dice Bumke, a estos enfermos a los oficios más bajos, a la pérdida sucesiva de las escalas sociales, habiendo tenido muchas veces, sin embargo, un pasado brillante en cuanto a inteligencia. Esta forma no todos los autores la describen. Es en ella donde se presentarían con pureza los llamados síntomas cardinales de la esquizofrenia, sin más trastornos asociados como ideas delirantes, trastornos de la motricidad, etc. Sin embargo estos enfermos pueden vivir en sociedad.

Esquizofrenia hebefrénica o delirante de Serieux: es en ella donde se presentan los mayores desacuerdos en su descripción. Para Rosenfeld no es más que la agravación de

la anterior siendo ya su disgregación tal que hace imposible su convivencia social. Dide y Guiraud la llaman forma cíclica y habría en ella alternativas de excitación y de medio estupor, aparecerían ya las ideas delirantes. Bumke la llama demencia agitada. Levy Valensy considera en ella, al igual que los autores franceses citados, la forma cíclica y la presencia de ideas delirantes. Para Lachapelle hay síntomas de excitación amanerada, perseverante, delictuosa y después melancolía aparente. Y así podríamos continuar.

Esquizofrenia catatónica o estúpida de Dery y Roy: es en ella donde predomina el automatismo motor y afectivo emocional con alternativas extremas de inmovilidad catatónica sin ninguna expresión, a una extrema agitación motriz e intelectual afectiva. Estando su intermedio matizado por los pequeños signos de catatonía (hocico catatónico, negativismo, signo del saludo, estereotipias, etc.). Sin embargo en la sintomatología mental, fuera de la conducta motriz, se separan los autores.

Esquizofrenia pranoide o delirante de Kraepelin: esta forma sobre la que se han suscitado muchas discusiones con motivo de las parafrenias, sería en la que imperaran las interpretaciones delirantes, la existencia de neologismos, las pseudopercepciones, etc., con una ausencia total de afectos y de expresividad facial. Se ha dividido esta forma en demencial y en disgregada; en interpretativa y sensorial. Divisiones que no tienen objeto y están abandonadas.

Naturalmente también hay formas mixtas como hebefreno-catatonía. heboido-hebefrenia, etc.

La pfpopfhebefrenia sería una asociación de esquizofrenia con diversos "estados degenerativos", asociación algo

frecuente, en la cual se enriquecerían los síntomas multiplicando sus aspectos, dudándose entre que se puede clasificar, si entre la esquizofrenia o el trastorno congénito.

El síndrome hiperquinético sería una forma de asociación con la manía depresiva (lo cual ya se parece a la hebefrénica) sería éste generalmente un padecimiento de las mujeres. Se encontraría en éstas focos infecciosos. La evolución es por brotes. El enfermo sufriría principalmente de la memoria: hipermnésia, falsos reconocimientos, ilusiones, etc.

Esquizomanía: este nombre fué creado por Claude para un estado disociativo oniroide, que se acerca bastante al anterior, y recuerda la mitomanía y la histeria. Es un estado intermedio entre esquizoidia y esquizofrenia.

Se han señalado formas frustras fijas y detenidas. La llamada esquizofasia o disgregación aislada del lenguaje pertenece a la afasia.

Clasificación de Mauz: formas esquizocáricas o catatóricas, son los casos crónicos y graves en su sintomatología desde el principio, presentándose en los asténicos extremos.

Formas con evolución por brotes, son relativamente frecuentes, más que las esquizocáricas, adoptan un cuadro clínico atenuado en cuanto a lo mental y rico en cuanto a la motilidad. Las formas intermedias vendrían siendo la hebefrenia y la catatonía, ya descritas, más abundantes que las dos anteriores reunidas.

De la clasificación alemana de esquizofrenias procesales y no procesales no hablo, pues creo se deben a falta de rigor clínico y científico, liquidan un problema que no resuelven satisfactoriamente ni para ellos, como es el de la causa, al

considerar la esquizofrenia un padecimiento heredoconstitucional sin tener ningún apoyo valedero. En cuando a las llamadas esquizofrenias sintomáticas, posiblemente sólo puedan serlo las confusionales, que se pueden aislar por una mejor observación. En cuanto a las reactivas no tenemos derecho de negarlas o aislarlas de las genuinas o procesales. Los pretendidos signos para diferenciar una forma procesal de una no procesal se basan en un equilibrio imaginativo de cantidad y calidad física. (leptosomía) y psíquica.

En rigor, las formas clínicas que tienen utilidad son una forma delirante no paranoide y una delirante paranoide, pues esta clasificación nos da indicaciones psiquiátricas y pronósticas. Además de simplificar las formas clínicas. Es la esquizofrenia en sí un delirio, por eso habría una esquizofrenia simple, delirante; y una esquizofrenia paranoide, delirante e interpretativa.

La forma simple de Bumke con demencia es separada de la esquizofrenia y debe corresponder a cualquier padecimiento capaz de producir demencia como pueden ser: parálisis general progresiva precoz que como se sabe toma formas atípicas en la juventud, la postencefalitis, etc. La considerada simple por otros autores, un poco la de Kraepelin, corresponde al esquizoide más o menos acentuado. La hebefrenia no encierra en sí ninguna ventaja de clasificación, siendo excepcionales esas alternativas ciclotímicas, casi todos los enfermos mentales presentan pequeños períodos de agitación sin características especiales para formar cuadros divisivos. La catatonía, como anotamos, actualmente se considera manifestación de la manía depresiva.

PATOPLASTIA Y EVOLUCION

Quizá cause extrañeza que no haya hecho, como es costumbre, una descripción de los síntomas clásicos de la es-

quizofrenia antes de hacer estas consideraciones, pero como se puede hablar de las formas clínicas y de lo que trata este inciso sin necesidad de mayor precisión que la desprendida en el curso de este trabajo, la he dejado para el final de este capítulo e intentar allí una descripción sistemática de la personalidad del esquizofrénico, sin las polarizaciones acostumbradas que dificultan tanto el traslado de la patología a la clínica en la freniatria.

La patoplastia es uno de los descubrimientos psiquiátricos de mas trascendencia, la negación del principio de causalidad hecho tan a la ligera vuelve a tener esperanza ahora y es este uno de los factores que lo vuelve a acreditar. Ya no volverá el antiguo principio de causalidad riguroso, a "macha martillo", abandonado por casi todas las ciencias, sino un principio de causalidad indeterminístico de probabilidades. La patoplastia es la reacción, modificación y enriquecimiento de la sintomatología mental producida por el medio en que vive el enfermo, no ya el estrecho concepto de Birnbaum de reacción inducida actuando sobre el elemento patógeno. Tiene, pues, la patoplastia la doble importancia de factor desencadenante y modificante de la evolución. Este segundo aspecto ha interesado a muchos psiquiatras, estadounidenses sobre todo, y han puesto en ella esperanzas terapéuticas.

Ya vimos en las formas de principio algo de lo que significaba la patoplastia. Se ha descrito una evolución hacia el "embrutecimiento" (Kraepelin), y al mismo tiempo se hacen "consideraciones sobre la vejez y la demencia precoz" siendo muchas veces esta vejez modificante del estado esquizofrénico que ha tenido 30, 40 o más años de evolución, modificándose el estado mental previo unas veces hacia la curación, otras hacia la demencia senil simple y otras por fin a la asociación de los dos padecimientos.

El curso de la esquizofrenia es muy variable ya lo anotamos de paso al hablar de las esquizocarias de Mauz, las caules, según él, sólo forman el 7% de los diagnosticados esquizofrénicos. Las formas de evolución crónicas sin remisiones (esquizocarias) con sintomatología más o menos rica sufren continuamente oscilaciones de mejoría y gravedad, permaneciendo estacionarias, si haber en ellas embrutecimiento, ni demenciación, ni gatismo, más que en forma excepcional ésto último y en enfermos gatistas desde su principio, lo cual se puede modificar por reprimendas, el dormir en compañía, etc. En general podemos decir que estas formas crónicas "procesales" se mantienen permanentemente en el mismo estado con que principiaron aunadas a los factores patoplásticos. El mutismo y la indiferencia descritos como formas evolutivas con las formas agitadas, impulsivas y demenciales, no las he visto en enfermos que han convivido con otros enfermos durante 10, 20 o más años, a no ser como lo dicen sus historias que ya presentaban estos síntomas o sufrían accesos periódicos de ellas. Son frecuentes los casos de remisión más o menos completa después de muchos años de padecimiento, remisión que casi siempre se acompaña de recaídas. Estos enfermos no revelan fondo demencial nunca ni lacunar siquiera en el tiempo de su padecimiento.

Son indiscutiblemente mucho más numerosas estas formas crónicas de lo que pretende Mauz (Levy Valensy, Jelliffe, etc.). Los signos que anoté arriba para reconocer esta forma "catastrófica" de las formas que evolucionan periódicamente y de las sintomáticas y reactivas, no tienen ningún valor, sin embargo insistiré sobre ellos al hablar del pronóstico.

Las formas alternas de agitación e indiferencia, las formas hebefrénica, catatónica e hiperquinética, se man-

tienen evolucionando así casi toda la vida. Es aquí, quizá, donde la influencia plástica del ambiente se nota más eficazmente, no sólo en la alimentación de delirios, sino en los sugestibles y negativistas, quienes reproducirán según su manera las actuaciones de sus compañeros. A estas formas crónica y alterna debemos añadir la que evoluciona periódicamente reiniciándose el padecimiento con pequeñas causas exteriores o por procesos fisiológicos íntimos como el pasar a la edad adulta, al climaterio...

Se dice que los esquizofrénicos mueren generalmente por infecciones o padecimientos intercurrentes, también hay muertes por suicidio, sitofobia mal atendida y agitación prolongada. Es la esquizofrenia un padecimiento que no mata por sí mismo aunque predisponga a otros que sí son mortales. Los esquizofrénicos longevos se ven frecuentemente.

LAS FORMAS DELIRANTE SIMPLE Y DELIRANTE PARANOIDE

La esquizofrenia se puede dividir más adecuadamente en dos formas clínicas a las que llamo: delirante simple, para distinguirla de la llamada forma simple de Kraepelin y la delirante paranoide. Estas corresponden en grandes rasgos y en su manera atenuada a la esquizoidia y a la psicastenia respectivamente; de los delirios sistematizados crónicos de la pseudología fantástica y de las parafrenias no hablo, pues corresponden a otras etapas evolutivas de la personalidad y se caracterizan suficientemente para hacerlas todavía depender de la esquizofrenia.

Forma delirante simple

Generalmente estos enfermos no presentan antece-

dentes hereditarios dependiendo el obtener tal o cual detalle a este respecto de la agudeza del clínico.

De los antecedentes personales se encuentra lo referente a la actitud esquizoide. Y se marcan en el período prodrómico, generalmente: mal humor, irritabilidad, labilidad emotiva, tendencia a aislarse del ambiente habitual, agresividad con los familiares, con alguno por lo menos, costumbres desordenadas, afición a los excitantes, (café, alcohol...), épocas de autismo o momentos al menos, distraibilidad, tendencia a expresarse lo más brevemente posible, sustituyendo muchas veces las palabras por ademanes, falta de agilidad del pensamiento para cambiar de un tema a otro, repetición de frases y de gestos, pequeño negativismo, abandono de trabajo o de estudios, abstractivismo, falta de expresividad emotiva, sonrisas impulsivas que no son explicables por él mismo, disgregación parcial del pensamiento que se manifiesta por evitar hablar de ciertos temas y cuando se ve obligado a hacerlo lo hace en forma extraña, disgregada, se defiende con una aparente cientifismo, con una frialdad que quiere anteponer a la actividad normal de la juventud, muchas veces se presentan obsesiones compulsivas que conducen a una pequeña etapa paranoide, automatismos sobre los cuales el enfermo conserva la crítica y sin embargo ejecuta (pleitos, borracheras, exhibicionismo, suicidio, automutilaciones, sitofobia accesimal, pseudopercepciones, etc.), (ver cuadro de Camerón), los cuales ya son signos lo suficientemente característicos para las personas que circundan al enfermo, y motivan la consulta del médico.

Muchas veces estos enfermos se hacen súbitamente agresivos, no se presentan más a sus obligaciones, se sienten enfermos, se hacen gatistas, glotones o sitófobos, des-

vergonzados, abandonan su hogar, adoptan ideas extrañas, indumentaria extravagante por fin adquieren una expresión estuporosa, se sumen en mutismo casi completo, exageran la mímica, ataxia mímica, tienen pequeños accesos de agitación psicomotriz, a veces hablan solos entre dientes. Esto ya les impide la convivencia social.

En estados más avanzados se encuentra la misma ataxia mímica, las sonrisas impulsivas, actitudes fijas, no hablan, permanecen aislados, de vez en cuando se hacen agresivos, insultan y golpean a quien tienen cerca. Los vemos hablar a solas sin que se les pueda entender o nunca hablan, les molesta que se les interrogue contestando a veces de mal modo, en forma lógica generalmente o con pararrespuestas (síndrome de Ganser) brevemente con un lenguaje entrecortado, algunos hablan de sí mismos en tercera persona, otras veces se niegan a hablar o no responden a todas las preguntas.

En la calle se les encuentra en casos menos graves entre los vagabundos, como individuos que guardan una cierta actitud rígida y orgullosa, llevan una indumentaria extravagante y más o menos uniforme en el tiempo, bombín y levita, gorros extraños, abrigo, etc. Son individuos que no piden limosna generalmente más que con ademanes y cuando se les rehusa murmuran. Entre otros se encuentran ciertos admiradores de tal o cual actividad, a la que contemplan sin nunca hacer nada. Hablan sin importarles su interlocutor, sin nunca hacerse entender, concurren a las reuniones guardando actitudes indiferentes, sin hablar, etc.

Forma delirante paranoide.

Estos enfermos, como dijimos, tienen como historia una psicastenia prematura. Y como antecedentes hereditarios más frecuentemente vesánicos o neurológicos.

La sintomatología de esta forma es riquísima, como posiblemente lo es la anterior si los enfermos se expresaran, sellando a todos los síntomas una interpretación delirante paranoide sin articulación aunque conservando una cierta unidad sin sistematización. Aquí hay la misma pobreza mímica que en el caso anterior. El robo del pensamiento, la influencia a distancia por aparatos extraños, las ideas de grandeza, etc., son constantes. Sin embargo, repito, las alucinaciones y las ilusiones propiamente dichas no existen, sino son interpretación delirante motivada por la introspección forzada de su acaecer íntimo tanto físico como mental. Las expresiones y los términos que usan son sumamente amplios en su contenido y muchas veces diverso del objetivo relacional, lo cual hace que se construyan las frases agramaticalmente, en ellos hay una ataxia gramatical y una ataxia mímica menor. Las estereotipias son frecuentes en el lenguaje y excepcionales en el ademán. Estos delirios paranoides no son constructivos, conformándose las más de las veces con la esquematización de sus proyectos, sin sentir deseos de realizarlos. Es curioso que en este estado se mantiene una diferencia grande entre el lenguaje hablado y el escrito, conservándose el lenguaje escrito normal o casi normal por mucho tiempo. Es en esta forma donde se presentan ciertos pintores que han querido los surrealistas imitar conteniendo el llamado geometrismo morboso de Mynkowsky. Muchas veces se conserva en estos enfermos el "fondo psicasténico" de su proceso quejándose de debilidad, de ausencia de corazón, de enfermedad del cráneo, de deformación del intestino, de enfermedades venéreas, como persistencia de las fobias que tenían en un principio.

La forma del pródromos es semejante a la anterior siendo desencadenado el proceso morboso franco por una pequeña causa, enfermedad venérea, embarazo, disgusto fa-

miliar, matrimonio, etc., estableciéndose ya la paranoia franca y demás hechos anotados para la forma anterior, menos el mutismo tan marcado y las estereotipias de actitud, aunque sí las del lenguaje.

Esta forma puede persistir durante meses pasando después a la simple. Como ésta, cuando remite, muchas veces se hace paranoide, por lo cual parece que serían la misma forma siendo en la simple más profunda la alteración mental que en la paranoide, la cual parece que es una forma de adaptación a la realidad.

Resumiendo: la esquizofrenia se caracteriza psíquicamente por la dificultad del arribo de los estímulos instintivo afectivos que parten de los núcleos grises centrales a la corteza. Lo que se traduce por una dificultad expresiva, una falta de versión de la personalidad al exterior, por un abstractivismo morboso que destruye la arquitectura del lenguaje y del pensamiento, mas no al pensamiento en sí, una ataxia mímica con hipoafectividad consciente. Esto se puede traducir en simple mutismo acompañado de afaxia mímica o de interpretación delirante, la cual nunca se acompaña de alucinaciones propiamente dichas. Hay, pues, sólo una falta de tensión y orientación instintiva conservándose la integridad de la mente. Faltando la orientación instintiva (crecimiento y reproducción) habrá una falta a anteriori del proceso de la conducta parcialmente modificado a posteriori de su elaboración, al pasar los excitantes corticales por los núcleos instintivo afectivos, serán pues frecuentes las perversiones sexuales que no conducen a la reproducción, de aquí se pueden deducir conclusiones medicolegales (automutilaciones como Orígenes que se castró para poder pensar mejor, abortos provocados, pederastia, masturbación, satiriasis, etc.) pero estos trastornos siempre irán acompañados de trastornos del

instinto de crecimiento con tendencia a la destrucción de la personalidad (automutilaciones, intentos de suicidio, parricidio, filicidio, mutismo, etc.). Es necesario investigar la disminución activa de los dos instintos para poder diagnosticar esquizofrenia. De la cantidad de disminución se juzga la gravedad del padecimiento, gravedad social. De aquí se pueden inducir psicoanalíticamente muchos síntomas, conforme a la psicología compleja de Jung sólo que no con una orientación histórica sino individual y de mayor dirección.

Dijimos en la introducción que el instinto de crecimiento va desde los llamados instintos de alimentación y de conservación hasta el de inmortalidad, tendencia normal que será substituida simbólicamente y que se puede descargar a veces en el instinto de reproducción, instinto que abarca todo el juego y la aspiración eróticos. Estos instintos según su predominio crean dos tipos mentales que corresponden en cierta forma al tipo pensante y al artístico de Pavlow, creativo y reproductivo respectivamente.

La sintomatología accesoria se construirá sobre esta base matizándose a veces, como dije, con la interpretación delirante en el paranoide.

Físicamente encontramos: lentitud de la contracción pupilar tanto a la luz como a la acomodación, dolor y consensualidad, temblor fibrilar de los párpados al ocluirse, lo mismo que de la boca y la lengua, expresión indiferente o estuporosa que recuerda a la del miasténico, seborrea, hiperpigmentación. Vasoconstricción. Latidos cardíacos apagados, movimientos respiratorios poco amplios. Hipotensión muscular. Tensión arterial diferencial ligeramente disminuida. Reflejos: osteotendinosos normales o ligeramente exaltados; cutáneos disminuídos (fórmula extrapiramidal).

Funcionalmente la debilidad circulatoria se manifiesta por la prueba neurocirculatoria, los edemas ligeros de ortostatismo prolongado. Es de llamar la atención sobre la hipotensión que han descrito en estos enfermos pues contrasta con la vasoconstricción periférica, ésta es mucho más constante que la hipotensión. Reacciones luéticas en sangre y L.C.R. en un 15%. En el L.C.R. para Gilb Muelle habría hipertensión ligera en el principio.

La bioquímica y otros trastornos físicos fueron tratados en la patogenia.

DIAGNOSTICO

Se usan para el diagnóstico de este padecimiento diversos tests mentales, como el psicodiagnóstico de Rorschach y las pruebas de Kretschmer, para determinar la personalidad, usando entre otras el citado psicodiagnóstico.

Diré de éste brevemente lo que se considera característico de la esquizofrenia.

Número de respuestas variable, muchas frecuentemente.

Puede haber "fallas", después de varias respuestas no encuentran interpretación para una mancha.

Tiempo de reacción: disminuido.

DZW (interpretación de espacios blancos): negativismo.

Sucesión (G-D-Dd-DZW) se haya "disociada".

B (respuestas de movimiento): introversión.

Fb (respuestas de color): excepcionales.

Orig. (respuestas originales). Elevado porcentaje 30% o más.

Tipo de vivencia (relación entre las respuestas de movimiento y color): corresponde al introvertido como vimos por la predominancia de las respuestas de movimiento.

Estas serían ciertas características. En cuanto a las formas clínicas Rorschach resume así sus resultados en la esquizofrenia: Demencia simple pertenece al tipo coartado. Catatonia al tipo equilibrado o ambivalente. Paranoia al introvertido. Y hebefrenia al extravertido. Esto en lo que se refiere al tipo de vivencia.

Este método a simple vista y después de un estudio detenido inspira gran desconfianza, pues la falta de rigor la substituye con interpretaciones chabacanas, misteriosas o descabelladas. Indiscutiblemente en este aspecto tiene mucho más porvenir la grafología. La variabilidad de los resultados hay que tenerla siempre en cuenta, —aunque ya han sacado de aquí relaciones sobre la testarudez—, cambios ligados a la emotividad, al uso de drogas, etc. Los mismos partidarios insisten en que este método por sí mismo no basta para psicodiagnosticar y lo consideran una indicación.

Las pruebas de escisión de Kretschmer, ejecutar simultáneamente dos actos que requieran atención, la presentación y ocultamiento rápido de un objeto y luego pedir su descripción, obteniéndose en los esquizoides una descripción de un detalle repetidas veces, hasta por agregación de detalles lograr la síntesis. Son indicadores de la capacidad de dividir la mente. En cuanto a su distinción de otras enfermedades, como ya se notó al tratar del principio, es muy compleja, no hay necesidad de insistir en los

síntomas mayores que serán los que hagan el diagnóstico diferencial.

Sin embargo con las enfermedades que ofrece mayor paralelo son con los estados confusionales, ciertas postencefalitis psicóticas y las psicosis del puerperio. Las asociaciones maníaco depresivas esquizofrenia y sífilis esquizofrenia son relativamente frecuentes y ante una doble sintomatología no hay porqué descartar, como se hace generalmente, en el primer caso la manía depresiva y en el segundo la esquizofrenia, sino con mucha cautela, pensándose siempre que puede existir la asociación.

Los estados confusionales generalmente presentan alucinaciones claras, y en la esquizofrenia nunca las hay, el negativismo y el mutismo los vemos ceder con relativa facilidad, un confuso con mutismo hablará en voz baja, después de algún esfuerzo su trastorno en general va cediendo paulatinamente, el esquizofrénico si habla lo hará en voz alta o no lo hará. En las confusiones agitadas es mucho más fácil el diagnóstico por tener una sintomatología rica. Aquí es donde los antecedentes personales cobran gran importancia, esquizoidismo o psicastenia en el esquizofrénico, tendencia a delirios por hipertermia en el confuso.

En las psicosis postencefalíticas hay que tener en cuenta a más de la existencia de delirios, y de la riqueza expresiva que acompaña a las emociones en estos enfermos, los signos neurológicos, hipertonia muscular (reflejo postural del tibial anterior), dolor de cabeza, estados vertiginosos; los demás signos como temblor fibrilar de los párpados, etc., también se observan en la esquizofrenia con la relativa frecuencia que se presentan en este padecimiento.

Los delirios fantásticos, las alucinaciones extrañas, la hipomimia que se presentan en estos enfermos, no de-

ben bastar para el diagnóstico ni los actos impulsivos que han hecho característicos, o casi, de los dos padecimientos. El automatismo Kourétas y Scouras lo consideran un signo precoz y muy frecuente en la esquizofrenia, lo mismo que Fuentes en las psicosis postencefalíticas. Y esto ha suscitado discusiones diagnósticas entre la esquizofrenia cata-tónica y el parkinsonismo postencefalítico con trastornos psicóticos, queriendo algunos identificarlos. Sin embargo, insisto, los trastornos neurológicos y emotivo expresivos son los que harán la diferenciación de éstos padecimientos.

Las psicosis del embarazo y del puerperio presentan una semiótica muy semejante a la de la esquizofrenia, lo que hizo a Kraepelin en parte atribuir a las glándulas sexuales la etiología de la esquizofrenia y después colocar el puerperio entre las causas ocasionales de esta enfermedad. Se citan casos de brotes esquizofrénicos en el embarazo, brotes pasajeros que casi nunca se vuelven a presentar, es pues, esto importante para el pronóstico, es excepcional, dicen, éste trastorno. Las psicosis que se presentan en el puerperio sin ser precedidas de fiebre y en el período de amenorrea muchas veces pueden ser esquizofrenias genuinas (Harris). Roemer describe como datos para diferenciar los casos esquizofrenoides de las esquizofrenias que se inician en el puerperio: facies desconsolada y perpleja que llama amencial, obnubilación orgánica, afecto angustioso y perplejidad, y sobre todo su evolución a la curación más o menos rápidamente (4 a 8 meses). En todas estas psicosis vuelve a ser casi seguro signo diagnóstico el estado esquizofrénico larvado existente desde mucho antes de la gestación.

La distinción con la manía, la melancolía, la histeria, etc., tiene interés sobre todo al principio. El hacer el diagnóstico diferencial con todas las enfermedades mentales

que pueden parecerse a la esquizofrenia abarca toda la psiquiatría, como dice Rosenfeld, no hago más que insistir en la búsqueda de la edad, de los síntomas fundamentales y de los antecedentes, aunque aparezcan ocultos por otros síntomas más llamativos.

PRONOSTICO

El de la esquizofrenia bien diagnosticada es grave, las formas catastróficas sin embargo no constituyen más del 20% (para Mauz sólo el 7%). Las formas por brotes generalmente terminan haciéndose catastróficas, en las formas llamadas curadas queda siempre lo que Rosenfeld y Kronfeld llaman "defecto esquizofrénico" que es una sintomatología atenuada de la enfermedad, algunas veces la esquizoidia otras la psicastenia y casi siempre una tara delirante paranoide. Así pues, las remisiones sea en casos de enfermedades por brotes o no, son lo más frecuente.

Los signos que han descrito para señalar la gravedad del pronóstico son: intuición de amenaza del yo, vivencia de autoinsuficiencia, falta de conciencia de la actividad y estado constante de incertidumbre y angustia; de menor importancia: robo del pensamiento, la impresión de que los pensamientos y actos son impuestos, la impresión de ser influenciado, las cenestesias extrañas (llovizna en el cerebro, carecer de corazón, etc.). Astenia extrema y precocidad (19 a 21 años) son síntomas que se presentan antes de haber trastornos funcionales aparentes de la personalidad (Gruhle y Kronfeld).

Otros datos se han dado como signos de gravedad pronóstica: pérdida de la afectividad, catatonía, retorno al buen estado general, vejez del proceso, las formas paranoide y hebefrénica.

Siendo signos de benignidad la aparición aguda, la agitación, el estupor, el principio en mujeres jóvenes.

No cito más detalles pues son casi todos contradictorios.

Lo cierto es que las formas paranoides, con ligera agitación y sin autismo, son las que tienen mejor pronóstico. La conservación del lenguaje escrito en ellos es para Latapie y Leclerc signo de buena evolución. Se debe tener en cuenta la carga hereditaria, la cual es, como en todos los padecimientos mentales, señal de mal pronóstico.

El pronóstico, en realidad, no se ha modificado con los tratamientos modernos, las estadísticas globales continúan indicando más o menos el mismo número de remisiones que antes.

Las mejorías o curaciones de los esquizofrénicos presentan grados diversos, que se han querido precisar dándose muchas nomenclaturas. Cito la propuesta por Sakel, según Pizarro: "Completa remisión: el paciente está libre de síntomas, tiene completa percepción de su enfermedad, las reacciones emocionales son normales y puede reanudar su antigua ocupación. Buena remisión es aquella en que el paciente está libre de síntomas esquizofrénicos, puede reanudar su antigua ocupación, pero tiene un ligero grado defectuoso en la percepción de su padecimiento." Hace aquí notar Pizarro lo que dice Bleuler "en todos los casos el diagnóstico de alivio, depende del estado psicológico del examinador y aún del tiempo que el psiquiatra disponga para observar y examinar al paciente". "Por marcado alivio o mejoría con curación social, debe entenderse, cuando los principales síntomas, delirios, alucinaciones, conducta rara, disociación ideoafectiva, han enteramente desaparecido y el paciente está apto para volver al

trabajo. El término de mejoría debe usarse para los casos en los que aún existen marcados síntomas, en forma leve, y falta de comprensión del enfermo para su padecimiento, pero son capaces de volver a sus ocupaciones con un buen reajuste social".

Esto tiene importancia para calificar las mejorías no sólo terapéuticas sino también espontáneas y que pueda servir de criterio para las salidas de los enfermos.

Añado como curiosidad, pues a más de no haber tenido fortuna parece que no son ciertas, las observaciones pneumoencefalográficas de algunos autores brasileños (Yahn, Da Silva, Fajardo) quienes encuentran atrofia cerebral en la esquizofrenia y otras psicopatías, notable sobre todo en los lóbulos frontales, parietales y occipitales y dilatación de los ventrículos laterales, sirve principalmente este método como pronóstico, pues las esquizofrenias graves e incurables presentan una mayor atrofia.

ELECTROENCEFALOGRAFIA

La electroencefalografía muestra según diversos autores las mismas características que en todos los psicópatas y algunos neuróticos (Gibbs, Gibbs y Lennox), se presentan diversas disritmias siendo predominantes las alteraciones de frecuencia de las ondas alfa, presentándose por momentos con gran frecuencia y en otros estando disminuidas (Jasper, Fitzpatrick y Solomón). Paulina Davis ha hablado ya de un índice alfa como característico de las psicopatías. Sin embargo, para Travis, Malamund, etc., estas alteraciones no son francamente anormales. Desde luego también se estudió electroencefalográficamente el pretendido antagonismo entre epilepsia y esquizofrenia, sien-

do los resultados opuestos a esta teoría, se presentan con relativa frecuencia las ondas lentas (delta) aunque no se presentan las agujas (spikes) siendo lo más característico de la epilepsia, como ya se sabe, los trenes de ondas lentas, aunque lo patognomónico es la asociación de estas ondas y las agujas.

En conclusión, no se puede hablar de un electroencefalograma característico, hasta ahora, de la esquizofrenia.

HIGIENE Y TERAPEUTICA

Este título, propiamente, pertenece al capítulo anterior, mas el volumen que ha alcanzado la literatura referente a este tema me obliga a individualizarlo. La terapéutica psiquiátrica se encuentra rodeada de un extraordinario fatalismo por los médicos y personas ajenas a esta rama, sin embargo, en este siglo se ha enriquecido extraordinariamente y aún tiene perspectivas muy bastas y como ejemplos cito la psicoterapia creada por Janet y Freud, la piritoterapia descubierta por Jauregg, la psicocirugía iniciada por Moniz y el amplio campo de la aún incipiente endocrinoterapia, todos métodos de indiscutible valor y que dan a la psiquiatría un puesto muy alto entre las diferentes partes de la medicina como ciencia curativa. Estos métodos unidos a los ya clásicos y generales de bromuros, barbitúricos, etc., colocan muy por encima la terapéutica de esta especialidad de su patología y su clínica.

Higiene

La medicina preventiva ha avanzado mucho en estos últimos años mas por desgracia en lo referente a padecimientos mentales se reduce, casi, a la prevención de las **psicosis sifilíticas**.

Ha fijado su atención sobre todo en la eugenesia, y vemos que la prevención eugénica, en cuanto a padecimientos hereditarios se presta a discusiones de toda índole. La previsión antenatal se refiere a tres clases de hechos: el evitar la sucesión de individuos portadores de taras heredables; la higiene mental y social de la madre, supresión de desarmonías matrimoniales o causas deprimentes en general de la madre; y por último la vigilancia para evitar la producción de padecimientos congénitos.

En cuanto a la prevención de la herencia vemos que aún no se puede concluir sobre cuáles son los factores que engendran la esquizofrenia. Aunque desde luego, en tesis general, se deben evitar los matrimonios de concurrencia neuropática de las familias de ambos cónyuges y con mayor razón si hay consanguinidad, por los motivos anotados al hablar de herencia. En cuanto a la esterilización de los esquizofrénicos usada en algunos países, no podemos menos que estar en desacuerdo y censurar ese procedimiento inmoral que está fundado sobre una hipótesis. Kretschmer sustenta que la esquizofrenia es genotipo de la leptosomía, leptosomía que no siempre es constante en los enfermos sino en sus familiares, así que la esterilización se debe extender, para ser rigurosos, a todos los asténicos. Además, se ha observado que la esterilización produce una gran cantidad de trastornos mentales que atacan a la higiene social.

En cuanto a la higiene mental y social de la madre se puede decir también muy poco en lo referente concretamente al padecimiento de que hablamos. Las reglas generales de higiene mental deben ser prescritas a toda mujer gestante a más de allanársele todas las dificultades sociales y económicas, cuando las haya. Alimentación adecuada desde el principio del embarazo, etc. Ya otra vez

hablé de que son más útiles las escuelas de maternidad que las salas de maternidad. Quizá este fenómeno que ha sucedido al transcurrir del tiempo de hacer el parto una circunstancia patológica en vez de fisiológica tenga mucha influencia en la génesis de muchas enfermedades mentales. En esas escuelas de maternidad se les debe enseñar a las futuras madres las reglas de higiene física y mental que conocemos tanto en lo referente a ella como en lo que se refiere al niño, a la alimentación, etc.

Los cuidados relativos a evitar los padecimientos congénitos se dirigen tanto a la madre como al médico, también aquí por desgracia estamos casi a ciegas. En la madre se deben evitar toda clase de toxiinfecciones, etc. El médico debe tener en cuenta esto y sobre todo el evitar los traumatismos obstétricos tanto a la madre como al hijo, la aplicación cuidadosa del fórceps, etc. El corregir desde los primeros días del nacimiento los defectos corregibles como los pies equinos, las sindactilias tratables, los labios leporinos, etc.

Durante toda la vida el hombre está sujeto a noxas capaces de producir toda clase de enfermedades, entre ellas las mentales. Las cuales cada día se hacen, al menos aparentemente, más frecuentes. La higiene mental debe ser tanto social como individual, y el examen psiquiátrico se debe hacer con frecuencia o siquiera una vez en forma sistemática en la adolescencia, la que despierta o produce gran cantidad de trastornos mentales. Lo mismo que hemos dicho para lo demás, no tenemos aquí ningún dato, ninguna fórmula concreta de prevención de la esquizofrenia, todos los cuidados higiénicos se deben tener en cuenta tanto físicos como evitar las enfermedades venéreas, etc., como psíquicos, educación sexual inteligente, etc.

A más de esto se ha prescrito el separar a los niños de los ambientes psicopáticos, como de padres anormales, etc. Esto a más de imposible sentimentalmente lo es también socialmente. La higiene psíquica social es en donde fundamentalmente se debe fijar la atención.

TERAPEUTICA

La historia de los medios terapéuticos empleados en contra de la esquizofrenia y de las enfermedades mentales traspasa los límites de lo imaginable, algunas veces en cuanto a crueldad, otras en cuanto a procedimientos ingenuos, lo mismo es que sea en el siglo pasado que en este o hace muchos siglos.

Sólo hablaré brevemente de los tratamientos usados más o menos recientemente, algunos ya abandonados, otros a punto de serlo y otros incipientes aún.

SITIACION

Es y seguirá siendo por mucho tiempo el sitio donde se coloca a los enfermos la clave de los tratamientos psiquiátricos, esto ha evolucionado desde el abandono de ellos en campos fuera de la ciudad, al hacinamiento desordenado en cárceles y hospitales, al aislamiento riguroso en celdas hasta los modernos sanatorios.

Este tema tiene tal trascendencia que no puede ser tratado aquí más que en forma superficial; la sitiación de los enfermos se puede dividir en: 1. aislamiento total del paciente; 2. aislamiento de la familia pero convivencia social sea en familias ajenas a la del enfermo, sea en sanatorios u hospitales mixtos y abiertos; 3. aislamiento social o sea reclusión en clínicas frenocomiales sin poder salir de ellas.

Desde luego, en tesis general, el aislamiento de la familia beneficia sobremanera a los esquizofrénicos, tratándose en lo posible conservar el ambiente social normal. El aislamiento individual siempre está contraindicado. Dentro ya de las reclusiones o internamientos siempre se tratará de conservar dentro de ellos el ambiente de normalidad social que está ligado ya a procedimientos terapéuticos diversos de éste, estrictamente ambiental, a más de esto no se deben dejar abandonados nunca estos enfermos por el médico, quien debe hacerles visitas periódicas y darles tratamientos de entretenimiento.

Esto está ligado íntimamente a la asistencia social, asistencia que ha sido descuidada totalmente en casi todos los países; hasta hace pocos años algunos le han dado mayor importancia, Bleuler recomendaba que no se usaran procedimientos caros en curas sin esperanza, mas ya por fortuna vemos que se hace una protesta general contra esto, pues aunque sean enfermos sin esperanza, como dice Bleuler, son por ello dignos de evitarles todo lo que les pueda hacer sufrir más.

La asistencia social y particular está muy retrasada en México, ni siquiera soñamos con la asistencia de enfermos mentales en hogares ajenos al suyo por personas preparadas, sea por enfermeros psiquiátricos, sea por familias que intercambian a sus enfermos mentales y aún menos en una asistencia social colectiva, que se halla particularmente indicada en los esquizofrénicos, como la que se hace en Gheel, Bélgica, ciudad de 20,000 habitantes en la que conviven socialmente en libertad 2,700 alienados en los hogares de diversas familias correspondientes en costumbres y clase social.

La tendencia a la normalización del ambiente, la vida en sociedad y el reingreso a la vida normal en la forma

más temprana, repito, es lo que se debe hacer en general con los esquizofrénicos, naturalmente el médico es quien opinará en cada caso. Teniéndose en cuenta que el internamiento, etc., es sólo cura ambiental.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

El tratamiento sintomático en la esquizofrenia, es múltiple. Las indicaciones y contraindicaciones de la terapia ocasional quedan dentro de las líneas generales.

Se debe tratar de conservar siempre el buen estado general de los enfermos, recurriendo a las medicaciones tónicas si se hace necesario, vigilar que el enfermo duerma bien, sus funciones digestivas, etc. Corregir los defectos o enfermedades curables, ajenas al padecimiento mental, cuando las haya, como caries dentales y demás.

Los estados de agitación se combatirán con los medios usuales: clinoterapia prolongada, balneoterapia caliente, fototerapia calmante (luces verdes), meloterapia, aislamiento en los casos extremos, sedantes nerviosos: bromuros, barbitúricos, escopolamina, etc. ,a pequeñas dosis y sin temor a habituación. Las depresiones también se tratarán en la forma acostumbrada, compuestos fosforados, calmantes neurovegetativos: passiflora, crategus, belladonna, efedrina, pantemetilén tetrazol, sulfato de magnesia, etc. En ambos estados los abscesos de fijación, excepcionalmente.

La sitofobia y las desnutriciones ligeras con pequeñas dosis (10 u.) de insulina antes de la comida, los cacodilatos, los nucleínatos, el extracto de hígado, los sueros glucosados e insulinados proporcionalmente, la vitaminoterapia compleja, las transfusiones pequeñas y repetidas. Si

la sitofobia no cede, los enemas nutritivos, la alimentación con sonda gástrica por vía nasal o retromolar, etc., etc., en fin, todos los tratamientos sintomáticos que se hagan necesarios.

TRATAMIENTOS NO SINTOMATICOS

Abarco con este título la gran cantidad de métodos usados para curar la esquizofrenia con pretensiones de ser específicos, algunos ya son históricos sólo, otros se siguen usando, unos poco, otros mucho, con variables resultados según cada autor y según cada médico. Debemos tener en cuenta aquí al hacer cualquier estadística que es una enfermedad que se diagnostica generalmente en forma abusiva, de la que se ignora su curso y la que presenta remisiones frecuentes, tanto más frecuentes mientras más cercano está su probable principio, a más de que se ignora su causa, por lo cual no se puede hacer hasta ahora en forma seria y científica ningún tratamiento etiológico. Para comodidad he dividido los tratamientos en: médicos, quirúrgicos y psíquicos, poniendo al último una proposición terapéutica biológica y sintomática, al menos, que estoy ensayando.

Tratamientos médicos

Se han usado gran cantidad de procedimientos de esta índole, abarco aquí los fisioterápicos. El casco vibratorio, que según me relató el doctor Pizarro, era usado a fines del siglo pasado, método que tiene mayor "fundamento científico" que muchos empleados ahora: habiendo observado los médicos que los enfermos mentales que hacían largos viajes en diligencia, y por malos caminos naturalmente, mejoraban, se preguntaron cuál sería la causa y

concluyeron que la vibración, la cual intentaron substituir por un casco que tenía un motor el cual hacía vibrar la cabeza del enfermo portador de este aparato.

Después se han usado medicamentos quimioterápicos estrictamente como grandes dosis de diversas sales de calcio.

Claude y Dublineau propusieron la sulfoauroterapia para curar la metatuberculosis, su procedimiento consiste en instituir un tratamiento áurico común contra la tuberculosis asociado con inyecciones de aceite azufrado al 1% en dosis progresivas para producir hipertermia. Este método aunque relativamente reciente está casi olvidado, a pesar de las buenas estadísticas iniciales que se presentaron. Es de advertir que con este método no se curaría ninguna fimia.

Los tratamiento endocrinianos son muchos. Beck propuso la inyección de hormonas sexuales masculinas a las esquizofrénicas y femeninas a los hombres con magníficos resultados para él. Mira López aconseja el complejo tiro-hipofisosuprarrenal. Bela la terapia orquítica en ambos sexos. Tiroides. Todos estos tratamientos se basan en supuestas disfunciones endocrinas.

Cuando el auge del dinitrofenol como activador del metabolismo y euforizante fué usado por Loony y Horkins. El método de Carrol; substitución de 3 cc. de líquido cefalorraquídeo por 3 cc. de suero de cerdo o de caballo. El nucleinato de sodio en dosis progresivas hasta llegar a 3 grs., etc. Tratamientos sin ningún fundamento.

La inyección de suero de convalescientes de esquizofrenia también se ha usado.

La narcoterapia de Klaesi y Simon, consistente en el sueño prolongado, sueño que se logra a base de barbitúricos (cloretal, somnifene, etc.) procedimiento relativamente peligroso totalmente abandonado en cuanto a la esquizofrenia. Su fundamento se desprende fácilmente del mismo método.

Rosenow basándose en la teoría de las infecciones focales propone las autovacunas. Forestier y Baruk la vacuna colibacilar.

Coloidoclasia. Se ha empleado este fenómeno usándose diversas sustancias como heterotransfusión de diverso grupo sanguíneo, esto ya entra dentro de lo que Salazar llama "tratamientos mágicos".

Piretoterapia. Por deducción mágica se usa este procedimiento, en vista del buen resultado obtenido en la P. G. P. (Magenau, D'Ormea, Pasqualini, etc.) se usó en la esquizofrenia, se han seguido todos los métodos piretógenos: absceso de fijación, vacunas antitíficas, Dmelcos, paludismo, sodoku, etc., hasta 1939 los autores rusos y sudamericanos la recomendaban.

Por el mismo razonamiento que en el caso anterior en E. U. se ha propuesto el uso del Dilantin que tan buenos resultados ha dado en la epilepsia, en la esquizofrenia y otros padecimientos mentales.

TRATAMIENTOS MEDICOS QUE SE USAN Y OTROS EN ESTUDIO

Coma Insulínica

Ya es demasiado conocido el accidente que llevó a M. Sakel al descubrimiento de este método. El fundamento científico se ha pretendido darlo a posteriori.

La técnica consiste en inyectar diario intravenosa o intramuscularmente, excepto los domingos, en las primeras horas de la mañana (5 a 7 a. m.) y en ayunas dosis progresivas de insulina empezando con 10 U. y subiendo todos los días de 4 U. en 4 U. o de 8 U. en 8 U., hasta lograr el coma entre la tercera y cuarta hora después de la inyección de insulina. Mientras no se alcance a provocar el coma dentro de las cuatro primeras horas, se dará al enfermo agua o jugo de naranja muy azucarado y luego su alimento habitual; se debe evitar que el coma se produzca antes de tres horas disminuyendo la dosis de insulina. Una vez logrado el coma se hará el tratamiento, según la susceptibilidad del enfermo, diariamente o cada tercer día. Interrumpiéndolo dentro de la cuarta hora.

Se puede sacar del coma al enfermo por inyección intravenosa o hipodérmica de suero glucosado, con lo que despierta rápidamente, dándole después a beber jugo de frutas azucarado y su alimento habitual, o, haciéndole ingerir agua azucarada por sonda nasal, teniendo en cuenta que los reflejos faríngeos y laríngeos están abolidos, se puede tener la precaución de investigar la acidez del jugo que se aspire. Hay que tener en cuenta que una unidad de insulina metaboliza de 3 a 4 grs. de glucosa.

El número de comas que debe durar un tratamiento varía según los autores, algunos recomiendan no pasar de 20, pues si no se ha logrado mejoría con ese número ya no se logrará a pesar de la insistencia.

Se debe tener presente que la susceptibilidad a la insulina varía mucho, obteniéndose comas con veinte unidades en cambio en otros casos no ha sido posible lograrlo con 300 ó 400 unidades, sin embargo, en general, no se deben

sobrepasar dosis de 220 unidades. No se debe olvidar la posibilidad de repetición del coma o de un acceso convulsivo durante el mismo día.

Las fases por las que pasa el enfermo tratado son: 1o. Fase de liberación de inhibiciones, o, de excitación con euforia tipo moria, a veces agitación motriz. 2o. Fase de hipotonía y somnolencia. 3o. Excitación piramidal incipiente, sacudidas clónicas, movimientos de succión, anomalías reflejotónicas. 4o. Amimia, aquinesia y sopor, movimientos coreicos y sacudidas fibrilares, espasmos de torsión. 5o. Segunda fase de hipotonía, disminución de reflejos. 6o. Coma profundo con arreflexia, respiración bulbar. Esta fase es peligrosa y está fuera de lo terapéutico.

Durante todo el coma se vigilará al enfermo. Accidentes: choque seco, choque severo, crisis epilépticas, colapso vasomotor, hipotermia, coma irreversible, muerte por colapso cardíaco, etc.

Los resultados son absolutamente contradictorios según las estadísticas, al igual que las indicaciones para cada forma clínica. Los más optimistas no señalan mejorías en más del 50% al 60% de los casos, que corresponden aproximadamente a las espontáneas o psicoterápicas (Gottlieb y Huston).

Los intentos que se han hecho para explicar la acción "curativa" de la insulina en todos los padecimientos mentales, pues para todos la usan, son muchos:

Sakel propone una de estas tres soluciones:

1o.—La insulina realiza el bloqueo vagotónico de la celdilla nerviosa, lo cual la hace reposar y permite su regeneración y el restablecimiento de la jerarquía de las impresiones conforme a su cronología (!).

2o.—Choque sobre la célula nerviosa lo cual destruiría las conexiones patológicas que son más lábiles que las normales, haciéndose fácil la polarización hacia lo fisiológico (1).

3o.—Ejerciendo una función desintoxicante sobre el organismo y en especial sobre la célula hepática.

La primera propuesta es rechazada pues el bloqueo vagal no se ha demostrado y los efectos eutróficos de la insulina se hacen fuera de la acción tóxica necesaria para producir el coma. La segunda y la tercera son absurdas, pues la acción de la insulina a las dosis que se usa en este tratamiento es por el contrario de desintoxicante tóxica en sí, además de la alcalosis que produce.

Müller cree en una reactivación endocrina.

Parker estudiando las reacciones neurovegetativas llega a las siguientes conclusiones, o es que: 1o. El endocrino vegetativo no interviene en la curación, cosa difícil de creer. 2o. En la esquizofrenia una parte del sistema vagosimpático está deprimido y las dosis masivas de insulina lo reactivarían. 3o. En la esquizofrenia hay un desequilibrio vagosimpático que la insulina restablecería pues produce una adrenalinemia compensatoria. La insulina es vagotónica.

Esta explicación en su segunda y tercera fase es creíble, pues al menos es cierto lo que observa el autor. Aunque el coma en sí no produce una regulación permanente, puede reactivar el proceso de secreciones tónicas del neurovegetativo.

Ferrer Torrents en una reciente tesis concibe a la esquizofrenia como una diabetes cerebral, pues recomienda como terapéutica, que está experimentando, las dosis de

protaminato de zinc, insulina y una dieta rica en hidratos de carbono, para mejorar el metabolismo de la célula nerviosa, lo que cae dentro de las propuestas de Sakel, mas para él, como para otros, no es necesario el llegar al coma.

El defecto de metabolismo de glúcidos de la célula nerviosa cerebral no se ha demostrado.

Lo que sí se ha demostrado es que los comas insulínicos producen una destrucción masiva de las neuronas cerebrales como lo han visto muchos autores, no sólo en humanos sino también en animales de experimentación, en los cuales las celdillas son más resistentes. Esto ha llevado a decir a Stanley Cobb "que el efecto terapéutico de la insulina y del metrazol puede ser debido a la destrucción de un gran número de células de la corteza cerebral."

De cualquier modo que sea la terapia por insulino-choque en los pocos casos que tiene resultado, este es indirecto, y no está ligado a la intoxicación brutal que pone en peligro la vida de los enfermos, peligro aunque hipotético, pues la mortalidad es muy baja y con una buena vigilancia se puede decir que es nula.

A pesar de los notables éxitos que se decían obtener con la insulina se siguieron buscando medios más efectivos, lo cual indica que este procedimiento dista mucho de ser satisfactorio, de allí se derivó la teoría de Von Meduna y posteriores proposiciones terapéuticas, cuya aceptación sucesiva por todos los psiquiatras basta para hacer sospechar la validez de los tratamientos en boga. El coma insulínico, sin embargo, es el que ha resistido más el tiempo y es el más usado en todo el mundo.

Calucci y Mezzino propusieron el choque hepatoinsu-

único que es, según ellos, menos tóxico y se necesita menos insulina.

Procedimiento de Ladislao Von Meduna

De las estadísticas de Nyiro, Jablonsky, Müller y Strauss en donde aparecía como excepcional la asociación esquizofrenia epilepsia; y en las apreciaciones de los primeros quienes decían que cuando se daban ataques epilépticos en esquizofrénicos este mal mejoraba, sacó Meduna como consecuencia un "antagonismo biológico" entre estas dos enfermedades. Entonces se preocupó de provocar ataques convulsivos sin tener en cuenta el fondo biológico de la enfermedad. Empezó usando alcanfor al que substituyó por pentametileno tetrazol.

La técnica consiste en inyectar intravenosamente la solución acuosa del pentametileno tetrazol al 10% a un enfermo en ayunas y previa evacuación intertinal y vesical. La inyección se debe hacer rápidamente (1 cc. por segundo cuando menos), empezando con 5 cc. aumentándose 1 cc. por sesión para buscar la dosis útil, si no es suficiente la inicial. Conviene, también, una vez lograda la dosis útil subir 1 cc. por sesión para evitar que la dosis deje de ser convulsivante por acostumbramiento. Se aconseja no pasar de 15 cc.

El número de choques por tratamiento es de 20 a 30. Los casos resistentes al ataque comicial son considerados de mal pronóstico. Se harán los choques uno cada cuatro días.

El acceso convulsivo se produce segundos después de terminar la inyección. Consta de las mismas etapas que el ataque epiléptico: aura, convulsiones tónicas, convulsiones

clónicas y sueño, acompañados de su cortejo accesorio. Es de notar que en el momento preconvulsivo hay un estado de miedo y angustia extraordinariamente intensos lo cual hace que los enfermos se nieguen u opongan resistencia a seguirse tratando.

Se han formulado variantes de este método como el curarizar al paciente (1 a 1.5 mg. por Kgr. de peso) o inyectarle intravenosamente in continenti del cardiazol, barbitúricos, Rivers y otros.

Como lo importante aquí es producir un ataque convulsivo se han propuesto otros medios como el cloruro de amonio (Bertolani) y el electro choque (Cerletti y Binni).

Cloruro de Amonio.—Técnica. Inyección intravenosa rápida de solución acuosa y estéril de cloruro de amonio al 10% (1 cc. por seg.) y 0.01 grs. por Kgr. de peso, se aumentarán 2 cc. por sesión; las cuales serán una cada cuatro días como en el caso anterior; el número de choques también será de 20 a 30.

El ataque se produce de 5 a 7 segundos después de terminada la inyección. Aquí se repiten los fenómenos del tratamiento anterior, excepto el estado angustioso preconvulsivo, al decir de algunos autores.

Electrochoque.—Se usa un aparato de corriente alterna de 300 a 600 miliamps. y de 60 a 150 volts. Aunque algunos como Berkwitz usan corriente farádica.

Se hace la aplicación de los electrodos en las áreas frontotemporales. Se puede empezar con 90 volt. y aumentar la corriente si no se produce convulsión.

El número será de 20 pudiéndose dividir en series de 10. Se hará el tratamiento diario o dos veces por semana.

Se produce: ausencia, pequeño mal y gran mal según la intensidad de la corriente.

El electroencefalograma muestra las mismas alteraciones que en el ataque epiléptico (ondas lentas y agujas).

Este método, el más reciente de los de este tipo, ha tomado gran incremento.

Para todos estos tratamientos hay que tomar las siguientes precauciones: que el enfermo vista ropa floja, que esté sin zapatos. Ya dijimos que esté en ayunas y con la vejiga vacía. Se le coloca en decúbito dorsal en una cama baja y con un colchón adecuado, una almohada dorsolumbar y un protector de hule o de venda en la boca y que haya dos ayudantes para contener la mandíbula y los miembros del enfermo.

Estos métodos no ponen en peligro la vida, aunque sí exponen a lesiones óseas y musculares por la fuerza de las contracciones.

La anatomía patológica de estos accesos muestra congestión y hemorragia múltiple de las meninges blandas, degeneración lipoidea neuroganglionar e hipertrofia de la neuroglía semejante a la descrita por Alzheimer.

La manera como actúan estos tratamientos se ignora desde el doble punto de vista de la producción de los ataques, como de la supuesta curación de la esquizofrenia.

Borrasca Vascular.—Propuesta por Fiamberti.

Técnica.—Inyección intravenosa de 0.6 grs. de acetilcolina disuelta en 2 cc. de agua estéril, rápidamente y 2 a 3 horas después de un desayuno ligero. Se hace la aplicación cada tercer día. El número de "borrascas" por tratamiento va de 20 a 30.

Los efectos que produce son: pérdida del conocimiento pasajera, o una gran vasodilatación, midriasis y rigidez pupilar; precedida de malestar, tos seca, convulsiones tónicas, seguidas de clónicas y sudores profusos a veces, lentitud del pulso, etc. (todos los fenómenos vagotónicos). No se ha observado ninguna muerte. Este método está en experimentación en México por Millán. Los resultados del autor italiano son muy buenos.

Todos estos tratamientos son extraordinariamente impresionantes, sobre todo para quien los aplica, por esto quizá se han interpretado como buenos.

HIPEROXIGENACION GLOBULAR

L. Pizarro, de México, basándose en los estudios de Baruk sobre el oxígeno globular de los esquizofrénicos los cuales, según él, lo tienen disminuido, produce un aneurisma arteriovenoso, con un dispositivo adecuado, hace auto-transfusión de la sangre de la arteria radial a la vena cefálica para que pase nuevamente sangre arterial a los pulmones y se sobreoxigene, llegando así sobresaturada de este gas al cerebro, cerebro que presentaría trastornos como repercusión de un defecto pulmonar o globular. Este procedimiento que está aún en estudio tendría como fin el establecimiento efectivo de un aneurisma arteriovenoso. Este método produce en el enfermo sensación de bochorno, cefalea pasajera y somnolencia.

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS

También, como los médicos, los tratamientos quirúrgicos que se han propuesto contra la esquizofrenia, son muchos, pongo como ejemplos: trasplatación testicular y

ovárica (Sergierous y Kirj), operación de Steinach para el rejuvenecimiento (Szekely y otros), castración (Patzl, Wagner), esterilización (Slotopolsky), tiroidectomía (Lewison, Canowel, etc.), amputación del colon e irrigaciones con sulfato de magnesia (Bayard Holmes); con pocos resultados, pues ya casi todos se encuentran abandonados.

Leucotomía bifrontal

La leucotomía bifrontal iniciada por Egas Moniz y perfeccionada por Freeman y Watts es uno de los procedimientos más interesantes que se han propuesto en psiquiatría. La técnica quirúrgica, que no es del caso relatar, está encaminada, como el nombre de la operación lo indica, a cortar las fibras de conexión de los lóbulos frontales por delante del área motora, teniendo como objeto principal la incomunicación de los núcleos de la base con la corteza prefrontal. Se hace una doble trepanación en el sitio adecuado, se perforan las meninges, se introduce perpendicularmente a la corteza el "leucotomo" y se hace un movimiento angular para cortar las fibras blancas; las precauciones que se deben tener son no herir el ventrículo lateral, ni la circunvolución frontal ascendente.

Las funciones del lóbulo frontal

La poca anatomía patológica que se conoce al respecto de la leucotomía es la relatada por Freeman y Watts quienes observaron que las células corticales y frontales no degeneraban, en cambio sí hubo degeneración en el núcleo medio dorsal del tálamo.

Se pretende con la leucotomía cortar las fibras de conexión entre el mesencéfalo y la corteza frontal lo más

ampliamente posible. Ya hemos visto esquemáticamente las funciones de los núcleos de la base y su manera de actuar, es indiscutible que las estimulaciones se hacen en ambos sentidos. Así que veremos cuáles son las de los lóbulos frontales y como puede actuar esta operación. Las funciones que se les han atribuido a éstos son múltiples y discordantes, excepción hecha de las motoras, correspondientes a la prerrolándica. En la leucotomía no sólo se lesionan las fibras de conexión con los núcleos de la base, sino también las de asociación corticocorticales lo cual aumenta la complejidad y el déficit psíquico y fisiológico de esta operación, que sería ideal reducir al mínimo, interrumpiendo selectivamente las fibras conductoras del dolor psíquico, como dicen Freeman y Watts, sin embargo, si las lesiones no son muy amplias no siempre se logra el objeto perseguido.

Baonville y Titeca encuentran en la destrucción de los lóbulos frontales: disminución de la atención voluntaria, euforia beata, indiferencia emocional con egocentrismo y déficit de las síntesis superiores. Bickner, en una lobectomía bilateral observó: jactancia, exaltación de sí mismo, aversión a familiares y amigos y defectos de la memoria reciente.

Carlisle Jacobsen en sus experiencias con monos amaestrados notó después de la extirpación de los lóbulos frontales de estos animales: ecuanimidad de espíritu algo fatua y afable, tranquilidad e indiferencia en las situaciones emotivas e inercia en la determinación de la conducta, no vió la falta de síntesis. Aquí hay que tomar en cuenta que la citoarquitectura de los monos más evolucionados es muy diferente a la humana, a más de la morfología externa. Sin embargo, el experimento que llama "neurosis experimental por equivocación", la cual hace en chimpacés,

es muy interesante; esta "neurosis" no se reproduce en los lobectomizados.

Fulton dice que lo fundamental observable en las lesiones bilaterales de la corteza frontal son: trastornos de la conducta, fanfarronería, distraibilidad, inconstancia y pérdida de la capacidad de síntesis.

Los trastornos neurológicos y psíquicos aislados que relatan diversos autores son: trastornos de la orientación espacial y pérdida de la noción de distancias (P. Marie y Behague). Wieleer y Feuchtwanger encuentran lo anterior y trastornos de la sensibilidad de movimiento.

Kleist y Feuchtwanger observaron: ausencia del estímulo de movimientos conscientes, falta de espontaneidad en el lenguaje, en la acción, en la mímica, disminución de la atención voluntaria y falta de sensación de hambre.

Kleist describió el "hacer incompleto" en las lesiones del lóbulo frontal izquierdo y apraxia de la ejecución de actos complicados debida a falta de impulso para coordinarlos y concentrarlos.

A más de esto hay trastornos mentales diversos (Vincent, etc.).

Se han descrito también la alogia (circ. de Broca), la falta de capacidad de síntesis y de ideación.

Neurológicamente: ataxia del tronco (Claude, Kleist) ataxia de los miembros inferiores, de la coordinación de los movimientos de los dedos de las manos (homolateral y contralateral), detención de los movimientos de los brazos o de las piernas (blocage). El signo de la garra de Jan-chewsky, trastornos del tono, hipotonía generalmente que puede llevar hasta la astasia abasia homolateral (Gest-

mann) o contralateral (Delmas Marsalet), temblores, epilepsias jacksonianas (Patzl, Alajouanine, Baruk).

Enuresis (Rehrer) por falta de iniciativa.

Trastornos relacionados con el equilibrio vestibular y cerebeloso, etc.

Trastornos referentes al apetito bulimia (Bianchi, Lafora) o anorexia.

Para afrontar el problema necesitaríamos hacer ya consideraciones sobre el alma y el cuerpo, mas por desgracia hacer distinciones de esta índole es mal visto, aunque disfrazando a la primera con ciertos nombres, pasa todo lo que se diga; sin embargo, es demasiado arduo el problema para ser tratado aquí.

Creo con Bard que la corteza es excitadora e inhibidora de los núcleos de la base y que éstos también lo son de la corteza, en la leucotomía se cortan ampliamente las fibras que unen a la corteza frontal con los núcleos de la base, a más de fibras que vienen o van a otras partes de la corteza. Esta queda casi íntegra y en ella misma se hacen relevos y comunicaciones corticales, así pues, los trastornos que podríamos llamar estrictamente corticales no tienen por qué presentarse. Sólo se rompe la modificación mutua frontomesencefálica, es decir, que quedan abolidas temporalmente, pues es casi seguro que se establezca una vicarización tardía, las modificaciones instintivo emotivas que van a la corteza frontal, y abolidos los frenos y excitaciones que van de ésta a los núcleos de la base.

Los estudios psicológicos del libro de Freeman y Watts están perfectamente mal hechos y no nos dan ninguna indicación a pesar de su numerosa casuística.

Ahora bien, los resultados psicológicos que se obtienen, en general concuerdan con lo que sabemos del psiquismo de los lóbulos frontales, es decir, que son los sitios donde reside la voluntad consciente, la que sería matizada y vitalizada por los núcleos de la base, lo cual se traduciría por una falta de iniciativa consciente, por una indiferencia emocional consciente, por una hiperinstintividad motriz. Parece que la proyección de las vías cenestésicas del dolor y la angustia pasarían de los núcleos de la base a la corteza, la cual los interpretaría principalmente en lo referente a las sensaciones táctiles, ópticas y cenestésicas, como indican los estudios de la escuela de Pavlov.

La moral que está ligada a la voluntad y que es en última instancia la que conduce las facultades intelectivas sería lo más afectado en la leucotomía bifrontal, pues quedarían suspendidas las fuentes instintivas y vitales de ella. Con los consiguientes resultados: demenciación progresiva, irritabilidad, aumento de la psicomotricidad y en el fondo una casi desaparición de la autocritica, en cuanto a la memoria estaría abolida para lo emotivo pues no se registraría en los núcleos de la base y no tendría traducción orgánica.

Así pues, sus indicaciones se limitan a las alteraciones de la emotividad y a las alteraciones distímicas y depresivas. Siempre teniendo en cuenta que el pronóstico de la operación puede ser más grave en cuanto a estado mental que la misma enfermedad.

Se han hecho operaciones de esta índole en esquizofrénicos con mediocres resultados, sobre todo en lo que se refiere a las formas abarcadas dentro de las delirantes simples. Sin embargo, en las paranoideas desaparece generalmente el delirio interpretativo, como en las psicastenias

también se borrarán los síntomas hipocondríacos y angustiosos (hay que recordar que son dos estados extraordinariamente parecidos posiblemente en diferencia de grados). En rigor los síntomas esquizofrénicos no desaparecen, mas al abolirse la tensión búlica consciente el cuadro se relaja apareciendo los lobectomizados como indiferentes, abúlicos y "oligofrénicos" (1); en conclusión el cuadro mental se agrava en esta enfermedad, pero este estado sugestible será considerado por el médico poco apto como factor de reingreso a la sociedad.

Se debe reservar esta operación a estados angustiosos y de emociones deprimentes graves en personas de edad avanzada (melancolías involutivas, etc.) y donde no haya ninguna esperanza de remisión o curación, estando contraindicada en general en la esquizofrenia.

TRATAMIENTOS MIXTOS

Sólo cito el "Total push" de Myerson (parecido al más antiguo de Ashner) consistente en una terapéutica compleja que abarcaría todos los aspectos: I.—Medidas médicas, con las que se corregirían todos los trastornos existentes en el enfermo, de orden médico o quirúrgico; tratamientos fisioterápicos como duchas frías o calientes, irradiaciones, etc. II.—Ejercicio y juegos, aquí se comprendería la gimnoterapia, los paseos campestres, la laborterapia la ludoterapia en sus diversos aspectos, deportes, juegos de mesa, etc. III.—Dieta y vitaminas; se mantendrá al enfermo sometido a un régimen dietético adecuado a su constitución física, fórmula endocrina... y se le dará una ración adecuada de vitaminas. IV.—Tratamiento psi-

(1) En este respecto puede recordarse más al oligofrénico que al demente.

cológico: el cual abarca desde el cambio de ambiente, el encierro, los ejercicios mentales de todas índoles, etc.

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS

Abarco con este nombre no sólo los estrictamente psicológicos como son la psicagogia y el hipnotismo, sino otros en donde interviene eminentemente la psique aunque en forma más aparente interviene el cuerpo como en la gimnoterapia, laborterapia, etc.

Psicoanálisis y Psicagogia

El procedimiento psicoanalítico largo y difícil en neuróticos es casi imposible de realizar en la esquizofrenia en su forma clásica; más con sus variantes se puede emplear y es útil al igual que la psicagogia en casi todas sus formas. Estos dos procedimientos son de una gran importancia y es muy difícil o casi imposible tratarlos con la extensión que merecen en este estudio, sin embargo, quiero insistir en lo referente a la religión que es indiscutiblemente el método psicagógico más rico en todos los aspectos de la medicina psicológica, lo mismo desde el punto de vista preventivo que del curativo.

El hombre en general, y en especial el psiconeurópata, tiene un sentido agudo de todos los problemas que las religiones resuelven más o menos bien, religiones que existen hace siglos en muchas formas pero siempre planteándose los mismos problemas, resolviéndolos en última instancia por el mismo mecanismo de la fé, fé que es necesaria para la vida de todo hombre. No insisto más sobre el asunto pues cualquier psicólogo se da cuenta de la trascendencia de éste aspecto de la vida humana.

La laborterapia: es otro de los medios que no deben dejarse de usar en la esquizofrenia, aunque el enfermo no quiera trabajar se le debe llevar a los talleres o a los campos a que vea trabajar a los demás.

La gimnoterapia: al igual que la ludoterapia en todos sus aspectos no se deben descuidar, en especial en ciertos esquizofrénicos que conciben la vida como un juego o una diversión, y la ludoterapia los ayuda a un reajuste relativo.

Todos estos tratamientos merecen muy especial atención y ameritan un estudio amplio por parte de los psiquiatras. Sólo añadiré unas palabras sobre la música como factor terapéutico de los padecimientos mentales, pues se halla casi abandonada. Es la música una de las primeras manifestaciones artísticas del hombre y por tanto, una de las artes más ligadas a la emotividad y a los instintos, perceptibles estos afectos por todas las personas; en los enfermos mentales en general se haya aumentada esta susceptibilidad, la historia de esto es muy vieja. Ya en la Biblia aparece esta medida curativa con Saúl y David y antes en la Mesopotamia, entre los griegos, los pitagóricos la integraban dentro de su teoría ethica y la dividían en: diastáltica (o sea la que impulsaba a acciones heroicas), hesicástica (la que producía el equilibrio del hombre) y sistáltica (la que exaltaba las pasiones y suprimía la voluntad). Weber la denomina yatomúsica y siguiendo la doctrina browniana la divide en astenizante y estenizante. Y por último, las importantes investigaciones de Binet y las más recientes de Sfondrini, nos muestran las grandes posibilidades terapéuticas de la música.

TERAPEUTICA BIOLOGICA Y SINTOMATICA

En vista de las alteraciones físicas y psíquicas que presentan los esquizofrénicos, que se deben como se vió a una disminución de la cenestesia y del tono vegetativo, he estado empleando como procedimiento terapéutico la inyección intramuscular de adrenalina y acetilcolina (0.002 grs. y 0.2 grs. respectivamente) con buenos resultados en cuanto a la modificación y normalización del lenguaje, etc., mas el poco tiempo de tratamiento y los pocos casos observados no me permiten concluir en definitiva. Sin embargo los resultados obtenidos hasta ahora han sido muy alentadores. La mejoría de la actitud mental y física esquizofrénica, se establece poco después de la inyección aunque desaparece al cabo de algunas horas, habiendo durado como máximo sin repetir la inyección 36 horas. Los delirios interpretativos no se han modificado hasta ahora más que en pequeño grado.

Posiblemente la substitución de estos fármacos de descomposición rápida por otros de acción más lenta y prolongada, como la carbaminoilcolina y la efetonina, o su dilución en aceite, permitan una vicarización más prolongada que la obtenida hasta ahora. Esta terapéutica de substitución puede con el tiempo despertar nuevamente la función fisiológica, lográndose así ya la curación sin necesidad de drogas; por lo demás, es el hecho que se observa en todos los increta que tienen sólo una disminución, sin lesión, de su increción.