



Joaquín M.<sup>a</sup> García de Dios, S. J.

## Educación y clínica en la

Desde que, a comienzos de siglo, KRAEPELIN dio categoría clínica propia a la esquizofrenia, la literatura sobre esta compleja enfermedad va siendo cada vez más abundante (1).

Enfrentarse con el tema es arriesgado, incluso para los profesionales de la mente enferma. Escribimos esta nota con la única aspiración de señalar la importancia —preventiva o curativa— que pueden tener muchas de nuestras actitudes frente a los sujetos con predisposición para la esquizofrenia o que se restablecen de esta misma enfermedad. Por el momento prescindimos de la labor pas-

toral del sacerdote, y nos limitamos a algunas consideraciones de tipo educacional y social. Intentaremos, con ellas, ofrecer a los lectores un estímulo más para examinar y orientar nuestra conducta moral y ascética en este punto. Esa conducta nuestra que se relaciona con los deberes de caridad para con esos prójimos que dependen de alguna manera de nosotros, en su salud mental o, simplemente, en su bienestar psíquico: los hijos, los familiares, súbditos, dirigidos, alumnos...

### La esquizofrenia clínica y sus formas

Etimológicamente, esquizofrenia significa: mente dividida. Bajo este nombre —o también el de demencia precoz— se engloban un conjunto de síndromas tan variados como las causas que pueden originarlos.

Si intentásemos una descripción del comportamiento del esquizofrénico, diríamos que su rasgo fundamental es el de "lo confuso" en sus relaciones con la realidad. Su psiquismo elabora las ideas de manera equivocada y esto viene motivado por la anormalidad de su sentimiento e inteligencia. "Estas personas—escriben HAGMAIER y GLEASON—se apartan de la realidad y al proceder así no saben deslindar sus sentimientos de sus pensamientos (de aquí, una personalidad escindida). El curso de sus pensamientos es imprevisible, compulsivo y a veces verbalmente tortuoso. Tienen tendencia a hablar con una voz apagada y sin sentimientos. Pueden describir un incidente o una experiencia

terrible sin mostrar las emociones adecuadas que cabría esperar" (2).

"La escisión de la personalidad se manifiesta a menudo por ambivalencia de los sentimientos: el enfermo siente al mismo tiempo amor y odio hacia la misma persona o cosa. La dolencia suele evolucionar despacio, por brotes seguidos de remisiones comúnmente prolongadas" (3).

La esquizofrenia clínica presenta tres formas bien caracterizadas:

*Esquizofrenia catatónica*: Lo más notable, en este tipo de esquizofrenia que puede considerarse como el desenlace final de un proceso, es la actitud corporal del enfermo: rigidez muscular, inflexibilidad, permanencia en una actitud determinada, viviendo únicamente su mundo interior. "Tales pacientes permanecen durante horas en la misma posición en que se les colocó" (4). Cuando obedecen, lo hacen como autómatas. Y no pocas veces se da en ellos la violencia explosiva, los estados de excitación y agresión.

*Esquizofrenia hebefrénica*: Sus manifestaciones aparecen en el campo emocional: emociones superficiales, imprevisibles, impropias; y en el campo de la actuación exterior: conducta infantil, charlatanería incoherente, muecas y gestos... Se presenta preferentemente en la juventud (17 a 18 años).

*Esquizofrenia paranoide*: Su nota más característica es el delirio de persecución, y las suspicacias, sentimientos de culpabilidad... "Tales personas se sienten perseguidas por la policía, ultrajadas por la servidumbre o por cier-

---

(1) La editorial Herder ha presentado, en 1962, un libro muy interesante sobre este tema. LEOPOLD BELLAK: *Esquizofrenia*. Puede considerarse como una puesta al día del decenio 1946-1956 en todo lo relativo a esta afección. Las 218 páginas de bibliografía son un indicio de la actualidad del tema reseñado.

---

(2) HAGMAIER-GLEASON: *Orientaciones actuales de Psicología pastoral*. Sal Terrae, 1961, pág. 319.

(3) Niedermeyer A.: *Compendio de medicina pastoral*. Herder 1955, pág. 339.

(4) HAGMAIER-GLEASON: o. c. pág. 320.

tos grupos raciales; están convencidos de que la gente está hablando de ellos" (5).

### La esquizofrenia subclínica y su gravedad

En los tratados psiquiátricos, se llama, con frecuencia, *esquizofrenia simple* a un tipo de esquizofrenia más mitigado "caracterizado por una marcada reducción de la vida afectiva, de las ideas y del interés del paciente en sí mismo y en su derredor. Los pacientes son quietos y apagados. Este tipo de enfermedad, con frecuencia dura toda la vida y no se le conoce cura" (6). "Son apáticos, indiferentes, se ven perplejos ante la vida y son descuidados en su presentación" (7).

Por las descripciones anteriores ya se ve que este tipo de esquizofrenia más mitigada, admite sus más y sus menos, pudiendo existir el enfermo que no necesita ser internado porque su enfermedad no le hace imposible toda convivencia social.

Estos casos de esquizofrenia subclínica, cuyos caracteres psicóticos no aparecen tan claramente al exterior, son los que más nos interesan en estas líneas. Detectarlos supone una observación muy cuidadosa. Y en algunos casos, la reacción del individuo frente al test de RORSCHACH puede aportar datos interesantes (8).

La gravedad de la esquizofrenia subclínica no está tanto en la posible explo-

sión aparatosa de la enfermedad, cuanto en la duración de la misma en estado latente. Así, si una esquizofrenia, de no mucho tiempo de existencia, hace su explosión, a lo mejor muy aparatosa, y se trata enseguida con electroshock, con insulina u otros medios, tiene un buen pronóstico. Es posible que se cure el individuo, si no totalmente, al menos lo suficiente para la convivencia social y para evitar las recaídas.

Pero cuando una esquizofrenia lleva más tiempo de evolución, de pura reacción psicológica pasa a afectar partes del sistema nervioso, se organiza y se hace más irreversible. De modo que una esquizofrenia de diez años resulta prácticamente incurable. Podrá mejorarse e incluso hacerle posible, en alguna forma, la convivencia social, pero no se verá ya libre de la enfermedad.

Una esquizofrenia subclínica, cogida en su primer momento, puede curarse sin necesidad, incluso, de usar terapias convulsivas o por medio de drogas y medicamentos. Simplemente con psicoterapia se puede hacer regresar esa esquizofrenia a la normalidad plena.

### La madre y la esquizofrenia del hijo

Prescindimos ahora del aspecto hereditario. Es un punto oscuro, que interesa extraordinariamente a los psicoterapeutas, pero por el momento lo podemos dejar a un lado. Tratamos de exponer la intervención de la madre por vía psicológica en el posible desarrollo de una esquizofrenia en su hijo.

Parece un hecho comprobado que en toda esquizofrenia, en los primeros estadios de su desarrollo, hay un elemento conflictivo original. Conflicto de orden emocional y no pocas veces basado en una falsa apreciación moral de la culpabilidad, de los fenómenos naturales sexuales, de las represiones emocionales forzadas por las circunstancias etc...

(5) *Ibid.* pág. 320.

(6) VANDERVELT J.-ODENWALD R.: *Psiquiatría y Catolicismo*. Luis de Caralt. 1954 pág. 270-271.

(7) HAGMAIER-GLEASON: o. c. pág. 320.

(8) En todo este apartado de la esquizofrenia subclínica sigo muy de cerca al Dr. FEDERICO ARVESÚ, s. j. en su conferencia, *Enfermedades más corrientes de tipo mental y su significado*. Esta conferencia fue pronunciada en los Teques, Venezuela, en el curso pasado, y después multicopiada.

Durante los primeros años de su vida "el niño aprende a reaccionar de una manera sana o deficiente a una sucesión de emociones primitivas esencialmente de naturaleza irracional. El modo en que el niño aprenda a dominar sus emociones básicas depende de cómo sus padres dominan las suyas, y cómo el niño es ayudado por ellos a dominarse a sí propio. Si uno de los padres pierde constantemente el dominio de sí explotando de una manera casual e ilógica, el niño está expuesto a tener dificultad en dominar su genio y desarrollará una línea de versátiles sentimientos que le harán dificultoso el vivir consigo mismo y con otros" (9).

Hay madres que cumplen su deber maternal a disgusto, que no aman a su hijo, —a veces sólo inconscientemente— que únicamente encuentran sacrificios y pocas veces atractivos en la maternidad. O, por el contrario, hay madres excesivamente mimosas, con un afecto que tiene más de egoísmo que de altruísmo y donación. Entre una y otra posición, repulsa y sobreprotección, queda una gama de actitudes intermedias, con una inclinación más o menos marcada a uno de los extremos.

El estudio de los casos clínicos no ha permitido todavía elaborar una teoría garantizada, pero se tiende cada día más a dar una importancia decisiva en la formación del individuo sano, a la madre perfecta.

En el orden práctico, no dudamos en afirmar que el influjo emocional de la madre comienza ya desde la concepción del hijo. Y por eso, esos sentimientos de repulsa del hijo concebido, de desagrado por el sexo del hijo, las manifestaciones reiteradas y pesarasas de los defectos del hijo en su infancia .. son factores que van pesando en el mundo emocional del niño. "Dadme al niño

hasta que tenga siete años; entonces haz de él lo que quieras". Es un aforismo, y al mismo tiempo una profunda verdad en el mundo educativo. La importancia de los siete primeros años estriba en el predominio del mundo emocional en esos años. "Es la educación de la emoción durante estos primeros 6 ó 7 años, lo que más influye en la vida posterior intelectual y volitiva del sujeto" (10). Y en su equilibrio emocional.

De igual importancia en el orden práctico, y tal vez mayor aún, es la afortunada formación del sentido moral del niño. Precisamente de esta base van a proceder sus juicios de culpabilidad para toda la vida. El error inicial es funesto, y con mucha frecuencia las consecuencias son los trastornos psíquicos, que pueden culminar en una esquizofrenia. Un recto sentido de la culpabilidad, con unos juicios de valor *verdaderos*. Y el acierto en el modo de inculcárselos. Ambas cosas son delicadísimas y de importancia definitiva.

#### **Individuos y sociedad en la terapia del esquizofrénico**

La psiquiatría tuvo que remontar su propio nihilismo terapéutico porque las distintas escuelas psiquiátricas no aceptaban ninguna técnica que no tuviese relación con un descubrimiento etiológico, causal. Sin embargo, aun permaneciendo oscura la génesis de las distintas afecciones mentales, las aportaciones del segundo cuarto de siglo fueron tales que los nombres de WAGNER, JAUREGG, SAKEL, MEDUNA, CERLETTI, y EGAS MONIZ se abrieron paso en la terapéutica psiquiátrica. La estadística de resultados obtenidos en el laboratorio y en la clínica fue el índice que consagró o depreció un tratamiento determinado, creando al mismo tiempo una cierta uniformidad de criterios.

(9) HAGMAIER-GLEASON: o. c. pág. 22-23.

(10) Ibid. pág. 21.

La esquizofrenia, aunque apoyada en un sustrato orgánico, sería, en el sentir de muchos autores, desencadenada y, sobre todo, preparada por un ambiente psíquico, y esto desde las primeras experiencias de la vida de relación del niño. Por eso, aun en la hipótesis de cualquier tratamiento médico (shock, insulina, leucotomía...) parece siempre preciso un tratamiento psicoterápico, es decir, una acción del psiquismo sobre el psiquismo. Esto se ha

intentado en la psicoterapia individual y también en la de grupo.

FEDERN procura afirmar el yo del paciente por todos los medios posibles, regulando su energía mental, solucionando sus conflictos internos y externos y, por último, llenándole de confianza en sí mismo. G. SCHWING hace vivir a sus enfermos una verdadera experiencia maternal por medio de una enfermera abnegadamente consagrada a su papel

---

## SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD

*Pertenece asimismo a las relaciones transcendentales del psiquismo el "sentimiento de culpabilidad", la conciencia de haber violado una ley superior, cuya obligación, sin embargo, se reconocía; conciencia que puede convertirse en sufrimiento e incluso en perturbación psicológica.*

*La psicoterapia aborda aquí un fenómeno que no resulta de competencia suya exclusiva, porque es también, si ya no principalmente, de carácter religioso. Nadie discutirá que puede existir, y ello no es raro, un sentimiento de culpabilidad irracional, hasta patológico. Pero se puede tener igualmente conciencia de una falta real que no ha sido borrada. Ni la psicología ni la ética poseen un criterio infalible para casos de este género, porque el proceso de conciencia que engendra la culpabilidad tiene una estructura demasiado personal y demasiado delicada. Pero en todo caso es seguro que la culpabilidad real no se curará con tratamiento puramente psicológico. Aun cuando el psicoterapeuta la niegue, puede ser que de muy buena fe, ella perdura. Aunque el sentimiento de culpabilidad sea alejado por intervenciones médicas, por autosugestión o por persuasión de otro, la falta queda y la psicoterapia se engañaría y engañaría a los demás si, para borrar el sentimiento de culpabilidad, pretendiera que la falta no existe ya. El medio de eliminar la falta no depende de algo puramente psicológico: consiste, como todo cristiano lo sabe, en la contribución perfecta y en la absolución sacramental del sacerdote. Aquí, la fuente del mal, la falta misma es la que se extirpa, aunque el remordimiento tal vez continúa atormentando. No es raro en nuestros días el que en ciertos casos patológicos el sacerdote envíe a su penitente al médico; en el caso actual el médico debería más bien encaminar su cliente a Dios y a aquellos que tienen el poder de perdonar la falta misma en nombre de Dios.*

(Pro XII: Discurso al Primer Congreso de Psicoterapia y Psicología clínica, 13 abril 1953.—AAS, 45, 1953, pág. 278-286; Ecclesia 13, I, 1953, 453-55)

---

de madre. El esquizofrénico que vive esta situación reacciona, no con el egoísmo insaciable del neurótico, sino como un niño que se interesa por la madre y queda identificado con ella, busca relaciones ambientales... FROMM y REICHMANN optan por la franqueza, y utilizan el análisis de las ansiedades y defensas del yo. SECHEHAYE, co-autora con su propia paciente del interesante "Diario de una esquizofrénica", ensayó con éxito lo que ella llama *realización simbólica* de las necesidades que el enfermo no puede expresar por un sentimiento de culpabilidad o por ausencia de lenguaje. Esta última se produjo precisamente porque la frustración del amor materno tuvo lugar en el estadio anterior a la adquisición del lenguaje. Nos presenta este caso: una niña de seis años que sólo "existía" a través de la actividad motora de sus pies a los que llamaba su "bicicleta". SECHEHAYE habla a aquellos pies, los coloca sobre su regazo como si fuesen un niño. Con este procedimiento, fue poco a poco creciendo la parte del cuerpo de la niña que admitía relación, interacción con la psiquiatra.

La psicoterapia de grupo, según PECK, tiende a corregir los defectos subyacentes de la personalidad. La base de esta psicoterapia la forman diversos métodos didácticos que tienden a hacerles a los mismos pacientes una descripción de sus propios trastornos, para que los conozcan en su realidad y, a ser posible, en su misma génesis. Con eso se consigue una vida normal del enfermo en su propio medio. Se provoca una

*catarsis*, una liberación de la tensión psíquica que colabora activamente en el tratamiento particular.

Puede servirnos de ejemplo el psicodrama de MORENO. El psicoterapeuta se transforma en un director de escena que controla la representación de situaciones de conflicto análogas a las experimentadas por el enfermo. Este, que tiene por co-actores a otros enfermos que representan personas de la vida afectiva del propio psicótico, vive con espontaneidad, como actor principal, situaciones de su pasado o presente de modo similar al niño que, jugando, vive a su cow-boy. De este modo el enfermo se autoentrena para vivir una vida social con sus dificultades o triunfos, con fe en sí mismo. Se estabiliza su nivel emocional.

Naturalmente, tras esta reeducación, viene el difícil problema de la rehabilitación del paciente dado de alta, ya recuperado. Necesita comprensión, infinita comprensión de todos los que le rodean, para amortiguar su inferioridad residual y facilitarle su vida de relación, que comienza de nuevo. La sociedad tiene el deber de ir acomodando a estos miembros más débiles, a estos mutilados del psiquismo, facilitándoles un trabajo adaptado a su capacidad, proporcionándoles ocasiones de volverse a afirmar en la vida... Por lo menos, desterrando esa desconfianza sin fin que queda anclada en el pasado del enfermo, y que, tantas veces, es el mayor obstáculo para que la rehabilitación del enfermo sea total y definitiva.