

Esquizofrenia Paranoide

Peritaje judicial sobre un caso de homicidio

Joaquín Saavedra Juan *

Concepto de dicha enfermedad.

La esquizofrenia paranoide es una de las cuatro variedades más frecuentes de esquizofrenia. Todos los psiquiatras pasados y actuales nos hacemos la misma pregunta. ¿Qué es la esquizofrenia? Por mucho que ha adelantado la psiquiatría todavía nadie puede responder a esa pregunta con exactitud. Para unos, concepción europea en general, es una enfermedad; para otros, concepción americana de tendencia psicoanalítica en general, es una reacción psíquica. Pero todos los psiquiatras del mundo coincidimos en catalogar a la esquizofrenia como una psicosis, es decir, locura y dentro de las locuras la más genuina. La psicosis o locura afecta al enfermo casi siempre como un todo, siendo características la pérdida de la capacidad de comprensión y de rendimiento. Bayard Holmes al hablar de esquizofrenia dice: es el problema más grave, más oscuro y más calamitoso de la sanidad pública. En el año de 1899 Kraepelin (alemán) describió por primera vez una enfermedad que denominó "demencia precoz", porque empezaba en la edad juvenil y terminaba con la demencia. En esa enfermedad incluyó las variedades hebefrénica catatónica y paranoica, como las tres formas más características de relación psíquica dentro de la esquizofrenia. Eugenio Bleuler (Suizo) en el año 1911 cambió el nombre de "demencia precoz" por el de esquizofrenia, que es como se sigue reconociendo en la actualidad. Se basó en que lo esencial sería la escisión o hendidura de la mente, es decir, la rotura de la unidad psíquica en el mundo del pensar, sentir y querer. Ratificó que el nombre de demencia precoz era inadecuado, porque aunque llegara a la demencia nunca era una demencia genuinamente orgánica o somática, en el sentido psiquiátrico y tampoco era exclusiva de la edad juvenil. Bleuler delimitó la esquizofrenia como una enfermedad que viene determinada por la desintegración de la personalidad y que presenta la triada sintomática siguiente: una disociación del contenido del pensamiento, hay un fallo en la asociación de ideas que camina de la disgregación a la incoherencia del pensamiento. Un autismo o cierre en su mundo propio con evidente escisión entre este mundo del enfermo y el mundo exterior, o sea, un mal contacto con la realidad. Y una ambivalencia afectiva, es decir, vivir simultáneamente dos sentimientos opuestos, amar y odiar, querer y no querer, etc., alguna cosa. Con este preámbulo sobre la esquizofrenia diremos que en la actualidad se describen diversas variedades de la misma y que las más frecuentemente manejadas son: La simple, suele aparecer al final de la adolescencia, se manifiesta a menudo únicamente por el "fracaso social", hay un deterioro general de la personalidad y ausencia de toda autoconfiguración (Wyrsh), hay una verdadera inflexión de la curva vital. La hebefrénica, suele comenzar al final de la adolescencia hacia los 20 años, se manifiesta por una conducta extravagante, necia, estúpida, con alucinaciones e ideas delirantes esporádicas y de curso crónico, progresivo. La catatónica, que viene a aparecer de los 25 a los 30 años, cursa con un predominio de los

* Médico Asistente de Psiquiatría. C.C.S.S.

síntomas motores que van desde la hiper a la hipomotilidad, con tendencia a los brotes agudos e inicialmente de fácil remisión pero que suele llevar un curso crónico. Y la esquizofrenia paranoide que vamos a describir:

1. Kraepelin, en 1893 aisló definitivamente esta forma de esquizofrenia, pues antes se habían descrito muchos tipos de paranoia pero de modo impreciso y vago. Delimita este síndrome paranoide con las características siguientes: a) ideas delirantes no sistematizadas de grandeza o persecución, b) Alucinaciones persistentes y c) con poca o ninguna alteración de la conciencia.
2. Spoerri (suizo) dice que suele aparecer antes de los 35 años, sobre todo las formas de curso crónico, su aparición tardía suele llamarse esquizofrenia paranoide senil. Tiene como característico la aparición de ideas delirantes y alucinaciones, en una personalidad por lo demás bien conservada. Recordemos que la esquizofrenia paranoide traduce etimológicamente esquizo (escisión - hendidura); frenia (mente) para (fuera de); noide (mente).
3. J.R. Cavanagh (U.S.A.) en su tratado de psiquiatría describe la definición de esquizofrenia paranoide según la Statistical Guide (001- X24) americana que textualmente dice: los esquizofrénicos paranoides se caracterizan por la agudeza de ideas delirantes, en especial ideas de persecución de grandeza, frecuentemente con la correspondiente reacción agresiva como respuesta a la supuesta persecución. Puede haber alucinaciones de diversas clases, a las cuales los enfermos reaccionan consecutivamente, pero más tarde al producirse el deterioro, se presenta la apatía y la indiferencia. Cavanagh señala como síntomas esquizofrénicos paranoicos tres: el principal sería la presencia de ideas delirantes no sistematizadas. Todos los síntomas de la esquizofrenia no paranoide pueden estar presentes en varios grados. Las alucinaciones son frecuentes.

De todas las variedades de esquizofrenia es la forma paranoide la más peligrosa, por su agresividad, para el médico y sociedad, con estos enfermos el psiquiatra debe tener mucho cuidado porque son peligrosos en potencia, por sus reacciones a veces imprevisibles. Cuál es la causa o motivo de esta enfermedad o reacción psíquica? Como en todas las cosas de la vida hay dos orientaciones que sólo aparentemente parecen opuestas, pues en el fondo se reducen a la misma cosa, si bien vista desde dos polos diferentes. Hay una patogenia orgánica, somática o lesional, que pudiéramos llamar realista y que es la concepción más comúnmente aceptada en el Viejo Continente. Está ligada al carácter "endógeno", "idiopático" y "oculto" de esta enfermedad. Hay otra patogenia psicológica o funcional que pudiéramos llamar idealista y que con una visión psicoanalítica de fondo es la concepción más comúnmente aceptada en el continente americano. Dentro de los organicistas Kraepelin en 1899 defendió la existencia de causas internas, si bien no precisas o mal conocidas. Más recientemente Morel y Kleist (alemán) entre otros, dicen que el proceso se determina por la lesión de tal o cual centro cerebral. Spoerri dice que no hay unas lesiones orgánicas evidentes y constantes, pero "hipotéticamente" se admite la existencia de un factor somático coadyuvante a la aparición de la esquizofrenia. Apoya esta teoría organi-

cista el hecho de que sabemos que hay agentes farmacológicos como mescalina, el ácido lisérgico etc., que reproducen estados afines a la esquizofrenia. La patogenia psicológica y más bien psicoanalítica también cuenta con muchos partidarios. Spöerri dice que no existe un motivo puramente psíquico para producir esta enfermedad, pero considera factores desencadenantes los siguientes: aislamiento social que puede empezar desde el nacimiento, experiencias de abandono, de vergüenza, de tipo religioso y sexual. Luego añade que el factor psíquico interviene como motivo coadyuvante en la génesis de la esquizofrenia. Resume, que la causa y motivo de esta enfermedad, se debe a la acción de factores somáticos y psíquicos coadyuvantes todos sobre la base de una constitución heredada. Esta sería corriente europea. La corriente psicoanalítica, más comúnmente americana, cataloga la esquizofrenia como una regresión del individuo a una edad arcaica-infantil. Dentro de esta corriente psicoanalítica hay conformidad prácticamente unánime en admitir las ideas de Abraham (Berlin) Ferenczi (Budapest) y otros varios en el sentido de que la regresión del enfermo llega a estados arcaicos que sitúan para el estupor catatónico en el período fetal, prenatal o intrauterino, para el resto de la esquizofrenia en el período oral primario, época de la lactancia o primeros seis meses de la vida. Concretamente en la esquizofrenia paranoide la regresión llega, como mínimo al período anal - sádico primario (hacia el primer año de edad), pues suele llegar también a ese período de los seis meses de la vida. Es decir, la conducta que podemos esperar de un enfermo esquizofrénico paranoide, es la que correspondería a un niño lactante que tenga alrededor de seis meses a un año de edad. Esto es algo que a diarios nos sorprende incluso a los mismos psiquiatras, pero no por eso deja de ser cierto. Lancan, ha insistido en el sentido autopunitivo de la paranoia que encierra en un sistema de persecución imaginaria, el cual tiene el valor psicológico de un castigo deseado inconscientemente. Las experiencias delirantes agudas, que presentan los familiares del enfermo con mucha frecuencia, dan una idea clara de que el delirio paranoico no es reducible ni a fenómenos localizados en el cerebro ni a la acción de acontecimientos psíquicos pasados o actuales. Se trata aquí de una forma de "alineación de la persona" en su totalidad, cuyo desquiciamiento se expresa por los temas delirantes que las fuerzas represoras del "yo" aún logran contener (por una especie de pseudo-racionalización) en un sistema relativamente coherente. Dentro de la esquizofrenia paranoide hay dos detalles que siempre debemos tener muy presentes y que son: la predisposición hereditaria y la personalidad del paranoico. Es una enfermedad que se presenta en forma familiar, sobre la base de una constitución heredada. Los hijos del padre o madre esquizofrénicos serán a su vez esquizofrénicos en el 16% de los casos por término medio. Cuando ambos progenitores son esquizofrénicos, resultarán afectados en 50% de sus hijos. Entre la familia del esquizofrénico se encuentran personalidades excéntricas y esquizoides (rígidas, hipersensibles, frías, introvertidas, reservadas y de mal contacto relación con el medio ambiente que le rodea). La personalidad del paranoico tiene una predisposición constitucional que siempre se pone en evidencia antes de declararse la enfermedad, psicosis o locura, la cual vamos a perfilar aunque sea un poco por encima. En general, oscila entre dos polos: uno de fondo que es un sentimiento de inferioridad y otro más superficial que consiste en una hipertrofia del "yo", con orgullo, arrogante y

altanería. Esa personalidad que trataremos de delimitar presenta las características siguientes: 1) un sentimiento de inferioridad para enfrentarse a la realidad que lo rodea, es decir, cree tener disminuidas sus posibilidades de desarrollo en la vida. Todo esto procura compensarlo con esa actitud de orgullo, sobreestimación, altivez, o guardando cierta distancia de las demás personas. 2) Desconfianza. Son personas desconfiadas, susceptibles, recelosas, etc., al extremo de creer ciegamente en la mala voluntad que le profesan las otras personas. Este factor lo encuentra evidente el médico y es el mayor peligro que debe evitar. 3) Falsedad de juicio. Es cierto que tienen una deficiencia autocrítica como necesidad para justificar su propia lógica, pero más importante es la deformación afectiva-emocional que presentan sus razonamientos y todo este proceso se produce a nivel inconsciente. 4) Rigidez psíquica. Son personas rígidas, inflexibles, con una testarudez implacable, no admiten razonamientos y jamás aceptan la opinión contraria. 5) Tendencia interpretativa. Toda su lógica interpretativa de los hechos la distorsiona y deforma, todo lo necesario hasta que quede de acuerdo para satisfacer sus deseos y temores. Presentan falsos recuerdos, debido a que el componente afectivo-emocional le impide ver las cosas como fueron en realidad, para recordárselas a su gusto. 6) Hipertrofia del "yo". Son personas egocéntricas, orgullosas, con gran exhibicionismo mental, con ideas grandiosas y a veces muy caballeros, especialmente para aquellas personas que le caen bien y defienden hasta la muerte; exactamente igual, pero al revés se comportan con las personas que le caen mal, pues no recatarían en destruirlas hasta verlas convertidas en cenizas. El paranoico se presenta como una persona superior, inteligente, capacitada, fuerte y seguro de todo cuanto dice y hace. Si tiene conflictos en su vida familiar, laboral o social, no es porque él tenga la culpa, sino porque los demás le tienen envidia; no aprecian sus facultades y tratan de perjudicarlo, por lo cual frecuentemente se siente resentido. Frecuencia. La esquizofrenia según Spoerri, es una enfermedad muy frecuente. Se presenta en el 0.9% del total de la población. M. Bleuler dice que es la más frecuente de las enfermedades mentales graves. Las dos terceras partes de los pacientes internados en los establecimientos psiquiátricos, son esquizofrénicos. Aparece casi igual en ambos sexos. La esquizofrenia paranoide es la más frecuente de todas las variedades de esquizofrenia. Cuál es la sintomatología o menera de manifestarse la esquizofrenia? Sería yo demasiado optimista para pretender delimitar la multiplicidad sintomatológica que presenta la más enigmática enfermedad psíquica como lo es la esquizofrenia. De todas maneras, apuntaré los síntomas más frecuentes y llamativos. La psicosis esquizofrénica conduce, repentinamente o paulatinamente, a una "pérdida de contacto" con el mundo normal, hasta entonces familiar y a la "irrupción" en un mundo psicótico y extraño, con vivencias completamente nuevas. Esta irrupción de contenidos psicóticos en la conciencia del enfermo, se manifiesta por una disociación de la personalidad. Aparecen dos clases de trastornos: primarios y secundarios. Los trastornos primarios comprometen las esferas psíquicas de la afectividad, produciendo una falta de contacto y ambivalencia sentimental; al pensamiento ocasionando disgregación, incoherencia, intercepción (bloqueo) y aceleración del pensamiento; y comprometen también a la personalidad con autismo, despersonalización, extrañamiento de sí mismo y del mundo exterior, así como la doble orientación en el mundo psicótico y mundo real. Los trastornos secundarios,

como su nombre lo indica, aparecen secundariamente como una reacción de la personalidad frente a los síntomas primarios. Pese al hecho de llamarse secundarios, generalmente son los más llamativos y los que de inmediato nos hacen pensar en esa enfermedad. Podemos reducirlos a los fenómenos catatónicos, alucinaciones e ideas delirantes. Las ideas y los actos esquizofrénicos resultan "incomprensibles" para los demás, porque la idea delirante es una verdad evidente que no admite razonamientos y que se le impone en el pensamiento del esquizofrénico. Está al margen de la lógica y no hay manera de reducirla para que se enfrente a los hechos reales. El proceso esquizofrénico provoca la transformación del enfermo en una "personalidad distinta". Es característico de la esquizofrenia el hecho de que el enfermo es capaz de sentir simultáneamente esta nueva persona y la antigua y vivir al mismo tiempo en su mundo autístico patológico y en el mundo real, todo ello como una manera especial de estar en el mundo. Si ahora damos una carrera por los síntomas esquizofrénicos, veremos:

- 1) Trastornos de la afectividad. Hay una escasez y falta de contacto efectivo, vive como rodeado de un muro de cristal. Es un enfermo frío y rígido, parece que careciera de sentimientos; hay una ambivalencia afectiva, es decir, quiere o no quiere, ama y odia simultáneamente. El humor esquizofrénico es de tipo onírico (o de sueños), debido a las vivencias incomprensibles que presenta. Hay raptos afectivos de angustia o felicidad inmotivados. Tienen impulsos anormales repentinos y actos incomprensibles de corto-circuito, como es el realizar un viaje sin motivo, el exhibicionismo, o el cometer un asesinato.
 - 2) Trastornos del pensamiento. Desaparece la asociación o conexión entre los diversos contenidos del pensamiento, al extremo de que a veces parece una "ensalada de palabras". Van desde la simple disgregación a la incoherencia extrema. Muchas veces hay interceptación o bloqueo del pensamiento que se interrumpe y otras presenta una aceleración exagerada del mismo.
 - 3) Trastornos de la personalidad. En el autismo el enfermo vive en su mundo interior "des-variado", piensa y actúa según su particular lógica esquizofrénica. Hay una despersonalización por la cual ciertas partes del cuerpo y del "yo" las siente como extrañas. Tienen una sensación de influencia, según la cual las partes extrañas al "yo", cree le son impuestas desde fuera y el enfermo se siente como hipnotizado a merced de otros. Cuando hay pérdida del propio yo, los pensamientos y sentimientos los vive como extraños al "yo", como no realizados por uno mismo. La doble orientación consiste en que el enfermo vive "doblemente", es decir, simultáneamente en el mundo real y el irreal; es al mismo tiempo esta persona y la otra.
 - 4) Trastornos catatónicos. Hay una variedad grande de los mismos y que afectan a la actividad motriz del individuo; van desde la hipermotilidad (del agitado catatónico) a la inmovilidad (o estupor catatónico) y así pasamos por la catalepsia, el negativismo, la obediencia automática, etc. Todos ellos están dentro de un automatismo irracional.
-

- 5) Alucinaciones. La alucinación es la percepción de un objeto sin objeto y la percibe con las mismas características que tiene la percepción de un objeto real que tengamos delante, como pudiera ser esta hoja que estoy leyendo. Se pueden presentar alucinaciones en todos los sentidos: tacto, gusto, olfato, oído y vista; además, las cine y cenestésicas (es decir, las de movimiento e interior del organismo). De las fuentes más frecuentes, son las auditivas; oyen voces (fonemas) que generalmente les insultan, critican, le ordenan; a veces le divulgan sus propios pensamientos, etc. También tenemos las visuales, por las que ven y se imaginan ver lo invisible y generalmente todo lo más desagradable para el propio enfermo.
- 6) Ideas delirantes. El delirio traduce "fuera de vida", es decir, las ideas que maneja el esquizofrénico están fuera del razonamiento lógico y racional. Hay una gran variedad de delirios, tales como: el hipocondríaco (ideas de enfermedad), el melancólico (sentirse auto-culpable, todo lo ve negro en su vida); el místico-posesivo (sentirse desde santo a profano pero poseído por una gracia especial); el desconocimiento de personas (atribuye nuevos nombres a personas que conoce y viceversa, tiene como conocidas a las extrañas). Dentro del esquizofrénico paranoico los delirios más frecuentes son: el sentirse observado; (creen que todos se fijan en él), el sentirse perjudicado (se debe a un proceso vergonzoso o depreciatorio o a que el medio ambiente exige cada día más para el desenvolvimiento de la vida. Lo cierto es que todo acontecer lo perjudica); el sentirse perseguido (junto con el de celos, son los delirios más frecuentes. Esa persecución puede ser psíquica, afectando sus ideas morales, o física al afectar su cuerpo o bienes personales, se debe a pseudo-percepciones); el de celos (desconfía de su esposa o esposo sobre el cual tiene una posesión); el de influencia (el enfermo le hacen tal o cual cosa, se siente penetrado y carente de autodeterminación); el de transformación cósmica (por regresión arcaica juzga que el mundo ya no es como antes); el de referencia (refiere a sí mismo acontecimientos causales, ejemplo: el carro que pasa por ahí es causa de él); el de interpretación (a un acontecimiento contribuye con una significación especial, ejemplo: ese carro que va así significa que acerca el fin del mundo); el de envenenamiento (todos desean envenenarme, cuidado con lo que comes!); el de grandeza (el enfermo falsea sus valores subjetivos, eleva al máximo los que juzga positivos y disminuye al mínimo los que cree negativos; todo ello por una deficiencia autocrítica. Son altruistas y generosos para el ambiente social que tolera sus opiniones, pero inmensamente agresivos para los que se oponen a sus ideas); el reformador idealista (sus ideas son infalibles y originales); el de invención, el pleiteísta (todos son motivo para pelea, si la persona de enfrente no está conforme con sus ideas); el de perseguido-perseguidor (cuando el enfermo se siente perseguido y cree verse acorralado por sus supuestos adversarios, de inmediato puede cambiar su actitud de sentido, cambia la actitud pasiva de ser perseguido, por la activa, convirtiéndose en un perseguidor y agresor inhumano; incluso para enemigos vanales o imaginados), etc.
-

Hasta aquí hemos descrito someramente los síntomas del esquizofrénico y concretamente del esquizofrénico paranoico. Estos síntomas son vistos por las personas que presencian al enfermo. Pero ahora nos podemos preguntar: ¿Cómo ve el enfermo esquizofrénico paranoico sus trastornos? Contesta Wyrsh (suizo): el incumplimiento de sus esperanzas en relación con el mundo es lo que el enfermo intenta deshacer, desde el primer momento, por medio del delirio. Pero luego, por su manera propia de ser, le resulta difícil establecer relaciones con las otras personas vivas, que ya tienen su vida propia; prefiere adherirse a ideas generales con las cuales se puede ocupar a su libre antojo. Así se puede convertir en un profeta, político, o reformador del mundo, etc. Y las alucinaciones e interpretaciones delirantes no hacen sino confirmar tal misión. La condición de tal vocación le impide considerar a la enfermedad como tal, ni siquiera como un trastorno vital, sino que cada vez que le internan en un hospital, él lo interpreta como un error más de este mundo desquiciado en que vivimos. Esta certidumbre le proporciona la seguridad necesaria para seguir una vida que, hasta ahora, no respondió a los deseos de su juventud. El esquizofrénico paranoico es como si se tratara de dos personas dentro de un mismo cuerpo: una, la que le permite hacer su trabajo más o menos normal y la otra, la que atiende a su delirio. ¿Cuál es el pronóstico y la evolución de un esquizofrénico paranoico? El comienzo de la enfermedad puede ser agudo o crónico (lento). El curso suele ser crónico y progresivo, o en forma de brotes agudos que se presentan periódicamente y cuya duración varía de días a años. El brote puede ser único, pero la probabilidad de nuevos brotes es muy elevada. El brote puede terminar en una curación completa, cosa rara; más amenudo es llegar a una curación meramente social, que los conduce a un "defecto" o a una "demencia esquizofrénica". En la curación social con defecto esquizofrénico, esa persona presenta una disminución de sus intereses, escaso contacto, un comportamiento autístico, caprichoso y extravagante, con la posibilidad latente de aparecerle un nuevo brote en el momento más inesperado, por ejemplo, un simple conflicto emocional. Cuando se llega a la demencia esquizofrénica hay un descenso general del nivel de personalidad, pérdida de impulsos e intereses e indiferencia afectiva. Es una demencia relativa y debe diferenciarse de la auténtica demencia orgánica e irreversible en el sentido psiquiátrico. El pronóstico general, según M. Bleuler (hijo del Gran Eugenio), en el curso agudo y ondulante, es bueno; en el curso crónico y progresivo, es malo. El primer brote se puede curar en 50% de los casos. El pronóstico definitivo que indica el mismo autor, es: un 25% de los casos con curación; un 50% con defectos esquizofrénicos y un 25% queda con demencia. Cavanagh, dice: el pronóstico es tanto más severo cuanto mayor es la cronicidad de la afección. La evolución como el desenlace, es siempre incierto y en cada momento hay que atenerse a las circunstancias presentes. Bumke (alemán) cree que la peor evolución corresponde a las formas paranoides, luego a las hebefrénicas y considera como más benignas las catatónicas. ¿Cuál es el tratamiento de la esquizofrenia paranoide? Cavanagh. Con el tratamiento debemos tener presentes varios hechos: 1) que haya una regresión del nivel lógico racional al de los instintos irracionales. 2) Que esta regresión obedece a la tendencia de evitar realidades desagradables o a compensar fracasos reales o imaginarios. 3) Que es un mecanismo defensivo que explica el por qué el paciente desea permanecer en su mundo irreal. La enfermedad es un mal me-

nor para él. 4) Que no procurará salir de este mundo irreal, hasta no encontrar otro real que le ofrezca más satisfacción que en su mundo psicótico. 5) Que el proceso de curación siempre será lento, exigirá tacto y mucha paciencia. El propio tratamiento se hace a base de: choques de insulina o eléctricos, psicofarmacos (neurolépticos) y una psicoterapia adecuada para incorporar al enfermo al mundo de la realidad, con una adaptación que le permita vivir decentemente.

La estructura de la personalidad en un esquizofrénico paranoico, no la modifica ni los medicamentos ni los electrochoques, por estar enraizada en una predisposición heredada. Hay un dogma en la medicina que dice: es preferible prevenir que curar. En el caso de un esquizofrénico paranoico que haya cometido un delito y para bien de la sociedad, es preferible una reclusión estatal, bien canalizada por la terapéutica social (por el trabajo y el ambiente), a que represente una amenaza permanente para la sociedad. El delirio del paranoico responde muy poco a la terapéutica; todo lo más que puede intentarse es restarle fuerza mediante un cambio de ambiente y la distracción del paciente. No se puede decir que, un esquizofrénico paranoico, se cure por completo, máxime si la enfermedad es crónica. Se pueden esperar remisiones parciales y temporales, pero una recuperación mental completa, no pasa de algo ilusorio. Si me preguntaran, qué responsabilidad puede tener un enfermo esquizofrénico paranoico?, antes de contestar empezaría por recordar unos hechos muy demostrativos:

- 1) C. Jakob, en sus "elementos de neurobiología" dice: sólo un resto muy insignificante (alrededor del 10%) de nuestra actividad psíquica, entra en lo que llamamos "consciente", "racional" o "lógica" y que por nuestra ignorancia al respecto, damos tanta importancia, toda la demás es esencialmente subconsciente.
- 2) Los psicoanalistas hablan de una capacidad consciente que viene a ser del 5 al 10% aproximadamente de la vida psíquica.
- 3) Sabemos que nuestra propia personalidad psíquica no la podemos conservar más allá de una semana sin admitir cambios o evolución.
- 4) El acto humano es aquel que se realiza con pleno conocimiento y libertad para que la persona sea responsable de lo que hace.
- 5) El esquizofrénico paranoico, dicen los psicoanalistas, presenta una regresión arcaica, que sitúan en los primeros meses de la vida, hasta aproximadamente un año de edad y que su comportamiento correspondería al de un lactante de esa edad.
- 6) Sabemos que el enfermo esquizofrénico paranoico, y todos los autores están de acuerdo, presenta esencialmente ideas delirantes (de persecución, de perseguido-perseguidor, de grandeza, etc.), así como alucinaciones, por lo cual están considerados como los más peligrosos, tanto para el médico como para la sociedad.
- 7) El sistema delirante depende de una deficiente capacidad auto-crítica, debida generalmente a que el componente emocional instintivo así como los falsos recuerdos, distorsionan su capacidad

de juicio y que la respuesta agresiva aparece como una reacción a una supuesta persecución.

- 8) Que, en prácticamente todos los tratados de psiquiatría, la esquizofrenia y concretamente el esquizofrénico paranoico están exentos de responsabilidad, cuando dicha enfermedad está debidamente diagnosticada, pues pueden cometer toda clase de delitos, incluso aquellos que exigen reflexión y refinamiento. Sólo hay un problema y es determinar en qué estado mental se encontraba el enfermo en aquel preciso momento de cometer el delito. Para el esquizofrénico paranoico le es suficiente una mínima contrariedad u oposición, para que su conducta se adapte al comportamiento propio de enfermo. H. Ey (Francia), M. Bleuler (suizo), H. Delgado (Perú), etc. son autores de prestigio universal en la psiquiatría y sus ideas vienen a ser parecidas al respecto.

Si ahora me volvieran a hablar de responsabilidad, diría que si es muy difícil demostrar que una persona sana sea "completamente responsable", en el caso de un enfermo esquizofrénico paranoico la responsabilidad brilla por su ausencia, por cuanto ignora las leyes sociales, especialmente cuando afectan lo más mínimo a su mundo delirante y psicótico.

BIBLIOGRAFIA

1. FRANZ Alexander. Psiquiatría dinámica - edición 1962 Paidós.
2. EUGENIO BLEULER. Tratado de psiquiatría - Espasa Calpe. 1967.
3. OSWALD BUNKE. Nuevo tratado de enfermedades mentales. Editorial Seix. 1946.
4. CAVANAGH J.R. Psiquiatría fundamental Editorial Mirade. 1963.
5. HONORIO DELGADO. Curso de Psiquiatría. Editorial Científico-Médico 1967.
6. HENRY EY. Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray-Masson - 1965.
7. KURT KOLLE. Psiquiatría. Editorial Alhambra. 1964.
8. EMILIO MIRA y López. Psiquiatría. - Editorial Ateneo. 1955.
9. NOYES Y KOLB. Psiquiatría Clínica Moderna. La Prensa Médica Mexicana - 1966.
10. REICHARDT M. Psiquiatría General y Especial. Editorial Gredos. 1955.
11. SOLE J., Segarra. Manual de Psiquiatría. Editorial Morata 1956.
12. SPOERRI TH. Compendio de Psiquiatría. Editorial Toray. 1965.