

Juan J. López-Ibor<sup>1</sup>  
María I. López-Ibor<sup>1</sup>

# Romanticismo y Esquizofrenia. Primera parte: La Hipótesis de la recencia y el núcleo fundamental de la enfermedad

<sup>1</sup>Departamento de Psiquiatría  
Facultad de Medicina  
Universidad Complutense de Madrid  
Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)  
Fundación Juan José López-Ibor  
Madrid, España

Podemos encontrar en la Biblia, en tablillas de Mesopotamia, en la literatura clásica griega y romana y en los escritos de muchas culturas no occidentales, descripciones de comportamientos irracionales, incomprensibles o fuera de control, tal y como es frecuente en nuestros días en pacientes con trastornos mentales graves. Sin embargo, la presencia en tiempos antiguos del cuadro completo de la esquizofrenia que vemos hoy en día en nuestros servicios psiquiátricos es cuestionable. De hecho, los síntomas típicos, su inicio, sus características, su duración y su estado final no aparecen con nitidez. El impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento psíquico y la discapacidad asociada a la enfermedad están en su mayoría ausentes en esos textos. Torrey (1980) y Hare (1988) afirman que la enfermedad no existía antes del año 1800 (esto se conoce como hipótesis de recencia). En su opinión, esto sería consecuencia de factores biológicos, como virus, predisposición genética, factores dietéticos o contaminantes ambientales asociados a otras consecuencias de la civilización. Otros han puesto más énfasis en la industrialización y sus consecuencias sobre determinadas condiciones sociales, tales como la estructura familiar y la migración.

Después de analizar las múltiples facetas de la locura en personajes literarios, en textos de medicina y en diversas figuras históricas, los argumentos que presentamos tienden a apoyar de la hipótesis de recencia. Una revisión de las características nucleares de la esquizofrenia, de su impacto en la vivencia del yo individual, en la intersubjetividad y en la ipseidad, temas que están relativamente descuidados en la literatura psiquiátrica reciente, nos abren las puertas para considerar en una segunda parte la relación entre las características del romanticismo, empezando por "el descubrimiento de la intimidad", y su articulación con la alteración de la ipseidad y de la subjetividad característica de la enfermedad.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, Hipótesis de la aparición reciente (recencia) de la esquizofrenia, Historia de la psiquiatría, Rey Lear, Don Quijote, Individualidad, Mismidad, Ipseidad, Alteración fundamental de la esquizofrenia

*Actas Esp Psiquiatr 2014;42(4):133-58*

## Romanticism and schizophrenia. First part: The recency hypothesis and the core Gestalt of the disease

Descriptions of irrational, incomprehensible, or unconstrained behavior such as is common nowadays in patients suffering from severe mental disorders can be found in the Bible, in Mesopotamian scripts, in classical Greek and Roman literature, and in the writings of many non-Western cultures. However, the presence of full-blown features of schizophrenia as seen today in psychiatric settings is controversial. Typical symptoms, the expected onset, duration and outcome, the impact of the disease on psychic functioning and the associated disability of the disease are mostly absent in those texts. Torrey (1980) and Hare (1988) have claimed that the disease did not exist before the year 1800 (this is known as the recency hypothesis). This would be the consequence of biological factors such as viruses, genetic or dietary factors or environmental contaminants associated to civilization. Others have put the emphasis on industrialization and its repercussions on social conditions such as family structure and migration.

After analyzing the many manifestations of insanity in literary characters, in medical texts and in key historical figures, the arguments presented in this paper tend to support the recency hypothesis. A review of the core characteristics of schizophrenia and its impact on selfhood, intersubjectivity and ipseity, topics relatively neglected in recent psychiatric literature, opens the doors to consider in a second part the relationship between the features of Romanticism, starting by the "discovery of intimacy", and its

---

Correspondencia:  
c/ Doctor Juan José López Ibor num.2  
28035 Madrid  
Correo electrónico: jli@lopez-ibor.com / mariaines@lopezibor.com

articulation with the disturbance of ipseity and selfhood characteristic of the disease.

**Keywords:** Schizophrenia, Hypothesis of the recent appearance (recency) of schizophrenia, History of psychiatry, King Lear, Don Quixote, Individuality, Selfhood, Ipseity, The fundamental alteration of schizophrenia

## INTRODUCCIÓN

A partir de datos epidemiológicos e históricos, Torrey llegó en 1980 a la conclusión de que era posible que la esquizofrenia tal y como la conocemos hoy en día no existiera antes de 1800 y que este hecho sería una consecuencia de la civilización moderna tal y como indica en el título de su libro: *Esquizofrenia y Civilización*.<sup>1</sup> Torrey afirma: "hay virus que se combinan con factores genéticos o familiares, aunque también hay que tener en cuenta factores dietéticos y contaminantes del medio. La esquizofrenia y la civilización están así relacionadas y esta relación está probablemente influenciada por factores biológicos." Para llegar a estas conclusiones, Torrey tuvo en cuenta las diferencias de la prevalencia y de la gravedad de la enfermedad entre países desarrollados y en desarrollo y entre clases sociales altas y bajas en el mismo país.

En 1998 Hare<sup>2</sup> retomó la hipótesis de que la esquizofrenia es una enfermedad reciente de la que no se han descrito casos antes de 1800. Hare también estudió las razones por las que la prevalencia de la enfermedad mental en el mundo occidental se incrementó durante el siglo XIX<sup>3</sup>. En Inglaterra, entre 1869 y 1900 se multiplicaron por dos los primeros ingresos por la enfermedad, pero se mantuvo baja en el mundo no occidental hasta el siglo XX. Por otra parte, la esquizofrenia se haya vuelto menos grave en Occidente en las últimas décadas<sup>3</sup>. La llamada hipótesis de recencia también explica por qué la esquizofrenia se mantiene estable a pesar de su baja fertilidad<sup>4</sup>, algo discordante con un efecto genético directo. Hare coincide con Torrey en sugerir que la mutación de un agente infeccioso o un cambio en las defensas inmunológicas de la población en general podría haber sido la clave, un evento necesariamente biológico. La teoría de Hare predice que la esquizofrenia se reducirá en gravedad e incidencia, como podría estar siendo el caso en la actualidad.<sup>3</sup>

Más recientemente, Torrey et al.<sup>5</sup> examinaron los registros sobre enfermedad mental en Inglaterra, Irlanda, Canadá y Estados Unidos durante un período de 250 años, para concluir, mediante pruebas tanto cualitativas como cuantitativas, que la enfermedad mental es una plaga moderna que no ha recabado la atención que merecería. Su prevalencia (incluyendo la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otras enfermedades mentales graves) se ha incrementado desde 1750 en la población general, desde menos de 1 caso por 1.000, a más de 5 casos por 1.000. Entre 1840 y 1955 el número de "enfermos mentales" en los Estados Unidos se elevó de 2.561

hasta 558.922. Durante ese mismo período, la tasa de casos de enfermedades mentales se elevó de 0,15 casos por 1.000 a 3,38 por 1.000. Se ha discutido sobre las razones de este aumento de prevalencia. Por un lado están los que afirman que el incremento refleja un aumento constante del interés por la enfermedad mental<sup>6</sup> y cambios en las características de la población asilar<sup>7</sup>. Por otro lado están los que reivindican la existencia de una epidemia teniendo en cuenta que el aumento de estas cifras se produce en los casos más graves y se limita a la esquizofrenia.<sup>3,5</sup> Torrey et al. escogieron el año 1750 porque fue cuando Samuel Johnson y otros ingleses comenzaron a afirmar que la locura estaba aumentando. Décadas más tarde, escritores como Dickens, Poe, Melville y Hawthorne escribieron sobre la locura, dado que su público se sentía intrigado por este tema. De hecho, en el siglo XIX había una preocupación generalizada por el aumento de la enfermedad mental en general.

Torrey et al. han dedicado décadas al estudio del papel de los agentes infecciosos en la esquizofrenia,<sup>8</sup> y han hecho hincapié en que el aumento de la prevalencia se debe a posibles causas biológicas (agentes infecciosos, cambios en la dieta y exposición a toxinas) como consecuencia de la industrialización y especialmente de la urbanización. También creen que si se reconociera la presencia de una epidemia se podría comprender mejor por qué tantos individuos con trastornos psiquiátricos en la actualidad llenan las calles, los parques públicos y las cárceles.

La hipótesis de recencia tal y como fue formulada por Hare se basa en tres aspectos principales:

1. No existen casos de esquizofrenia antes de 1800 (en realidad, como veremos, antes de 1760-1770).
2. La incidencia de la esquizofrenia aumenta drásticamente durante el siglo XIX en los países desarrollados.
3. La incidencia y la gravedad de la esquizofrenia han ido disminuyendo durante los últimos 40 años en los países desarrollados.

El primer punto es el tema principal de esta primera parte, en la que analizaremos la evidencia que sostiene esta afirmación. En primer lugar revisaremos los escritos médicos y no médicos a lo largo de la historia hasta el final del siglo XVIII. Después buscaremos posibles explicaciones para un hecho tan sorprendente. A continuación consideraremos cuáles son las características principales de la enfermedad. En una segunda parte<sup>9</sup> revisaremos la naturaleza de los acontecimientos que tienen lugar en el mundo occidental en la segunda mitad del siglo XVIII y propondremos una nueva hipótesis que puede explicar la aparición de la enfermedad en un momento particular de la historia, conocer mejor su impacto en la subjetividad y, al mismo tiempo, las características de la sociedad que nos ha tocado vivir.

## LA ESQUIZOFRENIA ANTES DE 1800

### La evidencia literaria

No hay descripciones de casos de esquizofrenia en la literatura griega ni en la romana. Una revisión sistemática llevada a cabo por Evans et al. en 2003 de los textos griegos y romanos desde el siglo V a.C. hasta el siglo II, llegó a la conclusión de que hay pruebas de que los síntomas psicóticos se conocían, pero ningún personaje cumple con los criterios modernos de diagnóstico de esquizofrenia (DSM-IV).<sup>10</sup> En *Los Caracteres* de Teofrasto (ca. 371 - ca. 287 a.C.)<sup>11</sup> se encuentra la descripción de 32 tipos diferentes de seres humanos. Algunos son familiares para los médicos de hoy en día porque en ellos aparecen un pobre control de impulsos o rasgos obsesivos o paranoicos, como el hombre celoso, el hombre supersticioso, el hombre sospechoso, el charlatán o el vicioso. Pero en los personajes de Teofrasto no existe ni un solo caso que recuerde a la esquizofrenia. Tampoco hay pruebas de la esquizofrenia en la Edad Media.<sup>12</sup>

Hay algunas evidencias contradictorias presentadas por Jeste et al.<sup>13</sup> sobre la antigua India y Roma y también de Ellard<sup>14</sup>, que hace referencia a los registros de Napier (1559-1634), un médico astrólogo y eclesiástico de Inglaterra que sugiere que la condición más cercana a nuestra categoría moderna de la esquizofrenia era la *mopishness*. *Mopish* significa indiferente, apático o abatido y *to mope* es estar sumido en el abatimiento o la apatía. Como ha apuntado Ellard,<sup>14</sup> el significado de *to mope about* tiene aún una cualidad de falta de rumbo y de ineficiencia y sugiere que *mopishness* refleja "un trastorno cognitivo del tipo del que asociamos con la esquizofrenia". Sin embargo, el tono de la palabra *mope* de alguna manera sugiere sentimientos negativos (bajo estado de ánimo, en alemán *mopen* 'ponerse de mal humor', en neerlandés *moppen* 'quejarse').<sup>15</sup> En realidad, esta lista de adjetivos se puede aplicar a muchas otras condiciones distintas a la esquizofrenia. Turner<sup>16</sup> construyó su argumento contra la hipótesis de recencia considerando sesgos en los pacientes de Napier, que pertenecían todos a una clase social desfavorecida, así como las interpretaciones de síntomas y clasificaciones empleadas por MacDonald<sup>17</sup>.

Según Youssef et al.,<sup>18</sup> los médicos islámicos medievales probablemente diagnosticaron y trataron muchos casos de esquizofrenia. Sin embargo, a pesar de la gran calidad y precisión de la medicina islámica medieval y de sus descripciones de la melancolía y la de enfermos mentales gravemente perturbados, los autores citados no logran convencer de la presencia de casos semejantes a la esquizofrenia moderna. Citan, por ejemplo, la historia de un hombre que, creyendo ser un pájaro, construye y se coloca unas alas para saltar desde una terraza, muriendo en el intento. Sin embargo, un diagnóstico diferencial debería incluir otras enfermedades además de la esquizofrenia. Lo mismo puede decir de otros

pacientes con comportamiento extraño, pretendidamente atribuido a una esquizofrenia.

Muchos personajes de las obras de Shakespeare (Otelo, Hamlet, el rey Lear y Macbeth) muestran rasgos evidentes de alteraciones psicopatológicas (melancolía, ideas delirantes, alucinaciones) pero ninguno se puede comparar a una persona con esquizofrenia.<sup>19</sup>

El tema de la locura es el centro de la trama de *El rey Lear*. Varios trabajos sobre los aspectos psicológicos y psicopatológicos de los personajes de la obra *El rey Lear*, no llaman la atención a un posible diagnóstico de esquizofrenia presente en el rey o fingida en el caso de Edgard. Sin embargo, los diagnósticos que se mencionan en la literatura que surgen entorno a la obra, incluyen amnesia disociativa,<sup>20</sup> narcisismo destructivo,<sup>21</sup> demencia de los cuerpos de Lewy,<sup>22</sup> manía, demencia senil, delirium, depresión, psicosis reactiva breve y basándose en criterios diagnósticos modernos, trastorno bipolar tipo I, episodio más reciente maniaco, grave con características psicóticas<sup>23</sup>. La esquizofrenia no aparece en la lista.

En general, el análisis de los aspectos psicológicos de la locura de Lear nos lleva a la conclusión de que es la manifestación de las ansiedades primordiales de la vejez: el temor a ser abandonado en un estado de total indefensión debida al dolor, la soledad o la enfermedad, a menudo manifestada como una tiranía narcisista.<sup>24</sup> El hecho es que en la obra de Shakespeare, la locura se muestra como "vejez", asociada a "senilidad" o "rabia", y como posibilidad experimentada por el propio rey: *Oh locura, me volveré loco; ¡No quiero volverme loco, no quiero! ¡Dioses de bondad, dadme calma!*<sup>25</sup>

En el personaje del rey Lear hay rasgos interesantes desde un punto de vista psicoanalítico, como la regresión a la disposición infantil de un niño que quiere ser cuidado maternalmente por sus hijas, especialmente por Cordelia<sup>26</sup> (*todos los locos son de nuevo bebés*). Freud consideraba que Lear rechaza la muerte, incapaz de hacer frente a la finitud de su ser.<sup>27</sup> Tanguin<sup>28</sup> ve al rey Lear como una "persona sin hogar emocional", sin espacio para la libre expresión de las emociones, lo que explica su precipitación en la locura.

El rey Lear no es engañado por fuerzas sobrenaturales como Macbeth. Sus ideas delirantes son suyas personales y por lo tanto se aferra a ellas a pesar de todas las exhortaciones de terceros personajes. La naturaleza íntima de sus ideas delirantes le impide reconocer la realidad.<sup>29</sup>

Lo más importante es que el drama del rey Lear trata sobre el conflicto entre dos concepciones de la naturaleza (las palabras "naturaleza", "natural" y "artificial" aparecen más de cuarenta veces en la obra): 1) el mundo antiguo medieval, feudal del rey (junto a Gloucester, Albany y Kent) que designa heredera a Cordelia y 2) el nuevo mundo racional, maquiavélico de Edmund, el hijo natural de Gloucester (junto a

Cornwall, Goneril y Regan) que representa el amanecer de la modernidad. Se trata de un conflicto que tiene dos niveles, el psicológico y el social. Lear está en el centro del conflicto y es el protagonista de un drama que se convierte en una tragedia. El colapso de la razón como punto central de la obra es una transgresión del *ordo* divino que termina por ser demolido<sup>29</sup> allanando el camino para que surjan poderes "demoniacos". Según Tellenbach<sup>30</sup> la destrucción del hombre natural por la locura de Lear es consecuencia de las fuerzas demoníacas en el sentido de Goethe. Lo "demoniaco" se refiere a ese poder interno capaz de dar un sentido a las acciones humanas. Los seres humanos difícilmente pueden escapar a ellos, principalmente porque les son en su mayor parte desconocidos. Estas fuerzas adoptan la apariencia de lo angélico, de la providencia divina, al mismo tiempo que los fundamentos de los elementos incomprensibles y arbitrarios de nuestra existencia, que están fuera de la razón y maniobran por detrás. El dilema es insoluble, ya que tiende a lo imposible, llevando al rey Lear, un hombre que prefería volverse loco o morir antes que llorar<sup>25,31</sup> o clamar a la tormenta:

*¡Retumbe tu repleto vientre, escupe fuego, arroja agua!  
Ni la lluvia, ni el viento, ni el trueno, ni el rayo son mis  
hijos;  
no les acusaré de ser crueles conmigo.  
¡Oh, elementos! Ni les di mi reino, ni los llamé hijos,  
ni me deben obediencia. Satisfagan sobre mí su horri-  
ble goce.  
Aquí me tienen esclavo suyo, desamparado, indefenso,  
débil y escarnecido viejo. (3.2 L 14-20)*

En resumen, no hay nada, realmente nada, acerca de la esquizofrenia en la obra de Shakespeare, sino sólo la locura que surge en momentos históricos de transición conflictivos. Lo mismo se aplica a personajes como los descritos en *Examen de ingenios para las ciencias* de Juan Huarte de San Juan,<sup>32</sup> a pesar de que su autor era médico.

El caso de Don Quijote requiere más atención debido al hecho de que muchos psiquiatras y médicos eminentes han caído en la tentación de endosar un diagnóstico clínico al ingenioso hidalgo e incluso a Sancho Panza, su fiel escudero. Pinel<sup>33</sup> fue el primero que consideró a Don Quijote un caso típico de monomanía, rebautizada como paranoia por Kraepelin<sup>34</sup> y de trastorno delirante persistente por el DSM-III<sup>35</sup>. En realidad, la mayoría de los diagnósticos giran en torno a este diagnóstico y no sobre la esquizofrenia.<sup>36,37</sup> Cervantes fue considerado como un excelente "nosógrafo" sin suficientes razones para ello, e incluso se ha considerado la novela como una descripción paradigmática de la esquizofrenia.<sup>38</sup> Hernández Morejón en 1836 diagnostica melancolía colérica en el sentido más tradicional de la patología humoral.<sup>39</sup> El diagnóstico de Royo Villanova es más preciso "paranoia crónica o delirio sistemático, tipo expansivo, megalomaniaco en forma y de la variedad filantrópica".<sup>40</sup> Más recientemente, el diagnóstico de Bailon es la depresión ati-

pica<sup>41</sup> o paranoia melancólica<sup>42</sup>. De forma paralela, Sancho Panza cumpliría, en todo caso, los criterios para el trastorno psicótico compartido.<sup>36,37</sup>

Alonso Fernández<sup>43</sup> considera que Don Quijote sufre un delirio sistematizado megalomaniaco de transformación del yo, de un delirio de metamorfosis en referencia a la propia identidad del paciente. La proyección exterior de este síndrome produce algunos errores en la identificación delirante de los otros, los objetos y los animales e incluye elementos de un delirio persecutorio que aumentan la grandiosidad del ser. En una publicación posterior, Alonso Fernández basa su diagnóstico en torno al trastorno bipolar<sup>44</sup>, algo que había mencionado en publicaciones previas.

Han sido varios los autores que se han atrevido a señalar las causas específicas de la "enfermedad" de Don Quijote. El antropólogo forense José M. Reverte descarta la ingesta de alcohol o drogas y la de procesos infecciosos previos como causas y menciona dos posibilidades, la edad y la carencia de vitaminas.<sup>45</sup> Otros subrayan el celibato extremo carente de significado religioso o el agotamiento y la falta de sueño como causas.<sup>46</sup> Cervantes considera esto último cuando escribe que Alonso Quijano "se pasa las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio" y por esa razón "se le seca el cerebro y viene a perder el juicio".<sup>47</sup>

Sánchez Granjel menciona otras dos posibles causas: la represión de una necesidad sexual, impuesta por su propia naturaleza intrínseca y la forma en que él se vio obligado a comportarse debido a su condición de caballero.<sup>48,49</sup>

Desde una perspectiva psicodinámica se ha considerado a Don Quijote como expresión del sufrimiento por una identificación regresiva con la fantasía de un padre agresivo e impotente<sup>46</sup> o como una personalidad narcisista, incluso, de hecho, como un líder narcisista que, estando fuera de la realidad, una y otra vez es salvado de la catástrofe por su escudero, Sancho Panza.<sup>50</sup>

A pesar de todas estas opiniones el hecho es que, como en el caso de otros personajes literarios, *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha* no es una patobiografía y no era la intención de Cervantes la de escribir una historia clínica. Además, es irrelevante que Cervantes pudiera haber estado en contacto con casos reales en el *Hospital de Inocentes* de Sevilla o mientras acompañaba a su padre, que era barbero.

Lo mínimo que podemos decir sobre el afán de etiquetar al personaje de Don Quijote con un diagnóstico psiquiátrico es que sería incorrecto hacerlo. El diagnóstico se supone que no se utiliza para definir a una persona, sino para categorizar una enfermedad, que es un accidente en la vida de una persona.<sup>51</sup> Como consecuencia, Don Quijote desafía cualquier etiqueta diagnóstica.<sup>52</sup> Y no sólo eso. ¿Qué hubiera sido del personaje de Cervantes, *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, si se hubiese reclinado en el diván

para ser sometido a psicoterapia<sup>46</sup> por su narcisismo o si hubiese tomado medicación antipsicótica por sus delirios o litio por su bipolaridad? ¡Absurdo!

Por otro lado, a lo largo de la historia se han distinguido dos tipos diferentes de locura, de los cuales sólo uno de ellos se ha considerado como patológico. Esta distinción se pone de manifiesto en las palabras en inglés *crazy* y *mad*; Don Quijote es más "crazy" que "mad".

En 1509, casi cien años antes de la novela de Cervantes, Erasmo de Rotterdam, en su *Elogio de la locura*<sup>53</sup>, consideró el mismo objetivo descabellado de luchar para lograr un mundo de paz, justicia y amor. Para Erasmo, el antónimo de la locura es la discreción. Cervantes menciona que Don Quijote lleva a cabo "discretas locuras" y en otro lugar se refiere a "locura entreverada", que muy probablemente fue entretejida con discreción.

Otros han considerado, siguiendo la misma idea, la locura de Don Quijote como "locura sublime"<sup>54</sup>, descrita como la lucidez de un individuo revolucionario que quiere transformar el mundo. Pero vivir alocadamente no es lo mismo que ser víctima de una enfermedad. Una enfermedad mental es algo que alguien "tiene", pero alguien "está" loco. En el segundo caso, la locura es la consecuencia de un proyecto existencial en sí mismo.<sup>55</sup>

En cualquier caso, la historia de Don Quijote no es un relato sobre la locura, es una historia sobre la vida humana en general;<sup>51</sup> es la crónica de un mito<sup>52</sup> en un período de turbulencias. Don Quijote es una obra literaria sobre un período transición, lo mismo que El rey Lear lo es. Más adelante volveremos sobre ello.

En una de sus novelas ejemplares *El Licenciado Vidriera*<sup>56</sup>, Cervantes relata como Tomás, el protagonista, está convencido de que todo su cuerpo se compone enteramente de vidrio, pero queda claro que la intención del autor no era explorar la psicología o psicopatología de Tomás.

## Personajes históricos

Se ha afirmado que algunos personajes históricos han padecido de una esquizofrenia en ciertos períodos de su vida. A continuación consideramos los que han recibido más atención.

El reverendo Georg Trosse que sufrió en los años 1656-7 episodios psicóticos afectivos, de los que dejó por escrito una descripción precisa. Sin embargo no presentaba características de la esquizofrenia y los episodios que padeció han sido considerados como inducidos por el consumo de alcohol.<sup>57</sup> Trosse describe oír voces divinas y satánicas y visiones y "tentaciones" suicidas. Se recuperó y más tarde recayó durante un período de algunas semanas o meses. Jeste et al.<sup>13</sup>

aplicaron los criterios del DSM-III de forma retrospectiva a la autobiografía y llegaron a la conclusión de que Trosse tenía esquizofrenia. Sin embargo, Hare<sup>57</sup> revisó el mismo material con más detalle y señaló que Trosse estaba tan embriagado el día que comenzó la enfermedad, que se cayó de su caballo y tuvo que ser encamado. En efecto, la psicosis alcohólica y el trastorno de estado de ánimo en un hombre que ciertamente abusaba del etanol se han considerado como el diagnóstico más plausible.

Heinrichs<sup>58</sup> menciona otro caso: Opicinus de Canistris (1296-1350) que escribió un relato de su enfermedad de la siguiente manera:

*Me había olvidado de todo y ni siquiera podía recordar cómo era el mundo fuera de nuestro dormitorio. El 3 de junio, después de vísperas, vi a un buque en las nubes. Como consecuencia de la enfermedad me quedé mudo, mi mano derecha estaba inutilizada y había perdido de una manera milagrosa una gran parte de mi memoria literal (=conocimiento positivo). En la noche del 15 de agosto, vi, en un sueño, a la Virgen con el niño en su regazo, tristemente sentada en el suelo; y a través de sus méritos me ha devuelto no el conocimiento, sino un doble espíritu. Desde el 1 de febrero de 1335, comencé a retirarme, poco a poco, de mi trabajo en la oficina (la Penitenciaría) a causa de la debilidad de la mano. En el trabajo espiritual, sin embargo, esta misma mano ha demostrado ser más fuerte que antes: dado que ha elaborado todas estas imágenes sin la ayuda humana. En la actualidad mi conocimiento literal perdido se sustituye por el doble de conocimiento espiritual, mi mano derecha es débil en el trabajo mundano, pero fuerte en esfuerzos espirituales.<sup>59</sup>*

La mayoría de las imágenes dibujadas por Opicinus tienen forma de círculos concéntricos, muy parecidos a los de Hidegarda de Bingen. Es muy posible que esta extraordinaria mujer sufriera ataques de migraña acompañados de ilusiones visuales.<sup>60</sup> Esto abre la posibilidad de considerar la autodescripción de Opicinus como consecuencia de una 'migraine accompagnée' que también sería el origen de las visiones que plasmó en los dibujos. En cualquier caso, Opicinus de ninguna manera se asemeja a un paciente que sufre esquizofrenia.

A pesar de opiniones contrarias<sup>61</sup>, el rey Enrique VI de Inglaterra padeció un trastorno bipolar con sintomatología paranoide y delirante de grandeza durante los episodios maníacos y apatía, pérdida de vitalidad y pérdida de interés por su cuidado personal, en los episodios depresivos pero no una esquizofrenia.

El hecho de que Juana de Arco oyera voces y el que las voces tuvieran una importante influencia en su comportamiento, ha dado lugar a sugerencias sobre un posible diagnóstico psiquiátrico. La realidad es que probablemente sufrió

una epilepsia parcial idiopática con características auditivas (IPEAF)<sup>62</sup> o de auras epilépticas extáticas similares a las de San Pablo, a las del profeta Mahoma o a las de Dostoevsky. Se han propuesto diagnósticos alternativos que no pueden ser confirmados, tales como psicopatía creativa<sup>63,64</sup>, tuberculoma del lóbulo temporal en el contexto de una tuberculosis crónica diseminada<sup>65</sup> un diagnóstico que ha sido criticado por Nores et al.<sup>66</sup>, o de una esquizofrenia<sup>67</sup>.

Santos y mártires son otros candidatos susceptibles de ser considerados como pacientes con esquizofrenia, o enfermos mentales. Sin embargo, como Kroll y Bachrach<sup>68</sup> han demostrado en un detallado trabajo sobre textos medievales *"las personas que escuchaban voces... fueron consideradas por sí mismas y por sus contemporáneos como personas que tuvieron experiencias perceptivas reales de inspiración tanto divina como satánica"*. Una revisión de la Vida de Santa Teresa, en especial del capítulo 25 sobre "locuciones que Dios da en el alma", ilustra este fenómeno con claridad, en contra de opiniones contrarias<sup>69,70</sup>:

*Son unas palabras muy formadas, mas con los oídos corporales no se oyen, sino entiéndense muy más claro que si se oyesen; y dejarlo de entender, aunque mucho se resista, es por demás. Porque cuando acá no queremos oír, podemos tapar los oídos o advertir a otra cosa, de manera que, aunque se oiga, no se entienda. En esta plática que hace Dios al alma no hay remedio ninguno, sino que, aunque me pese, me hacen escuchar y estar el entendimiento tan entero para entender lo que Dios quiere entendamos, que no basta querer ni no querer.*

Uno de los casos que ha recibido más atención es el de Johann Christoph Haizmann (1651-1700), pintor bávaro cuya historia apareció en el santuario de Mariazell en Austria a finales del siglo XIX, en un libro titulado *Trophaeum Mariano-Cellense*.

La historia es la siguiente: tras la muerte de su padre en 1668, el malogrado pintor Johann Christoph Haizmann firmó un pacto con el diablo en el que se estipulaban nueve años de servicio a Satanás. El pacto fue escrito con tinta y más tarde firmó un segundo pacto con sangre. El 19 de agosto de 1677 Haizmann fue presa de fuertes convulsiones y decidió ir al monasterio Mariazell, un lugar de gran prestigio por sus intervenciones milagrosas. Y así fue, después de una serie de exorcismos, el mismo Satanás en forma de un dragón alado le devolvió "milagrosamente" el pacto en tinta y Haizmann se encontró libre de la influencia del Diablo. Pero poco después los ataques comenzaron de nuevo, esta vez acompañados de alucinaciones en las que aparecían Cristo y la Virgen María y de parálisis en las piernas. Haizmann recordó entonces el pacto escrito con sangre. Una segunda peregrinación al monasterio le condujo a más exorcismos hasta que el Diablo le devolvió el contrato y Haizmann quedó libre de su promesa y dominio. El mismo Haizmann pintó una serie de imágenes del diablo tal y como se le presentó en

la iglesia de Mariazell para devolverle sus pactos personalmente. La colección se conserva en el monasterio. Ninguna de las imágenes tiene las características de las producciones de las personas con enfermedades mentales, ya que no son más que representaciones de las creencias del vulgo sobre el diablo, en las que éste presenta un rabo muy largo y cuernos bajo la apariencia de un dragón.

El caso fue remitido a Freud que escribió un artículo sobre el mismo considerando que se trataba de un caso de complejo de castración, consecuencia de una neurosis demoníaca.<sup>71</sup> McAlpine y Hunter<sup>72</sup> han interpretado las experiencias religiosas de Christoph Haizmann como consecuencia de la esquizofrenia, aunque un examen cuidadoso de las pruebas no permite llegar a tal conclusión. Otsuka et al.<sup>73</sup> por su parte, llegaron a la conclusión que el caso de Haizmann cumple los criterios diagnósticos de esquizofrenia, basando sus argumentos en el concepto de "bizarro". Afirman que bizarra es la manifestación de una desviación respecto de las normas sociales y culturales de una época en particular y como tal es un indicador importante de la presencia de la esquizofrenia. Sin embargo, en contra de la opinión de Otsuka et al., las palabras y las acciones de Haizmann no son discordantes o extrañas si se sitúan en el marco religioso del siglo XVII. Las experiencias, tanto de inspiración divina como satánica, eran consideradas como reales por los contemporáneos de Haizmann y la prueba es que el propio santuario de Mariazell fue conocido durante siglos como un lugar donde podrían sanarse milagrosamente.

El caso del escultor austriaco-alemán Franz Xaver Messerschmidt (1736-1783), famoso por su colección de sesenta y cuatro bustos con expresiones faciales muy exageradas, puede considerarse como una esquizofrenia, a pesar de la falta de evidencia clínica directa. Pero, de ser así, su caso no invalida la hipótesis de recencia, sino que, por el contrario, le da más fuerza porque según Ernst Kris<sup>74</sup>, los primeros supuestos síntomas aparecieron en Messerschmidt en 1770-72, cuando comenzó a trabajar en sus en sus llamadas "cabezas de personajes". Estos bustos estaban asociados a ciertas ideas paranoides y alucinaciones. En este periodo de tiempo, Messerschmidt se encontraba cada vez más en disonancia con su entorno y, a consecuencia de ello, pasó los últimos seis años de su vida en un aislamiento casi total, a las afueras de Bratislava, donde se dedicó principalmente a la producción de sus cabezas de personajes. En 1781, Friedrich Nicolai visitó a Messerschmidt en su estudio.<sup>75</sup> Parece ser que durante muchos años Messerschmidt había sufrido un trastorno digestivo no diagnosticado, probablemente una enfermedad de Crohn, que le causaba un malestar considerable.<sup>76</sup> Con el fin de apartar sus pensamientos de estas molestias, Messerschmidt ideó una serie de pellizcos que se administraba en su costilla inferior derecha. Observando las expresiones faciales resultantes en un espejo, Messerschmidt se dedicó posteriormente a registrarlas en mármol y bronce. Su intención, según le dijo a Nicolai, era representar las

sesenta y cuatro "muecas canónicas" del rostro humano, sirviendo él mismo de modelo.

Durante el transcurso de la conversación, Messerschmidt continuó explicando su interés por la nigromancia y lo arcano y cómo esto también le había servido de inspiración para las cabezas de personajes. Messerschmidt afirmaba que sus cabezas de personajes habían despertado la ira de *der Geist der Proportion*, "el espíritu de la proporción", un antiguo ser que salvaguarda el conocimiento. El espíritu le visitaba por la noche y le obligaba a soportar torturas humillantes.

Dada la descripción de Nicolai sobre cómo trabajaba Messerschmidt, sin modelos a excepción de la referencia constante a su propio rostro en el espejo, se ha dado por hecho que los bustos deben ser autorretratos.<sup>58,76</sup> Las expresiones, se podría suponer, son las muecas evocadas por sus sensaciones de dolor producido por pellizcos auto-infringidos y los intentos de defenderse del "espíritu de la proporción".

La descripción que Nicolai realiza de Messerschmidt no incluye ninguna de las palabras en alemán del siglo XVIII referidas a la locura (*Wahnwitz*, *Wahnsinn* y *Verrücktheit*); ya que en lo que hace hincapié es en las fuerzas naturales como la imaginación y el genio y sus consecuencias tanto para la enfermedad mental (*Krankheiten des Geistes*) y como para la del cuerpo.<sup>58,76</sup> Ni el aspecto de las cabezas de Messerschmidt, ni los rasgos psicológicos del escultor, permiten realizar un diagnóstico seguro de la esquizofrenia en ausencia del testimonio más directo de un médico. Esto no quiere decir que no la tuviera, sino sólo que no son evidentes para nosotros. En cualquier caso, si Messerschmidt hubiera padecido esquizofrenia, habría sido el primer caso en la historia de la enfermedad y la fecha de la aparición de las primeras manifestaciones, 1770-1772, encajaría con nuestra hipótesis de que la fecha de referencia para considerar los eventos importantes para la aparición de la enfermedad es la década de 1760.

## LOS PRIMEROS CASOS DE ESQUIZOFRENIA

Teniendo en cuenta la evidencia disponible, la fecha clave para los eventos que condujeron a la aparición de la esquizofrenia es 1760 y este es un elemento esencial para nuestra hipótesis patogénica. Hay pocas descripciones y poco precisas en la literatura médica en el último tercio del siglo XVIII. Los casos claramente identificables son posteriores al año 1760 y, como hemos visto, con más datos, Messerschmidt podría llegar a ser el caso príncipes, pero no invalidaría la hipótesis de la recencia de acuerdo con nuestro criterio.

Las primeras descripciones de esquizofrenia se publicaron en revistas científicas alemanas entre 1790 y 1830.<sup>77</sup> Poco antes de esto, Karl Philipp Moritz editó la primera revista neuropsiquiátrica y psicológica, *ΓΝΩΘΙ ΣΕΑΥΤΟΝ - Magazin zur Erfahrungsseelenkunde* (1783-1793). El título

hace referencia a los consejos que se encuentran en la entrada del templo de Apolo en Delfos, *gnōthi seauton*, 'cónotete a ti mismo' y tras el cual aparece la descripción de su campo de conocimiento: Diario de psicología empírica.<sup>78</sup> Moritz es famoso por su novela biográfica Anton Reiser (1785-1790)<sup>79</sup>, que se hace eco de las ideas de la Ilustración y se inspira en Rousseau. La novela, uno de los primeros ejemplos de creación literaria psicológica, concede mayor importancia a la actividad mental del protagonista que las situaciones externas.

En la demanda de casos originales para su revista, Moritz solicitaba informes de cualquiera que tuviera interés en contribuir al avance del conocimiento del psiquismo humano, con el objetivo de crear un "espejo para la especie humana". La revista incluía artículos sobre psicología del lenguaje y educación, sobre psicoterapia, parapsicología y temas análogos.

Los diez volúmenes publicados incluyen 124 informes de casos psiquiátricos o neurológicos que han sido re-evaluados recientemente.<sup>78</sup> Las descripciones psicopatológicas son tan precisas que pueden identificarse claramente ideas delirantes, alucinaciones, síntomas catatónicos o histéricos y trastornos del estado de ánimo. En total aparecen 13 descripciones de pacientes, 10 varones y 3 mujeres que podrían haber padecido una esquizofrenia de inicio temprano. Ocho personas fueron diagnosticadas retrospectivamente de esquizofrenia de inicio tardío o de parafrenia. He aquí un ejemplo (volumen 1, 1783):

*El Dr. Pihl visitó al Sr. D., un ex comerciante local, con el fin de investigar su estado mental y lo encontró vestido con un atuendo peculiar. Iba vestido con un camión y llevaba varios anillos de hierro alrededor de su cuerpo. En la cabeza llevaba una enorme estructura de tela de lino y bonetes fijados con cintas, finas bandas de hierro y papeles pegados, etc. Su cama estaba también aderezada con anillos de hierro y placas, etc. Cuando el doctor Pihl le preguntó por qué llevaba ese traje y tomaba precauciones tan extrañas, él respondió que tenía que hacerlo porque los malos espíritus no le permitían tener un solo momento de paz. Le atormentaban noche y día, le habían arrancado el pulmón y el hígado, le habían arrebatado grandes partes de su piel, etc. (...) El Sr. D. creía que era un mensajero directo de la Santísima Trinidad, que ahora se había hecho cargo del gobierno de la Tierra y que el poder de los reyes y príncipes había sido despreciado y derrocado. Él había recibido, en particular, la orden de velar por el mantenimiento de la justicia y del orden y de garantizar que las casas se mantuviesen en buen estado, aunque pudieran encontrarse en condiciones miserables. En consecuencia, al comienzo de su locura, el Sr. D. había ido a muchas casas con el fin de llevar a cabo su deber, dando órdenes a sus propietarios para que las reconstruyeran inmediatamente.*

Estas descripciones clínicas fueron seguidas por otros casos, todos posteriores a 1800, que sugieren la presencia de esquizofrenia en la literatura psiquiátrica alemana, en especial en los textos de J.C. Hoffbauer (1803), J.C. Reil (1803), J.C.A. Heinroth (1818), K.W. Ideler (1835).<sup>77</sup>

Mientras tanto, en Inglaterra, William Perfect describió una serie de casos de personas con enfermedades mentales en los que pueden identificarse algunos de los rasgos de la esquizofrenia. Perfect fue un médico general con interés por los trastornos mentales que regentaba un manicomio privado en West Malling, Kent. Su libro fue publicado en 1787.<sup>80,81</sup> Los casos están numerados de 1 a 108, pero el contenido no es tan ordenado como podría sugerir la numeración. Uno de los pacientes descritos con el número 77 es un caballero que,

*Aunque consecuente en la mayoría de los otros asuntos, siempre prefiere caminar hacia atrás; la razón que da para ello es evitar encontrarse a cualquier persona que no le guste, para impedir sus zapatos pudieran descubrir los dedos de los pies, su caminar por las calles es tan irregular, que hace que los que le observan le señalen y se rían de él por loco. A veces su modo de andar es muy desenvuelto, como si estuviera absorto en la meditación, en otras aprieta el paso, acompañándolo con una actitud ridícula, pero la mayoría de las veces le gusta caminar hacia atrás por las razones antes señaladas.*

Nos vemos obligados a admitir que este no es un caso claro de esquizofrenia y que los psiquiatras que evaluaran el caso hoy en día harían un diagnóstico diferencial de varios trastornos posibles y no considerarían la esquizofrenia como primera opción.

En 1797, John Haslam<sup>82-85</sup> publicó un libro extremadamente bien documentado sobre James Tilly Matthews, un comerciante de té que lideró por iniciativa propia una negociación de paz no oficial entre Francia e Inglaterra. Fue detenido en Francia, donde se le consideró loco. De vuelta a Inglaterra continuó creyéndose controlado por un misterioso "telar de aire". Creyendo que el gobierno estaba también bajo su influencia en una ocasión gritó "¡traición!" en la Cámara de los Comunes. Fue arrestado y confinado en el Hospital de Bethlem, en esos tiempos llamado comúnmente Bedlam.

Matthews estaba convencido de que, más allá de los terrenos del hospital de Bethlem, en un sótano de Londres, un grupo de villanos estaba controlando y atormentando su mente con rayos diabólicos, para lo cual usaban una máquina llamada "telar de aire", de la que Matthews había dibujado diagramas técnicos impecables y que combinaba los últimos avances en la química de gases con la extraña fuerza del magnetismo animal o mesmerismo. Incorporaba llaves, palancas, barriles, pilas, velas, retortas de latón y

fluido magnético y funcionaba dirigiendo y modulando las corrientes de aire cargadas magnéticamente, más o menos como los tubos de un órgano modulan sus tonos. Se alimentaba de una mezcla de sustancias repugnantes, que incluían "rayos seminales espermáticos animales", "efluvio de perros" y "respiración humana putrefacta" y sus descargas de fluido magnético que eran enfocadas de un modo preciso para insertar pensamientos, sentimientos y sensaciones directamente en el cerebro de Matthews. Había muchas de estas máquinas de control mental, todas ellas de nombres rimbombantes: "fluido bloqueante", "piedra fabricada", "muslo parlante", "crujidos de langosta", "estallido de bombas" y el temido "cerebro parlante" mediante el que los pensamientos se insertaban dentro de su cerebro en contra de su voluntad. Para facilitar este proceso, la banda había implantado un imán en la cabeza de Matthews. A consecuencia del *telar del aire*, Matthews vivía constantemente atormentado por ideas delirantes, agonías físicas, ataques de risa y se veía obligado a repetir cualquier cosa absurda que hubieran elegido para alimentar su cabeza.

Hay que recordar que en 1733 John Kay había patentado la *lanzadera volante*, que fue un hito en la fabricación de tejidos y que se convertiría en un símbolo de la Revolución Industrial. El mundo interior de Matthews estaba habitado por personajes despersonalizados, que sólo eran medio-humanos o la mitad de sí mismo. En cierto sentido Matthews es un Prometeo moderno dominado por la tecnología, en su caso, un telar, pero de una manera similar a la del Prometeo original, que fue dominado por su descubrimiento, el fuego.

Pero toda esta actividad no se dirigía únicamente a Matthews. Creía que había muchas bandas de *telar de aire* por todo Londres, que influían en la mente de los políticos y personajes públicos, con un alcance particularmente serio en el caso del primer ministro, Mr. William Pitt Jr. Estaban al acecho en las calles, teatros y cafés, donde engañaban a los incautos al inhalar el fluido magnético que les hacía caer bajo el control del *telar del aire*. Mediante la intoxicación de las mentes de los políticos a ambos lados del Canal con sus paranoicos "mensajes del cerebro", amenazaban con una catástrofe nacional e internacional.

La psicopatología de la política, también cristaliza en el delirio de Matthews. En opinión de los comentaristas políticos conservadores de aquellos años, los acontecimientos aparentemente aleatorios de la Revolución Francesa que terminarían con la destrucción de la monarquía y de la Iglesia, eran en realidad el resultado de los designios de un puñado de masones. Los políticos, según estos comentaristas, ya no eran capaces de tomar decisiones legítimas, sino que eran los meros títeres de unos conspiradores. Las ideas delirantes de Matthews estaban en consonancia con estas teorías de la conspiración e incluirían personas, incluyendo a los políticos que no actuaban por su propia voluntad, sino que



estaban siendo manipuladas por una pandilla de corruptos. El mundo interior de Matthews se convirtió de este modo en el presagio de imaginaciones mórbidas sobre una teoría de la conspiración<sup>86</sup>, que es una forma de idea delirante frecuente en la esquizofrenia.

A pesar de estas manifestaciones, los dos médicos responsables de Matthews en Bethlem (Thomas Monro y Bryan Crowther), no consideraron que se tratara de una enfermedad mental. Tampoco los familiares de Matthews aceptaron nunca esa posibilidad e incluso se las arreglaron para implicar a dos médicos de Londres (Henry Clutterbuck y George Birkbeck) en un examen clínico independiente. Ambos doctores concluyeron que Matthews estaba en su sano juicio, y que sus presuntos síntomas de locura - hostilidad a la autoridad e insistencia en que estaba siendo víctima de una conspiración - eran comprensibles como la respuesta de un hombre cuerdo injustamente confinado. Por último Matthews fue enviado a una institución privada, la Fox London House, donde el propio director, el Dr. Fox, también fue incapaz de confirmar su enfermedad mental.

Haslam, el farmacéutico del hospital, puso por escrito el caso en un intento de demostrar que los médicos no comprendían ni la locura ni el caso de Matthews. El resultado es el libro, *Illustrations of Madnes*<sup>82</sup>, del cual hemos tomado las citas anteriores. Además, contiene escritos de Matthews, incluyendo un manuscrito que había escrito en 1804 en el que se llamaba a sí mismo *James, Absolute Sole and Sacred Omni Imperious Arch Grand Arch Sovereign Omni Imperious Arch Grand Arch Proprietor Omni Imperious Arch-Grand-Arch-Emperor Supreme* y ofrecía millones de libras en recompensa a todas las naciones de la Tierra por la captura de la banda del *telar de aire*.

Matthews era una persona refinada y educada, no el tipo de persona que se consideraría loca en un período en que la locura era equivalente a comportamientos violentos. Tanto en el hospital de Bethlem como en el Fox House fue apreciado por los demás por su diligencia y amabilidad.

Mucho se ha dicho sobre las circunstancias que han jugado un papel importante en la descripción del caso Matthews: La postura de Haslam en defensa de la locura de Matthews, su afán para defender su punto de vista contrario a las declaraciones de varios médicos, cinco en total, dejando a un lado el hecho de que él era un boticario del hospital de Bethlem. El hecho es que la repercusión del caso en la opinión pública y la política llevaron a que se difundieran calumnias sobre la honestidad de Haslam.<sup>87</sup> A la muerte de Matthews, un Comité de la Cámara de los Comunes llegó a la conclusión, después de escuchar muchos testigos, de que éste no había sido más que un excéntrico inofensivo y talentoso hombre y de que su persecución por parte de Haslam había sido irracional y sádica. Como resultado, John Haslam fue despedido por los gobernadores de Bethlem en 1816 y su carrera quedó arruinada para siempre.

Hare<sup>2</sup> da a entender que Haslam describió el caso de Matthews como algo singular se debe a que la esquizofrenia era relativamente rara. Antes de Haslam, la mayoría de casos publicados son muy cortos y no describen la sintomatología más allá de la apariencia física, el comportamiento lunático y los pensamientos bizarros destacables. Por lo general, contienen suficientes detalles para realizar un diagnóstico moderno retrospectivo de psicosis crónica, pero no hacen ninguna distinción entre síndromes crónicos orgánicos, manía o esquizofrenia. De este modo, mientras que Arnold, Cullen, Crichton y Darwin se ocupan de la esquizofrenia en sus nosologías, ésta no se delimita suficientemente de otras psicosis crónicas.<sup>84</sup> Por el contrario, la descripción de Haslam es notable por su claridad, sobre todo si se tiene en cuenta la falta de descripciones contemporáneas similares. Las perspectivas tradicionales sobre las manifestaciones de la enfermedad mental seguían siendo superficiales, considerando el comportamiento (violento) como el criterio principal, si no el único, para identificar la locura. La descripción de Haslam y el análisis de las experiencias internas de Matthews, de vital importancia para el diagnóstico clínico de la enfermedad mental, son el primer documento psicopatológico de la historia de la psiquiatría. Por desgracia, la importancia de Haslam parece haber sido oscurecida por el desprestigio que le sobrevino al final de su vida profesional<sup>88</sup> y es irónico que el caso de Matthews fuera el origen de su desgracia.<sup>89</sup>

En Francia no encontramos nada en la literatura científica antes de Philippe Pinel<sup>33</sup>, que describió, en 1801, pacientes con afecto inadecuado o aplanado, pérdida de asociaciones y "disminución de la sensibilidad a las impresiones externas" integrados en la noción de "*démence*". El término apareció en su "*Memoria sobre la locura*" (1794)<sup>90</sup> y fue aclarado más tarde en su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale; ou la manie*<sup>33</sup>, pero es en la segunda edición de este libro (1809) donde se mencionan una serie de casos. En una de sus descripciones aparece con claridad la escisión de la actividad mental característica de la esquizofrenia y que reaparece más tarde en Kraepelin<sup>34</sup> y sobre todo en Bleuler<sup>91</sup>:

*El modo de conocer a fondo la demencia, es compararla con la manía acompañada de delirio, pues por este medio se perciben distintamente sus diferencias. En la manía delirante la percepción, la imaginación y la memoria, pueden estar afectadas, pero se conserva la facultad de juicio, esto es, la de asociar ideas entre sí. Por ejemplo, el loco que cree se Mahoma y que se refiere a esta idea todo cuanto hace y dice forma en realidad un juicio; pero asocia dos ideas que no tienen fundamento, es decir, que su juicio es falso.*

*Por el contrario en la demencia, no hay juicio, ni verdadero, ni falso, las ideas están como aisladas, nacen unas después de otras, pero no se asocian de modo alguno, o mejor dicho, está abolida la facultad de*

*pensar. En prueba de esto puedo citar el caso, de un loco que tengo siempre a la vista. (...) Se acerca a mí, me mira, y me aturde con su excesiva y desordenada locuacidad. De allí a poco se aparta, y dirigiéndose a otro cualquiera le marea con su charla eterna e incoherente, sus ojos se ponen brillantes y parece amenazar a todos con ellos; pero tan incapaz de enfurecerse como de asociar ideas, se limita a unos arrebatos rápidos de una efervescencia pueril, que se calma y desaparece en un abrir y cerrar de ojos. (...) y parece que es arrastrado por un perpetuo movimiento de ideas y de afecciones morales sueltas, que desaparecen, y se reducen a la nada apenas nacen.*<sup>33</sup>

En resumen, si hubiese existido un síndrome nuclear de la esquizofrenia en los siglos anteriores, este debería haber presentado entonces características que correlacionasen con las actuales manifestaciones de la enfermedad. En primer lugar, habría sido una enfermedad de adultos jóvenes y no habría sido transitoria, sino que habría persistido durante años. En segundo lugar, se habría desarrollado en ausencia de consumo de drogas y alcohol o condiciones médicas que pueden dar lugar a psicosis.<sup>58</sup> En todo caso, en las descripciones clínicas de pacientes de las últimas décadas del siglo XVIII, parece que existía un grupo de pacientes con inicio temprano de la enfermedad y un curso más crónico, caracterizado por síntomas negativos de tipo II de Crow,<sup>92</sup> en el que los síntomas principales son lo suficientemente claros como para merecer un diagnóstico específico, como el síndrome de Pinel-Haslam<sup>93</sup> (mejor sería de Haslam-Pinel). Hare<sup>2</sup> sugirió, sin embargo, que, a finales del siglo XIX, apareció "un nuevo tipo de esquizofrenia", en concreto, la forma conocida como "demencia adolescente" o del desarrollo<sup>94</sup>. Esto implicaría la presencia de un fenómeno de "anticipación" y no de recencia. Es cierto que en el siglo XIX, Clouston acuñó el término "demencia de desarrollo" o "demencia adolescente"<sup>95</sup> y fue un defensor del término "demencia masturbatoria" pero eso fue a finales de siglo (en 1884). Una década antes, en 1871, Ewald Hecker había publicado su artículo sobre hebefrenia "una forma de enfermedad mental asociada a los cambios que se producen poco después de la aparición de la pubertad".<sup>96</sup>

## La evidencia literaria

A diferencia de los tiempos precedentes, en el siglo XIX florecen personajes de ficción que parecen sufrir algo parecido a la esquizofrenia. Se podría decir que cada tradición literaria tiene su propio personaje: el protagonista de *Louis Lambert* de Balzac (la primera versión se publicó en 1832)<sup>97</sup>; Poprishchin en el *Diario de un loco* de Gogol (1835)<sup>98</sup>, y el personaje central de Büchner en *Lenz* (1835)<sup>99</sup>, entre otros. El papel de la enfermedad mental en la literatura moderna no se ha limitado a los países de habla inglesa ni a un género particular.<sup>100</sup>

La obra de Honoré de Balzac *Louis Lambert* contiene la primera descripción literaria moderna de un personaje en el que estaban presentes las características de la esquizofrenia tal y como conocemos hoy en día la enfermedad, algo que se ha considerado a favor de la hipótesis de recencia. En efecto, si la esquizofrenia hubiera existido siempre, parece extraño que la novela de Balzac sea el primer relato literario convincente y completo de la enfermedad.<sup>97</sup>

El *Louis Lambert* está incluido en la sección de *Études philosophiques* dentro de la colección de novelas de Balzac *La Comédie Humaine*.<sup>101</sup> La historia casi equivale a una autobiografía del propio Balzac, no sólo por el acontecimiento descrito, sino también por las consideraciones filosóficas a las que hace mención. El texto de Balzac incluye referencias a su propio ensayo *Traité de la Volonté* ("Tratado de la voluntad") que versa sobre la división entre la existencia interior y la exterior, la presencia de los ángeles y la iluminación espiritual y la interacción entre el genio y la locura.

Louis Lambert es descrito como un niño brillante, hijo único de un curtidor y su esposa. Cuando tenía catorce años, Madame de Staël se topó con él e impresionada por su inteligencia, sufragó su matrícula en el Collège de Vendôme. Allí se convierte en el amigo de un compañero de clase apodado "el poeta", que es quien narra la novela y ha sido identificado como el propio Balzac. Rechazados por los otros estudiantes y reprendidos por los profesores por no prestar atención, ambos niños crean un vínculo mutuo de discusiones sobre filosofía y misticismo. Lambert escribe un ensayo (en realidad, de Balzac, *Traité de la Volonté*), que fue confiscado por un profesor considerándolo como "tonterías". Poco después, una grave enfermedad obliga al narrador a dejar la escuela. Lambert se gradúa a la edad de dieciocho años y vive durante tres años en París, donde conoce a Pauline de Villenoix y cae perdidamente enamorado de ella. La víspera de su boda, sin embargo, sufre un colapso mental e intenta castrarse a sí mismo. Declarado "incurable" por los médicos, Lambert es confinado a la soledad y al descanso. Pauline lo lleva al castillo de su familia, donde vive en un estado de casi completo estupor. El narrador, ignorante de estos hechos, se encuentra por casualidad con el tío de Lambert y le da una serie de cartas escritas por Lambert, donde continúa sus reflexiones filosóficas y describe su amor por Pauline. El narrador (Balzac) visita a su viejo amigo en el castillo de Villenoix, donde el decrepito Lambert sólo dice: "Los ángeles son blancos". En el pasado Lambert había tratado de convencer al narrador de la existencia de los ángeles, descritos como "individuos en el que el ser interior conquista al ser exterior". El niño, genio en sí mismo, es visto como un ejemplo de este proceso: su cuerpo físico se marchita y se pone enfermo, mientras que su iluminación espiritual se expande, alcanzando su punto culminante en el comentario al narrador "los ángeles son blancos". Pauline, por su parte, es descrita como "el ángel" y "ángel-mujer". Lambert murió a la edad de veintiocho años sin haberse recuperado de su locura.

La novela *Louis Lambert* examina muchos aspectos del proceso de pensamiento y de la actividad mental. Algunos críticos y biógrafos han sugerido que la locura de Lambert refleja (conscientemente o no) el propio estado mental inestable de Balzac. Las consideraciones filosóficas en la historia de Lambert tienen influencia del filósofo sueco Emanuel Swedenborg (1688-1772). Es curioso señalar que Madame de Staël se había quedado impresionada al encontrarse a Lambert en el parque leyendo el tratado metafísico de Swedenborg "*El cielo y el infierno*" (1758).<sup>102</sup> Las ideas del escritor sueco se reproducen más adelante en los propios comentarios de Lambert sobre la mente, el alma y la voluntad. De crucial importancia entre estos es la división del ser humano en un ser "interno" y "externo". El ser externo, sujeto a las fuerzas de la naturaleza y estudiado por la ciencia, se manifiesta en Lambert como el niño frágil, con frecuencia enfermo. El ser interior, por su parte, contiene lo que Lambert llama "la sustancia material del pensamiento", y representa la verdadera vida en el que se mueve gradualmente en el transcurso de la novela.

En *Louis Lambert*, Balzac intenta construir una teoría viable que unificara el espíritu y la materia. El joven Lambert intenta lograr este objetivo en su *Traité de la Volonté*:

*La palabra Voluntad la usó para implicar... la masa de la energía por la cual el hombre puede reproducir, fuera de sí, las acciones que constituyen su vida externa (...). La palabra Mente, o Pensamiento, el cual él miró como el producto quintaesencial de la voluntad, también representó el medio en el cual las ideas originan a qué pensamiento da la sustancia (...). Así la Voluntad y la Mente eran las dos fuerzas de generación; la Volición y la Idea eran los dos productos. Volición, él pensó, que era la Idea desarrollada de un estado abstracto a un estado concreto, de su fluido generativo a una expresión sólida (...). Según él, la Mente y las Ideas son el movimiento y el resultado de nuestra organización interna, tal cual como la Voluntad y la Volición lo son de nuestra actividad externa. Él dio precedencia a la Voluntad sobre la Mente.*<sup>101</sup>

Nikolai Gogol ofrece una de las primeras descripciones completas de la esquizofrenia en su relato corto *Diario de un loco*<sup>98</sup>. El protagonista, Axenty Ivanovich Poprishchin, padece alucinaciones auditivas (perros hablando entre ellos) e ideas delirantes (declara ser el rey de España). La historia se basa en una serie de artículos que previamente habían aparecido en la prensa rusa acerca de los internados en manicomios. La gran mayoría de los institucionalizados en este tipo de asilos eran funcionarios que o bien tenían un desmedido sentido del orgullo o bien ataques de paralizante timidez. El relato de Gogol dramatiza el descenso gradual hacia la locura de Poprishchin, un secretario de un nivel inferior y, finalmente, su ingreso en un asilo. La historia es la crónica del destino del hombre ruso sin rostro en la confusa era de la

modernidad y de la búsqueda por parte del hombre común y corriente de la propia individualidad en un ambiente urbano aparentemente indiferente.

Karl Georg Büchner (1813-1837)<sup>103</sup> fue un destacado escritor que murió muy joven y por lo tanto no pudo alcanzar la fama de algunos de sus contemporáneos, como Goethe o Schiller. Büchner cayó enfermo en noviembre 1833 probablemente de una meningitis viral que se siguió de varios meses de depresión, una experiencia que probablemente es importante para la comprensión de la psicosis que se muestra en su novela *Lenz* (1835) y en su obra *Woyzeck* (1837).<sup>99</sup> En marzo de 1834 escribió: "...un movimiento constante desde el sueño y un tumulto de pensamientos en los que pierdo mis sentidos...".

Las habilidades de de Büchner para el análisis psicológico están muy patentes en su *Woyzeck*, que inspiró la ópera de Alban Berg *Wozzeck*. La trama se basa en una historia real: un barbero en Leipzig apuñaló a su amante sin razón aparente. Dos años antes, Büchner había escrito una novela basada en la vida del poeta Jakob Michael Reinhold Lenz, que ha sido considerado como la primera obra europea de prosa moderna. La novela contiene lo que se ha considerado como la primera descripción de la esquizofrenia que apareció en la literatura alemana:<sup>77,99</sup>

*Ni siquiera tengo deseo de dolor desde que crucé el puente sobre el Rin, estoy perdido en mí mismo, ni un solo sentimiento viene a mí. Soy una máquina y se me ha arrebatado el alma.*

*El primer momento brillante en ocho días. Dolores de cabeza y fiebre incesante, la noche, apenas paz tenue de unas horas. Las dos en punto, no estoy en la cama y entonces, hay un movimiento constante desde el sueño y un mar de pensamientos donde me muevo siguiendo mis sentidos. Me sorprendió a mí mismo, la sensación de estar muerto que flotaba sobre mí.*

## EXPLICACIONES DE LA ECLOSIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA A FINALES DEL SIGLO XVIII

El hecho de que una enfermedad aparezca *ex novo* en un determinado momento no es algo raro y siempre hay una primera descripción para todas ellas. En el caso de la esquizofrenia, las posibles razones para este hecho son diversas:

### Factores biológicos

Tanto Torrey<sup>1</sup> como Hare<sup>2</sup> sostienen la hipótesis de una enfermedad transmisible: por ejemplo, la mutación de un virus que produce una cepa infecciosa para los seres humanos, como ocurrió con la enfermedad del VIH. Existen algunas pruebas de un origen viral de la esquizofrenia y

esta hipótesis no puede descartarse si tenemos en cuenta que hay una relación entre el aumento de las tasas de esquizofrenia y la estación del año en que se produce el nacimiento (en invierno y especialmente en varones),<sup>104</sup> que hay un aumento de frecuencia de la esquizofrenia según la proporción de nacimientos en zonas urbanas<sup>105</sup> y un aumento de la incidencia en Finlandia, tras la pandemia de gripe en 1957<sup>106</sup> y tras otras pandemias en otros países<sup>107,108</sup>. Los datos de investigaciones poblacionales han proporcionado fundamentos para una asociación de la esquizofrenia con la exposición a epidemias de gripe entre el tercero y el séptimo mes de gestación, pero no así de estudios observacionales.<sup>109</sup> Por otra parte, el virus Borna, un virus neurotrófico que desencadena varios tipos de reacciones inmunes e induce cambios en el estado de ánimo, en los procesos cognitivos y en el comportamiento, es más frecuente en la población psiquiátrica (67%) en comparación en controles (22%) y se correlaciona con la gravedad del trastorno.<sup>110,111</sup> También hay evidencia de asociación de la infección con los virus herpes tipo simplex (HSV-1) en las personas con esquizofrenia o trastorno bipolar.<sup>112</sup> Por otra parte, la infección prenatal con el virus de la polio podría contribuir al desarrollo posterior de la esquizofrenia. Esta hipótesis podría explicar la actual disminución en la incidencia de la esquizofrenia<sup>113</sup>, la gran cantidad de nacimientos en invierno de personas que en el futuro padecerán esquizofrenia y el aumento de las tasas de esta enfermedad entre los inmigrantes de las Indias Occidentales<sup>114</sup>. Además, hay un paralelismo con otras secuelas tardías producidas por infecciones de virus de la polio. Estos hallazgos sugieren un posible vínculo genético entre la esquizofrenia y la susceptibilidad a la poliomielitis.

Una variante de esta hipótesis es la incidencia en poblaciones desprotegidas de un agente infeccioso desde otras en las que estaba aclimatado, como sucedió con la peste que los europeos introdujeron en Europa desde sus reservorios en China y posteriormente en la difusión de la viruela desde Europa al Nuevo Mundo.

Existe además una hipótesis teratogénica consecuencia de la exposición a toxinas ambientales, que se basa tanto en la eclosión de la esquizofrenia como en el hecho de que se esté produciendo una disminución de la incidencia de la enfermedad desde mediados de la década de los 60, en los países occidentales.<sup>115,116</sup> También se ha sugerido que las actividades de las manchas solares podrían causar un teratógeno globalmente activo que puede estar en la raíz de estos fenómenos. La preponderancia de los casos esporádicos y la baja fertilidad de los casos genéticos, se han mencionado como hechos que apoyan esta hipótesis.<sup>117</sup>

Un hallazgo replicado de forma importante es el exceso de complicaciones obstétricas en los antecedentes de los pacientes. Estas complicaciones parecen estar asociadas con la aparición temprana de la enfermedad.<sup>118</sup> La disminución

de la incidencia de la esquizofrenia se ha explicado por la mejora de la atención durante el embarazo y el parto.<sup>119</sup>

Existe la posibilidad de que una mutación genética pudiera dar lugar a una vulnerabilidad a la enfermedad. Todavía hay muchas controversias sobre la genética de la esquizofrenia y, en general, se podría esperar que las mutaciones que persisten de generación en generación deberían tener una ventaja adaptativa para los afectados o por lo menos para los portadores de la mutación. En cualquier caso, la tasa de heredabilidad de la esquizofrenia es algo que consideraremos más adelante.

### La esquizofrenia existía, pero no era reconocida

De acuerdo con la tesis de Foucault sobre la segregación de la locura en la Edad clásica o de la Razón<sup>120</sup> era que los trastornos mentales se ocultaban, secuestrados por así decirlo, fuera de la vista dentro de instituciones cerradas, mezclados con todo tipo de marginados sociales. De hecho, durante los primeros años de la Revolución en Francia se lleva a cabo por primera vez una distinción entre locura médica y moral<sup>120</sup>, y poco después también en Inglaterra<sup>121</sup>. Tal y como en 1757 escribió William Battie: "*La locura ... es quizás tan poco entendida como cualquier otro (desastre) que haya afligido a la humanidad*". Y continúa: "*nuestra falta de conocimiento en esta materia, me temo, se debe en gran medida a una falta de comunicación adecuada*".<sup>122</sup>

En estrecho acuerdo con esta hipótesis, se plantea la posibilidad de que los médicos no tuviesen ni los conocimientos ni las habilidades para reconocer las manifestaciones características de la enfermedad. Muy a menudo, a lo largo de la historia, los médicos han sido incapaces de diagnosticar muchas enfermedades que se confundían con otras o se mal interpretaban como debidas a la influencia de Dios, de los malos espíritus o de cualquier otra causa sobrenatural. Este fue el caso de la brujería, hasta que el libro *De Praestigiiis Daemonum et Incantationibus ac Venificiis* ("Sobre las ilusiones de los demonios y hechizos y venenos", 1563)<sup>123</sup> de Johannes Wier, en el que se describe a las brujas como "pobres melancólicas". También tenemos que tener en cuenta que en el pasado había pocos médicos disponibles y existía muy poca probabilidad de que se mantuviera un contacto continuado con pacientes crónicos. Instantáneas intermitentes de individuos no pueden proporcionar los puntos de vista clínicos que se han logrado más recientemente, con el resultado de la observación persistente durante muchos años de la enfermedad.

El caso de Matthews es muy esclarecedor. El boticario Haslam sostiene que Matthews padece una locura basándose en su estado mental y en la psicopatología presente, mientras que los otros cinco médicos involucrados en el caso reclamaban que Matthews estaba sano, a juzgar por su comportamiento y sus buenos modales. Una vez más, en el caso

de Matthews, nos encontramos con que la peligrosidad era el indicador de locura. El resto de las manifestaciones registradas en *Imágenes de la locura* pasaron desapercibidas o se consideraron irrelevantes.

Turner<sup>16</sup> y otros han sido muy críticos con el artículo de Hare<sup>2</sup> al considerar que Matthews no estaba demente y plantean dudas sobre la honestidad y las intenciones de Haslam, que defendía su posición en contra de la clase médica. En todo caso, las descripciones de Haslam son tan notables que plantean que, o bien Matthews sufría esquizofrenia o Haslam había visto muchos pacientes con este trastorno y conocía sus manifestaciones clínicas exactas. El testimonio de Matthews parece concordar con el diagnóstico de esquizofrenia, si tenemos en cuenta sus dibujos y su extenso informe textual sobre el *telar del aire*.

Scull<sup>124</sup> ha descrito los dos métodos para domesticar la locura. El primer método consiste en domar el salvajismo de los locos, el método más utilizado en el siglo XVIII para hacer frente a los estereotipos más tradicionales del comportamiento de los dementes como son la violencia exagerada e irracional, el delirio furioso y la bestialidad incoherente. Se consideraba que los locos furiosos se curaban más rápido y con más garantías, si recibían castigos mediante el uso de la fuerza y se contenían sus desmanes en celdas acolchadas. El segundo método, más propio del siglo XIX, ponía mayor énfasis en el entorno privado de la familia, en el ambiente de la casa y del círculo íntimo del enfermo: lo doméstico como contraste con la vida pública. Por lo tanto, la "domesticación de la locura" se lograba intentando reducir la ira y la desesperación a través de la moderación, el orden, la legalidad y la interiorización del control. La locura domesticada (en este segundo sentido) es una locura reprimida de forma mucho más eficaz que jamás podría haberse imaginado en el siglo XVIII.

### Las manifestaciones de la esquizofrenia cambian con el tiempo

Las manifestaciones de la enfermedad han cambiado. Ellard<sup>14</sup> ha puesto de relieve el hecho de que todos los psiquiatras han observado en las últimas décadas cambios profundos en la manera en que la esquizofrenia se manifiesta en los pacientes, no sólo a causa de cambios en la definición de la enfermedad o de sus criterios diagnósticos. La catatonía es ahora una rareza, la parafrenia menos rara, pero también.

Los síntomas negativos, la violencia y las manifestaciones comportamentales son más evidentes, pero inespecíficas. Este sería el caso de *mopishness* y el de Hölderlin. Aquellos que le visitaron durante su enfermedad y en especial, Waiblinger<sup>125</sup> que escribió sobre esas visitas al gran poeta, describieron el empobrecimiento de sus facultades mentales.

Ya bien entrado el siglo XIX, Benedict Augustin Morel, en su libro *Traité des Maladies Mentales* (publicado en 1860),<sup>126</sup> da la siguiente descripción de lo que él llama *démence précoce*:

*El caso de un niño que hasta entonces había sido el primero en sus exámenes sin esfuerzo, y casi sin estudio... Sin darse cuenta perdió su alegría y se volvió serio, taciturno y con tendencia a la soledad. El niño mostraba un estado de depresión melancólica y odio hacia su padre, hasta el punto de querer matarlo... El joven fue olvidando poco a poco todo lo que había aprendido y sus brillantes dotes intelectuales entraron en un período de estancamiento muy angustiante. Una especie de inactividad que raya la estupidez, reemplazó toda la actividad anterior, de modo que cuando lo vi de nuevo parecía que había pasado a un estado irrecuperable de *démence précoce*.*

### La influencia de la oferta y demanda

Los artículos de Hare han sido criticados intentando explicar que el aumento de la demanda de plazas en las instituciones mentales, más concretamente hacia el final del siglo XIX, es consecuencia de un aumento en la oferta de camas y de plazas de las instituciones, asociado a una mejora de las habilidades para la descripción de los casos.<sup>84</sup> Scull<sup>6</sup> sostenía que el incremento en el interés en los trastornos mentales y la proliferación de establecimientos psiquiátricos aumentó la demanda.

### Factores sociales y culturales

Hemos sugerido que los factores que llevaron al estallido de la esquizofrenia al final del s. XVIII, aparecieron en torno a 1760, los cuales llevaron a lo largo de los siguientes años, a cambios profundos en la vida de las personas en todo el mundo.

1760 es el año en el que nace la Primera Revolución Industrial<sup>127</sup>, que es consecuencia de la implantación de nuevos procesos de manufactura y de la generalización de su uso en la producción. Así la producción manual fue reemplazada por máquinas. Además se implementaron nuevos procesos químicos y de producción del hierro, se aumentó la eficiencia del agua y el vapor y el carbón sustituyeron a la madera como fuente de energía. Los cambios ocurrieron en Gran Bretaña a partir de 1760 y se extendieron en un corto período de tiempo a Europa occidental, Estados Unidos y Japón.

La Revolución Industrial es un importante punto de inflexión en la historia de la humanidad que tuvo repercusiones en todos los aspectos de la vida cotidiana de toda la población. *"Por primera vez en la historia, el nivel de vida*

de las masas de gente común comenzó a experimentar un crecimiento sostenido".<sup>128</sup> Otras consecuencias fueron la expansión de la prensa y la publicación de libros populares, debido al uso de la energía de vapor para la impresión, lo que hizo aumentar la alfabetización y las demandas de participación política de las masas. La industrialización masiva atrajo un gran número de inmigrantes de las comunidades rurales a las zonas urbanas, lo que condujo a la aparición de algunos problemas imprevistos (por ejemplo, la tuberculosis). El capitalismo y el socialismo tal y como los conocemos hoy en día, son consecuencia directa de la Primera Revolución Industrial.

La esquizofrenia es en sí misma sensible a las influencias culturales. El Estudio Piloto Internacional de la OMS sobre la Esquizofrenia<sup>129,130</sup> llegó a tres conclusiones principales: 1) la esquizofrenia se presenta en todas las culturas y áreas geográficas investigadas; 2) su tasa de incidencia es muy similar en diferentes poblaciones; y 3) el curso y pronóstico de la esquizofrenia es extremadamente variable, pero el resultado final es significativamente mejor en los países en desarrollo. La evidencia parece indicar que a principios del siglo XIX, la incidencia de la esquizofrenia fue mayor en las poblaciones más prósperas y que este sigue siendo el caso durante las décadas siguientes<sup>131</sup>, algo que sugiere que la urbanización, la migración, el hacinamiento y sus consecuencias (ej., la proliferación de agentes transmisibles) son, entre otros, posibles factores que dieron lugar a la eclosión de la enfermedad.

Se ha sugerido que la aparición tardía de la esquizofrenia y el aumento de su incidencia a lo largo del siglo XIX fue debida a las consecuencias sociales y familiares de la industrialización.<sup>132</sup> La hipótesis es que las estructuras sociales y familiares presentes a lo largo de la historia en las sociedades pre-industriales y que están aún presentes en la actualidad en los países en desarrollo, ejercen un efecto relativamente benigno en pacientes con esquizofrenia y que estos efectos se pierden durante y después de la industrialización. Así, las formas graves y crónicas de la enfermedad adquieren notoriedad y por lo tanto, se hicieron reconocibles en las instituciones europeas en la última mitad del siglo XIX. Los posibles mecanismos subyacentes serían: 1) el rápido aumento en el tamaño de las ciudades y los pueblos, 2) los cambios en la mortalidad y la morbilidad perinatal e infantil y 3) los cambios en la estructura familiar.

La evidencia de algunos estudios iniciales así como de las investigaciones más recientes demuestra que la urbanidad se asocia a una mayor incidencia de esquizofrenia y de psicosis no afectivas. Lo más importante es que hay una variación considerable en la incidencia de ambos tipos de trastornos entre barrios de la misma ciudad, lo que sugiere que las causas consideradas en la actualidad no son suficientes para explicar el hipotético mecanismo que estaría tras el aumento en la incidencia. Es poco probable que el descenso del nivel social por sí mismo pueda explicar la distribución

geográfica de la incidencia. Evidencia adicional sugiere que el impacto de los contextos sociales adversos tales como densidad de población, la fragmentación y la privación sociales, sobre el riesgo de psicosis podría ser explicado por la exposición ambiental a nivel individual de factores como el uso del cannabis, la adversidad social, la exclusión y la discriminación.<sup>133</sup> Por supuesto, este hecho no excluye, más bien apoya, nuestra hipótesis sobre otro factor individual, como veremos más adelante.

Al igual que sucede con otras enfermedades, la aparición de la esquizofrenia puede ser consecuencia, al menos en parte, de la transición de la pobreza a la riqueza. Suele decirse que se debe al efecto combinado de variaciones en la tasa de natalidad, de complicaciones debidas a la desproporción céfalo-pélvica secundaria a cambios alimentarios y al aumento de la supervivencia infantil subsecuente a mejoras en la atención obstétrica y neonatal. Estos efectos justificarían la aparición de la esquizofrenia en población inmigrante<sup>4,134</sup> y, de hecho, varios estudios han encontrado un aumento marcado de las tasas de esquizofrenia entre inmigrantes de las Indias Occidentales en el Reino Unido. Las explicaciones basadas en factores psicosociales tales como el desarraigo y la falta de suficiente asimilación, otras citadas más arriba, que sin duda deben ser tenidas en cuenta, nosotros creemos que además existen otras razones, como veremos más adelante.

Para continuar con nuestros razonamientos es necesario tener en cuenta dos cuestiones importantes. En primer lugar, la naturaleza de la psicopatología de la esquizofrenia y en segundo lugar, la importancia de los cambios iniciados en el mundo occidental a finales del siglo XVIII, y cómo pudieran relacionarse con la aparición de la enfermedad.

## LA NATURALEZA DE LA ESQUIZOFRENIA

La cuestión sobre lo que realmente es la esquizofrenia desde el punto de vista psicopatológico es problemática entre otras cosas porque el núcleo clínico de la esquizofrenia ha desaparecido<sup>135</sup> de la CIE-10<sup>136</sup>, DSM-III<sup>35</sup> y IV<sup>137</sup>. El DSM-5<sup>138</sup> afirma que ningún síntoma de la esquizofrenia es patognomónico, que los síntomas característicos de la esquizofrenia implican una serie de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales y que el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados con el deterioro de la actividad profesional o el funcionamiento social. Como veremos más adelante (en el núcleo gestáltico de la esquizofrenia) todas y cada una de las características individuales de la enfermedad comparten una característica común y única, que, de nuevo, ha desaparecido de los actuales sistemas de clasificación en psiquiatría. Como consecuencia de ello, la psiquiatría actual tiene grandes dificultades para delimitar el diagnóstico de la esquizofrenia y abordar el estudio de los mecanismos patogénicos de la misma.<sup>139</sup>

Desde nuestro punto de vista, algunos de los errores en la interpretación de la literatura anterior a 1800 se producen por supuestos simplistas sobre la enfermedad y su diagnóstico. Por ejemplo, hacer un diagnóstico de esquizofrenia siguiendo observaciones de manifestaciones aisladas, como distorsiones de la experiencia de realidad o "voces alucinatorias en ausencia de alucinaciones visuales";<sup>12,140</sup> o por considerar sólo los criterios diagnósticos, en ausencia de un análisis suficiente de la psicopatología del caso.<sup>12</sup> Contrariamente a la opinión de Hare, que considera que oír voces es un síntoma tan frecuente como cualquier otro en la esquizofrenia, Ellard<sup>14</sup> requiere al menos una característica definitoria de la esquizofrenia y se pregunta si las "voces" podrían serlo.

La idea de que las personas aparentemente sanas pueden experimentar síntomas psicóticos, como ideas delirantes y alucinaciones "se está convirtiendo en el dogma aceptado".<sup>141</sup> Parte de este "dogma" es la suposición de que las experiencias de las muestras no clínicas se solapan, o al menos muestran cierta semejanza con las muestras clínicas; es decir, que "las experiencias pseudo-psicóticas" existen en un continuum entre la población general y la clínica.<sup>142</sup> Los síntomas psicóticos atenuados son un fenómeno común en la adolescencia. Más de un 43% de los casos en una muestra española de población general, refieren síntomas que se corresponden con pensamiento mágico, ideas de referencia o ideas delirantes o alucinaciones y el 8,90% manifestaron haber tenido cuatro o más experiencias de tipo psicótico.<sup>143</sup>

Este enfoque, en el que se toma la parte por el todo - *pars pro toto* - se denomina falacia merológica<sup>144</sup>, un concepto que podría aplicarse a muchos puntos de vista neurocientíficos reduccionistas.<sup>145,146</sup> Por ejemplo, Bennett y Hacker,<sup>144</sup> han puesto en entredicho el intento de asignar al cerebro la propiedad de predicados psicológicos. La falacia merológica sostiene que el cerebro, que es una parte del cuerpo humano, es responsable de la actividad mental, cuando en realidad los predicados psicológicos sólo se aplican a los seres humanos (u otros animales) como un todo y por lo tanto no se puede aplicar de manera inteligible a cualquiera de sus partes, ni siquiera al cerebro. La alternativa, según Bennett y Hacker, es que la atribución de predicados psicológicos al cerebro sea principalmente una cuestión filosófica y no neurocientífica, ya que es una cuestión conceptual. Por esto, el cerebro no es el sujeto adecuado para los predicados psicológicos.

Aquí debemos destacar que hay algo más en la esquizofrenia que sólo síntomas observables, criterios diagnósticos o elementos de una escala de evaluación. En un estudio reciente,<sup>147</sup> pacientes con esquizofrenia tendían a describir sus alucinaciones en términos tales como los siguientes: *Creía que mi hermano estaba muerto cuando estaba vivo, viendo la televisión pensaba que me estaban hablando, oigo una voz que me pide que haga algo o me dice algo acerca de alguien, cuando miro a la gente, a veces me parecen extra-*

*ños, como si no fueran reales, y también me pasa con las cosas de la casa; habiendo intentado hablar con el pensamiento, pensando que estaba diciendo algo. En ese momento pensaba que tenía poderes y que otros eran capaces de escucharme, (...), etcétera.* Por el contrario los controles sanos describen sus alucinaciones en términos tales como: *En mis ensoñaciones pude ver la cara de mi padre; estoy medio dormido, no del todo dormido ni totalmente despierto, y escucho a gente que me llama por mi nombre; cuando estoy en casa estudiando, oigo la voz de mi madre que me llama; cuando me gusta una canción, puedo escucharla sin necesidad de oírla en la realidad; cuando tengo un poco de fiebre, oigo voces. Cuando era niño me pasaba esto con frecuencia, (...).*

La conclusión del estudio fue que no es suficiente aplicar una escala de experiencias alucinatorias para investigar en este campo debido a que las experiencias alucinatorias o pseudo-alucinatorias no pueden medirse de manera fiable y válida sin una caracterización precisa de la calidad fenoménica de la experiencia en sí misma.<sup>149</sup> El hecho es que el diagnóstico clínico de cualquier manifestación de la esquizofrenia requiere que se tome en cuenta el aspecto subjetivo de la experiencia (cómo se manifiesta la misma experiencia alterada), además de las características del encuentro intersubjetivo, de cómo la experiencia se expresa y como se ha vivido, por el médico.<sup>143</sup>

Volviendo a los orígenes, según Kraepelin<sup>34</sup>, la *dementia praecox* se caracteriza por una destrucción específica de los vínculos internos de la personalidad psíquica. Más tarde<sup>149</sup>, es más preciso, describiendo un debilitamiento de los estímulos emocionales, subsecuente a los fenómenos volitivos, que destruye el núcleo de la personalidad "*que pierde su mejor y más precioso componente*"; (Griesinger<sup>150</sup>) y da lugar a la *pérdida de la unidad interior* (énfasis de los autores) de las actividades del intelecto, de las emociones y de la voluntad en sí mismos y en relación con los demás. Este estado es descrito metafóricamente por Stransky como *ataxia intrapsíquica*.<sup>151</sup>

Según Eugen Bleuler<sup>91</sup> el síntoma específico de la esquizofrenia es el deterioro del proceso de pensamiento en forma de una pérdida de conexiones asociativas, que causa un "*Spaltung*" (escisión, disociación), una disyunción, desconexión, una ruptura de la asociación de ideas:

*Entre los cientos de hilos asociativos que guían nuestro pensamiento, esta enfermedad parece interrumpir, bastante caprichosamente, a veces un solo hilo, a veces todo un conjunto y, a veces fragmentos de ellos. De esta manera, el pensamiento a menudo se convierte en ilógico y bizarro.*<sup>91</sup>

Por otra parte, hay una constante desde Kraepelin y Bleuler a la CIE-8 y el DSM-III que distinguen de entre todos los elementos en la esquizofrenia, dos fundamentales: 1) una

característica clínica nuclear y 2) características psicóticas positivas. Estas últimas, que son típicas del estado esquizofrénico, a pesar de que son relativamente inespecíficas, ya que también pueden estar presentes en trastornos psicóticos no esquizofrénicos.

La característica clínica nuclear, que también se presenta en un espectro (incluyendo los cuadros esquizoides, la esquizofrenia latente y el trastorno de la personalidad esquizotípico), afecta a todos los dominios de la conciencia (experiencia subjetiva, expresión, cognición, emociones, comportamiento y volición), cuya especificidad sólo puede ser comprendida desde una perspectiva gestáltica (holística), no por la consideración de las características individuales. Esta característica nuclear ha sido denominada de distintas maneras: *Zerstörung* ('devastación', Kraepelin<sup>34</sup>), ataxia intrapsíquica (Stransky<sup>151</sup>), disjunción 'dementia sejunctiva' (Wernicke<sup>152</sup> y Gross<sup>153</sup>), *Spaltung* ('escisión', 'disociación', Bleuler<sup>91</sup>), *dynamische Entleerung* ('agotamiento dinámico', Janzarik<sup>154</sup>) alteración de la experiencia del yo (López Ibor<sup>155</sup>, Blankenburg<sup>156</sup>, Wyrsh<sup>157</sup>, Scharfetter<sup>158</sup>), trastorno del *self* o perturbación de la ipseidad (Sass y Parnas<sup>159</sup>) entre otros.

Sin embargo, las dificultades o incluso la aparente imposibilidad de establecer criterios diagnósticos para la práctica diaria, basadas en las experiencias subjetivas de los pacientes y psiquiatras, han llevado a la desaparición de la fenomenología de la enfermedad, que ha sido sustituida por combinaciones operativas reificantes, "objetivas", de criterios diagnósticos.<sup>160-162</sup> Sin embargo el núcleo de la enfermedad se ha mantenido, impregnando las manifestaciones de la enfermedad con nociones sutiles como el "*Praecox Gefühl*" de Rümke,<sup>163</sup> una afirmación tautológica, "un absurdo científico", pero "familiar para cualquier médico con experiencia".<sup>164</sup>

Las dos características principales de la esquizofrenia están relacionadas entre sí, son por un lado una particularidad del desarrollo y la otra la pertenencia a un espectro. La esquizofrenia no surge bruscamente, *ex nihilo*, sino que casi siempre está precedida por una trayectoria premórbida que se refleja en un estilo de vida<sup>165</sup> de aquellos que la padecen. Además, la esquizofrenia pertenece a un espectro de condiciones (esquizoidia, esquizofrenia latente, trastornos esquizotípicos, personalidad esquizoide), que comparten las características fenotípicas principales del cuadro completo de la enfermedad. Esta doble conceptualización de Parnas no está libre de conflictos<sup>166</sup> aunque, como veremos en la segunda parte, el caso de Hölderlin proporciona argumentos a favor de ella.

## Lo bizarro en la psicopatología de la esquizofrenia

Mencionamos lo bizarro a raíz del caso de Haizmann. El concepto de bizarro en castellano tiene un sentido primitivo,

el de gallardo, pero en el caso de la esquizofrenia se aplica a la peculiaridad de sus manifestaciones. Bizarro y otros rasgos afines han sido considerados como característicos de la esquizofrenia, tiñendo muchas de sus manifestaciones clínicas (ideas delirantes bizarras, distorsiones peculiares de la realidad, (...). Kraepelin<sup>167</sup> definió las ideas delirantes en la *dementia praecox* como impregnadas de "un sello extraordinario", mientras que las de la paranoia o las de las psicosis afectivas se presentan "*con toda la improbabilidad y la incertidumbre de su origen*". Más tarde, lo bizarro se consideró por todos los autores clásicos como el sello distintivo de la esquizofrenia. Lo típico de la esquizofrenia, dice Jaspers<sup>168</sup>, reside en la Gestalt que resulta del encuentro con el paciente: "*todos estos personajes tienen algo incomprendible (...) (para) nuestra comprensión de una manera peculiar, hay algo raro, frío, inaccesible, rígido y petrificado*". Para Bleuler<sup>91</sup> la esquizofrenia se caracteriza por un elemento de extrañeza "*que no se ha visto en ningún otro lugar de esta manera particular*." La fuente de esta extrañeza, según Kraepelin, Bleuler y Jaspers, reside en una determinada desorganización de la actividad mental, en la coexistencia en la experiencia del paciente de elementos incompatibles entre sí, la cognición, las emociones y las acciones que sitúa al paciente en, o más allá, de los límites de la comprensión interpersonal.<sup>169</sup>

"Bizarro" es un término problemático, difícil de definir y es también un concepto fundamental dentro de las características nucleares de la esquizofrenia. Los "delirios bizarras" constituyen el criterio de mayor peso de la esquizofrenia en el DSM-IV<sup>137</sup>.

Las ideas delirantes bizarras han sido definidas en sentido estricto en términos de su contenido, principalmente en términos de imposibilidad física o de incomprendibilidad cultural o histórica de los enunciados delirantes, pero no es suficiente. En el DSM-5,<sup>138</sup> las ideas delirantes se consideran *bizarras* si son claramente inverosímiles e incomprendibles para las personas de la misma cultura y no derivan de experiencias de la vida ordinaria. Por otro lado, la fiabilidad de las "*ideas delirantes bizarras*" es inferior a la fiabilidad de los delirios en general por lo que este concepto podría ser inadecuado para un uso científico,<sup>170</sup> ya que sólo una pequeña parte de los pacientes son diagnosticados de esquizofrenia por la presencia de ideas delirantes bizarras (4%-8%).<sup>170-172</sup> Debido a esta falta de fiabilidad, y en contraste con el DSM-IV, una sola idea delirante extraña ya no será suficiente para satisfacer el criterio A de la esquizofrenia del DSM-5.<sup>138</sup>

## La alteración fundamental de la esquizofrenia

Volvemos a insistir en el hecho que la esquizofrenia destruye profundamente la personalidad debido a un proceso al que Kraepelin<sup>34</sup> denominó *Zerstörung* ('devastación') y que consiste más en la pérdida de conexiones asociativas de la



vida psíquica (*Spaltung*, 'disociación', Bleuler<sup>91</sup>), que no es un déficit de funciones psicológicas específicas o aisladas, ni en la presencia de contenidos mentales anormales. Su consecuencia es una profunda alteración de las estructuras de la subjetividad, de tal manera que el proceso destructivo conduce, según Kraepelin, a un gran empobrecimiento psíquico (*verblödung*, lit., 'idiotización').

A lo largo de más de cien años la psicopatología ha buscado identificar el trastorno fundamental subyacente al conjunto de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Para Karl Jaspers<sup>168</sup> las ideas delirantes primarias, propias de la esquizofrenia, se caracterizan por ser incomprensibles, es decir, tienen origen que no es consecuencia de un proceso racional coherente. Para Eugen Bleuler se trata del autismo, concepto que describe de la siguiente manera<sup>173</sup>:

*Las personas con esquizofrenia han perdido el contacto con el mundo exterior, viven en un mundo que les es propio. Se han encerrado en sus propios sus anhelos y deseos (...); han cortado ellos mismos, tanto como es posible, cualquier contacto con el mundo externo. A este desapego de la realidad, acompañado del predominio relativo y absoluto de la vida interior, llamamos autismo."*

El autismo consiste en un aislamiento de la realidad externa y en la preponderancia patológica de la vida interior. La persona que padece esquizofrenia reacciona mínimamente a los estímulos de un entorno y cuya percepción le genera rechazo. El objetivo de este comportamiento es dirigir la atención a las fantasías internas, aunque en algunos enfermos este aislamiento sirve para mantener a raya unas emociones, de por sí muy exaltadas como consecuencia de una sensibilidad acrecentada. La ruptura psicológica con el exterior no es absoluta, de manera que la conciencia sobre hechos cotidianos puede estar relativamente bien conservada, coexistiendo con un cierto grado de autismo ("doble contabilidad"). Sólo en los casos más severos de estupor se observa un aislamiento absoluto.

El pensamiento autista tiene su origen en la disociación de la actividad mental propia de la enfermedad y está regida por los compromisos afectivos del sujeto y por su contenido fundamentalmente simbólico, analógico, fragmentado e integrado por asociaciones casuales. De esta manera la realidad objetiva es sustituida por alucinaciones y el paciente percibe su mundo fantástico como real y la realidad como una ilusión.

Otros autores han propuesto conceptualizaciones análogas. Para Minkowski<sup>174</sup> hay en la esquizofrenia una disminución de la sensación de relación dinámica y vital con el mundo ("pérdida del contacto vital"), acompañada a menudo por una hipertrofia de las tendencias intelectuales y estáticas ("racionalismo mórbido", "geometrista mórbido"); Blankenburg<sup>156</sup> destaca la pérdida del sentido normal de la

obviedad ("obviedad natural"), de una pérdida del sentido común habitual, que es el que permite a las personas normales hacer fácilmente frente al mundo social y práctico; Kimura<sup>175</sup> considera las distorsiones de la experiencia del encuentro del sí mismo con los demás (en alemán *mitsein*, en japonés *ki*); para Berze existe una insuficiencia primaria de la actividad psíquica<sup>176</sup> y para Janzarik un agotamiento dinámico<sup>154</sup>.

El problema es que las descripciones más recientes de la enfermedad en lugar de profundizar en esta línea se han encaminado a dividir la esquizofrenia en subformas (paranoide, catatónica, hebefrénica, simple, indiferenciada) y, lo que es peor, a diferenciar grupos de síntomas o síndromes independientes (positivos, negativos y de desorganización), abandonando el esfuerzo por encontrar un "hilo rojo" que una entre sí a todas las manifestaciones de la enfermedad.

### *La alteración de la vivencia del yo*

La alteración de la vivencia del yo (*Selbstbewusstsein*) es una aportación fundamental de Karl Jaspers<sup>168</sup> y de Kurt Schneider<sup>177</sup>. La noción básica es que cada uno se vivencia a sí mismo como una persona unitaria porque piensa, siente, tiende hacia algo, quiere y obra gracias a una particular conciencia. Todas estas actividades parten igualmente de un punto, y también todo lo que percibimos del exterior, a través de nuestras sensaciones, se dirige hacia ese punto, sobre el que actúa. A dicho punto central de la conciencia le llamamos yo.

La vivencia del yo tiene unas características bien definidas y así, el yo se vivencia a sí mismo como:

1. Separado de los objetos y personas situados en el mundo exterior
2. Simple o único
3. Una unidad que persiste idéntica a lo largo del tiempo
4. Existente, lo que consiste en la vivenciación del propio ser o del hecho de existir
5. Activo, porque la conciencia de actividad se basa en la impresión de que lo que experimento interiormente es mío (mismidad, *Meinhaftigkeit*)

La vivencia del yo puede perturbarse transitoriamente en individuos mentalmente sanos y en situaciones excepcionales, pero su alteración es más frecuente y más profunda en la esquizofrenia.

A la noción de Jaspers y de Kurt Schneider así formulada le falta una dimensión: la vivencia del yo es inseparable de la vivencia del cuerpo, ya que es una vivencia encarnada en un aquí y en un ahora, que ocupa un espacio y existe en un momento determinado. Al igual que la vivencia cotidiana de la corporalidad, se trata de la sensación inmediata de que

el cuerpo propio está situado en un lugar y en un momento concreto y que en él se sitúa nuestro yo. En condiciones normales es algo que subyace a toda experiencia, pero no somos conscientes de ello. El cuerpo y el yo están presentes en la experiencia pero "entre paréntesis", intuitivos, presentidos<sup>144</sup>. Sartre se refirió al cuerpo como "*passé sous le silence*"<sup>178</sup> (pasado por alto), López Ibor escribió sobre el silencio corporal<sup>179</sup>, para Lhermitte<sup>180</sup> se trata de una experiencia subliminal y Frederiks<sup>181</sup> considera que del cuerpo tenemos una conciencia periférica. Todas estas expresiones se aplican idénticamente a la vivencia del yo.

Un aspecto que ha limitado el alcance del concepto de vivencia del yo es que no llegó a articular alrededor de él todas las manifestaciones de la esquizofrenia. El propio Kurt Schneider<sup>182</sup> sólo aceptaba su presencia en aquellas que implican una ruptura entre el yo y el mundo, pero no en el resto, lo que dio lugar a una interesante polémica con Wyrsh<sup>183</sup> y López Ibor<sup>184</sup>, en el Simposio sobre la Esquizofrenia que organizó este último en Madrid en 1956. Estos dos autores sostenían que las alteraciones de la vivencia del yo deberían ser consideradas como la alteración fundamental de la enfermedad. Refiriéndose, por ejemplo, al pensamiento sonorizado, dice López Ibor:

*Los enfermos oyen que les gritan sus propios pensamientos (...) a veces incluso antes de ni siquiera haberlos pensado. Pero éstos, sus propios pensamientos, han perdido la cualidad de su pertenencia al yo y por eso se convierten para el enfermo en algo "dicho antes" o "pensado antes". Son ocurrencias del pensamiento que se oyen desprovistas del carácter de referencia al yo. Estos pensamientos que ellos preferirían no pensar, o por lo menos no decir, les son robados y luego apuntados, sin que les sea posible poner remedio a ello*<sup>155</sup>.

### *Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia configuran una Gestalt*

La noción de que la alteración fundamental de la esquizofrenia es una *Gestalt*, es decir una alteración de la personalidad que ha de aprehenderse de una manera holística, global, es una aportación a la tradición fenomenológica en psiquiatría<sup>156,174</sup>, que a su vez es consistente con descripciones psicopatológicas clásicas y con algunas propuestas psicoanalíticas. Está presente en la definición del trastorno en la CIE-10<sup>136</sup> ("*El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma.*") así como en el DSM-III<sup>35</sup> y el DSM-III-R<sup>136</sup> ("*El sentido de sí mismo que le da a la persona normal un sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección está con frecuencia alterado.*"), mientras que no hay rastro de ella ni en el DSM-IV<sup>137</sup> ni en el DSM-5<sup>138</sup>.

Gestáltico significa que no hay una afectación de una función psicológica aislada ni aislable, sino una afectación global de la vivencia en primera persona de la autoría y misitud de la conciencia, que sólo puede ser aprehendida de una manera integral holística. La experiencia por sí misma es incomprensible en el sentido de Jaspers<sup>168</sup> y sólo puede ser captada intuitivamente como un *Praecoxgefühl* como en Rümke<sup>163</sup>. Así pueden entenderse las afirmaciones de Hofer<sup>185</sup> y Tellenbach<sup>186</sup> sobre la naturaleza de las manifestaciones de las psicosis endógenas como fenómenos y no sólo como síntomas o disfunciones aislados.

### *Alteración fundamental y síntomas de la esquizofrenia*

Sin embargo, y esto es de gran importancia, la alteración fundamental de la esquizofrenia no es sólo el cimiento de donde florecen los síntomas, ya que está presente en todas y cada una de sus manifestaciones. Dörr,<sup>187</sup> ha resaltado la importancia de este hecho, siguiendo la fenomenología de la intersubjetividad de Husserl y el concepto de "apresentación", es decir, de lo que primero se añade a la presentación del cuerpo, lo que al fin y al cabo es una parte importante de la experiencia de *alter ego*. De este modo, en el síndrome paranoico, por ejemplo, el otro aparece como imbuido de un enorme poder, gracias al cual el paciente es perseguido, cercado y por último, invadido en la intimidad de su propia conciencia a través de las experiencias de influencia y auto-referencia. También las alucinaciones auditivas, que superficialmente podrían aparecer como una manifestación "objetiva", pueden ser vistas como una perturbación particular de la relación con el otro, transformado aquí en una presencia virtual, anónima, atemporal e invasiva.

### *El sí mismo (self) y la esquizofrenia*

Aunque el avance más importantes en la comprensión de la esquizofrenia es la investigación sobre las alteraciones del mí mismo interno (*inner-self*), descrito por primera vez hace un siglo<sup>188</sup>, es en la actualidad cuando la esquizofrenia se ha concebido como "*un trastorno que implica aspectos sutiles pero generalizados y persistentes de la experiencia subjetiva*", en la que aparecen distorsiones características del acto de conciencia.<sup>189</sup>

William James (1890)<sup>190</sup> hizo las primeras descripciones sistemáticas del mí mismo o *self* y de sus distintas formas. En su sentido más amplio, escribe James, el sí mismo de un ser humano es la suma total de todo lo que puede llamar suyo, no sólo su cuerpo y sus facultades psíquicas, sino también su ropa y su casa, su esposa y los niños, sus ancestros y amigos, su reputación y trabajos, sus tierras y caballos y yates y su cuenta bancaria.

En la esquizofrenia y en los trastornos de su espectro hay un debilitamiento o deterioro de la estructura básica de la subjetividad<sup>159,191,192</sup> y en consecuencia también de la relación yo-mundo y yo-otros<sup>159,168,169</sup>. Se trata de un trastorno del sí mismo (*self*), que afecta a la estructura misma de la conciencia que "da a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma"<sup>35</sup>. La alteración que es consecuencia de una disminución del sentido de pertenencia de la experiencia personal de la subjetividad, un modo más preciso de la propiedad y mismidad (*Meinhaftigkeit*)<sup>177</sup>.

### *El sí mismo nuclear o mí mismo mínimo y la ipseidad.*

Ya William James<sup>190</sup> describió un *self*-nuclear. El núcleo del *self* es la existencia corporal sentida como presente en cada momento. Este es este el fundamento de la identidad personal<sup>145</sup>, este "núcleo central del ser"<sup>193</sup>, que tiene sus raíces en el cuerpo vivido y se experimenta no como una entidad en el campo de la conciencia, sino como el punto de origen para la experiencia, pensamiento y acción, como un medio de conocimiento, fuente de actividad o direccionalidad general hacia el mundo invisible<sup>194</sup>. Por eso se ha denominado *core self* o *minimal self*.

Hay que tener en cuenta que, por el hecho de tener muchas acepciones, la palabra *self* es un concepto que se solapa con otros, lo que obliga a precisar algunos términos<sup>159,191</sup>. Así, en concreto, individualidad es la calidad que hace que una persona o cosa diferente de los demás<sup>193</sup>. En su sentido más básico, subjetividad (*selfhood*) es la conciencia de la presencia de sí mismo, de la presencia personal, que en sí misma es indescriptible, como conciencia de existir como un sujeto vivo e idéntico a sí mismo, sujeto de la experiencia o agente de la acción (autoría). Ipeidad, del latín *ipse*, '(mi) mismo', 'sí mismo', es la cualidad que establece la identidad individual, la subjetividad desvelada a uno mismo. Subjetividad e ipseidad son conceptos estrechamente vinculados<sup>194</sup>, aunque sólo en la medida en que la subjetividad se revela a sí misma, es una ipseidad. La ipseidad o identidad del yo está vinculada a la cuestión de la comprensión de sí mismo y a la pregunta "¿Quién soy yo?"<sup>195</sup>. Al enfrentarse a esta pregunta, uno mismo se ve obligado a reflexionar y a evaluar su manera de vivir, los valores sobre los que se sustenta y los objetivos que persigue. En consecuencia, el sujeto se ve forzado a hacer frente a la vida que está viviendo. Por lo tanto, la respuesta a la pregunta no es inmediatamente accesible, sino que es el producto de la valoración de una biografía.

De un modo análogo, Ricoeur<sup>195</sup> y Dörr<sup>196</sup> distinguen dos dimensiones de la identidad: la mismidad o identidad sustancial y el *self* o ipseidad. Mismidad se refiere a cada aspecto de nuestras vidas que consideramos nuestro, como cuando decimos mis pensamientos o mis recuerdos. La ipsei-

dad añade a la experiencia un elemento histórico, que es la coherencia de una vida. Esta segunda dimensión de la identidad tiene una connotación fundamentalmente ética, porque hace referencia al otro. El elemento histórico constituye una narración coherente, destinada a ser compartida con el otro, lo que constituye el fundamento de una relación que implica de alguna manera un compromiso: puedes contar conmigo y puedo asumir la responsabilidad de aquello a lo que me comprometí.

La ipseidad representa el *interior-self*, también llamado el yo pre-reflexivo.<sup>197</sup> La ipseidad surge a partir de una parte del yo que está desprovista de los componentes del yo-reflexivo, que a su vez se compone de las características del mí mismo que pueden ser alcanzadas mediante la reflexión, por ejemplo, la fisionomía (alguien es rubio o moreno) o el carácter (alguien es decidido o impulsivo). En cambio el yo pre-reflexivo está libre de contenido y su existencia es el centro de gravedad en el que descansa la propiedad, la mismidad, de las experiencias de cada uno. La experiencia del yo pre-reflexivo es como la vivencia del cuerpo: silenciosa<sup>179</sup> y periférica<sup>181</sup>, es apenas una intuición. Como hemos señalado, la experiencia del mí mismo y la experiencia del cuerpo son inseparables. En otras palabras, el yo no es un ser abstracto, es un ser-en-el-mundo encarnado.<sup>198</sup> De forma más precisa, el *self* tiene una realidad experiencial, que lo lleva a vincularse estrechamente a la perspectiva en primera persona, que hace que la vivencia sea subjetiva, se trata del "mí mismo nuclear" o "mí mismo mínimo".<sup>199</sup> Es por esto por lo que se ha definido la ipseidad como "el sentido experiencial siendo un sujeto de experiencia vital y coincidente consigo misma, en el sentido de tener una perspectiva en primera persona en el mundo".<sup>200</sup>

El mí mismo nuclear o mínimo está implícito en todo acto de conciencia. Este mí mismo mínimo o nuclear es el *self* desprovisto de dimensión temporal y en el que la experiencia de que uno es dueño de sus acciones hace que puedan distinguirse en él el sentido de ser autor de los actos del yo (autoría) y el sentido de propiedad (mismidad) de los mismos. Ambos aspectos se alteran en la esquizofrenia. Al mismo tiempo hay un mí mismo narrativo, que implica la identidad personal y continuidad a través del tiempo. Se trata de un concepto que concuerda con nociones de Gazzaniga sobre el hemisferio izquierdo como "interprete" y la memoria episódica<sup>201</sup>.

El concepto de un núcleo estable del sí mismo ha sido cuestionado por la psicología dialógica<sup>202</sup>, según la cual la experiencia del *self* emerge del diálogo de varias "facetas del *self*", y así diferentes niveles de experiencia estaría involucrados en la experiencia mediante la cual el "ser dialógico" sería más afín al "ser narrativo" mencionado anteriormente. En cualquier caso, de una u otra manera, el deterioro de esa experiencia en la esquizofrenia puede dar lugar a una dificultad para mantener este diálogo en situaciones interpersonales<sup>203</sup>.

Trastornos del mí mismo mínimo, caracterizados por sensación anormal del cuerpo, de la propiedad y autoría del mismo, han sido propuestos como el fenotipo fenomenológico de la esquizofrenia. Un meta-análisis reciente ha demostrado que, en general, los pacientes con esquizofrenia tienen déficits en el sentido del mí mismo mínimo, impulsados por un sentido anormal de la propiedad y autoría del cuerpo<sup>204</sup>. Curiosamente, el perturbado sentido de autoría alterado en la esquizofrenia sugiere una exagerada conciencia de sí mismo, más que un menor sentido de sí mismo<sup>205</sup>.

### *Idios kosmos y koinos kosmos*

La vivencia de sí mismo es inseparable de la del propio cuerpo, como hemos señalado, pero también de la vivencia del mundo y de los otros. Precisamente, la interacción entre el yo interior y el mundo exterior juega un papel crucial en los avances en la comprensión de la esquizofrenia. Binswanger<sup>206</sup> ha recuperado la distinción de Heráclito entre el *koinos kosmos* ('el mundo compartido') y el *idios kosmos* ('el mundo privado'), entre el mundo del ser humano común, despierto y el mundo privado en el que se encuentra inmerso el soñador. El mundo común es intersubjetivo, el privado es puramente subjetivo. El mundo común es un mundo habitado por la comunidad en general y por la sociedad y se rige por reglas de comportamiento con los demás coherentes, lógicas y prácticas, que son específicas y están definidas.

Muy a menudo se ha dado por hecho que los pacientes delirantes eran rehenes de su propio *idios kosmos*, su propio mundo privado, en el que están encerrados, un mundo con conexiones a referencias y prácticas concretas, un código especial y formas de encarnación y expresión originales. Pero esto no es así. Un paciente delirante no es un soñador, sino una persona que no es capaz de discriminar *koinos* de *idios*, según afirma Kuhn<sup>207</sup>, tal y como hacemos todos de manera espontánea. La ambigüedad en la que todos vivimos es inalcanzable para las personas con esquizofrenia.

Este punto está en relación con una alteración del campo de la conciencia que se denomina "toma de posesión" del mundo alterada<sup>159,208</sup>, que se manifiesta como un trastorno de la estructuración espacio-temporal del mundo y de la distinción crucial de experiencias como lo percibido-vs-lo recordado-vs-lo imaginado, que se basan en las anomalías del sí mismo experimentado, vital y encarnado. Esta alteración de la "toma de posesión" del mundo se manifiesta como perplejidad o la pérdida de sentido común<sup>209,210</sup>, y a menudo se asocia con formas de hiperconciencia.

### *A modo de síntesis*

La esquizofrenia se caracteriza por una alteración de la ipseidad, también conocida como mí mismo nuclear o

mí mismo mínimo, normalmente implícito en cada acto de conciencia<sup>159</sup>. La fenomenología venía considerando a la esquizofrenia como un trastorno progresivo marcado por el autismo y una alteración profunda de las estructuras de la subjetividad, que se manifiesta en la relación con uno mismo (trastornos del sí mismo o del *se/ff*), con el mundo (la falta de evidencia natural) y con el otro (excentricidad, solipsismo y aislamiento).

Privado de todo sentido de realidad de la experiencia consensual, el sujeto aprehende necesariamente al mundo como un producto de su propia imaginación. Sin embargo, al mismo tiempo, el núcleo central coherente, el "yo" vivenciado, sí aparece como un objeto, limitado y dirigido por algo fuera de su control. El yo es al mismo tiempo omnipotente e impotente. Lo subjetivo y lo objetivo chocan uno contra otro. La inestabilidad del solipsismo refleja su naturaleza intrínsecamente contradictoria en sí misma.

¿Cómo surge este estado de solipsismo? En las personas con esquizofrenia, parece que algo interfiere con el amplio alcance de la atención por el que muchos de nuestros pensamientos y percepciones se vivencian en su conjunto. En cambio, a menudo hay una intensa y estrecha focalización de la atención en un objeto o evento cotidiano, que se vuelve extraño, inhumano, tal vez amenazante. El entender lo que algo significa no suele estar alterado, pero el significado connotativo puede haberse perdido del todo. Las pautas preestablecidas se desechan y la presunción habitual acerca de lo que va a pasar, a partir de lo que ya ha sucedido, no se materializa. El resultado final es la creación de un sentimiento de alienación de los demás, de los propios sentimientos e incluso del propio cuerpo.

La hipótesis de la alteración de la ipseidad sostiene que manifestaciones sintomáticas de la esquizofrenia, al parecer distintas, pueden encubrir semejanzas subyacentes, como son síndromes positivo, negativo y desorganizado, que, aunque sean en apariencia diferentes, pueden compartir formas de ipseidad alterada<sup>159</sup>. El modelo de trastorno de la ipseidad considera que tanto los síntomas psicóticos floridos como los negativos de las psicosis son manifestaciones de alteraciones sutiles pero profundas en los cimientos de la subjetividad y la individualidad<sup>159</sup>. El núcleo gestáltico de la esquizofrenia es una alteración del sentido básico, pre-reflexivo de sí mismo, que normalmente es responsable la experiencia subjetiva de la autoría, coherencia, unidad, identidad temporal y delimitación y se acompaña de una sensación de inmersión en el mundo que es pre-reflexiva<sup>139,159</sup>.

Lo nuevo con la hipótesis del trastorno de la ipseidad es una conceptualización que pretende ser lo suficientemente flexible para abarcar los diversos y diferentes síntomas y sin embargo lo suficientemente específica para ser clínicamente útil y pertinente para la investigación (neurocognitiva, neurofisiológica, de neuroimagen, etc.)

En definitiva, podemos resumir diciendo que la esquizofrenia forma parte de un espectro (esquizoidia, trastorno esquizotípico de la personalidad, etc.) caracterizado por una alteración profunda de las estructuras (marco) de la subjetividad (conciencia), puesta de manifiesto en la relación con el sí mismo (ipseidad, trastorno del sí mismo), el mundo (falta de evidencia natural) los otros (excentricidad, solipsismo y aislamiento). Por otra parte, esta experiencia es tan única y diferente de cualquier otra que los enfermos una y otra vez se refieren a ella como inefable.

En palabras de Parnas referidas a los pacientes que sufren de esquizofrenia:<sup>135</sup>

*Los pacientes se sienten efímeros, como si careciesen de un núcleo de identidad, diferente de los demás profundamente (a menudo inefablemente) y alienados del mundo social. Hay una disminución del sentido de existencia como sujeto encarnado, del yo-presente y del presente del mundo, las distorsiones de la perspectiva en primera persona de forma anónima o un sentido deficiente de "mismidad" en el campo de la conciencia ("mis pensamientos son extraños y no tienen ningún respeto por mí"), la espacialización de contenidos experienciales (es decir, los pensamientos se experimentan como localizados espacialmente en objetos extensos y falta de sentido de la privacidad del mundo interior). Hay una importante falta de sintonía y de inmersión en el mundo y una perplejidad generalizada, es decir, una comprensión pre-reflexiva inadecuada de los significados evidentes ("¿por qué es verde la hierba?") e hiper-reflexividad ("Sólo vivo en mi cabeza" "siempre me observo a mí mismo"). (...) El trastorno básico a menudo se traduce en patrones existenciales alterados y extraños, por ejemplo, grandiosidad solipsista, actitudes y acciones extrañas, "doble contabilidad", comportamientos manieristas o búsqueda de un nuevo significado existencial y metafísico (por ejemplo, la adhesión a grupos políticos o sectas religiosas)*

Finalmente, no estamos afirmando que una investigación diagnóstica retrospectiva válida para apoyar o descartar la hipótesis de recencia deba basarse en una perspectiva fenomenológica. Eso sería una tarea imposible, ya que el núcleo de la esquizofrenia se manifiesta en una relación interpersonal en la que el médico es la "herramienta diagnóstica" más adecuada, por así decirlo. Nuestra intención es analizar cómo las características de las sociedades post-industriales y del romanticismo afectan a personas vulnerables a la esquizofrenia o a los trastornos del espectro esquizofrénico. Maj ha cuestionado si la noción respaldada por la tradición fenomenológica - "autónomo, libre y controlado"<sup>166</sup> - puede generalizarse a otros contextos fuera de la cultura occidental. Nuestra respuesta es definitivamente que no. Por supuesto, el desarrollo del yo individual está inevitablemente influenciado por los sistemas culturalmente significativos (el

"yo colectivo") y por lo tanto trastorno del sí mismo en la esquizofrenia puede ser diferente del que se presenta en las culturas occidentales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Torrey EF. Schizophrenia and Civilization. New York and London: Jason Aronson Publishers, 1980.
2. Hare E. Schizophrenia as a recent disease. The British Journal of Psychiatry 1988;153:521-31.
3. Hare E. Was insanity on the increase? The fifty-sixth Maudsley Lecture. Br J Psychiatry. 1983 May;142:439-55.
4. Warner R. Time Trends in Schizophrenia: Changes in Obstetric Risk Factors with Industrialization. Schizophrenia Bulletin. 1995;21(3):483-500.
5. Torrey EF, Miller J. The Invisible Plague. The Rise of Mental Illness from 1750 to the Present. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2001.
6. Scull A. Was insanity increasing? A response to Edward Hare. Br J Psychiatry. 1984 Apr;144:432-6.
7. Fox RW. So Far Disordered in Mind: Insanity in California, 1870-1930. Berkeley: University of California Press, 1978.
8. Yolken RH, Torrey EF. Are some cases of psychosis caused by microbial agents? A review of the evidence. Mol Psychiatry. 2008 May;13(5):470-9.
9. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Romanticism and schizophrenia. 2nd part: The hypothesis of intimacy. Romanticismo y esquizofrenia. 2ª parte: la hipótesis de la intimidad. Actas Esp Psiquiatr. 2014 (in press).
10. Evans K, McGrath J, Milns R. Searching for schizophrenia in ancient Greek and Roman literature: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2003 May;107(5):323-30.
11. Theophrastus. The characters. <http://www.eudaemonist.com/biblion/characters/>; Los caracteres. Madrid: Gredos, 1988.
12. Dendle P. Schizophrenia in the early middle ages: some negative evidence. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Jun;39(6):522.
13. Jeste DV, del Carmen R, Lohr JB, Wyatt RJ. Did schizophrenia exist before the eighteenth century? Comprehensive Psychiatry. 1985;26:493-503.
14. Ellard J. Did schizophrenia exist before the eighteenth century? Australia and New Zealand Journal of Psychiatry. 1987;21:306-14.
15. <http://etymonline.com/?term=mope>
16. Turner TH. Interpretation of historical evidence. Br J Psychiatry. 1990 Feb;156:280.
17. Turner TH. Schizophrenia as a permanent problem. Some aspects of historical evidence in the recency (new disease) hypothesis. Hist Psychiatry. 1992 Dec;3(12):413-29.
18. Youssef HA, Youssef FA. Evidence for the existence of schizophrenia in medieval Islamic society. Hist Psychiatry. 1996 Mar;7(25):55-62.
19. Stompe T, Ritter K, Friedmann A. Gestaltungen des Wahnsinns bei Shakespeare. Wien Klin Wochenschr. 2006 Aug;118(15-16):488-95.
20. Goldsmith RE, Cheit RE, Wood ME. Evidence of Dissociative Amnesia in Science and Literature: Culture-Bound Approaches to Trauma in Pope, Poliakoff, Parker, Boynes, and Hudson. Journal of Trauma & Dissociation. 2009;10(3):237-53.
21. Schafer R. Curse and consequence: King Lear's destructive narcissism. Int J Psychoanal. 2010 Dec;91(6):1503-21.
22. Matthews BR. Portrayal of neurological illness and physicians in the works of Shakespeare. Front Neurol Neurosci. 2010;27:216-26.

23. Truskinovsky AM. Literary psychiatric observation and diagnosis through the ages: King Lear revisited. *South Med J*. 2002 Mar;95(3):343-52.
24. Hess N. King Lear and some anxieties of old age. *Br J Med Psychol*. 1987 Sep;60(Pt 3):209-15.
25. Shakespeare W. *King Lear*, Wordsworth Classics, Hertfordshire 1994, act I scene 2; *El Rey Lear*. Madrid: Alianza Editorial, 1989. (cuarta reimpresión), acto I, escena 2
26. Kahn C. The Absent Mother in King Lear. In: Ferguson M, Quilligan M, Vickers N, eds. *Rewriting the Renaissance: The Discourses of Sexual Difference in Early Modern Europe*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1986; p.33-49.
27. Freud S. Letter to Richard Flatter. *Psychoanalysis and Shakespeare*. New York: Octagon Books, 1976; p. 6.
28. Tangunma KA. Psychoanalytical Reading of King Lear. Freudian and Lacanian Theory. <http://voices.yahoo.com/a-psychoanalytical-reading-king-lear-1940300.html?cat=38>
29. Böse-Hölzel P. Der Wahn in Shakespeare's grossen Tragödien King Lear, Othello, Hamlet und Macbeth. *Stud Gen (Berl)*. 1967;20(11):709-23.
30. Tellenbach H. Die Exekution des natürlichen Menschen durch den Wahnsinn in Shakespeare's König Lear. In: *Schwermut, Wahn und Fallsucht in der abendländischen Dichtung*. Hürtgenwald: Guido Pressler Verlag, 1992; p. 131-41.
31. Reichbart R. On men crying: Lear's agony. *J Am Psychoanal Assoc*. 2006 Fall;54(4):1067-98.
32. Huarte de San Juan J. *Examen de ingenios para las ciencias* Madrid: Cátedra;1989; Huarte-Navarro J. *The examination of men's wits* (London, 1594, facsimile ed.). Amsterdam: Da Capo Press;1969.
33. Pinel P. *A Treatise on Insanity*. New York:Hafner Publishing, Inc;1962; *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou La manie*;1809. Source: gallica.bnf.fr / Bibliothèque H. Ey. C.H. de Sainte-Anne, 501-3 ; *Tratado médico-filosófico de la enagenación [sic] del alma ó mania*. Imprenta Real. Madrid, 1804
34. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende*. 6th ed. Leipzig: Barth, 1899. *Clinical Psychiatry: A Text-book for Students and Physicians*. London: MacMillan, 1902.
35. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.) (DSM-III)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
36. Corral Márquez R, Tabares Seisdedos R. Aproximación psicopatológica a El Quijote (según la nosología psiquiátrica actual). *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2003;85:27-57.
37. Leal C, Sanjuan J, Balanza V. Nosología de los trastornos delirantes. En: *Actualización en delirios*. Madrid: Ed. Aula Médica, 2001; p. 147-72.
38. Gracia Guillén D. Discretas locuras: variaciones en torno al tema de la locura de don Quijote. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. 2005;CXXII (1):105-21.
39. Hernández Morejón A. Bellezas de medicina práctica, descubiertas por D. Antonio Hernández Morejón en el Ingenioso Caballero Don Quijote de la Mancha, compuesto por Miguel Cervantes Saavedra. Madrid: Tomás Jordán, 1836. [www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/06925030999569406317857/index.htm](http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/06925030999569406317857/index.htm)
40. Royo Villanova R. La locura de don Quijote. Zaragoza: Casañal, 1905. Reproducido en: *III y IV centenario de El Quijote en la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid: RANM, 2005;75-104.
41. Bailón-Blancas JM. Historia clínica del caballero Don Quijote. Madrid: Fernando Plaza del Amo, 1993.
42. Bailón Blancas JM. *La psiquiatría en el Quijote. El diagnóstico de ayer y de hoy*. Madrid: Editorial Ars Medica, 2006.
43. Alonso Fernández F. *Don Quijote, un loco lúcido*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. 2004;CXXI (4):575-94.
44. Alonso Fernández F. *El Quijote y su laberinto vital*. Barcelona: Ed. Antropos, 2005.
45. Reverte JM. *La Antropología Médica y el Quijote*. Madrid: Editorial Rueda, 1980. [www.gorgas.gob.pa/museoafc](http://www.gorgas.gob.pa/museoafc)
46. Alcalde J, Coperías EM. *La Ciencia en El Quijote. Caballero en el Diván*. [www.muyinteresante.es/la-ciencia-en-el-quiote-caballero-en-el-divan](http://www.muyinteresante.es/la-ciencia-en-el-quiote-caballero-en-el-divan).
47. Cervantes, M. *Don Quijote de la Mancha. Primera parte, capítulo 1º*. Portal Educativo EducaCYL. <http://www.educa.jcyl.es>
48. Sánchez Granjel L. Los médicos ante el Quijote. *Medicina e Historia* 1976;53:8-25.
49. Sánchez Granjel L. *Lectura médica del Quijote*. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. 2005;CXXII(1):131-45.
50. Maccoby M. Narcissistic Leaders: The Incredible Pros, the Inevitable Cons. *Harvard Business Review* 2004;1:1-9.
51. Castilla del Pino C. *Cordura y locura en Cervantes*. Barcelona: Península, 2005.
52. López Ibor JJ. *Opening Speech. Discurso inaugural. Proceedings of the fourth World Congress of Psychiatry: Madrid, 5-11 September 1966*. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation, 1968.
53. Erasmus of Rotterdam. *The Praise of Folly*. Rockville, Maryland: Arc Manor LLC; 2008; *Erasmus de Róterdam. Elogio de la locura*. Madrid:Espasa-Calpe, 1963; p. 73-4.
54. Tapia Sandoval M. *La locura de El Quijote*. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2005.
55. Castro A. *Cervantes y los casticismos españoles*. Madrid: Trotta, 2002; p.78.
56. Cervantes. *El Licenciado Vidriera*. <http://miguelde.cervantes.com/pdf/El%20licenciado%20Vidriera.pdf>; [http://archive.org/stream/lailustrefregon00cerv/lailustrefregon00cerv\\_djvu.txt](http://archive.org/stream/lailustrefregon00cerv/lailustrefregon00cerv_djvu.txt)
57. Hare E. Schizophrenia before 1800? The case of the Revd George Trosse. *Psychol Med*. 1988 May;18(2):279-85.
58. Heinrichs RW. Historical origins of schizophrenia: two early madmen and their illness. *J Hist Behav Sci*. 2003 Fall;39(4):349-63.
59. Salomon R. A Newly Discovered Manuscript of Opicinus de Canistris. *Journal of the Warburg and Courtauld Institute* 16 (The Warburg Institute). 1953;45-57.
60. Sacks O. *Migraine*. London: Picador, 1995
61. Bark N. Did schizophrenia change the course of English history? The mental illness of Henry VI. *Med Hypotheses*. 2002 Oct;59(4):416-21.
62. Foote-Smith E, Bayne L. *Joan of Arc. Epilepsi*. Nov-Dec;32(6):810-5.
63. Henker FO, Henderson DK. *Psychopathic states*. London: Chapman and Hall, 1939.
64. Ratnasuriya RH. *Joan of Arc, creative psychopath: is there another explanation?* *J R Soc Med*. 1986 Apr;79(4):234-5
65. d'Orsi G, Tinuper P. "I heard voices...": from semiology, a historical review, and a new hypothesis on the presumed epilepsy of Joan of Arc. *Epilepsy Behav*. 2006 Aug;9(1):152-7.
66. Nores JM, Yakovleff Y. A historical case of disseminated chronic tuberculosis. *Neuropsychobiology*. 1995;32(2):79-80.
67. *Joan of Arc and DSM III*. *South Med J*. 1984 Dec;77(12):1488-90.

68. Kroll J, Bachrach B. *The mystic mind: the psychology of medieval mystics and ascetics*, New York and London: Routledge, 2005.
69. Poveda JM. *La psicología de Santa Teresa de Jesús*. Madrid: Rialp, 1984.
70. Carrazana E, Cheng J. St Theresa's dart and a case of religious ecstatic epilepsy. *Cogn Behav Neurol*. 2011 Sep;24(3):152-5.
71. Freud S. Eine Teufelsneurose im seibzehnten Jahrhundert. *Imago*. 1905;9(1):1-34.
72. Macalpine I, Hunter RA. *Schizophrenia, 1677 a psychiatric study of an illustrated autobiographical record of demoniacal possession*. London: W. Dawson, 1956.
73. Otsuka K, Sakai A. Haizmann's madness: the concept of bizarreness and the diagnosis of schizophrenia. *Hist Psychiatry*. 2004 Mar;15(57 Pt 1):73-82.
74. Kris E. Ein geisteskranker Bildhauer. *Imago*. 1933;19:384-411.
75. Nicolai F. *Beschreibung einer Reise durch Deutschland und die Schweiz im Jahre 1781*. Nabu Press, 2010.
76. Pötzl-Malikova M. Franz Xaver Messerschmidt. München: Jugend und Volk Publishing Company, 2006.
77. Crichton J. Some descriptions of schizophrenia-like illness in the German literature of the early nineteenth century. *Hist Psychiatry*. 1996 Mar;7(25):31-54.
78. Förstl H, Angermeyer M, Howard R. Karl Philipp Moritz' *Journal of Empirical Psychology (1783-1793): An Analysis of 124 Case Reports*. *Psychol Med*. 1991 May;21(2):299-304.
79. Moritz KP. Anton Reiser. Ein psychologischer Roman. Insel, Frankfurt a.M., 1998.
80. Perfect W. *Select cases in the different species of insanity*. Rochester: W. Gillman, 1787. <http://archive.org/stream/seleindif00perf#page/n9/mode/2up>
81. Perfect W. *Annals of insanity, comprising a selection of curious and interesting cases in the different species of lunacy, melancholy, or madness with the modes of practice in the medical and moral treatment, as adopted in the cure of each*. London: Chalmers, 1809. <http://archive.org/details/seleindif00perf>
82. Haslam J. Illustrations of madness: exhibiting a singular case of insanity, and no less remarkable difference of medical opinion: developing the nature of an assailment, and the manner of working events; with a description of the tortures experienced by bomb-bursting, lobster-cracking, and lengthening the brain, etc. London: G. Hayden, 1810.
83. Howard R. James Tilly Matthews in London and Paris 1793: his first peace mission - in his own words. *History of Psychiatry*. 1991;2(5):53-69.
84. Carpenter PK. Descriptions of schizophrenia in the psychiatry of Georgian Britain: John Haslam and James Tilly Matthews. *Compr Psychiatry*. 1989 Jul-Aug;30(4):332-8.
85. Meyer JE, Meyer R. Selbstzeugnisse eines Schizophrenen um 1800 (James Tilly Matthews). *Confin Psychiatr*. 1969;12(2):130-43.
86. Suzuki A. My own private England - the madness of James Tilly Matthews and of his times. *Hist Psychiatry*. 2005 Dec;16(Pt 4(no 64)):497-502.
87. Howard RJ. Haslam's schizophrenics. *Br J Psychiatry*. 1989 Aug;155:265-6.
88. Leigh D. *The Historical Development of British Psychiatry. Volume I, Eighteenth and Nineteenth Century*. Pergamon Press: New York, 1961.
89. Howard RJ. Haslam's account of Matthews and his schizophrenic symptoms. *Compr Psychiatry*. 1990 Jan-Feb;31(1):85-6.
90. Weiner D. Philippe Pinel's "Memoir on Madness" of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1992;149(6):725-32.
91. Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. In : Äschaffenburg G, Zinkin J, Eds. *Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 4 Abteilung, 1 Hälfte*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke, 1911. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. In: Aschaffenburg G, Zinkin J. Eds. *Handbuch der Psychiatrie* New York, NY: International University Press, 1950; p. 63-8.
92. Crow T. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull*. 1985;11(3):471-86.
93. Altschule MD. Whichophrenia, or the confused past, ambiguous present and dubious future of the schizophrenia concept. *Journal of Schizophrenia*. 1967;1:8-17.
94. O'Connell P, Woodruff PW, Wright I, Jones P, Murray RM. Developmental insanity or dementia praecox: was the wrong concept adopted? *Schizophr Res*. 1997 Feb 7;23(2):97-106.
95. Clouston TS. *Clinical lectures on mental diseases*. Philadelphia, PA, US: Henry C Lea's Son & Co., 1884.
96. Hecker E, Kraam A. 'Hebephrenia. A contribution to clinical psychiatry' by Dr. Ewald Hecker in Gorlitz. 1871. *Hist Psychiatry*. 2009 Mar;20(77 Pt 1):87-106.
97. Dieguez S. Balzac's Louis Lambert: schizophrenia before Kraepelin and Bleuler. *Front Neurol Neurosci*. 2013;31:10-34.
98. Gogol N, Pevear R, Volokhonsky L. Nevsky prospect. The collected tales of Nikolai Gogol. New York: Pantheon, 1998.
99. Büchner HG. Lenz. Berlin: Suhrkamp, 1998. Büchner KG. Lenz. Brooklyn: Archipelago Books, 2005.
100. Greenfeld L. *Mind, modernity, madness: the impact of culture on human experience*. Harvard, MA: Harvard University Press, 2013.
101. Balzac. *La Comédie humaine*. Pierre Citron, Ed. Preface by Pierre-Georges Castex. Paris: Seuil, 1965.
102. Swedenborg E. *Heaven and its wonders and Hell from things heard and seen*. West Chester, PA: Swedenborg Foundation, 2001.
103. Crichton JL. Anatomy and subversion: 150th anniversary of Georg Büchner's death. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Feb 21;294(6570):489-91.
104. Eagles JM, Hunter D, Geddes JR. Gender-specific changes since 1900 in the season-of-birth effect in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1995 Oct;167(4):469-72.
105. Sutherland AL, Dieleman J, Storosum JG, Voordouw BA, Kroon J, Veldhuis J, et al. Annual incidence rate of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a longitudinal population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Jan 23.
106. Mednick SA, Huttunen MO, Machón RA. Prenatal influenza infections and adult schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1994;20(2):263-7.
107. Mednick SA, Machón RA, Huttunen MO, Bonett D. Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Feb;45(2):189-92.
108. Sham PC, O'Callaghan E, Takei N, Murray GK, Hare EH, Murray RM. Schizophrenia following pre-natal exposure to influenza epidemics between 1939 and 1960. *Br J Psychiatry*. 1992 Apr;160:461-6.
109. Cannon M, Cotter D, Coffey VP, Sham PC, Takei N, Larkin C, et al. Prenatal exposure to the 1957 influenza epidemic and adult schizophrenia: a follow-up study. *Br J Psychiatry*. 1996 Mar;168(3):368-71.
110. Rackova S, Janu L, Kabickova H. Borna disease virus circulating immunocomplex positivity and psychopathology in psychiatric patients in the Czech Republic. *NeuroEndocrinolLett*.

- 2009;30(3):414-20.
111. Taieb O, Baleyte JM, Mazet P, Fillet AM. Borna disease virus and psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2001 Feb;16(1):3-1.
  112. Dickerson F, Stallings C, Sullens A, Origoni A, Leister F, Krivogorsky B, Yolken R. Association between cognitive functioning, exposure to Herpes Simplex Virus type 1, and the COMT Val158Met genetic polymorphism in adults without a psychiatric disorder. *Brain Behav Immun*. 2008 Oct;22(7):1103-7.
  113. Der G, Gupta S, Murray RM. Is schizophrenia disappearing? *Lancet*. 1990 Mar 3;335(8688):513-6.
  114. Eagles JM. Are polioviruses a cause of schizophrenia? *Br J Psychiatry*. 1992 May;160:598-600.
  115. Geddes JR, Black RJ, Whalley LJ, Eagles JM. Persistence of the decline in the diagnosis of schizophrenia among first admissions to Scottish hospitals from 1969 to 1988. *Br J Psychiatry*. 1993 Nov;163:620-6.
  116. Eagles JM, Hunter D, McCance C. Decline in the diagnosis of schizophrenia among first contacts with psychiatric services in north-east Scotland, 1969-1984. *Br J Psychiatry*. 1988 Jun;152:793-8.
  117. Richardson-Andrews RC. Sunspots and the recency theory of schizophrenia. *Med Hypotheses*. 1995 Jan;44(1):16-9.
  118. Verdoux H, Geddes JR, Takei N, Lawrie SM, Bovet P, Eagles JM, et al. Obstetric complications and age at onset in schizophrenia: an international collaborative meta-analysis of individual patient data. *Am J Psychiatry*. 1997 Sep;154(9):1220-7.
  119. Eagles JM, Campbell DM, Smith NC. Is there an obstetrical explanation for the decline in the incidence of schizophrenia? *Schizophr Res*. 1996 May;19(2-3):221-2.
  120. Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 1972. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. 2 ed México: Fondo de Cultura Económica, 1976. Foucault M. *History of Madness*. New York: Routledge, 2009.
  121. Arnold T. *Observations on the Nature, Kinds, Causes, and Prevention of Insanity, Volume 1*. 2nd. Edition. London: Richard Phillips, 1806.
  122. Morris A. William Battie's Treatise on Madness (1758) and John Monro's Remarks on Dr Battie's Treatise (1758). *Br J Psychiatry*. 2008 Apr;192(4):257.
  123. Wier (Weyer) J. *De Praestigiis Daemonum*. Basel: Oporinus;1563. *De Praestigiis Daemonum et Incantationibus ac Venificiis (On the Illusions of the Demons and on Spells and Poisons)*, 1563.
  124. Scull A. The domestication of madness. *Med Hist*. 1983 Jul;27(3):233-48.
  125. Waiblinger W. *Hölderlins Leben, Dichtung und Wahnsinn*. 1830. <http://www.wbenjamin.org/holderlin.html>
  126. Morel BA. *Traité des maladies mentales*. Paris: Masson, 1852-1853.
  127. Ashton TS. *The Industrial Revolution (1760-1830) (1948)*. <http://www.questia.com/read/77198080/the-industrial-revolution-1760-1830>
  128. Lucas RE. *Lectures on Economic Growth*. Cambridge: Harvard University Press, 2002; p. 109-10.
  129. Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C. Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996 Sep;31(5):249-58.
  130. Jablensky A, Sartorius N. Is schizophrenia universal? *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1988;344:65-70.
  131. Baumeister AA, Hawkins MF, Lee Pow J, Cohen AS. Prevalence and incidence of severe mental illness in the United States: an historical overview. *Harv Rev Psychiatry*. 2012 Sep-Oct;20(5):247-58.
  132. Cooper J, Sartorius N. Cultural and temporal variations in schizophrenia: a speculation on the importance of industrialization. *Br J Psychiatry*. 1977 Jan;130:50-5.
  133. Heinz A, Deserno L, Reininghaus U. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry*. 2013 Oct;12(3):187-97.
  134. Eagles JM. The relationship between schizophrenia and immigration. Are there alternatives to psychosocial hypotheses? *Br J Psychiatry*. 1991 Dec;159:783-9.
  135. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2011 Nov;37(6):1121-30.
  136. O.M.S.: CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992. World Health Organization (1992): *The ICD-10 International Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, WHO.
  137. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
  138. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5™)*. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
  139. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry*. 2012. Jun;11(2):67-9.
  140. Hare E. Commentary one (addendum to Ellard). Did schizophrenia exist before the eighteenth century? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1987;21:315-6.
  141. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med*. 2010;40:1935-42.
  142. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009;39:179-95.
  143. Fonseca-Pedrero E, Santarén-Rosell M, Lemos-Giráldez S, Pains M, Sierra-Baigrie S, Muñiz J. Experiencias psicóticas en adolescentes en la población en general. [Psychotic-like experiences in the adolescent general population]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 May-Jun;39(3):155-62.
  144. Bennett MR, Hacker PMS. *Philosophical Foundations of Neuroscience*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2003.
  145. López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. Percepción, experiencia e identidad corporales. [Perception, experience and body identity]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011 Dec;39(Suppl 3):3-118.
  146. Whitehead CC. Neo-psychoanalysis: a paradigm for the 21st century. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2006 Winter;34(4):603-27.
  147. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull*. 2010 Jul;36(4):667-79.
  148. Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A, Cangas AJ. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a non-clinical sample. *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):110-3.
  149. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte [Psiquiatría]*. Leipzig, Barth, 8ª ed, 1913.
  150. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe, 1861.
  151. Stransky E. *Lehrbuch der allgemeinen und speziellen*



- Psychiatrie. I. Allg. Teil. Leipzig: F.C. Vogel, 1914.
152. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie. 2nd Edition. Leipzig: Thieme, 1906.
  153. Gross O. Zur Nomenclatur "Neurologisches". Zentrablatt. 1904;23:11446.
  154. Janzarik W. Schizophrene Verläufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Monogr Gesamtgeb Neurol Psychiatr. 1968;126:1-149.
  155. López Ibor JJ. Problemas clínicos que plantea la esquizofrenia. Symposium sobre esquizofrenia. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1957.
  156. Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart: Enke, 1971.
  157. Wyrsh J. Über die Freiheit bei Störung von Gemüt und Geist. Psychiatr Clin (Basel). 1979;12(3):117-39.
  158. Scharfetter C. Schizophrene Menschen. 5th Ed. Stuttgart: Beltz-PVU, 1999.
  159. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull. 2003;29(3):427-44.
  160. López-Ibor MI, López-Ibor JJ. La investigación en psiquiatría: entre Sísifo y Pedro [Research in psychiatry: between Sisyphus and Peter]. Actas Esp Psiquiatr. 2013 Jan;41(1):1.
  161. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Nuevas estrategias de investigación en trastornos mentales. Primera parte: la crisis recurrente de la psiquiatría [Paving the Way for New Research Strategies in Mental Disorders. First part: The recurring crisis of psychiatry]. Actas Esp Psiquiatr. 2013 Jan;41(1):33-43.
  162. López-Ibor JJ, López-Ibor MI. Nuevas estrategias de investigación en trastornos mentales. Segunda parte: hay la luz al final del túnel [Paving the way for new research strategies in mental disorders. Second part: The light at the end of the tunnel]. Actas Esp Psiquiatr 2013;41(2):67-75.
  163. Rümke HC. Das Kernsymptom der Schizophrenie und das 'Praecox Gefühl'. Zentralblatt gesamte Neurologie und Psychiatrie 1942;102:168-9.
  164. Rümke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt. 1958;29:40-53.
  165. Burton A, López-Ibor JJ, Mendel WM. Schizophrenia as a Life Style. New York City: Springer, 1974.
  166. Maj M. The self and schizophrenia: some open issues. World Psychiatry. 2012. Jun;11(2):65-6.
  167. Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia Edinburgh, UK: E. & S. Livingstone, 1919. Kraepelin E. La demencia precoz. Buenos Aires: Polemos, 2008.
  168. Jaspers K. General Psychopathology Chicago, IL: University of Chicago Press, 1963. Jaspers Karl. Psicopatología general. México: Fondo de Cultura Económica, 1996; General Psychopathology (Vol. 1, 2). (J. Hoenig, Marian W. Hamilton (Translators). The Johns Hopkins University Press; Reprint edition (1997).
  169. Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. Compr Psychiatry. 1991;32:7-21.
  170. Bell V, Halligan PW, Ellis HD. Diagnosing delusions: a review of inter-rater reliability. Schizophr Res. 2006;86:76-9.
  171. Goldman D, Hien DA, Haas GL, Sweeney JA, Frances AJ. Bizarre delusions and DSM-III-R schizophrenia. Am J Psychiatry. 1992;149:494-9.
  172. Tanenberg-Karant M, Fennig S, Ram R, Krishna J, Jandorf L, Bromet EJ. Bizarre delusions and first-rank symptoms in a first-admission sample: a preliminary analysis of prevalence and correlates. Compr Psychiatry. 1995;36:428-34.
  173. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. J. Berlin: Springer, 1916. *Tratado de psiquiatría*, Espasa Calpe, 1967. Bleuler E. Textbook of Psychiatry. New York: Macmillan, 1924.
  174. Minkowski E. La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Paris: Payot, 1927.
  175. Kimura B. Phenomenology of social behavior - the problem of the basic disturbance in schizophrenia. Z Klin Psychol Psychother. 1980;28(1):34-42.
  176. Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt. Leipzig: Deuticke, 1914.
  177. Schneider K, 1959. Clinical Psychopathology. transl. by M. W. Hamilton Grune & Stratton, New York (orig in German, 1950).
  178. Sartre JP. L'Être et le Néant « essai d'ontologie phénoménologique » Paris: Gallimard, 1943. Sartre JP. El ser y la nada. Buenos Aires: Losada, 2005. Sartre JP. Being and Nothingness: An Essay on Phenomenological Ontology. New York: Philosophical Library, 1956.
  179. López-Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. El cuerpo y la corporalidad. Madrid: Gredos, 1974.
  180. Lhermitte J. Body image and its pathological deformities. Ann Med Psychol 1952;110(1:1):101-2.
  181. Frederiks JA. The diagnosis of disturbances of the body schema. Psychiatr Neurol Neurochir. 1966;69(5):329-36.
  182. Schneider K. Sobre el delirio. Symposium sobre la esquizofrenia (Ed. Juan J. López Ibor). Pág. 25-42. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1957.
  183. Wyrsh J. La persona del esquizofrénico en symposium sobre la esquizofrenia. JJ Lopez-Ibor (ed.) Madrid: CSIC, 1957; p. 5-16,17-27.
  184. López Ibor JJ. Análisis estructural de la sintomatología esquizofrénica. Symposium sobre esquizofrenia. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1957.
  185. Hofer G. Phänomen und Symptom. Nervenarzt. 1954;25:342.
  186. Tellenbach H. Melancholie. Berlin, New York: Springer Verlag, 1976. Melancolía. Madrid: Morata, 1976.
  187. Dörr Zegers O. Fenomenología de la intersubjetividad en la enfermedad bipolar y en la esquizofrenia. Salud Mental. 2011;34:507-15.
  188. Parnas J, Sass LA. The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: Gallagher S. ed. The Oxford handbook of the self. New York: Oxford University Press, 2011; p. 521-46.
  189. Sass LA. Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (Current issues, New directions). Schizophr Res. 2014 Jan;152(1):5-11.
  190. James W. The Consciousness of Self. Harvard University, Cambridge, MA. First published in The Principles of Psychology, by William James, 1890.
  191. Parnas J, Raballo A, Handest P, et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. World Psychiatry. 2011;10:200-4.
  192. Sass LA. Self and world in schizophrenia: three classic approaches in phenomenological psychiatry. Philos Psychiatry Psychol. 2001;8:251-70.
  193. Neisser U. The Perceived self: Ecological and Interpersonal Sources of Self Knowledge. New York, NY: Cambridge University Press, 1993.
  194. Henry M. Philosophie et subjectivité. In: Jacob A. Ed. Encyclopédie Philosophique Universelle, Bd.1.: L'univers philosophique. Paris: PUF, 1989 ; p.46-56
  195. Ricoeur P. Sí mismo como otro. Madrid: Siglo XXI de España Editores, 1996. Ricoeur P. Oneself as Another. Chicago: University of Chicago Press, 1992.
  196. Dörr Zegers O. Las manifestaciones de descontento en el mundo postmoderno y su posible origen. Societas, Academia

- Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y Morales. 2013;15:83-8.
197. Zahavi D. *Subjectivity and Selfhood: Investigating the First-Person Perspective*. Cambridge, MA: MIT Press, 2006.
198. Merleau-Ponty M. *Phénoménologie de la Perception*. Paris: Gallimard, 1945. Merleau-Ponty M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Editorial Altaya, 1999. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. London: Routledge, 1962.
199. Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T, David A, eds. *The Self in Neuroscience and Psychiatry*. New York: Cambridge University Press, 2003; p. 56-75.
200. Sass LA. Schizophrenia, self-consciousness, and the modern mind. *J Conscious. Stud.* 1998;5:543-65.
201. Gallagher II. Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci.* 2000 Jan;4(1):14-21.
202. Hermans HJM, Dimaggio G. *The dialogical self in psychotherapy*. London: Brunner Routledge, 2004.
203. Maj M. The self and schizophrenia: Some open issues. *World Psychiatry.* 2012 Jun;11(2):65-6.
204. Lysaker PH, Lysaker JT. Narrative structure in psychosis: schizophrenia and disruptions in the dialogical self. *Theory Psychol.* 2002;12:207-220.
205. Hur JW, Kwon JS, Lee TY, Park S. The crisis of minimal self-awareness in schizophrenia: a meta-analytic review. *Schizophr Res.* 2014 Jan;152(1):58-64.
206. Cermolacce M, Naudin J, Parnas J. The "minimal self" in psychopathology: re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum. *Conscious Cogn.* 2007 Sep;16(3):703-14.
207. Binswanger L. The existential analysis school of thought. In: Rollo M, Ernest A, Ellenberger HF, eds. *Existence: A new dimension in psychiatry and psychology*. New York, NY, US: Basic Books, 1958; p. 191-213.
208. Kuhn R. *Daseinsanalyse und Psychiatrie*. In: Gruhle HW ed. *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis I*. Heidelberg, Berlin: Springer, 1963.
209. Sass LA, Parnas J. Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. In: Chung M, Fulford, W, Graham G, eds. *Reconceiving Schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press, 2007; p. 63-96.
210. Störring G. Perplexity. In: Cutting J, Shepherd M, eds. *The clinical roots of the schizophrenia concept*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1987.
211. Stanghellini G. Vulnerability to schizophrenia and lack of common sense. *Schizophr Bull.* 2000;26:775-87.